



**USAID**  
FROM THE AMERICAN PEOPLE



**LEADERSHIP, MANAGEMENT & GOVERNANCE PROJECT**  
Inspired Leadership. Sound Management. Transparent Governance.

# LES SYSTÈMES DE SANTÉ EN ACTION

*Un guide électronique pour les leaders et les managers*

SASCP ACTION PLAN

ACTIVITIES	PERSON RESPONSIBLE	RESOURCES REQUIRED	TIMELINES				
			DEC 2010	JAN 2011	FEB 2011	MAR 2011	APR 11
ADVOCACY	SAPC (MR. HASSAN) & Team	• Advocacy Communication Materials • Advocacy Tools • Money for Logistics	X	X	X	X	X
SUPPORTIVE SUPERVISION	Alhaji UWANI	HCT Personal Approvals Child List Money for Logistics	X	X	X		
AWAWARENESS CREATION	MRS ASABE	Social Mobilization Specialized Messages Materials Money for Printing Money for Printing Money for Printing	X		X		
CAPACITY BUILDING (TREATMENT PREVENTION)	SAPC (MR. HASSAN)	• HIV Counseling • Training Materials • Training Venue • Logistics	X	X	X	X	X
SUPPLIES - HIV Test kits - Condoms - Registers & Forms - ETC	SAPC (Mr Hassan)	• Logistics • Training venue • Logistics Personal Supplies (e.g. money) • Money for Grants	X		X		



## AUTRES PUBLICATIONS DE MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH (MSH)

CORE, un outil pour l'analyse des coûts et des revenus : le guide de l'utilisateur

FIMAT—Outil d'évaluation de la gestion financière

Guide à l'attention des responsables communautaires pour améliorer les pratiques de leadership et de gestion (*Guide for Training Community Leaders to Improve Leadership and Management Practices*)

Outil d'évaluation rapide de la gestion des ressources humaines :  
guide de renforcement des systèmes de gestion des RH (HRM)

(*Human Resource Management Rapid Assessment Tool: A Guide for Strengthening HRM Systems*)

Gérer l'approvisionnement de médicaments : sélection, achat, diffusion et  
utilisation de produits pharmaceutiques, 3<sup>e</sup> édition

(*Managing Drug Supply: The Selection, Procurement, Distribution, and Use of Pharmaceuticals, 3rd edition*)  
avec l'Organisation mondiale de la santé

Stratégies de gestion pour l'amélioration des services de planification familiale :  
recueil du gestionnaire de planification familiale (volumes I-IV)

(*Management Strategies for Improving Family Planning Services:  
The Family Planning Manager Compendium (Vols. I-IV)*)  
ed. Janice Miller and James A. Wolff

Stratégies de gestion pour l'amélioration de la santé et des services de planification familiale :  
recueil des séries *The Manager*, volumes V-IX

(*Management Strategies for Improving Health and Family Planning Services:  
A Compendium of The Manager Series, Vols. V-IX*)  
ed. Janice Miller, Claire Bahamon, Laura Lorenz, and Kim Atkinson

Transformer les managers en leaders : Guide pour l'amélioration des services de santé  
(*Managers Who Lead: A Handbook for Improving Health Services*)

MOST—Outil de gestion et de durabilité organisationnelle :  
guide à l'attention des utilisateurs et des facilitateurs, 2<sup>de</sup> édition  
(*MOST—Management and Organizational Sustainability Tool: A Guide for Users and Facilitators, 2nd  
edition*)

MOST tuberculose - Outil de gestion et de durabilité organisationnelle pour les programmes  
nationaux de lutte contre la tuberculose : guide à l'attention des utilisateurs et des facilitateurs  
(*MOST for TB—Management and Organizational Sustainability Tool for  
National TB Control Programs: A Guide for Users and Facilitators*)

Élargissement des programmes VIH/Sida : manuel de planification multisectorielle  
(*Scaling up HIV/AIDS Programs: A Manual for Multisectoral Planning*)

Outils de planification et de développement des ressources humaines pour les services  
dédiés au VIH/Sida et autres services de santé  
(*Tools for Planning and Developing Human Resources for HIV/AIDS and Other Health Services*)  
avec l'Organisation mondiale de la santé

# LES SYSTÈMES DE SANTÉ EN ACTION

UN GUIDE ÉLECTRONIQUE POUR LES LEADERS ET LES MANAGERS

## AUTEURS

*Sylvia Vriesendorp*

*Mahesh Shukla*

*Karen Johnson Lassner*

*Lourdes de la Peza*

*Belkis Giorgis*

*Judith B. Seltzer*

*Mary O'Neil*

*Steve Reimann*

*Natalie Merlini Gaul*

*Malcolm Clark*

*Andy Barraclough*

*Nancy LeMay*

*Ann Buxbaum*



Copyright © 2010 Management Sciences for Health, Inc. Tous droits réservés. Révisé en 2016.

Professeurs, formateurs et animateurs peuvent photocopier à leur gré tout chapitre de ce livre dès lors qu'il est destiné aux étudiants ou participants du programme de formation à des fins non commerciales, et ce sans permission préalable, sous réserve que MSH soit cité. Photocopier plusieurs chapitres ou l'intégralité du livre implique une autorisation écrite préalable de la part de l'éditeur. Toute traduction, adaptation ou utilisation commerciale de quelque partie que ce soit du livre sous quelque forme ou moyen implique l'autorisation écrite de l'éditeur. Un [formulaire de demande d'autorisation](#) est disponible sur le site MSH.

Les marques commerciales ou de services utilisées dans ce guide électronique y compris Microsoft Word et PowerPoint, sont la propriété exclusive de Microsoft Corporation. *Systèmes de santé en action : Un e-guide pour les cadres et les dirigeants* n'est ni un produit de, ni n'est approuvé par Microsoft Corporation.

Management Sciences for Health  
200 Rivers Edge Drive  
Medford, MA 02155-5741 USA

Fax: +1.617.250.9090  
Email: [bookstore@msh.org](mailto:bookstore@msh.org)  
Website: [www.msh.org](http://www.msh.org)

Tel.: +1.617.250.9500

ISBN 978-0-9819616-2-0

Le financement de cette publication a été octroyé par l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID) selon les termes du Programme d'encadrement, de gestion et de durabilité, numéro de subvention GPO-A-00-05-0024-00. Les opinions qui y sont exprimées sont celles de leurs auteurs et ne reflètent pas nécessairement les points de vue de l'USAID ou du gouvernement des États-Unis.

Composition : Edna Jamandre  
Relecture : Sue Blake  
Index : J&J Indexing

Citation suggérée :

*Systèmes de santé en action : un e-guide pour les gestionnaires et les dirigeants*. Medford, MA:  
Management Sciences for Health, 2010. Disponible en ligne sur :

<http://www.msh.org/resources/health-systems-in-action-an-e-handbook-for-leaders-and-managers>



# Table des matières

Avant-propos

Préface

Remerciements

## Chapitre 1. Obtenir des résultats en renforçant les systèmes de santé

*Sylvia Vriesendorp*

Introduction	<a href="#">1:2</a>
Transformer la frustration en une force de changement	<a href="#">1:2</a>
Bâtir des systèmes de santé fonctionnels	<a href="#">1:3</a>
Un cadre pour le renforcement des systèmes centrés sur l'humain	<a href="#">1:5</a>
Concevoir des systèmes de gestion axés sur l'humain	<a href="#">1:7</a>
Interventions destinées à renforcer les systèmes de santé	<a href="#">1:8</a>
Le rôle des systèmes de gestion dans le renforcement des systèmes de santé	<a href="#">1:9</a>
Pratiques éprouvées	<a href="#">1:10</a>
Glossaire des termes propres aux systèmes de santé	<a href="#">1:10</a>
Références et ressources	<a href="#">1:11</a>

## Chapitre 2. Leadership et management : les compétences essentielles pour renforcer les systèmes de santé

*Sylvia Vriesendorp*

Introduction	<a href="#">2:2</a>
Quand les managers dirigent : cap sur les résultats	<a href="#">2:3</a>
Améliorer le leadership et le management pour obtenir des progrès en matière de santé	<a href="#">2:4</a>
Former des managers-leaders	<a href="#">2:6</a>
Management et le leadership en action	<a href="#">2:10</a>
Diriger et manager au plus haut niveau	<a href="#">2:15</a>
La reconversion du rôle de leader : transformer les mentalités et les comportements	<a href="#">2:20</a>
Apprendre à gérer et à diriger : Une méthodologie éprouvée pour l'apprentissage par l'action	<a href="#">2:25</a>
Pratiques éprouvées	<a href="#">2:28</a>
Glossaire des termes de management et de leadership	<a href="#">2:29</a>
Références et ressources	<a href="#">2:30</a>

### Chapitre 3. Gouvernance des systèmes et des organisations de santé

*Mahesh Shukla, Lourdes de la Peza, Karen Johnson Lassner*

Introduction	<a href="#">3:2</a>
Pourquoi la bonne gouvernance ?	<a href="#">3:3</a>
Qu'est-ce qui rend la gouvernance « bonne » ?	<a href="#">3:3</a>
Cultiver la responsabilité	<a href="#">3:7</a>
Mobilisez les parties prenantes	<a href="#">3:10</a>
Définir une orientation commune	<a href="#">3:12</a>
Gérer judicieusement les ressources	<a href="#">3:14</a>
Gouvernance dans le secteur public	<a href="#">3:18</a>
Gouvernance des organes multisectoriels	<a href="#">3:24</a>
Bonne gouvernance dans les organisations de la société civile	<a href="#">3:30</a>
Difficultés courantes des conseils d'administration et solutions	<a href="#">3:46</a>
Pratiques éprouvées	<a href="#">3:46</a>
Glossaire des termes de gouvernance	<a href="#">3:48</a>
Références et ressources	<a href="#">3:50</a>

### Chapitre 4. Intégration de l'égalité des sexes dans les systèmes sanitaires

*Belkis Giorgis*

Mythes et réalités en matière de genre	<a href="#">4:3</a>
Les principes de base : intégration de la dimension du genre	<a href="#">4:4</a>
Une perspective « genre » des éléments constitutifs des systèmes de santé	<a href="#">4:15</a>
Conclusion <a href="#">4:22</a>	
Pratiques éprouvées	<a href="#">4:23</a>
Glossaire du genre	<a href="#">4:25</a>
Références et ressources	<a href="#">4:26</a>

### Chapitre 5. Planification du travail et utilisation effective du plan

*Judith B. Seltzer*

Introduction	<a href="#">5:2</a>
Lier la planification au leadership et au management axés sur les résultats	<a href="#">5:3</a>
Types de planification	<a href="#">5:6</a>
Réfléchir de manière stratégique : un fondement de la planification	<a href="#">5:7</a>
Démarrer le processus de planification stratégique	<a href="#">5:8</a>
Analyse de l'environnement interne et externe	<a href="#">5:10</a>
Énonciation de la mission	<a href="#">5:11</a>
Créer une vision	<a href="#">5:14</a>
Fixer des objectifs stratégiques	<a href="#">5:16</a>
Formuler des stratégies	<a href="#">5:20</a>
Mesurer la mise en œuvre du plan	<a href="#">5:22</a>
Conversion du plan stratégique en plan opérationnel	<a href="#">5:24</a>
Pratiques éprouvées	<a href="#">5:31</a>
Glossaire des termes de la planification	<a href="#">5:31</a>
Références et ressources	<a href="#">5:33</a>
Annexes	<a href="#">5:34</a>

## Chapitre 6. La gestion des ressources humaines

*Mary O'Neil, Steve Reimann*

Introduction	<a href="#">6:2</a>
Le cadre d'action de <i>Human Resources for Health</i>	<a href="#">6:3</a>
Les piliers d'une GRH efficace	<a href="#">6:4</a>
La GRH, une question de leadership	<a href="#">6:5</a>
Les pratiques de GRH qui améliorent la satisfaction des employés	<a href="#">6:7</a>
Les programmes incitatifs engendrent la satisfaction et la motivation des employés	<a href="#">6:13</a>
Gérer le personnel bénévole	<a href="#">6:13</a>
Améliorer les politiques et les pratiques de GRH à l'aide d'un sondage	<a href="#">6:15</a>
Évaluer la capacité de la GRH de votre organisation	<a href="#">6:18</a>
Revitaliser la GRH par vos actions et vos exemples	<a href="#">6:21</a>
Pratiques éprouvées	<a href="#">6:22</a>
Glossaire de termes de gestion des ressources humaines	<a href="#">6:23</a>
Références et ressources	<a href="#">6:24</a>
Conclusion	<a href="#">6:31</a>

## Chapitre 7. Gestion des finances et des systèmes connexes

*Natalie Merlini Gaul*

Introduction	<a href="#">7:2</a>
Présentation de la gestion financière et de la gestion des opérations	<a href="#">7:4</a>
Évaluer les systèmes financier et d'exploitation de votre organisation	<a href="#">7:7</a>
Comptabilité et gestion financière : principes de base	<a href="#">7:8</a>
Gestion des risques	<a href="#">7:19</a>
Conflit d'intérêt et conduite contraire à l'éthique	<a href="#">7:22</a>
Gestion des approvisionnements	<a href="#">7:24</a>
Gestion des déplacements	<a href="#">7:30</a>
Gestion des actifs	<a href="#">7:34</a>
Gestion de trésorerie	<a href="#">7:36</a>
Obligations de contrôle interne et directives	<a href="#">7:38</a>
Politiques et procédures servant à renforcer le contrôle interne	<a href="#">7:44</a>
Pratiques éprouvées	<a href="#">7:47</a>
Glossaire des termes de comptabilité et d'achats	<a href="#">7:48</a>
Références et ressources	<a href="#">7:52</a>
Annexes	<a href="#">7:52</a>

## Chapitre 8. Gestion des médicaments et des produits de santé

*Malcolm Clark, Andy Barraclough*

Introduction	<a href="#">8:2</a>
Gestion du stockage des médicaments et des produits de santé	<a href="#">8:7</a>
Gestion et contrôle des stocks	<a href="#">8:23</a>
Délivrance du stock à partir de l'entrepôt du centre de santé	<a href="#">8:42</a>
Bonnes pratiques de délivrance	<a href="#">8:45</a>
Prescription et utilisation logiques des médicaments	<a href="#">8:46</a>
Considérations sur les articles périmés, endommagés ou obsolètes	<a href="#">8:46</a>
Formation et amélioration des résultats du personnel chargé de l'approvisionnement	<a href="#">8:48</a>
Supervision de la gestion des approvisionnements	<a href="#">8:50</a>
Pratiques éprouvées	<a href="#">8:55</a>
Glossaire des termes de gestion des approvisionnements	<a href="#">8:56</a>
Références et ressources	<a href="#">8:58</a>
Annexes	<a href="#">8:61</a>

## Chapitre 9. Gestion de l'information : suivi et évaluation

*Nancy LeMay*

Introduction	<a href="#">9:2</a>
Information pour la gestion des services de santé	<a href="#">9:2</a>
Qui s'approprie le S&E ?	<a href="#">9:6</a>
Le suivi en tant que cheminement vers l'action	<a href="#">9:9</a>
Outils pratiques de S&E et approches	<a href="#">9:12</a>
Les étapes d'élaboration d'un plan de S&E	<a href="#">9:18</a>
Conception d'un outil de S&E	<a href="#">9:27</a>
Conception de l'évaluation pour les besoins de l'apprentissage	<a href="#">9:30</a>
Données de SIS : points forts et limites	<a href="#">9:38</a>
Pratiques éprouvées	<a href="#">9:39</a>
Glossaire des termes de S&E	<a href="#">9:40</a>
Références et ressources	<a href="#">9:42</a>

## Chapitre 10. Gestion de la prestation de services de santé

*Ann Buxbaum*

Introduction	<a href="#">10:2</a>
Éléments du système de prestations de santé	<a href="#">10:3</a>
Élément 1 : Instaurer et maintenir des prestations de qualité supérieure	<a href="#">10:4</a>
Élément 2 : Assurer l'accès équitable à tous les individus et les communautés	<a href="#">10:12</a>
Élément 3 : Fournir des services intégrés	<a href="#">10:19</a>
Élément 4 : Élargissement	<a href="#">10:23</a>
Élément 5 : Fournir des soins de santé primaires au niveau de la communauté	<a href="#">10:29</a>
Élément 6: Travailler avec le secteur privé à but lucratif	<a href="#">10:33</a>
En résumé	<a href="#">10:36</a>
Pratiques éprouvées	<a href="#">10:37</a>
Glossaire des termes de prestations de services	<a href="#">10:37</a>
Références et ressources	<a href="#">10:39</a>

## Index

## Liste de figures

Figure 1.1.	Cadre de renforcement des systèmes centrés sur l'humain	<a href="#">1:6</a>
Figure 2.1.	Le Modèle de leadership, de management et de gouvernance	<a href="#">2:5</a>
Figure 2.2.	Cadre de management et leadership	<a href="#">2:9</a>
Figure 2.3.	Processus intégré de leadership et de management	<a href="#">2:14</a>
Figure 2.4.	Le Modèle du défi : de la vision à l'action puis aux résultats	<a href="#">2:26</a>
Figure 2A-1.	Le diagramme en arête de poisson	<a href="#">2:33</a>
Figure 2A-2.	Exemple de technique des cinq pourquoi	<a href="#">2:34</a>
Figure 3.1.	Modèle conceptuel de gouvernance des systèmes de santé	<a href="#">3:5</a>
Figure 4.1.	Continuum de l'intégration de la dimension du genre	<a href="#">4:11</a>
Figure 5.1.	Cadre de management et leadership	<a href="#">5:4</a>
Figure 5.2.	Le continuum de la planification	<a href="#">5:5</a>
Figure 5.3.	Éléments d'un plan opérationnel	<a href="#">5:25</a>
Figure 5.4.	Listes de contrôle de la faisabilité	<a href="#">5:26</a>
Figure 6.1.	Cadre d'action de Human Resources for Health	<a href="#">6:3</a>
Figure 8.1.	Comment la réduction des types de gaspillage courants	<a href="#">8:3</a>
Figure 8.2.	Cycle de gestion pharmaceutique	<a href="#">8:5</a>
Figure 8.3.	Fiche de stock typique	<a href="#">8:27</a>
Figure 8.4.	Modèle idéal de contrôle de stock	<a href="#">8:37</a>
Figure 9.1.	Sous systèmes communs d'information de santé	<a href="#">9:3</a>
Figure 9.2.	Relations entre l'information et les cycles de gestion	<a href="#">9:4</a>
Figure 9.3.	Hiérarchie des besoins en information	<a href="#">9:7</a>
Figure 9.4.	Niveaux dans la chaîne des résultats	<a href="#">9:12</a>
Figure 9.5.	Éléments classiques d'un cadre logique	<a href="#">9:13</a>
Figure 9.6.	Exemple de Cheminement vers le changement	<a href="#">9:16</a>
Figure 9.7.	Chaîne « de sorte que » d'une seule activité du cheminement vers le changement	<a href="#">9:17</a>
Figure 10.1.	Triangle de qualité	<a href="#">10:4</a>

## Systèmes de santé en action – Exemples de pays

Mesures rigoureuses de leadership et de management destinées à améliorer la Santé publique (s'appuyant sur des exemples de pays comme l'Afghanistan, le Brésil et la Tanzanie)	<a href="#">1:3</a>
Utilisation de la technologie pour renforcer la transparence et la responsabilité – Cas du Kenya, de la Tanzanie et de l'Ouganda	<a href="#">3:9</a>
Les conseils de santé citoyens permettent de prévenir la corruption et de réduire les surfacturations – Cas de la Bolivie	<a href="#">3:24</a>
Transparence et responsabilité en action – Un récit venant du terrain	<a href="#">3:35</a>
Études de cas mettant en lumière les différentes étapes du continuum de l'intégration de la dimension du genre – Exemples du Zimbabwe, de la Zambie et du Kenya	<a href="#">4:14</a>
Renforcement de la GRH et amélioration des services, en action sur le terrain – Exemples de pays : le Mozambique, le Kenya et l'Égypte	<a href="#">6:17</a>
L'Outil d'évaluation rapide de GRH en action – L'exemple de l'Ouganda	<a href="#">6:19</a>
Approvisionnements par le Fonds mondial	<a href="#">8:6</a>
Suivi pour une meilleure gestion des programmes en action – Un exemple du Pérou	<a href="#">9:10</a>
L'information en action pour améliorer les services – Expériences de la Bolivie et de l'Afrique du Sud	<a href="#">9:11</a>
Utilisation des résultats pour améliorer les données de routine en action – Exemple du Pakistan	<a href="#">9:26</a>
Utilisation et amélioration des données SIS imparfaites – Exemple de Madagascar	<a href="#">9:37</a>
Le financement basé sur la performance en action – L'exemple du Rwanda	<a href="#">10:9</a>
Gestion basée sur les normes et reconnaissance de l'action au Malawi	<a href="#">10:11</a>
Exploiter une perspective égalitaire pour réduire les barrières – Exemples de pays (Afghanistan, au Pérou et en Jordanie)	<a href="#">10:14</a>
La jeunesse en action – Exemples de pays (Haïti et Mozambique)	<a href="#">10:18</a>
S'appuyer sur l'expérience, les données et la motivation pour procéder à l'élargissement – Exemples de pays (Sénégal et Égypte)	<a href="#">10:28</a>
Collaborations public-privé pour une meilleure santé en action – Exemples de pays (Tanzanie et Inde)	<a href="#">10:35</a>

## Avertissement à l'édition française

Traduire des concepts anglo-saxons en français pose plein de problèmes. Les pratiques de leadership, de management et de gouvernance et les concepts connexes n'ont pas été traduits de façon uniforme dans les diverses éditions et cadres conceptuels qui figurent dans les publications existantes de MSH qui traitent des mêmes sujets. La terminologie utilisée dans certains de ces cadres conceptuels insérés dans le présent manuel n'est donc pas forcément uniforme avec celle utilisée d'autres documents antérieurs ou d'autres livres de référence.

Au fil des années, la pensée à propos de ces concepts en France et en Afrique francophone a rapidement évolué et des termes plus appropriés sont apparus.

N'ayant pas voulu aller en arrière, nous avons opté de laisser intact les traductions proposées par la traductrice du présent ce manuel. Nous les avons jugées excellentes. Pour donc éviter des confusions, le tableau ci-dessous présente une liste des termes qui ont été interchangeablement utilisés. Veuillez noter que ces termes se réfèrent pour chaque liste au même concept dans la version anglaise du manuel.

### Liste des termes interchangeables

Régir, mener, diriger, encadrer

Le leadership, la direction, la commande

Le leader, le responsable, le chef, le directeur<sup>1</sup>

manager, gérer

Le management, la gestion

Le manager, le coordinateur, le responsable

Le manager-leader, le manager doublé d'un leader, le manager qui gère.

Titre de la publication MSH : transformer les managers en leaders

Le défi ; le challenge ou l'enjeu.

Le retour d'information, la retro-information, le feed-back.

Scanner, faire un scanning, examiner le contexte, examiner attentivement

Focaliser, concentrer l'attention, cibler

Aligner et mobiliser, harmoniser

Etre une source d'inspiration, inspirer

Renforcer la responsabilité, être redevable, cultiver la responsabilité

Engager les parties prenantes, impliquer les parties prenantes, mobiliser les parties prenantes

Établir l'orientation stratégique (commune), définir L'orientation stratégique

(Bien) gérer les ressources, gestion responsable des ressources, la bonne intendance, gérer judicieusement les ressources

Managers-Leaders, transformer les managers en leaders

<sup>1</sup>Il est sous-entendu que, malgré l'utilisation de l'article défini masculin, les rôles peuvent être joués par les hommes et les femmes.

Etant une publication électronique, le manuel en profite avec ses multiples liens aux adresses électroniques (URL). Malheureusement la plupart de ces liens vous amènent aux publications et pages internet écrites en anglais. Sauf dans le cas des organisations internationales, il est peu probable que les textes et liens référencés existent en français. Nous avons fait l'effort de trouver, dans la mesure du possible, les liens correspondant en français. Nous avons par ailleurs indiqué les liens et textes pour lesquels nous n'avons pu trouver aucune version française. Nous nous excusons déjà pour tout désagrément probable. Enfin, il est à noter que nous n'avons pas traduit les noms et sigles des organisations, institutions ou livres qui n'ont pas de correspondant français.

## Avant-propos

La nécessité impérieuse de mettre sur pied de solides systèmes nationaux de santé a acquis une visibilité accrue dans le monde au cours de la dernière décennie.

Les ressources inédites en matière de santé mondiale, notamment dans la lutte contre les principales pandémies, ont donné aux gouvernements les moyens de déployer efficacement leurs capacités d'intervention en termes d'urgences sanitaires cruciales. Malgré tout, les efforts consentis par de nombreux pays pour appliquer à plus grande échelle ces programmes se sont vus ralentis par l'inefficacité des systèmes de santé. Si les six éléments constitutifs du système de santé tels que définis par l'Organisation mondiale de la santé dans *Everybody's Business* (L'affaire de tous) offrent une vaste perspective des composantes du système de santé, ce guide électronique pratique va plus loin (au-delà) en fournissant aux responsables de programmes de santé les détails pratiques essentiels du renforcement des systèmes de santé.

Au fil des pages, je mesure combien les connaissances réunies dans ce volume font écho à notre expérience en Éthiopie, notamment depuis que nous nous sommes engagés dans ce grand chantier de réforme du secteur de la santé. Nous n'avons pas tardé à comprendre qu'une approche sanitaire intégrée des prestations constituait la seule stratégie applicable pour atteindre les objectifs ambitieux de notre Programme de développement du secteur de la santé (HSDP en anglais).

Créé par le ministère fédéral de la Santé en 1997, le HSDP constitue un élément clé du Plan multisectoriel de développement accéléré et soutenu contre la pauvreté. La résolution des problèmes sanitaires les plus urgents du pays est au cœur de ce programme. En lien direct avec les Objectifs du millénaire pour le développement, la troisième et actuelle phase de notre HSDP privilégie les interventions à fort impact sur le renforcement des systèmes de santé, que requiert le déploiement accéléré des principaux services dédiés à la santé infantile, maternelle, au VIH, à la tuberculose et au paludisme. Asseoir cette approche constitue l'engagement ferme de notre gouvernement à s'investir auprès de la communauté pour garantir un accès universel aux soins de santé primaires.

Cet objectif national est emmené par notre Programme de vulgarisation sanitaire (HEP), chargé de la formation et du déploiement rapides de 30 000 agents de vulgarisation sanitaire (HEW) dans tout le pays avec deux d'entre eux par village, soit le double de l'effectif sanitaire d'Éthiopie en seulement trois ans. L'engagement des HEW en tant que fonctionnaires salariés à plein temps marque une évolution importante du modèle de bénévolat, un changement que nous estimons crucial pour l'avancée du HEP et qui confortera sa durabilité et son succès sur le long terme. En s'appuyant sur la mobilisation sociale une approche innovante du type « modèle familial », les HEW valorisent les comportements sains dans leurs communautés et améliorent l'accès et l'utilisation des services sanitaires de base.

Le Programme de vulgarisation sanitaire qui privilégie la promotion de la santé et la prévention des maladies est la pierre angulaire du système de santé décentralisé de l'Éthiopie. Et le système global d'informations et d'orientation en matière de santé développé par les HEW au niveau local permet un accès plus large à un ensemble de soins aux niveaux secondaires et tertiaires. Parallèlement, le gouvernement investit aussi largement dans le déploiement de l'infrastructure sanitaire, initiative via laquelle il est prévu d'établir 15 000 points de santé et 3 200 centres de santé dans le pays, pour lesquels le gros des infrastructures est déjà en place.

Ces initiatives sont soutenues par la réforme actuelle du secteur de la santé qui vise à instaurer un changement radical de notre mode de travail. Nous sommes conscients que cet objectif ambitieux, à savoir parvenir à mettre en place un accès universel aux services de base, implique de s'éloigner radicalement des pratiques habituelles). Dans le cadre de cette réforme qui court depuis deux ans, nous avons recréé et lancé de nouveaux processus et établi des cadres institutionnels pour les fonctions essentielles. Ces fonctions englobent les urgences sanitaires publiques et les processus de pilotage, le contrôle et l'évaluation, l'approvisionnement et la gestion pharmaceutique, les services de santé et la réglementation des produits, la mobilisation des ressources et l'assurance. Dans tout le secteur, le personnel a été formé aux politiques et aux stratégies fondant ces nouveaux processus centrés sur l'humain et basés sur des résultats qui mettent l'accent sur l'efficacité et les structures comptables claires. Avec l'engagement actif de nos différents partenaires, nous mettons en œuvre des mécanismes de gouvernance effective et inclusive en adéquation avec notre Accord de Partenariat international pour la santé, qui privilégie la durabilité, une mobilisation harmonisée, l'affectation de ressources et la coordination du suivi et de l'évaluation.

Ce guide présente de façon extrêmement détaillée tous les aspects pratiques des fondamentaux du renforcement des systèmes de santé. De nombreux pays en développement, parmi lesquels l'Éthiopie, étant actuellement confrontés aux multiples enjeux de cette initiative, la date de publication constitue en soi un apport plus que significatif. Cela étant, la plus importante contribution de ce livre réside dans la priorité donnée à la construction d'un système de santé national efficace, où les compétences et motivations individuelles constituent le ciment indispensable à la construction d'un système de santé cohérent et fiable.

Le rôle central de l'humain apparaît clairement dans les quatre premiers chapitres qui mettent à jour les liens complexes entre les systèmes et les individus, fournisseurs comme bénéficiaires des systèmes de santé, en identifiant des compétences essentielles d'encadrement et de gestion pour le secteur de la santé et en soulignant l'importance d'une bonne gouvernance et d'une planification efficace. C'est précisément là que ce guide, à mon sens, constitue pour nous une excellente ressource en Éthiopie. Nos initiatives de renforcement de l'« orientation individuelle » de nos nouveaux processus professionnels et de nos initiatives continues visant à instaurer des compétences cruciales de gestion et d'encadrement - comprenant notamment notre programme de formation supérieure pour les directeurs d'hôpitaux - ont tout à gagner du nouvel éclairage qu'apporte ce guide.

Dans la même perspective, ce guide peut se révéler un immense apport au renforcement des initiatives visant à institutionnaliser une culture de planification fondée sur l'empirisme dans le secteur de la santé. Cette culture intègre la poursuite continue de notre objectif prévalent de « un plan, un budget, un système de compte rendu » au niveau national, le renforcement des processus de planification au niveau du district et les plans hebdomadaires détaillés que chaque responsable élabore pour l'encadrement des activités quotidiennes.

Dans cette perspective, nous espérons que notre expérience pratique dans ces domaines constituera un apport aux prochaines éditions de ce guide. Et si le renforcement des systèmes de santé peut ne pas être une science exacte et que l'approche universelle n'existe pas, cette publication démontre que la quantité de connaissances empiriques et les bonnes pratiques peuvent grandement contribuer à accélérer et à affiner les initiatives nationales du mieux possible afin d'adapter les besoins, les compétences et les circonstances.

MSH et USAID méritent d'être cités pour la valeur et la pertinence de leur collaboration à ce guide. Cette contribution essentielle souligne non seulement l'impérieuse nécessité de systèmes de santé solides pour réaliser les Objectifs du millénaire pour le développement mais aussi pour traiter les questions de santé globale émergentes à venir. J'ai à cœur de voir une large diffusion et une application pratique de ce guide en Éthiopie et dans toute l'Afrique ainsi que dans l'ensemble des pays en développement.

Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus  
Ministre de la santé de la République fédérale d'Éthiopie

## CE QUI SE DIT SUR LES SYSTÈMES DE SANTÉ EN ACTION

Le contenu est impressionnant. Je doute qu'il y ait quoi que ce soit dans ce domaine qui soit si enrichissant, de la première à la dernière page (apporte autant d'une couverture à l'autre).

Guy Pfeffermann  
Fondateur et directeur général de Global Business School Network

Cette publication représente une immense source d'informations pour les dirigeants... qui souhaitent améliorer leurs performances et celles de leurs équipes... Elle répond aux questions clé des cadres de la santé en devenir et offre une profusion de liens vers des ressources utiles. Elle encourage également les pratiques de réflexion et relie concepts théoriques et exemples pratiques. Cette publication sera particulièrement utile aux responsables œuvrant dans des cadres aux ressources limitées pour prendre des décisions difficiles quant à l'affectation la plus rentable de ressources limitées, ou comment motiver les équipes et maintenir les soins de qualité optimale dans des circonstances délicates.

Professor Andy Haines  
Directeur, London School of Hygiene & Tropical Medicine

Distillant des décennies d'expérience, le guide de MSH met en exergue l'importance des performances des systèmes de santé pour parvenir aux OMD et au-delà, et positionne l'individu au cœur de chacun des blocs des systèmes de santé, en privilégiant les compétences indispensables au leadership et à l'encadrement pour les organisations et les gouvernements œuvrant au développement. Ce guide est appelé à devenir un compagnon utile aux cadres de la santé dans le monde entier.

Ariel Pablos-Mendez  
Directeur général de la Fondation Rockefeller

Le e-guide est la référence suprême pour les responsables des soins de santé à tous les niveaux de l'organisation et du système de santé. Il constitue un système d'apprentissage. La lecture intégrale de ce guide sera pour tout responsable une source de compétences et de certitudes, où il trouvera réponse à ses questions. Ce guide fait aussi office de portail en donnant accès aux principaux sites web invitant l'utilisateur à aller plus loin, et à en faire un consultant virtuel. Doté du guide électronique, un responsable de la santé n'est jamais seul.

Gary L. Filerman  
Premier vice-président, Président du Groupe de gestion et de politique de santé, Atlas Research

Le guide électronique répond clairement aux besoins de la plupart de nos systèmes de santé en Afrique.

Alex Coutinho  
Directeur de l'Institut des maladies infectieuses de Kampala, Ouganda

## Préface

Les créateurs de ce guide se sont attachés à recueillir depuis des années vos nombreux commentaires. Vous nous avez fait part de votre souhait d'être mieux préparés à encadrer, diriger et gouverner les structures et les programmes de santé ainsi que les prestataires de soins de santé. Vous nous avez confirmé votre investissement dans la santé en tant que droit humain ainsi que vos combats pour garantir que des services de qualité optimale soient offerts aux plus démunis par vos infrastructures et votre personnel de santé. Nous sommes conscients des enjeux auxquels vous êtes confrontés en travaillant dans des circonstances difficiles et avec des ressources extrêmement limitées.

*Les systèmes de santé en action : un e-guide pour les cadres et dirigeants* (incluant les postes d'encadrement, de gestion et de gouvernance) a été écrit pour vous. Nous espérons qu'il vous sera utile au quotidien avec votre équipe, votre unité, votre programme ou organisation pour donner corps au but que vous vous êtes fixé, à savoir l'accès universel aux meilleurs soins de santé possible pour les individus, les familles et les communautés. Ce guide a été publié pour la première fois en 2010, et a été révisé en 2014 avec l'ajout d'un chapitre sur la question de l'égalité des sexes, donnant lieu à une réécriture globale du chapitre sur la gouvernance, une refonte des deux premiers chapitres et une mise à jour intégrale des informations (adresses URL) données dans le livre.

Nous sommes convaincus que les pages qui suivent vous fourniront des idées et des outils qui vous aideront à armer les autres face aux enjeux et à produire les résultats escomptés. Nous avons à cœur de vous donner les moyens d'atteindre vos objectifs en améliorant la réactivité du système de santé de votre propre organisation aux besoins des clients, du personnel et de tous ceux qui ont un rôle à jouer dans les soins de santé de qualité.

La question de l'efficacité des systèmes de santé est plus que jamais d'actualité. Bien que leur structuration varie considérablement et que l'on en connaisse les composantes, il subsiste une grande part d'inconnu sur leur meilleur mode de fonctionnement.

Ce guide rassemble les pratiques concrètes de leadership, de management et de gouvernance recueillies dans le monde entier ainsi que l'expérience internationale acquise sur le terrain au cours des dernières décennies en matière de santé publique. Il intègre ces pratiques aux principaux systèmes de gestion qui, en s'associant, visent à améliorer la santé. Il reprend également les approches pratiques d'encadrement et de gestion présentées dans *Les systèmes de santé en action : un guide électronique pour les managers et les leaders*, publié en 2005 et réimprimé en 2009. La nouvelle édition s'appuie également sur l'expérience acquise dans le cadre du projet Leadership, Management et Gouvernance (LMG) attribué à MSH en 2011.

Notre objectif est de vous remettre un guide pratique complet et un ensemble d'outils et de ressources pour répondre aux questions de leadership, de management et de gouvernance des services de santé. Ce guide a été conçu pour être une ressource électronique facile d'accès et qui puisse être lu en ligne, imprimé et téléchargé.

Ce guide a été écrit à destination des professionnels de la santé travaillant dans le secteur public et de ceux œuvrant pour les organisations de la société civile sur une grande échelle, y compris confessionnelles et communautaires. Professeurs, formateurs et animateurs peuvent utiliser le contenu de ce guide pour concevoir des formations en leadership, gestion, gouvernance et développement organisationnel, et pour produire des supports d'orientation pour les nouveaux gestionnaires.

Quelles que soient vos fonctions dans l'organisation, ce guide vous est destiné. Il vous servira de référence et de guide d'apprentissage et de formation. Nous vous encourageons à utiliser aussi ce livre avec votre équipe. Considérez le temps consacré à la lecture comme un investissement dans votre carrière autant que dans la qualité des performances de votre équipe ou votre organisation. Le guide est une ressource pour vous aider à mieux percevoir et gérer les cinq éléments-clefs du succès organisationnel : le leadership, les systèmes de gestion, la gouvernance de qualité, la gestion du changement et la mise en place d'un environnement de travail propice.

Ce guide a pour objectif de contribuer à mieux positionner l'élément humain au cœur du système de santé en fournissant une terminologie des outils techniques en matière de leadership, de management et de pratiques de gouvernance adaptés que chacun peut maîtriser et qui renforcent clairement les systèmes de gestion organisationnelle. Nous répondons aussi à votre demande en tant que fédérateur d'un système de santé offrant des prestations de santé de qualité.

Ce support s'articule autour de ces éléments fondamentaux déclinés en dix chapitres :

1. [Chapitre 1.](#) Obtenir des résultats en renforçant les systèmes de santé
2. [Chapitre 2.](#) Encadrer et gérer : compétences clés pour le renforcement des systèmes de santé
3. [Chapitre 3.](#) Gouvernance des systèmes et des organismes de santé
4. [Chapitre 4.](#) Intégration de l'égalité des sexes dans les systèmes de santé
5. [Chapitre 5.](#) Planifier le travail et suivre le plan
6. [Chapitre 6.](#) Gérer les ressources humaines
7. [Chapitre 7.](#) Gérer les finances et les systèmes connexes
8. [Chapitre 8.](#) Gérer les médicaments et produits de santé
9. [Chapitre 9.](#) Gérer l'information : contrôle et évaluation
10. [Chapitre 10.](#) Gérer la prestation de service de santé

Vous pouvez consulter ou lire les chapitres dans l'ordre, partiellement ou aléatoirement.

## Comment parcourir les fichiers en utilisant les favoris

Chacun des dossiers PDF du e-guide s'ouvrira en affichant les favoris sur la gauche. Pour passer à un sujet relié à un favori, cliquer sur le favori. Cliquer sur la flèche à droite (►) proche du favori « parent » pour l'afficher. Cliquer sur la flèche du bas (▼) proche d'un favori pour cacher ses « enfants ».

Pour ouvrir et fermer les favoris, cliquer sur le bouton Favoris sur la gauche de la fenêtre ou choisir Information / Afficher / Masquer.

Chaque chapitre intègre des liens vers des ressources en ligne afin que vous puissiez approfondir ces sujets. Dans la plupart des cas, vous trouverez des consignes détaillées pour les démarches à suivre dans votre organisation. Chaque chapitre se termine sur les trois mêmes sections : pratiques éprouvées, glossaire des termes pouvant ne pas être familiers à votre équipe et à vous-même, et une liste de références et ressources.

Notre intention est de mettre à portée de main tout ce dont vous avez besoin afin que vous puissiez facilement et en permanence affiner vos connaissances en matière de management et de leadership et renforcer vos capacités en tant que manager ou leader.

Enfin, nous comptons sur votre retour d'expérience en tant qu'utilisateur du e-guide. Qu'avez-vous trouvé le plus intéressant ? Faut-il actualiser certaines informations ? Il se peut que vous ayez trouvé une ressource en ligne à y inclure. Y a-t-il des suggestions du guide qui n'ont pas marché pour vous ? Vous pouvez utiliser le [formulaire de commentaires](#) en ligne ou adresser un e-mail à [HSinAction@msh.org](mailto:HSinAction@msh.org). Nous nous appuyons sur l'expérience et les connaissances de ceux qui s'investissent depuis des décennies pour améliorer les systèmes de santé dans le monde. Merci de nous aider à rendre ce guide aussi utile que possible pour vous.

Nous vous en sommes reconnaissants et vous adressons nos meilleurs vœux face aux enjeux de l'amélioration des systèmes de santé et pour votre investissement vital à vos communautés.

## Où trouver *Les systèmes de santé en action : un guide électronique pour les managers et les leaders*

Le guide est téléchargeable en ligne à <http://www.msh.org/resources/health-systems-in-action-an-e-handbook-for-leaders-and-managers>.

## Remerciements

*Systèmes de santé en action* constitue l'aboutissement du Programme LMS financé par l'Agence des Etats-Unis pour le développement international (USAID). À l'issue du programme LMS, nous avons saisi l'occasion d'analyser et de partager l'expérience et la vision acquises grâce au soutien généreux de l'USAID. Ce guide constitue le vecteur de cette réflexion et de ces échanges. Le projet LMG financé par l'USAID avait comme objectif de continuer la promotion et l'animation d'un leadership et d'un encadrement de qualité, en y ajoutant un volet sur la gouvernance et une priorité accentuée sur l'égalité des sexes. L'USAID nous a logiquement accordé le soutien nécessaire pour mettre à jour ce guide en y intégrant un chapitre sur la gouvernance et un autre sur l'égalité des sexes.

La rédaction du guide actualisé est l'œuvre d'un collectif d'auteurs de MSH : Sylvia Vriesendorp, Mahesh Shukla, Karen Johnson Lassner, Lourdes de la Peza, Belkis Giorgis, Judith B. Seltzer, Steve Reimann, Mary O'Neil, Natalie Merlini Gaul, Malcolm Clark, Andy Barraclough, Nancy LeMay et Ann Buxbaum. Au-delà de leurs compétences professionnelles, tous ont su y réinvestir le savoir-faire de leurs collègues d'organismes et d'institutions de santé du monde entier.

Divers membres du personnel de MSH ont examiné les chapitres sélectionnés et apporté leurs précieuses contributions techniques aux auteurs. C'est le cas de Joan Bragar Mansour, Karen Johnson Lassner, Timothy R. Allen, Susana Galdos, Pat Barros-Smith, Alison Ellis, Joseph Dwyer, Sarah Johnson, Kimberly Hirsh, Susan Brinkert, Nazzareno Todini, Steve Sapirie, Cary Peabody Perry, Steven Solter, Diana Silimperi, Ashley Stephens et Jeffrey Aubuchon.

Nous souhaitons remercier en particulier les relecteurs extérieurs à MSH, les collègues dont l'enthousiasme à partager leurs connaissances et leur expérience des programmes de leadership et de management dédiés à la santé a été crucial pour l'authenticité de ce guide. Le docteur Peter Mugenyi du Joint Clinical Research Centre d'Ouganda, Lourdes Quintanilla de l'Instituto Carso de Salud du Mexique et Susan Wright de l'USAID au Ghana ont lu et apporté leurs suggestions à l'ensemble du manuscrit. Les chapitres ont été relus individuellement par Marguerite Farrell, Estelle Quain, Nandita Thatte et Nadira Kabir de l'USAID, le docteur Delanyo Dovlo de l'OMS et par Okathy Cahill, consultante indépendante aux États-Unis et ex-membre de la Fondation Bill & Melinda Gates. Le chapitre sur la gouvernance a été relu par David Winters, consultant indépendant en santé internationale, développement et gouvernance, et par Tom Dolan, président émérite de l'American College of Healthcare Executives. Enfin, le nouveau chapitre sur l'égalité des sexes a été relu par Constance Newman, responsable d'équipe en santé et en égalité des sexes à IntraHealth International, Susana Galdos, ex-directrice exécutive du Movimiento Manuela Ramos et

ex-directrice MSH pour l'Amérique latine et par Azucena Ugarte, directrice d'enseignement et de formation pour Women Against Abuse.

Toute publication implique une rédaction de qualité, et nous tenons à remercier Ann Buxbaum et Barbara Timmons pour leur relecture technique et les corrections apportées à la version originale, ainsi que Sylvia Vriesendorp pour celles sur les nouveaux chapitres. Avec la persévérance et le soin qui la caractérisent, Tempe Goodhue, sans qui le guide ne serait pas ce qu'il est, s'est chargée de la relecture du manuscrit et de sa production, et nous l'en remercions. Nina Breygin a grandement contribué à la préparation du CD-ROM de la version originale. Stacey Irwin Downey, en étant la dernière personne à avoir relu la version originale de la publication du début à la fin, nous a apporté sa maîtrise technique et son sens du détail. Erin Dowling a conçu la version révisée de la publication et nous tenons à la remercier pour ses suggestions et sa minutie.

Alison Ellis, Karen Johnson Lassner, et Ashley Stephens ont pris en charge la production du guide et ont pu compter sur l'appui de Meghann Lindholm pour sa finalisation. Produire une publication représente un vaste chantier et leur travail en cela a été remarquable.

Joseph Dwyer, directeur du programme LMS de MSH, a joué un rôle majeur de meneur et de guide, et nous a apporté un soutien continu pour idéalement intégrer à ce guide nos plus belles expériences. Jim Rice, directeur du projet LMG, a contribué à encadrer la révision et le développement des derniers contenus.

Enfin, nous tenons à remercier Marguerite Farrell, Responsable technique experte de l'USAID pour le programme LMS, pour son investissement dans ce guide ainsi que son encouragement et son soutien continus. Nous apprécions à sa juste valeur l'investissement permanent de l'USAID pour améliorer les compétences d'encadrement et de gestion des programmes de santé afin que les responsables d'organisations publiques, privées et non-gouvernementales du monde entier puissent concrétiser leur vision de services de santé pour tous qui soient de qualité, accessibles et durables. Nous remercions également Ann Hirschey, suppléante du responsable de l'accord sur le projet LMG, et Temi Ifafore, Giuliana Morales, Rebeen Pasha et Matthew Schneider qui ont participé à la révision du contenu actualisé.

Enfin, nous remercions l'équipe LMG qui a déployé toute son énergie à actualiser le contenu de ce guide et à intégrer l'ensemble de l'équipe : Corinna Banda, Jessica Koval, Megan Kearns et Katie Martin.

## Acronymes

A&G	Coûts administratifs et généraux
ADDO	Point de vente accrédité pour le commerce des médicaments
AQ	Assurance qualité
AQ	Amélioration de la qualité
ARV	Antirétroviraux
ARV	Approvisionnements regroupés volontairement
AS	Agent de santé
ASC	Agents de santé communautaires
CAP	Couple-années de protection
CCSD	Comités de coordination sanitaires de district
CCV	Contraception chirurgicale volontaire
CDV	Conseil et dépistage volontaire
CHBC	Soins à domicile communautaires
CMM	Consommation moyenne mensuelle
COEL	Couples eLigibles
COPE	Services centrés sur le client, dispensé par un prestataire efficace
CPCSP	Comité provincial de coordination de santé publique
CPR	Taux de prévalence des contraceptifs
DC	Distribution communautaire
DHS	Enquête démographique et de santé
DLDB	Duka la dawa baridi (magasin privé de vente de médicaments en Tanzanie)
DP	Demande de prix
FCV	Facteur de coûts ventilables
FEFO	Premier expiré, premier sorti
FIFO	Premier entré, premier sorti
FPF	Financement fondé sur la performance
GFATM	Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme
GIMI	Gestion intégrée des maladies infantiles et néonatales
GRH	Gestion des ressources humaines
GTIJ	Groupe de travail inter-agences sur la jeunesse
GUSA	Gouvernement des Etats-Unis
ICN	Instance de coordination nationale
IMCI	Gestion intégrée des maladies infantiles
IPPF	Fédération internationale du planning familial
KAP	Connaissances, attitudes, pratiques
LLINs	Moustiquaires durables traitées aux insecticides
LME	Liste des médicaments essentiels
LMS	Programme de Leadership, de pérennité et de gestion
LQAS	Échantillonnage pour assurance qualité par lot
MOPH	Ministère de la santé publique
MOST	Outil de gestion et de pérennité organisationnelle
MS	Ministère de la santé
MSH	Management Sciences for Health
NAC	Conseil national de lutte contre le SIDA – (aussi Comité du SIDA)
OM	Opportunités et menaces

OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONG	Organisation non gouvernementale
OSC	Organisation de la société civile
PAQ	Projet d'assurance qualité
PCC	Prise en charge communautaire
PCGR	Principes comptables généralement reconnus
PDG	Président directeur général
PEPFAR	Plan du Président des Etats-Unis pour la lutte contre le SIDA (USA)
PEVF	Programme d'éducation à la vie familiale
PF	Planification familiale
PIP-PH	Evaluation de performance & processus d'amélioration – santé publique
PMI	Initiative du Président des Etats-Unis contre le paludisme
PON	Procédures opérationnelles normalisées
PPHCC	Comité provincial de coordination de santé publique
PPL	Programme de promotion du leadership
PVC	Polychlorure de vinyle
QDP	Qualité définie en partenariat (Partnership Defined Quality)
RH	Ressources humaines
RHS	Ressources humaines pour la santé
RO	Recherche opérationnelle
SBM-R	Gestion basée sur des normes et la reconnaissance
SGI	Système de gestion de l'information
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
SIGS	Systèmes d'information de gestion de la santé
SIS	Système d'information de la santé
SMART	Simple, Mesurable, Approprié, Réaliste et Temporellement défini
(critères financiers)	
SMART (critères)	Spécifique, Mesurable, Approprié, Réaliste et Temporellement Limité
SPA	Soins post-avortement
SR	Santé de la reproduction, santé génésique
SSP	Soins de santé primaires
SSPC	Soins de santé primaires communautaires
STI	Infection sexuellement transmissible
SW	Forces et faiblesses
SWOT (analyse)	Forces, faiblesses, opportunités, menaces
TAV	Thérapie antirétrovirale
TCA	Thérapies combinées à base d'artémisinine
USAID	Agence des Etats-Unis pour le développement international
VEN	Vital, essentiel, non essentiel
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

# Obtenir des résultats en renforçant les systèmes de santé

Sylvia Vriesendorp

1. Obtenir des résultats en renforçant les systèmes de santé

2. Leadership et management : les compétences essentielles pour renforcer les systèmes de santé

3. Gouvernance des systèmes et des organisations de santé

4. Intégration de l'égalité des sexes dans les systèmes sanitaires

5. Planification du travail et utilisation effective du plan

6. La gestion des ressources humaines

7. Gestion des finances et des systèmes connexes

8. Gestion des médicaments et des produits de santé

9. Gestion de l'information : suivi et évaluation

10. Gestion de la prestation de services de santé

Ce chapitre justifie le positionnement des individus – professionnels de la santé chargés de fournir les prestations de santé de qualité à ceux qui en ont besoin – au cœur du renforcement des systèmes de santé. Au regard des éléments constitutifs d'un système de santé destiné à améliorer les résultats dans les domaines du leadership et de la gouvernance, des ressources humaines, de la gestion financière, des informations sanitaires, de la gestion des approvisionnements et des prestations de santé, il apparaît clairement que, sans un personnel qualifié, soutenu et motivé, aucun de ces systèmes ne serait opérationnel. Ces individus œuvrent au sein de leur communauté, dans des centres de santé et des hôpitaux, dans des organisations privées ou encore dans des structures gouvernementales.

Ce chapitre présente le Cadre de renforcement des systèmes de santé centrés sur l'humain et en prenant en compte les correspondances entre les systèmes et les prestataires et utilisateurs. Le centre de ce cadre est constitué par les compétences individuelles de gestion, de gouvernance et de leadership qui conçoivent et opèrent les systèmes de gestion de la santé nécessaires à l'instauration de services de santé de qualité efficaces et concrets, destinés aux usagers et à leurs communautés.

## Introduction

---

L'un des enjeux majeurs auxquels sont confrontés les responsables de la santé et les prestataires de services de soins est le fait de pouvoir transformer un personnel démoralisé ou surmené et stressé en une équipe proactive et motivée offrant au quotidien des prestations de santé de qualité. La défaillance des systèmes de gestion est une source considérable de frustration et génère un sentiment de futilité que de trop nombreux professionnels éprouvent lorsqu'ils ne parviennent pas à apporter une contribution durable à l'amélioration des résultats en matière de santé.

Or, toute tentative d'amélioration des systèmes de gestion ne répondant pas aux besoins des personnes impliquées est vouée à l'échec et à la déception, à un surcroît de stress et à une démotivation accrue, renforçant en cela un cercle vicieux d'inefficacité. Répondre à cet enjeu exige d'être attentif aux systèmes comme aux individus à tous les niveaux.

Le rôle du savoir-faire médical est de réduire les incidences graves voire mortelles des maladies curables. Mettre en œuvre ce savoir-faire et développer des pratiques empiriques implique des systèmes de santé solides, dirigés par des cadres et responsables enthousiastes prêts à soutenir et à motiver leur personnel.

Au fil des années, les auteurs de ce guide ont intégré qu'améliorer le mode de conduite, de gestion et d'exercice d'une gouvernance de qualité envers ceux qui « incarnent le système de santé » est incontournable pour réaliser les ambitieux Objectifs du millénaire pour le développement. Face à la pauvreté, à l'analphabétisme, à la discrimination et au conflit, l'existence de systèmes de gestion résilients, les pratiques de bonne gouvernance et le leadership qui fixe l'orientation et inspire les subordonnés sont vitaux pour les services de santé et les résultats en la matière.

Ce guide s'adresse à tous les membres du personnel impliqués dans la prestation universelle de services de santé, à tous les niveaux, et s'applique à tout type d'organisation, quels que soient sa taille et son statut. Les concepts, modèles et pratiques présentés dans ce guide ont été éprouvés en Afrique, en Asie, en Europe et dans les deux Amériques, et représentent les meilleures analyses effectuées par des chercheurs et les réalisations les plus abouties de la part des acteurs du secteur.

## Transformer la frustration en une force de changement

---

Les systèmes de santé sont complexes, et essayer de les modifier constitue un enjeu majeur. Ceux qui luttent contre la défaillance de fonctionnement des systèmes de santé peuvent utiliser leur frustration comme force d'action ou d'inaction.

Partout dans le monde, il se trouve des responsables et des prestataires de soins de santé qui extériorisent leur frustration sous forme de plaintes ou d'agressions envers le système de santé qu'ils voient comme la source de tous les problèmes. Ils disent : « ce n'est pas ma faute ! » ou « ce n'est pas mon problème ! ». À l'autre extrémité du spectre se trouvent des gens qui ont intériorisé leur frustration et sont aujourd'hui si découragés et démobilisés qu'ils en ont perdu toute efficacité, et que vous entendrez dire « je ne peux rien y faire ».

Ces deux catégories de travailleurs frustrés se posent en victimes, sans contrôle des dysfonctionnements des systèmes au sein desquels ils travaillent. On les trouve à chaque niveau des organisations, y compris au plus haut.

Une troisième réponse est à l'origine de toutes les transformations majeures de la société : une détermination née de l'indignation quant au statu quo qui fait dire à chacun « Je ne vais pas supporter cela plus longtemps et je vais m'en occuper ». Une telle attitude génère un regain d'énergie qui transforme les responsables et prestataires indignés en agents du changement. Cela provient du fait que les systèmes sont créés par des individus et peuvent donc être transformés par des individus. Le véritable leadership, c'est d'inviter les autres à vous rejoindre et à changer ce qui est inacceptable. Ce guide est conçu pour vous aider à devenir de véritables agents du changement et à faire participer les autres pour le bien de tous.

## Bâtir des systèmes de santé fonctionnels

La finalité ultime d'un système de santé est de maintenir et de remettre en bonne santé ceux qu'il sert. L'efficacité d'un système de santé commence par l'éducation parentale en matière de santé. Si un enfant tombe vraiment malade, la mère peut l'emmener à la clinique, obtenir une consultation sans trop attendre ainsi qu'un diagnostic correct pour être soigné par du personnel de santé bien formé et encadré et disposant des médicaments appropriés. Si la mère est par ailleurs au fait de la régularisation des naissances et choisit librement la méthode appropriée afin de ne pas retomber enceinte immédiatement, alors le système de santé joue son rôle, à savoir prendre soin de la santé et de la productivité des individus afin qu'ils contribuent au développement et à la prospérité de tous.

### Mesures rigoureuses de leadership et de management destinées à améliorer la Santé publique (s'appuyant sur des exemples de pays comme l'Afghanistan, le Brésil et la Tanzanie)

En **Afghanistan**, le ministère de la Santé publique est entré en contact avec plus de 1800 responsables de la santé dans 13 provinces pour les sensibiliser encore plus à leur rôle de dirigeants et de gérants du système de santé. Via un programme soutenu par l'USAID, ces responsables ont augmenté la couverture vaccinale et l'accès aux services de planification familiale, entraînant une amélioration de la santé infantile et maternelle. Les améliorations les plus significatives dépassaient les 70 pourcent pour les naissances en centres de santé et 28 pourcent pour les consultations de planification familiale.

Au **Brésil**, le secrétariat de la Santé de Ceará a exigé des fonctionnaires qu'ils participent à la formation en leadership avant de postuler aux postes d'encadrement, brisant ainsi le moule de la promotion automatique. L'amélioration des résultats en matière de santé a été conséquente : la mortalité infantile a chuté de 26 à 11 décès sur 1000 tandis que le pourcentage de femmes recevant des soins prénataux est passé d'à peine 50 pourcent à 80 pourcent. Globalement, 70 pourcent des 25 municipalités qui participaient au processus de développement du leadership ont réduit leur mortalité infantile, jusqu'à 50 pourcent pour certaines.

En **Tanzanie**, où la plupart des habitants des zones rurales ont accès aux soins de santé et aux médicaments grâce aux pharmacies, MSH a collaboré avec le gouvernement tanzanien pour mettre en place le programme de Points de vente accrédités pour le commerce de médicaments (ADDO). Une évaluation préalable au projet a montré que la plupart des magasins vendent des médicaments illégalement et que la plupart des détaillants de médicaments n'étaient ni qualifiés ni formés. Pour répondre à cet enjeu, le gouvernement et MSH ont conçu un programme combinant la formation, l'accréditation, les mesures incitatives et l'application de la réglementation. Une enquête a montré que seulement 14 pourcent des détaillants ADDO ont fourni le mauvais traitement (antibiotiques) pour les infections respiratoires des voies aériennes supérieures, contre un chiffre de 39 pourcent au niveau national.

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit le système de santé comme l'ensemble des organisations, des institutions et des ressources dont le but premier pour tous est l'amélioration de la santé. Le système de santé réunit tous les responsables d'une santé de qualité, depuis la famille du village de campagne jusqu'au chirurgien hospitalier de la capitale. Ce système englobe l'hygiène et la nutrition, implique tous les niveaux de gouvernement et s'exerce au sein du service public, de la société civile et des entités à but lucratif.

Six éléments fondamentaux constituent la structure d'ensemble des [systèmes de santé de l'OMS](#) :

1. La prestation de service
2. Le personnel de santé
3. L'information
4. Les produits médicaux, les vaccins et les technologies
5. Le financement
6. Le leadership et la gouvernance (intendance)

Si ces six éléments fondamentaux fonctionnent efficacement et produisent les résultats attendus, on peut alors considérer que le système de santé dans son ensemble – ce qui inclut l'organisation ou le programme de soins de santé – est solide.

Associés, ces éléments constitutifs sont la pierre angulaire des systèmes de santé maintenant un accès à des services de santé de qualité et générant des résultats positifs pour les usagers et les communautés, particulièrement pour les plus vulnérables et les plus démunis. Nous présentons dans ce guide ces six éléments fondamentaux afin de vous montrer comment les consolider et les aligner pour obtenir des résultats positifs en matière de santé :

1. **Les procédures et les pratiques de leadership, de gouvernance et d'intégration** de l'égalité des sexes – y compris dans la planification – qui impliquent engagement et responsabilisation (chapitres 2, 3, 4 et 5)
2. **Les politiques et les procédures de ressources humaines** produisant une main-d'œuvre solidaire et motivée (chapitre 6)
3. **La gestion financière**, qui allie comptabilité et budgétisation, y compris les rapports et analyses, garantit que les ressources de l'organisation sont consacrées à cette mission pour un impact optimal, conformes aux réglementations et aux exigences des donateurs, ainsi qu'aux critères éthiques et aux pratiques opérationnelles adaptées (chapitre 7)
4. **La gestion des médicaments et des approvisionnements médicaux** afin que les produits appropriés soient livrés en quantité adaptée, en temps et en heure, et utilisés à bon escient (chapitre 8)
5. **Les informations sanitaires et les pratiques associées de suivi et d'évaluation** facilitant la résolution effective des problèmes, la prise de décision documentée et la formulation de la politique basé sur les données probantes (chapitre 9)
6. **La prestation de service de santé** soutenue par les processus de gestion de la qualité et répondant aux besoins essentiels des populations à desservir (chapitre 10)

Dans ces chapitres, vous pourrez examiner ces éléments constitutifs et les systèmes de gestion qui les mettent en œuvre. Vous réaliserez jusqu'où votre organisation parvient à créer des systèmes fonctionnels qui permettent à vos collègues ainsi qu'à vous-même, à vos collègues et

à vos communautés d'offrir des prestations de santé de qualité optimale à tous ceux pour qui vous œuvrez.

À peine plongé au cœur de cet univers, vous en découvrirez l'élément central : les individus qui dirigent, gèrent et utilisent les systèmes. Ce sont d'une part les infirmières, les médecins, les agents de santé communautaire, les techniciens de laboratoire, les pharmaciens, les sages-femmes et les administrateurs des centres de santé qui dirigent, régissent et gèrent les ressources humaines et financières, les approvisionnements et l'information, et qui pourvoient aux services de santé, et d'autre part les habitants des villes, agglomérations et zones rurales nécessitant l'information et le soutien de la communauté pour pouvoir adopter des comportements centrés sur la santé.

Vouloir réaliser l'objectif d'offrir des soins de santé de qualité est impossible sans l'interaction efficace de ces deux catégories d'individus. Sans leur concours fondamental, le renforcement des systèmes de santé est une coquille vide.

Ce guide met donc en valeur l'élément humain qui caractérise les systèmes de santé « centrés sur les populations » en explorant les compétences nécessaires à l'encadrement et à la gestion afin que ceux qui fournissent les prestations de santé aux familles et aux communautés se sentent motivés, soutenus, en confiance et en réussite dans leur travail.

On a tendance à penser que les systèmes de santé nécessitent un effectif conséquent et un équipement sophistiqué, notamment sur le plan informatique. Dans les jeunes organisations modestes non informatisées de la société civile et comprenant peu, voire pas de personnel rémunéré, la notion de renforcement des systèmes peut paraître à première vue déplacée, même si un système n'est pas nécessairement informatisé. Les organisations de petite taille peuvent souvent fonctionner manuellement jusqu'à ce qu'elles prennent de l'ampleur et aient besoin de s'informatiser. En attendant, le renforcement des systèmes implique simplement qu'un ensemble d'activités mal exécutées affecte les autres activités, et qu'inversement le bon fonctionnement d'un ensemble d'activités augmente également le niveau des autres activités. Au niveau le plus rudimentaire, le travail de renforcement des systèmes commence par le simple dialogue mutuel et la perspective d'un objectif commun.

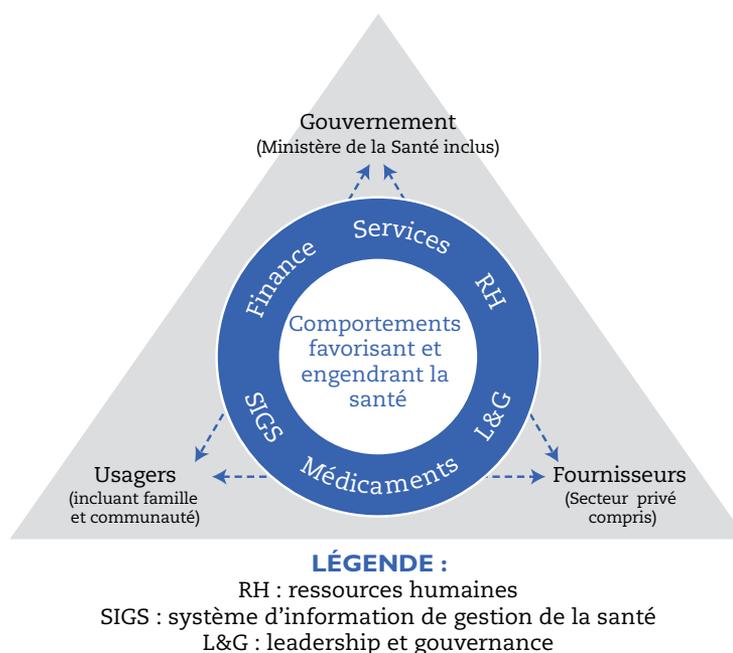
## Un cadre pour le renforcement des systèmes centrés sur l'humain

---

Clarifions tout d'abord les mots que nous utilisons. Ainsi, « système » peut se définir comme un ensemble d'entités interactives ou interdépendantes formant un tout intégré. À l'intérieur de cette ample définition, « système » peut se référer à la fois au système de santé national global et aux différents systèmes de gestion qui permettent d'organiser et de contrôler l'utilisation des ressources. Cette dualité peut entraîner une confusion lorsque l'on parle de renforcement de systèmes de santé.

Dans ce guide, nous utilisons le mot « système » pour désigner l'ensemble du système de santé. « systèmes de gestion » se réfère aux différentes composantes du système de santé global, tels que le système de gestion financière, le système d'informations de l'encadrement ou encore le système de gestion des ressources humaines. Et le terme « sous-systèmes » se rapporte aux systèmes plus petits nichés dans chacun des systèmes de gestion et qui contribuent à son efficacité.

FIGURE 1. Cadre de renforcement des systèmes centrés sur l'humain



En utilisant les éléments constitutifs de l’OMS comme base d’inspiration, MSH a adapté le cadre de travail de l’OMS pour mettre au point le Cadre de renforcement des systèmes centrés sur l’humain indiqué dans la figure 1.

Cette figure illustre l’interaction des différents systèmes de santé visant à établir d’une part le lien critique entre les comportements de recours aux soins et ceux favorisant la santé (demande) et les contributions apportées par les différents acteurs dans le système de santé global.

L’évidence d’un système de santé géré par des personnes est telle que l’on a parfois tendance à négliger cet état de fait crucial qui s’applique au secteur public, et aux organismes lucratifs et non lucratifs. L’attention se porte surtout sur l’aspect « processus » des systèmes et on ignore souvent ceux qui développent ou améliorent les processus et procédures et qui concourent à la fluidité des informations, de l’argent, des médicaments et des personnes au sein du système de santé global.

Que représentent les individus dans le cadre « centré sur l’humain » ? L’encadré 1 les montre comme ceux développant et utilisant les systèmes pour effectuer leur travail, et tirant parti de systèmes solides.

En tant que personne responsable d’un programme de santé ou d’un centre de services sanitaires, vous pouvez contribuer à l’amélioration de la santé des populations en privilégiant les individus ayant besoin de qualifications et de soutien pour assimiler et utiliser les six éléments constitutifs et les systèmes de gestion afin d’offrir des soins de santé de qualité.

Vous pourriez avoir à vous spécialiser dans le cadre professionnel en vous centrant sur la collecte d’informations et en y associant celles des autres pour garantir un approvisionnement continu en médicaments, vaccins et contraceptifs. Si vous travaillez au siège, vous pouvez

### ENCADRÉ I. Les individus au centre des systèmes de santé

**Responsables et administrateurs de santé** possédant la connaissance, les qualifications, la responsabilité et l'habilitation à mettre en place et à entretenir les systèmes de gestion nécessaires à la mise à disposition des services de santé

**Personnel de toute catégorie**, y compris prestataires de soins de santé et administrateurs utilisant les systèmes de gestion pour répondre aux enjeux et obtenir des résultats

**Communautés et familles** formées et en mesure de promouvoir leur propre santé et d'exiger des services de qualité

**Clients** disposant d'informations pertinentes pour utiliser convenablement les services de santé et n'étant pas entravés par le manque de qualité, les tarifs élevés, les inégalités entre les sexes ou toute autre forme de discrimination.

porter votre attention sur les postes à pourvoir par les personnes compétentes. Et votre rôle peut aussi inclure les soins aux usagers ou la gestion.

Quel que soit votre rôle, vous êtes à la fois contributeur et bénéficiaire de votre organisation et de votre communauté au sein des systèmes de santé de votre pays. Des systèmes plus solides améliorent la qualité des services qui, à leur tour, incitent usagers, familles et communautés à les utiliser et à adopter des pratiques sanitaires préventives judicieuses et à chercher de l'aide en temps opportun et dès que nécessaire, ce qui entraîne prévention, traitements et soins diminuant maladies et malnutrition ainsi qu'une santé maternelle et reproductive améliorée.

## Concevoir des systèmes de gestion axés sur l'humain

Les tentatives de renforcement des systèmes de gestion ne marchent pas systématiquement en raison du manque d'informations : les individus gérant les systèmes n'ont pas été intégralement impliqués dans le processus de conception.

Le chapitre 2 de ce guide évoque la détection en tant que pratique managériale intégrant la collecte d'informations sur l'état actuel de votre environnement, de votre organisation, de votre équipe de travail et sur vous-même. Vous serez en mesure de concevoir de meilleurs systèmes en questionnant les individus utilisant ces systèmes.

- Quels responsables de la santé (administrateurs, médecins, infirmières) ont besoin d'un meilleur système de gestion ?
- Qui les changements proposés affecteront-ils ? En quoi un système de gestion renouvelé ou amélioré rendra-t-il les tâches plus faciles et plus efficaces ?
- Quels rôles ces responsables de la santé, les autres parties prenantes et leurs équipes tiendront-ils dans l'orientation et la gestion de ces tâches liées au système en question ?
- Sont-ils eux-mêmes conscients des lacunes du fonctionnement de leur centre ou de leur organisation ?
- À quels enjeux sont confrontés ceux qui utilisent les systèmes de gestion ?
- Quels qualifications, état d'esprit et capacités sont nécessaires pour réussir ?
- Comment répondre à leurs besoins sur la durée ?
- Quelle préparation (formation initiale) ou formation (service interne) est disponible et comment y accéder ?

Les réponses à ces questions vous seront cruciales pour concevoir et concrétiser un travail de renforcement des systèmes de gestion. Votre mission est de vous assurer que l'élément humain n'est pas laissé au hasard.

## Interventions destinées à renforcer les systèmes de santé

---

Bien qu'il soit communément admis que l'amélioration des systèmes de santé contribue à rendre les services de santé plus réactifs et plus efficaces, le choix des interventions et leurs résultats font rarement l'unanimité. Lorsque vous instaurez des changements, votre but est de rassembler plutôt que de diviser même si la façon de parvenir à ce deuxième objectif est loin d'être évidente.

Vous pouvez commencer par reconnaître que, quel que soit le niveau, tous les systèmes de gestion ont quelques caractéristiques en commun, dont certaines peuvent entraver le renforcement des systèmes de santé si vous ne les comprenez ou ne les maîtrisez pas. Les systèmes de gestion convertissent le matériel et les ressources nécessaires à l'exécution du plan de mise en œuvre (les « intrants », tels que l'argent, l'équipement, le temps de travail du personnel et le savoir-faire) en activités (les « produits » tels que programmes de formation, informations, ou communications sur les changements de comportement). Les systèmes intègrent généralement des connaissances et un savoir-faire spécialisés qui facilitent (de façon trompeuse) la délimitation de leur territoire particulier.

Les experts ont tendance à considérer « leur » système de gestion non seulement comme autonome mais également comme essentiel au travail de renforcement des systèmes, compartimentant ainsi le système de santé élargi. En outre, certains individus considèrent le renforcement des systèmes comme un travail de réparation. Or, l'idée de « réparer » le système de santé suggère un dispositif mécanique, comme si le renforcement consistait à remplacer des morceaux cassés ou à rebrancher des tuyaux. Il est entendu que, si vous pouvez « réparer » un système de gestion en particulier (système d'informations sur la santé ou de gestion des ressources humaines), le système de santé dans son ensemble donnera de meilleurs résultats.

Partout dans le monde, cette hypothèse s'avère incorrecte. Si une « réparation » peut résoudre un problème particulier, et que les questions sous-jacentes demeurent, de nouveaux problèmes sont à même de survenir. Le renforcement des systèmes de santé est un processus qui demande du temps et une réflexion approfondie. Ce processus met en scène toutes les pratiques de management et de leadership que vous assimilerez dans le chapitre 2 de ce guide.

## Le rôle des systèmes de gestion dans le renforcement des systèmes de santé

---

La solidité des systèmes de gestion rend les transactions ordinaires systématiques, reproductibles, cohérentes et complètes. Les informations cruciales sont suffisamment établies pour que le système ne se repose pas sur la connaissance des personnes, susceptibles d'être mobiles, et la maintenance suivie pour que le système reste réactif et actualisé.

### LES SYSTÈMES DE GESTION SONT DIRIGÉS PAR DES INDIVIDUS, ET CEUX-CI AGISSENT EN CONTEXTE

Les responsables de soins de santé et les prestataires dans les centres, les ministères et les organisations non-gouvernementales et de la société civile doivent faire fonctionner et durer des systèmes de gestion et des prestations de services après le départ des experts techniques. Ainsi que l'a déclaré un responsable de santé au Nicaragua il y a quelques années : « Maintenant que nous avons investi dans les systèmes, nous n'avons personne pour les diriger ». Le ministre de la Santé du Kenya, dans le cadre de son deuxième Plan stratégique du secteur national de la Santé 2005-2010, est parvenu à la même conclusion : « ce sont les individus qui font exister les systèmes de prestation de services et de soutien ». Le rapport note également que « les responsables et cadres actifs du secteur de la santé sont la base du succès de Vision 2030 ».

Les facteurs culturels ou organisationnels, s'ils ne sont pas pris en compte, peuvent nuire à la capacité des individus à utiliser un système de façon optimale. Ainsi, concevoir un programme de formation au niveau national pour les agents de santé de la communauté peut exiger un niveau d'alphabétisation supérieur à ce qui existe dans la plupart des zones rurales. Si les organisateurs du programme n'identifient pas suffisamment l'environnement et les informations sur les participants, l'amélioration pourtant si nécessaire des ressources humaines pourrait échouer. Avec de meilleures informations, les organisateurs seraient en mesure de créer un programme parallèle pour les agents aux capacités d'alphabétisation limitées.

### INTERCONNEXION DES SYSTÈMES DE GESTION

Comme l'illustrent ces exemples, le système de santé s'appuie sur les systèmes et sous-systèmes de gestion qui s'imbriquent et s'interconnectent. Des changements au sein d'un système peuvent entraîner des modifications dans un autre système, pouvant passer inaperçus jusqu'à ce qu'ils posent problème. Ainsi, informatiser un système de gestion financière d'un organisme peut impliquer une réduction des délais de préparation et donc de nouvelles responsabilités pour le personnel, voire une diminution de l'effectif comptable. Dans ce cas, le système de gestion des ressources humaines doit être totalement en phase pour accompagner les changements dans le système de gestion financière.

Tel que décrit dans le chapitre 10 de ce guide, le point de prestation de service se trouve là où le système de santé d'un pays rencontre ses bénéficiaires, là où usagers et prestataires interagissent. Chaque point de prestation de service, que ce soit un poste sanitaire basé au sein de la communauté ou un hôpital de première catégorie dans la capitale, possède ses propres systèmes pouvant aller des bases de données complexes à de simples listes de contrôle écrites au crayon sur du papier. Dans un système de santé fonctionnant bien, les différents systèmes et sous-systèmes de gestion sont reliés et intégrés de façon à fournir les meilleurs services de santé possibles à tous les bénéficiaires de ces services prévus.

Cette interdépendance des systèmes de niveau supérieur et inférieur a de sérieuses répercussions sur l'accomplissement des objectifs du système de santé dans son ensemble. Si un système fonctionnel est modifié ou fragmenté, ou si certains éléments en sont retirés, ce n'est pas seulement sa taille ou sa complexité qui en seront affectées, mais plus probablement son fonctionnement (Colindres 2007, p. 39). Là est le risque de ne travailler que sur un élément du système de santé sans avoir conscience ou se préoccuper du contexte élargi dans lequel les services sont offerts.

Cette solution peut être viable temporairement, car la prestation de services peut évoluer rapidement, mais sur la durée, ce développement inégal sera bénéfique à certains systèmes de gestion au détriment d'autres et produira déséquilibres et inégalités pouvant nuire au fonctionnement du système de santé dans son ensemble.

## Pratiques éprouvées

---

- Conscient qu'aucun système ne peut fonctionner sans du personnel qualifié et motivé, vous devrez toujours privilégier le facteur humain lors de la conception, de la modification ou de l'amélioration d'un système de gestion de santé. Valorisez, accompagnez et récompensez les personnes tenant les postes de gestion et de leadership et faisant fonctionner le système au quotidien et à tous les niveaux.
- Plutôt que de dépendre d'experts externes pour « réparer », faites en sorte que les responsables et les prestataires travaillent étroitement avec les experts techniques. Cette collaboration assoira la capacité et la confiance de tous ceux qui font fonctionner et soutiennent les systèmes de gestion et assurent les services en l'absence des experts.
- Maintenez les systèmes de gestion de façon aussi pratique que possible : des systèmes de gestion excessivement complexes ne peuvent fonctionner correctement lorsque le soutien externe est absent.
- Utilisez le Cadre de renforcement des systèmes de santé centrés sur l'humain pour aider votre personnel à comprendre comment chaque système de gestion consolide et soutient les autres et comment ces systèmes collaborent pour permettre à votre organisation d'accomplir sa mission.

## Glossaire des termes propres aux systèmes de santé

---

**Système de santé totalement fonctionnel** : point de connexion et d'intégration de différents systèmes et sous-systèmes fournissant les meilleures prestations de service possibles à tous les bénéficiaires prévus.

**Système de santé** : le savoir-faire, la structure et l'organisation qui rendent possible la prestation de services de santé au niveau national, comprenant le leadership et la gouvernance, les ressources humaines pour la santé, la gestion financière, les informations sanitaires, la gestion des médicaments et la prestation de services de santé.

**Systèmes de gestion** : éléments constitutifs du système de santé globale que les responsables utilisent pour planifier, organiser et assurer un suivi de leurs ressources.

**Point de prestation de service** : l'emplacement physique (centre de santé ou hôpital) ou tout autre site d'interaction (Internet ou imprimés) où les prestataires de soins de santé et les usagers interagissent et où les bénéficiaires d'une prestation sont rendus accessibles et utilisables.

**Sous-systèmes** : les plus petits systèmes intégrés à chaque système de gestion et rendant celui-ci efficace.

## Références et ressources

---

Colindres, Hector. *Modernizing Health Institutions in Latin America*. Cambridge, MA: Management Sciences for Health, 2007.

Kenya, Republic of. "Reversing the Trends. The Second National Health Sector Strategic Plan of Kenya, 2005–2010." Nairobi: ministère de la Santé, Secrétariat de la réforme de la santé, 2005, [http://www.healthpolicyinitiative.com/Publications/Documents/796\\_1\\_796\\_1\\_NHSSP\\_II.pdf](http://www.healthpolicyinitiative.com/Publications/Documents/796_1_796_1_NHSSP_II.pdf) (consulté le 1 décembre 2009).

———. *Kenya Vision 2030* (version populaire). Nairobi, 2007, [http://www.vision2030.go.ke/cms/vds/Popular\\_Version.pdf](http://www.vision2030.go.ke/cms/vds/Popular_Version.pdf) (consulté le 12 janvier 2010).

Organisation mondiale de la santé. « Qu'est-ce qu'un système de santé ? ». Genève, Organisation mondiale de la santé, 2005, <http://www.who.int/trade/glossary/story049/en/> (consulté le 1er octobre 2015).

———. 2007. *Everybody's Business: Strengthening Health Systems to Improve Health Outcomes: WHO's Framework for Action*. Genève : Organisation mondiale de la santé, [http://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys\\_business.pdf](http://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys_business.pdf) (consulté le 3 août 2014).

Quick, James C., et al. *The Financial Times Guide to Executive Health*. Harlow, Scotland: Pearson Education Ltd., 2002.



# Leadership et management : les compétences essentielles pour renforcer les systèmes de santé

Sylvia Vriesendorp

1. Obtenir des résultats en renforçant les systèmes de santé

2. Leadership et management : les compétences essentielles pour renforcer les systèmes de santé

3. Gouvernance des systèmes et des organisations de santé

4. Intégration de l'égalité des sexes dans les systèmes sanitaires

5. Planification du travail et utilisation effective du plan

6. La gestion des ressources humaines

7. Gestion des finances et des systèmes connexes

8. Gestion des médicaments et des produits de santé

9. Gestion de l'information : suivi et évaluation

10. Gestion de la prestation de services de santé

Un management et un leadership de qualité sont indispensables au renforcement des systèmes centrés sur l'humain. À vous qui êtes responsable d'un programme de santé ou de services de santé, ce chapitre vous fournira les clés pour appliquer des pratiques éprouvées de management ainsi que les leviers de commande pour faire face aux enjeux auxquels vous êtes confronté. Considérant qu'une gouvernance de qualité peut aussi être le signe distinctif d'un leadership affirmé, nous lui consacrons le chapitre 3.

Tout niveau du système de santé exige des compétences en leadership et en management. Ce chapitre met le sujet en lumière en privilégiant les comportements que les responsables et prestataires peuvent adopter en toutes circonstances, que ce soit à un poste de santé communautaire ou au ministère de la Santé du pays concerné. Nous y examinons le cas particulier du leadership des responsables de santé expérimentés car tout « incident de parcours » ou perturbation à ce niveau hiérarchique est susceptible d'entraîner de graves conséquences. Enfin, nous y présentons une approche simple d'apprentissage de l'action, appliquée aux pratiques approfondies de management et de leadership et à la meilleure manière de répondre aux enjeux.

## Introduction

---

Des millions de gens continuent de mourir chaque année de maladies infectieuses et d'autres causes évitables, quelles que soit les sommes investies dans l'amélioration des services ou des systèmes de santé, dans les campagnes de sensibilisation, dans la formation d'agents de santé, dans l'équipement ou dans les installations. D'un point de vue clinique, nous savons ce qu'il faut faire pour sauver ces vies et réduire considérablement la maladie. Le lancement à grande échelle de ces interventions à fort impact et de ces pratiques éprouvées avec succès constitue non seulement la solution face aux morts évitables mais aussi la clé d'améliorations essentielles en matière de santé au niveau national et le moyen de réaliser les [Objectifs du Millénaire pour le Développement](#) sur un plan sanitaire. Cette mise à l'échelle ne s'obtient toutefois pas sans un leadership inspiré et un management performant.

Pour améliorer la vie d'autrui, nul besoin d'être mère Teresa, Mahatma Gandhi, Nelson Mandela ou Rigoberta Menchú, la lauréate guatémaltèque du prix Nobel de la paix. À la différence de chacun de ces personnages historiques, il ne vous sera pas demandé un immense sacrifice personnel. Il suffira d'imiter les nombreux responsables et prestataires de soins de santé qui ont tranquillement – et ce sans se sacrifier à l'extrême – instauré au sein de leur organisation des changements essentiels générateurs de soins et d'une santé de qualité pour leurs usagers. Notre conviction est que vous pouvez les rejoindre en devenant un manager doublé d'un leader.

Quel que soit votre niveau hiérarchique dans l'organisation, vous assurerez de nombreuses responsabilités nécessitant des compétences en management, en leadership et en gouvernance. Ce guide vous est donc destiné. Le temps consacré à le lire représente un investissement non seulement pour votre propre carrière mais également pour les performances de votre équipe personnelle et de votre organisation dans son ensemble. Il constitue une ressource destinée à vous familiariser avec le cadre d'application des cinq éléments essentiels du succès pour une organisation :

1. Pratique volontaire d'un leadership et d'un management de qualité
2. Solidité des systèmes de gestion
3. Gouvernance de qualité
4. Application raisonnée des principes de la gestion du changement
5. Mise en place d'un environnement de travail favorable

Ces cinq éléments sont adaptés à chacun des systèmes de gestion décrits dans ce guide. Ils normalisent et organisent les processus via une multitude de tâches de l'organisation, dont la collaboration avec le comité directeur, l'élaboration de plans à court et long terme, et l'évaluation des résultats de votre travail.

### APPRENDRE À ÊTRE UN MANAGER ET UN LEADER

Vous maîtrisez déjà en grande partie l'essentiel du management et du leadership. En utilisant vos connaissances de façon plus consciente, plus systématique et plus intentionnelle, vous deviendrez ce que nous appelons « un manager-leader » (voir [encadré 1](#)). Combiné à votre soif d'apprendre, ce guide perfectionnera vos connaissances.

Pour vous, l'objectif est de gérer et de diriger de façon à ce que votre équipe, unité ou organisation puisse pleinement utiliser et continuellement développer son potentiel afin d'optimiser les ressources humaines et financières et de contribuer à l'amélioration des services pour, au final, obtenir de meilleurs résultats en matière de santé pour vos patients.

## AMÉLIORER L'ENVIRONNEMENT DE TRAVAIL

« L'environnement de travail » est un terme désignant le cadre prédominant dans lequel évoluent les employés, ou plus précisément ce que travailler au sein d'un groupe représente. L'expérience recueillie en fonction des différents cadres de travail confirme qu'un environnement optimisé génère de nombreux changements positifs. Les individus se montrent plus attentionnés, plus altruistes et moins impatients les uns envers les autres, et leur engagement et leur énergie s'en trouvent renforcés. Une attention accrue est accordée à la qualité du travail et à ce qui doit être accompli, quel que soit le descriptif de poste ou la durée de la tâche à effectuer.

## APPLIQUER LES PRINCIPES DE LA GESTION DU CHANGEMENT

En restant en permanence en éveil, vous êtes à même de détecter la nécessité d'un changement avant que ne survienne une crise. Les changements dans l'environnement extérieur indiquent généralement le besoin d'ajuster une méthode de travail au sein de votre organisation ou de votre équipe. Si les systèmes ont besoin d'être actualisés ou adaptés, le personnel de modifier ses rôles, alors vous aurez vous-même besoin d'évaluer les différentes facettes de votre travail. Et si certaines compétences peuvent ainsi devenir obsolètes ou inadaptées, le personnel est susceptible d'en acquérir de nouvelles.

Le changement peut s'avérer difficile à gérer. Vous devrez parfois modifier non seulement les systèmes mais également votre propre comportement, avant d'adapter ce changement aux niveaux inférieurs. Vous en saurez plus sur le rôle d'un leader quant aux changements à apporter dans [\*Transformer les managers en leaders.\*](#)

## Quand les managers dirigent : cap sur les résultats

---

*Le leader-serviteur est avant tout un serviteur. C'est un sentiment naturel qui commence avec l'intention de servir. Puis le choix conscient amène à vouloir servir. Meilleure preuve s'il en est : ceux qui sont servis évoluent-ils en tant qu'individus, acquièrent-ils, alors qu'ils sont servis, une meilleure santé, une plus grande sagesse, plus de liberté et d'autonomie, une plus grande aptitude à servir eux-mêmes ?*

Robert K. Greenleaf  
The Power of Servant Leadership

Si vous avez récemment obtenu un poste de cadre intermédiaire ou supérieur, vous vous interrogez certainement sur vos nouvelles responsabilités de manager et de leader, sans que quelqu'un puisse vous répondre. Après tout, vous devez cette promotion à vos qualités professionnelles. Et admettre que vous ignorez la marche à suivre peut s'avérer gênant ou difficile dans le meilleur des cas, a fortiori si vous devez vous adresser à un membre de votre équipe, plus jeune et moins d'expérimenté.

Voici quelques questions venant d'individus promus à des postes où leurs compétences techniques et cliniques sont moindres que leurs compétences en management et en leadership :

- Comment soutenir – plutôt que contrôler – mon personnel pour l'encourager à « s'approprier » et faire face aux enjeux afin de s'y frayer un chemin ?
- Comment inspirer un personnel passif et démotivé et l'encourager à prendre des initiatives et à agir de façon responsable, même si les ressources et le travail manquent et que les conditions sont extrêmement difficiles ?
- Comment atténuer les effets de prises de décisions arbitraires, de la conjecture et des crises de dernière minute qui épuisent les ressources et engendrent du stress ?
- Comment canaliser et systématiser le flux d'informations pour réduire le gâchis ou l'usage inapproprié des ressources ?
- Comment exhorter mon personnel à utiliser plus efficacement les systèmes existants ?

C'est ce type de questions qui nous a amenés à rédiger ce guide. Nous espérons qu'il vous fournira les réponses et les informations pratiques introuvables ailleurs. Nous espérons également qu'il vous permettra d'assimiler les stratégies pour développer vos compétences en management et en leadership qui valoriseront les résultats obtenus par votre équipe. Nous espérons surtout qu'il renforcera votre confiance en contribuant à intensifier l'engagement et la motivation de vos collaborateurs et qu'au final, il concrétisera des progrès en matière de santé pour le public que vous servez.

## Améliorer le leadership et le management pour obtenir des progrès en matière de santé

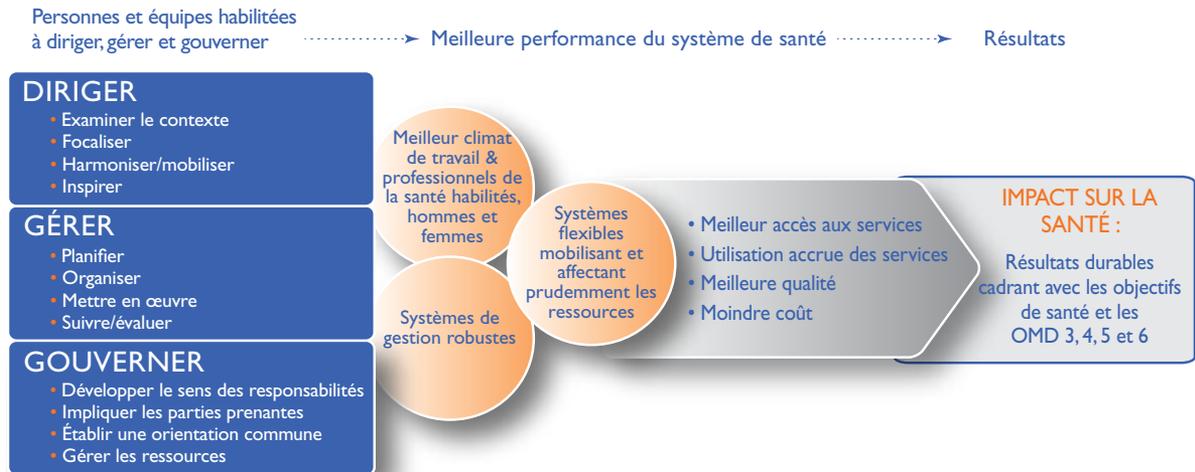
---

En s'appuyant sur l'observation de responsables de santé publique ayant fait leurs preuves sur le long terme, MSH et ses partenaires de terrain ont défini 12 pratiques essentielles du mode d'action des managers qui sont des leaders. Ces pratiques se répartissent en trois activités : leadership, management et gouvernance. La [figure 1](#) illustre comment ces pratiques participent de l'amélioration des services et des résultats en matière de santé.

À différents niveaux du système, les professionnels de la santé dont les responsabilités et le bagage professionnel varient ont constaté que la compréhension de ces pratiques leur permet de diriger et de gérer plus efficacement. Qu'ils soient expérimentés ou nouveaux à leurs postes à responsabilités, ces professionnels observent que, lorsqu'ils commencent à utiliser la terminologie appropriée (« je pense que désormais nous devons recourir de plus en plus à l'examen attentif », « ciblons les changements les plus importants que nous pouvons amorcer dès à présent ! », « qui sont les parties prenantes essentielles pour nous, et comment être en phase avec eux ? » ou « il est temps de reconnaître le travail de nos prestataires de service ! ») et appliquent ces pratiques dans leur environnement de travail, les changements sont immédiats.

Ces pratiques améliorent l'environnement de travail au point que les agents de santé, hommes comme femmes, ont le sentiment de gagner en autonomie et sont prêts à s'investir du mieux possible. Ils s'assurent d'une part que les systèmes de gestion sont réactifs et solides, et facilitent la mise en place des travaux de gestion, et d'autre part que le système de santé réagit aux changements et aux besoins plutôt qu'attendre que les autres résolvent les problèmes à

FIGURE 1. Le Modèle de leadership, de management et de gouvernance



leur place. Nous savons que ces changements concrétisent un accès facilité aux prestations, un usage étendu, un surcroît de qualité, une réduction du coût, et qu'ils contribuent grandement à l'impact et aux progrès sanitaires durables en phase avec les objectifs nationaux de santé publique et les Objectifs du millénaire pour le développement 3, 4, 5 et 6.

Le Modèle de leadership, de management et de gouvernance efficaces s'utilise comme feuille de route pour vous guider, vous, votre équipe et votre organisation, vers des prestations améliorées et des résultats en matière de santé. En le suivant, vous serez capable de transformer des employés passifs et démotivés en managers-leaders actifs. Et une fois lancé, vous verrez les changements se succéder : vous constaterez des améliorations dans l'esprit d'équipe, le service à la clientèle, la qualité et jusque dans l'environnement matériel dans lequel évoluent le personnel.

Réaliser ces transformations représente un acte de leadership, vecteur de puissance pour votre équipe dont les membres tireront des acquis et de la rigueur pour leur propre management et leadership.

## L'ENJEU

L'efficacité du rendement du système de santé (rupture de la chaîne d'approvisionnement, augmentation des infections dans les hôpitaux, soins médiocres aux patients, gaspillage des réserves ou moral en berne du personnel) est liée en grande partie à un mode de management, de gouvernance et des compétences en leadership déficientes ou inexistantes. Les médecins ou infirmières responsables de services ou d'unités n'ont pas nécessairement l'assurance et les compétences requises pour gérer certaines situations complexes telles que les réclamations du personnel, la préparation d'un budget ou la motivation des employés, pour n'en citer que quelques-unes. L'absence de ces compétences n'apparaît comme problématique qu'au moment où elle génère une crise exigeant une attention immédiate, des ressources supplémentaires et la mise de côté d'autres activités moins urgentes (sur le moment) qui pourraient permettre d'éviter de futures crises. Chaque crise déclenche une réaction en chaîne : moins la réaction est efficace, plus la crise sera longue et importante.

Dans un sondage récent au Kenya, plusieurs professionnels de santé ont fait part de leur manque de préparation au management. Nous y avons entendu ce type de remarques : « Je suis armé pour résoudre les problèmes des patients. Résoudre ceux du personnel est, par contre, bien différent », ou « Ce que nous savons aujourd'hui du management, nous l'avons appris sur le terrain. On s'attend à ce que j'effectue un travail technique, mais j'ai maintenant dévié vers des activités de santé publique et je dois faire du travail de gestion ». Une responsable de haut rang en Afghanistan nous a confié qu'elle était tout à fait préparée aux tâches cliniques mais se trouvait complètement prise au dépourvu face à la politique et à la dynamique du changement ou à la réticence du personnel masculin à être dirigé par une femme.

Les responsabilités liées à l'exercice du leadership, de la gouvernance et du management requièrent des compétences assimilables et applicables. Si ces pratiques vous sont encore méconnues, vous pouvez apprendre à cultiver la responsabilité, à fixer des orientations, à gérer les ressources et à impliquer les parties prenantes. En agissant ainsi, vous mettez en œuvre de bonnes pratiques de gouvernance, comme nous l'examinerons plus en détail dans le chapitre 3. Vous apprendrez à identifier votre environnement en cas d'absence d'informations essentielles, et à recentrer les activités prioritaires. Vous apprendrez à concilier, à rallier les autres à votre cause et à les motiver dans les moments difficiles. Par ces actions, vous faites preuve d'un leadership de qualité. Enfin, vous apprendrez à planifier, organiser, exercer, suivre et évaluer sans avoir à passer par l'obtention d'un diplôme universitaire spécialisé. En agissant ainsi, vous appliquez un management de qualité.

Les compétences en leadership et en management ne font hélas que trop rarement partie de l'enseignement dispensé aux professionnels de santé et sont à peine traitées car le développement des compétences techniques est privilégié. La densité de la plupart des programmes de formation laisse peu de temps à l'étude de sujets considérés comme non-essentiels pour les futurs médecins et infirmières. Même les administrateurs d'hôpitaux nous ont avoué que la préparation qu'ils avaient reçue pour exercer des rôles de managers et de leaders était trop théorique pour être réellement utile dans la pratique. Il en ressort que la majorité des professionnels de santé seraient mal préparés à leur intégration au monde du travail.

## Former des managers-leaders

---

### MANAGER ET DIRIGER : OÙ EST LA DIFFÉRENCE ?

Manager et diriger vont de pair, chacune des activités visant un objectif commun mais y contribuant distinctement. Du fait de la complémentarité de ces deux fonctions, le concept de « manager-leader » est désormais accepté au titre de l'approche holistique dans l'administration d'un programme, d'un organisme ou d'un centre de soins de santé. La gouvernance est également pertinente car elle est étroitement liée au management et au leadership (voir [encadré 1](#)).

Quand l'une des deux activités est inexistante, les résultats s'en ressentent jusqu'à être totalement insatisfaisants. Afin de bien discerner l'enjeu d'une bonne préparation des professionnels de la santé à manager et à diriger, nous devons distinguer les deux activités.

Le « management » se définit comme la planification et l'utilisation efficaces des ressources pour obtenir les résultats escomptés. Le management est centré sur le fait de garantir la bonne tenue des opérations actuelles, ce qui inclut la garantie que notre ressource la plus précieuse, à

savoir l'énergie des individus qui leur permet de se donner à fond dans leur poste, ne s'épuise pas dans des activités superflues ou démobilisatrices, ne soit pas anéantie par des pratiques déloyales ou simplement gâchée en essayant de résoudre des problèmes qui auraient pu être évités.

Le « leadership » se définit comme l'aptitude à mobiliser les autres à envisager et réaliser un avenir meilleur pour tous. Le leadership s'applique à la création d'une activité qui génère une nouvelle énergie ou qui réactive des compétences inexploitées demeurées en dormance du fait qu'elles ne pouvaient être appliquées.

Comme l'illustre l'[encadré 1](#), la notion de manager-leader englobe également l'aspect de gouvernance, c'est-à-dire la capacité à cultiver la responsabilisation, l'investissement des parties prenantes, l'instauration d'une orientation commune et la gestion des ressources, chacune de ces activités s'appuyant sur les pratiques de management et de leadership. Pour en savoir plus, rendez-vous au chapitre 3 de ce guide.

En tant que manager-leader, vous incarnez la direction à prendre et à montrer aux autres, la capacité à relever les défis et à réaliser les résultats escomptés. Obtenir des résultats est ce qui différencie un manager-leader des individus officiellement manager ou leader mais qui s'avèrent inefficaces en termes de santé envers ceux qu'ils sont censés servir. Et quand nous parlons de résultats, nous entendons l'accès amélioré aux services, notamment pour ceux généralement délaissés, l'utilisation étendue des services, en particulier envers ceux qui n'ont jusque là jamais eu accès à ces services pour une multitude de raisons, une meilleure qualité de pratiques cliniquement au point et factuelles, et la perception qu'en ont les usagers. Et enfin, une réduction de coûts grâce à un gaspillage moindre et une utilisation effective et efficace des ressources disponibles.

**Diriger sans manager.** En dirigeant sans manager, même si vous êtes en mesure d'impulser une dynamique à propos d'une perspective d'avenir, il est peu probable que vous puissiez organiser et mettre en place des initiatives concrètes, un peu comme si vous étiez responsable d'un programme spatial et rêviez d'aller sur la lune sans élaborer de projet cohérent, sans mettre en place l'entraînement et l'équipement appropriés pour les astronautes ni évaluer la progression à réaliser pour l'atteindre. Des capacités solides de gestion diminueront la quantité d'énergie que vous et votre équipe gaspillez face à des processus et autres procédés

#### ENCADRÉ 1. Les managers-leaders et la gouvernance

Nous utilisons le terme « managers-leaders » car nous savons depuis longtemps que le management en soi, ou le leadership en soi, ne suffit pas. Si l'on part du principe qu'être un manager consiste à s'assurer du bon déroulement des opérations et qu'être un leader s'applique au futur, alors les deux sont indissociables. À partir de là, en insistant encore davantage sur l'importance d'une gouvernance efficace, nous reconnaissons que l'on attend aussi du « manager-leader » qu'il fasse preuve d'une gouvernance de qualité. Pour y parvenir, la prise de décision doit se fonder sur des informations, des preuves et des valeurs et des processus communs qui soient transparents, diversifiés et adaptés aux besoins des personnes que nous servons. Dans le cadre d'une bonne gouvernance, les décideurs sont tenus responsables de leurs actions et les objectifs stratégiques doivent être atteints de manière efficace, éthique et équitable, tout en s'assurant de maintenir le dynamisme du ministère ou de l'organisation.

Le chapitre 3 du guide concerne la gouvernance. Le [site Internet Leadership, Management, and Governance Project](#) (projet de leadership, de management et de gouvernance) constitue une autre ressource disponible.

bien trop complexes, inadaptés aux résultats escomptés, et inévitables. Votre capacité à gérer vous permettra, à vous et à votre équipe, d'avancer efficacement vers l'avenir souhaité.

**Manager sans diriger.** Cette situation s'apparente à courir dans le vide : vous déployez une activité considérable en dépensant une formidable énergie, pour n'arriver à rien ou presque. En privilégiant uniquement le management, vous négligez la mise en perspective, l'environnement en mutation et la préparation impérative de l'avenir. En dirigeant efficacement, vous dynamiserez l'énergie et l'investissement de votre équipe et gagnerez le soutien des parties prenantes, piliers incontournables de la réussite.

**Manager ou diriger sans gouvernance de qualité.** Une gouvernance de qualité est également cruciale, notamment pour responsabiliser les fautifs ou les improductifs, pour rendre les processus de prise de décision transparents plutôt qu'opaques, et pour éviter que l'aspect politique ne prenne le dessus et ne nuise à l'équité. En l'absence de cette qualité de gouvernance, le pouvoir d'inspiration et d'attraction du leadership et la justesse des pratiques de management importent peu. À moins que le management, le leadership et la gouvernance de qualité soient tous efficaces, l'intérêt ne pourra servir au plus grand nombre et nuira à certains.

## PRINCIPES DE FORMATION DES MANAGERS-LEADERS

Plus une organisation reconnaît l'importance des capacités de management et de leadership de son personnel, meilleur est son fonctionnement. Une étude au niveau mondial des pratiques des managers qui permettent à tous, eux y compris, de relever les défis et d'obtenir des résultats, a élaboré quelques principes de base pour la formation des managers-leaders.

**Privilégier les résultats en matière de santé.** Un management et un leadership de qualité en matière de santé génèrent des améliorations visibles des services et des résultats liés au secteur. C'est seulement en privilégiant les véritables enjeux organisationnels et en s'engageant publiquement à obtenir des résultats mesurables (en vous responsabilisant par la même occasion) que vos compétences feront la différence.

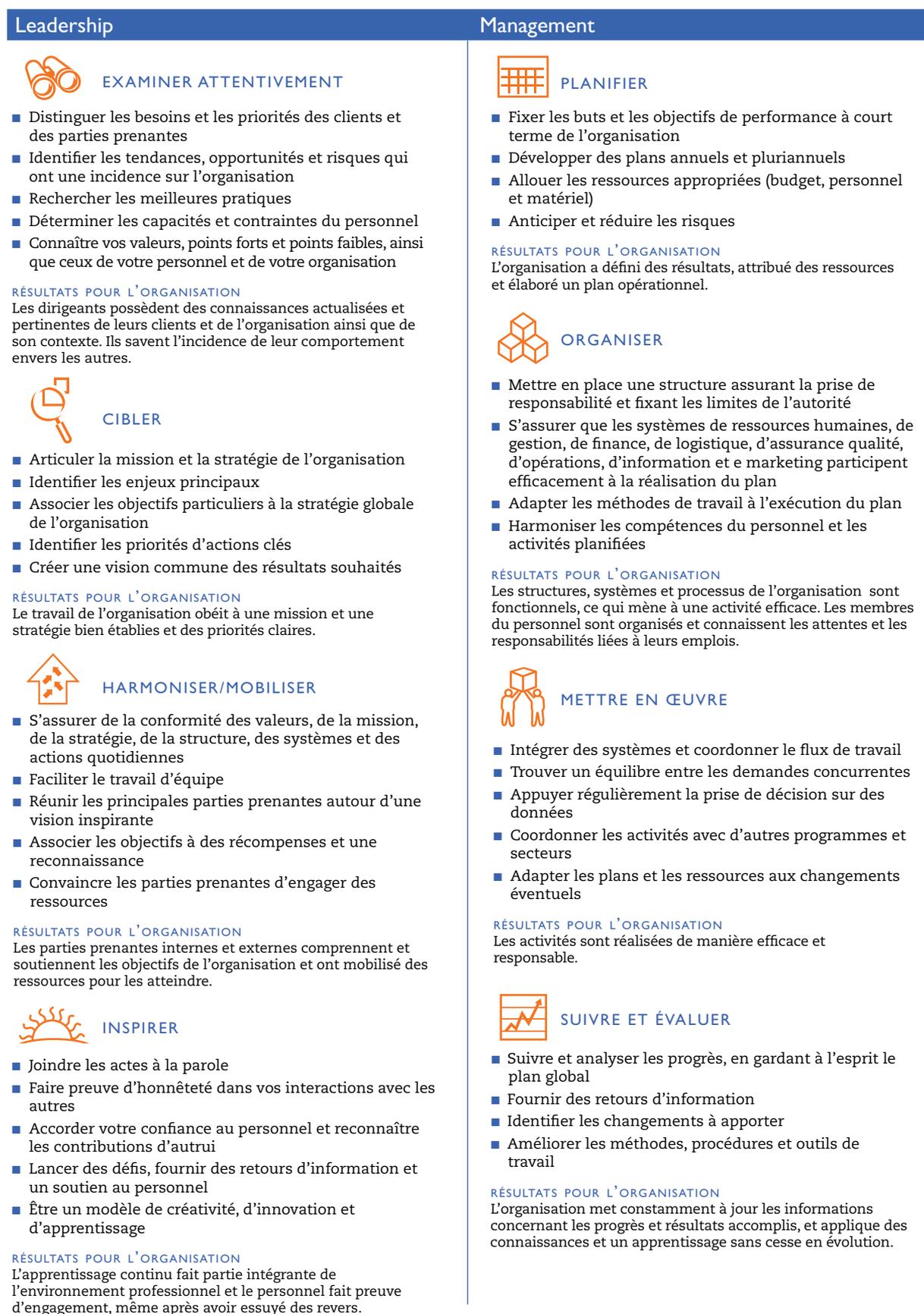
**Appliquer un leadership et un management de qualité à tous les niveaux.** Vos compétences dans ces domaines sont essentielles pour votre équipe et pour ceux qui bénéficient d'un meilleur rendement de votre équipe, quel que soit votre service ou votre niveau hiérarchique. Que vous soyez un agent de santé communautaire ou un directeur général, un superviseur ou le doyen d'une école de médecine, vos compétences sont appropriées.

**Vous pouvez apprendre à mieux diriger et manager.** Trois processus sont là pour vous aider à apprendre et à améliorer vos pratiques de leadership et de management : enjeu, retour et soutien. Si l'une de ces trois pratiques est négligée, votre apprentissage et votre rôle en tant que manager-leader s'en ressentiront.

**Apprendre à diriger et à manager requiert du temps et de la pratique.** Ces activités impliquent des compétences, des connaissances et des attitudes qui s'assimilent au fur et à mesure de la pratique. Plus vous commencez tôt à les appliquer, mieux c'est.

**Utiliser les systèmes de gestion pour des progrès durables.** Les acquis en matière de santé ne perdurent que si les pratiques de leadership et de management sont dûment appliquées dans tous les services de santé et qu'elles sont soutenues par les systèmes organisationnels et par les processus de gouvernance, de planification, de ressources humaines et financières, d'approvisionnement et de médicaments et de l'information.

FIGURE 2. Cadre de management et leadership



## Management et leadership en action

---

Ces deux activités incarnent des comportements – évolutifs – plutôt que des traits de caractère généralement immuables. Les pratiques permettant aux groupes et aux organisations de relever les enjeux et d'obtenir des résultats sont visibles sur la [figure 2](#).

Une explication de chacune des pratiques de leadership et de management est détaillée ci-après. Bien qu'elles puissent être étudiées séparément, elles sont toutes indispensables pour bien gérer et diriger.

### LA PRATIQUE DU LEADERSHIP

Nous avons défini l'exercice du leadership comme l'ensemble des pratiques à appliquer pour mobiliser, vous et les autres, dans la perspective d'un avenir meilleur à construire. Examiner attentivement, cibler, harmoniser/mobiliser et inspirer constituent les pratiques de leadership.

**Examiner attentivement.** Les managers-leaders poussent leurs équipes à examiner attentivement leur environnement, leur organisation, leurs collègues et à s'examiner eux-mêmes. Cet examen attentif englobe les retours d'informations des usagers, des collaborateurs, des superviseurs, des communautés et du système afin d'être informé en permanence des changements ou des nouveautés qui nécessiteraient l'adaptation des stratégies et des projets.

Un manager qui demande des retours d'expérience aux usagers et aux membres de la communauté procède à un examen attentif. Idem pour l'administrateur du secteur de la santé lisant un rapport d'évaluation ou une nouvelle directive du gouvernement sur les priorités nationales ou locales. Un agent de santé communautaire interrogeant les représentants locaux sur les maladies les plus courantes dans le village, une infirmière se formant à de nouvelles techniques de soutien psychologique ou se renseignant sur les derniers protocoles de traitement appliquent également ce processus d'examen attentif.

Cet examen attentif implique de recueillir des informations et d'agir en conséquence, quel que soit le niveau du vaste système de soins de santé où vous vous trouvez. Le sens de l'écoute constitue en matière d'examen attentif une compétence cruciale, en particulier vis-à-vis de ceux généralement peu entendus par manque d'influence.

En cas d'avis et d'opinions multiples et divergeant ou d'informations factuelles trop rares, l'examen attentif revêt une importance toute particulière. Ayez si possible le réflexe de vous demander : « disposons-nous d'assez d'informations pour prendre une décision ou faut-il examiner un autre aspect au préalable ? ». Même si pour certains cette habitude mène à ne jamais prendre de décision du fait du flux continu d'informations, il faut apprendre à cibler ses priorités

Procéder à l'analyse des parties prenantes constitue un des aspects essentiels de l'examen attentif (voir l'exercice sur l'examen attentif des intérêts et préoccupations des parties prenantes dans le [Guide des managers-leaders](#), pages 195 à 198.

**Cibler.** Les managers-leaders ciblent le temps, les ressources et l'énergie qui leur sont impartis en fonction des activités et des personnes prioritaires. Comment savoir ce qui est le plus important et comment établir des priorités ? En utilisant ce que l'examen attentif a révélé puis en passant au crible les informations selon des critères comme « extrêmement important pour la survie de l'organisation », « rapidement réalisable et avec peu de ressources », « est une source de motivation et permet d'obtenir des succès rapides », « touche le plus grand nombre de personnes avec le moins d'argent possible », ou encore « personne d'autre ne le fait ».

Cibler revient à gérer son temps, ressource précieuse s'il en est. Il en va de même de votre énergie, votre budget et vos effectifs, qui s'avèrent la plupart du temps insuffisants pour les tâches à effectuer.

En tant que manager-leader, vous devez vous assurer de privilégier les personnes et les sujets prioritaires, afin de pouvoir atteindre vos objectifs. Une bonne compréhension des causes profondes des ruptures de stock de médicaments et la mise en place d'initiatives pour y remédier sont nécessaires. Il convient d'aborder les problèmes liés au moral du personnel lorsqu'ils affectent la productivité et la qualité des services et de cibler les changements qui font réellement évoluer les situations.

Cibler implique de savoir différencier l'important de l'urgent et de ne pas laisser le deuxième prendre le pas sur le premier (voir la matrice Urgent et Important en page 215 du [Guide des managers-leaders](#)). Vous aurez sûrement toujours plus à faire que ce qui peut être accompli. Aussi faut-il développer sa capacité à choisir ce qui doit être laissé de côté.

**Harmoniser et mobiliser.** Le manager-leader mobilise les autres et harmonise leur travail pour atteindre des objectifs. Pour ce faire, il est intéressant de rechercher d'autres personnes ou groupes dont les objectifs sont en phase avec les vôtres et de les convaincre de travailler main dans la main avec vous. Vous serez aussi dans l'obligation de faire appel à des personnes ne partageant pas complètement vos objectifs, mais dont le soutien est si important que vous ne pouvez avancer sans leur aide. Il se peut aussi que vous deviez traiter avec des personnes ou des groupes qui sabotent ou sapent votre travail.

Pour nous, mobiliser signifie que votre leadership peut donner envie aux autres d'avancer avec vous, comme de participer à une campagne, parler avec les personnes concernées par votre travail et les convaincre que leur soutien produira de bons résultats pour eux et pour leurs parties prenantes.

Solliciter un service ou un comportement particulier d'autrui revient à harmoniser et à mobiliser. La compétence essentielle pour y parvenir est d'être capable d'établir des liens et de travailler avec d'autres dans un but commun, en passant outre les barrières liées au genre, au statut professionnel, à la langue, au milieu culturel ou aux opinions politiques.

**Inspirer.** « Inspirer » signifie littéralement « insuffler la vie ». Nous pouvons être inspirés par des personnes qui croient en ce qu'elles font, s'impliquent dans une cause et savent que les autres le font aussi. L'exemple de certaines personnes nous incite à suivre leurs traces. Ceux qui nous inspirent le plus peuvent être des héros ou des membres de notre famille, des amis, collègues, professeurs, des politiques ou des personnalités religieuses.

Nul besoin d'être une célébrité ou un grand orateur pour inspirer les autres. Un superviseur peut ainsi tout à fait inspirer le personnel en :

- Protégeant les intérêts des personnes qu'il/elle supervise
- les encourageant à être le meilleur possible
- créant un environnement favorable à leur inventivité
- reconnaissant leurs efforts et leurs réussites ou leurs moindres engagements et attentions
- prenant le temps de transformer l'échec en réussite

Les personnes qui suscitent l'inspiration peuvent puiser dans le vaste réservoir d'énergie inutilisée par ceux qui se trouvent démoralisés, découragés ou qui ne se sentent pas reconnus.

Parfois, le simple fait de dire merci pour un travail bien fait génère bonne volonté et énergie. Dans nos programmes dédiés au leadership, nous demandons aux participants de reconnaître une fois par jour les efforts de quelqu'un, à la maison comme au travail, pendant six semaines. Pour ceux ayant fait l'effort de souscrire à cette obligation, la conclusion est que non seulement les gens félicités démontrent sensibilité et générosité face à ces remerciements mais surtout qu'ils l'adoptent sur le long terme.

La capacité à inspirer les autres prend toute son importance dans les situations difficiles, en cas de panne ou de crise. Il faut garder à l'esprit que chercher un bouc émissaire ou faire des reproches aux autres mettra à mal toute l'inspiration que vous aurez instillée. En revanche, conserver une attitude positive, chercher à apprendre de l'adversité et reconnaître et entériner les sentiments que les autres peuvent avoir (« on peut comprendre ce que tu ressens quand on voit combien tu t'y es investi... [en cas d'abandon prématuré d'un projet] ») s'avèrera très efficace pour maintenir le moral des troupes.

**Appliquer les pratiques de leadership.** Dès ces pratiques intégrées, vous aborderez les enjeux de manière plus systématique. Vous pourrez alors vous demander, ainsi qu'à votre équipe : « Avons-nous été assez rigoureux dans notre examen attentif ? », « L'avons-nous assez ciblé ? », « Avons-nous mis en phase et mobilisé les bonnes personnes ? » ou encore « Inspirons-nous nos équipes ? ».

En agissant ainsi, vous constaterez que votre personnel acquerra de la confiance dans l'encadrement de ses propres subordonnés et collaborateurs pour relever les défis et obtenir des résultats. C'est une question de pratique et d'accompagnement, d'apprentissage et de suivi : dirigeant ou dirigé selon les jours.

Ces pratiques n'impliquent pas un apprentissage permanent de nouveaux comportements. La plupart des individus savent déjà comment examiner attentivement, cibler, harmoniser, mobiliser et inspirer, même s'ils ne le font pas toujours consciemment, systématiquement ou intentionnellement. L'utilisation d'un langage commun vous permet de capitaliser sur ce que vous et votre équipe savez déjà et de se rappeler mutuellement de continuer à le faire.

## LES PRATIQUES DE MANAGEMENT

Notre définition du « management » implique une efficacité de planification et d'utilisation pour obtenir les résultats escomptés. Sachant que les besoins organisationnels dépassent les ressources existantes nécessaires, aucune organisation ne peut réussir dans ce monde sans une gestion de qualité. « Qu'on en soit conscient ou non, chacun de nous joue son bien-être sur la performance du management », selon Joan Magretta (2002, p. 3).

Un management de qualité exige une application consciente et systématique de quatre activités : planification, organisation, mise en œuvre puis suivi et évaluation. Nous connaissons pour la plupart ces pratiques, officialisées dans le secteur à but lucratif depuis des décennies. Quant aux pratiques de leadership, nous capitalisons sur ce qui est déjà largement connu.

**Planifier.** Les managers-leaders planifient. L'activité de planification vous impose de réfléchir à la séquence logique des activités et des ressources nécessaires pour atteindre les objectifs déclarés. Sans plans, votre environnement professionnel sera chaotique et les performances aléatoires. Toutes les organisations et les institutions imposent une planification minimale pour orienter les initiatives sur le long comme sur le court terme. Elles ont aussi besoin d'harmoniser les plans avec les budgets pour s'assurer d'avoir les ressources financières nécessaires à l'exercice de leurs activités.

La planification est un moyen de lutter contre l'insécurité et l'ambiguïté ainsi qu'un indicateur des résultats escomptés dus à la bonne combinaison des tâches allouées à des services ou à des individus. Pour une description détaillée des pratiques et des compétences en planification, rendez-vous au [chapitre 5](#) de ce guide.

**Organiser.** Les managers-leaders doivent aussi organiser le travail. L'activité d'organisation implique une disponibilité optimale des ressources, que ce soit en temps, en lieu, en nature ou en nombre.

Organiser constitue la garantie d'avoir en place les systèmes, les procédures et les processus qui permettent au personnel d'accomplir les tâches assignées. Dès lors que vous vérifiez bien que chaque responsable de la vaccination possède sa glacière, son approvisionnement complet de vaccins et que les véhicules sont prêts pour le premier jour de la future campagne d'immunisation, vous organisez. Un site de travail organisé implique que chacun puisse trouver ce qu'il cherche, que ce soient les médicaments stockés, les formulaires d'emplois du temps, de quoi écrire ou l'autorisation permettant de faire le plein de son véhicule.

Si l'organisation n'est pas votre fort, vous vous en sortirez en travaillant avec quelqu'un qui a ces compétences et en vous en inspirant. Visualiser s'avère ainsi souvent utile : visualisez-vous en train d'accomplir le travail du début à la fin et notez tous les besoins, ressources, autorisations et structures nécessaires. Prenez l'exemple d'un atelier et visualisez les participants en train d'arriver avec ces questions en tête : où est le formulaire d'inscription ? Qui tient le point accueil ? Les lieux et le parcours sont-ils fléchés de façon à orienter les participants ? Les badges nominatifs sont-ils prêts ? Chaque participant reçoit-il le dossier complet de la conférence comprenant documentation, agenda et liste des participants ? Comment les frais de transport sont-ils remboursés ? Quel est le mode de calcul des remboursements et qui gère l'aspect financier ?

**Mettre en œuvre.** Si les activités présentées dans les projets ne sont au final pas mises en œuvre, les efforts investis pour les réaliser auront été vains. Parmi les nombreuses raisons qui peuvent expliquer la non-réalisation de projets ou de plans prévus, très peu s'avèrent être justifiées. Si le personnel n'a pas le temps d'effectuer le travail ou que les ressources manquent, la cause en est une planification ou une organisation défaillante. Si les activités ne peuvent être appliquées ou ne sont pas conformes, la faute en revient à ou une identification ou à un ciblage de piètre qualité.

Mettre en œuvre implique de prendre des décisions, de régler les problèmes, de coordonner, de négocier et de communiquer, compétences pouvant toutes être enseignées ou améliorées par la pratique. La boîte à outils du [Guide des managers-leaders](#) contient un ensemble d'exercices destinés à consolider ces compétences, dont la liste se trouve en page 175. Réfléchissez à ceux qui seraient particulièrement appropriés à votre équipe ou à vous-même.

**Assurer le suivi et évaluer.** Les managers-leaders suivent et évaluent la qualité évolutive de leurs programmes. Ils instaurent des points de retour d'information entre le travail et les résultats ainsi qu'entre le travailleur et sa performance observée. Le suivi et l'évaluation servent à garantir la progression des activités telles que planifiées et l'obtention des résultats escomptés. Cette approche vous permet de modifier les plans s'ils ne fonctionnent pas et de tirer des enseignements pour s'améliorer. Pour en savoir plus sur le suivi et l'évaluation dans le cadre de la gestion des informations, consultez le [chapitre 9](#) de ce guide.

## INTÉGRER LES ACTIVITÉS DE MANAGEMENT ET DE LEADERSHIP

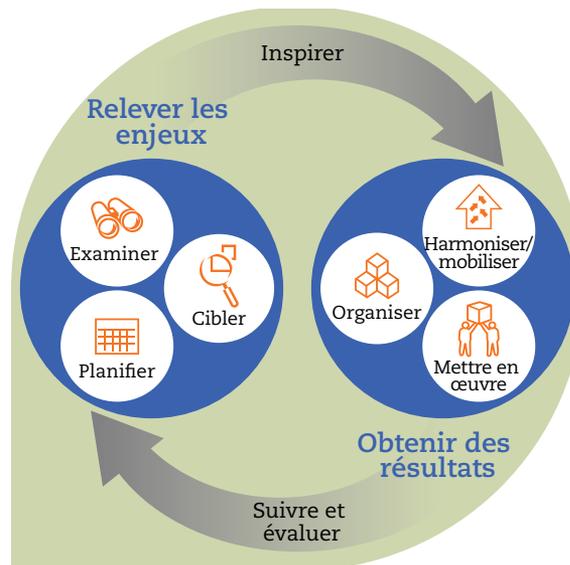
Bien que les pratiques de leadership et de management aient déjà été listées et débattues en séquence, elles font partie d'un cycle récurrent, comme le montre la [figure 3](#).

Il arrive aussi que les activités se recoupent, confirmant en cela leur ramification implicite. Ainsi, vous ne pourrez examiner attentivement, harmoniser et mobiliser sans cibler ; et vous ne pourrez cibler, harmoniser et mobiliser, voire inspirer, sans examiner attentivement. Il en va de même pour les pratiques de management ; la planification et l'organisation ne mènent nulle part sans la mise en place de plans.

L'inspiration découle souvent d'une harmonie et d'une mobilisation réussies et implique de cibler et d'identifier a minima. Il en est de même pour le suivi et l'évaluation qui sont tributaires des trois autres approches d'un management de qualité.

Pour terminer, la [figure 3](#) montre l'intime interaction des pratiques de management et de leadership. Vous devez donc relever un enjeu spécifique : faire bénéficier plus de ménages des services de planification familiale en privilégiant l'examen attentif, le ciblage et la planification. Vous obtenez des résultats par l'harmonisation, la mobilisation, l'organisation et la mise en œuvre. L'énergie dévolue à ces tâches est alimentée en partie par ceux qui inspirent et en appellent au sens des responsabilités et aux valeurs. Les enseignements tirés de performances avérées sont réutilisés dans de nouveaux plans grâce au suivi et à l'évaluation.

FIGURE 3. Processus intégré de leadership et de management



## Diriger et manager au plus haut niveau

Il existe une différence entre diriger au plus haut niveau d'une organisation et diriger des équipes à un niveau hiérarchique inférieur, notamment en raison du niveau élevé de visibilité, des politiques d'influence et du fait que la gestion des crises est en général repoussée au niveau hiérarchique supérieur. Dans les pays où la plupart des agences externes sont en concurrence auprès de la haute direction, la pression peut être considérable

Aux plus hauts échelons hiérarchiques, les approches de management et de gouvernance tendent à fusionner : **établir une orientation commune** équivaut à combiner l'harmonisation, le ciblage et l'inspiration ; **gérer des ressources** implique d'allier la planification, l'examen attentif, la mise en oeuvre et le suivi ; et **l'investissement des parties prenantes** impose de combiner l'inspiration, l'harmonie et la mobilisation.

Toute personne occupant un poste haut placé dans n'importe quelle organisation a une influence allant au-delà du service ou du comité directeur :

- En tant que **gestionnaires** de la santé publique, les hauts responsables comme vous répondez du système dans son ensemble, ce qui implique que vous devez être en mesure de penser de façon systémique, de clarifier les responsabilités et d'optimiser les capacités à tous les niveaux, depuis votre service ou comité jusqu'à l'échelon le plus bas.
- En tant que **qu'harmonisateurs et coordinateurs** de différentes entités, les hauts responsables tels que vous doivent promouvoir et diriger des débats productifs et s'assurer que les informations essentielles parviennent à tous.
- En tant que hauts responsables perçus comme les **guides et les inspireurs**, vous devez agir à partir d'une vision commune et de stratégies concertées, modeler le comportement souhaité au sein du système et donner le ton pour un environnement professionnel bénéfique et responsabilisant.

### ÉQUILIBRER LES ACTIVITÉS

Diriger et gérer au plus haut niveau en situation réelle impose un choix permanent parmi les offres en concurrence. Tout en ne négligeant ou en ne semblant pas négliger les autres options, vous devez être particulièrement vigilant à discerner le meilleur mode d'action à tout moment. [L'encadré 2](#) illustre cet équilibre.

En vous engageant dans ce numéro d'équilibriste, vous devrez affirmer votre capacité à exercer votre leadership à travers ces cinq actions :

1. Fixer une orientation pour l'ensemble du système de santé.
2. Rappeler régulièrement la vision et la direction à suivre.
3. S'engager auprès des parties prenantes, externes comme internes, à être en phase, et innovant.
4. Coordonner et intégrer la planification et la mise en oeuvre dans tout le système.
5. Entretenir une réflexion et un apprentissage continu, et élever les performances.

## ENCADRÉ 2. Parvenir à l'équilibre

Pour exercer le leadership et le management au plus haut niveau, vous devrez apprendre à trouver l'équilibre entre :

- Les besoins présents ET les besoins futurs, à savoir l'importance de la gestion de crise, d'une part, et la recherche lente et constante d'une stratégie sur le long terme, d'autre part
- Les besoins des différentes parties prenantes, c'est-à-dire le besoin de faire face à la pression des groupes spécifiques d'une part ET, de l'autre, le besoin d'appréhender les systèmes de gestion de l'organisation dans leur ensemble
- L'exercice de l'autorité ET le besoin d'inclusion, c'est-à-dire la pression des prises de décision et des réactions rapides d'une part et d'autre part la nécessité de temporiser pour la réflexion, l'apprentissage collectif et l'autonomisation.
- Le besoin de « conformité » de l'organisation, en recherchant une cohérence qui découle de la centralisation et du contrôle pour créer des synergies ET le besoin de « liberté », c'est-à-dire l'inverse, en donnant plus d'autonomie aux unités individuelles et au personnel pour concevoir, se différencier, être compétitif et établir la diversité nécessaire à l'innovation et à l'adaptation à un environnement sans cesse en évolution (Stacey, 1992).
- Les services de santé préventifs et curatifs où l'attention passe par la recherche du plus grand bien pour le plus grand nombre de personnes d'une part, ET de l'autre, par l'amélioration des soins curatifs pour tous et des soins tertiaires pour un petit nombre.

Pour répondre aux nombreux enjeux que chacune de ces actions implique intrinsèquement, vous devez maîtriser les compétences spécifiques suivantes :

**Se projeter et œuvrer à partir d'une vision d'ensemble.** Cette vision est indispensable si l'on veut la partager, mettre en place des stratégies et maintenir le bon cap. Cette perspective vous aidera à réorienter l'attention et l'énergie des autres lorsqu'ils sont pris dans des conflits concernant des intérêts à court terme ou qu'ils ne savent pas comment organiser leurs priorités.

[Le chapitre 5](#) de ce guide détaille ce qu'est réellement une vision concertée, sa conception et l'importance qu'elle prend pour une organisation et dans le cadre d'une planification stratégique efficace.

**Communiquer cette vision.** Les managers-leaders savent communiquer, en long et en large et de nombreuses manières, savent où se situent leur organisation et leur personnel et pourquoi et comment ils se rallient à la vision de l'organisation. En communiquant cette vision et en plaçant les autres à des postes clés pour la renforcer, vous montrez que vous faites partie de la même équipe et que vous avancez tous de front, même s'il existe certaines tensions sur les principes de concurrence et de la rivalité en termes de ressources et de reconnaissance.

**Reconnaître les intérêts des parties prenantes.** La capacité à réunir les parties prenantes, à négocier et à gérer la tension émanant des intérêts et des agendas en concurrence, et à transformer les conflits en situations profitables à tous pour une efficacité optimale fait partie intégrante d'un leadership et d'une gouvernance de qualité. Reconnaître les intérêts des autres vous aidera à gagner des alliés et à anticiper et à faire face à tout groupe dont les intérêts s'opposent à la mission, aux valeurs et aux objectifs de votre organisation.

La boîte à outils destinée aux [Guide des managers-leaders](#) contient un exercice d'analyse des intérêts des parties prenantes en page 195 à 197.

**Utiliser au mieux votre temps.** Déléguer vous fera gagner du temps. En connaissant et en vous fiant aux capacités et aux points forts de vos collaborateurs, vous déléguerez les tâches en toute sérénité, et vous vous libèrerez du temps pour vous concentrer sur celles qui exigent un leadership et une gouvernance de qualité au plus haut niveau. Et ce processus sera bénéfique au développement de votre personnel par la même occasion. L'action de déléguer doit s'accompagner de priorités à établir, comme par exemple, déterminer en quoi vos nombreuses tâches contribuent à renforcer cette vision ou à lui nuire. Vous devez savoir comment conduire des réunions efficacement, en économisant non seulement votre temps mais celui de chaque participant. Une écoute et une observation rigoureuses vous donneront les moyens de répondre aux enjeux de façon réfléchie et d'éviter les crises susceptibles de gâcher le temps et l'énergie de chacun.

**Solliciter des retours et des avis.** Demander un retour – qu'il soit positif ou négatif – de la part de collègues et de subordonnés vous aidera à travailler collectivement pour régler efficacement les problèmes. Reconnaître que vous pouvez toujours vous améliorer consolidera votre réseau personnel sur lequel vous pouvez vous appuyer pour des conseils et du soutien dans les moments difficiles.

### LES ÉCUEILS FATALS AU PLUS HAUT NIVEAU QUI PEUVENT VOUS FAIRE TOMBER

Il suffit d'une attitude ou d'un comportement de votre part pour faire dérailler et perturber le fonctionnement de toute l'organisation. Dans votre position de leadership, vous devrez être particulièrement vigilant à ces écueils et les éviter ou les contourner où qu'ils soient, chez les autres ou en vous.

**Suffisance :** orgueil démesuré ou arrogance excessive. La suffisance est facile à déceler, car visible chez ceux qui sont excessivement confiants en leurs capacités et estiment ne jamais pouvoir échouer ou se tromper.

Bien qu'il soit souvent difficile de ramener à la réalité quelqu'un sujet à la suffisance, il existe des moyens qui vous éviteront de tomber dans ce piège. Quand tout s'est passé pour le mieux depuis toujours ou presque, quand personne n'ose s'interposer ou quand des amis ou collègues proches semblent moins sereins autour de vous, ces signes appellent à une action. Vous êtes en mesure de demander en retour une rectification, voire un soutien. Vous pouvez faire en sorte d'aider les autres à atteindre leurs objectifs et vous réjouir de leur réussite sans vous attribuer le mérite de leurs réalisations. Enfin, vous pouvez montrer une authentique humilité en reconnaissant vos limites et en ne vous prenant pas trop au sérieux.

**La crainte.** La plupart des incidents, accidents de parcours, utilisations inappropriées de ressources ou même les catastrophes sont le résultat de conséquences réelles ou imaginées du « parler vrai face à l'autorité ». Les grandes entreprises et les petites organisations se sont effondrées ou été réduites à néant car le personnel de base n'a pas osé remettre en cause les pratiques aventureuses ou non éthiques ou les décisions de la haute direction.

La crainte s'insinue au sein de certaines organisations, en bas comme en haut, même si les raisons de cette crainte sont souvent distinctes selon le niveau hiérarchique. À l'échelon le plus haut, la crainte représente le fait d'être humilié, écarté du pouvoir, et dans certains cas une insécurité. La crainte aux niveaux inférieurs concerne essentiellement la perte de son emploi et de son mode de vie, d'être mis à l'écart de toute promotion ou simplement relégué.

Dans votre rôle de leader, vous pouvez largement contribuer à réduire cette crainte à tous les niveaux. Si vous affichez la volonté d'écouter soigneusement les opinions divergentes,

vos collègues. Si vous encouragez et récompensez la prise de risque, le fait d'accepter que l'échec fait partie des éventualités, vous incarnerez un exemple de responsabilisation partout dans votre organisation. Si vous refusez de tolérer les comportements humiliants ou l'abus de pouvoir, vous serez un exemple pour vos collègues.

**Le manque ou l'abus de confiance.** Une crainte omniprésente entraîne généralement une baisse de la confiance. La confiance est une ressource précieuse pour les organisations, bien qu'elle soit souvent entachée de trahisons répétées. La capacité des gens à faire confiance se décline sur une double base : la confiance en soi et la confiance en autrui.

L'exercice de l'[encadré 3](#) vous aidera à examiner vos propres niveaux de confiance. Il est extrait du travail de Dennis et Michelle Reina (2006).

L'abus de confiance répété a des incidences importantes sur le climat de l'organisation, une faible productivité étant une conséquence d'une confiance défaillante. Si c'est le cas dans votre organisation, plusieurs options s'offrent à vous.

En tant que manager ou responsable d'une personne qui se sent trahie, vous pouvez faire bon usage des pratiques de leadership. Comme l'indiquent Dennis et Michelle Reina (2006), vous pouvez analyser la situation pour connaître les faits et identifier la source du sentiment d'abus de confiance des personnes concernées. Vous pouvez ensuite vous concentrer sur les sentiments que la trahison a fait naître et permettre aux gens de s'exprimer afin que ces sentiments ne ressurgissent pas d'une autre manière impossible à voir ou à gérer. C'est le moment d'offrir votre soutien, de remettre en phase le personnel avec la vision et la mission de l'organisation et d'utiliser le dynamisme de chacun pour construire l'avenir.

Si vous êtes la personne qui se sent trahie, que ce soit par des supérieurs hiérarchiques ou par des subordonnés, vous pouvez d'ores et déjà vous appuyer sur ces pratiques de direction en analysant la situation aussi objectivement que possible, en identifiant les faits, puis en

### ENCADRÉ 3. Exercice de réflexion sur la confiance

Écrivez sur une feuille de papier vos réponses aux questions suivantes :

- Dans quels types de situations ai-je confiance en moi ?
- Dans quelles situations n'ai-je pas confiance en moi ?
- Dans quelle mesure est-ce que je me considère digne de confiance ?
- Dans quelle mesure est-ce que je ne me considère pas digne de confiance ?

Continuez l'exercice avec les questions suivantes :

- Dans quelles situations est-ce que j'accorde ma confiance aux autres ?
- Dans quelles situations est-ce que je n'accorde pas ma confiance aux autres ?
- Qu'est-ce que je prends en compte pour déterminer si une personne est digne de confiance ?
  - Est-ce que je pars du principe qu'une personne est digne de confiance sauf preuve du contraire ?
  - Est-ce que j'attends des autres qu'ils prouvent être dignes de confiance ?
- Comment cela affecte-t-il mes relations de travail ?

Après avoir couché les réponses à ces questions sur le papier, déterminez si vous souhaitez changer la façon dont vous accordez (ou non) votre confiance aux autres et à vous-même.

Source : Reina 2006.

TABLEAU I. Le continuum de la trahison

MAJEUR		MINEUR	
Non intentionnel	Intentionnel	Non intentionnel	Intentionnel
Restructuration provoquant des licenciements	Divulgence de secrets organisationnels	Retards répétés (au travail et en réunions)	Comméragage, dénigrement
Déléguer sans relayer l'autorité	Sabotage des données de l'organisation	Ne pas honorer les accords	S'approprier le travail d'autrui

Source : Reina 2006.

vous concentrant sur ce sentiment de trahison en le nommant et en l'exprimant. Vous serez alors prêt à être en phase avec les autres et à obtenir leur soutien pour recadrer l'expérience. Il vous faudra dépasser le sentiment de persécution et analyser honnêtement votre part de responsabilité dans l'expérience. Enfin, vous pardonner à vous-même ainsi qu'aux autres, vous décharger du lourd poids de votre colère et de votre ressentiment vous permettra de continuer à progresser.

Dennis et Michelle Reina suggèrent que la trahison, intentionnelle ou non, peut avoir des répercussions – des plus fortes aux plus faibles – s'inscrivant dans un continuum. Le [tableau 1](#) illustre ce continuum grâce à quelques exemples.

## La reconversion du rôle de leader : transformer les mentalités et les comportements

Jusqu'ici, nous avons souligné l'importance des comportements en présentant des pratiques à appliquer plutôt que des traits de personnalité ou des qualités personnelles. Toutefois, le comportement ne suffit pas, car il est étroitement lié à notre façon de penser, et en cela rend aussi les attitudes importantes.

Nous constatons que les managers-leaders ont une approche différente des managers non leaders. En effet, leurs actions sont plus réfléchies, systématiques et intentionnelles. Ces dirigeants réfléchissent davantage à ce qu'ils font lorsqu'ils interagissent avec leurs collègues. Et lorsqu'ils parviennent à mieux appliquer les pratiques de management et de leadership et à analyser les résultats de leurs actions, ils notent alors un début de changement, et voient le monde différemment.

Nous appelons ces transformations d'attitudes et d'opinions des « attitudes transformatives du leader ». Le [tableau 2](#) met en exergue certaines de ces transformations d'attitudes qui décrivent le mieux un cadre qui apprend à diriger.

La prise de conscience de ces reconversions du rôle de leader constitue une partie importante de la transformation que vous pouvez réaliser à votre niveau et chez les autres. Ayez cependant bien conscience que ces changements peuvent ne pas être permanents. Ils ont tendance à se produire lorsque vous vous sentez efficace et que vos actions bénéficient aux autres. À l'inverse, les situations difficiles sont souvent fatales à ces changements.

L'enjeu qui est le vôtre passe par la maîtrise de votre comportement et la faculté d'identifier les moments où vos propres besoins, votre réputation ou votre image vous préoccupent à l'extrême et que vous portez moins d'attention au bien commun.

Regardons de plus près chacune des transformations et voyons comment les développer et les maintenir en vous.

TABLEAU 2. Transformation du rôle du leader

DE	À
Héroïsme individuel	Action collaborative
Abattement et cynisme	Espoir et possible
Rejet de la faute sur autrui	Prise de responsabilité face aux enjeux
Activités éparses et sans lien mutuel	Actions ciblées et interconnectées
Égocentrisme	Intérêt pour le bien commun et l'altruisme

### Transformation du rôle de leader 1 : du leadership héroïque à l'action collaborative.

Les défis auxquels vous faites face ne peuvent être relevés en s'imaginant qu'un chef héroïque (votre superviseur, votre directeur exécutif, le ministre de la Santé, un donateur) viendra à votre secours. Ils ne le seront pas plus si vous estimez devoir – et être le seul à pouvoir – régler tous les problèmes. Cette transformation porte en elle le constat qu'est requise « la

participation de tous » pour mener à bien les travaux difficiles et qu'encourager et reconnaître le talent de tous les membres de l'équipe est essentiel, et ce malgré d'éventuelles dissensions.

Favoriser l'action collaborative, s'assurer que chacun a une vision claire de son rôle et de ses responsabilités, les accepte et les assume pleinement. Assurez-vous de bien déléguer les tâches que vous n'avez pas à exécuter vous-même. Si vous vous accrochez aux travaux que vous pourriez déléguer, demandez-vous pourquoi. Êtes-vous prêt à laisser les autres apprendre de leurs erreurs ?

Voir l'[encadré 4](#) pour en savoir plus sur les conditions de la reconversion du leadership héroïque en action collaborative

#### ENCADRÉ 4. Aller vers le bon cap : loin du « leadership héroïque » et vers une action concertée

Même si vous pouviez tout faire – et vous ne le pouvez pas – oubliez-le. Les équipes fonctionnent mieux lorsque leurs membres jouent quatre rôles importants :

1. **Proposer** (une idée ou une action)
2. **Suivre** (accepter la nouvelle idée)
3. **S'opposer** (remettre l'idée en question pour s'assurer que les décisions ne sont pas prises de manière impulsive et pour affiner la réflexion de l'équipe)
4. **Observer** (analyser et donner un retour d'information sur ce que fait l'équipe)

Est-ce que tous ces rôles sont tenus dans votre équipe ? Si vous êtes toujours celui qui propose les idées, essayez de jouer un rôle différent, en laissant par exemple un autre membre guider l'équipe ou en étant plus passif et en observant. Vous trouverez des suggestions dans l'exercice « [comprendre les rôles dans le travail d'équipe](#) » dans *Transformer les managers en leaders* (MSH 2005, Guide, p. 248).

En outre, entraînez-vous à moins parler, à écouter davantage et à laisser plus de place aux autres pour s'exprimer. Demandez-vous :

- **En cas de conflit : comment vais-je le gérer ?** Est-ce que je l'ignore et le laisse couvrir ? Est-ce que je le traite de façon trop directe ? Est-ce que je sais vers qui me tourner pour demander de l'aide lorsque je règle un conflit dans mon équipe ?
- **Si vous convoquez une réunion :** ai-je déjà une idée claire du résultat souhaité de notre réunion à l'esprit ? Ai-je préparé l'ordre du jour pour qu'il nous mène à ce résultat ?
- **Avant que vous ne preniez la parole dans une réunion :** est-ce que tout le monde participe pleinement ? Est-ce que j'atteins un équilibre entre l'écoute des points de vue des autres et la défense du mien ? Est-ce que j'accorde de l'importance aux points de vue des autres ? Quelqu'un a-t-il déjà dit cela ? Quelqu'un peut-il aborder ce sujet mieux que moi ?
- **En cas de divergence de points de vue :** suis-je prêt et apte à négocier en situation d'impasse apparente ? Est-ce que j'essaie de comprendre les intérêts sous-jacents aux positions ? Ai-je le choix en cas de désaccord ?

**Transformation du rôle de leader 2 : du désespoir et du pessimisme à l'optimisme et à l'espoir.** Il est difficile de convaincre en adressant un message de désespoir et d'impuissance. La plupart des méthodologies de planification commencent par l'énumération de tous les problèmes qui peuvent rapidement submerger un groupe et nourrir un sentiment d'impuissance. Demandez aux autres quels sont leurs rêves et vous verrez leurs yeux s'illuminer. Les parties en conflit peuvent partager une vision commune et adapter leur position sur la façon de gérer les obstacles.

Voir [l'encadré 5](#) pour avoir un aperçu des conditions de transformation du désespoir et du pessimisme en optimisme et en espoir.

#### ENCADRÉ 5. Aller vers le bon cap : loin de l'abattement et du pessimisme et vers l'optimisme et l'espoir

- Apprendre à créer une vision commune. Pour ce faire, il faut s'intéresser aux souhaits et aux rêves de vos collègues pour l'équipe, l'unité, le service, l'organisation ou la communauté. Éviter l'abstraction qui a, en général, moins d'impact que les images concrètes. L'image d' « une clinique où j'enverrais ma mère ou ma sœur » fera avancer les gens plus efficacement qu'« une clinique où les soins sont de très bonne qualité ». Plus l'image est détaillée et concrète, plus les personnes seront motivées pour la concrétiser.
- Les visions communes peuvent être idéalistes et de longue haleine mais tout aussi immédiates. Une équipe peut, par exemple, imaginer le résultat d'une réunion. Prenez l'habitude de toujours vous demander, vous et votre équipe, à quoi ressemblerait le succès.
- Une fois que vous avez déterminé ensemble une vision commune, vous pouvez revenir en arrière à partir de ce point en vous demandant : « si tel est notre but, qu'est-ce qui nous empêche de l'atteindre ? ». Cette façon de penser vous permet d'identifier les obstacles qui vous séparent de votre vision. Il est important de ne pas commencer à supprimer ces obstacles avant que la vision ne soit clairement établie, aussi tentant que cela puisse être.
- Lorsque vous commentez le travail d'un employé, commencez par présenter les points positifs, c'est-à-dire ce qui est bon et doit être poursuivi. Évoquez ensuite les opportunités d'amélioration et, enfin, ce qui doit cesser ou être supprimé.
- Pour cette transformation du rôle de leader, vous devez développer votre capacité à inspirer vos effectifs et rendre leur travail plus vivant en faisant appel à leurs souhaits et à leurs valeurs. Souvenez-vous qu'il est beaucoup plus convaincant de présenter votre but comme un rêve à réaliser plutôt que comme un problème à résoudre.

**Transformation du rôle de leader 3 : du reproche envers les autres aux enjeux à relever.** Transformer un problème causé par – et devant être résolu par – d'autres en un enjeu que vous relèverez ne revient pas à simplement jouer sur les mots. En étudiant la question sous un jour nouveau, vous ne vous considérerez plus comme une victime mais comme un véritable agent du changement.

Voir [l'encadré 6](#) pour en savoir plus sur les conditions de transformation du reproche envers autrui en prise de responsabilité face aux enjeux.

### ENCADRÉ 6. Aller vers le bon cap : ne surtout pas rejeter la faute sur autrui mais relever les défis

Si vous prêtez attention à ce qui suit, vous n'en serez que plus positif et efficace.

- **Apprenez à reconnaître le sentiment d'impuissance** qui vous donne une impression de passivité.
- **Cherchez des exemples d'actions** que vous ou d'autres avez déployées pour accomplir des opérations qui semblaient impossibles, comme par exemple obtenir un diplôme, écrire un article ou diriger une équipe afin d'améliorer la qualité des soins dans une clinique, et qui ont néanmoins réussi.
- **Envisagez votre part de responsabilité dans les problèmes rencontrés.** Une clinique mal organisée peut, par exemple, être le reflet de votre propre désorganisation ou, à l'inverse, un contrôle excessif des menus détails empêche les employés de développer un sens des responsabilités. Une relation difficile avec l'un des employés peut être due, au moins en partie, à votre propre attitude et comportement.
- **Entraînez-vous à reformuler les problèmes pour les transformer en enjeux** en créant une réflexion entre la situation future souhaitée et la situation actuelle non désirée : « Comment pouvons-nous assurer un approvisionnement continu de contraceptifs pour notre clinique malgré l'inaccessibilité saisonnière ? » en est un exemple.
- **Utilisez un langage proactif** au lieu d'un langage réactif. Au lieu de dire « je ne peux rien y faire ! », dites « voyons ce que nous pouvons y faire ». Au lieu de dire « c'est comme ça », dites « comment puis-je (ou pouvons-nous) changer cela ? ». Au lieu de dire « ils ne vont pas permettre cela », voyez si vous pouvez négocier. Au lieu de dire « je dois » ou « personne ne veut m'aider », essayez « je veux » ou « pouvez-vous m'aider ? ».

**Transformation du rôle de leader 4 : des activités sans lien direct et de l'effervescence à l'action concertée et ciblée.** La surspécialisation peut entraîner l'élaboration de programmes verticaux indépendants et d'unités organisationnelles distinctes et inhiber le développement d'une approche complète visant à l'amélioration des prestations de santé. Les activités et la solution appliquées à un seul programme pourraient s'avérer nocives pour d'autres. Ainsi, un financement accru des programmes contre le VIH et le SIDA a, dans certains cas, mené au sous-financement des programmes de planification familiale, alors même qu'ils doivent faire partie intégrante de toute initiative de prévention de transmission du VIH.

De plus, ceux qui sont préoccupés par leur domaine spécifique de responsabilité manquent souvent de temps pour échanger avec d'autres évoluant dans d'autres secteurs appropriés et n'ont pas l'occasion de travailler ensemble et de contribuer mutuellement aux objectifs. Les prestations, les projets et les programmes intègrent la plupart du temps des objectifs de rendement qui ne prennent pas en compte ce que d'autres services, projets et programmes connexes impliquent, y compris ceux travaillant dans la même zone géographique, la même organisation ou la même structure. La duplication et la déperdition de ressources y sont donc conséquentes.

### ENCADRÉ 7. Aller vers le bon cap : loin des activités sans rapport entre elles et de l'agitation et vers une action coordonnée et résolue

Apprenez à établir des priorités parmi vos nombreuses tâches en évaluant comment chacune d'entre elles contribue ou nuit à la réalisation de vos objectifs. Un moyen pratique de classement des demandes en concurrence est de différencier l'« urgent » et l'« important ». Les activités urgentes sont celles qui requièrent votre attention immédiate (souvent des crises ou des « problèmes »), alors que les activités importantes sont celles qui correspondent à la mission et aux valeurs de votre organisation et qui mènent à la satisfaction de ses principaux objectifs (Covey 2004).

Utilisez les exercices et [« Priorité à l'essentiel : Matrice des actions importantes et urgentes »](#) (MSH 2005, Guide, pages 213-215) avec les membres de votre équipe pour classer les activités de votre semaine de travail type. Donnez la priorité à celles qui sont les plus importantes mais non urgentes, telles que l'obtention préalable d'autorisations et de budgets. Considérez ce genre de tâches comme un travail proactif et préventif qui empêchera des crises futures.

Rassemblez les membres de votre équipe et utilisez leurs compétences et perspectives variées pour résoudre les problèmes dès leur apparition. N'hésitez pas à demander des conseils et des idées à vos collègues au lieu de tenter de résoudre toutes les difficultés par vous-même.

Célébrez les succès et les petites victoires en équipe au lieu d'accorder une reconnaissance particulière à quelques personnes uniquement. Rappelez à tous la mission et la vision que vous avez élaborées ensemble. Aidez-les à distinguer en quoi leur travail améliore ou complète celui des autres membres de l'équipe.

L'[encadré 7](#) montre ce que vous pouvez faire pour passer de l'investissement dans des activités sans lien direct et de l'effervescence à l'action concertée et ciblée.

**Transformation du rôle de leader 5 : du souci de soi-même à la générosité et à une préoccupation du bien commun.** En vous sentant blessé ou diminué par un effort vain ou par le sentiment d'avoir été traité injustement, votre univers se réduit et vous avez probablement tendance à l'introspection. Vous pouvez vous trouver en train de vous concentrer sur vos propres besoins, qu'ils soient physiques (cicatrisation corporelle) ou psychologique (récupération d'une déception, d'une agression ou d'un traumatisme).

Le sentiment de bénéficier de privilèges particuliers pourrait accompagner cet égocentrisme. De nombreux manques au comportement éthique de la part des responsables peuvent être liés à une préoccupation excessive en termes de confort, de statut ou de prestige aux dépens du bien commun.

En vous recentrant sur vous-même, quelle qu'en soit la raison, vous perdrez en efficacité et en altruisme, a fortiori lorsque la tâche exige compassion et considération envers autrui. Votre égocentrisme interfèrera avec votre capacité à assurer l'intendance que le système de santé vous impose.

Voir l'[encadré 8](#) pour en savoir plus sur ce que vous pouvez faire pour passer de l'égocentrisme à la préoccupation du bien commun.

### ENCADRÉ 8. Aller vers le bon cap : loin de l'égoïsme et vers la générosité et la recherche de l'intérêt commun

- Analysez vos motivations à chaque fois qu'avoir raison, être reconnu ou tout simplement vous sentir à l'aise devient un peu trop important pour vous. Avez-vous perdu de vue l'image d'ensemble et le rôle que vous jouez ?
- Rappelez-vous votre rôle et vos responsabilités pour vous aider à réaliser la mission et la vision de l'organisation, de l'agence, de l'équipe ou du service dont vous êtes responsable.
- Pensez aux personnes pour qui vous œuvrez, que ce soit votre personnel ou les bénéficiaires de l'organisation et vérifiez si votre attitude et vos actions leur sont utiles ou si elles vous distraient et sont contre-productives.
- Vous pouvez avoir recours aux modèles de prise de décision éthique pour vous guider. Un des modèles les plus simples et les plus efficaces se trouve dans les principes des plus grandes religions du monde : « Agissez envers les autres comme vous aimeriez qu'ils agissent envers vous ».

## Apprendre à gérer et à diriger : Une méthodologie éprouvée pour l'apprentissage par l'action

Il est fréquent d'entendre certains se plaindre des performances de leur équipe, de leur organisation, de leur circonscription ou de leur hôpital mais peu savent véritablement comment changer la situation. Ils sont tellement submergés d'obstacles qu'ils en restent passifs. Personne n'entrevoit la solution.

Le Modèle du défi ([figure 4](#)) est un outil utilisable immédiatement pour améliorer le rendement de n'importe quel groupe. Il se compose d'une série de questions qui vous aident, vous et votre équipe, à transformer systématiquement les rêves en actions.

En suivant ces étapes et en les franchissant successivement, vous apporterez des changements positifs. Ces derniers n'apparaîtront pas aussi vite que le vous souhaiteriez mais un processus minutieux et réfléchi aura plus de chances d'aboutir à des résultats durables.

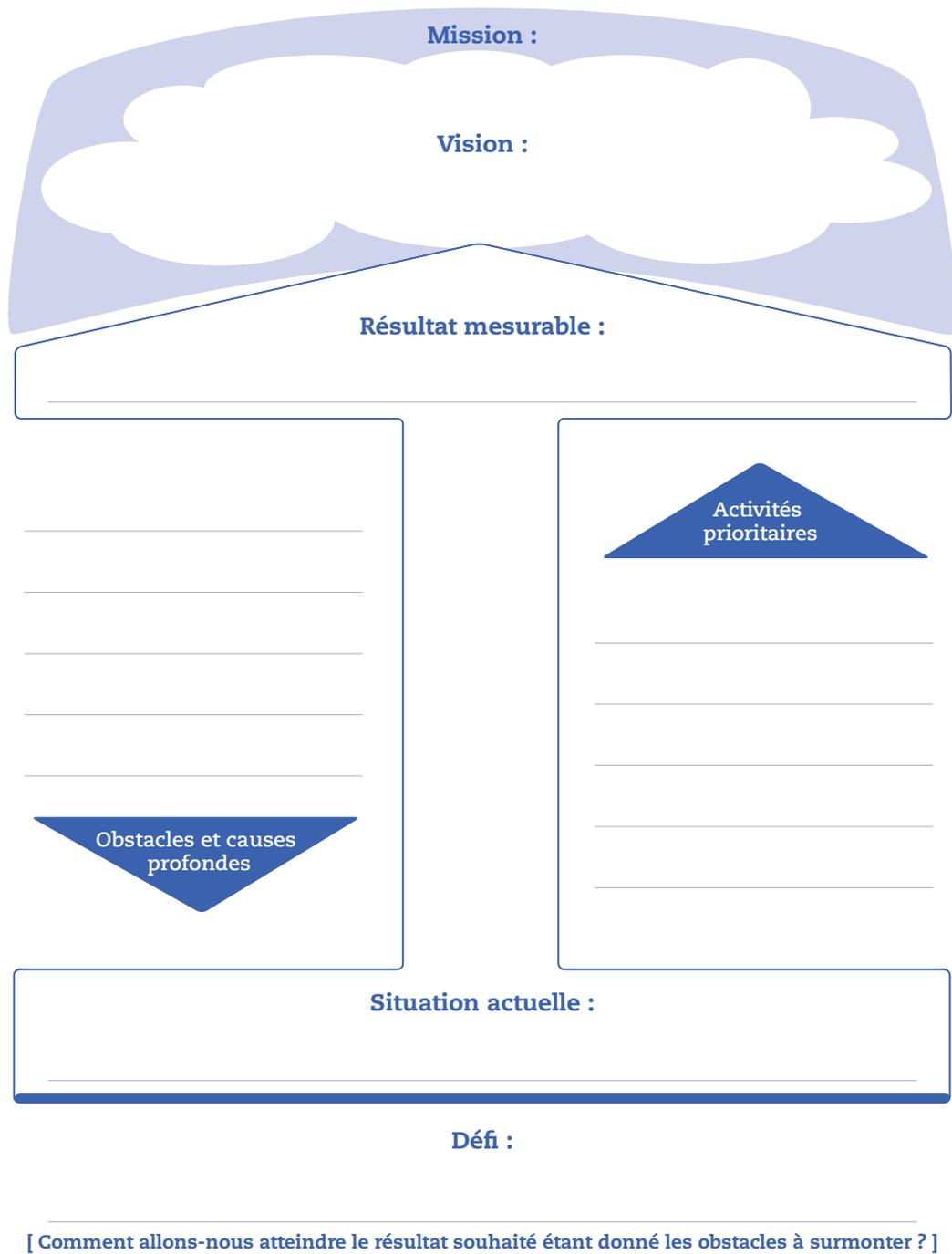
**Étape 1 :** commencez par vous poser cette question fondamentale en termes d'objectifs, « pourquoi sommes-nous ici ? ». Pour la plupart des organisations, la réponse à cette question se trouve dans leurs documents fondateurs : la **mission de l'organisation** ou, pour les organismes gouvernementaux, l'acte législatif à l'origine de leur création.

**Étape 2 :** Stephen Covey (2004) nous conseille de « commencer par la fin ». Ainsi, la question suivante est « que souhaitons-nous créer qui n'existe pas actuellement ? ». C'est là la perspective d'un **avenir meilleur**.

Bien que rêver à un avenir meilleur puisse être une démarche créative et stimulante, s'y arrêter peut mener au découragement et même à l'abandon, en particulier si votre situation actuelle est très éloignée de votre rêve. La vision prend toute sa force lorsque vous parvenez à l'étape suivante : définir des actions pour y apporter une dimension réaliste.

**Étape 3 :** vient le moment de se poser la question « où en sommes-nous exactement ? ». Avec votre équipe, au cours de cette étape, vous mettrez votre **situation actuelle** en perspective, ce qui fera appel à cet aspect du leadership qu'est la faculté d'examen attentif, qui consiste à écouter et à dialoguer, à vérifier les documents archivés, à visiter les services et les communautés et à lire les rapports. A partir de là, vous avez un modèle de base.

FIGURE 4. Le Modèle du défi : de la vision à l'action puis aux résultats



Quoique souvent négligée, cette étape est primordiale car si la situation vécue semble familière, on ne voit en fait que ce que l'on s'attend à voir ou on échafaude une série d'hypothèses, qu'elles soient plausibles ou non. Combien de fois la fiction est-elle confondue avec les faits ? Seul un examen plus approfondi permet de déterminer la réalité. Peut-être est-ce la première fois que votre équipe et vous recueillez des informations ou interrogez des personnes à qui vous n'aviez jamais parlé auparavant. Un des avantages de cet exercice est que vous commencerez, si ce n'était déjà le cas, à mesurer l'importance de systèmes d'information de qualité et de sources d'information précises et propices.

En examinant minutieusement la situation vécue, vous découvrirez des facteurs que vous considérerez inacceptables. Cela peut créer l'indignation voire même la colère, sentiments que vous pouvez transformer en une mobilisation résolue, de vous-même et des autres, à agir. À ce stade, vous serez prêt à exprimer l'enjeu qui est le vôtre : « comment concrétiser notre vision à partir de notre situation actuelle ? ».

**Étape 4** : après avoir instauré une vision commune et vous être approprié la réalité, votre équipe et vous pourrez privilégier une partie de cette vision, sur laquelle œuvrer immédiatement. Il convient de se demander alors : « que réaliser pour se rapprocher encore de cette vision ? ». La réponse sera un résultat qui prendra la forme SMART :

- S = Spécifique
- M = Mesurable
- A = Approprié
- R = Réaliste
- T = Temporellement Limité

Le résultat souhaité ne devra pas être spectaculaire mais ambitieux, peut-être jamais accompli si vous n'aviez pas relevé le défi.

**Étape 5** : la question suivante est « pourquoi en est-on là aujourd'hui ? ». Cette question permet d'identifier les **obstacles** à l'obtention de votre résultat SMART, et mène à d'autres plus spécifiques : « pourquoi les employés ne viennent-ils pas au travail ? », « pourquoi les clients ne reviennent-ils pas se réapprovisionner en contraceptifs ? », « pourquoi n'avons-nous pas résolu le problème ? » et « pourquoi ne savions-nous pas cela ? ».

Il peut être tentant à ce stade d'attribuer les mauvais résultats au manque de ressources ou aux systèmes déficients, ce qui ne favorise pas pour autant la recherche de solutions. Vous devrez explorer la réponse à une autre question spécifique : « si c'est important pour nos clients et pour nous, pourquoi n'y consacrons-nous pas suffisamment de ressources ? ». En effet, il est rare que le système soit sans argent. Ce fait est lié à l'allocation des ressources et à la prise de décision. Chercher les **causes profondes** des obstacles fera probablement émerger des solutions pour y remédier. [L'annexe A](#) de ce chapitre apprend à utiliser un diagramme en arête de poisson mettant à jour ces causes et la technique des cinq « pourquoi » pour complètement les comprendre.

**Étape 6** : après avoir identifié les causes profondes des symptômes caractérisant la situation actuelle, vous pouvez commencer à choisir les mesures prioritaires pour y remédier. En tant que professionnels de santé, nous savons que le traitement des symptômes peut s'avérer coûteux et infructueux si ces causes sous-jacentes ne sont pas élucidées.

Vous devrez à présent identifier les mesures prioritaires les plus à même de mener au succès, en vous posant ces deux questions : « quelles actions se sont avérées efficaces ailleurs, dans des situations similaires ? » et « compte tenu de nos ressources disponibles, que pouvons-nous faire dans l'immédiat ? ».

Jusqu'ici, vous avez déployé les pratiques de leadership en répondant aux questions du Modèle du défi. Vous avez créé une perspective visionnaire. Vous avez analysé la situation actuelle, les causes profondes des obstacles et les initiatives disponibles. Vous avez privilégié un objectif chiffrable et des mesures prioritaires pour l'atteindre et vous avez mobilisé votre équipe et harmonisé son travail de poursuite du processus dans son intégralité.

**Étape 7** : une fois effectué tout le travail préparatoire en suivant les précédentes étapes, vous avez tout ce qu'il faut pour élaborer un plan d'action réalisable afin d'atteindre votre objectif. Les pratiques de management entrent alors en jeu et, votre équipe et vous allez planifier les activités que votre organisation va entreprendre, organiser les ressources pour leur réalisation, surveiller l'exécution du plan, évaluer le résultat et en tirer des conclusions.

En tant que manager-leader, vous pouvez utiliser le Modèle du défi afin d'élaborer une feuille de route pour votre équipe et vous, peu importe votre spécialité de clinicien ou de gestionnaire.

[Le chapitre 2 de Guide des managers-leaders](#) contient des informations détaillées sur le mode d'utilisation du Modèle du défi.

## Pratiques éprouvées

---

- Vous pouvez renforcer vos compétences en management et en leadership quel que soit votre poste : un management et un leadership de qualité sont requis à tous les niveaux de l'organisation. En faisant plus consciemment, systématiquement et intentionnellement ce que vous savez déjà, et en encourageant votre personnel à faire de même, vous deviendrez alors un « manager qui est un leader ».
- Comprendre et appliquer les [12 pratiques de management](#), de leadership et de gouvernance vous aidera, vous et votre personnel, à améliorer votre environnement de travail, vos systèmes de gestion, à augmenter prudemment les ressources et à les attribuer, à répondre proactivement au changement et à prendre vos enjeux en charge. Ces changements produiront de meilleurs services envers les usagers et les communautés sous votre responsabilité.
- En veillant aux « [transformations du rôle de leader](#) » par vos propres attitudes et convictions, vous pouvez entretenir les changements positifs et résister à toute tendance régressive vous poussant à vous soucier de vos propres besoins, votre réputation ou votre image, au lieu de privilégier le bien commun.
- [Le Modèle du défi](#) est un simple outil servant à concrétiser systématiquement les rêves. En reliant votre travail quotidien à une vision ambitieuse et en suivant soigneusement les étapes du modèle, vous pourrez avec votre équipe traverser les périodes difficiles et obtenir des résultats significatifs en matière de santé publique.

## Glossaire des termes de management et de leadership

---

**Modèle du défi** : outil d'analyse graphique offrant une assistance systématique aux utilisateurs pour passer d'une situation présente non voulue à un résultat souhaité et mesurable qui contribuera à concrétiser la vision et à réaliser la mission.

**Gouvernance** : processus collectif de prise de décisions au sein des organisations, des systèmes de santé ou du secteur de la santé. La gouvernance est (1) le fait d'établir une direction et des objectifs, (2) d'élaborer des politiques, des lois, des règles, des réglementations et des décisions, et de collecter et d'augmenter les ressources pour atteindre les objectifs stratégiques et (3) de vérifier et de s'assurer que les objectifs stratégiques sont atteints.

**Transformation du rôle de leader** : évolution des attitudes, des convictions et du comportement d'un leader.

**Diriger** : mobiliser les autres à envisager et réaliser un avenir meilleur pour tous

**Diriger et gérer** : donner à soi-même et aux autres les moyens de fixer un cap, de relever les enjeux et d'obtenir des résultats.

**Manager-leader** : quelqu'un qui donne à soi et aux autres les moyens de relever les enjeux et d'obtenir des résultats.

**Manager** : planifier et exploiter efficacement des ressources pour produire les résultats escomptés.

**Mission** : déclaration claire et concise d'une organisation, d'un programme ou d'une équipe répondant à la question : « Pourquoi existons-nous ? ». Une mission donne l'orientation, l'uniformité et la raison d'être des décisions et des activités d'une organisation à tous les niveaux. Elle constitue l'axe autour duquel les membres du personnel concentrent leurs efforts.

**Résultat SMART** : un résultat spécifique, mesurable, approprié, réaliste et temporellement adapté.

**Vision** : l'image d'un état futur souhaité par une équipe, une organisation, un projet ou un programme qui progresse par l'action entreprise.

**Environnement de travail** : le cadre professionnel quotidien pour les employés.

## Références et ressources

---

- Abrams, I., ed. “Rigoberta Menchú Tum: The Nobel Peace Prize 1992,” in *Nobel Lectures in Peace 1991–95*. Singapore: World Scientific Publishing Co., 1999, [http://nobelprize.org/nobel\\_prizes/peace/laureates/1992/tum-bio.html](http://nobelprize.org/nobel_prizes/peace/laureates/1992/tum-bio.html) (consulté le 4 juillet 2009).
- Bragar, Joan L. *Effective Leadership Practices for Managers: Balancing Interdependence and Autonomy*. PhD diss., Cambridge, MA: Harvard University Graduate School of Education, p. 143.
- Brown, Jonathan C., Didem Ayvalikli, and Nadeem Mohammad. *Turning Bureaucrats into Warriors: Preparing and Implementing Multi-Sector HIV/AIDS Programs in Africa: A Generic Operations Manual*. Washington, DC: The World Bank, 2004, <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/COUNTRIES/AFRICAEXT/EXTAFRHEANUTPOP/EXTAFRREGTOPHIVAIDS/0,,contentMDK:20488911~pagePK:34004173~piPK:34003707~theSitePK:717148,00.html> (consulté le 9 décembre 2009).
- Covey, Stephen R. *The Seven Habits of Highly Effective People: Powerful Lessons in Personal Change*. New York: Simon & Schuster, 2004.
- Covey, Stephen R., A. Roger Merrill, and Rebecca R. Merrill. *First Things First*. London: Simon & Schuster, 1994.
- Daloz Parks, Sharon. *Leadership Can Be Taught: A Bold Approach for a Complex World*. Boston, MA: Harvard Business Press, 2005.
- Fritz, Robert. *The Path of Least Resistance: Learning to Become the Creative Force in Your Own Life*. New York: Fawcett Columbine, 1989.
- Greenleaf, Robert. K. *The Power of Servant Leadership: Essays*. Edited by Larry C. Spears. San Francisco: Berrett-Koehler Publishers, 1998.
- Heifetz, Ronald A. *Leadership without Easy Answers*. Cambridge, MA: Belknap Press of Harvard University Press, 1994.
- Heifetz, Ronald A., and Donald L. Laurie. “The Work of Leadership.” *Harvard Business Review* vol. 75, no. 1, (1997): 124–34.
- Heifetz, Ronald A., John V. Kania, and Mark Kramer. “Leading Boldly: Foundations Can Move Past Traditional Approaches to Create Social Change through Imaginative—and Even Controversial—Leadership.” *Stanford Social Innovation Review* (Winter 2004): 21–31, [http://www.ssireview.org/articles/entry/leading\\_boldly/](http://www.ssireview.org/articles/entry/leading_boldly/) (consulté le 4 décembre 2009).
- Kotter, John P. “What Leaders Really Do.” *Harvard Business Review* vol. 68, no. 8 (1990): 103–11.
- . “Leading Change: Why Transformation Efforts Fail.” *Harvard Business Review* vol. 73, no. 2 (1995): 59–67.
- . *Leading Change*. Cambridge, MA: Harvard Business Press, 1996.
- . “Why Change?” *Executive Excellence Publishing* vol. 15 (1998): 5.
- Kouzes, James M., and Barry Z. Posner. *The Leadership Challenge: How to Get Extraordinary Things Done in Organizations*. San Francisco, Jossey-Bass Publishers, 1987.

Lewin, K. *Field Theory in Social Science: Selected Theoretical Papers*. Edited by Dorwin Cartwright. New York: Harper & Row, 1951.

Magretta, Joan. *What Management Is: How It Works and Why It's Everyone's Business*. New York: Free Press, 2002.

Management Sciences for Health. "Managers Who Lead Effectively: Internal Report on the Management & Leadership Project's Leadership Inquiry." Cambridge, MA: Management Sciences for Health, 2000.

———. *Managers Who Lead: A Handbook for Improving Health Services*. Cambridge, MA: Management Sciences for Health, 2005. [www.msh.org/resource-center/managers-who-lead.cfm](http://www.msh.org/resource-center/managers-who-lead.cfm) (consulté le 23 avril 2014).

Mansour, Morsi, Joan Bragar Mansour, and Abdo Hasan El Swesy. "Scaling Up Proven Public Health Interventions through a Locally Owned and Sustained Leadership Development Programme in Rural Upper Egypt." *Human Resources for Health* vol. 8, no. 1, 2010, <http://www.human-resources-health.com/content/pdf/1478-4491-8-1.pdf> (consulté le 17 fev. 2010).

Raelin, Joseph A., and David Coghlan. "Developing Managers as Learners and Researchers: Using Action Learning and Action Research." *Journal of Management Education* vol. 30 (2006): 670–89.

Reina, Dennis, and Michelle L. Reina. *Trust and Betrayal in the Workplace—Building Effective Relationships in Your Organization*, 2nd ed. San Francisco: Berrett-Kohler, 2006.

Schein, Edgar H. "Kurt Lewin's Change Theory in the Field and in the Classroom: Notes Toward a Model of Managed Learning." *Systems Practice*. <http://link.springer.com/article/10.1007%2FBF02173417> (consulté le 4 décembre 2009).

Senge, Peter M. *The Fifth Discipline: The Art and Practice of the Learning Organization*. New York: Doubleday Currency, 1990.

Srivastva, Suresh, and David L. Cooperrider. *Positive Image, Positive Action: The Affirming Basis of Organizing: Appreciative Management and Leadership*. Euclid, OH: Williams Custom Publishing, 1999.

Stringer, Robert. *Leadership and Organizational Climate*. Upper Saddle River, NJ: Pearson Education, Inc., 2002.

## ANNEXE A. Diagnostiquer les causes fondamentales – Diagramme en arête de poisson et Technique des cinq pourquoi

---

### DIAGRAMME EN ARÊTE DE POISSON

Après avoir utilisé le Modèle du défi pour déceler les obstacles qui vous empêchent d'obtenir le résultat escompté, vous pouvez utiliser ce diagramme pour identifier les causes fondamentales de ces obstacles.

Continuez à travailler avec votre équipe afin de pouvoir travailler à partir des connaissances et des perspectives connues de tous, ce qui augmentera la qualité de votre analyse. Si vous le pouvez, dessinez le diagramme en arête de poisson indiqué dans la [figure A-1](#) sur un tableau à feuilles mobiles ou un tableau noir afin que chacun puisse s'en imprégner et en débattre ensemble.

**Étape 1 :** décrire un obstacle défini dans votre Modèle du défi dans l'encadré situé à l'extrême droite du diagramme en arête de poisson.

**Étape 2 :** réfléchir collectivement aux éventuelles raisons de l'écart que cet obstacle crée entre la situation actuelle et le résultat escompté. Argumenter sur chacun des facteurs principaux (individus, politiques, processus et procédures, environnement) et en quoi ils contribuent à cet obstacle.

- Les individus : connaissances, compétences, motivation et soutien
- Les politiques : règles et réglementations que vous avez la capacité d'influencer
- Les processus et les procédures : critères, équipement
- L'environnement : ministère de la Santé, communauté, autres parties prenantes

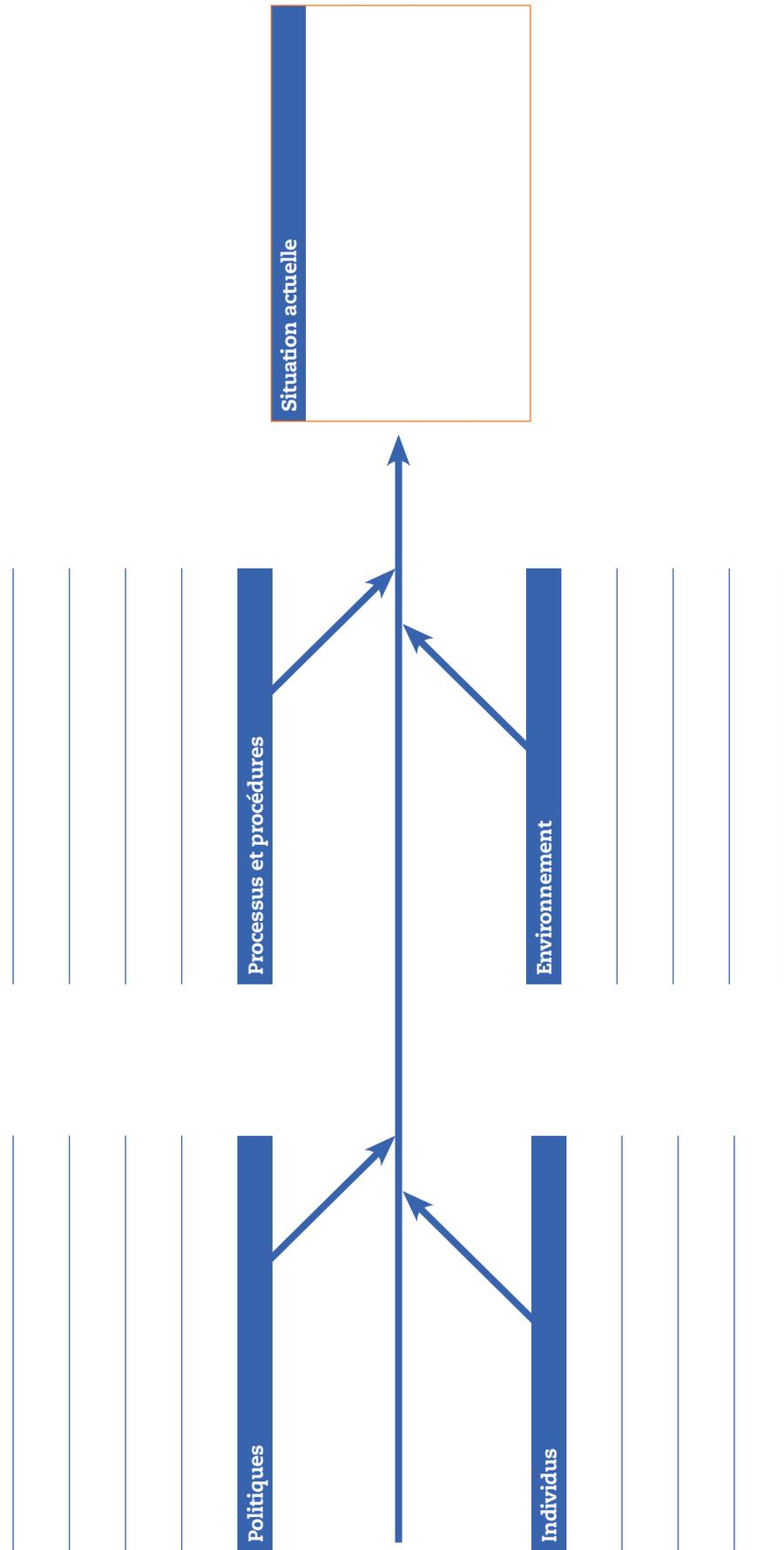
L'utilisation de ces quatre catégories vous aidera à organiser vos idées. En groupe, étudiez les causes possibles de l'écart de rendement et classez-les par catégorie. Vous pouvez sélectionner d'autres catégories si ces quatre-là ne s'appliquent pas à votre situation.

**Étape 3 :** consigner les causes probables sur le diagramme en les groupant par catégorie. Les catégories sont reliées à l'épine dorsale du diagramme.

**Étape 4 :** identifier les causes majeures du problème. Effectuer cet exercice de manière approfondie pour comprendre les facteurs responsables de la situation actuelle et qui vous empêchent d'atteindre le résultat escompté. Utiliser la [Technique des cinq pourquoi](#) (voir page suivante) pour vous y aider.

En débattre et sélectionner ces causes qui, une fois élucidées, vous permettront d'accomplir l'essentiel du chemin pour aboutir au résultat souhaité. Déterminer ces causes.

FIGUREA-1. Le diagramme en arête de poisson

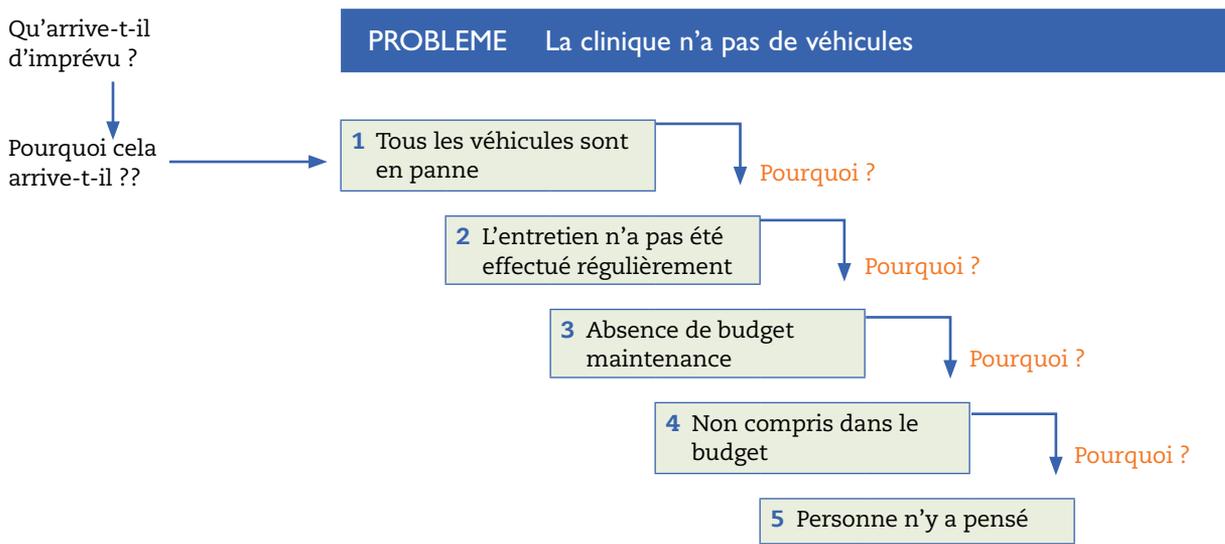


## LA TECHNIQUE DES CINQ POURQUOI

L'exercice des cinq pourquoi est une technique de questionnement élaborée par Imai Masaaki et rendue populaire dans le cadre du Système de production de Toyota dans les années 1970. Il contribuera à ce que votre équipe s'interroge au-delà des symptômes apparents et identifie les causes fondamentales ou primaires d'un problème. Demander « pourquoi » cinq fois évite de confondre les symptômes et les causes et dévoile plus précisément comment ce problème est survenu.

Lorsque vous travaillez avec un diagramme cause-et-effet et avez identifié une cause probable, demandez-vous « Pourquoi cette réalité ? » ou « Pourquoi cela arrive-t-il ? ». À chaque question, reformulez ce « pourquoi ». Continuez à vous demander « pourquoi » au moins cinq fois jusqu'à ce que la réponse soit : « C'est ainsi, ou c'est arrivé et c'est tout. ». Vous pourrez ensuite travailler sur l'élucidation des facteurs sous-jacents qui sont à la racine du problème.

FIGURE A-2. Exemple de technique des cinq pourquoi



# Gouvernance des systèmes et des organisations de santé

*Mahesh Shukla  
Lourdes de la Peza  
Karen Johnson Lassner*

1. Obtenir des résultats en renforçant les systèmes de santé

2. Leadership et management : les compétences essentielles pour renforcer les systèmes de santé

3. Gouvernance des systèmes et des organisations de santé

4. Intégration de l'égalité des sexes dans les systèmes sanitaires

5. Planification du travail et utilisation effective du plan

6. La gestion des ressources humaines

7. Gestion des finances et des systèmes connexes

8. Gestion des médicaments et des produits de santé

9. Gestion de l'information : suivi et évaluation

10. Gestion de la prestation de services de santé

Ce chapitre se propose d'appuyer le travail important des dirigeants des prestataires de services de santé. Bien que les principes et pratiques décrits dans le présent chapitre s'appliquent à diverses du secteur de la santé d'un pays, notamment les organisations d'assurance médicale et d'approvisionnement pharmaceutique et biomédical, ce sont surtout les organisations de fourniture de soins de santé ou de plaidoyer en faveur de meilleurs soins de santé et d'une amélioration de la santé dont il est question dans le présent chapitre.

Les organes directeurs peuvent s'en inspirer pour améliorer leurs performances et leurs processus décisionnels. Il traite des fonctions et rôles fondamentaux des organes directeurs des prestataires de services de santé (leurs activités) et explique comment ils peuvent mieux remplir leurs rôles et s'acquitter de leurs obligations par la maîtrise de quatre pratiques essentielles en matière de gouvernance.

Ce chapitre comprend quatre sections principales. La première présente les quatre pratiques essentielles de la bonne gouvernance dans les secteurs de la santé et des institutions sanitaires. Les deuxième, troisième et quatrième sections expliquent l'application des quatre pratiques, respectivement au sein des organismes publics, des organes multisectoriels et des organisations non gouvernementales (ONG) ou des organisations de la société civile (OSC).

Même si la gouvernance sanitaire a lieu également au niveau transnational (par exemple à l'Organisation mondiale de la santé, à l'Organisation mondiale du commerce et à la Banque mondiale), ce chapitre s'intéresse davantage aux organisations multisectoriels, publics et sans but lucratif consacrés à la planification, à la coordination et à la prestation de services de santé pour faire face aux maladies transmissibles

et non transmissibles. Le chapitre traite également de la gouvernance au sein d'un ministère de la santé, de la gouvernance sanitaire au niveau provincial et de district et de la gouvernance de la santé communautaire.

## Introduction

---

La gouvernance relative à la santé est un processus dans lequel un groupe de dirigeants internationaux, nationaux, infranationaux ou communautaires créent (par le biais de politiques, de réglementations et d'activités de suivi stratégique) les conditions nécessaires à la mobilisation et au déploiement des maigres ressources pour protéger, promouvoir ou rétablir la santé des populations. Les quatre principales pratiques en matière de bonne gouvernance consistent à :

1. cultiver la responsabilité
2. mobiliser les parties prenantes
3. définir l'orientation stratégique
4. gérer judicieusement les ressources

Les personnes en charge de la gestion des prestataires de services de santé devront davantage interagir, travailler et nouer des partenariats avec les organes directeurs. Leur action et leurs performances en tant que responsables de santé doivent être améliorées par un partenariat productif avec l'organe directeur pour ne pas courir le risque, en l'absence d'une relation productive, de se heurter à des frustrations et à des contraintes préjudiciables au succès de leurs organisations et à leur carrière.

Il importe de bien comprendre le rôle fondamental d'un organe directeur. C'est la partie responsable de l'élaboration des politiques et stratégies et de la mobilisation des ressources en vue de la réalisation de la mission de l'organisation. En plus du contrôle de la gestion, le rôle fondamental de l'organe directeur est de défendre et d'être conscient de la mission de l'organisation (la raison d'être de l'organisation), mais également de veiller à ce que cette mission contribue de manière optimale à répondre aux besoins de la population que l'organisation est censée servir. Les obligations de diligence, de loyauté et d'obéissance constituent les responsabilités juridiques de l'organe directeur ; elles décrivent la manière dont l'organe directeur exerce le rôle central de suivi stratégique de la mission de l'organisation.

**L'obligation de diligence** renvoie à la responsabilité de l'organe directeur de recueillir et d'examiner toutes les informations disponibles et pertinentes avant d'agir. Les membres de l'organe directeur doivent agir de bonne foi, comme le ferait une personne normalement prudente dans des circonstances similaires et d'une manière qui, selon eux, va dans l'intérêt de l'organisation.

**L'obligation de loyauté** suppose que l'organe directeur et ses membres s'acquittent de leurs fonctions avec franchise et exclusivement dans l'intérêt de l'organisation de prestation des services de santé. C'est dans cette obligation de loyauté que s'inscrit le devoir de divulguer les situations susceptibles de présenter un conflit entre eux-mêmes et la mission de l'organisation, ainsi que l'obligation d'éviter la concurrence avec l'organisation.

**Le devoir d'obéissance** exige de l'organe directeur de veiller à ce que les décisions et les activités de l'organisation se conforment à sa mission et à son objet fondamentaux, généralement exposés dans les documents initiaux d'enregistrement ou de création de l'organisation.

Pour s'acquitter convenablement des trois obligations ci-dessus, l'organe directeur travaille de concert avec ses responsables et son personnel pour accomplir la mission de l'organisation en élaborant des politiques spécifiques dans six domaines clés : (1) performances en matière de qualité, (2) performances financières, (3) performances en matière de planification, (4) performance en matière de gestion, (5) efficacité de la gouvernance et (6) relations avec les parties prenantes et plaider auprès de celles-ci. L'organe directeur applique ces politiques en collaborant avec les agents et cadres sanitaires pour adopter des objectifs de résultats spécifiques qui mesurent les performances globales de l'organisation au regard de chaque politique.

## Pourquoi la bonne gouvernance ?

---

La bonne gouvernance est devenue un facteur essentiel dans les efforts de renforcement des systèmes de santé et son impact sur la santé est aujourd'hui plus décisif. Elle permet une utilisation efficace des médicaments, des informations, des ressources humaines et financières pour de meilleurs services et résultats de santé. En revanche, la mauvaise gouvernance met en péril le dynamisme d'un système de santé et le rend moins efficace, moins efficient, moins équitable, moins fiable et moins réactif aux personnes qu'il est censé servir.

Un éventail de faits démontre aujourd'hui l'efficacité de la gouvernance sur les résultats de santé. À titre d'exemple, une étude menée par Björkman et Svensson (2009) dans 50 communautés rurales en Ouganda a révélé que le contrôle communautaire des prestataires des soins de santé a amélioré les résultats sanitaires ; les communautés dotées un tel mécanisme de contrôle ont constaté une augmentation sensible du poids des nouveau-nés et ont enregistré pas moins de 33 % de réduction du taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans. Les membres de la communauté se sont mobilisés pour surveiller l'action des dispensaires publics et ont exigé des prestataires de soins de santé qu'ils rendent compte de leurs activités.

Dans leur étude portant sur 46 pays africains, Olafsdottir et al. (2011) ont découvert que la bonne gouvernance était inversement liée au taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans après le contrôle des soins de santé, des ressources financières, de l'éducation, de l'eau et de l'assainissement. D'autre part, d'après de nombreuses études, une mauvaise gouvernance, particulièrement dans le domaine de la santé, avait une incidence négative sur les résultats (Gupta et al. 2009 ; Azfar et al. 2001 ; Delavallade 2006 ; Lindelöw, Serneels et Lemma 2006 ; Rajkumar et Swaroop 2008). La mauvaise gouvernance fait le lit de la corruption ; Hanf et al. (2011) concluent que les décès de plus de 140 000 enfants par an pourraient être indirectement imputables à la corruption.

En outre, la bonne gouvernance permet d'apporter un certain changement institutionnel en faveur de l'appropriation nationale des programmes de santé mis en œuvre par le biais de l'aide internationale.

## Qu'est-ce qui rend la gouvernance « bonne » ?

---

La bonne gouvernance fait intervenir de multiples acteurs, ressources et intérêts pour la promotion d'actions **collectives et responsables tournées vers la réalisation d'objectifs convenus**. Pourquoi « des actions collectives » ? Parce que les défis sont trop importants et la relation entre les apports et les résultats trop complexes pour qu'un acteur y arrive seul. Pourquoi « des actions responsables » ? Parce que nous vivons dans un monde aux ressources limitées (qu'il s'agisse de l'argent, des médicaments, de l'énergie humaine ou de l'attention)

qui, si elles ne sont pas utilisées à bon escient, risquent d'être gaspillées ou accaparées par une poignée de privilégiés au détriment du plus grand nombre et des besoins prioritaires. Pourquoi « des objectifs convenus » ? Parce que nous devons reconnaître que les perceptions, les besoins et les expériences sont très diverses, et nous ne pouvons avancer ensemble que si nous sommes tous d'accord sur la destination finale. En l'absence d'objectifs partagés, l'on s'expose au mieux à l'apathie et, au pire, au sabotage.

Pour mieux comprendre la gouvernance en faveur de la santé telle qu'elle est pratiquée dans le monde et ce qui la rend « bonne », nous avons mené une enquête auprès d'au moins 500 personnes occupant des fonctions de cadres, de gouvernance ou encore des postes de direction dans les secteurs de la santé et des formations sanitaires de 80 pays (rapport de synthèse disponible [ici](#)). Leurs réponses nous ont permis de comprendre la gouvernance et ce qui la rend bonne dans le contexte de la santé.

La gouvernance est un processus collectif de prise de décisions dans les organisations, les systèmes de santé ou le secteur de la santé. Elle consiste à (1) définir l'orientation et les objectifs stratégiques ; (2) élaborer des politiques, des lois, des règles, des règlements ou des décisions, mobiliser et déployer des ressources pour atteindre les buts et objectifs stratégiques ; et (3) superviser et s'assurer que les buts et objectifs stratégiques sont atteints. La gouvernance favorise un environnement dans lequel l'on peut prendre des mesures légitimes pour satisfaire les besoins des parties prenantes.

La gouvernance s'avère efficace lorsque les objectifs stratégiques sont correctement et efficacement remplis, mais elle ne s'arrête pas là. La gouvernance est bonne lorsque (1) les décisions sont basées sur des informations, des faits et des valeurs communes ; (2) le processus est transparent, inclusif et adapté aux besoins de la population, du ministère ou de l'organisation qu'elle est censée servir ; (3) les décideurs et les exécutants sont tenus de rendre compte ; (4) les objectifs stratégiques sont réalisés de manière efficace, efficiente, éthique et équitable ; et (5) le dynamisme du ministère ou de l'organisation ne faiblit pas.

#### ENCADRÉ I. Une vision de la bonne gouvernance dans le cadre de la santé

Un secteur de la santé, un système de santé ou une organisation de santé bien géré doit en principe revêtir les caractéristiques suivantes :

- Ouverture et transparence
- Responsabilité
- Inclusion et participation
- Équité
- Programmes et politiques tenant compte de la dimension hommes-femmes
- Collaboration intersectorielle
- Leadership et pratiques de gestion efficaces
- Intégrité éthique et morale
- Recherche d'efficacité et de viabilité
- Mesure et publication de rapports sur les performances
- Utilisation d'informations, de données probantes et de technologies dans la prise de décisions

Les réponses obtenues de ces plus de 500 responsables de santé nous ont également menés à ces quatre pratiques qui font la bonne gouvernance : (1) cultiver la responsabilité, (2) engager les parties prenantes, (3) définir l'orientation stratégique et (4) gérer judicieusement les ressources. Lorsque toutes ces pratiques sont mises en œuvre dans un système de santé, ce dernier devient plus efficace, et la protection, la promotion et la restauration de la santé s'en

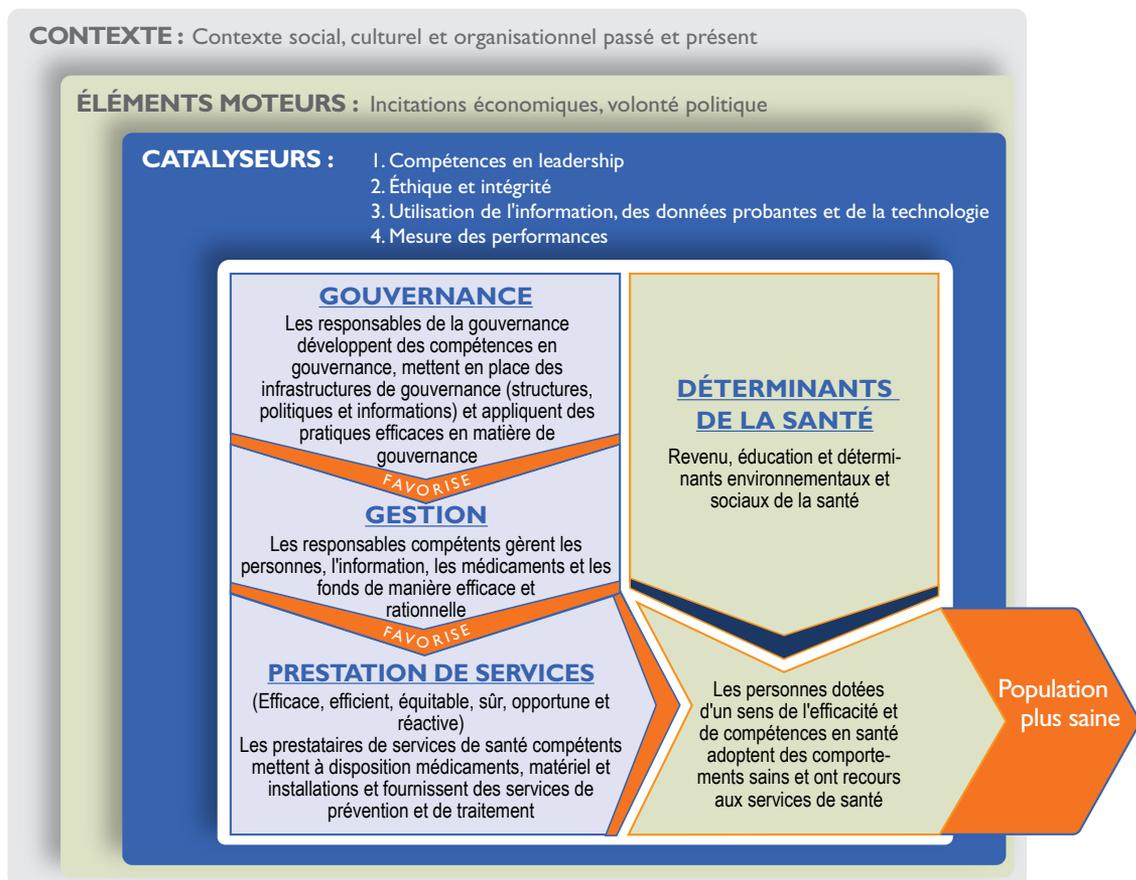
trouvent renforcées. Nous aborderons dans les sections suivantes la façon dont vous pouvez appliquer ces pratiques dans votre organisation.

**Lien entre leadership, gestion et gouvernance.** Le leadership, la gestion et la gouvernance sont interdépendants, se recoupent et se renforcent mutuellement. Ils fonctionnent en parfaite symbiose pour produire les résultats escomptés, le leadership efficace étant une condition préalable à la bonne gouvernance et la gestion efficace un appui fondamental à la bonne gouvernance. La bonne gouvernance apporte à la gestion but, ressources et responsabilité.

Dans un système de santé, on compte des dirigeants à tous les niveaux : ceux qui gouvernent (responsables de la gouvernance), ceux qui gèrent (cadres supérieurs, médecins-chefs, chefs d'équipes d'agents de santé, etc.). Sans un bon leadership, on ne saurait aboutir à une bonne gestion ou à une bonne gouvernance. Examinons de plus près le modèle et les pratiques de bonne gouvernance.

**Modèle conceptuel de la gouvernance des systèmes de santé.** Comme vous le remarquez dans le modèle (Figure 1), la gouvernance est une responsabilité collective commune par ceux qui gouvernent, les cadres supérieurs, les fournisseurs de services et relais des populations et les bénéficiaires des prestations. Chaque groupe joue un rôle pour rendre la gouvernance efficace et lui permettre d'atteindre ses objectifs stratégiques. À tous les échelons d'un système de santé (national, provincial, district, institution ou établissement sanitaire et communauté), les quatre pratiques sont applicables pour renforcer la gouvernance.

FIGURE 1. Modèle conceptuel de gouvernance des systèmes de santé



Les êtres humains sont au cœur de ce modèle. Il s'agit des responsables qui gouvernent et gèrent les systèmes de santé, le secteur de la santé et d'autres secteurs qui ont un impact sur la santé. Ce sont aussi les professionnels de soins de santé (médecins, infirmiers et autres cliniciens et agents de santé fournisseurs de services de santé publique au sein de la communauté). Enfin, ils englobent les communautés et les familles qui utilisent les systèmes de santé, mettent en avant leur propre santé et exigent des services de qualité. Les responsables de la gouvernance s'acquittent de leur fonction en étroite collaboration avec les responsables de la santé, les professionnels de la santé, les agents de santé, les dirigeants communautaires et les patients, ainsi que d'autres responsables de la gouvernance dans d'autres secteurs. Ils facilitent le travail des supérieurs qui, à leur tour, facilitent celui des cliniciens et des agents de santé.

**Une question de changement dans la façon de gouverner.** Dans le Chapitre 2, nous avons abordé les changements dans la façon de diriger (changements d'attitude et de comportement susceptibles d'être adoptés par les dirigeants pour être plus efficaces). De même, nous constatons une série de changements dans la gouvernance que les responsables de la gouvernance doivent opérer pour mieux exercer leur fonction. Examinez ceux du [Tableau 1](#) : dans quelle mesure ces changements ont-ils cours dans votre organisation ?

TABLEAU 1. L'évolution de la gouvernance

DE	A
Processus de gouvernance du XXe siècle basés sur la main-d'œuvre	Processus de gouvernance du XXIe siècle facilités par la technologie
Gouvernance routinière	Recherche d'efficacité et de viabilité dans les systèmes de santé
Gouvernance basée sur les contributions	Gouvernance axée sur les résultats, c'est-à-dire culture de la mesure et de la publication des résultats
Processus décisionnels arbitraires	Processus décisionnels transparents
Gouvernance intuitive et basée sur les opinions	Gouvernance basée sur des données probantes
Prise de décision autoritaire	Implication des parties prenantes dans la prise de décision relative à la gouvernance
Planification stratégique basée sur les besoins des managers	Planification stratégique basée sur les besoins des parties prenantes
Nominations aux postes d'administration en fonction des relations personnelles	Nominations aux postes d'administration en fonction des compétences
Processus de gouvernance statique	Amélioration continue de la gouvernance
Gouvernance dominée par les hommes	Femmes occupant des postes de gouvernance
Ministère de la santé fonctionnant en vase clos	Gouvernance pansociale et pangouvernementale
Contrôle central du ministère de la Santé	Organes directeurs décentralisés de province et de district

## Cultiver la responsabilité

*La responsabilité est l'obligation d'une entité publique ou d'une organisation à but non lucratif de répondre à une autorité supérieure (confiance populaire) qui est la source ultime de son mandat ou de son autorité.*

Kevin Kearns, cité dans Kurtz 1995

La responsabilité comporte plusieurs dimensions. Nous allons en examiner certaines de plus près.

**Partager les informations.** Le partage d'informations est essentiel pour instaurer la transparence et la responsabilité. Voici quelques façons d'y arriver. Cette liste permet d'évaluer à quel point vous partagez des informations.

- Créer des mécanismes de partage d'informations et mettre rapports, plans et budgets, états financiers et données de performance à la disposition de ceux qui en ont besoin pour participer pleinement à la prise de décision relative à la gouvernance.
- Partager avec les parties prenantes les informations sur la stratégie, les objectifs, les normes et les performances.
- Permettre aux personnes concernées par les décisions, les échanges ou l'action de votre organisation d'accéder aux informations.
- Présenter les informations dans un format facile à comprendre.
- Utiliser les technologies adaptées à l'information et à la communication pour diffuser l'information à des publics divers.
- Mettre en place des mécanismes officiels de consultation à travers lesquels les circonscriptions pourront exprimer leurs préoccupations ou donner leur avis.

**Renforcer sa responsabilité individuelle.** En tant que membres des organes directeurs ou responsables de la gouvernance, vous êtes dépositaires des ressources visant à servir le bien commun. La confiance de vos parties prenantes est un précieux atout : difficile à obtenir et facile à perdre. Voici quelques façons de maintenir leur confiance et d'établir votre propre responsabilité. Utilisez cette liste pour évaluer dans quelle mesure vous y parvenez déjà.

- Écouter, dans un esprit ouvert, les points de vue des parties prenantes, quel que soit son propre agenda.
- Parler ouvertement et franchement.
- Faire des promesses légitimes et réalisables. Tenez vos promesses et exigez des autres qu'ils tiennent les leurs, indépendamment de leur rang et statut.
- Répondre sincèrement aux questions.
- Accepter avec humilité les commentaires constructifs sur ses actions et décisions.
- S'abstenir de trouver des excuses et de blâmer les autres pour les erreurs.
- Admettre ses erreurs et prendre des mesures rapides pour y remédier.
- Expliquer son processus décisionnel et les raisons qui sous-tendent ses décisions. Appropriiez-vous vos décisions. Acceptez la responsabilité de l'orientation future et des performances actuelles de votre organisation.
- Fournir des explications sur les mauvaises performances de son organisation et exposer les solutions pour y remédier.

### Renforcer la responsabilité interne, c'est à dire au sein de son organisation.

La transparence interne fidélise davantage les employés et renforce leur collaboration. Voici quelques façons d'instaurer la transparence et la responsabilité internes. Utilisez cette liste pour évaluer vos performances sur cet aspect.

- Garantir la libre circulation de l'information en interne au sein de l'organisation afin que les responsables et les employés disposent des informations nécessaires pour prendre des décisions. S'assurer qu'ils disposent de ressources suffisantes pour réussir.
- Créer un environnement dans lequel la responsabilisation de ses actions est récompensée et non crainte.
- Encourager les responsables à ne pas craindre l'échec.
- Encourager la prise de risque calculée par la reconnaissance de l'effort et du courage, même lorsque les résultats escomptés ne sont pas atteints.
- Donner au personnel des directives claires concernant les objectifs et les tâches dont ils devront se responsabiliser sans s'immiscer dans les détails du processus employé pour les atteindre.
- Indiquer les résultats attendus et les commentaires de façon opportune, claire et précise.
- Veiller à ce que les performances, y compris ses propres performances en termes de gouvernance, soient mesurées dans l'organisation.
- Améliorer les performances par l'instauration de sanctions automatiques en cas de non performance ou de résultats médiocres et de récompenses en cas d'excellence, indépendamment de la fonction, du sexe ou du statut.
- Encourager le personnel à partager ses succès et ses difficultés.

**Renforcer la responsabilité externe de l'organisation.** La responsabilité externe s'avère difficile à mettre en place sans transparence et responsabilités internes. Pour instaurer la responsabilité externe, les responsables de la gouvernance doivent :

- faire clairement comprendre aux parties prenantes la conduite qu'elles doivent attendre des responsables de la gouvernance, de la direction et du personnel ainsi que les critères d'évaluation juste de leurs performances ;
- mettre en place des mécanismes pour vérifier que les responsables de la gouvernance, la direction et le personnel ont satisfait aux normes, aux buts et aux objectifs fixés, par ex. un bureau de médiation et un bureau d'un inspecteur général ;
- mettre en place un processus dans lequel les responsables de la gouvernance, la direction et le personnel sont tenus de défendre leurs actions, de faire face aux questions et de s'expliquer devant le public et les parties prenantes (le Forum de Partenariat du Fonds mondial en est un exemple) ;
- mettre en place un processus dans lequel les personnes investies d'une responsabilité sont tenues, d'une manière ou d'une autre, de s'expliquer sur leurs performances en deçà des attentes ou, au contraire, sont récompensées pour avoir atteint, voire dépassé, ces attentes.

**Responsabilité sociale.** La responsabilité sociale fait référence à un éventail d'actions et de mécanismes que les citoyens, les communautés, les médias indépendants et les organisations de la société civile peuvent utiliser pour demander des comptes aux fonctionnaires. Ces mécanismes contribuent à une meilleure prestation des services de santé et à l'autonomisation. Nous indiquons ci-dessous quelques moyens d'accroître la responsabilité

## Utilisation de la technologie pour renforcer la transparence et la responsabilité— Cas du Kenya, de la Tanzanie et de l'Ouganda

Les téléphones mobiles et les technologies de l'information et de la communication modernes permettent de cultiver la responsabilité. Les téléphones mobiles peuvent faciliter la responsabilité publique conduite par les citoyens, par exemple grâce à des applications SMS qui génèrent des données générales fréquentes sur l'assiduité des agents de santé, le temps d'attente dans les centres de santé, la disponibilité des médicaments et des vaccins, les ruptures de stocks de médicaments, la fonctionnalité de l'équipements, etc.

Twaweza (« nous pouvons le réaliser » en swahili) est une initiative décennale orientée vers le citoyen pour une responsabilité publique au Kenya, en Tanzanie et en Ouganda. Elle vise à favoriser les conditions et à élargir les possibilités permettant à des millions de personnes de s'informer et de rendre le changement possible dans leurs propres communautés directement et en obligeant le gouvernement à rendre des comptes.

L'initiative pilote CU@school appuyée par Twaweza en Ouganda a eu recours aux téléphones mobiles dotés de l'application GPRS openXdata, pour générer des rapports hebdomadaires sur l'assiduité des enseignants et des élèves dans 100 écoles primaires. L'idée était d'utiliser des données en temps réel pour une meilleure administration de l'école par les collectivités locales, de renforcer la transparence et la responsabilité publique et de réduire l'absentéisme des enseignants et des élèves. Les résultats ont été mitigés. Même si la technologie a bien fonctionné et s'est révélée extrêmement économique, et malgré le respect du calendrier de reporting par les écoles à un niveau plutôt satisfaisant, les informations n'ont pas été bien utilisées par les collectivités locales. Les programmes et discussions à la radio locale ont permis une certaine sensibilisation de la population sur la question, mais la pression sur le système a été plutôt faible.

L'absentéisme des agents de santé est aussi un problème, et les téléphones portables peuvent également servir à améliorer la transparence et la responsabilité. Le principal enseignement à tirer des expériences ci-dessus et d'autres expériences pilotes dans la conception de solutions basées sur les technologies de l'information et de la communication est de partir des utilisateurs et de leur contexte et non de la technologie.

Cliquez [ici](#) pour en savoir plus sur Twaweza et [ici](#) pour consulter un exemple de déclarations de rupture de stocks en Afrique du Sud à l'aide d'une application iPhone ou Android en envoyant un courriel ou en remplissant un formulaire sur un site Internet.

sociale. Utilisez cette liste pour évaluer dans quelle mesure vous effectuez les actions suivantes.

- Impliquer les parties prenantes dans la budgétisation (cliquez [ici](#) et [ici](#) pour des exemples) et le suivi des dépenses publiques (cliquez [ici](#) pour un exemple).
- Utiliser les fiches d'appréciation des citoyens et les fiches de notation de la communauté (cliquez [ici](#) pour des exemples).
- Faciliter les audits sociaux (cliquez [ici](#) et [ici](#) pour en savoir plus sur les audits sociaux).
- Conduire des auditions publiques (cliquez [ici](#) pour savoir comment mener une audition publique).
- Utiliser la radio communautaire pour discuter des initiatives, des succès et des défis de la communauté, mais également pour instaurer la responsabilité et la transparence (cliquez [ici](#) pour des exemples).
- Utiliser les données générées à l'aide des technologies de communication modernes pour renforcer l'obligation de rendre compte des performances. (voir les exemples de pays suivants et cliquez [ici](#) aussi pour voir d'autres exemples).
- Utiliser la technologie pour l'échange de connaissances et le renforcement des capacités (cliquez [ici](#) pour des exemples).

## Mobilisez les parties prenantes

*L'argumentaire en faveur du leadership et de la mobilisation est convaincant : les organisations qui comptent en leur sein des professionnels de santé mobilisés présentent de nombreux avantages, à savoir une meilleure prise en charge des patients, moins d'erreurs, moins d'infection et de mortalité, une gestion financière plus rigoureuse, un personnel plus motivé et plus solide moralement et moins d'absentéisme et de stress. L'implication du patient peut aboutir à des soins plus appropriés et à de meilleurs résultats.*

Le Fonds du Roi, (*The King's Fund*),

*Leadership et mobilisation pour l'amélioration du système national de santé, p. vi*

Les parties prenantes d'un système de santé sont des groupes ou des particuliers soucieux de la bonne marche du système de santé et susceptibles d'affecter ou de subir ses activités. Les principales parties prenantes d'un système de santé classique sont les communautés, les usagers des services de santé, les prestataires de services de santé et autres agents de santé, les responsables de santé et les responsables de la gouvernance du système de santé. Les autres parties prenantes comprennent les représentants du gouvernement (local, régional, et national), les autorités publiques élues, les membres d'organisations de la société civile, les associations professionnelles et les médias.

Il existe cinq manières de faire participer les parties prenantes au système de santé, selon le degré de partage du pouvoir de décision que vous jugez optimal dans une situation donnée.

1. **Informé** (tenir les parties prenantes informées des décisions, des objectifs et des activités actuels et les sensibiliser sur les politiques de votre organisation).
2. **Consulter** (écouter les préoccupations des parties prenantes et fournir des commentaires).
3. **Impliquer** (coordonner avec les parties prenantes pour s'assurer que leurs préoccupations sont directement prises en compte dans vos décisions).
4. **Collaborer** (travailler avec les parties prenantes pour formuler les définitions des problèmes et des solutions).
5. **Autonomiser** (remettre le processus décisionnel entre les mains des populations).

Un processus de mobilisation des parties prenantes bien structuré nécessite du temps et de l'argent. Les responsables de la gouvernance doivent tenir compte de ces coûts et planifier en conséquence, en fonction des ressources disponibles.

### CONSTRUIRE DES RELATIONS À LARGE ASSISE

Pour mobiliser les parties prenantes, il est important de créer des coalitions et des réseaux à tous les échelons du gouvernement et de la société civile et avec différents secteurs. Dans de nombreux secteurs, outre celui de la santé, les actions peuvent influencer les déterminants de la santé et, en fin de compte, les résultats de celle-ci.

- Établir des partenariats avec les ministères acteurs de l'amélioration de la santé de la population (par ex., développement social, travaux publics, environnement, éducation, agriculture, commerce, travail et emploi).
- Établir des alliances pour une action conjointe avec d'autres groupes ou réseaux présents dans les circonscriptions avec lesquelles l'on n'entretient actuellement aucune relation.
- Travailler avec des organisations privées à but lucratif et avec la société civile.
- Travailler avec des acteurs de différents niveaux (local, régional, national et international).

Que faut-il pour réunir les acteurs clés, adopter une approche collaborative pour résoudre une question et ensuite adopter un processus de collaboration à intérêts multiples ?

- **Être visible.** 80 % des succès dans la vie reposent sur la visibilité et la participation. Participez à des forums et à des événements qui réunissent les principaux acteurs susceptibles d'influencer les politiques et pratiques en matière de santé. Prononcez des discours, exposez des faits et soulignez les avantages d'une bonne santé pour tous. Utilisez un langage auquel le public peut s'identifier.
- **Nouer des relations.** Cherchez des opportunités de faire émerger des défenseurs de la santé dans les différentes sphères du gouvernement et de la vie publique.
- **Investir dans les relations.** Le temps consacré à la création et à la gestion des relations avec les personnes d'influence est du temps bien utilisé.
- **Identifier vos principales parties prenantes.** Qui sont ceux qui font et défont les accords ? Identifiez les centres de pouvoir et entretenez de bonnes relations par la visibilité, le partage d'informations et la recherche d'intérêts communs.
- **Analyser les situations sous l'angle des possibilités et non des problèmes et obstacles.** Soulignez ce qui est possible plutôt que ce qui va mal ; recherchez des scénarios gagnant-gagnant.
- **Rechercher de nouvelles perspectives.** Cherchez à écouter les laissés-pour-compte : les sans-voix, les sans-pouvoirs et les opposants. Les sans-voix et les sans-pouvoirs peuvent vous faire découvrir de nouveaux éléments d'analyse auxquels vous n'aviez pas pensé.
- **Créer et entretenir un espace sûr pour le partage d'idées.** Une participation sincère dans divers groupes de parties prenantes est possible lorsque chacun pense pouvoir partager ses idées sans crainte.
- **Établir un mécanisme indépendant de règlement des conflits.** Soyez prêt à faire face aux intérêts divergents et aux conflits potentiels entre diverses parties prenantes en adoptant une approche impartiale acceptable par tous.
- **Ne pas éluder les questions difficiles.** Affrontez les questions difficiles de façon rapide et courageuse pour éviter qu'elles ne s'aggravent.
- **Renforcer les capacités de la société civile.** Aidez la société civile à collaborer efficacement avec son organisation.
- **Solliciter des contributions considérables des parties prenantes.** Organisez des réunions ouvertes, menez des enquêtes, tenez des forums pour recueillir les commentaires du grand public et organisez des ateliers publics. Mettez en place des comités consultatifs citoyens.
- **Valoriser le retour d'information.** Suscitez des commentaires et répondez-y rapidement dans le plus grand respect.

### MOBILISER ET SOUTENIR LES GROUPES CLÉS AU SEIN DES SERVICES DE SANTÉ

**Mobiliser le personnel et les agents de santé.** Le personnel et les agents de santé se sentent concernés lorsque dans leur emploi, ils s'acquittent de tâches claires et censées, bénéficient d'une certaine autonomie, sont impliqués dans la prise de décision et reçoivent le soutien de leurs supérieurs hiérarchiques. Un personnel impliqué se sent valorisé, respecté et soutenu. Il se dévoue corps et âme à son travail et tire une grande fierté de ce qu'il fait.

**Mobiliser médecins et cliniciens.** Vous pouvez renforcer la participation des médecins et des cliniciens de plusieurs manières : découvrir ensemble un but commun, par exemple

l'amélioration des résultats et de l'efficacité ; en faire des partenaires dans l'amélioration de la qualité ; les impliquer dès le début, apprécier leur temps ; les aider à bien s'occuper des patients ; identifier et encourager les champions parmi eux et soutenir le développement de leur carrière jusqu'au niveau des postes de direction.

**Être sensible à la question du genre dans la consultation.** Les femmes sont beaucoup plus touchées par les problèmes de santé que les hommes. Par conséquent, il est impératif que les responsables de la gouvernance soient proactifs, qu'ils incluent les voix des femmes dans la prise de décision relative à la gouvernance et leur permettent d'influer sur les décisions de gouvernance. En ne consultant que les hommes, l'on ne recueille que les données partielles de la situation. Consultez les femmes pour obtenir un tableau plus complet des risques potentiels, des impacts et des opportunités. Invitez davantage de femmes dans les espaces de discussion. Il est important de leur rendre les réunions plus accessibles et plus commodes. Procédez à une animation active pour solliciter les contributions féminines. Tenez des réunions séparées si nécessaire. Abordez les questions qui sont prioritaires pour les femmes. Ventilez vos données par sexe. Demandez conseil aux organisations féminines, aux femmes leaders et aux experts des questions liées au genre.

Lorsque vous pensez à l'équité dans le domaine de la santé, pensez aux femmes, aux jeunes et aux populations pauvres, ainsi qu'aux principaux groupes vulnérables et marginalisés, notamment les lesbiennes, les gays, les bisexuels et les transsexuels.

## Définir une orientation commune

*L'organe directeur détermine l'orientation stratégique et les politiques de l'organisation en vue de réaliser sa mission et atteindre ses objectifs. Avec le Directeur Général, il s'assure que les programmes, activités et services de l'organisation reflètent ses priorités stratégiques. Il se concentre sur la réflexion stratégique et ne s'immisce pas dans les questions liées à la gestion et aux activités quotidiennes. Il élabore les politiques et contrôle les activités de l'organisation dans tous les domaines.*

Fédération internationale pour la planification familiale  
Code de bonne gouvernance

L'orientation commune renvoie au consensus sur la « situation idéale » vers laquelle tout le monde essaie de tendre. S'il n'existe pas de consensus sur l'objectif ou le cap, il sera bien plus difficile de s'accorder sur les approches pour y arriver. Si vous savez que vous allez tous dans la même direction, il vous sera plus facile de rallier tout le monde autour du processus de planification, d'évaluer l'état de préparation et de définir la stratégie pour réaliser cette vision. Vous pourrez alors concevoir un plan d'action partagé assorti d'objectifs mesurables et fixer les responsabilités pour réaliser le plan.

Le [chapitre 2](#) du présent manuel contient davantage d'informations sur l'élaboration d'une vision commune, et les pages 182 à 188 du document [« Boîte à outil : transformer les managers en leaders »](#) présentent des exercices pour la création d'une vision partagée.

Lorsque vous définissez une orientation et travaillez à sa réalisation, vérifiez dans quelle mesure vous respectez les pratiques ci-après :

- Appliquer les connaissances et exploiter les données probantes.
- Élaborer l'orientation stratégique ou la vision de votre organisation en travaillant avec toutes vos parties prenantes.

TABLEAU 2. Processus de définition d'une orientation stratégique

DEMANDER	ANALYSER
Où sommes-nous actuellement ?	Évaluation interne et externe
Où voulons-nous aller ?	Vision Mission et principes Buts et objectifs
Comment allons-nous y arriver ?	Stratégie Plan d'action
Comment pouvons-nous mesurer nos progrès ?	Mesure des performances Contrôle et suivi Évaluation

- Communiquer la vision.
- Incarner la vision.
- Inciter tous les acteurs du système à la concrétiser.
- Définir une stratégie pour concrétiser cette vision et concevoir un plan d'action partagé assorti d'objectifs mesurables.
- Fixer les responsabilités pour réaliser le plan.
- Lever et allouer les ressources nécessaires pour la mise en œuvre du plan d'action et la concrétisation de la vision.
- Prendre les décisions idoines pour concrétiser la vision.
- Évaluer leur impact.

L'organe directeur doit également s'assurer de l'existence de systèmes de gestion solides pour réaliser la vision commune, c'est-à-dire des systèmes de gestion des services, des personnes et des autres ressources. Vous devez également vous assurer que vos responsables de santé observent en permanence des pratiques de gestion efficaces : planification, méthode de mise en œuvre du plan, mise en œuvre efficiente, efficace et adaptée des activités et suivi-évaluation des résultats.

Le [chapitre 5](#) décrit plus en détail les quatre principes de gestion clés de la planification, de l'organisation, de la mise en œuvre et du suivi-évaluation.

## Gérer judicieusement les ressources

*[Les organes directeurs qui administrent les services de santé locaux] garantissent la disponibilité de ressources suffisantes (juridiques, financières, humaines, technologiques et matérielles) pour l'offre de services de santé publique essentiels.*

National Association of Local Boards of Health

(NALBH – Association nationale des conseils de santé locaux)

*Les six fonctions de la NALBH en matière de gouvernance de la santé publique*

Un intendant est une personne chargée de gérer judicieusement les biens ou les ressources financières d'autrui en agissant à titre d'agent. La gestion judicieuse (intendance) des ressources consiste à lever, à mobiliser et à allouer des ressources, mais également à s'assurer qu'elles soient utilisées de manière efficace et éthique pour offrir des services de haute qualité, abordables, rentables, adaptés aux besoins de la population et garantir ainsi à cette dernière une meilleure santé. Les intendants performants sauvegardent et gèrent judicieusement les ressources qui leur sont confiées pour servir les populations, comme s'il s'agissait de leurs propres ressources. Ils gèrent les ressources et encouragent leur utilisation d'une manière qui permet d'optimiser la santé et le bien-être de la population. Ils recueillent, analysent et utilisent les informations et les données probantes permettant de prendre des décisions sur l'utilisation des ressources. À ce titre, ils font également appel aux technologies, en particulier les technologies d'information et de communication modernes.

Les responsables du secteur de la santé adeptes de la bonne gouvernance doivent : (1) définir l'étendue et la nature des ressources nécessaires pour la mise en œuvre des plans stratégiques de leurs organisations ; (2) lever les ressources nécessaires auprès de diverses sources ; et (3) veiller à ce que ces ressources soient judicieusement utilisées et dépensées par les responsables, les cliniciens et les agents de santé. Une gouvernance judicieuse requiert la gestion prudente des ressources limitées (humaines, technologiques, physiques et financières).

Quels sont les critères d'un bon intendant ? Vérifiez dans quelle mesure les comportements suivants sont de mise dans votre organisation.

**Intégrité éthique et morale.** Ici, la signification est double : l'une est relative à l'adoption de principes moraux et éthiques, tandis que l'autre concerne l'incarnation de ces principes par tout un chacun à travers ses actions. Voici quelques manières de faire preuve d'intégrité éthique et morale. Utilisez cette liste pour évaluer dans quelle mesure les actions suivantes sont déjà une réalité dans votre organisation.

- Mettre en place, incarner, pratiquer et faire respecter le code éthique et le code de conduite.
- Mettre en place et faire appliquer une politique obligatoire de déclaration des conflits d'intérêts.
- Éviter toute activité ou relation susceptible de créer un conflit d'intérêt réel ou perçu.
- Se poser souvent la question : « si ces ressources étaient les miennes, les utiliserais-je à cette fin ? ». Ainsi vous prendrez toujours en compte l'intérêt général.
- Être honnête et fidèle dans ses déclarations publiques. Soyez cohérent.
- Prendre des mesures pour prévenir la corruption. Renforcez les systèmes de contrôle tels que les systèmes de gestion financière et d'approvisionnement et prenez des sanctions en cas d'irrégularités.

- Appliquer les normes les plus élevées en matière d'intégrité, de vérité, d'honnêteté, de loyauté et de responsabilité personnelles dans toutes ses activités afin d'inspirer la confiance d'autrui.
- Accomplir ses tâches de façon désintéressée pour le seul bénéfice du public.
- Tenir à l'écart ses intérêts personnels ; travailler pour la santé des populations et non pour soi-même.
- Éviter les comportements susceptibles de remettre en question son intégrité.
- S'abstenir de solliciter ou d'accepter des cadeaux en échange d'un acte officiel, ou encore d'accepter des présents fréquents ou coûteux.
- S'assurer qu'aucun emploi externe n'interfère avec ses responsabilités vis-à-vis de son organisation ou de la mission de ce dernier.

**Effectuer un suivi stratégique.** Les intendants effectuent un suivi stratégique et examinent les processus pour évaluer l'impact des décisions prises par les responsables et les dirigeants. Ils sont concentrés sur la mission et se posent toujours les questions suivantes : « Sommes-nous sur la voie d'atteindre l'objectif que nous nous sommes fixé ? » « Avons-nous choisi la meilleure approche pour y arriver ? » Pensez aux questions suivantes :

- Les politiques et les décisions sont-elles suivies et mises en œuvre ? Si non, vous demandez-vous « pourquoi ? » et « ce qu'il est possible de changer » ?
- Les performances des responsables de santé sont-elles régulièrement évaluées ?
- Les responsables et le personnel agissent-ils avec intégrité ? Si non, ou lorsque vous apercevez des signaux d'avertissement, vous référez-vous aux contrôles internes pour opérer les changements qui s'imposent ?
- L'organisation dispose-t-elle d'une assise financière stable et solide ? Si non, encouragez-vous et soutenez-vous les dirigeants de l'organisation afin de remédier à la situation ?
- Utilisez-vous les données financières réelles aux fins de la planification, du suivi stratégique et de l'évaluation à l'aide des indicateurs financiers clés ?
- Votre organisation est-elle auditée de manière professionnelle, et les conclusions sont-elles prises en compte ?
- Serez-vous en mesure, à l'avenir, de continuer à mobiliser et à allouer des ressources suffisantes et appropriées (main-d'œuvre, technologie, information et finance) pour mener à bien les activités qui répondent aux besoins sanitaires de vos communautés ?

L'organe directeur ou les responsables de la gouvernance sont en dernier ressort les dépositaires de la qualité des soins fournis par un organisation. Un processus de contrôle savamment mis en place leur permettra de s'acquitter de cette responsabilité.

**Effectuer des visites périodiques sur le terrain.** Non seulement ces visites de terrain vous permettront de constater par vous-même la situation et d'écouter directement les populations et les prestataires de services sans le filtrage créé par la hiérarchie, mais elles pourront également, si elles sont menées avec soin, motiver les agents de santé de première ligne. Les populations à la périphérie se sentent souvent oubliées et marginalisées. Le fait qu'un cadre supérieur fasse l'effort de leur rendre visite et de les écouter a plus de valeur à leurs yeux et les motive plus. Les organes directeurs avisés agissent ainsi en partenariat avec la direction pour éviter que des agents de santé ne contournent leurs supérieurs et n'exercent des pressions inappropriées sur les membres des organes directeurs.

**Faciliter le suivi communautaire.** Créez des opportunités pour que le public soit impliqué dans le suivi et l'évaluation de la façon dont les ressources sont mobilisées, affectées et utilisées, mais également dont les services de santé sont offerts. Cliquez [ici](#), [ici](#) et [ici](#) pour des exemples.

**Rechercher l'efficacité et la viabilité.** Pour ce faire, réorientez les processus vers des résultats concrets et mesurables. Portez une attention particulière à la qualité du service, mettez l'accent sur le suivi et l'amélioration continue de la qualité, mettez au point un système rentable d'approvisionnement, de stockage et de distribution et renforcez le suivi stratégique des processus de prestation de services et de gestion de la santé.

**Instaurer une culture de mesure des performances.** La mesure des performances ne doit pas se limiter uniquement à celle des responsables et du personnel. En tant que membres des organes dirigeants ou de la gouvernance, observez des pauses périodiques pour faire une introspection, diagnostiquer vos forces et faiblesses et vous poser les questions suivantes :

- À quel point êtes-vous en mesure d'amener les parties prenantes à participer pleinement à la prise de décision ?
- À quel point votre organisation et vous-même êtes conscients et sensibles aux différences entre les sexes ?
- À quel point votre organisation et vous-même êtes-vous responsables devant les parties prenantes ?
- À quel point votre gouvernance est-elle transparente ?
- Quelles sont vos mesures de performance – à quel point le système de santé est-il performant ? À quel point les populations se portent-elles mieux en termes de santé et de protection financière ?
- Dans quelle mesure les ressources sont-elles bien gérées ? Qu'ont-elles pu produire ?

Afin d'accéder aux outils d'auto-évaluation pour évaluer votre gouvernance, vous pourrez utiliser notre guide sur le renforcement continu de la gouvernance, en cours d'élaboration au printemps 2014 et bientôt disponible [ici](#).

La mise en œuvre d'une culture de mesure des performances permet d'améliorer l'efficacité de votre organisation. Utilisez la liste ci-dessous pour déterminer dans quelle mesure vous mettez en œuvre une telle culture :

- **Développer vos compétences en matière de gouvernance** (connaissances, compétences et capacités), notamment dans la culture de la responsabilité, la conduite du changement, l'offre de soins de santé et ses performances, les affaires et les finances, le développement des ressources humaines et des talents, la collaboration, l'orientation communautaire, l'orientation vers la réussite, la recherche d'informations, la réflexion novatrice, la sensibilisation organisationnelle, le professionnalisme, l'établissement des relations, l'orientation stratégique et le leadership d'équipe).
- **Élaborer une stratégie de mesure** en identifiant des mesures pour tous les objectifs stratégiques et opérationnels.
- **Mesurer ses propres performances** en termes de gouvernance, de fonctionnement du système de santé, de résultats sanitaires et d'impact sur la santé.
- **Solliciter régulièrement des remarques** sur les performances de votre système de santé et celles de votre gouvernance.

## ENCADRÉ 2. Comment la technologie peut-elle soutenir la bonne gouvernance ?

Les téléphones portables et les technologies de l'information et de la communication modernes peuvent être utilisés efficacement pour promouvoir la transparence, la culture de la responsabilité et l'engagement des parties prenantes. Les données générées ou transmises via ces technologies s'avèrent utiles pour la prise de décision stratégique. Ces technologies permettent de recueillir rapidement des données et des éléments d'appréciation pour l'évaluation. Elles vous assisteront également dans l'échange de connaissances sur la gouvernance et le renforcement des capacités.

Les stratégies mHealth et eHealth permettent d'améliorer la transparence et la responsabilité dans les soins de santé grâce à une gestion des informations sur la santé et leur publication sur un site Web public. L'utilisation de téléphones portables facilite la responsabilité publique conduite par les citoyens et le suivi des services de santé.

- **Impliquer les parties prenantes** dans la mesure des résultats et dans l'évaluation de vos propres performances en matière de gouvernance.
- **Utiliser les informations relatives aux performances** pour améliorer les services et pour évaluer, contrôler, budgétiser, motiver, promouvoir, célébrer, apprendre et progresser.
- **Utiliser les données, les informations, les éléments d'appréciation et la technologie** dans la prise de décision en matière de gouvernance.

Vérifiez à quel point vous :

- utilisez la technologie pour gérer l'information et rassembler des éléments d'appréciation ;
- utilisez des données valides et fiables dans la prise de décisions ;
- utilisez des données factuelles pour identifier les problèmes, formuler des solutions et décider de la manière d'appliquer les solutions ;
- mobilisez les parties prenantes dans l'utilisation des données pour fonder leurs décisions ;
- renforcez les capacités du personnel en matière de collecte et d'exploitation de données.

Dans cette section, nous avons examiné les pratiques génériques de la bonne gouvernance dans le contexte de la santé. Dans les sections suivantes, nous allons examiner de plus près les actions nécessaires pour bien gouverner dans le secteur public, les organes multisectoriels et les organisations de la société civile.

## Gouvernance dans le secteur public

---

Dans la présente section, nous décrivons les caractéristiques du secteur public ou gouvernemental (nous utilisons les deux termes « public » et « gouvernemental » indifféremment pour des raisons de simplicité et au détriment de la précision) et les défis liés à sa gouvernance. Nous expliquons ensuite comment les quatre pratiques de la gouvernance sont applicables aux niveaux central, provincial, de district et communautaire.

Historiquement, la gouvernance du secteur public a découlé de la gestion publique et de l'administration publique.

### ADMINISTRATION PUBLIQUE

(privilégie l'application de règles et de directives et le rôle central de la bureaucratie dans l'élaboration et la mise en œuvre des politiques)

---

### GESTION PUBLIQUE

(S'inspirant au départ de la gestion du secteur privé, ce type de gestion a ensuite porté sur l'évaluation, la gestion des performances et la gestion des coûts dans l'offre de services, ainsi que sur l'utilisation des marchés, de la concurrence et des contrats dans cette offre de services.)

---

### GOUVERNANCE PUBLIQUE

(de nombreux acteurs interdépendants contribuent à l'élaboration des politiques et à l'offre de services publics, et les relations entre organisations ont de l'importance.)

Dans la plupart des pays coexistent des éléments d'administration publique, de gestion publique et de gouvernance publique.

### DÉFIS DE LA GOUVERNANCE DANS LE SECTEUR PUBLIC

La gouvernance du secteur public est différente de celle du secteur privé, lequel comprend à la fois des entreprises à but lucratif et des organisations sans but lucratif. Dans le secteur privé, le conseil d'administration et la direction ont autorité sur deux ressources essentielles : le personnel et les finances, tandis que dans le secteur public, c'est la fonction publique et les organes de contrôle qui peuvent garantir la protection du mandat. La révocation du personnel peut souvent se produire au bout d'une procédure établie compliquée. La gouvernance du secteur public peut également s'avérer plus difficile en raison de la prise de décisions dans des réunions ouvertes et transparentes et de l'obligation de suivre la procédure établie. Cette situation peut limiter la capacité de l'organe directeur à prendre en charge rapidement et efficacement les questions sensibles concernant les investissements stratégiques dans les services, les approvisionnements et les évaluations des performances des cadres.

Le secteur public a pour vocation essentielle de veiller au respect de l'intérêt public. Cet intérêt public peut reposer sur l'équité, la transparence ou sur tout autre aspect que les législateurs et les dirigeants de la société décident de définir comme intérêt public. Les politiques publiques visant à réaliser l'équité ou l'intérêt public d'une manière générale ne sont pas forcément efficaces. Les politiques publiques peuvent également entraver l'innovation ou déboucher sur une préférence exagérée des processus au détriment des résultats. Par exemple, la participation des citoyens à la prise de décision est un processus chaotique qui requiert du

temps (le désordre et les retards plombent l'efficacité). Les organisations à but lucratif sont libres de préférer l'efficacité à l'équité.

Les indemnités et les plans de carrières établis, ainsi que la difficulté à licencier des employés improductifs et incompetents en raison de procédures d'embauche et de licenciement strictes n'incitent pas trop les fonctionnaires à vouloir constamment améliorer leurs performances. Cette situation pourrait expliquer cette impression généralisée d'insouciance chez les fonctionnaires. Bien entendu, il s'agit d'une généralisation exagérée, car ils sont nombreux les fonctionnaires profondément attachés au service public.

Malheureusement dans de nombreux pays les programmes des personnalités politiques et des administrateurs publics ne vont pas forcément dans l'intérêt des citoyens. Par exemple, leur comportement est principalement motivé par la recherche d'avantages ou de récompenses personnels (statut social, promotions, visibilité, etc.). En fonction du système politique dans lequel ils évoluent, les personnalités politiques et les administrateurs publics peuvent être de deux types : ceux qui placent leurs concitoyens au cœur de leur action et ceux qui s'en détournent. La répartition des pouvoirs, la durée des mandats des élus et des élections libres permettent de limiter l'accumulation et l'abus de pouvoirs dans le secteur public.

Dans le domaine de la santé, les échecs de la gouvernance du secteur public peuvent se manifester de plusieurs façons : corruption, inefficacité, iniquité et prestation de services inefficace, voire absence totale de services. L'adoption et l'application de lois et de règlements en faveur de la santé et de la sécurité relèvent de la responsabilité exclusive des gouvernements, et cette fonction primordiale de la santé publique doit être bien menée. À cet effet, les quatre pratiques de la gouvernance retrouvent toute leur pertinence dans la gouvernance au sein des ministères de la santé et des structures décentralisées en leur sein. Si elles sont appliquées comme il se doit, elles vous éviteront des échecs liés à la gouvernance.

1. **Cultiver le sens de la responsabilité** pour s'assurer que les élus et les fonctionnaires soient tenus pour responsables de leurs promesses, de leurs actions et de leurs tâches.
2. **Engager les parties prenantes** pour bâtir la confiance, apprendre, servir, atteindre les buts et objectifs stratégiques partagés.
3. **Définir l'orientation commune** pour être en phase avec les parties prenantes, promouvoir la coopération, réduire les probabilités de résistance et de sabotage.
4. **Gérer judicieusement les ressources** afin de les utiliser à bon escient, avec équité et intégrité comme s'il s'agissait de ses propres biens.

**Gouvernance dans le cadre de la décentralisation.** De nombreux pays poursuivent la décentralisation de leur pouvoir politique, administratif, fiscal et de prestation de services afin de rapprocher les services et le pouvoir décisionnel des citoyens. Bien que le degré et l'étendue de la décentralisation varient en fonction des pays, la bonne gouvernance au sein du ministère de la santé et d'autres ministères et la bonne gouvernance dans les entités décentralisées sont essentielles à la réussite de ces dernières si les citoyens doivent bénéficier de meilleurs services de santé. Dans les pages suivantes, nous examinerons la bonne gouvernance à différents échelons de la hiérarchie du ministère de la santé.

### STRUCTURES DE LA GOUVERNANCE AUX NIVEAUX CENTRAL, PROVINCIAL ET DE DISTRICT

Les ministères de la santé sont au sommet de la hiérarchie des structures de gouvernance de la santé et ont besoin de plus en plus de structures de gouvernance dans les provinces, les districts et les communautés. L'organisation, l'autorité, la responsabilité, les obligations et

l'accès aux ressources de chaque échelon varient selon les pays. Reportez-vous à l'[encadré 3](#) pour découvrir comment l'Afghanistan a organisé ses structures de gouvernance partant du village jusqu'au niveau du ministère central à Kaboul.

### MISE EN ŒUVRE DES QUATRE PRATIQUES DE LA GOUVERNANCE DANS LE SECTEUR PUBLIC

Voyons comment les quatre pratiques de la gouvernance, à savoir (1) la culture de la responsabilité, (2) la mobilisation des parties prenantes, (3) la définition d'une orientation stratégique commune et (4) la gestion judicieuse des ressources sont applicables dans les ministères de la santé et dans leurs bureaux de provinces et de districts afin d'obtenir des résultats mesurables.

**Dans les ministères de la santé.** Dans les six exemples suivants tirés de différents pays dans le monde, vous pouvez constater l'application d'une ou plusieurs des quatre pratiques de gouvernance. Essayez d'identifier la(les) pratique(s) de gouvernance opérationnelle(s) dans chaque exemple et voyez si l'une d'elles est applicable à votre situation et de quelle manière.

1. En Croatie, les hôpitaux sont tenus de rendre les listes d'attente publiques pour éviter que des patients corrompent les docteurs afin de contourner la file d'attente. Le ministère de la Santé et des Soins Sociaux a introduit une liste d'attente au niveau national au début de l'année 2008. Dans chaque hôpital, une unité est responsable de l'enregistrement des patients sur la liste d'attente ; tous les détails sont disponibles sur Internet. Cette mesure a permis de réduire le temps d'attente de 30 à 50 %.
2. Au Ghana, les agents de transport du ministère de la Santé ont reçu l'ordre de calculer la consommation de carburant par kilomètre et d'afficher les résultats sur un tableau public. Cette transparence consistant à déclarer publiquement la quantité de carburant consommée a permis d'améliorer de 70 % la consommation de carburant par kilomètre sur deux ans environ, ce qui a permis de réduire considérablement les coûts de fonctionnement des véhicules.
3. L'utilisation d'informations tirées d'une étude menée en 2008 dans trois districts du Lesotho sur la ségrégation fondée sur le sexe dans la prestation de soins contre le VIH/sida, un projet financé par l'USAID, a permis de mettre en œuvre une série d'interventions en vue d'arriver à une répartition plus équitable du fardeau de la prestation des soins liés au VIH/sida et de formuler des recommandations en matière de politiques au gouvernement du Lesotho.
4. Un programme de développement du leadership mis en œuvre dans plusieurs districts en Haute-Égypte a entraîné une augmentation de 20 à 68 % du nombre de nouvelles visites de planification familiale. Le nombre de visites pré et post-natales a également augmenté. Le programme comportait un élément important, à savoir la définition d'une vision commune à long terme qui s'est concrétisée par une série de résultats mesurables à court terme. Sans financement externe, les dirigeants inspirés ont déroulé le programme de haut en bas, atteignant plus de 184 formations sanitaires et formant plus de 1000 agents de santé sur la manière de définir une vision commune ainsi que des objectifs mesurables. La réduction de la mortalité maternelle qui en a résulté était beaucoup plus importante que dans les gouvernorats similaires en Égypte.
5. La *National Agency for Food and Drug Administration and Control* du Nigeria a pu faire baisser les médicaments non homologués et potentiellement contrefaits sur le marché de 68 à 20 % entre 2001 et 2011 grâce à une collaboration étroite avec les réseaux de téléphonie mobile et les sociétés pharmaceutiques. Les

### ENCADRÉ 3. Structures de gouvernance de la santé dans les provinces, districts, et communautés d'Afghanistan

En Afghanistan, le Comité provincial de coordination de la santé publique est un comité multisectoriel formel des parties prenantes investi d'un ensemble de responsabilités distinctes définies par le ministère de la santé publique. Le ministère a également mis en place des conseils de santé communautaires consultatifs et des conseils des établissements de santé au niveau des postes de santé, des structures de santé et des hôpitaux de district. Des conseils communautaires des hôpitaux ont été mis en place au niveau des hôpitaux provinciaux. Le ministère de la santé publique installe actuellement des comités de coordination de la santé (CCS) au niveau des districts.

Les CCS servent de forum pour la coordination et le partage d'informations entre les différentes parties prenantes au niveau du système de santé provincial. Ils discutent des préoccupations liées à la santé communautaire, coordonnent et participent à toutes les étapes d'une réponse d'urgence de santé publique. Ils assurent également le suivi et la supervision des postes et établissements de santé. Ils sont censés se réunir tous les mois et coordonner la fourniture d'un ensemble de services de santé de base et les services hospitaliers essentiels.

Le Comité provincial de coordination de la santé publique (CPCSP) est présidé par le Directeur provincial de la santé publique et comprend 21 membres, notamment les responsables provinciaux de la santé publique, le directeur de l'hôpital provincial, le directeur de l'institut des sciences de la santé, deux représentants des ONG fournissant des services de santé dans les postes et établissements de santé, deux responsables de santé de district et un représentant de chacun des organismes ci-après : ministère de la Femme, équipe de la reconstruction provinciale, secteur privé de la santé, conseil provincial élu, UNICEF et OMS. Treize membres disposent du pouvoir de vote. Les décisions au sein du CPCSP sont généralement prises par consensus. En cas d'absence de consensus, la décision est prise à la majorité. Une décision requiert un quorum, la décision appartenant à la majorité des membres votants.

De même, le CCS est présidé par le responsable de la santé publique du district et comprend le représentant du gouverneur du district, le représentant du secteur privé de la santé, les chefs religieux du district, le directeur de l'hôpital du district, un représentant d'ONG d'exécution, le chef du service de l'éducation du district et le chef du conseil du district.

NIVEAU	ORGANE DIRECTEUR	ZONE ADMINISTRATIVE DU SERVICE
Province	Comité provincial de coordination de la santé publique (CPCSP)	Plusieurs districts
District	Comités de coordination de la santé de district (CCS)	District (une dizaine ou une centaine de villages)
Établissement de santé	Choura ou assemblée consultative de l'établissement de santé	Plusieurs communautés desservies par un établissement de santé
Communautés	Choura ou assemblée consultative du poste de santé	Une communauté villageoise

Les CPCSP, les CCS et les conseils de santé communautaires et des établissements de santé assurent une fonction de gouvernance. Leur prise de décision relative à la gouvernance peut faire la différence dans les soins administrés pendant les visites des malades au sein des établissements de santé par l'amélioration des performances du système de santé, notamment sa réactivité. Si ces comités et conseils travaillent en synergie, les préoccupations liées à la santé communautaire peuvent être efficacement représentées et prises en charge.

Nous disposons de données probantes de l'impact de leur gouvernance. Dans une étude pilote, trois CPCSP et onze CCS ont mis en œuvre avec cohérence les quatre pratiques de gouvernance en vigueur sur une période de six mois. Par conséquent, leur gouvernance s'est améliorée de 13 à 21 % et le taux des consultations prénatales dans les trois provinces s'est accru de 20 %.

consommateurs nigériens peuvent signaler les médicaments contrefaits en envoyant des messages SMS à un code révélé par grattage d'une petite bande figurant sur l'emballage. Une réponse par « OUI » (médicament authentique) ou par « NON » (médicament contrefait) est automatiquement envoyée. La réponse « NON » est accompagnée d'un numéro local pour alerter les autorités sur ce médicament potentiellement contrefait.

6. Le ministère afghan de la santé publique utilise une fiche de notation annuelle équilibrée, un outil de gestion et de mesure intégré composé de 29 indicateurs de performance et de critères de performance dans six domaines : patients et communauté, personnel, capacité d'offre de services, prestation de services réelle, systèmes financiers et vision globale. Chaque année, le ministère choisit un échantillon aléatoire de formations sanitaires, recueille des données, notamment des observations ou des entretiens avec des milliers de patients ou leurs soignants et des professionnels de santé. Les résultats de la fiche de notation suivent les performances au fil du temps et identifient les domaines prioritaires à améliorer, ce qui renforce les capacités du système de santé et la fourniture de services de santé grâce à des évaluations comparatives de performances. La fiche de notation équilibrée permet également au ministère de prouver les résultats de ses investissements, de procéder à des changements de politique et de créer une culture de prise de décision basée sur des faits.

*Réponses :* (1) et (2) sont des exemples de culture de la responsabilité, (3) est un exemple d'engagement des parties prenantes, (4) est un exemple de définition d'une orientation stratégique commune, (5) illustre la culture de la responsabilité, l'engagement des parties prenantes et la gestion judicieuse des ressources et (6) illustre toutes les quatre pratiques.

**Dans les systèmes de santé provinciaux et de district.** Maintenant que vous avez pris connaissance des exemples montrant comment les ministères de la santé au niveau central appliquent avec succès les quatre pratiques de gouvernance, vous allez à présent découvrir comment les organes directeurs qui administrent les systèmes de santé dans les provinces et les districts peuvent mettre ces pratiques en œuvre. Voici quelques exemples d'actions de gouvernance que vous pouvez entreprendre sur la base des mesures prises par les comités provinciaux de coordination de la santé publique et les comités régionaux de coordination de la santé dans certains districts et provinces d'Afghanistan.

1. Pour **engager les parties prenantes**, conduisez des interviews avec les patients et les utilisateurs de services de santé ; invitez les leaders des groupements de jeunes et de femmes, ainsi que les chefs religieux à vos réunions ; formulez des commentaires à l'endroit des chouras ou assemblées consultatives au niveau des formations sanitaires et consultez régulièrement les dirigeants communautaires.
2. Pour **cultiver la responsabilité**, la vôtre et celle des agents de santé, partagez les informations sur les ressources et les performances avec les communautés et les parties prenantes ; encouragez les agents de santé à partager leurs difficultés lors des visites de suivi conjointes au niveau des formations sanitaires ; étudiez les fiches de description de poste des agents de santé ; et assignez-leur des objectifs clairs et contrôlez leurs progrès vers la réalisation de ces derniers.
3. Pour **définir l'orientation commune**, constituez dans chaque district une équipe de représentants de la communauté, des utilisateurs de services de santé, d'autres parties prenantes du système de santé et des agents de santé du district ; identifiez les besoins de santé et les défis auxquels sont confrontés les

communautés ; communiquez ces besoins au comité provincial de gestion de la santé pour examen tout en décidant de l'orientation stratégique. Vous pouvez aussi inviter les membres de l'organe directeur de la formation sanitaire aux réunions du comité provincial de gestion pour une meilleure compréhension des préoccupations de la communauté.

4. Pour **gérer les ressources** de façon, judicieuse, éthique et efficace, formez le personnel des bureaux provinciaux de la santé publique et les agents de santé à l'éthique ; félicitez les agents de santé dont les performances exceptionnelles ; impliquez la communauté dans le suivi de la formation sanitaire ; utilisez les données, les informations, les faits et la technologie dans la prise de décision.

Si elles sont bien appliquées, les quatre pratiques de la gouvernance peuvent s'avérer décisives dans la réalisation des objectifs de la décentralisation.

**Dans les communautés.** Par essence, la gouvernance de la santé communautaire est un processus largement participatif et collaboratif où la communauté est définie géographiquement ; la santé est définie comme un concept large, positif, conforme à la définition de l'OMS ; la gouvernance est définie comme un processus par lequel les communautés prennent des décisions. Les processus participatifs et collaboratifs sont censés aboutir à une meilleure résolution des problèmes communautaires qui, à son tour, permettra d'améliorer la santé de la communauté.

La gouvernance de la santé communautaire se matérialise à travers des processus participatifs menés par des parties prenantes communautaires pour améliorer la santé des membres de la communauté. Les structures de gouvernance de la santé communautaire peuvent exister sous diverses formes : conseil citoyen d'un centre de santé, comité de santé villageois, comité de santé local ou conseil d'administration d'un hôpital communautaire. Les groupes communautaires administrant les services de santé ruraux au Bangladesh, les conseils des formations sanitaires en Afrique du Sud, les chouras de santé communautaire (ou assemblées consultatives) et les chouras des formations sanitaires en Afghanistan constituent des exemples d'un large éventail d'organes de gouvernance de la santé communautaire.

Le succès de la gouvernance de la santé communautaire dépend des personnes impliquées, de leur mode d'implication et de la présence de dirigeants absolument convaincus de la capacité de personnes différentes à travailler ensemble pour identifier, comprendre et résoudre les problèmes de la santé communautaire. Les dirigeants communautaires performants favorisent une participation large et active des membres de la communauté.

Les organes de gouvernance de la santé communautaire sont censés apporter leadership et soutien aux activités liées à la santé dans leurs communautés. Par exemple, ils peuvent être impliqués dans les activités suivantes :

- promouvoir un style de vie sain chez les membres de la communauté ;
- adopter et favoriser des normes sociales et des comportements sains ;
- encourager les familles à utiliser pleinement les services de santé préventifs et curatifs ;
- travailler en étroite collaboration avec la communauté et les prestataires de santé en mettant les populations en relation avec les services de santé dont elles ont besoin ;
- soutenir la santé des mères et des jeunes enfants ;
- sélectionner et superviser les agents de santé communautaires ;

- mobiliser la communauté et les agents de santé pour identifier et résoudre les problèmes de santé de la communauté ; et
- plaider en faveur de l'hygiène, de l'eau potable et de l'air pur.

Les conseils communautaires rattachés à une formation sanitaire sont censés servir de relais entre la communauté et la formation sanitaire et s'assurer que la formation sanitaire réponde aux besoins de la communauté. Ils entretiennent la relation avec la communauté, incitent cette dernière à soutenir la formation sanitaire, assure le suivi stratégique de la formation sanitaire et implique les populations dans la planification de la santé communautaire et dans le suivi de la formation sanitaire.

Les pratiques de gouvernance décrites plus haut permettent de rendre efficace la gouvernance des organes directeurs de la santé communautaire. Les hôpitaux boliviens en sont un exemple.

#### Les conseils de santé citoyens permettent de prévenir la corruption et de réduire les surfacturations—Cas de la Bolivie

D'après une étude portant sur 30 hôpitaux en Bolivie publiée en 2001, la voix des citoyens, telle que mesurée par la participation active aux conseils de santé citoyens, a eu un effet statistiquement considérable sur la réduction des paiements informels pour des services qui auraient dû être gratuits et sur la réduction des surfacturations pour des fournitures, comme l'ont prouvé les données sur les prix d'achat. Les conseils citoyens ont exposé des faits de corruption et ont découragé les paiements informels et la surfacturation des approvisionnements médicaux. L'activisme des conseils de santé citoyens s'est avéré un important moyen de dissuasion de la corruption en milieu hospitalier, là où les contrôles institutionnels tels que les procédures et règlements administratifs se sont montrés inefficaces. Les règles et règlements constituent des fondements importants pour obliger les fonctionnaires à rendre des comptes : ils sont nécessaires mais pas suffisants. Dans ce cas précis, c'est l'activisme des conseils qui a fait la différence.

Source: Gray-Molina G, Perez de Rada E, Yañez E. (2001). "Does voice matter? Participation and controlling corruption in Bolivian hospitals." In: Di Tella R, Savedoff WD, (eds). *Diagnosis corruption: fraud in Latin America's public hospitals*. Washington, DC: Banque interaméricaine de développement.

Nous avons abordé la gouvernance en général et avons examiné ses quatre pratiques telles qu'elles s'appliquent au secteur public et aux différents échelons de la hiérarchie du système de santé. Examinons à présent la gouvernance dans d'autres cadres organisationnels : organes multisectoriels et organisations de la société civile.

## Gouvernance des organes multisectoriels

Qu'est-ce qu'un organe multisectoriel ? Les organes multisectoriels diffèrent des modèles de gouvernance classiques où les décisions relatives à la politique nationale de santé sont prises par une seule entité, telle qu'un ministère de la santé ; les organes multisectoriels partagent le pouvoir de décision entre plusieurs membres représentant divers secteurs et groupes de circonscriptions. Au cours des 25 dernières années, le nombre de partenariats multisectoriels consacrés à la santé publique a augmenté vu la nécessité de soutenir la décentralisation des services de santé, de faire face à la prévalence en hausse de certaines maladies et de mieux répondre aux besoins plus larges de populations spécifiques, telles que les femmes et les enfants.

Parallèlement, on a noté une croissance explosive de nouveaux mécanismes de financement axés sur des maladies spécifiques et le renforcement des systèmes sanitaires. Il s'agit

notamment du President's Emergency Plan for AIDS Relief (PEPFAR – Plan d'aide d'urgence du Président pour la lutte contre le sida), du President's Malaria Initiative (PMI – Initiative du Président pour la lutte contre le paludisme), du Programme multi-pays de lutte contre le VIH/sida de la Banque Mondiale (MAP), de l'Alliance du Vaccin (GAVI) et du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (Fonds mondial). Ces mécanismes de financement ont également accru la nécessité de promouvoir l'appropriation locale et la prise de décision participative à travers des initiatives multisectorielles.

Exemples d'organes multisectoriels :

- Conseils de santé aux niveaux national, étatique, municipal et local
- Commissions Sida (conseils, comités) aux niveaux national, provincial, de district et local
- Instances de coordination nationales (ICN)
- Conseil des enfants ou Conseil des femmes

Chacun d'eux dispose des fonctions de gouvernance. À titre d'exemple, Les commissions Sida gèrent la réponse multisectorielle au VIH, les conseils de santé supervisent le fonctionnement du système de santé et les instances de coordination nationale (ICN) suivent les performances des subventions du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme. Les conseils pour les populations spécifiques (par ex., les femmes ou les enfants) veillent à ce que tous les secteurs travaillent de concert pour répondre aux besoins de cette population.

### ORGANISATION DES ORGANES MULTISECTORIELS

Les organes multisectoriels comprennent des membres de différents secteurs et varient en taille. La complexité de gestion des organes directeurs est proportionnelle au nombre des membres : plus l'effectif est important, plus grande est la nécessité de gérer les tâches de gouvernance. C'est la raison pour laquelle de nombreuses instances de coordination nationale qui, à l'origine, étaient de grandes entités dotées de plusieurs membres, revoient actuellement leur effectif à la baisse pour faciliter la gestion des tâches de gouvernance.

La composition des organes multisectoriels varie également. Les membres peuvent être des personnes physiques ou morales, en fonction de l'organe.

Les membres sont nommés ou élus au sein de chaque secteur pour représenter leurs circonscriptions. Dans le cas des ICN par exemple, les membres de la société civile sont élus au sein de leurs secteurs respectifs, tandis que les membres représentant le gouvernement et les partenaires au développement internationaux sont nommés par chaque secteur.

Les organes multisectoriels peuvent être ou non des organisations juridiquement constituées. Par exemple, en fonction des pays, certaines ICN disposent de la personnalité juridique, d'autres non. Ces ICN sans personnalité juridique utilisent un bénéficiaire budgétaire pour la gestion financière. L'ICN zambienne en est un exemple. Elle utilise le comité national zambien de lutte contre le VIH/sida, la tuberculose et les IST comme bénéficiaire budgétaire.

Au début de ce chapitre, nous avons abordé les quatre pratiques de la gouvernance : cultiver la responsabilité, mobiliser les parties prenantes, définir une orientation commune et gérer judicieusement les ressources. À l'instar d'autres organes de gouvernance des secteurs public et à but non lucratif, les organes directeurs multisectoriels adoptent également ces pratiques. Le mode de conduite des pratiques de gouvernance au sein des groupes multisectoriels est décrit ci-dessous.

## CULTIVER LA RESPONSABILITÉ DANS UN ORGANE MULTISECTORIEL

À l'image d'autres organes directeurs, les organes multisectoriels rendent des comptes au public et aux sous-groupes ou secteurs qu'ils représentent. La responsabilité va de pair avec la conduite transparente des affaires. Un organe multisectoriel responsable met facilement ses comptes et registres à la disposition des bailleurs de fonds, des sous-groupes et autres parties prenantes pour un audit public. Les domaines dans lesquels les organes multisectoriels peuvent faire preuve de responsabilité et de transparence sont notamment les suivants.

**Sélection des membres.** Un organe multisectoriel responsable instaure des procédures transparentes pour la sélection des membres, que ce soit par nomination et/ou élection. En effet, l'un des six critères d'éligibilité des ICN aux subventions du Fonds mondial est que le processus de sélection des membres doit être documenté et transparent. En général, chaque secteur détermine la façon dont il choisit son représentant. Les représentants du gouvernement sont généralement nommés, tandis que les représentants non gouvernementaux sont élus au sein du secteur. Les procédures de sélection des membres suivent les dispositions édictées par les règlements intérieurs ou les statuts de l'organe multisectoriel et doivent être accessibles au public.

Cliquez [ici](#) pour en savoir davantage sur les critères d'éligibilité au Fonds mondial, les normes minimales et les directives à l'attention des ICN.

**Élection des membres.** Tout comme le processus de sélection des membres est transparent, le processus d'élection des membres du bureau l'est également. Les procédures d'élection suivent les dispositions édictées par les règlements intérieurs ou les statuts de l'organe multisectoriel et doivent être accessibles au public. Les organes multisectoriels mettent souvent en place des commissions électorales pour superviser le processus électoral, notamment la préparation du calendrier électoral (chronogramme) et l'étude de la recevabilité de toutes les candidatures.

**Gestion des conflits d'intérêt.** Les organes multisectoriels présentent l'avantage de pouvoir travailler ensemble autour d'un objectif commun, mais des intérêts divergents peuvent également exister. Lorsque les personnes les plus proches du problème que l'organe multisectoriel tente de résoudre sont membres de la structure de gouvernance et participent à la prise de décision, un conflit d'intérêt est inévitable. Toutefois, le conflit d'intérêt est également gérable. C'est la raison pour laquelle les organes multisectoriels gèrent les tensions inhérentes aux conflits d'intérêts de façon transparente. Par exemple, les ICN sont des organes multipartites qui mobilisent des ressources importantes et sélectionnent les organisations qui reçoivent et distribuent les ressources. Le risque de conflit d'intérêt est considérable d'autant plus que de nombreux membres des ICN sont aussi de plus en plus les bénéficiaires des subventions du Fonds mondial et les responsables de la mise en œuvre de celles-ci. C'est pourquoi l'un des six critères d'éligibilité des ICN pour solliciter des ressources du Fonds mondial est de disposer d'un processus permettant de gérer les conflits d'intérêts.

Pour de plus amples informations sur la gestion des conflits d'intérêts dans les ICN, rendez-vous sur [le site Web du Fonds mondial](#) et recherchez la fiche relative aux conflits d'intérêt dans les *Implementer Series*.

#### ENCADRÉ 4. Étapes que les organes multisectoriels peuvent suivre pour gérer les conflits d'intérêt dans la transparence

S'assurer que :

- l'organisation dispose d'une politique en matière de conflits d'intérêts ;
- tous les membres divulguent par écrit et oralement les conflits d'intérêt à l'ouverture des réunions ;
- les déclarations de conflits d'intérêts des membres sont accessibles au public, de préférence sur un site Web ;
- les membres ayant des conflits d'intérêts s'abstiennent de participer aux discussions et aux décisions concernant leurs intérêts particuliers ;
- des sanctions sont prononcées à l'encontre des membres qui ne divulguent pas les conflits d'intérêts ;
- la gestion des conflits d'intérêts au cours des réunions est consignée dans le procès-verbal de la réunion.

**Comptes rendus de réunions et prise de décisions.** Les organes multisectoriels représentent généralement de grands sous-groupes dans tous les secteurs. Ils sont chargés de documenter et de communiquer à ceux qu'ils représentent les discussions menées au cours des réunions et les décisions qui en ont découlé. Les communications doivent être opportunes, compréhensibles et accessibles. Les discussions, décisions et actions des réunions visant à gérer les conflits d'intérêt doivent être documentées dans les procès-verbaux, distribués à tous les membres et accessibles au public, de préférence sur un site Web.

Le Fonds mondial recommande un modèle standard pour les procès-verbaux des réunions des ICN. Ce modèle est disponible [ici](#) sur le site Web mondial.

**Évaluation périodique de l'efficacité de l'organe multisectoriel.** Les organes multisectoriels doivent évaluer périodiquement leurs performances et mettre les résultats à la disposition du public, de préférence sur un site Web. Pour que les évaluations internes soient efficaces, les membres doivent s'approprier la mission et la vision de l'organe et s'investir pleinement dans son succès. Sinon, les évaluations internes ne seront pas menées de bonne foi et/ou les résultats ne seront pas suivis d'effets. Les évaluations externes peuvent s'avérer beaucoup plus efficaces dans le changement des pratiques ou de comportement.

À compter de 2014, les ICN sont tenus de participer aux évaluations annuelles des critères d'éligibilité et des performances en termes de respect des conditions d'éligibilité au Fonds Mondial. L'outil d'évaluation est disponible en plusieurs langues sur [le site Web du Fonds Mondial](#).

**Clarification des attentes à travers les termes de référence pour les membres, les responsables et les comités et à travers la formation.** Tous les membres, responsables et comités des organes multisectoriels doivent disposer de termes de référence clairs qui précisent leurs responsabilités et leurs obligations. Tous les membres doivent être formés à ces responsabilités lors de leur adhésion et de façon périodique pendant toute la durée de leurs mandats. La formation doit mettre l'accent sur les fonctions des membres, notamment comment informer, consulter et représenter les circonscriptions. La formation est particulièrement importante pour les membres représentant des organisations de la société civile.

## MOBILISATION DES PARTIES PRENANTES DANS UN ORGANE MULTISECTORIEL

**Large représentation des parties prenantes.** Les organes multisectoriels ne sont efficaces que dans la mesure où ils représentent leurs parties prenantes et leurs bénéficiaires. Ils doivent être constitués non seulement des membres représentant le secteur public, mais également de la société civile, du secteur privé, des universités et des partenaires de développement. Chaque circonscription apporte un point de vue qui lui est propre et pertinent, augmentant ainsi la probabilité d'un impact mesurable. Les organes multisectoriels doivent également s'efforcer de parvenir à la parité hommes – femmes parmi leurs membres. Les bénéficiaires du système de santé doivent être inclus, de même que les personnes infectées ou affectées par des maladies spécifiques contre lesquelles luttent certaines organisations. À titre d'exemple, l'un des six critères d'éligibilité d'une ICN aux subventions du Fonds mondial (voir ici) veut que l'ICN compte au minimum une personne représentant une organisation et infectée ou affectée par le VIH et/ou affectée par la tuberculose et/ou le paludisme (en fonction des subventions du pays).

Cliquez [ici](#) pour davantage d'informations sur la participation de la société civile dans les ICN et pour les études de cas pertinentes au Kenya et en Inde.

**Communication avec les parties prenantes.** Les organes multisectoriels mobilisent les parties prenantes à travers une communication bidirectionnelle : les membres consultent et informent leurs circonscriptions. Ils sollicitent de façon proactive des informations auprès de leurs circonscriptions pour optimiser leurs contributions lors des délibérations et des prises de décisions de l'organe multisectoriel. Ils informent également leurs circonscriptions sur les décisions prises et la marche à suivre.

**Renouvellement des membres.** Afin d'assurer la mobilisation continue des parties prenantes, les organes multisectoriels renouvèlent leurs membres à travers des élections/nominations périodiques. Les membres disposent de mandats déterminés et les élections sont organisées au sein de chaque secteur à l'expiration du mandat. Le renouvellement des membres permet d'entretenir l'intérêt et la participation à la mission de l'organe multisectoriel.

**Participation de non-membres.** Afin d'élargir l'impact de la mobilisation des parties prenantes, les organes multisectoriels favorisent souvent la participation de non-membres à leurs activités. À titre d'exemple, les ICN sont tenues d'inclure des non-membres dans leurs comités. Lorsque l'ICN dispose d'un comité de suivi stratégique, les membres du comité sont souvent composés des parties prenantes des groupes représentant les personnes infectées ou affectées par les maladies ou les parties prenantes des partenaires de développement dotés de l'expertise spécifique requise.

## DÉFINITION D'UNE ORIENTATION COMMUNE DANS UN ORGANE MULTISECTORIEL

**Objet et rôle précis.** Un organe multisectoriel bien administré a un but et un rôle précis et se distingue des autres organisations. Un organe multisectoriel classique que l'on retrouve dans de nombreux pays est le Comité ou le Conseil national de lutte contre le sida (CNLS) dont le rôle est de diriger la réponse multisectorielle nationale au VIH/sida. Le rôle du CNLS diffère de celui du Programme national de lutte contre le sida, qui est de mettre en œuvre la réponse nationale au VIH/sida dans le secteur de la santé. De même, le rôle de l'ICN est de mobiliser des ressources supplémentaires auprès du Fonds mondial et auprès d'autres sources pour lutter contre le sida, la tuberculose et le paludisme dans un pays et de superviser l'utilisation des subventions. Ce rôle diffère de celui des récipiendaires principaux qui ont la charge de la mise en œuvre des

subventions. Dans de nombreux pays, les rôles des organes directeurs se chevauchent souvent et présentent peu de différences. Le CNLS et l'ICN en sont un exemple courant. Dans ces situations, il s'avère particulièrement important de clarifier l'objet et le rôle de chacun.

**Vision et stratégie.** En plus d'avoir un objet et un rôle définis, les organes multisectoriels bien administrés disposent d'une vision et d'une stratégie claires s'agissant de l'impact escompté. Par exemple, un CNLS est généralement responsable de la préparation et de la mise en œuvre du plan stratégique national multisectoriel pour répondre à l'épidémie du VIH. De même, les conseils de santé aux niveaux étatique, municipal et national sont des organes multisectoriels chargés de formuler des plans de santé à leurs niveaux respectifs. Les organes multisectoriels qui ne font pas intrinsèquement partie du système de santé ou d'une structure publique (tels que le Comité national de lutte contre le sida ou le conseil national de la santé) doivent s'assurer que leurs visions et leurs stratégies s'inscrivent dans les initiatives ou les processus nationaux ou locaux. Les organes multisectoriels doivent indiquer les liens ou le mode d'interaction entre leurs actions et les programmes officiels (c'est-à-dire gouvernementaux et intergouvernementaux) afin de garantir une bonne coordination avec les autres acteurs et institutions.

### GESTION DES RESSOURCES DANS UN ORGANE MULTISECTORIEL

**Levée et allocation des ressources.** Certains organes multisectoriels exercent des responsabilités de gouvernance en ce qui concerne la mobilisation de leurs propres ressources financières ; d'autres reçoivent des ressources financières du gouvernement ou d'autres budgets. Nombre d'entre eux sont responsables de l'allocation des ressources. Les ICN sont exemplaires en ce qu'elles lèvent et allouent des ressources considérables pour la lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme en analysant les plans nationaux relatifs à ces maladies, en identifiant les déficits de financement, en harmonisant les ressources, en élaborant des notes conceptuelles pour obtenir un financement du Fonds mondial et en allouant des ressources à un récipiendaire principal déterminé. Les ICN mobilisent également des ressources à partir de sources autres que le Fonds mondial pour la prévention, les soins et le traitement des maladies, ainsi que pour le fonctionnement de leurs propres secrétariats.

**Suivi stratégique des programmes et des finances.** La garantie du suivi stratégique des programmes et des finances est une fonction de gouvernance essentielle d'un organe multisectoriel. Le suivi stratégique garantit une utilisation appropriée des ressources (activités mises en œuvre comme prévues, résultats atteints et fonds utilisés de façon efficace et rationnelle). Pour ce faire, les organes multisectoriels peuvent mettre en place des comités de suivi stratégique. En effet, l'un des six critères d'éligibilité pour les ICN concerne le suivi stratégique ; ils doivent disposer d'un plan de suivi stratégique et d'un organe à cet effet, en l'occurrence un comité. Les comités de suivi stratégique des ICN supervisent les performances programmatiques et financières des subventions. Ces comités examinent les rapports des bénéficiaires principaux, entreprennent des visites de terrain et aident à résoudre d'autres problèmes relatifs à l'utilisation des subventions. Ils sollicitent des retours d'informations auprès des non-membres des ICN et des personnes issues des communautés affectées. De nombreux comités de suivi stratégique utilisent des tableaux de bord comme outil de gouvernance pour suivre les performances des subventions et apporter leur assistance dans les comptes rendus à faire au ICN et au grand public. Le tableau de bord, les instructions, un échantillon du tableau de bord et des vidéos sur l'outil sont disponibles sur le site Web du Fonds mondial.

Pour consulter les six critères d'éligibilité, cliquez [ici](#). Pour plus d'informations sur le suivi stratégique des ICN, cliquez [ici](#) pour consulter le *Global Fund Implementer Series* sur le suivi stratégique.

**Viabilité financière.** Les organes multisectoriels ont également, en termes de gouvernance, la responsabilité de garantir la viabilité financière à long terme indispensable pour réaliser leur vocation et leur vision. Par exemple, un certain nombre d'ICN commencent à envisager de poursuivre le financement de la lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme même lorsque leurs pays auront dépassé leur période d'éligibilité au financement du Fonds mondial.

## Bonne gouvernance dans les organisations de la société civile

Après avoir discuté de la gouvernance dans le secteur public et les organes multisectoriels, passons maintenant à la gouvernance dans les organisations de la société civile focalisées sur la protection, la promotion ou le rétablissement de la santé.

La bonne gouvernance dans le secteur de la santé et d'autres secteurs déterminants pour la santé est un facteur essentiel dans la réalisation des objectifs nationaux et internationaux de développement et dans la réduction des maladies et de la pauvreté dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire. Le monde prend de plus en plus conscience que les problèmes de santé rencontrés dans ces pays sont trop graves et répandus pour être pris en charge par le secteur public seul. Dans une approche coordonnée entre le secteur public, les ONG et le secteur privé, les organisations de la société civile (OSC) doivent être en mesure de gérer des projets de santé à grande échelle et d'utiliser les fonds des bailleurs de façon efficace et transparente. À l'instar des institutions publiques, les OSC nécessitent un leadership, une gestion et une gouvernance solides, ainsi que des structures et des systèmes organisationnels performants pour pouvoir fournir des services de haute qualité et utiliser les ressources de façon appropriée.

### QU'EST-CE QU'UNE ORGANISATION DE LA SOCIÉTÉ CIVILE ?

La Banque mondiale a adopté une [définition de la société civile](#) élaborée par un certain nombre de centres de recherche de renom et utilise le terme « société civile » pour faire référence aux :

*...organisations non gouvernementales et sans but lucratif actives dans la vie publique pour exprimer les intérêts et les valeurs de leurs membres ou d'autres acteurs sur la base de considérations éthiques, culturelles, politiques, scientifiques, religieuses ou philanthropiques. Par conséquent, les organisations de la société civile (OSC) se réfèrent à un large éventail d'organisations : groupes communautaires, organisations non-gouvernementales (ONG), syndicats, groupes autochtones, organisations caritatives, organisations professionnelles, associations professionnelles et fondations.*

Les OSC sont des organisations investies d'une mission et elles s'engagent auprès des communautés et individus qu'elles servent. Elles fonctionnent sous diverses structures juridiques qui varient suivant les pays : entreprises, associations, sociétés, fondations (dont la propriété est consacrée à un usage déterminé), organisations de bienfaisance, fiducies et coopératives. Le choix de la forme d'OSC à constituer repose sur les lois de chaque pays et doit, dans le meilleur des cas, se faire avec l'aide d'un avocat. Quelle que soit leur forme juridique, toutes les OSC se distinguent des organisations à but lucratif dans la mesure où elles ne peuvent distribuer des bénéfices ou gains à des particuliers.

## QU'EST-CE QUE LA BONNE GOUVERNANCE DANS LES ORGANISATIONS DE LA SOCIÉTÉ CIVILE ?

La bonne gouvernance dans les OSC est définie de plusieurs façons. La définition suivante (également présentée plus haut dans ce chapitre) est tout aussi applicable à la gouvernance dans les OSC : *la gouvernance est bonne lorsque* (1) les décisions sont basées sur des informations, des faits et des valeurs communes ; (2) le processus est transparent, inclusif et adapté aux besoins de la population, du ministère ou de l'organisation qu'elle est censée servir ; (3) les décideurs et les exécutants sont tenus de rendre des comptes ; (4) les objectifs stratégiques sont réalisés de manière efficace, efficiente, éthique et équitable ; et (5) le dynamisme du ministère ou de l'organisation ne faiblit pas.

Une OSC nécessite une structure formelle fondée sur les valeurs établies de l'organisation et conçues pour réaliser sa mission et garantir la bonne utilisation des ressources. La bonne gouvernance suppose la définition d'un cap afin que l'organisation sache où elle va, l'engagement des parties prenantes, la protection des intérêts de ses bénéficiaires et la responsabilité devant la société, les bénéficiaires et les bailleurs de fonds par le biais d'un processus transparent, équitable et adapté aux besoins de la population que l'OSC dessert.

La bonne gouvernance dans les OSC n'est pas uniquement exercée au sommet de la structure organisationnelle ; cette fonction est répartie entre tous les échelons de l'organisation. Toutefois, plus l'échelon est élevé dans l'organisation, plus lourde est la responsabilité des personnes de veiller à la bonne gouvernance sur l'ensemble de l'organisation.

Cette section du manuel peut servir de guide à une OSC de n'importe quelle taille pour devenir une organisation plus structurée. Pour une nouvelle organisation, elle présente les outils nécessaires pour la mise en place de sa structure de gouvernance. Lorsqu'une OSC s'agrandit et dépasse une ou deux personnes, cette structure se compose presque toujours d'un conseil d'administration et d'une équipe de direction.

## POURQUOI LES ORGANISATIONS DE LA SOCIÉTÉ CIVILE ONT-ELLES BESOIN DE CONSEILS D'ADMINISTRATION ?

À la différence des sociétés ou des entreprises dont l'objectif principal est de faire des bénéfices pour leurs actionnaires ou propriétaires, les OSC sont créées pour servir le bien commun tout en procédant à une gestion judicieuse pour renforcer leurs performances dans la réalisation de leur mission. Elles n'ont pas de propriétaires directs pour les guider vers leurs objectifs, mais elles mettent en place un conseil d'administration bénévole chargé de veiller à ce que l'organisation agisse pour l'intérêt général. Le conseil a le pouvoir de diriger l'organisation, de prendre des décisions et de définir des politiques garantissant la bonne utilisation des ressources financières, la gestion efficace des ressources humaines et la fourniture des services de qualité (conformément à la mission de l'organisation). Le travail effectif de mise en pratique de la poursuite de leur mission relève généralement de la responsabilité de dirigeants et de cadres recrutés.

**Composition du conseil d'administration.** Le conseil d'administration d'une OSC est composé de dirigeants bénévoles élus ou désignés, souvent les fondateurs et d'autres éminents citoyens engagés dans la concrétisation de la mission de l'organisation. Les conseils d'administration efficaces adoptent la « gouvernance axée sur les compétences » dans laquelle les défis stratégiques de l'organisation orientent les connaissances et les compétences de leurs membres. Les membres du conseil d'administration pourraient ainsi disposer de compétences utiles pour guider l'organisation, par exemple la communication, le plaidoyer, la levée de fonds, la gestion et des connaissances techniques sur le type d'action de l'organisation. Les

membres du conseil d'administration doivent jouir d'un certain prestige et d'une bonne réputation dans la communauté.

Un supplément au document [The Manager](#) présente davantage d'informations sur la sélection des membres du conseil d'administration et un modèle de tableau pour analyser les caractéristiques, les compétences et l'expérience des membres actuels et potentiels du conseil.

[BoardSource](#), une organisation à but non lucratif fournit des informations pratiques, des outils et des meilleures pratiques, une formation et des outils de développement du leadership aux membres de conseils d'administration d'organisations à but non lucratif dans le monde.

## QUELS SONT LES RÔLES ET RESPONSABILITÉS DES CONSEILS D'ADMINISTRATION ?

Le conseil d'administration a le pouvoir et la responsabilité suprêmes de guider l'organisation dans l'accomplissement de sa mission et de garantir sa viabilité dans le temps. Étant donné qu'ils ne font pas partie de la direction et ne reçoivent aucun avantage financier, les membres du conseil peuvent émettre un avis indépendant lors de la supervision du fonctionnement de l'organisation.

Les membres du conseil recrutent et délèguent des pouvoirs à un directeur général (DG), parfois appelé directeur exécutif, responsable de la mise en œuvre des décisions du conseil d'administration. Le DG dirige l'équipe de direction, chargée de la planification, de l'organisation, de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation des activités en vue d'atteindre les objectifs de l'organisation.

Les OSC les plus efficaces opèrent une séparation nette entre la gouvernance et la direction : en général, le conseil d'administration gouverne et l'équipe de direction gère les affaires courantes, comme détaillé ci-dessous. Les rôles et responsabilités du conseil d'administration et de l'équipe de direction doivent être précis et assortis de mécanismes de contrôle permettant au conseil d'administration de faire contrepoids de façon indépendante et désintéressée au contrôle de la direction. Une gestion éclairée appuyée par des politiques saines et un conseil d'administration avisé constituent le fondement de la bonne gouvernance.

Vous pouvez lire [Policy Governance®](#), un modèle de leadership du conseil d'administration créé par le docteur John Carver qui permet aux conseils d'administration de se focaliser sur les grandes questions, de déléguer avec clarté, de contrôler sans ingérence le travail de la direction et d'évaluer rigoureusement les résultats de l'organisation.

## COMMENT LES OSC METTENT-ELLES EN ŒUVRE LES PRATIQUES DE GOUVERNANCE ?

Tout comme les organes du secteur public et des organes multisectoriels, les OSC adoptent aussi les quatre pratiques de la gouvernance (cultiver la responsabilité, mobiliser les parties prenantes, définir une orientation commune et gérer judicieusement les ressources) afin de gouverner plus efficacement. Le [Tableau 3](#) décrit en détail les rôles et responsabilités du conseil d'administration et de l'équipe de direction et les organise en fonction des quatre pratiques de la gouvernance.

**TABLEAU 3. Rôles et responsabilités du conseil d'administration et de l'équipe de direction**  
*(Comment l'équipe de direction assiste-t-elle le conseil d'administration dans la mise en œuvre des pratiques de gouvernance)*

Responsabilités du conseil en matière de gouvernance	Responsabilités de l'équipe de direction
<b>CULTIVER LA RESPONSABILITE</b>	
<ol style="list-style-type: none"> <li>Maintient la transparence et la responsabilité du conseil d'administration</li> <li>Supervise l'efficacité de l'organisation et apporte son assistance</li> <li>Recrute, appuie et évalue le DG</li> <li>Garantit un processus décisionnel transparent</li> <li>Encourage la qualité des services et des programmes.</li> <li>Maintient l'efficacité du conseil d'administration</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Apporte un soutien administratif dans le recrutement du DG</li> <li>■ Met en œuvre un processus décisionnel transparent</li> <li>■ Travaille sur la planification et la mise en œuvre de nouveaux projets</li> <li>■ Conçoit et met en œuvre les processus d'assurance qualité</li> <li>■ Informe le conseil d'administration de la qualité et des coûts des services</li> <li>■ Appuie la publication de rapports et la communication des performances aux parties prenantes</li> </ul>
<b>ENGAGER LES PARTIES PRENANTES</b>	
<ol style="list-style-type: none"> <li>Engage le gouvernement, la communauté, les partenaires et les bailleurs de fonds et répond à leurs intérêts</li> <li>Entretient de bonnes relations avec la communauté, le gouvernement et les bailleurs de fonds et représente publiquement les OSC à l'occasion</li> <li>Encourage le changement dans les politiques publiques</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Développe les relations extérieures et représente publiquement l'OSC</li> <li>■ Assure le soutien administratif et logistique pour les activités du conseil et de l'organisation en matière de relations entre le public et les parties prenantes</li> <li>■ Conçoit des politiques à l'examen du conseil d'administration</li> </ul>
<b>DÉFINIR UNE ORIENTATION COMMUNE</b>	
<ol style="list-style-type: none"> <li>Définit la mission de l'organisation dans le cadre des besoins de la communauté</li> <li>Élabore la vision et la stratégie de l'organisation et approuve le plan stratégique</li> <li>Encourage les valeurs de l'organisation</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Participe à la définition et à la diffusion de la mission et de la vision</li> <li>■ Organise et participe à l'élaboration du plan stratégique</li> <li>■ Conçoit les plans d'activités annuels conformément au plan stratégique</li> <li>■ Met en œuvre les valeurs de l'organisation dans les activités quotidiennes</li> </ul>
<b>GÉRER JUDICIEUSEMENT LES RESSOURCES</b>	
<ol style="list-style-type: none"> <li>Assure la viabilité financière</li> <li>Encourage l'utilisation rationnelle des ressources pour la réalisation de la mission, de la vision et des objectifs stratégiques</li> <li>Participe à la mobilisation des ressources financières</li> <li>Assure le suivi stratégique financier</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Exerce une gestion financière responsable et fournit des informations à jour et fiables au conseil d'administration et aux bailleurs de fonds</li> <li>■ Dirige, organise et met en œuvre la mobilisation des fonds</li> <li>■ Propose les budgets au conseil d'administration</li> </ul>

## CULTIVER LA RESPONSABILITÉ CHEZ LES ORGANISATIONS DE LA SOCIÉTÉ CIVILE

**Maintenir la transparence et la responsabilité du conseil d'administration.** Depuis un certain temps, le manque de financement est la préoccupation majeure de nombre d'OSC. Fort heureusement, des fonds sont disponibles à travers des mécanismes tels que le Fonds mondial et le PEPFAR. Même si elles sont nombreuses à rivaliser pour accéder à ces fonds, certaines OSC ne sont pas en mesure de démontrer les capacités administratives et la transparence nécessaires pour être éligibles au financement.

L'une des responsabilités majeures du conseil d'administration consiste à aider l'OSC à remplir les conditions d'éligibilité au financement en s'assurant que l'organisation dispose des procédures garantissant sa responsabilité et que sa gestion des ressources financières est éthique et transparente. L'appui du conseil d'administration pour répondre à l'exigence de responsabilité augmente les chances de l'organisation d'être éligible au financement pour résoudre les problèmes de santé prioritaires.

Comme le montre l'[encadré 5](#), la responsabilité passe par la transparence, c'est-à-dire la divulgation d'informations aux clients, aux bailleurs de fonds et au public sur la mission de l'organisation, les programmes ou activités en cours d'exécution pour faire avancer la mission, les résultats obtenus et l'utilisation de fonds

Ci-après [un exemple concret](#) montrant comment le conseil d'administration et la direction d'une OSC ont géré de graves problèmes de gouvernance.

**Bonnes politiques de gouvernance.** La mise en place des politiques du conseil et le contrôle du respect de ces dernières est un moyen, parmi d'autres, permettant aux conseils d'administration de réglementer leurs propres activités, d'apporter de l'efficacité et de la

### ENCADRÉ 5. Moyens par lesquels les OSC peuvent accéder à la transparence et la responsabilité

- Choisir les membres du conseil d'administration reconnus comme étant des membres respectables de la communauté et qui n'ont aucun conflit d'intérêt lié à leurs activités politiques ou économiques.
- Choisir certains membres du conseil d'administration dotés d'une expertise financière avérée.
- Adopter une charte des valeurs et un code éthique.
- Concevoir et appliquer une politique en matière de conflit d'intérêts.
- Documenter le processus de recrutement et de sélection de nouveaux membres.
- Orienter efficacement les nouveaux membres du conseil.
- Documenter toutes les décisions prises par le conseil d'administration à travers les procès-verbaux des réunions.
- S'assurer que les rapports financiers sont honnêtes, exhaustifs, à jour, accessibles et passés en revue par le conseil d'administration.
- Engager des auditeurs indépendants pour procéder à un audit annuel.
- Instaurer des politiques et des procédures de contrôles internes (cf. Chapitre 7 du présent manuel).
- Élaborer des rapports annuels à l'intention des partenaires et des bailleurs de fonds sur les résultats programmatiques et financiers de l'organisation.
- Produire un rapport annuel et des bulletins périodiques.
- Créer un site Web pour rendre les informations accessibles au public.

### Transparence et responsabilité en action – Un récit venant du terrain

Une organisation affiliée à la Fédération Internationale pour la Planification Familiale (IPPF) qui a fourni des services de planification familiale a rencontré plusieurs difficultés liées à la gouvernance en raison de la nature de son conseil d'administration et de l'assemblée des membres d'où est issu le conseil. L'assemblée, qui a une fois représenté différents secteurs et professions, était devenue un cercle fermé de médecins et le renouvellement des membres du conseil d'administration était très faible.

Certains administrateurs utilisaient leurs positions à des fins personnelles. Le président du conseil d'administration voulait vendre à l'organisation une propriété sur laquelle elle construirait une clinique mais sans tenir compte du meilleur prix ou de l'emplacement de la propriété. Un membre du conseil d'administration était propriétaire de l'atelier de réparation responsable de l'entretien des véhicules de l'organisation. Un autre membre du conseil d'administration a fourni une formation à la clinique sur la base de son évaluation personnelle des lacunes. Le conseil d'administration a approuvé une importante acquisition de contraceptifs qui étaient proches de leur date de péremption et seraient mis au rebut aux grands dépens de l'organisation. Toutes ces actions comportaient des conflits d'intérêts et des soupçons de corruption ont pesé sur la passation des marchés.

Le nouveau DG recruté était très préoccupé par ces irrégularités et déterminé à mettre fin aux transactions illégales. À l'heure de renouveler les membres du conseil d'administration, le DG a trouvé en la nouvelle présidente une alliée, une femme acquise à la cause de l'organisation et au fait des mauvaises pratiques. Avec l'aide de deux autres membres du conseil d'administration comme alliés, elle a ouvert une enquête pour clarifier l'achat des contraceptifs. L'enquête a engendré un conflit qui a divisé le conseil d'administration et l'assemblée en deux camps. Chaque camp essayait d'incriminer l'autre ou de revenir au statu quo, lorsque les conflits d'intérêts n'étaient pas à l'ordre du jour.

Dans le même temps, la nouvelle présidente et le DG ont conçu une stratégie pour changer la composition de l'assemblée afin de faire siéger de nouvelles personnes au conseil d'administration à l'occasion des prochaines élections et de mettre fin aux pratiques destructrices. À la suite des textes réglementaires de l'IPPF, la présidente et le DG ont obtenu l'approbation du conseil d'administration pour élargir l'adhésion de nouveaux membres à l'assemblée à davantage de femmes et de jeunes. Grâce à cette stratégie, ils ont augmenté le nombre d'organisations affiliées de 20 à 45 et ont vérifié que les nouveaux membres étaient honnêtes et engagés.

En plus d'enquêter sur les cas d'abus, l'organisation affiliée de l'IPPF a choisi un nouveau conseil d'administration et exclu certains anciens membres de l'assemblée. Depuis lors, l'organisation ne tolère plus les abus.

transparence et de cultiver la responsabilité. Ces politiques s'étendent généralement aux dispositions contenues dans les statuts de l'OSC, fournissent des informations et explications complémentaires et abordent les problèmes de conformité.

Les conseils d'administration disposent généralement de politiques en matière de conflit d'intérêts, de confidentialité, d'exploitation des informations, de présence aux réunions et de rémunération.

**Politique relatives aux conflits d'intérêts.** Les membres du conseil d'administration sont censés prendre des décisions responsables et éclairées, en phase avec les intérêts de l'organisation. Ce processus décisionnel peut être affecté si le membre du conseil d'administration a des intérêts personnels en concurrence avec ceux de l'organisation, comme nous l'avons vu dans l'exemple réel ci-dessus d'une organisation affiliée à l'IPPF. Les conseils d'administration efficaces élaborent des politiques de prévention des conflits d'intérêt et les observent strictement. [L'encadré 6](#) présente un exemple de politique en matière de conflits d'intérêts.

#### ENCADRÉ 6. Exemple de politique en matière de conflit d'intérêt

- En remplissant un formulaire de candidature, tous les candidats au conseil d'administration doivent indiquer les organisations ou les sociétés auxquelles ils sont liés et les intérêts qu'ils y détiennent, particulièrement s'il existe des conflits d'intérêts potentiels.
- En cas de conflit d'intérêt grave, la personne ne peut siéger au conseil d'administration. À titre d'exemple, un conflit d'intérêt grave existe lorsque la personne occupe un poste de cadre supérieur dans une organisation concurrente ou est membre du personnel rémunéré dans l'organisation pour laquelle elle veut siéger au conseil d'administration.
- Lorsque le conseil d'administration doit prendre une décision sur l'acquisition de biens ou services au cours d'une de ses réunions, les membres sont invités, dès le début de la réunion, à préciser si une telle décision pourrait entraîner un conflit d'intérêt.
- Lorsque le conseil d'administration doit prendre une décision susceptible d'affecter les intérêts personnels d'un de ses membres, celui-ci doit s'abstenir de prendre part aux délibérations et au vote.
- En règle générale, les membres du conseil d'administration et leurs proches doivent s'abstenir de toute transaction avec l'organisation, qu'il s'agisse de vente, d'achat ou d'échange.
- Les membres du conseil d'administration sont censés adhérer à un processus transparent dans la sélection et le recrutement des employés. Ils ne doivent pas participer au processus de sélection lorsque des parents, amis ou connaissances font acte de candidature.

**Politique de confidentialité et d'utilisation des informations.** Une politique d'utilisation des informations doit être conçue et mise en œuvre pour protéger les informations stratégiques et sensibles de l'organisation. Cette politique est étroitement liée à celle des conflits d'intérêts dans la mesure où les membres du conseil d'administration dont les intérêts personnels sont en concurrence avec ceux de l'organisation ne doivent pas avoir accès aux informations stratégiques.

**Politique de présence aux réunions.** L'absentéisme des membres aux réunions ordinaires et extraordinaires constitue le problème récurrent des conseils d'administration. La nature bénévole de la participation des membres et le fait que les conseils d'administration sont généralement composés de personnes expérimentées jouissant d'un statut social élevé constituent souvent un obstacle à la participation pleine et entière des membres. Le quorum est généralement défini comme étant la majorité des membres. Lorsque le quorum n'est pas atteint, des décisions cruciales pourraient être reportées, au détriment du bon fonctionnement de l'OSC. Une politique d'assiduité en bonne et due forme aux réunions permet d'éviter ce problème.

**Politique de rémunération.** Les membres de conseil d'administration des OSC agissent à titre bénévole et ne doivent pas être rémunérés pour des services ou produits fournis à l'organisation. Des conflits d'intérêts pourraient survenir s'ils sont rémunérés financièrement pour un service ou un produit recommandé par le conseil d'administration. Si par exemple les membres du conseil d'administration souhaitent former le personnel dans le domaine du service à la clientèle et qu'un membre du conseil propose ses services payants, on est en présence d'un conflit d'intérêt évident, car la personne qui participe à la prise de décision est aussi celle qui veut en tirer un avantage financier. D'un autre côté, les OSC peuvent rembourser les dépenses effectuées par les membres du conseil d'administration dans l'exercice de leur fonction. Il peut s'agir des dépenses liées à la participation aux réunions

et aux retraites du conseil et à la conduite des visites sur le terrain. Dans ces cas, les OSC peuvent rembourser directement les dépenses encourues par les membres du conseil pour permettre la participation de ces derniers.

**Suivi stratégique de l'efficacité organisationnelle et soutien.** Suivi stratégique de l'efficacité organisationnelle et soutien. Dans sa mission de protection des intérêts de l'OSC et son obligation de rendre des comptes à ses clients, aux parties prenantes et au grand public, le conseil d'administration supervise et appuie le personnel dans la réalisation des objectifs de l'organisation. Le conseil d'administration s'assure également que l'OSC se conforme aux lois et aux règlements. Il n'a pas vocation à gérer une organisation, mais plutôt à surveiller stratégiquement ses performances, à formuler des conseils et à faciliter l'accès aux ressources. Le conseil d'administration remplit ces fonctions par le recrutement, l'assistance et l'évaluation du DG, la promotion de la transparence dans les décisions et la promotion de services et programmes de grande qualité. Le suivi stratégique constitue une fonction de gouvernance et relève donc de la responsabilité du conseil d'administration. Il est différent de l'évaluation qui est du ressort du personnel chargé d'exécuter les programmes.

Pour en savoir plus sur la différence entre suivi stratégique et évaluation, reportez-vous au document d'orientation sur le suivi stratégique du Fonds mondial disponible [ici](#).

**Recrutement, assistance et évaluation du Directeur général.** Le DG agit au nom du conseil d'administration pour exécuter ses décisions. Il accepte le pouvoir de recruter, d'organiser et de superviser le personnel ; conçoit des politiques et procédures appropriées et alloue les ressources dans la limite autorisée par les directives budgétaires. Étant donné que le DG joue un rôle aussi crucial dans le fonctionnement de l'organisation et sa responsabilité globale, les responsabilités les plus importantes du conseil d'administration consistent à sélectionner la personne idéale, à fournir orientation et conseils, à suivre ses performances et à mener des évaluations périodiques formelles.

**Maintien d'un processus décisionnel transparent.** Le processus décisionnel peut varier considérablement d'une organisation à l'autre. Certaines organisations pratiquant une culture très participative disposent d'une équipe de direction solide et engagée qui bénéficie de la confiance totale du conseil d'administration. Dans ces cas, le conseil d'administration délègue une bonne partie de ses responsabilités à l'équipe de direction et lui demande simplement de rendre compte de ses décisions une fois par mois ou par trimestre. Dans d'autres cas, si le conseil d'administration estime l'équipe de direction n'est pas assez expérimentée, les administrateurs devront certainement participer à toutes les décisions importantes. Les conseils d'administration performants connaissent leurs équipes de direction et sont en mesure de déléguer des pouvoirs de façon appropriée. Ils accordent une attention particulière aux actions de leur équipe de direction sans verser dans l'ingérence inutile. En résumé, ils accordent à leurs équipes de direction l'opportunité d'apprendre et de se perfectionner.

Le DG et l'équipe de direction sont généralement à l'image du conseil d'administration en matière de prise de décision. Les conseils d'administration autoritaires établissent une norme que l'équipe de direction reproduit et fait appliquer à son tour aux échelons inférieurs. En revanche, lorsque les conseils d'administration encouragent l'équipe de direction à participer à la prise de décision, leur style déteint sur tous les échelons, suscite un vaste engouement à mettre en œuvre les décisions, crée une atmosphère de travail positive et favorise la responsabilité.

Dans tous les cas, une bonne gouvernance suppose un processus décisionnel transparent et une autorité claire et respectée à chaque échelon de l'organisation. Par exemple, vu qu'il

est du ressort du conseil d'administration d'approuver une politique d'approvisionnement pour l'OSC, la personne qui dispose du pouvoir de signature doit être clairement désignée. Le directeur financier peut approuver de petits achats, tandis que le DG doit approuver les achats dépassant une certaine quantité. Le conseil d'administration, quant à lui, approuve généralement les investissements majeurs. Dans ce cas comme dans d'autres, des politiques, procédures et niveaux de responsabilité clairs sont indispensables pour contrôler le risque et prévenir la fraude, et par voie de conséquence, instaurer la responsabilité.

**Promotion de la qualité des services et des programmes.** Il est du ressort du conseil d'administration de veiller à ce que le personnel professionnel rende compte de la qualité des services et des programmes, en le poussant à respecter les normes les plus élevées en matière de prestation de services et en lui apportant son appui pour effectuer les améliorations si nécessaire. Dans ces conditions, il est important de distinguer le rôle du conseil d'administration de celui de l'équipe de direction. Certains conseils d'administration ne savent pas trop comment s'acquitter de cette responsabilité et hésitent à s'impliquer de quelque manière que ce soit dans la gestion, tandis que d'autres s'ingèrent dans la gestion en essayant de superviser les activités et de s'immiscer dans les détails de la prestation de services.

Étant donné que l'équipe de direction et le personnel sont responsables de la prestation de services de grande qualité, ils doivent fournir aux membres du conseil d'administration des informations pour évaluer la qualité des services. Sur la base de ces informations, le conseil d'administration peut formuler des recommandations sur la façon d'améliorer les services. Il est du ressort de l'équipe de direction d'appliquer les recommandations du conseil d'administration.

Afin de certifier que les prestations sont de haute qualité, le conseil d'administration doit : fixer des objectifs de qualité, analyser les résultats, rester en contact étroit avec la communauté pour obtenir leurs commentaires et s'assurer que les actions nécessaires pour améliorer la qualité des prestations sont diligemment mises en œuvre.

Le Chapitre 9 du présent manuel traite de l'établissement et du maintien des prestations de qualité. Pour plus d'informations sur ce sujet et sur l'amélioration continue de la qualité, reportez-vous aux ressources en ligne de MSH, rubrique [Managing Community Health Services](#) (Gestion des services de santé communautaires). Pour plus d'informations sur la façon d'introduire ou de mettre à l'échelle des services de santé efficaces, vous pouvez utiliser le [MSH Guide to Fostering Change](#) (Guide de MSH pour encourager le changement).

**Maintien de l'efficacité du conseil d'administration.** Pour être actif et efficace, et donc responsable, le conseil d'administration doit conduire certaines activités. Les tâches les plus importantes pour entretenir le conseil d'administration consistent à recruter et à sélectionner ses membres, à sensibiliser ces derniers, à tenir des réunions et à évaluer et améliorer ses performances.

**Recrutement et sélection des membres du conseil d'administration.** Il est important que le conseil d'administration soit composé de membres partageant l'engagement et l'intégrité mais ayant également des profils, des compétences et des expériences divers. Cette diversité garantit un large soutien de la communauté et une expérience professionnelle riche pour l'organisation. De nombreux conseils d'administration disposent d'un petit comité de gouvernance chargé de la prospection de nouveaux candidats au conseil. Tous les membres du conseil d'administration doivent disposer d'une fiche de description de poste qui indique leurs fonctions et responsabilités et la durée de leurs mandats.

**Sensibilisation du conseil d'administration.** La sensibilisation des membres nouveaux et actuels du conseil d'administration est un processus continu qui est à la fois du ressort du conseil d'administration et de la direction. Au départ, les administrateurs doivent bénéficier d'une orientation ou d'une formation qui leur permet d'en apprendre davantage sur l'OSC et de comprendre leurs fonctions et leurs responsabilités. Des retraites, des ateliers ou des visites sur sites périodiques peuvent être des occasions d'apprentissage concentré sur l'organisation, les questions dont elle s'occupe et son domaine général d'expertise. Certaines OSC élaborent des guides à l'attention des administrateurs à utiliser comme outils d'auto-formation.

**Tenue des réunions du conseil d'administration.** Les affaires du conseil d'administration sont généralement traitées lors de réunions mensuelles ou trimestrielles. Même si les membres du conseil ne sont pas rémunérés pour leur travail, le fait de les réunir reste coûteux tant pour les membres pris individuellement (qui donnent de leur temps pour participer à la réunion) que pour l'OSC généralement censée rembourser leurs frais de déplacement. Pour cette raison, il est très important que les réunions soient bien organisées et bien gérées. Il incombe généralement au président du conseil d'administration, avec l'aide du DG, de planifier les réunions du conseil de façon à bien utiliser le temps des participants. La qualité des décisions du conseil d'administration dépend de la planification, de la préparation et du bon déroulement des réunions. Lors des réunions effectives du conseil d'administration, les membres :

- sont informés ;
- sont invités à donner leur avis ;
- discutent des politiques importantes et des questions stratégiques ;
- prennent des décisions sur ces questions importantes ;
- passent en revue ou ratifient les décisions antérieures.

*The Manager* propose plus d'informations à examiner avant, pendant et après les réunions du conseil d'administration.

**Évaluation et amélioration des performances du conseil d'administration.**

Chaque année, en fonction de la durée de son mandat, le conseil d'administration doit procéder à l'évaluation formelle de ses performances. Celle-ci peut être effectuée via une retraite ou un outil d'auto-évaluation. Son objectif est d'évaluer l'exécution des rôles et responsabilités du conseil d'administration. Elle doit permettre de mesurer à quel point le conseil applique effectivement les quatre pratiques de la gouvernance et de déterminer les moyens d'améliorer les performances du conseil.

*Handbook of NGO Governance* (Le manuel de gouvernance des ONG) de Marilyn Wyatt comprend une liste de contrôle utile pour l'auto-évaluation aux pages 66 à 69.

## MOBILISATION DES PARTIES PRENANTES DES ORGANISATIONS DE LA SOCIÉTÉ CIVILE

Les OSC pratiquent la bonne gouvernance par la mobilisation efficace d'une multitude de parties prenantes, notamment la communauté, les bailleurs de fonds et le gouvernement.

**Mobilisation de la communauté.** Toute OSC doit entretenir des relations mutuellement bénéfiques avec la communauté et faire ressortir cet objectif dans ses plans stratégiques. La

représentation de la communauté au sein du conseil d'administration favorise cette relation et permet de s'assurer que les besoins, les préoccupations et les opportunités de service de la communauté sont pris en compte. L'équipe de direction doit fournir des informations à jour au conseil d'administration concernant la communauté et les services que celle-ci a reçus. L'accès à des informations complètes sur la communauté permet au conseil d'administration de prendre de meilleures décisions.

**Mobilisation des autres partenaires, notamment les bailleurs de fonds.** Les OSC n'évoluent pas seules dans leur environnement. De nombreux autres acteurs intéressés par la réalisation d'objectifs similaires sont présents dans le domaine de la santé. Le conseil d'administration doit s'informer sur les acteurs intéressés par des questions similaires dans la région, s'approcher de ceux qui souhaitent établir de bonnes relations et rechercher des opportunités de collaboration. La création de relations et de partenariats positifs avec les bailleurs de fonds ou d'autres partenaires peut accroître la capacité de l'organisation à réaliser ses objectifs et à assurer sa viabilité sur le long terme.

**Collaboration avec le gouvernement.** Le respect des exigences du gouvernement est primordial pour préserver le statut juridique de l'organisation et permettre à celle-ci de fonctionner. Toutefois, les bonnes relations avec le gouvernement vont au-delà de la conformité juridique ; elles peuvent faciliter ou entraver la capacité de l'organisation à mener à bien sa mission. Dans de nombreux pays, particulièrement en Afrique, les OSC entretiennent des relations étroites avec leurs gouvernements et fournissent une partie importante des services de santé. Ailleurs comme en Asie centrale, les relations entre les OSC et le gouvernement sont tendues, au moins en partie parce que de nombreuses OSC ont tendance à critiquer les performances du gouvernement et à plaider pour de meilleurs services.

Selon les circonstances, les conseils d'administration doivent aider les OSC à rechercher la meilleure formule pour entretenir des relations positives avec leur gouvernement et exploiter les opportunités de collaboration pour le bien commun. Des relations solides avec le gouvernement permettent au conseil d'administration de faire pression pour l'adoption de législations et des réglementations positives et d'éviter des lois préjudiciables à la mission de l'organisation et aux besoins et intérêts de la communauté.

**Maintien de bonnes relations extérieures.** Les membres du conseil sont les ambassadeurs et les avocats de l'OSC. Le conseil représente l'organisation dans divers forums et s'efforce de promouvoir et à maintenir une bonne image et de bonnes relations avec la communauté, les bailleurs de fonds et autres partenaires et le gouvernement. Les rapports de l'organisation avec tous ces groupes pèsent sur sa capacité à influencer sur le programme de santé publique grâce à la proposition de changements nécessaires dans les politiques.

**Proposition de changements dans les politiques publiques.** Le conseil d'administration peut élaborer une stratégie de relations publiques matérialisée par des contacts avec des responsables de haut niveau, des directeurs d'autres organisations et des bailleurs de fonds. Une telle stratégie permet de promouvoir la mission de l'OSC, d'accroître ses chances de bénéficier de financements et d'influencer les politiques publiques. Tous ces avantages agissent en faveur des objectifs de l'OSC, comme illustré dans l'[encadré 7](#).

L'équipe de direction peut assister les membres du conseil dans cette tâche en tenant ces derniers et le personnel informés de l'évolution des politiques publiques affectant l'organisation, en travaillant de concert avec les médias et en coordonnant les activités bénévoles relatives aux affaires publiques.

### ENCADRÉ 7. Activités du conseil d'administration visant à rehausser l'image de l'OSC et sa capacité à influencer politiques

- Plaider en faveur de la mission et des objectifs de l'organisation auprès de collègues influents
- Envoyer des courriers aux législateurs, aux politiques et aux décideurs
- Faire pression sur les législateurs et les décideurs politiques sur les questions importantes pour l'organisation
- Prendre la parole lors des conférences, événements publics et réunions communautaires
- Se faire entendre sur les questions publiques et exprimer les points de vue de l'OSC dans les médias

[Cliquez ici](#) pour découvrir un outil d'analyse et de gestion des aspects politiques de la prise de décision et des politiques publiques.

## DÉFINITION D'UNE ORIENTATION COMMUNE DANS LES ORGANISATIONS DE LA SOCIÉTÉ CIVILE

En tant qu'organe directeur, le conseil d'administration trace la voie à suivre pour la réalisation de la mission de l'organisation. Il exerce cette pratique de gouvernance dans trois domaines de responsabilité : définition de la mission de l'organisation, assistance dans la définition de la vision et de la stratégie de l'organisation et observation des valeurs de l'organisation.

**Définition de la mission de l'organisation.** La mission de l'OSC véhicule sa vocation, sa raison d'être. À travers l'énoncé de la mission, le conseil d'administration, la direction et le personnel peuvent concentrer leurs efforts sur la satisfaction des besoins des bénéficiaires de l'organisation. La mission permet aux membres du conseil, à la direction, au personnel et aux bénévoles d'être en phase les uns avec les autres et donne un sens à toutes les activités. Elle constitue la pierre angulaire autour de laquelle l'organisation développe ses objectifs et ses stratégies.

La mission est un énoncé général qui explique le type d'organisation, son but principal et ses valeurs. Elle doit répondre aux questions suivantes : Que faisons-nous ? Qui servons-nous ? Comment le faisons-nous ? Pourquoi le faisons-nous ?

**Définition de la vision et de la stratégie de l'organisation et approbation du plan stratégique.** Le conseil d'administration assume une grande part de responsabilité dans le succès d'une OSC. Il doit s'assurer que l'organisation atteint la population qu'elle a l'intention de servir et répond aux besoins de ses clients. Pour réaliser cette fonction, le conseil d'administration collabore avec l'équipe de direction afin de créer une vision et un plan stratégique communs.

La vision fixe le cap de l'organisation et précise les ambitions futures de celle-ci. L'expérience a montré que la vision est plus solide lorsqu'elle est définie avec la participation de nombreuses personnes dans l'organisation, car en règle générale, les personnes soutiennent une œuvre à laquelle elles ont participé. Les conseils d'administration performants définissent une vision commune que s'approprient ceux qui sont chargés de la mettre en œuvre.

Les pages 182 à 188 du document [Managers Who Lead Toolkit](#) contiennent des exercices pour la création d'une vision partagée.

La vision plante le décor pour la planification stratégique. Le plan stratégique définit les étapes que l'organisation suit pour atteindre ses buts et ses objectifs et remplir sa mission pour une période comprise entre trois et cinq ans. Lors de l'élaboration d'un plan stratégique, le

conseil d'administration et le personnel se posent quatre questions : Où voulons-nous aller ? (vision et mission) ; où sommes-nous en ce moment ? (opportunités et menaces externes, forces et faiblesses internes) ; comment passer de notre situation actuelle à notre situation idéale ? (objectifs, stratégies et plans opérationnels stratégiques accompagnés de mesures à prendre pour atteindre les objectifs) ; et comment nous assurer que nous y parviendrons ? (mécanismes de suivi des progrès et de mesure des résultats).

Le conseil d'administration doit indiquer les orientations et observations à l'équipe de direction via le processus de planification stratégique. Les conseils d'administration peuvent se révéler particulièrement efficaces dans la collecte et l'analyse d'informations relatives à l'environnement externe, aux tendances actuelles de la politique sociale et sanitaire, aux besoins de la population et aux nouvelles opportunités de financement. Le conseil doit approuver formellement le plan stratégique final et s'y engager. Une fois le plan stratégique adopté, le conseil doit s'assurer que les plans opérationnels annuels de l'OSC appuient les objectifs stratégiques et les stratégies.

Pour de plus amples détails sur le processus de planification stratégique, les outils et les exemples de pays, reportez-vous au chapitre 5 du présent manuel.

**Promotion des valeurs de l'organisation.** Dans la définition de l'orientation, les valeurs organisationnelles éclairent la voie vers l'accomplissement de la mission. Elles sont les principes éthiques qui sous-tendent les choix d'actions de l'OSC en faveur de ses bénéficiaires, de son personnel, ainsi que le mode de collaboration avec ses partenaires. Les conseils d'administration fondés sur des valeurs fortes gagnent le respect de la direction, du personnel, des partenaires et de la communauté.

Ces valeurs sont le reflet de l'histoire de l'organisation. Elles expriment généralement les convictions et les attentes des fondateurs et sont axées sur l'action en faveur du public et le développement d'un bien commun. Parfois, ces valeurs sont clairement énoncées, mais elles peuvent aussi être implicites et se manifester à travers la culture et les actions de l'organisation.

Les valeurs de l'organisation doivent influencer le mode de gouvernance et de direction du conseil d'administration, mais également le mode de fonctionnement du personnel et de la direction. Il est du ressort du conseil de rendre ces valeurs explicites, d'inviter la direction et le personnel à y réfléchir et de s'en inspirer à l'heure de prendre des décisions difficiles. Les conseils d'administration performants vivent les valeurs qu'ils professent, en accompagnant les mots positifs d'actions positives. Ils assument la responsabilité de s'assurer que les choix de l'organisation sont conformes à ses valeurs.

Chaque organisation a ses propres valeurs, mais certaines valeurs sont partagées par beaucoup d'OSC performantes, notamment les suivantes :

- adhésion à la mission
- intégrité et transparence
- responsabilité
- actions tournées vers le service
- solidarité avec les personnes les plus vulnérables
- respect des différences
- participation de la communauté

## GESTION JUDICIEUSE DES RESSOURCES DANS LES ORGANISATIONS DE LA SOCIÉTÉ CIVILE

En tant qu'organe directeur, les conseils d'administration sont responsables de la levée et de l'allocation des fonds en veillant à l'utilisation responsable des ressources et à la viabilité financière à long terme.

**Viabilité financière.** Lorsque les ressources sont rares, le conseil d'administration doit impérativement définir des politiques, prendre des décisions et favoriser des projets permettant à l'OSC d'accéder aux ressources nécessaires pour entretenir et développer ses projets. On n'insistera jamais assez sur la viabilité financière. S'il est vrai qu'il existe davantage de ressources largement disponibles dans la communauté du développement, il est tout aussi vrai que chaque jour, de plus en plus d'OSC sont en concurrence pour y accéder.

Le conseil d'administration peut assurer la viabilité financière et la croissance organisationnelle à travers trois activités : (1) promotion de l'utilisation rationnelle des ressources de l'organisation, (2) conception de projets et de programmes pour accroître ses revenus et (3) levée de fonds supplémentaires.

**Promotion de l'utilisation rationnelle des ressources de l'organisation.** Lorsque les ressources financières sont largement disponibles, on a tendance à être moins regardant et à dépenser plus sans faire trop attention au résultat final. Lorsque les membres du conseil reconnaissent le caractère limité des ressources financières, ils doivent chercher à faire des économies sans affecter la qualité des prestations. Les coûts des fournitures et des services publics (eau, électricité et téléphone) sont des postes de dépense où il est possible d'économiser. Par souci d'efficacité et d'économie, le conseil d'administration doit également voir s'il est possible de réorganiser ou de réaffecter les infrastructures ou les ressources humaines sous-utilisées.

**Conception de projets et de programmes pour accroître les revenus.** Le conseil d'administration est également chargé de l'élaboration de stratégies pour accroître les revenus. De nombreuses OSC ont diversifié leurs services et élargi leurs groupes cibles aux populations qui peuvent payer pour certains services. L'offre de soins obstétricaux pour les accouchements, de services de consultation médicale par des spécialistes, de services de laboratoire, de services pharmaceutiques, de prestations dentaires et d'optométrie peut constituer de bonnes sources de recouvrement de coûts. Les membres du conseil au fait du climat des affaires de leur pays peuvent formuler des recommandations pertinentes sur les nouvelles prestations ou activités susceptibles de compenser les coûts de fonctionnement de l'organisation.

**Levée de fonds supplémentaires.** La prise en charge des populations les plus défavorisées aura toujours besoin de la générosité des donateurs. Pour lever des fonds de manière efficace, les membres du conseil doivent convaincre les bailleurs de fonds potentiels de l'importance de l'action de l'OSC et les maintenir toujours motivés et intéressés. Le conseil d'administration peut aider l'organisation à étudier les demandes de propositions des bailleurs de fonds ou les contrats avec des institutions publiques. Dans de nombreuses OSC, les administrateurs font également des contributions annuelles à l'organisation.

[L'encadré 8](#) (page suivante) propose d'autres exemples d'activités de levée de fonds..

**Suivi stratégique financier.** Le conseil d'administration a, en dernier ressort, la responsabilité de la viabilité financière de l'OSC. Les administrateurs et la haute direction doivent travailler de concert pour déterminer les objectifs financiers et élaborer des politiques financières. La fonction de suivi stratégique comporte six responsabilités, comme l'indique [l'encadré 9](#).

### ENCADRÉ 8. Activités classiques de levée de fonds des membres du conseil d'administration

- Solliciter des contributions annuelles pour couvrir les frais d'exploitation
- Organiser des campagnes de levée de fonds pour financer des biens d'équipement spécifiques ou la modernisation d'établissements
- Concourir pour obtenir des fonds en élaborant des propositions pour des projets spécifiques ou des programmes spéciaux
- Mettre en place un fonds de dotation à partir des revenus issus d'intérêts, de dividendes, de locations de propriétés et de contributions en vue de pourvoir aux besoins institutionnels futurs

Pour garantir un contrôle financier efficace, les conseils d'administration mettent souvent sur pied une commission des finances composée de membres expérimentés en gestion financière, du DG et du directeur financier de l'OSC.

Toutes les informations financières doivent être analysées dans le cadre des résultats programmatiques obtenus au cours de la période d'étude. À chaque réunion, le conseil d'administration aura besoin des rapports financiers qui détaillent les revenus, les dépenses et tout excédent ou déficit de l'organisation. Les rapports doivent mettre en lumière les écarts par rapport au budget, aux revenus projetés et les actions en cours de la direction pour y remédier.

Le conseil d'administration doit savoir comment examiner et interpréter trois documents financiers clés :

1. le tableau des prévisions de trésorerie ;
2. le bilan ;
3. le compte de résultat

Pour plus de détails sur la gestion financière, les outils et les exemples, consultez le Chapitre 7 du présent manuel. Pour plus d'informations sur le contrôle financier, consultez [le centre de ressources électroniques de MSH](#).

## Difficultés courantes des conseils d'administration et solutions

### ENCADRÉ 9. Six principales responsabilités du conseil d'administration en matière de suivi stratégique financier

1. Déterminer les objectifs financiers de l'OSC et suivre les progrès accomplis vers la réalisation de ces objectifs.
2. Réexaminer les politiques financières, instaurer des politiques solides et veiller à leur application.
3. Réexaminer les systèmes de contrôle financier en vue de sauvegarder les ressources de l'organisation.
4. Respecter les exigences des bailleurs de fonds ou du gouvernement ; prendre des dispositions afin qu'un audit financier annuel, ou selon les besoins, soit effectué par un cabinet indépendant agréé.
5. Approuver le budget annuel.
6. Approuver les intentions et plans de la direction pour rechercher des revenus additionnels auprès de diverses sources.

TABLEAU 4. Difficultés courantes des conseils d'administration et solutions

Difficulté	Description de la difficulté	Solution
<b>Manque d'expérience</b>	Les membres du conseil d'administration ne maîtrisent pas le fonctionnement de l'organisation, manquent d'expérience dans l'examen des rapports financiers et programmatiques et/ou ne maîtrisent pas leurs fonctions. Le conseil d'administration intervient très rarement dans la définition de l'orientation de l'organisation ou prend des décisions inopportunes.	Assurer une séance d'orientation pour chaque nouveau membre lorsqu'il/elle entre en fonction. Sensibiliser régulièrement les membres du conseil d'administration nouveaux et actuels au sujet de leurs fonctions et de leurs responsabilités. Fournir des informations sur les programmes et les directives de l'organisation dans l'examen des rapports financiers.
<b>Ingérence dans les fonctions de gestion</b>	Des membres du conseil d'administration engagés, bien intentionnés interprètent mal leurs fonctions et tentent d'interférer dans les décisions prises par le DG et d'autres cadres supérieurs. Ils remettent en cause le mode d'exécution des activités et suggèrent constamment des changements.	Lors de l'orientation, définir clairement les fonctions des membres du conseil d'administration et leurs relations avec le personnel professionnel, notamment le DG et l'équipe de direction. Distribuer des directives écrites concernant ces relations. Un suivi stratégique minutieux du président du conseil doit permettre de résoudre cette difficulté.
<b>Manque d'engagement</b>	Les membres du conseil d'administration ont été choisis sans tenir compte de leur disponibilité et ne comprennent pas clairement leur engagement en termes de temps à consacrer à l'organisation	Choisir soigneusement les membres du conseil d'administration en fournissant des informations détaillées aux candidats potentiels sur leurs responsabilités et le temps qu'ils devront consacrer à l'organisation. Concevoir et mettre en œuvre une politique de présences aux réunions
<b>Luttes de pouvoir</b>	Les membres du conseil ont des programmes cachés ou des relations antérieures avec d'autres membres, ce qui réduit leur objectivité ou entraîne des conflits improductifs entre les membres.	Mettre sur pied un conseil diversifié qui prend des décisions objectives fondées sur des données probantes sans pression extérieure inappropriée. Le président du conseil doit être attentif aux alliances ou aux conflits inappropriés et les traiter dès leur apparition.
<b>Conflits d'intérêts</b>	Les membres recherchent certains avantages financiers des services qu'ils rendent au conseil d'administration en proposant des services payants, en commercialisant des prestations par amis et connaissances interposés ou en espérant ou en exigeant d'autres avantages (par exemple l'utilisation des véhicules de l'organisation, voyages aux frais de l'organisation, repas de luxe). Les membres du conseil d'administration font partie du personnel d'un organisation concurrent et sont par conséquent divisés en termes de loyauté.	Concevoir, mettre en œuvre et appliquer strictement une politique de conflits d'intérêt explicite et complète.
<b>Durée du mandat trop longue</b>	Les membres du conseil d'administration peuvent devenir léthargiques, déconnectés et sans inspiration. Malgré leur inefficacité, ils rechignent à démissionner, parce qu'ils sont les fondateurs de l'organisation, s'estiment indispensables ou veulent conserver le prestige de siéger au conseil d'administration.	Développer, mettre en œuvre et appliquer une limite de mandat et des conditions pour continuer à siéger au conseil d'administration. Toutefois, en vue d'assurer la continuité, ne pas remplacer toute la majorité des membres du conseil d'administration à la fois.

Comme vous pouvez le constater à travers les exemples du présent chapitre, les conseils d'administration peuvent être en proie à des difficultés diverses et variées : faiblesse, improductivité, trop de protocole, ingérence excessive jusqu'à empiéter sur les responsabilités du DG en termes d'administration de l'organisation. Dans le [Tableau 4](#) (page précédente), nous présentons, parmi les difficultés les plus courantes rencontrées par les conseils d'administration, six d'entre elles et proposons des stratégies pour y remédier.

Les défis sanitaires étant de plus en plus nombreux, les bailleurs de fonds sont à la recherche de programmes gouvernementaux, de partenariats multisectoriels et d'OSC avec lesquels collaborer pour répondre aux besoins de santé. Condition exigée par les bailleurs, une gouvernance solide s'avère cruciale pour ces efforts. En tant que responsable d'un programme de santé ou d'un service de santé, vous pouvez, en plaidant en faveur des pratiques éprouvées dans le présent chapitre et en les mettant en œuvre, instaurer efficacement la bonne gouvernance dans votre organisation.

Pour en savoir plus et échanger des idées et des ressources sur les conseils d'administration, visitez le [National Council of Nonprofits](#), [BoardSource](#), ou le groupe [The NGO World](#) sur LinkedIn.

## Pratiques éprouvées

---

Pour une bonne gouvernance dans le secteur public, les dirigeants sont invités à discuter de la meilleure manière d'adapter et d'appliquer les pratiques suivantes dans leur contexte spécifique.

- Appliquez avec méthode les quatre pratiques efficaces de gouvernance (cultiver la responsabilité, mobiliser les parties prenantes, définir une orientation commune et gérer judicieusement les ressources) en vue d'améliorer la gouvernance de votre système de santé. Vous parviendrez ainsi à une utilisation optimale des médicaments, des informations, des ressources humaines et financières et, par conséquent, à un système de santé et à des résultats de santé plus performants.
- Utilisez les technologies modernes de l'information et de la communication et la mesure des performances pour faciliter l'application des quatre pratiques de gouvernance et renforcer leur efficacité.
- Procédez à une évaluation régulière des performances de la gouvernance. La bonne gouvernance n'est pas statique mais dynamique et les responsables de la gouvernance d'un système ou d'un établissement de santé doivent s'engager à évaluer régulièrement leurs performances. L'amélioration continue de la gouvernance devient possible lorsque vous procédez régulièrement à une évaluation objective et structurée de vos performances de gouvernance.
- Améliorez continuellement vos compétences en matière de gouvernance. La gouvernance avisée, efficace et rationnelle ne s'improvise pas. Les responsables de la gouvernance doivent s'investir individuellement et collectivement pour améliorer leurs compétences de façon permanente (connaissances, compétences et capacités). Ils doivent explorer et exploiter les opportunités de se perfectionner en matière de gouvernance.
- Ne ménagez aucun effort pour définir une orientation stratégique de qualité. La gouvernance doit reposer sur une orientation stratégique claire, définie en fonction des besoins de santé de la population ciblée par l'établissement

de santé. Elle doit également être accompagnée de politiques, de plans et programmes et de ressources pour répondre à ces besoins

Pour une bonne gouvernance au sein des instances multisectorielles :

- Garantir un leadership efficace. Les organisations multisectoriels ont besoin d'un leadership engagé, motivé, démocratique et habilité. Les fonds budgétisés pour soutenir le développement du leadership des organisations multisectoriels sont des investissements rentables.
- Des termes de référence clairs délimitant les responsabilités des membres, des dirigeants et des comités sont indispensables pour l'efficacité des organes multisectoriels.
- Les organisations de la société civile doivent jouer un rôle officiel dans la structure de gouvernance des organes multisectoriels. Leurs représentants doivent représenter pleinement leurs bénéficiaires.
- Des politiques et des procédures claires de gestion des conflits d'intérêts et la formation des membres au conflit d'intérêts garantissent des décisions non-intéressées et des ressources déployées à bon escient.
- Un secrétariat administratif bien équipé et pourvu en personnel s'avère déterminant pour le bon fonctionnement d'un organisation multisectoriel.

Si vous gérez ou dirigez une OSC :

- Choisissez des administrateurs dévoués, motivés, honnêtes et chevronnés dans un domaine d'intervention de l'organisation.
- Tenez régulièrement les administrateurs informés de l'orientation en cours et formez-les à la mission, à la stratégie, aux interventions et aux résultats de l'OSC, mais également aux statuts et aux fonctions et aux responsabilités du conseil.
- Une répartition claire des responsabilités et des processus décisionnels fonctionnels entre le conseil d'administration et l'équipe de direction est essentielle pour une gouvernance et une direction réussies de l'organisation.
- Des règles et des procédures claires sur l'utilisation des fonds, y compris une politique et une procédure relatives aux conflits d'intérêt garantissent la transparence et la responsabilité.

## Glossaire des termes de gouvernance

---

**décentralisation** : dans les systèmes nationaux de santé, il s'agit du transfert du pouvoir politique, financier et administratif de l'autorité centrale aux autorités régionales et locales.

**données, informations, faits et prise de décisions basée sur des éléments probants** : les données sont des faits et constituent une source d'informations parmi d'autres. Les informations comprennent les données, les idées et les concepts enregistrés, analysés et organisés de manière à faciliter leur interprétation et la prise de mesures subséquentes. L'analyse est l'examen et l'évaluation des informations pertinentes afin de sélectionner la conduite idéale à adopter parmi différentes alternatives.

**données probantes** : données ou faits issus d'une variété de sources qualitatives et quantitatives obtenues méthodiquement, c'est-à-dire d'une manière reproductible, observable, crédible, vérifiable ou fondamentalement justifiable. Les données probantes comprennent les données analysées, les résultats de recherche publiés, les résultats d'évaluations, l'expérience passée et les avis d'experts. Tous ces éléments peuvent être utilisés pour tirer des conclusions sur lesquelles reposent les décisions.

**efficacité** : décrit dans quelle mesure le temps ou l'effort est bien utilisé pour la tâche ou l'objectif envisagé. C'est la capacité d'un effort à produire un résultat spécifique positif avec un minimum de pertes. L'efficacité est déterminée quantitativement par le ratio production/apport. Dans le contexte de la gouvernance, l'efficacité signifie que les processus et les institutions produisent des résultats qui répondent aux besoins de la société en utilisant les ressources à leur disposition de façon judicieuse.

**eHealth** : utilisation des technologies de l'information et de la communication pour la protection, la promotion ou le rétablissement de la santé, par exemple pour le traitement des patients, la recherche, la sensibilisation du personnel de santé, le suivi des maladies ou le contrôle de la santé publique.

**équité** : équité rime avec justice. Dans le domaine de la santé, on parle d'équité lorsque les besoins des personnes déterminent la répartition des services de santé et les opportunités de santé et de bien-être. L'inclusion et la participation sont primordiales pour faire de l'équité une réalité dans la santé, c'est-à-dire lorsqu'hommes et femmes ont tous la possibilité d'améliorer ou de préserver leur santé et leur bien-être.

**gouvernance** : processus collectif de prise de décisions dans les organisations, les systèmes de santé ou le secteur de la santé. La gouvernance consiste à (1) définir l'orientation et les objectifs stratégiques ; (2) élaborer des politiques, des lois, des règles, des règlements ou des décisions, mobiliser et déployer des ressources pour atteindre les buts et objectifs stratégiques ; et (3) superviser et s'assurer que les buts et objectifs stratégiques sont atteints.

**gouvernance pour la santé** : gouvernance effectuée dans le but de protéger et promouvoir la santé de la population que le ministère ou l'organisation est censé servir.

**intégrité éthique et morale** : L'éthique renvoie aux normes du bien et du mal. La morale, d'un autre côté, est le comportement réel d'une personne. Si une personne dit et fait ce qu'elle estime être correct et évite de faire ce qu'elle dit et estime être incorrect, elle est qualifiée d'intègre.

**intendance** : administration et gestion éthique et efficace des biens ou des affaires financières d'autrui.

**mHealth** : utilisation des appareils mobiles et sans fil pour améliorer les résultats de santé, les offres de soins de santé et la recherche dans le domaine de la santé.

**multisectoriel** : concerne les institutions de tous secteurs (publics, privés, associatifs, confessionnels), et surtout les communautés locales.

**organes multisectoriels** : organisations provenant de plusieurs secteurs pour prendre en charge les défis liés aux maladies spécifiques et aux systèmes de santé. Exemples : GAVI (Alliance du Vaccin) et Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (Fonds mondial).

**organisation de la société civile (OSC)** : organisation non gouvernementale et sans but lucratif, active dans la vie publique, qui exprime les intérêts et les valeurs de ses membres ou d'autres acteurs sur la base de considérations éthiques, culturelles, politiques, scientifiques, religieuses ou philanthropiques. Les OSC mettent en avant le bien commun ou public et comprennent notamment les groupes communautaires, les syndicats, les groupes autochtones, les organisations caritatives, les organisations confessionnelles, les associations professionnelles et les fondations.

**participation** : la participation peut être généralement définie comme une implication active. La participation citoyenne est le processus par lequel les préoccupations, les besoins et les valeurs du public sont pris en compte dans le processus décisionnel. Elle se réfère à l'ensemble des activités, des processus et des techniques et méthodes de participation publics choisis pour engager les populations. Elle peut être directe ou indirecte.

**règlement** : document qui établit les règles de fonctionnement de l'organe directeur d'une OSC, souvent le conseil d'administration.

**responsabilité** : consiste à faire en sorte que les responsables des organisations publiques, privées et de la société civile répondent de leurs actions et que des sanctions soient appliquées lorsque les obligations et les engagements ne sont pas tenus. Les particuliers, les agences et les organisations sont responsables de l'exécution de leurs responsabilités de manière appropriée à travers des mécanismes de responsabilité. La responsabilité est une relation institutionnalisée entre différents acteurs. Une relation fondée sur la responsabilité comporte quatre étapes : la définition des normes, l'enquête, l'obligation de rendre des compte et la sanction.

**santé publique éclairée par des données probantes** : elle consiste à intégrer les meilleures données disponibles dans le processus décisionnel de la santé publique et l'élaboration des politiques. En d'autres termes, il s'agit de rechercher, d'utiliser et de partager les meilleures pratiques en santé publique.

**sensibilité au genre** : fait d'être conscient et clairement attentif aux différents besoins en fonction du sexe.

**statuts constitutifs** : documents juridiques déposés auprès de l'organisation approprié qui établissent une OSC, fournissent des informations de base à son sujet et précisent son objet.

**transparence** : la transparence est le contraire du secret. Elle consiste à faire la lumière sur les règles, les plans, les processus et les actions. C'est une caractéristique des gouvernements, des sociétés, des organisations et des personnes qui divulguent sans ambiguïté les informations, les règles, les plans, les processus et les actions. Les autorités publiques, les fonctionnaires, les cadres, les directeurs et les administrateurs entretiennent un rapport fiduciaire ou des relations de confiance avec les parties prenantes et ont l'obligation d'agir de façon visible, prévisible et compréhensible, c'est-à-dire en toute transparence, vis-à-vis de leurs parties prenantes.

**viabilité** : dans le contexte des systèmes de santé, la viabilité se réfère à la capacité de poursuivre ses activités à l'avenir et de les développer pour faire face à la croissance démographique et à la demande supplémentaire créée par des situations épidémiologiques. Un service de santé est viable lorsqu'il repose sur un système organisationnel doté de la capacité à long terme de mobiliser et d'allouer des ressources suffisantes et adaptées (main-d'œuvre, technologie, information et finances) pour des activités qui répondent aux besoins des personnes ou du public en matière de santé.

## Références et ressources

---

- Azfar, Omar, Satu Kähkönen, et Patrick Meagher. *Conditions for effective decentralized governance: A synthesis of research findings*. IRIS Center, University of Maryland, 2001, 67–73.
- Banque mondiale. “The World Bank and Civil Society.” Washington, DC: 2009, <http://go.worldbank.org/PWRRFJ2QH0> (consulté le 17 février 2010).
- Battacharyya, Karabi, et John Murray. *Participatory Community Planning for Child Health: Implementation Guidelines*. Arlington, VA: Publié pour l'Agence américaine pour le développement international par le Projet BASICS, 1999, lien à trouver sur <http://erc.msh.org/toolkit/Tool.cfm?lang=1&CID=1&TID=173> (consulté le 17 décembre 2009).
- Björkman, Martina, et Jakob Svensson. “Power to the People: Evidence from a Randomized Field Experiment on Community-Based Monitoring in Uganda.” *The Quarterly Journal of Economics* 124(2) (2009): 735–769.
- BoardSource. *The Nonprofit Board Answer Book: A Practical Guide for Board Members and Chief Executives*. 2nd ed. Washington, DC: BoardSource, 2007.
- Conseil de gouvernance de l'IPPF. *Code de bonne gouvernance de l'IPPF*. Fédération internationale pour la planification familiale. 2007, [http://www.ippf.org/sites/default/files/ippf\\_code\\_of\\_good\\_governance.pdf](http://www.ippf.org/sites/default/files/ippf_code_of_good_governance.pdf) (consulté le 10 février 2014)(lien en anglais <http://www.ippf.org/resource/IPPF-Code-Good-Governance>).
- Delavallade, Clara. “Corruption and distribution of public spending in developing countries.” *Journal of Economics and Finance* 30 (2006): 222–239.
- Duvvury, Nata, Helen Cornman, et Carolyn Long. *Participation of Civil Society in Global Governance: Lessons Learned from the Global Fund to Fight HIV, AIDS and Tuberculosis*. Washington, DC: Centre International de Recherche sur les Femmes, 2005, <http://www.icrw.org/files/publications/Participation-of-Civil-Society-in-Global-Governance-Lessons-Learned-from-the-Global-Fund-to-Fight-HIV-AIDS-Tuberculosis-and-Malaria.pdf> (consulté le 10 février 2014).
- Edward, Anbrasi, Binay Kumar, Faizullah Kakarm, et al. “Configuring Balanced Scorecards for Measuring Health System Performance: Evidence from 5 Years' Evaluation in Afghanistan.” *PLoS Med* 8(7) (2011): e1001066.
- Fédération internationale pour la planification familiale. *Bienvenue à bord : Manuel destiné à aider les associations membres de l'IPPF à améliorer leur gouvernance*. Londres : Fédération internationale pour la planification familiale, 2010, 2010, <http://www.ippf.org/resource/Welcome-Board-governance-handbook> (consulté le 10 février, 2014)(lien en français [www.ippf.org/system/files/bienvenue\\_a\\_bord.pdf](http://www.ippf.org/system/files/bienvenue_a_bord.pdf))

- Global Fund to Fight AIDS, TB and Malaria. *Country Coordinating Mechanism Model – Conflict of Interest*. The Global Fund Implementer Series. Genève : non daté, [http://www.gfcu.org.ls/ccm/CCM\\_Conflict\\_Of\\_Interest.pdf](http://www.gfcu.org.ls/ccm/CCM_Conflict_Of_Interest.pdf) (consulté le 9 décembre 2013).
- . *Country Coordinating Mechanism Model – CCM Oversight Practices*. The Global Fund Implementer Series. Genève : non daté, [http://www.gfcu.org.ls/ccm/CCM\\_Oversight.pdf](http://www.gfcu.org.ls/ccm/CCM_Oversight.pdf) (consulté le 9 décembre 2013).
- . *Country Coordinating Mechanism Model – Lessons Learned in the Field: Health Financing and Governance*. The Global Fund Implementer Series. Genève : Genève : non daté, <http://www.icaso.org/media/files/4700-CCMreport.pdf> (consultée le 9 décembre 2013).
- . *Country Coordinating Mechanisms – Partnerships and Leadership*. The Global Fund Implementer Series. Genève : Novembre 2008, [http://www.gfcu.org.ls/ccm/CCM\\_Partnership\\_Leadership.pdf](http://www.gfcu.org.ls/ccm/CCM_Partnership_Leadership.pdf) (consulté le 9 décembre 2013).
- . “Guidelines and Requirements for Country Coordinating Mechanisms.” Mis à jour le 6 novembre 2013, <http://www.theglobalfund.org/en/ccm/guidelines/> (consulté le 10 Décembre, 2013).
- Gray-Molina G, Perez de Rada E, Yañez E. (2001). “Does voice matter? Participation and controlling corruption in Bolivian hospitals.” Dans: Di Tella R, Savedoff WD, (eds). *Diagnosis corruption: fraud in Latin America’s public hospitals*. Washington, DC: Banque interaméricaine de développement.
- Gupta, Sanjeev, Hamid Davoodi, et Erwin Tiongson. “Corruption and the provision of healthcare and education services.” Dans Jain, Arvind, ed., *The Political Economy of Corruption*. 1st ed., London et New York: Routledge, 2009, 111–141.
- Hanf, Mattheiu, Astrid Van-Melle, Florence Fraisse, et al. “Corruption kills: estimating the global impact of corruption on children deaths.” *PLOS ONE*, 6(11) (2011), e26990.
- Health Evidence*. Basé à l’Université McMaster. Il s’agit d’un registre gratuit en ligne de revues systématiques sur l’efficacité des interventions relatives à la santé publique et à la promotion de la santé. Non daté, <http://www.healthevidence.org> (accessed Feb. 6, 2014).
- Ingram, Richard T. *Ten Basic Responsibilities of Nonprofit Boards*. 2nd ed. Washington, DC: BoardSource, 2009.
- K4H (Knowledge for Health). Les ressources mHealth de K4H sont accessibles à partir du lien <http://www.k4health.org/topics/mobile-technologies-health-mhealth>. K4Health construit actuellement un nouveau site Web pour faciliter l’accès à l’ensemble de ses outils et ressources mHealth.
- King’s Fund, The. *Leadership and Engagement for Improvement in the NHS. Report from the King’s Fund Leadership Review 2012*. London: The King’s Fund, 2012, [http://www.kings-fund.org.uk/sites/files/kf/field/field\\_publication\\_file/leadership-for-engagement-improvement-nhs-final-review2012.pdf](http://www.kings-fund.org.uk/sites/files/kf/field/field_publication_file/leadership-for-engagement-improvement-nhs-final-review2012.pdf) (consulté le 11 février 2014).
- Lassner, Karen Johnson, ed. *Guide to Effective CSO Governance*. Cambridge, MA: Management Sciences for Health, avec l’aide de l’USAID, 2010, <http://erc.msh.org/toolkit/Tool.cfm?lang=1&TID=136&CID=9>.

- Lavis, John, Andrew Oxman, Simon Lewin, et Atle Fretheim. "SUPPORT Tools for Evidence-Informed Health Policymaking (STP)." *Health Research Policy and Systems* 7 (Suppl 1) (2009):11, <http://www.health-policy-systems.com/content/pdf/1478-4505-7-S1-I1.pdf> (consulté le 6 février 2014).
- Lindelov, Magnus, Pieter Serneels, et Teigist Lemma. "The Performance of Health Workers in Ethiopia: Results from Qualitative Research." *Social Science and Medicine* 62 (2006): 2225–2235.
- Malena, Carmen. "Strategic Partnership: Challenges and Best Practices in the Management and Governance of Multi-Stakeholder Partnerships Involving UN and Civil Society Actors." Document de référence préparé pour l'atelier multipartite sur les partenariats et les relations entre l'ONU et la société civile, Pocantico, New York, février 2004. <http://www.un-ngls.org/orf/partnership-carmen-malena.doc> (consulté le 9 décembre 2013).
- Management Sciences for Health. "Learning to Think Strategically." *The Manager* (Boston) vol. 3, no. 1, 1994, [http://www.msh.org/resources/learning-to-think-strategically?keywords=Learning%20to%20think%20strategically&field\\_resource\\_type\[0\]=Publication](http://www.msh.org/resources/learning-to-think-strategically?keywords=Learning%20to%20think%20strategically&field_resource_type[0]=Publication) (consulté le 14 décembre 2009).
- . "Working with Boards of Directors." *The Family Planning Manager* (Boston) vol. 3, no. 5, 1994, [http://www.msh.org/sites/msh.org/files/v3\\_n5\\_en.pdf](http://www.msh.org/sites/msh.org/files/v3_n5_en.pdf) (consulté le 6 février 2009).
- . "Pocket Guide to Improving Board Performance." Supplement to *The Family Planning Manager* (Boston) vol. 3, no. 5, 1994, <http://www.msh.org/resources/working-with-boards-of-directors> (consulté le 17 décembre 2009).
- . *Managers Who Lead: A Handbook for Improving Health Services*. Cambridge, MA: Management Sciences for Health, 2005. <http://www.msh.org/resource-center/managers-who-lead.cfm> (consulté le 23 avril 2010).
- . *Guide for Training Community Leaders to Improve Leadership and Management Practices*. Cambridge, MA: Management Sciences for Health, 2008, <http://www.msh.org/resources/guide-for-training-community-leaders-to-improve-leadership-and-management-practices> (consulté le 25 février 2014).
- . "Good Governance in Civil Society Organizations." *The eManager* (Cambridge) 2009, no. 2, [http://www.msh.org/sites/msh.org/files/emanager\\_2009-no2\\_governance-english\\_0.pdf](http://www.msh.org/sites/msh.org/files/emanager_2009-no2_governance-english_0.pdf) (consulté le 6 février 2014).
- . "How to Govern the Health Sector and its Institutions Effectively." *The eManager* (Cambridge) March 2013, <http://www.lmgforhealth.org/content/emanager-how-govern-health-sector-and-its-institutions-effectively> (consulté le 10 décembre 2013).
- . *The Manager's Electronic Resource Center*. <http://erc.msh.org/> (consulté le 6 juillet 2009).
- Mikkelsen-Lopez, Inez, Kaspar Wyss, et Don de Savigny. "An Approach to Addressing Governance from a Health System Framework Perspective." *BMC International Health and Human Rights* 11:13 (2011), <http://www.biomedcentral.com/1472-698X/11/13> (consulté le 6 février 2014).
- National Association of Local Boards of Health. *NALBH's Six Functions of Public Health Governance*. 2012, [https://c.ymcdn.com/sites/nalboh.site-ym.com/resource/resmgr/Docs/Governance\\_Functions.pdf](https://c.ymcdn.com/sites/nalboh.site-ym.com/resource/resmgr/Docs/Governance_Functions.pdf) (consulté le 29 janvier 2015).

- National Collaborating Centre for Methods and Tools (NCCMT). Le site Web du NCCMT présente de nombreuses ressources et méthodes de gouvernance, ainsi que des outils d'exploitation de données probantes. Non daté, <http://www.nccmt.ca/registry/browse/all/1/view-eng.html> (consulté le 6 février 2014).
- NHS Leadership Academy, site Web. National Health Service (UK) (Royaume-Uni), non daté, <http://www.leadershipacademy.nhs.uk> (consulté le 6 février 2014).
- NHS Leadership Academy. *The Healthy NHS Board 2013. Principles for Good Governance*. <http://www.leadershipacademy.nhs.uk/wp-content/uploads/2013/06/NHSLeadership-HealthyNHSBoard-2013.pdf> (consulté le 3 février 2014).
- Olafsdottir, Anna, Daniel Reidpath, Subhash Pokhrel, et al. "Health systems performance in sub-Saharan Africa: governance, outcome and equity." *BMC Public Health* 11 (2011):237–244.
- Omaswa, Francis et Jo Ivey Boufford. *Strong Ministries for Strong Health Systems: An overview of the study report Supporting Ministerial Health Leadership: A Strategy for Health Systems Strengthening*. New York City: The New York Academy of Medicine and ACHES, 2010, p.32, <http://www.rockefellerfoundation.org/uploads/files/8819cca6-1738-4158-87fe-4d2c7b738932.pdf> (consulté le 6 février 2014).
- Organisation mondiale de la santé. *The Health Manager's Website*. <http://www.who.int/management/en/> (consulté le 6 juillet 2009).
- . *A Handbook of NGO Governance*. Budapest: European Center for Not-for-Profit Law, 2004, [http://www.dochas.ie/sites/default/files/Governance\\_Handbook\\_0.pdf](http://www.dochas.ie/sites/default/files/Governance_Handbook_0.pdf) (consulté le 11 février 2014).
- Rajkumar, Andrew et Vinaya Swaroop. "Public spending and outcomes: Does governance matter?" *Journal of Development Economics* 86(1) (2008): 96–111.
- Reich, Michael R. et David Cooper. *PolicyMaker Software: Computer-Assisted Political Analysis*. Brookline, MA: PoliMap, 1996, <http://www.polimap.com/> (consulté le 4 août 2014).
- Twaweza, site Web. Twaweza, non daté, <http://www.twaweza.org/> (consulté le 6 février 2014).
- Vian, Taryn. "Review of Corruption in the Health Sector: Theory, Methods and Interventions." *Health Policy and Planning* 23(2) (2008):83–94. <http://heapol.oxfordjournals.org/content/23/2/83.full.pdf> (consulté le 6 février 2014).
- Wilkinson, Richard et Michael Marmot, eds. *Social Determinants of Health: The Solid Facts*. 2nd ed., Organisation mondiale de la santé, 2003, [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0005/98438/e81384.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/98438/e81384.pdf) (consulté le 4 février 2014).



## Intégration de l'égalité des sexes dans les systèmes sanitaires

Belkis Giorgis

1. Obtenir des résultats en renforçant les systèmes de santé
2. Leadership et management : les compétences essentielles pour renforcer les systèmes de santé
3. Gouvernance des systèmes et des organisations de santé
4. Intégration de l'égalité des sexes dans les systèmes sanitaires
5. Planification du travail et utilisation effective du plan
6. La gestion des ressources humaines
7. Gestion des finances et des systèmes connexes
8. Gestion des médicaments et des produits de santé
9. Gestion de l'information : suivi et évaluation
10. Gestion de la prestation de services de santé

D'après le Rapport sur le développement dans le monde 2012 : *Égalité des genres et développement*, le niveau d'éducation et l'état de santé des femmes et des filles se sont nettement améliorés au cours des trois dernières décennies. La parité à l'école primaire est une réalité dans deux tiers des pays de la planète, et le nombre de filles au secondaire dépasse nettement celui des garçons dans plus d'un tiers des pays.

Cependant, dans beaucoup de parties du monde, trop de femmes souffrent inutilement, au double plan physique et économique, du fait qu'elles n'ont pas la possibilité d'exprimer leurs besoins à un public sensible. Une telle inégalité est d'autant plus insensée qu'elle constitue un affront aux droits de l'homme : le sous-investissement dans les femmes entrave les stratégies de réduction de la pauvreté car il les prive de la possibilité d'obtenir d'importants acquis sanitaires et, de façon plus générale, freine leur épanouissement économique et social global. L'égalité des sexes constitue, à terme, un facteur de compétitivité communautaire et national. Et, l'équité est encore plus importante à l'heure de la mondialisation croissante des économies.

Pour en savoir plus sur la situation des femmes et des filles, consultez le [World Development Report 2012 : Égalité des genres et développement](#) et un [blog du Harvard Business Review sur l'égalité des sexes dans le monde](#), mais aussi un [rapport de l'OCDE sur la prise en charge des causes profondes des inégalités entre les sexes dans le programme de développement post-2015](#).

Le terme « sexe » renvoie aux différences biologiques entre hommes et femmes. Pour sa part, le terme « genre » concerne les caractéristiques qu'une société qualifie de « masculines » et de « féminines ». Il renvoie à un ensemble de qualités, d'attitudes et d'opportunités construites par la société, associées au statut d'homme ou de femme mais aussi aux

relations hommes-femmes. De nombreux attributs sont associés au genre : habillement, rôles domestiques, statut économique, définitions de la réussite, etc.

L'état de santé de l'homme et de la femme est le résultat à la fois de facteurs biologiques et sociaux. Au plan biologique, même si hommes et femmes s'exposent aux mêmes risques sanitaires (tuberculose, paludisme, polio, etc.), certains problèmes et risques sont spécifiques aux différents sexes et propres à la biologie de chaque sexe (cancer du col utérin et de l'utérus chez les femmes, et cancer testiculaire chez les hommes). Au plan social, les rôles attribués à chaque sexe peuvent aggraver les risques sanitaires. Par exemple, les hommes font le métier de chauffeurs et sont, de ce fait, plus exposés aux accidents de la circulation alors que les pratiques culinaires traditionnelles exposent plutôt les femmes à la fumée et aux maladies pulmonaires.

#### ENCADRÉ 1. Charge de morbidité chez les hommes et les femmes dans les pays en développement

Une étude de la Banque mondiale sur l'investissement dans le secteur de la santé dans les pays en développement a révélé une nette différence de charge de morbidité entre les sexes. Chez les adultes de 15 à 24 ans, les femmes arrivent en tête en raison des problèmes de santé maternelle, des maladies sexuellement transmissibles (MST), de la tuberculose, de l'infection à VIH et des troubles dépressifs.

Pour leur part, les hommes sont plutôt exposés à l'infection à VIH, aux complications de la tuberculose, aux blessures liées aux accidents de la circulation, à l'homicide, à la violence et à la guerre. Ces données résument la diversité des facteurs biologiques et sociaux qui définissent les risques sanitaires pour les hommes et les femmes.

Source: Fatalla, Mahmoud. *Issues in Reproductive Health: Health and being a woman*. UN News Center. United Nations. Web. 26 août 2014.

Dans le secteur de la santé, l'inégalité entre les sexes contribue aux disparités en termes d'accès aux soins et d'état de santé. À l'inverse, des systèmes de santé bien conçus garantissent aux deux sexes un égal accès à des services de grande qualité, qui contribuent au bien-être familial, communautaire et sociétal. [Comme l'indique Bridge](#) (développement-genre), divers facteurs réduisent l'accès des femmes pauvres, notamment les contraintes de temps, la répartition des ressources et les prises de décisions relatives à la santé dans les ménages, mais aussi les contraintes juridiques et socioculturelles. Cette situation appelle à réfléchir autrement, à apprendre de nouvelles approches du genre et à adopter de nouvelles attitudes qui remettent en cause les croyances et les attitudes intériorisées au cours du processus de socialisation. En tant que responsable de programme ou de services de santé, vous devez remettre en cause les valeurs souvent millénaires des structures de pouvoir dominées par l'homme et les normes patriarcales pour atteindre l'objectif d'égalité des sexes.

Dans ce chapitre, nous présentons les concepts, les approches et les outils qui vous aideront à changer de perspective lors de la conception et de la mise en œuvre des politiques et des programmes de santé. Tout au long de ce chapitre, vous trouverez des liens vers d'autres ressources qui vous permettront de mieux vous imprégner des différents thèmes. Toute présentation sur le genre impose de clarifier les termes. Aussi les concepts pertinents ont-ils été définis dans un [glossaire](#) en fin de chapitre.

Pour en savoir plus sur les termes et les concepts relatifs au genre, consultez le [document d'orientation de l'USAID sur l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes](#), les [FAQ sur les concepts relatifs au genre](#) et le riche [glossaire](#) préparé par l'Organisation des Nations Unies (ONU).

Vous trouverez sur la page web [Genre du projet Leadership, management et gouvernance](#) de Management Sciences for Health des liens vers de précieuses ressources pour la promotion de l'égalité des sexes

## Mythes et réalités en matière de genre

Les mythes et les idées fausses qui entourent la question du genre constituent l'un des principaux défis pour les défenseurs de l'égalité des sexes. L'encadré 2 présente quelques mythes courants et les arguments à utiliser pour les battre en brèche.

### ENCADRÉ 2. Mythes et réalités en matière de genre

#### Mythes

« Ils parlent beaucoup de genre, mais en réalité ils parlent des femmes ».

« Nous avons un projet pour les femmes. Donc, nous avons intégré la dimension du genre ».

« L'adoption d'une approche « genre » au lieu d'une approche « femmes » signifie qu'il n'y a pas de place pour des « actions spécifiques » en faveur des femmes en tant que groupe cible distinct ».

« L'égalité des sexes signifie que la femme et l'homme sont pareils ».

« Nous sommes ici pour sauver des vies et non pour nous demander si nous avons affaire à une femme ou à un homme ».

« Seuls les conseillers en genre sont chargés des questions de genre ».

« Notre problème, c'est la pauvreté. Une fois que nous l'aurons réduite, les questions de genre deviendront superflues ».

#### Réalités

Il est vrai que le travail sur le genre est en grande partie axé sur les femmes. Ce, essentiellement parce qu'elles profitent moins des effets du développement (santé, éducation, emploi, etc.) que les hommes. Cependant, l'égalité des sexes ne vise pas uniquement les femmes et les filles. Il s'agit de prendre en charge de façon équitable les besoins spécifiques des femmes, des filles, des garçons et des hommes afin que la société toute entière tire parti des stratégies de développement.

Une stratégie d'intégration de la dimension du genre suppose l'inclusion de l'analyse du genre à toutes les initiatives et non la simple création d'une sous-composante ou d'un projet isolé.

L'intégration de la dimension du genre laisse une place à des interventions spécifiques en faveur des femmes. Toutefois, celles-ci sont identifiées non pas par défaut, mais sur la base d'un choix stratégique. Une analyse du genre peut aboutir à la formulation d'interventions ciblant les deux sexes en même temps ou en tant que groupes distincts.

L'égalité ne signifie que la femme et l'homme sont pareils, mais plutôt que leur jouissance des droits, des opportunités et des progrès sociaux n'est pas régie ou limitée par le fait d'être né femme ou homme.

Lorsque nos ressources sont limitées, nous devons être encore plus vigilants afin de les consacrer aux plus touchés, qui sont souvent encore plus vulnérables, marginalisés et défavorisés. Ainsi, l'inclusion des résultats de l'analyse du genre dans la conception des programmes est une simple question de bonne programmation et de gestion responsable des ressources disponibles pour améliorer les effets sanitaires globaux.

Nous sommes tous responsables de l'amélioration des effets sanitaires. Il incombe à tout le monde de remédier aux disparités liées au genre. Le personnel du programme doit s'assurer que l'assistance et la protection fournies répondent de manière égale aux besoins de l'ensemble de la population.

L'inégalité entre les sexes entraîne et perpétue la pauvreté et la vulnérabilité. Mais, une égalité accrue peut contribuer à réduire les causes profondes de la pauvreté et de la vulnérabilité et favoriser une croissance pro-pauvres durable (Overseas Development Institute 2008).

Source: Adapté de Mercy Corps, BRIDGE et de Gender Mainstreaming: A Guide for Program Staff. p. 6.

## Les principes de base : intégration de la dimension du genre

---

L'intégration de la dimension du genre a été identifiée comme stratégie mondiale de promotion de l'égalité des sexes dans la Plateforme d'action adoptée par la Quatrième Conférence mondiale sur les femmes, tenue à Beijing en 1995. La stratégie reconnaît que l'égalité des sexes est un objectif primordial dans tous les domaines du développement social et économique (santé, éducation, emploi, etc.). L'intégration de la dimension du genre ne consiste pas seulement à ajouter une composante « femmes » ou « genre » à un programme ou à renforcer la participation féminine à une intervention. Elle consiste plutôt à inclure l'ensemble des membres de la société, mais aussi leurs expériences, leurs connaissances et leurs intérêts dans la formulation et la mise en œuvre du programme de développement.

L'intégration de la dimension du genre impose de changer d'objectifs, de stratégies et d'actions en vue de permettre à la fois aux femmes et aux hommes d'influencer, de participer et de tirer parti des processus de développement. Au niveau organisationnel, elle exige le réexamen, et les changements qui s'ensuivent, des structures, des procédures et de la culture internes afin de créer un environnement permettant à chacun(e) d'apporter sa contribution et de s'épanouir.

Le Conseil économique et social des Nations Unies définit l'intégration de la dimension du genre comme suit (ONU 1997) :

*L'intégration de la dimension du genre est le processus visant à évaluer les répercussions sur les femmes et les hommes de toute action planifiée, notamment en matière de législation, de politiques et de programmes, dans quelque secteur et à quelque niveau que ce soit. Il s'agit d'une stratégie visant à incorporer les préoccupations et les expériences des femmes aussi bien que celles des hommes dans la conception, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des politiques et des programmes dans tous les domaines (politique, économique et social) afin de ne pas perpétuer l'inégalité entre les hommes et les femmes. Le but ultime est de parvenir à l'égalité entre les sexes.*

Ainsi, l'intégration de l'égalité des sexes au système de santé est un processus qui exige une profonde transformation de notre façon d'appréhender le monde et nos rôles respectifs, mais aussi l'élargissement de nos perspectives. L'intégration de la dimension du genre nous impose de comprendre les rôles socialement construits de l'homme et de la femme et la manière dont ils influent sur leur capacité à accéder au pouvoir et aux ressources, y compris aux soins de santé.

Vous pouvez aussi consulter le [document intégral du Conseil de l'ONU](#) contenant la définition précédente, mais aussi une [fiche descriptive](#) de l'ONU sur la stratégie d'intégration de la dimension du genre ([lien en anglais](#)).

[L'encadré 3](#) présente plusieurs phrases qui reflètent les principes clés de l'intégration de la dimension du genre. Elles vous aident à déterminer si votre organisation applique les principes.

### ENCADRÉ 3. Intégration de la dimension du genre : la favorisez-vous ?

Lisez les principes clés de l'intégration de la dimension du genre présentés ci-dessous, puis identifiez ceux qui se rapportent à votre travail et/ou à votre poste. Ensuite, évaluez dans quelle mesure votre organisation les applique :

Je **reconnais** que l'égalité des sexes est essentielle pour atteindre tous les objectifs de mon organisation.

Je **veille** à ce que les considérations, les préoccupations et les expériences de genre des femmes et des hommes, mais aussi des filles et des garçons fassent partie intégrante de la conception, de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation de l'ensemble des législations, politiques et programmes.

Je veille à **promouvoir** l'égalité femmes-hommes et filles-garçons dans l'ensemble des politiques, des programmes, des stratégies et des interventions de mon organisation.

Je **veille** à ce que femmes et hommes participent de façon égale à la définition des priorités et des objectifs et à la planification afin que les programmes répondent aux priorités et aux besoins des femmes et des hommes, mais aussi des filles et des garçons.

J'**analyse** l'impact positif ou négatif potentiel de toutes nos interventions sur les hommes, les femmes, les filles et les garçons dans tous les domaines.

J'**exige** que des analyses de genre soient effectuées avant les prises de décisions importantes en termes d'objectifs, de plans stratégiques et d'allocations de ressources.

Après avoir examiné cette liste avec votre équipe et vos collègues, identifiez les domaines dans lesquels vous pouvez faire mieux.

## POURQUOI ET COMMENT INTÉGRER LA DIMENSION DU GENRE AU SECTEUR DE LA SANTÉ

L'intégration de la dimension du genre au secteur de la santé est en grande partie guidée par la reconnaissance des rôles centraux que jouent les femmes, à la fois comme prestataires et bénéficiaires de soins de santé à différents niveaux du système de santé, notamment :

**Les femmes en tant que prestataires de soins de santé au sein du ménage.** Les femmes sont souvent chargées des questions de santé familiale. Elles s'occupent des jeunes, des malades, des vieux et des handicapés. Souvent, elles doivent s'occuper de membres de la famille alors qu'elles sont elles-mêmes malades. Les données révèlent une charge de morbidité et d'incapacité élevée pour les femmes de 15 à 49 ans (Fatalla 1998). Lorsque les systèmes de santé n'offrent pas de soins de haute qualité et/ou les points d'accès aux soins sont rares, les femmes deviennent les principales, voire les seules, prestataires de soins pour leur famille. À son tour, ce rôle de soignantes familiales socialement construit pour les femmes peut induire des problèmes d'éducation et d'emploi. Si les normes liées au genre chargent la femme de la santé familiale, il est également important de noter que cette responsabilité réduit le temps consacré aux autres activités sanitaires (par exemple, l'allaitement maternel) et peut amener les hommes à ne pas encourager les femmes et les enfants à fréquenter les services de santé formels. Par ailleurs, les femmes ont parfois peu d'emprise sur les ressources familiales (destinées aux soins), comparé aux hommes.

**Les femmes en tant que prestataires de soins dans les systèmes de santé formels.** Dans la plupart des pays à revenu faible, la séparation des sexes dans les programmes d'éducation médicale ou les filières affiliées aboutit à une représentation déséquilibrée des femmes dans le personnel de santé. Elles sont généralement sous-représentées aux postes de haut niveau ou dans les filières médicales à revenus élevés. À l'inverse, elles sont majoritaires aux postes subalternes à bas salaire et faibles avantages. Cette représentation féminine disproportionnée dans le personnel de santé peut rendre difficile l'amélioration de la qualité des services de santé destinés aux femmes. (Standing 2000)

**Les femmes en tant que clientes des services de santé.** En raison de leurs rôles de reproduction et de protection, les femmes constituent, avec leurs enfants, les principaux usagers des systèmes de santé. Dès lors, on serait en droit de s'attendre à une « approche axée sur la femme ». Malheureusement, c'est rarement le cas à cause des multiples barrières culturelles, sociales et économiques qui privent les femmes d'accès aux services dont elles ont besoin. La mortalité maternelle et infantile est élevée dans la plupart des pays à revenu faible, et l'accès à des soins de qualité est indispensable pour améliorer l'état de santé des femmes et des enfants.

L'intégration de l'égalité des sexes au secteur de la santé revêt, de ce fait, une importance particulière, car le genre joue un rôle essentiel dans l'évaluation de l'état de santé des hommes et des femmes et dans leur accès à l'information sanitaire et aux services de santé.

L'intégration de la dimension du genre vise les principaux objectifs suivants :

- Reconnaître les différents risques sanitaires pour les hommes et les femmes afin de permettre aux praticiens des programmes de santé de fournir aux deux sexes des services de santé et l'information sanitaire nécessaires.
- Reconnaître les facteurs socio-économiques et culturels qui bloquent l'accès aux services afin d'en changer les modalités (comment, quand et où) de prestation aux femmes et aux hommes.
  - Par exemple, pour les femmes, ces facteurs incluent la lourde charge de travail, l'absence d'autonomie et de revenus et la réticence de leur famille à dépenser pour leur santé.
  - Pour les hommes, il peut s'agir de la réticence à consulter dans les cliniques essentiellement fréquentées par les femmes ou dont les horaires ne tiennent pas compte de leurs besoins professionnels.
- Collaborer avec l'ensemble des parties prenantes afin de bien comprendre les problèmes et besoins spécifiques de tous les bénéficiaires, y compris ceux qui ont du mal à se faire entendre, pour concevoir, mettre en œuvre, suivre et évaluer les programmes de santé.
- Renforcer les capacités des différents secteurs (par exemple, les organisations non gouvernementales et gouvernementales, y compris les organisations de femmes) à différents niveaux (local, régional et national) pour profiter des avis et des contributions en matière d'élaboration de politiques, de gestion et d'administration de programmes, de planification des ressources humaines, de prestation de services, de systèmes d'information administrative et de responsabilité.

## DÉFIS POTENTIELS

Les rôles et normes en matière de genre sont des valeurs profondément enracinées dans la culture des sociétés. En conséquence, en tant que responsable de programme ou de services de santé, vous devez vous attendre à de nombreuses difficultés lorsque vous tenterez d'intégrer la dimension du genre à votre organisation, vos programmes, votre projet et votre vie quotidienne. Vous devez planifier la manière de relever certains défis courants. Par exemple :

- La santé est déterminée par de multiples facteurs extérieurs à la sphère d'influence des professions médicales.  
*Comment mobiliser les acteurs des autres secteurs et ministères pour réduire les disparités d'effets sanitaires entre les sexes ?*
- Il est plus facile de parler d'intégration de la dimension du genre que de l'appliquer.  
*En conséquence, comment obtenir de réels engagements politiques et de ressources au sein de votre organisation ou auprès du gouvernement, y compris aux niveaux les plus élevés ?*
- Les professionnels et les praticiens des politiques de santé des deux sexes sont tous des produits de leur culture.  
*Donc, comment les amener à examiner leurs propres attitudes envers leurs clients et leurs patients, hommes et femmes, vieux et jeunes ?*
- L'intégration de la dimension du genre peut adopter une approche faussement simple en matière de résolution des inégalités dans le domaine de la santé en excluant les autres déterminants sociaux tels que la race, la classe, l'appartenance ethnique et le niveau d'éducation.  
*Donc, comment éviter d'appliquer des stéréotypes et reconnaître la multiplicité d'identités des hommes et des femmes ?*
- Parfois, l'intérêt pour l'égalité et l'équité entre les sexes est perçu dans les pays à revenu faible comme une exigence des bailleurs occidentaux et non comme un objectif endogène indépendant.  
*Donc, comment faire du genre un débat pertinent pour toutes les parties prenantes et un objectif local au lieu de donner l'impression qu'il est imposé de l'extérieur ?*

Il est important de reconnaître la validité de ces questions difficiles et de préparer des réponses avisées et complètes prouvant que vous avez compris les problèmes et qui proposent des solutions. Vous trouverez invariablement que chacun de ces défis exige le recours à une ou plusieurs pratiques abordées dans les autres chapitres (en particulier les chapitres 2 et 5) : harmoniser, mobiliser, analyser, cibler, fixer une orientation commune, mobiliser les parties prenantes, cultiver la responsabilité, etc. Nos expériences ont montré que l'application consciencieuse, intentionnelle et systématique de ces pratiques aidera à affronter ces défis avec assurance.

## COMMENT EFFECTUER UNE ANALYSE DU GENRE

L'analyse du genre est la première étape de l'intégration de la dimension du genre car elle fournit l'information nécessaire à la politique, la planification et la programmation sanitaires. En posant des questions, on parvient à mettre en lumière des informations autrement difficiles à observer. L'analyse du genre révèle les conséquences de l'inégalité des sexes en termes de vulnérabilité des hommes et des femmes aux différentes maladies et expose les disparités en termes d'accès aux ressources sanitaires destinées à la prévention et au traitement des maladies. Ses résultats vous permettront d'améliorer l'efficacité et la qualité des services de santé en adaptant l'offre aux besoins de chaque sexe.

Le [module d'apprentissage de l'OMS \(lien en anglais\) sur le sexe et le genre](#) contient un exemple de grille d'analyse genre pour la santé.

### ENCADRÉ 4. Comment effectuer une analyse de genre

Dans une analyse de genre, il convient d'examiner, à côté des risques biologiques de maladie et d'incapacité pour les hommes et les femmes, les facteurs liés au genre.

- Examiner les rôles, les relations et les différences femmes-hommes tels qu'ils sont établis par les normes et les pratiques culturelles et voir s'ils les prédisposent plus ou moins à des problèmes de santé.
- Montrer comment les inégalités imposent des contraintes au rétablissement et au maintien de la bonne santé et/ou identifier des solutions pour éliminer ces contraintes.
- Analyser les influences sur le processus décisionnel et identifier le décideur au sein du ménage et les conséquences connexes en termes d'accès à des soins de qualité, d'effets sanitaires et de sources de revenus de manière générale.
- Révéler les risques et les problèmes sanitaires auxquels hommes et femmes sont exposés du fait de la construction sociale de leurs rôles, tels que l'exposition aux eaux usées et à la fumée des espaces culinaires confinés.
- Analyser la position des hommes et des femmes au sein de la communauté et son effet sur leur accès aux postes de responsabilité et leur participation aux activités communautaires.

Précieuse ressource pour les travailleurs des secteurs du genre et de la santé, le document *Gender Analysis in Health* de l'OMS procède à la revue critique de 17 outils largement utilisés et de leur utilité pour l'analyse du genre dans le domaine de la santé. Ils trouveront tout aussi utile le Chapitre 205 de l'ADS de l'USAID, [Integrating Gender Equality and Female Empowerment in USAID's Program Cycle](#). Autre ressource utile de l'USAID, le [Guide to Gender Integration and Analysis: Additional Help for ADS Chapters 201 and 203](#).

## INTÉGRATION DE LA DIMENSION DU GENRE AU CYCLE DE VIE DES PROGRAMMES

En intégrant la dimension du genre à la phase de conception et tout au long du cycle de vie d'un programme, vous éviterez de faire du genre une « réflexion après coup » ajoutée tout à la fin, pour des raisons de conformité. Cette approche « après coup » ne rend pas compte de la manière dont l'ensemble du programme pourrait jouer sur les disparités entre les sexes. Vérifiez, à l'aide du processus décrit dans l'encadré 5 (ci-dessous), si la dimension du genre fait partie intégrante du cycle de vie de vos programmes. Dans le cas contraire, étudiez comment changer la situation.

Pour en savoir plus sur l'intégration de la dimension du genre tout au long du cycle de vie des programmes, consultez le [guide des programmes](#) préparé par FHI 360 et le [manuel](#) (lien en anglais) préparé par le Groupe de travail inter-institutions sur le genre.

## ENCADRÉ 5. Processus d'intégration de la dimension du genre au cycle de vie d'un programme

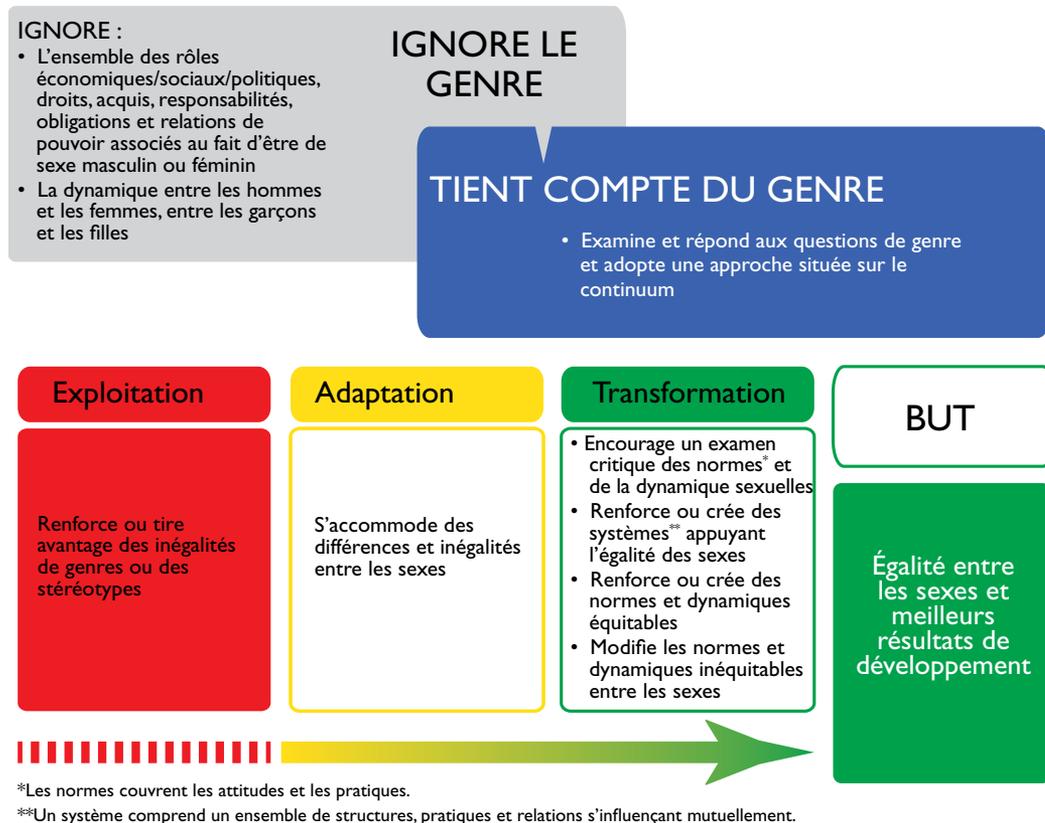
<b>Analyse</b>	<p>Premièrement, collectez ou accédez aux données disponibles sur les relations, les rôles et les identités des différents sexes en termes de besoins ou de problèmes sanitaires que le programme doit prendre en charge.</p> <p>Deuxièmement, analysez les données pour étudier les rapports éventuels entre les contraintes et les opportunités liées au genre susceptibles d'influencer la réalisation des objectifs de santé ou le statut respectif des femmes et des hommes.</p> <p>La phase d'évaluation est importante pour mieux comprendre les problèmes que votre programme entend résoudre et le contexte dans lequel il sera mis en œuvre. Vous devez évaluer aussi bien le rôle du genre dans les problèmes à résoudre que la manière dont votre programme peut influencer sur les normes et les relations de genre. Ce processus est appelé <i>analyse du genre</i>.</p>
<b>Planification stratégique</b>	<p>Examinez dans quelle mesure les objectifs du programme s'intéressent aux contraintes et aux opportunités liées au genre. Cela peut exiger de reformuler les objectifs en vue de renforcer la synergie entre le genre et les objectifs de santé.</p>
<b>Conception</b>	<p>Les approches, les interventions et les activités du programme doivent favoriser la réalisation des objectifs de santé et d'équité entre les sexes. Au cours de la phase de conception, il convient d'utiliser les résultats de l'analyse du genre pour identifier les aspects que le programme doit résoudre et de concevoir ses objectifs et ses activités dans ce sens. Souvent, il est nécessaire de fixer des objectifs supplémentaires axés sur les questions de genre. Parfois, la dimension du genre peut être incorporée sous forme de sous-objectifs d'activités qui ne ciblent pas spécialement le genre.</p>
<b>Suivi</b>	<p>Définissez des indicateurs pour mesurer les résultats spécifiques au genre, en particulier en termes de réduction des contraintes et de réalisation des opportunités.</p> <p>Suivez les indicateurs de processus de façon régulière afin de vous assurer que le programme fonctionne comme prévu, sans effet imprévu ou indésirable pour les bénéficiaires. Lors de la phase de mise en œuvre et de suivi, les activités de genre sont exécutées pour faire participer pleinement les filles, les femmes, les garçons et les hommes. Il convient de collecter et d'analyser les données en permanence afin de suivre l'état de réalisation des objectifs liés au genre. Le suivi rigoureux aide aussi à identifier les situations nécessitant des réajustements pour induire l'effet escompté sur les normes et les relations de genre.</p>
<b>Évaluation</b>	<p>Collectez et analysez des données initiales (y compris celles de l'analyse ci-dessus, au besoin) et finales afin d'évaluer l'efficacité des éléments du programme (pour démontrer que ses objectifs ont été atteints ou noter ses effets induits en termes de santé). Il est également utile d'envisager une analyse du genre à mi-parcours pour identifier les contraintes imprévues et adapter la conception et les activités du programme en conséquence.</p>

Adapté de: *A Manual for Integrating Gender Into Reproductive Health and HIV Programs: From Commitment to Action (2nd Edition)*, The Interagency Gender Working Group, 2009.

## LE CONTINUUM DE L'INTÉGRATION DE LA DIMENSION DU GENRE

Le Groupe de travail inter-institutions sur le genre (IGWG) a mis au point un cadre conceptuel, Continuum de l'intégration de la dimension du genre (Figure 1) un outil diagnostique pour intégrer les analyses du genre et leurs résultats aux programmes en décidant s'ils sont « indifférents au genre » ou « sensibles au genre ». Les programmes sensibles au genre (c'est-à-dire qui reconnaissent explicitement les normes, différences et relations de genre locales) peuvent être de type exploiteur, conciliant ou transformateur.

FIGURE 1. Continuum de l'intégration de la dimension du genre



Source: IGWG module de formation trouvé à [http://www.igwg.org/igwg\\_media/Training/FG\\_GendrIntegrContinuum.pdf](http://www.igwg.org/igwg_media/Training/FG_GendrIntegrContinuum.pdf).

Le [site web](#) et le [document](#) (liens en anglais) de l'IGWG sur le continuum de stratégies genre décrivent en outre quatre catégories.

Illustrons les différentes positions de ce continuum par des exemples recueillis par l'IGWG.

**Les projets ou programmes indifférents au genre s'expriment en termes génériques** : enfants, adolescents, jeunes, familles, etc. Ils n'identifient pas les différences entre femmes et filles ou entre hommes et garçons en matière d'activités, d'accès et de contrôle des ressources et de participation aux prises de décisions. De ce fait, ces projets ne tiennent pas compte du genre ou ne le prennent pas en charge. Une stratégie indifférente au genre ignore les répercussions et suppose que les normes, les rôles ou les différences de pouvoir liés

au genre sont immuables ou sans influence sur la participation ou la jouissance des bienfaits d'un projet ou d'un programme. Par exemple, une analyse de la pauvreté qui ne tient pas compte des différences entre les ménages dirigés par un homme ou une femme ni des effets différentiels de la pauvreté liés au sexe est un exemple d'approche indifférente au genre.

**Les programmes ou projets sensibles au genre font mention explicite des questions de genre** et proposent des solutions spécifiques aux besoins et préoccupations des femmes, des filles, des hommes et des garçons cibles. Ils reconnaissent que les activités en direction des hommes et des femmes peuvent nécessiter différents intrants et conceptions, tels que des latrines séparées ou des bourses d'études ou horaires d'ateliers tenant compte des besoins spéciaux des femmes. La dimension du genre est manifeste lorsque les décisions relatives à l'aménagement de l'environnement professionnel reposent sur des données désagrégées par sexe.

**Les stratégies de type exploitateur s'appuient sur les inégalités et les stéréotypes** en matière de genre pour arriver à l'objectif ultime d'un programme ou d'un projet. Ce type de stratégie conforte les inégalités entre les sexes et perpétue les images stéréotypées des rôles de la femme et de l'homme. Par exemple, dans le domaine des ressources humaines pour la santé (RHS), une stratégie de recrutement d'apprenants peut (involontairement) jouer sur le stéréotype du rôle protecteur de la femme (par opposition aux rôles diagnostique et curatif de l'homme). De même, un employeur peut supposer qu'être homme est synonyme de soutien de famille et estimer, de ce fait, qu'un homme salarié mérite une rémunération plus élevée que sa collègue de même échelon. Dans le domaine de la programmation de la santé de la reproduction (SR), les stratégies de type exploitateur font appel aux leaders d'opinion masculins en tant que gardiens de l'attitude des femmes en matière de SR ou font allusion à la domination sexuelle masculine dans les slogans de marketing destinés à encourager les hommes à utiliser des préservatifs. De telles pratiques renforcent involontairement le pouvoir décisionnel et la domination de l'homme. En contexte clinique, la bonne pratique consistant à associer les hommes aux soins médicaux de leurs partenaires féminines peut être dévoyée par des prestataires qui accordent toute leur attention à l'homme plutôt qu'au couple.

**Les stratégies de type adaptatif** reconnaissent et tiennent compte des spécificités sexuelles dans les objectifs de leur programme ou projet. Elles n'essaient pas de remettre en cause les normes inéquitables en matière de genre. Au contraire, elles peuvent faciliter, pour les femmes, l'exécution des devoirs que leur imposent leurs rôles définis par le genre. Parfois, l'adaptation (ou le fait d'évoluer dans un contexte d'inégalité entre les sexes) peut être un moyen plus rapide d'atteindre ses objectifs que d'essayer de changer les relations entre les sexes. Il convient de noter, toutefois, que les interventions adaptatives peuvent entraîner des résultats à court terme et qu'elles constituent un premier pas important vers le continuum de l'égalité des sexes. Toutefois, les interventions transformatrices sont plus indiquées pour atteindre les objectifs à long terme. Les professionnels de la santé ne doivent pas s'arrêter aux stratégies de genre adaptatives.

Exemple de ce type de stratégie, la création d'un programme de garderie dans un hôpital pour permettre aux infirmières d'allier facilement éducation des enfants et travail rémunéré. Un tel programme favorise la participation continue des femmes à la main d'œuvre, sans remettre en cause la norme dominante qui fait des femmes les seules responsables de l'éducation des enfants. Dans le domaine de la SR, on peut citer l'exemple de la livraison de contraceptifs à domicile dans les endroits où la mobilité extérieure des femmes est limitée. Cette distribution a permis d'augmenter les taux de prévalence de la contraception et conféré à beaucoup de femmes la maîtrise de leur fertilité – mais dans de nombreux cas, elle fait peu pour remettre en cause la croyance qui qualifie de non respectables les femmes qui sortent de chez elles sans l'autorisation d'un parent masculin.

**Les programmes et projets transformateurs** en matière de genre cherchent à modifier les rapports de forces inégaux entre hommes et femmes en changeant les rôles et les statuts et en redistribuant les ressources. La dimension du genre est incorporée à la conception du projet, qui s'attaque directement aux sources de l'inégalité afin d'atteindre ses objectifs par la promotion de l'équité. Les stratégies transformatrices cherchent à éliminer les obstacles que le genre oppose à la participation à la main d'œuvre et à l'utilisation des services de santé en modifiant les rapports de forces, la répartition des ressources ou la distribution des tâches entre prestataires de services féminins et masculins ou entre bénéficiaires. Elles peuvent aussi favoriser une prise de conscience critique des normes de genre, notamment lors d'un recrutement ciblé d'hommes pour des emplois traditionnellement jugés « féminins ». Ce genre de stratégie peut être transformatrice du fait qu'elle cherche à modifier des relations inégales. Dans le domaine de la programmation de la SR, une stratégie transformatrice peut favoriser un dialogue communautaire visant à rééquilibrer les relations de genre de façon à permettre aux femmes de bénéficier de services contraceptifs sans devoir demander l'autorisation de leur mari.

## Études de cas mettant en lumière les différentes étapes du continuum de l'intégration de la dimension du genre – Exemples du Zimbabwe, de la Zambie et du Kenya

### Programme de genre de type exploitateur : Campagne pour le renforcement de l'implication masculine au Zimbabwe

Visant à renforcer l'usage de contraceptifs et l'implication masculine au Zimbabwe, un projet de planification familiale a initié une campagne de communication destinée à promouvoir l'importance de la participation des hommes aux prises de décisions en la matière. Les messages se sont inspirés des images et métaphores du sport, telles que « Jouez le match parfait, une fois que vous dominez, c'est facile d'en sortir vainqueur » et « À vous de choisir ». La campagne a permis d'accroître l'usage des méthodes contraceptives. En évaluant l'impact, le projet a demandé aux hommes à qui les décisions relatives à la planification familiale devraient revenir de préférence : à l'homme, à sa partenaire ou au couple. L'évaluation a révélé que « Si, après la campagne, les hommes ont fortement tendance à croire qu'ils doivent jouer un rôle actif en matière de planification familiale, ils n'acceptent pas nécessairement les concepts de prise de décision conjointe. Apparemment, ils ont mal interprété les messages de la campagne en pensant que la décision devait revenir aux seuls hommes ».

### Programme de genre de type adaptatif : Rôles des jeunes dans les soins et le soutien aux personnes vivant avec le VIH (PVVIH)

En Zambie, un projet a tenté d'associer les jeunes aux activités de soins et de soutien aux PVVIH. Il a effectué une recherche préparatoire pour évaluer l'intérêt des jeunes et étudier les dimensions du genre dans les soins. L'évaluation a étudié les types de soins pour lesquels les jeunes filles et les jeunes hommes se sentiraient plus à l'aise et qu'ils seraient en mesure d'effectuer, mais aussi les tâches que les PVVIH elles-mêmes préféreraient confier à l'un ou l'autre sexe. Sur la base de cette étude, le projet a adopté une approche qui incorpore les tâches préférées des jeunes des deux sexes afin de mettre au point ses activités de soins et de soutien au profit des PVVIH.

### Programme de genre de type transformateur : Programme de prévention des mutilations sexuelles féminines (MSF) au Kenya

Une initiative de lutte contre les MSF au Kenya envisageait de réduire les méfaits de la mutilation. Le personnel du projet s'est rendu compte que la législation interdisant la pratique ne tenait pas compte des motivations culturelles et sociales de la communauté et risquait de la pousser dans la « clandestinité ». En lieu et place, le projet a recruté un anthropologue médical pour travailler avec la communauté. Par des entretiens qualitatifs avec les femmes, les hommes et les leaders religieux, le projet a tenté de comprendre le sens et les fonctions du rituel pour la communauté. Avec les populations locales, le personnel du projet a adapté le rituel des MSF en éliminant la mutilation tout en maintenant les éléments culturels « sains » tels que l'isolement des filles, la danse, les contes, les dons de cadeaux, l'éducation sanitaire et hygiénique, etc. Ainsi, un nouveau rite de passage, appelé « excision par les mots », a été créé et adopté par la communauté toute entière.

Source: Groupe de travail inter-institutions sur le genre et USAID, "[Case Studies: Gender integration continuum](#)"

## Une perspective « genre » des éléments constitutifs des systèmes de santé

---

En guise d'illustration de l'intégration de la dimension du genre au secteur de la santé : pour résoudre convenablement les problèmes nés de l'inégalité entre les sexes, il ne suffit pas aux systèmes de santé « d'ajouter » une composante de genre à une étape tardive de la conception d'un projet. La recherche, les interventions, les réformes du système de santé, l'éducation sanitaire, la vulgarisation sanitaire et les politiques et programmes de santé doivent intégrer l'égalité des sexes dès la phase de planification. Une telle approche garantira la prise en compte des perspectives de genre dans les politiques, les services, le financement et la recherche sanitaires, mais également dans les programmes de formation du personnel de santé (Organisation mondiale de la Santé 2010a, 16).

Les autres chapitres du présent manuel analysent chacun des six éléments constitutifs des systèmes de santé. Malgré les grands efforts consentis actuellement pour collecter des données relative à l'effet de la prise en compte du genre dans la programmation sur chaque élément constitutif, les informations recueillies ne sont ni complètes ni exhaustives. Par exemple, il existe des documents concernant l'effet de la dimension du genre sur les types de services pouvant cibler les femmes et les hommes, les garçons et les filles, mais on en sait moins sur son effet que sur les autres éléments constitutifs. Chacun de ces éléments est abordé dans la présente section pour démontrer l'importance de la dimension du genre. Les descriptions des six éléments constitutifs des systèmes de santé sont disponibles sur le [site web de l'OMS](#).

Comme l'indique le Chapitre I, un système de santé a pour finalité de préserver ou de rétablir équitablement la santé de tous. Le présent chapitre s'intéresse à l'équité entre les sexes parce que, comme cela a été expliqué plus haut, les problèmes et les besoins des femmes et des hommes diffèrent, mais aussi du fait que les femmes constituent les principales pourvoyeuses et consommatrices de soins de santé dans les pays à revenu faible. Compte tenu de ces facteurs, les sections suivantes expliquent de façon générale la pertinence des questions de genre dans le contexte du renforcement des systèmes de santé.

Un cours en ligne sur le genre et le renforcement des systèmes de santé (Gender and HSS eLearning) est disponible sur le site [Global Health eLearning Center de l'USAID](#). Ce cours entre dans le cadre du programme diplômant Genre et santé.

### PRESTATION DE SERVICES

Un service de santé performant se caractérise par une offre d'interventions sanitaires de qualité, efficaces et sûres au bénéfice des demandeurs, en temps et en lieu opportuns, avec un gaspillage minimal de ressources. Une prestation de services sensible au genre est conçue de façon à prendre en charge les normes, les rôles, les responsabilités et les besoins liés au genre qui ont une incidence sur l'accès et l'utilisation des services. Par exemple, un programme PTME sensible au genre reconnaît explicitement que les femmes peuvent ne pas avoir le statut, les droits et le pouvoir décisionnel d'avoir des rapports sexuels sans danger ou d'adopter des pratiques alimentaires plus sûres pour le nourrisson, sans pour autant rien faire contre ces obstacles.

Selon les données des enquêtes démographiques et sanitaires, 50 % des ménages de certains pays d'Afrique subsaharienne et d'Asie du sud, voire plus, n'associent pas les femmes aux décisions concernant leur santé. Au Burkina Faso, au Mali et au Nigeria, près de 75 pour cent des femmes ont affirmé que ce type de décision revenait exclusivement à leur mari (OMS 2010a, 18).

Un service devient sensible au genre lorsqu'il agit sur la base de cette prise de conscience et discute avec le partenaire de la femme (avec l'autorisation de celle-ci, bien entendu) pour promouvoir les prises de décisions conjointes concernant les rapports sexuels sans danger ou une alimentation plus sûre pour le nourrisson (OMS 2009a). Les programmes les plus sensibles au genre fournissent des services de santé intégrés complets, avec une offre d'interventions sanitaires aussi diverse que la promotion, la prévention, le diagnostic, le traitement, la gestion de la maladie, la réhabilitation et l'offre de soins palliatifs. Ces services sont également fournis à divers niveaux et dans divers sites de soins au sein du système de santé et couvrent les besoins des jeunes et des vieux, mais aussi des hommes et des femmes à toutes les étapes du cycle de vie.

Family Care International a préparé une présentation [PowerPoint](#) (liens en anglais) sur la prise en charge de la santé sexuelle et reproductive de la femme axée sur le cycle de vie.

Les services de santé intégrés acceptent la requête des femmes de les fréquenter en même temps que leurs enfants afin de dépenser moins d'efforts, de temps et d'argent. Un point d'accès unique à une offre complète de services favoriserait largement l'accès aux soins, en particulier pour les femmes. Par exemple, au lieu de prévoir des jours ou des heures différents pour les soins infantiles, les consultations prénatales et la planification familiale, la fourniture de ces services en continu permettrait à une femme venue vacciner son enfant d'effectuer aussi un test de grossesse ou de recevoir ses contraceptifs dans un délai beaucoup plus court. En plus du gain de temps, l'intégration de certains services peut améliorer la confidentialité et/ou atténuer la stigmatisation, notamment lorsque la clinique de santé sexuelle et reproductive regroupe les services IST et VIH/sida ou avortement et traitement de l'infertilité (OMS 2010a).

Par ailleurs, il est important de tenir compte des besoins sanitaires de la communauté LGBT (lesbiennes, gays, bisexuels et transsexuels). L'accès de ce groupe marginalisé est un aspect du genre et doit faire partie de l'agenda d'égalité des sexes. Des études ont montré que les LGBT sont confrontés à des problèmes de santé et des obstacles liés à leur orientation sexuelle et identité de genre et qu'ils évitent ou reportent les soins ou reçoivent des soins inadaptés ou de qualité inférieure à cause de l'homophobie, de l'opprobre et de la discrimination des prestataires et institutions de soins. Cet aspect est particulièrement important dans le cadre de la prévention, du traitement et du soutien aux personnes infectées ou affectées par le VIH/sida, où ces groupes ont été marginalisés en matière de soins.

## PERSONNEL DE SANTÉ

Un personnel de santé performant travaille de façon réactive, équitable et efficace pour obtenir les meilleurs résultats sanitaires possibles suivant les ressources disponibles et les circonstances. Autrement dit, les services sont fournis par un personnel suffisant, qui est non seulement compétent mais aussi responsable devant ses clients. Selon les estimations, les femmes représentent environ 42 pour cent de la main d'œuvre formelle salariée mondiale, et plus de 75 pour cent du personnel de santé. D'où leur rôle crucial dans le système de santé (OMS, Département des ressources humaines pour la santé, 2008). Dans le même temps, l'accès inégal à l'éducation et à la formation dans les pays à revenu faible se traduit par un nombre disproportionné de femmes aux postes les moins bien payés. Les stéréotypes et les pratiques en matière de genre confinent le personnel de santé féminin à certains postes. Certains postes sont mal encadrés et souvent non rémunérés, excluant ainsi les femmes du secteur de l'emploi formel. Dernier point, mais non le moindre, une fois recrutées, les femmes se heurtent souvent à un « obstacle culturel », avec des rôles et attentes sociaux qui les privent

de promotion à des postes de responsabilités. À l'autre extrême, là où les postes exigent de meilleurs salaires, avantages et perspectives de confort social, nous trouvons principalement des hommes (Standing 2000, OMS 2009).

Les attentes culturelles vis-à-vis des responsabilités des femmes dans la maternité et l'éducation amènent souvent cette dernière à alterner emploi et chômage. Le fait de supposer qu'une femme sera enceinte ou qu'elle est la principale éducatrice de ses enfants affecte directement ses perspectives de carrière, un stéréotype dont ne souffrent que de rares hommes de même culture. C'est pourquoi il n'est pas surprenant que moins de femmes soient promues aux échelons supérieurs et aux postes de direction que les hommes, même en cas de partage des responsabilités familiales ou d'aide domestique – qui sont des situations peu courantes. Les mesures suivantes peuvent être prises pour instaurer l'égalité au sein du personnel de santé (OMS 2010a, 39–40) :

**Créer un environnement professionnel égalitaire pour le personnel de santé.**

Censé avoir des interactions respectueuses, sans parti pris et stimulantes avec les patients, il a besoin d'un environnement professionnel qui cultive ces mêmes valeurs et les soutient.

**Former le personnel de santé aux principes du genre.** Beaucoup d'efforts ont été faits (souvent à l'échelle locale) pour la formation continue des professionnels de la santé aux questions d'équité entre les sexes. Toutefois, leur impact a fait l'objet de peu d'évaluations en termes de changement de comportement et de pratiques.

**Reconnaître la contribution et réduire la charge de travail sanitaire non rémunéré et invisible.** Il s'agit des soins informels dispensés gratuitement par un membre de la famille ou de la communauté, souvent un ami, à un malade ou un handicapé. Ils regroupent les activités bénévoles de promotion sanitaire ou de prévention menées par les membres d'une communauté. Le travail sanitaire non rémunéré inclut les soins personnels tels que laver le patient, le nourrir ou lui tenir compagnie, les soins médicaux tels que le panser, lui administrer des médicaments ou contrôler sa température, mais aussi les services domestiques tels que lui faire la cuisine, le ménage ou les courses. Ce travail généralement fait par les femmes est invisible car il est perçu comme le prolongement de leurs devoirs domestiques ou comme faisant partie de leur rôle de mère et d'aide familiale.

## SYSTÈMES D'INFORMATION SANITAIRE

Un système d'information sanitaire fonctionnel se caractérise par la production, l'analyse, la diffusion et l'utilisation de données fiables, disponibles en temps utile sur les déterminants de santé, la performance du système de santé et l'état de santé. La dimension du genre doit être incorporée à ces systèmes. En plus d'être exclues des données, les femmes ne sont pas bien représentées dans les systèmes d'information.

*Il convient d'adopter une perspective du genre dans tous les processus de formulation et de mise en œuvre des politiques et dans l'offre de services, en particulier en matière de santé sexuelle et reproductive, y compris la planification familiale, ce qui inclut la production et la disponibilité de données désagrégées par sexe et d'indicateurs appropriés pour suivre les progrès au niveau national.*

—Actions clés pour la poursuite de la mise en œuvre du  
Programme d'action de la  
Conférence Internationale sur la Population et le Développement, paragraphe 46

Les systèmes d'information sanitaire ne contiennent pas toujours des données désagrégées par sexe – le critère le plus élémentaire pour l'analyse du genre et les activités subséquentes de plaidoyer et d'intervention politique. Des indicateurs de santé standardisés et sensibles au genre existent dans certains domaines, tels que la violence sexospécifique, mais pas dans d'autres (Bloom et Arnoff 2012). Lorsque des données désagrégées sont disponibles, l'analyse doit rattacher toutes les différences de sexe au modèle logique général du programme ou à sa théorie de changement pour démontrer l'incidence des facteurs liés au genre sur la performance des programmes de santé et les résultats de santé. Si plus de femmes que d'hommes participent aux formations, cela affecte-t-il la prestation de services ou les effets sanitaires ? Comment ? Souvent, ce niveau d'analyse est omis.

L'encadré 6 (ci-dessous) présente quelques objections fréquemment soulevées pour décourager la collecte de statistiques liées au genre. Il fournit aussi des contre-arguments pour réfuter ces objections.

#### ENCADRÉ 6. Arguments fréquemment avancés contre la production de statistiques sensibles au genre

« Nous avons déjà des statistiques sur le genre –toutes nos données sont désagrégées par sexe ».

La production de statistiques sensibles au genre ne concerne pas que la désagrégation des données par sexe, même si de telles données constituent une composante importante de ce type de statistiques. Pour être pleinement sensible au genre, le système de collecte de données doit aussi produire des statistiques relatives à l'ensemble des problématiques clés du genre au sein de la communauté ou de la région et couvrir les problèmes (tels que la mortalité maternelle ou les troubles de la prostate) qui n'affectent qu'un seul sexe.

« L'égalité est déjà une réalité pour les femmes et les hommes de ce pays ».

Femmes et hommes ne seront jamais exactement pareils. Les différences biologiques persisteront, tout comme les différences sociales. Des statistiques sensibles au genre sont nécessaires pour illustrer à la fois leurs différences et leurs similitudes. C'est seulement sur la base de ces informations que les programmes et les organisations peuvent élaborer des politiques pertinentes et s'assurer du succès de leurs politiques pour l'égalité des sexes.

« C'est normal d'avoir des différences sur le marché du travail car le femmes préfèrent rester à la maison ».

Des données sensibles au genre ne doivent pas présenter de jugement de valeur sur la société. La tâche consiste à produire ou à accéder à des données qui reflètent la situation exacte de la population desservie par vos programme ou vos services de santé. Il appartient ensuite aux décideurs et aux citoyens de façon générale de décider si les différences décrites entre hommes et femmes sont « normales » ou souhaitables.

« Ce sera trop coûteux d'ajouter une répartition par sexe ».

Le plus souvent, le coût de production de statistiques sensibles au genre à l'aide des instruments existants est modique. Parfois, il s'agit simplement d'ajouter une question ou une colonne qui indique le sexe. Dans d'autres cas, il peut s'agir de plusieurs questions. Lors de l'analyse, le temps consacré à la création de tableaux supplémentaires représentera le principal coût mais, dans beaucoup de cas, il suffit d'ajouter le sexe aux tableaux existants. En général, le coût n'est significatif que si une étude est spécialement effectuée pour évaluer l'égalité entre les sexes (par exemple, une enquête).

« La désagrégation par sexe affectera négativement la qualité des données ».

Au contraire, l'intégration de données désagrégées par sexe permettra de les examiner sous la perspective du genre et d'enrichir, de ce fait, l'information issue de l'étude et d'en accroître la valeur explicative. La désagrégation sert souvent de base à une vérification plus complète de l'exactitude de la collecte et de l'enregistrement des données, car elle permet des vérifications logiques supplémentaires.

Source: Developing Gender Statistics: A Practical Tool, par la Commission économique pour l'Europe et l'Institut de la Banque mondiale, 2010. Reproduit avec l'autorisation des Nations Unies (document en anglais).

Les données sanitaires par sexe peuvent être utilisées pour générer des études et des documents sur les pratiques prometteuses et, de ce fait, éclairer les politiques destinées à améliorer la santé des femmes et des familles. Le partage de telles informations, notamment les données désagrégées par sexe collectées par les ministères de la Santé, avec les parties prenantes qui ont besoin de soutien pour leurs activités de plaidoyer et leurs politiques, leur procure un « langage clair qui met en évidence les causes et les conséquences liées au genre et leurs répercussions politiques » (ONU, Bureau de la Conseillère spéciale pour la problématique hommes-femmes 2002, 23). En outre, les statistiques sensibles au genre peuvent aider à identifier les inégalités nées des lois ou politiques en vigueur et à élaborer des politiques qui, sans être explicitement liées au genre, peuvent avoir un impact différencié sur les hommes et les femmes.

Par ailleurs, l'inclusion d'indicateurs sensibles au genre dans les plans de suivi de programme aidera l'équipe de mise en œuvre à suivre l'incidence sur les disparités entre les sexes, en particulier s'il s'agit d'un programme sensible au genre. Comme le note le document d'orientation de l'OMS (Payne 2009), « Les indices d'égalité et d'équité entre les sexes sont aussi très précieux : ils sont compilés à partir de données issues de sources aussi diverses que les recensements, les enquêtes et les statistiques collectées au niveau national pour « donner forme » aux données désagrégées par sexe ».

Une liste d'exemples d'indicateurs sensibles au genre pour la prestation de services est disponible sur le [site web](#) (lien en anglais) de MEASURE Evaluation PRH.

## ACCÈS AUX MÉDICAMENTS ESSENTIELS

Un système de santé performant veille à l'accès équitable aux produits médicaux essentiels, aux vaccins et aux technologies dont la qualité, la sécurité, l'efficacité et le rapport qualité-prix sont garantis, et dont l'usage est économique et scientifiquement sûr. Concernant l'accès aux médicaments, le statut d'homme ou de femme compte énormément. La mise en œuvre concluante des politiques et stratégies de promotion de l'accès à des médicaments abordables et fiables exige la prise en compte de la dimension du genre. Les études menées dans les pays en développement révèlent que, pour l'accès (à la fois aux services de santé et aux médicaments), les obstacles liés au genre sont plus importants pour les femmes que pour les hommes, car elles n'ont souvent aucune emprise sur le revenu familial ou ne peuvent pas acheter des médicaments sans l'avis de leur mari. De même, les contraintes géographiques, telles que la distance et le coût du transport pour accéder aux services de soins de santé (qui distribuent les médicaments), leur sont défavorables (Baghdadi 2005).

Il est indispensable, pour réduire davantage la mortalité maternelle, d'étendre l'accès à des médicaments abordables et de grande qualité. Cependant, des difficultés majeures entravent souvent cet accès, au premier rang desquelles l'absence de données sur les besoins, les systèmes et le financement des médicaments pour la santé maternelle. De même, la qualité variable des médicaments et l'ignorance de leur posologie par les prestataires sont autant d'obstacles à des soins maternels adéquats (Fonds des Nations Unies pour la population 2012). De nombreuses femmes des zones rurales des pays à revenu faible sont illettrées et, de ce fait, incapables de lire les notices médicales. Et, pourtant, les femmes sont souvent aux avant-postes des soins familiaux. En effet, il a été démontré que les campagnes de vulgarisation sur l'utilisation sûre des médicaments profitent davantage aux familles nucléaires et élargies si elles ciblent les femmes plutôt que les hommes.

## FINANCEMENT

Un bon système de financement de la santé mobilise des fonds de manière à permettre aux individus d'utiliser les services requis et à les protéger du désastre financier ou de l'appauvrissement lié à l'obligation de supporter les dépenses de santé. Pour les femmes démunies, ces frais ont un rapport direct et évident avec leur capacité de payer elles-mêmes les soins de santé. Ayant du mal à joindre les deux bouts, elles peuvent à peine économiser pour parer aux imprévus, y compris pour les soins. Parfois, elles peuvent faire des compromis et ne pas se soigner pour acheter des vivres ou du combustible ou s'en remettre à des soins traditionnels inadaptés à leurs besoins sanitaires (Nanda 2002). Sans accès aux ressources familiales et tributaires du pouvoir décisionnel traditionnel du chef de famille, les femmes pauvres peuvent facilement se voir privées des soins de santé payants les plus élémentaires. Même exemptées de ces frais, elles n'ont pas la garantie de se soigner gratuitement car, parfois, l'exemption n'inclut pas les fournitures ou les médicaments, et il leur faut parfois payer des dessous-de-table pour se faire consulter (Vlassoff 2007).

Les frais de consultation créent des inégalités non seulement parce qu'ils risquent de dissuader les pauvres de profiter des services, mais aussi parce que, dans le cas de maladies très graves, ils peuvent engloutir les maigres ressources familiales et reléguer au second plan les soins préventifs ou « mineurs » des femmes et des enfants.

## LEADERSHIP ET GOUVERNANCE

Le leadership et la gouvernance supposent la mise en place de cadres politiques stratégiques, combinés à un suivi stratégique efficace, la création de coalitions, la réglementation, la conception attentive du système et la responsabilité (voir Chapitre 3). L'absence de politiques garantissant l'équité entre les sexes en termes de recrutement et l'absence de conseils de supervision incluant des femmes constituent des défis particuliers de leadership et de gouvernance pour les systèmes de santé. Les femmes ont été trop longtemps sous-représentées au sommet de l'exécutif et du législatif, mais aussi au sein des organes directeurs des organisations sanitaires publiques et privées régionales, nationales et locales. Principales bénéficiaires et clientes des systèmes de santé, les femmes ne disposent pas de mécanismes adéquats pour se faire entendre à travers les systèmes de leadership.

La bonne gouvernance consiste à créer des institutions responsables, transparentes et inclusives. L'inclusion et la transparence offrent l'égalité de chances d'accès aux postes de leadership au personnel qualifié. Cela paraît simple, mais en apparence seulement ! Le chemin est parsemé d'embûches pour les pionnières, qui doivent à la fois se faire accepter (et donc se conformer aux normes et attentes créées par la majorité dominante) ET exprimer leurs compétences et leur avis, ce qui peut les mettre en conflit avec leurs collègues masculins. Leur situation est peu enviable : alors que les jeunes femmes les prennent pour modèles et s'attendent à leur soutien, leurs collègues masculins ou adversaires (des deux sexes) relèvent et exagèrent leur moindre erreur. Cependant, le jeu en vaut la chandelle. La bonne gouvernance va de pair avec un bon leadership, et les femmes en poste de leadership ont fait preuve d'esprit inclusif et de collaboration (Wilber 2011).

## Conclusion

---

Ce chapitre a pour objectif d'aider les leaders et les responsables de programmes ou de services de santé à comprendre pourquoi il est important d'intégrer la dimension du genre, comment le faire et en quoi leurs capacités de leadership, de gestion et de gouvernance peuvent les aider à relever les défis inhérents à cette intégration.

Dans les années 1990, l'égalité entre les sexes est devenue une priorité internationale, comme en témoignent des réunions telles que la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD 1994), le Sommet mondial pour le développement social de Copenhague en 1995 et la Quatrième Conférence mondiale sur les femmes Beijing en 1995. La CIPD s'était fixée les objectifs suivants : généraliser l'accès aux services de planification familiale et de santé sexuelle et reproductive et aux droits en matière de reproduction, assurer l'égalité entre les sexes, l'autonomisation des femmes et l'égal accès à l'éducation pour les filles, prendre en charge l'impact individuel, social et économique de l'urbanisation et de la migration et soutenir le développement durable et la prise en charge des questions environnementales liées aux changements démographiques. La Plateforme d'action de Beijing incluait des recommandations visant à habiliter les femmes à promouvoir et préserver leur santé et soulignait la nécessité d'intégrer la dimension du genre à l'ensemble des politiques et programmes. De même, les Objectifs du Millénaire pour le Développement, fixés lors du Sommet du Millénaire de 2000, ciblent spécifiquement et directement les femmes et la santé, notamment à travers la réduction de la mortalité maternelle et l'autonomisation des femmes (Objectifs 3 et 5).

Le Département Genre, femmes et santé de l'OMS a préparé une [publication](#) (lien en anglais) qui décrit la dimension du genre de l'action visant à atteindre les OMD pour la santé.

Les documents issus de l'ensemble de ces réunions réaffirment l'égal droit des femmes à la protection et à la participation sociales. Malgré ces déclarations, des obstacles subsistent. L'Association pour les droits des femmes et le développement a souligné les leçons apprises de l'intégration de la dimension du genre, mais aussi les défis liés au processus, notamment les défis ci-dessous.

**Le concept lui-même est vague et mal compris.** L'intégration de la dimension du genre reste difficile parce que le concept de « genre » n'est pas encore appréhendé en tant que construction sociale des rôles et des relations, mais principalement en termes d'attention prêtée aux femmes sur le plan biologique. De plus, le mot « intégration » a été, dans le meilleur des cas, perçu comme la nécessité d'ajouter les « intérêts des femmes » pour « affiner » des paramètres déjà établis.

**L'intégration en a été réduite à une technique.** Du fait qu'elle inclut rarement le financement, le recrutement ou l'engagement nécessaires, l'intégration de la dimension du genre est souvent réduite à une question de technique et de « boîtes à outils ». Et, trop souvent, la technique est incriminée pour les défaillances du processus alors que les véritables problèmes résident dans le défaut d'engagement et de ressources et de réelle acceptation de l'égal valeur de la femme et de l'homme.

**L'intégration sert de prétexte pour économiser les ressources.** Souvent, les agences affirment que le genre a été intégré avec succès à leurs programmes et elles s'en servent pour justifier le manque de personnel, de ressources et de plans spécialement dédiés au genre et aux problèmes des femmes. Ainsi, dans certains

cas, le secteur du genre peut se retrouver avec moins de personnel et de ressources aujourd'hui qu'en 1995. Aujourd'hui, il convient d'identifier un indicateur ou des critères minimaux pour l'étiquette « Sensible au genre ».

**L'intégration de la dimension du genre n'a pas été transformatrice.** Tel qu'elle est appliquée aujourd'hui, elle se contente du statu quo et du « train-train habituel » et d'ajouter le terme « genre ». Il faut des méthodes plus radicales pour transformer l'agenda afin de placer le genre en première ligne et réorganiser et redéfinir la structure et l'orientation du travail actuel. Les efforts actuels semblent insuffisants.

L'Association pour les droits de la femme et le développement a publié une [analyse approfondie](#) (lien en anglais) de chacun de ces défis.

## Pratiques éprouvées

---

À l'image de tout changement, la première étape consiste à prendre conscience de sa propre attitude vis-à-vis du genre. Alors seulement pourra-t-on aborder les différents aspects de la problématique par cercles d'influence de plus en plus larges : famille, communauté, lieu de travail et gouvernement.

Retenez ce qui suit :

- Le genre est une construction sociale et, de ce fait, l'égalité entre les sexes n'est pas un phénomène statique. Observez le changement, même lent, des rôles des hommes et des femmes dans le contexte des programmes de santé.
- Il est préférable de concevoir les interventions visant à intégrer la dimension du genre sur la base de normes et d'attitudes positives, bénéfiques à la fois aux hommes et aux femmes.
- La transformation ne survient pas en un jour à cause des croyances millénaires concernant l'homme et la femme. Les changements pour l'avènement de l'égalité des sexes dans le secteur de la santé sont graduels et s'appuient sur les efforts des intervenants des autres secteurs.
- L'intégration de la dimension du genre passe par des défenseurs dévoués, capables de donner des arguments en faveur de l'égalité des sexes et d'en expliquer les impératifs sanitaires et moraux.
- L'observation, la collecte et l'analyse de données et la programmation basée sur des faits font partie intégrante du travail d'intégration de la dimension du genre.

Voici des pratiques éprouvées, qui peuvent être adaptées, pour intégrer la dimension du genre dans le secteur de la santé :

- Remettre en cause les stéréotypes sur le genre avec tact et proposer des normes et des pratiques plus équitables destinées à renforcer et à promouvoir, plutôt qu'à dégrader, la santé des hommes et des femmes.
- Prêter attention aux risques spécifiques liés au statut de femme ou d'homme et aux rôles sociaux et biologiques dans une société donnée. Souligner ces risques et s'assurer le soutien des hommes et des femmes pour les réduire.

- Étendre la base factuelle destinée à éclairer les politiques et les programmes à l'aide d'études ciblées qui montrent le lien entre l'inégalité des sexes et les effets sanitaires négatifs.
- Soutenir les structures, les mesures incitatives et les mécanismes de responsabilité visant à habiliter les femmes à accéder à l'information et aux ressources sanitaires.
- Combattre l'inégalité des sexes au sein des systèmes de santé en sensibilisant davantage à son incidence sur les femmes et les hommes, mais aussi les garçons et les filles, à la fois en tant qu'usagers et prestataires de soins de santé.

## Glossaire du genre

---

**analyse du genre** : collecte et interprétation de données désagrégées par sexe et d'autres informations relatives aux indicateurs sensibles au genre pour déterminer tout impact différencié d'une action sur les hommes et les femmes et les effets des rôles et des responsables attribués aux deux sexes. Elle implique aussi des analyses qualitatives qui aident à expliquer l'origine de ces rôles, de ces responsabilités et de ces impacts différenciés. L'analyse de genre constitue souvent la première étape de la conception et de la mise en œuvre d'un programme sensible au genre.

**données désagrégées par sexe** : données collectées et présentées séparément pour les femmes et les hommes.

**égalité des sexes** : vise la jouissance, par les femmes et les hommes, les garçons et les filles, d'un égal accès aux services, à l'information et aux opportunités, mais aussi aux biens, ressources et récompenses socialement valorisés. Elle offre à tout le monde le plein et égal exercice de ses droits humains et la chance de réaliser pleinement ses potentialités. L'égalité entre les sexes ne signifie pas que l'homme et la femme deviennent pareils, mais seulement que l'accès aux opportunités et aux progrès sociaux ne dépend pas du sexe et n'est pas restreint par ce dernier.

**équité entre les sexes** : être équitable envers les femmes, les hommes, les filles et les garçons. Pour ce faire, il convient d'instaurer des stratégies et des mesures pour compenser les désavantages historiques et sociaux fondés sur le genre qui empêchent la femme et l'homme d'opérer sur un pied d'égalité. L'équité entre les sexes mène à l'égalité des sexes. Cependant, le droit international relatif aux droits de la personne connaît une controverse concernant les termes et la préférence pour l'utilisation exclusive de « égalité des sexes ».

**genre** : renvoie à un ensemble de qualités, d'attitudes et d'opportunités construites par la société, associées au statut d'homme ou de femme mais aussi aux relations hommes-femmes. Contrairement au sexe biologique, les caractéristiques du genre sont enseignées par la culture ou la société. De nombreux attributs sont associés au genre : habillement, rôles domestiques, statut économique, définitions de la réussite, etc. Les rôles associés au genre ne sont pas fixes : ils varient fortement au sein des cultures et d'une culture à l'autre, et peuvent changer au fil du temps.

**indicateurs sensibles au genre** : mesurent les avancées en termes d'égalité des sexes. Ils incluent divers facteurs qui déterminent si les femmes et les hommes sont traités différemment sur la seule base du sexe et peuvent révéler l'avantage ou le désavantage relatif rattaché au sexe.

**disparités entre les sexes** : inégalités ou différences résultant du traitement des hommes et des femmes, mais aussi des garçons et des filles sur la base des rôles, des opportunités, des relations, etc. jugés convenables pour chaque groupe. Par exemple, les différences de statut sanitaire ou éducatif découlant du traitement différencié fondé sur le sexe.

**intégration de la dimension du genre** : processus consistant à intégrer les répercussions de chaque action envisagée aussi bien pour les femmes et les hommes que pour les garçons et les filles, à toutes les étapes et à tous les niveaux, dans le but de réaliser l'égalité entre les sexes. Avec l'intégration de la dimension du genre, tant les préoccupations et les expériences des femmes que celles des hommes font partie intégrante de l'élaboration, de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation des politiques, des programmes et des projets de l'ensemble des sphères politiques, économiques et sociales. L'intégration de la dimension du genre est une stratégie permettant d'identifier et de mettre fin à la perpétuation des disparités et inégalités entre les sexes.

**perspective du genre** : approche consistant à examiner les rapports entre une question spécifique et les multiples aspects du genre et à l'appliquer à la conception, la planification, la mise en œuvre et l'évaluation des politiques et des programmes. Elle consiste à tenir compte des répercussions du genre au moment d'évaluer les problèmes et les mesures envisagées.

**sexe** : caractéristiques biologiques qui différencient l'homme de la femme. Les différences entre les sexes sont liées à la physiologie masculine et féminine et restent généralement invariables pour toutes les cultures dans le temps.

## Références et ressources

---

- African Development Bank Group. *Gender Mainstreaming Checklist for the Health Sector*. 2009, [http://www.afdb.org/fileadmin/uploads/afdb/Documents/Policy-Documents/Gender-health-chklist-sunita-12-01-09%20\(2\).pdf](http://www.afdb.org/fileadmin/uploads/afdb/Documents/Policy-Documents/Gender-health-chklist-sunita-12-01-09%20(2).pdf) (consulté le 28 février 2014).
- Association for Women's Rights in Development. "Gender Mainstreaming: Can It Work for Women's Rights?" *Spotlight 3* (2004), <http://wwda.org.au/wp-content/uploads/2013/12/genmainstream1.pdf> (consulté le 16 septembre 2015).
- Baghdadi, Guitelle. "Gender and Medicines: An International Public Health Perspective." *Journal of Women's Health* 14(1) (2005):82–86, <http://online.liebertpub.com/doi/abs/10.1089/jwh.2005.14.82> (consulté le 28 février 2014).
- Banque mondiale. Rapport sur le développement dans le monde 2012 *World Development Report 2012: Gender Equality and Development*. Washington DC: Banque mondiale, 2012, <http://go.worldbank.org/6R2KGVEXP0> (consulté le 11 février 2014).
- Bloom, Shelah, and Elly Arnoff. *Gender and Health Data and Statistics: An Annotated Resource Guide*. Chapel Hill, NC: MEASURE Evaluation, 2012, <http://www.cpc.unc.edu/measure/publications/ms-12-52> (consulté le 28 février 2014).
- Buvinić, Mayra, André Medici, Elisa Fernández, and Ana Cristina Torres. "Gender Differentials in Health." Chapter 10 of *Disease Control Priorities in Developing Countries*. 2nd ed. Washington (DC): World Bank and Oxford University Press, 2006, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK11729/> (consulté le 1er mars 2014).
- Capacity Project. "Handout 1.4.1 Continuum of Gender Strategies." Chapel Hill, NC: Intra-Health International, non daté, [http://www.intrahealth.org/files/media/integrating-gender-in-human-resources-for-health-hrh-projects/Handout\\_141\\_Continuum\\_Gender\\_Strate](http://www.intrahealth.org/files/media/integrating-gender-in-human-resources-for-health-hrh-projects/Handout_141_Continuum_Gender_Strate)

- gies.pdf. Ressource pour le programme de formation en deux modules *Integrating Gender in Human Resources for Health* (HRH) Projects, disponible sur <http://www.intrahealth.org/page/integrating-gender-in-human-resources-for-health-hrh-projects> (consultés le 1er mars 2014).
- Caro, Deborah. Adapté de : *A Manual for Integrating Gender Into Reproductive Health and HIV Programs: From Commitment to Action (2nd Edition)*. Interagency Gender Working Group, 2009, [http://www.igwg.org/igwg\\_media/manualintegrendr09\\_eng.pdf](http://www.igwg.org/igwg_media/manualintegrendr09_eng.pdf) (consulté le 1er mars 2014)
- Cerise, Somali, et Francesca Francavilla. *Tackling the root causes of gender inequalities in the post-2015 development agenda*. Paris: OECD Development Centre, 2012, [http://www.wiki-gender.org/images//d/d1/Tackling\\_the\\_root\\_causes\\_of\\_gender\\_inequalities\\_OECD\\_DEV.pdf](http://www.wiki-gender.org/images//d/d1/Tackling_the_root_causes_of_gender_inequalities_OECD_DEV.pdf) (consulté le 27 février 2014).
- Doggett, Elizabeth, et Tanya Medrano. *Integrating Gender in Care and Support of Vulnerable Children: A Guide for Program Designers and Implementers*. Research Triangle Park, NC: FHI 360, 2012, <http://www.fhi360.org/sites/default/files/media/documents/Integrating%20Gender%20in%20Care%20and%20Support%20of%20Vulnerable%20Children.pdf> (consulté le 27 février 2014).
- Education, Livelihoods, WASH, Health, Trainings and Governance. *Challenges to Gender mainstreaming*. p. 6, <http://www.fsnnetwork.org/sites/default/files/bridgengendermainstreaming.pdf>. (consulté le 4 décembre 2013).
- Family Care International. "Advancing Commitments: Sexual and Reproductive Health. Life Cycle Approach." 2001, <http://www.familycareintl.org/UserFiles/File/pdfs/ppts/lifecycle.ppt> (consulté le 1er mars 2014). Il s'agit d'une présentation PowerPoint.
- Fatalla, Mahmoud. "Issues in Reproductive Health: Health and being a woman." UN News Center. United Nations. Présentation lors de la Réunion du groupe d'experts Femmes et santé, Tunis, 1998, <http://www.un.org/womenwatch/daw/csw/issues.htm> (consulté le 24 mai 2014).
- George, Asha. *Human Resources for Health: A Gender Analysis*. Women and Gender Equity Knowledge Network (WEGKN), 2007, [http://www.who.int/social\\_determinants/resources/human\\_resources\\_for\\_health\\_wgkn\\_2007.pdf](http://www.who.int/social_determinants/resources/human_resources_for_health_wgkn_2007.pdf) (consulté le 2 mars 2014). Document préparé par le WGEKN et le Réseau de connaissances sur les systèmes de santé de la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS.
- Greene, Margaret E. *A Practical Guide for Managing and Conducting Gender Assessments in the Health Sector*. International Gender Working Group, 2013, [http://www.igwg.org/igwg\\_media/IGWG-GenderAssessmentGuide-2013.pdf](http://www.igwg.org/igwg_media/IGWG-GenderAssessmentGuide-2013.pdf) (consulté le 8 février 2014).
- Greene, Margaret E., and Andrew Levack. *Synchronizing Gender Strategies: A Cooperative Model for Improving Reproductive Health and Transforming Gender Relations*. For the Interagency Gender Working Group, Washington DC: Population Reference Bureau, 2010, [http://www.engenderhealth.org/files/pubs/gender/synchronizing\\_gender\\_strategies.pdf](http://www.engenderhealth.org/files/pubs/gender/synchronizing_gender_strategies.pdf) (consulté le 2 mars 2014).
- Green, Sarah. "Best (and Worst) Countries to Be a Woman." *Harvard Business Review Blog Network*, 2013, <http://blogs.hbr.org/2013/10/the-best-and-worst-countries-to-be-a-woman/> (consulté le 27 février 2014).

HPV Information Centre. *Uganda: Human Papillomavirus and Related Cancers, Fact Sheet 2013*. Barcelona: Institut Català d'Oncologia, 2014, [http://www.hpvcentre.net/statistics/reports/UGA\\_FS.pdf](http://www.hpvcentre.net/statistics/reports/UGA_FS.pdf) (consulté le 27 février 2014).

Interagency Gender Working Group. "Case Studies: Gender integration continuum." non daté, [http://www.igwg.org/igwg\\_media/GenderSafeMothrhd/gendr-continuum-case-studies.pdf](http://www.igwg.org/igwg_media/GenderSafeMothrhd/gendr-continuum-case-studies.pdf) (consulté le 8 mars 2014).

———. "Handout: IGWG Gender Integration Continuum Categories." Interagency Gender Working Group, 2012, [http://www.igwg.org/igwg\\_media/gender101trainingmodule/Handout\\_GenderContinuumCategories.pdf](http://www.igwg.org/igwg_media/gender101trainingmodule/Handout_GenderContinuumCategories.pdf) (consulté le 1er mars 2014).

———. *How to Integrate Gender into HIV/AIDS Programs: Using Lessons Learned from US-AID and Partner Organizations*. With the United States Agency for International Development and the Gender and HIV/AIDS Task Force, 2004, <http://www.prb.org/pdf04/HowToIntegrGendrHIV.pdf> (consulté le 1er mars 2014).

Jamison, Dean, Joel G. Breman, Anthony Measham, et al., eds. *Disease Control Priorities in Developing Countries*. 2nd ed. Washington (DC): World Bank and Oxford University Press, 2006.

Leadership, Management & Governance Project. *An Open Mind and a Hard Back: Conversations with African Women Leaders*. Compilé par Belkis Giorgis, Elly Mugumya et Sarah Lindsay, 2013, [http://www.lmgforhealth.org/sites/default/files/files/Conversations%20Women%20Leaders%20\\_LMG.pdf](http://www.lmgforhealth.org/sites/default/files/files/Conversations%20Women%20Leaders%20_LMG.pdf) (consulté le 8 mars 2014).

MEASURE Evaluation PRH. "Gender sensitivity in the service delivery environment." PRH Family Planning and Reproductive Health Indicators Database, non daté, [http://www.cpc.unc.edu/measure/prh/rh\\_indicators/crosscutting/service-delivery-ii.h.4/gender-sensitivity-in-the-service-delivery](http://www.cpc.unc.edu/measure/prh/rh_indicators/crosscutting/service-delivery-ii.h.4/gender-sensitivity-in-the-service-delivery) (consulté le 28 février 2014).

Mercy Corps. *BRIDGE & Gender Mainstreaming: A Guide for Program Staff. Education, Livelihoods, WASH, Health, Trainings and Governance*. Mercy Corps Sudan/BRIDGE, 2010, <http://www.fsnnetwork.org/sites/default/files/bridgегendermainstreaming.pdf> (consulté le 4 décembre 2013).

Nanda, Priya. "Gender Dimensions of User Fees: Implications for Women's Utilization of Health Care." *Reproductive Health Matters* 10(20) (2002):127–134, [http://www.sarpn.org/documents/d0000174/P165\\_Nanda.pdf](http://www.sarpn.org/documents/d0000174/P165_Nanda.pdf) (consulté le 4 décembre 2013).

Nations Unies. *Rapport du Conseil économique et social 1997*. Nations Unies, 1997, <http://www.un.org/documents/ga/docs/52/plenary/a52-3.htm> (consulté le 1er mars 2014).

Nations Unies. Division de la promotion de la femme Intégration de la dimension. *Gender Mainstreaming. Extrait du Rapport du Conseil économique et social*. Nations Unies, 1997, <http://www.un.org/womenwatch/daw/csw/GMS.PDF> (consulté le 14 novembre 2013).

Nations Unies. Commission économique pour l'Europe et Institut de la Banque mondiale. *Developing Gender Statistics: A Practical Tool*. Genève : Nations Unies, 2010, [http://www.unece.org/fileadmin/DAM/stats/publications/Developing\\_Gender\\_Statistics.pdf](http://www.unece.org/fileadmin/DAM/stats/publications/Developing_Gender_Statistics.pdf) (consulté le 22 décembre 2013).

Nations Unies. Bureau de la Conseillère spéciale pour la problématique hommes-femmes et la promotion de la femme. “Gender Mainstreaming: Strategy for Promoting Gender Equality.” Nations Unies, rév. 2001a, <http://www.un.org/womenwatch/osagi/pdf/factsheet1.pdf> (consulté le 29 novembre 2013).

———. Bureau de la Conseillère spéciale pour la problématique hommes-femmes et la promotion de la femme. “Important Concepts Underlying Gender Mainstreaming.” Nations Unies, 2001b, <http://www.un.org/womenwatch/osagi/pdf/factsheet2.pdf> (consulté le 29 novembre 2013).

———. *Gender Mainstreaming. An Overview*. New York : Nations Unies, 2002, <http://www.un.org/womenwatch/osagi/pdf/e65237.pdf> (consulté le 28 février 2014).

Fonds des Nations Unies pour la Population. “Data for Development: Mining the Gaps.” page Web non datée, <http://www.unfpa.org/public/datafordevelopment/gaps> (consulté le 28 janvier, 2015).

———. *Engaging Men and Boys: A Brief Summary of UNPFA Experience and Lessons Learned*. New York: Fonds des Nations Unies pour la Population, 2013, [http://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/UNPFA%20Engaging%20men%20and%20boys\\_web-2.pdf](http://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/UNPFA%20Engaging%20men%20and%20boys_web-2.pdf) (consulté le 1er mars 2014).

———. *Medicines for Maternal Health. Key Data and Findings*. Fonds des Nations Unies pour la Population, 2012, <http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Key%20Data%20and%20Findings%20Maternal%20Health%20Medicines-FINAL.pdf> (consulté le 29 janvier 2015).

Newman, Constance. *Conceptual and Practical Foundations of Gender and Human Resources for Health*. Chapel Hill, NC: The Capacity Project, [http://www.capacityproject.org/images/stories/files/foundations\\_gender\\_hrh.pdf](http://www.capacityproject.org/images/stories/files/foundations_gender_hrh.pdf) (consulté le 1er mars 2014).

Newman, Constance, Crystal Ng, et Sara Pacqué-Margolis. *Technical Brief 7: Strengthening the Health Worker Pipeline through Gender-Transformative Strategies*. CapacityPlus, 2002, <http://www.capacityplus.org/files/resources/strengthening-health-worker-pipeline-gender-transformative-strategies.pdf> (consulté le 1er mars 2014).

Organisation mondiale de la Santé. *Gender, Women and Health*. page Web non datée, <http://www.who.int/gender/en/> (accessed March 1, 2014). Principale page web de l’OMS sur le sujet, avec des liens vers de nombreuses ressources utiles.

———. “What Do We Mean by ‘Sex’ and ‘Gender’?” page Web non datée, <http://www.who.int/gender/whatisgender/en/> (consulté le 1er mars 2014).

———. *Les femmes et la santé : la réalité d’aujourd’hui, le programme de demain*. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2009, [http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241563857\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241563857_eng.pdf) (consulté le 22 décembre 2013).

———. *Gender, Women and Primary Health Care Renewal: A Discussion Paper*. 2010a, [http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241564038\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241564038_eng.pdf) (consulté le 27 février 2014).

———. *Monitoring the Building Blocks of Health Systems: A Handbook of Indicators and Their Measurement Strategies*. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2010b, [http://www.who.int/healthinfo/systems/WHO\\_MBHSS\\_2010\\_full\\_web.pdf](http://www.who.int/healthinfo/systems/WHO_MBHSS_2010_full_web.pdf) (consulté le 1er mars 2014).

- . *Gender Mainstreaming for Health Managers: A Practical Approach. Facilitators' Guide*. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2011 [http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501071\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501071_eng.pdf) (consulté le 4 décembre 2013).
- . “Sample Gender Analysis Matrix: HIV” Annex 3, in *Gender Mainstreaming for Health Managers: A Practical Approach. Facilitators' Guide*. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2011, 78–83, [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44516/1/9789241501071\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44516/1/9789241501071_eng.pdf) (consulté le 16 septembre 2015).
- Organisation mondiale de la Santé. Department for Health Policy, Development and Services. *Working Paper 10. Towards Better Leadership and Management in Health: Report on an International Consultation on Strengthening Leadership and Management in Low-Income Countries*. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2007, [http://www.who.int/management/working\\_paper\\_10\\_en\\_opt.pdf](http://www.who.int/management/working_paper_10_en_opt.pdf). (consulté le 4 décembre 2013).
- Organisation mondiale de la Santé. Département Genre, femmes et santé. *Gender Analysis in Health: A Review of Selected Tools*. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2002, <http://www.who.int/gender/documents/en/Gender.analysis.pdf> (consulté le 5 décembre 2013).
- . ‘En-gendering’ the Millennium Development Goals (MDGs) on Health. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2003, <http://www.who.int/gender/mainstreaming/en/MDG.pdf?ua=1> (consulté le 27 février 2013).
- Organisation mondiale de la Santé. Département Genre, femmes et santé. *Integrating gender into HIV/AIDS programmes in the health sector: Tool to improve responsiveness to women's needs*. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2009, [http://www.who.int/gender/documents/gender\\_hiv\\_guidelines\\_en.pdf](http://www.who.int/gender/documents/gender_hiv_guidelines_en.pdf) (consulté le 14 décembre 2013).
- Organisation mondiale de la Santé. Département Ressources humaines pour la santé. “Gender and health workforce statistics.” *Spotlight on Statistics*, Issue 2 (2008), [http://www.who.int/hrh/statistics/spotlight\\_2.pdf](http://www.who.int/hrh/statistics/spotlight_2.pdf) (consulté le 4 décembre 2013).
- Organisation mondiale de la Santé. Comité Régional pour l’Afrique. *Gender, Women's Health and Ageing*. page Web non datée, <http://www.afro.who.int/en/clusters-a-programmes/frh/gender-womens-health-a-ageing/overview.html> (consulté le 28 février 2013).
- Overseas Development Institute. “Briefing Paper 42. Gender and the MDGs.” 2008, <http://www.odi.org.uk/sites/odi.org.uk/files/odi-assets/publications-opinion-files/3270.pdf> (consulté le 1er mars 2014).
- Payne, Sarah. *Policy Brief 12. How can gender equity be addressed through health systems?* Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe, 2009, [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0006/64941/E92846.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/64941/E92846.pdf) (consulté le 28 février 2014).
- Sen, Gita, Pirooska Östlin, and Asha George. *Unequal, Unfair, Ineffective and Inefficient. Gender Inequity in Health: Why it exists and how we can change it*. Rapport présenté à la Commission des déterminants sociaux de la santé de l’OMS. Women and Gender Equity Knowledge Network, 2007, [http://www.who.int/social\\_determinants/resources/csdh\\_media/wgekn\\_final\\_report\\_07.pdf](http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_media/wgekn_final_report_07.pdf) (consulté le 28 février 2014).

- Standing, Hilary. (2000) "Gender—A Missing Dimension in Human Resource Policy and Planning for Health Reforms." *Human Resources for Health Development Journal* 4(1) (2000):30, <http://www.moph.go.th/ops/hrdj/hrdj9/pdf9/Gender41.pdf> (consulté le 4 décembre 2013).
- United States Agency for International Development. Automated Directive System (ADS), Chapter 205, "Integrating Gender Equality and Female Empowerment in USAID's Program Cycle." 2013, <http://www.usaid.gov/sites/default/files/documents/1870/205.pdf>. Autre ressource de l'ADS de l'USAID, "Guide to Gender Integration and Analysis: Additional Help for ADS Chapters 201 and 203." 2010, <http://www.usaid.gov/sites/default/files/documents/1865/201sab.pdf> (consultés le 24 mai 2014).
- . *Counter-Trafficking in Persons Policy*. Washington, DC: United States Agency for International Development, 2012. [http://pdf.usaid.gov/pdf\\_docs/PDACT111.pdf](http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PDACT111.pdf) (consulté le 24 mai 2014).
- . *Ending Child Marriage & Meeting the Needs of Married Children—The USAID Vision for Action*. Washington, DC: United States Agency for International Development, 2012. [http://pdf.usaid.gov/pdf\\_docs/PDACU300.pdf](http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PDACU300.pdf) or linked from fact sheet <http://www.usaid.gov/documents/2155/fact-sheet-child-marriage-vision> (consultés le 24 mai 2014).
- . *Gender Equality and Female Empowerment Policy*. Washington, DC: United States Agency for International Development, 2012, [http://pdf.usaid.gov/pdf\\_docs/pdact200.pdf](http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/pdact200.pdf) (consulté le 27 février 2014).
- . *US Strategy to Prevent & Respond to Gender-Based Violence Globally*. Washington, DC: United States Agency for International Development, 2012. [http://pdf.usaid.gov/pdf\\_docs/PDACT888.pdf](http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PDACT888.pdf) ou [http://www.usaid.gov/sites/default/files/documents/2155/GBV\\_Factsheet.pdf](http://www.usaid.gov/sites/default/files/documents/2155/GBV_Factsheet.pdf) (consultés le 24 mai 2014)
- . *USAID Youth in Development Policy: Realizing the Demographic Opportunity*. Washington, DC: United States Agency for International Development, 2012. [http://www.usaid.gov/sites/default/files/documents/1870/Youth\\_in\\_Development\\_Policy\\_0.pdf](http://www.usaid.gov/sites/default/files/documents/1870/Youth_in_Development_Policy_0.pdf) (consulté le 24 mai 2014).
- Vlassoff, Carol. "Gender Differences in Determinants and Consequences of Health and Illness." *Journal of Health Population and Nutrition* 25(1) (2007):47–61, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3013263/> (consulté le 28 février 2014).
- Wilber, Roxane. "Lessons from Rwanda: How Women Transform Governance." *Solutions for A Sustainable and Desirable Future* 2(2) (2011), <http://www.thesolutionsjournal.com/node/887> (consulté le 28 février 2014).
- Yates, Rob. "Universal health care and the removal of user fees," *The Lancet* 373(9680) (2009): 2078–2081, <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673609602580> (consulté le 1er mars 2014).
- . "Women and children first: an appropriate first step towards universal coverage." *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé* 88 (2010):474–475. Doi: 10.2471/BLT.09.074401 <http://www.who.int/bulletin/volumes/88/6/09-074401/en/> (consulté le 1er mars 2014).



# Planification du travail et utilisation effective du plan

Judith B. Seltzer

1. Obtenir des résultats en renforçant les systèmes de santé

2. Leadership et management : les compétences essentielles pour renforcer les systèmes de santé

3. Gouvernance des systèmes et des organisations de santé

4. Intégration de l'égalité des sexes dans les systèmes sanitaires

5. Planification du travail et utilisation effective du plan

6. La gestion des ressources humaines

7. Gestion des finances et des systèmes connexes

8. Gestion des médicaments et des produits de santé

9. Gestion de l'information : suivi et évaluation

10. Gestion de la prestation de services de santé

Le présent chapitre tente de simplifier la planification par l'introduction et la définition d'un éventail de procédés essentiels de planification à long et à court terme à mettre en place par les responsables de programmes ou de services de santé. Nous nous concentrons ici sur le processus principal de la planification organisationnelle, à savoir l'élaboration d'un plan stratégique et sa conversion en un plan opérationnel.

Le chapitre prépare le terrain et s'ouvre sur une discussion sur la réflexion stratégique avant d'aborder chacune des phases du processus de planification stratégique que sont : l'analyse de l'environnement interne et externe de l'organisation, la clarification ou le peaufinage d'une mission, l'élaboration d'une vision, la mise en place d'objectifs stratégiques, la formulation de stratégies et le suivi-évaluation des résultats.

Ces phases sont décomposées en étapes fondamentales, avec des définitions, des instructions et des outils vous permettant à vous et aux membres de votre équipe de planification de comprendre et d'utiliser chaque étape. Le chapitre aborde ensuite le lien critique entre les planifications stratégique et opérationnelle et comprend des informations supplémentaires sur le budget.

## Introduction

---

Les organisations intervenant dans le secteur de la santé sont aujourd'hui confrontées à des défis nombreux et complexes qui ont pour noms inégalités entre les sexes, processus de réforme, besoins sanitaires en perpétuel changement de la population, insuffisance des ressources, nouvelles sources de financement et nouvelles priorités des donateurs. Pour faire face à ces défis et influencer sur l'avenir de votre organisation, vous devez, avec votre équipe, éviter d'adopter une attitude spectatrice face aux réalités internes et externes, mais plutôt gérer et diriger au quotidien.

Les nouvelles pressions exigent des organisations tant publiques que non gouvernementales qu'elles relèvent le défi de choisir leur avenir. En votre qualité de responsable d'un programme ou de services de santé, vous devez aider votre organisation à élaborer ou à réexaminer ses mission et vision et à renouveler son engagement vis-à-vis de celles-ci. Une fois les mission et vision acceptées par tous, vous pouvez :

- fixer des objectifs stratégiques permettant d'accomplir la mission ;
- formuler les stratégies permettant à votre organisation de tirer parti de ces opportunités ;
- utiliser les forces en place pour faire face en permanence aux situations en perpétuel changement de l'environnement général, mais également de la communauté.

Ces actions permettent à votre organisation d'accomplir sa mission et de réaliser sa vision.

Définir l'avenir signifie prendre les décisions idoines *aujourd'hui* tout en ayant l'esprit tourné vers demain. Pour ce faire, il est important d'adopter un processus de réflexion méthodique : c'est cela l'essence de la planification. La planification est un outil d'amélioration de la qualité des décisions.

Un plan sert de modèle en ce sens qu'il définit les étapes et les points de décision nécessaires à la réalisation du résultat souhaité ou d'un objectif plus élargi. Bien qu'il puisse s'agir, par exemple, d'augmenter la prévalence des contraceptifs ou de réduire la mortalité infantile, si on ne peut canaliser les ressources vers cet objectif, il pourrait s'avérer nécessaire de trouver des ressources additionnelles ou d'adapter l'objectif afin de le rendre plus réalisable. Par conséquent, la souplesse doit caractériser les plans efficaces.

Les managers performants considèrent le plan comme un tableau de bord et non comme un condensé d'instructions rigides et immuables. Ils adaptent leurs plans selon les circonstances changeantes et les résultats du monitoring.

### LA PLANIFICATION ET SON OBJECTIF

Nous planifions parce que nous ne disposons pas de suffisamment de ressources matérielles, financières et humaines. Un plan bien élaboré est le meilleur moyen de s'assurer que ces ressources limitées sont allouées, utilisées de manière judicieuse et que les personnes en charge de les gérer rendent compte dans les délais prescrits.

La planification connaît deux contextes. Dans le premier, on connaît presque exactement la quantité de ressources disponibles. Le plan oriente alors au maximum la progression vers l'objectif fixé par l'utilisation des ressources disponibles. Il arrive qu'on ne maîtrise pas la quantité de ressources disponibles, auquel cas on élabore le plan pour justifier une demande de ressources afin d'atteindre un objectif défini. Qu'il ait été élaboré avant ou après l'affectation

des ressources, le plan est censé assurer le meilleur retour sur investissement possible, c'est-à-dire les meilleurs résultats possibles avec les ressources disponibles.

Plus important encore, la planification est nécessaire car elle est une pierre angulaire du management et du leadership des équipes mobilisées pour atteindre des résultats.

## Lier la planification au leadership et au management axés sur les résultats

---

Comment un bon management, conjugué à un bon leadership, participe-t-il à la solidité des plans ? Comme l'illustre la [Figure 1](#), la planification est l'une des quatre pratiques clés du management. Elle se sert de la mission et de la vision de l'organisation comme bases pour asseoir son orientation future et canaliser ses efforts collectifs vers l'orientation choisie. La planification est un volet fondamental du management.

Les managers dont la direction est efficace savent que la planification à elle seule ne suffit pas pour réaliser les résultats désirés : ils utilisent toutes les pratiques du leadership et du management énumérées dans le cadre. L'application systématique de ces huit pratiques renforce la capacité organisationnelle et les services de santé et améliore la santé des populations.

Groupes et individus peuvent, et doivent, élaborer des plans à tous les niveaux où ils se situent : central, provincial, district, structure sanitaire et communauté. Le plan peut avoir une durée variable : tous les trois à cinq ans, une année, un trimestre ou un mois. Ce sont les besoins de l'organisation qui déterminent à quel moment et quel type de plan adopter.

Comme illustré à la [figure 2](#), le processus de planification stratégique et opérationnelle peut être considéré comme un continuum composé d'un ensemble de questions « quoi » et « comment ». Les questions « quoi » représentent les étapes du continuum de la planification stratégique et opérationnelle, tandis que les questions « comment » décrivent les actions nécessaires à l'accomplissement de chaque étape.

### LA PLANIFICATION PEUT NE PAS MARCHER : POURQUOI ?

Tous les jours, nous effectuons notre propre planification pour gérer notre temps et nos ressources afin de pouvoir atteindre nos objectifs. Pourtant, lorsqu'on procède à la planification, dans le cadre d'une organisation ou d'un travail d'équipe, il arrive de considérer cette activité comme un rituel dénué de sens et un fardeau du management (un processus qui consomme des ressources et du temps précieux sans rien apporter à la réalisation de la mission et de la vision).

Mais d'après Lers Thisayakorn (2008), consultant basé en Thaïlande, ce n'est pas la pratique ou le processus de planification qui pose problème, mais plutôt la mise en œuvre des plans. Nous avons identifié cinq des facteurs qui mènent à cet échec, certains d'entre eux pouvant être liés à l'absence de pratiques saines en matière de management et de leadership.

**Les dirigeants n'arrivent pas à motiver leur personnel.** Les plans ne se mettent pas en œuvre tout seul ; ce sont les dirigeants, à tous les échelons de l'organisation, qui doivent en avoir la charge. Pour mettre en œuvre un plan, il faut rallier, motiver et inspirer les personnes, tout en les assurant que les résultats sont importants et dignes de leurs efforts.

**Le processus de planification est statique.** Il n'est pas rare que le processus de planification devienne routinier : il démarre avec force, énergie et enthousiasme, mais finit par devenir

FIGURE I. Cadre de management et leadership

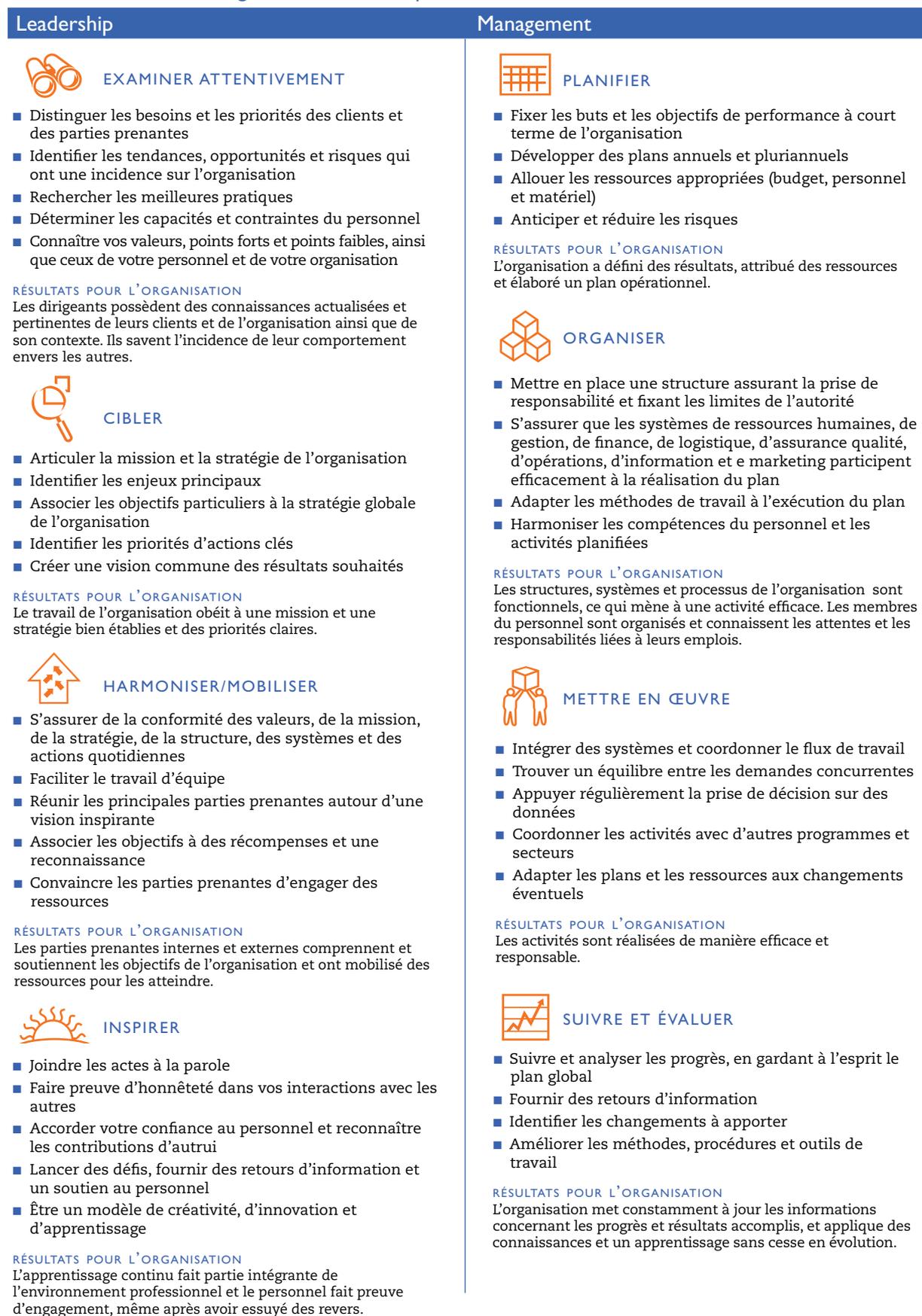


FIGURE 2. Le continuum de la planification



un fardeau, un document perçu comme une fin en soi. C'est le cas lorsque la planification est occasionnelle, déconnectée des responsabilités quotidiennes et oblige à mettre de côté les autres missions. Une fois le plan élaboré, les activités habituelles reprennent et le plan devient un document statique dont l'exécution ne verra jamais le jour.

**L'analyse est galvaudée et à courte vue.** Selon Shu Wei Wong, éminente stratège et planificatrice, la planification est galvaudée ou à courte vue lorsque les managers se concentrent trop sur les chiffres et passent leur temps à compléter correctement des modèles (2007). Les managers et leurs équipes chargées de la planification doivent se préparer à l'élaboration de leur plan en passant à la loupe les conditions internes et externes actuelles, en utilisant ces informations pour se projeter dans le futur et imaginer ce qu'il adviendra de ces conditions. En d'autres termes, ils doivent ancrer le processus de planification dans des données fiables. Sinon, même si le plan est mis en œuvre, il est peu probable qu'il soit efficace.

**Les dirigeants et les managers ne sont pas sur la même longueur d'onde.** Les bons plans sont ceux-là qui sont mis en œuvre avec succès et s'avèrent décisifs dans l'accomplissement de la mission et la réalisation de la vision d'une organisation. Un tel résultat n'est possible que si dirigeants et managers sont en phase avec le processus de planification. Dans le cas contraire, le plan est généralement mis en veilleuse et son exécution rarement réussie.

**Il n'existe pas de lien entre les intrants et les résultats attendus.** Comme le soutient Stephen Covey (2004), il est important de « commencer en gardant à l'esprit le résultat final ». Si vous comprenez les résultats que vous voulez obtenir et le futur que vous voulez bâtir, il sera possible de déterminer les étapes et les actions requises pour y arriver. Néanmoins, il n'est pas rare de trouver des plans dans lesquels les intrants (ressources utilisées comme le personnel et les équipements) sont inadéquats ou inappropriés par rapport à l'atteinte des résultats souhaités.

## Types de planification

---

La planification consiste à dessiner la carte d'une route allant d'un point A à un point B. Plusieurs types de planification permettent de dessiner la carte la plus à même de vous faire atteindre votre but, à savoir la planification stratégique, la planification opérationnelle et la planification des activités. Ces trois types de planification sont les plus fréquemment utilisés mais ils ne s'excluent pas mutuellement. En bref, le plan stratégique met en place l'orientation générale et les objectifs généraux de l'organisation sur trois à cinq ans. Quant au plan opérationnel, il donne le détail des activités qui permettront à l'organisation d'atteindre ses buts à court-terme. Le plan des activités est une articulation de nouvelles idées ou initiatives de développement (souvent introduites au plan stratégique) et permet d'obtenir le financement requis à leur développement et à leur lancement.

### PLANIFICATION STRATÉGIQUE

La planification stratégique, quant à elle, est de type moyen à long terme et concerne l'ensemble des secteurs de gestion de l'organisation et inclut des buts, des objectifs stratégiques, des stratégies et des résultats quantifiables. Il est axé sur les questions générales et durables liées à l'efficacité et à la survie à long terme de l'organisation. Il pose quatre questions et y apportent des réponses :

1. Où en sommes-nous ? (analyse de la situation : forces, faiblesses, opportunités, menaces)
2. Où voulons-nous aller ? (mission, vision, objectifs stratégiques)
3. Comment allons-nous y arriver ? (stratégies)
4. Comment saurons-nous que nous sommes sur la bonne voie ? (mesurer les réalisations, suivre les progrès)

En général, ce sont le conseil d'administration d'une organisation et ses cadres qui sont responsables de la planification stratégique. Toutefois, le processus de planification doit inclure la contribution de tous les échelons de l'organisation ainsi que celle de ses parties prenantes (les principaux bailleurs, les ministères de tutelle et d'autres organismes du gouvernement, de même que les bénéficiaires des services de l'organisation).

### PLANIFICATION OPÉRATIONNELLE

La durée du plan opérationnel est plus courte et ne dépasse généralement pas un an. Il doit être aligné sur le plan stratégique et définir les activités et les objectifs qui participeront dans le court terme aux stratégies et objectifs stratégiques du plan de même nom. Le plan opérationnel est plus détaillé qu'un plan stratégique ; il est souvent désigné comme le plan de travail annuel.

## PLANIFICATION DES ACTIVITÉS

La planification des activités est une planification de court à moyen terme. Elle permet d'obtenir des fonds et de faire des projections du rendement financier et social estimé à partir du démarrage d'une organisation, de la formation d'une nouvelle unité commerciale ou du développement et de l'introduction d'un nouveau produit ou service offert par une entité établie. Un plan d'affaires bien élaboré permet à une organisation d'évaluer la viabilité de l'ensemble de ses produits et services et les ressources nécessaires pour en lancer des nouveaux.

## PLANIFICATION POUR TOUTES OCCASIONS

Ce chapitre met l'accent sur le rapport entre le plan stratégique et le plan opérationnel. Les plans stratégiques définissent des stratégies, des objectifs et des buts relativement ambitieux et essentiels à la vie et au développement d'une organisation et sont, à ce titre, souvent utilisés pour justifier l'allocation des ressources. Les plans stratégiques doivent faire l'objet de révision chaque année et les plans opérationnels alignés en conséquence.

## Réfléchir de manière stratégique : un fondement de la planification

---

Parce que la planification consiste à concrétiser l'avenir souhaité (ou la vision de votre organisation), les décisions que vous prenez en qualité de manager ou de fournisseur de services auront des répercussions sur l'avenir de votre organisation et des communautés qu'elle sert. Vous ne pouvez pas prendre de telles décisions sans que votre équipe et vous-même ne réfléchissiez de manière stratégique aux interactions entre ce qui se passe en dehors de l'organisation et ses effets sur le fonctionnement interne de celle-ci. Ensemble, vous devrez minutieusement chercher à déceler les tendances et les défis à venir afin de positionner au mieux votre organisation. Ainsi, pourra-t-elle répondre de manière effective et durable aux perpétuelles évolutions de son environnement.

Le mode de pensée stratégique favorise l'émergence d'idées novatrices, de concepts créatifs très différents des concepts antérieurs. Il supplante les façons anciennes ou conventionnelles de procéder et, par conséquent, révolutionne votre manière de servir vos clients.

Lorsque vous vous engagez dans l'élaboration d'un plan, quel qu'il soit, la pensée stratégique fera naître une perspective nouvelle sur les problématiques que votre organisation tente de prendre en charge.

Le mode de pensée stratégique vous pousse à vous poser les questions ci-après, avant de commencer le processus de planification :

- Quels sont les besoins de la population que notre organisation cherche à servir ?
- Notre organisation satisfait-elle aujourd'hui ces besoins ?
- Comment notre organisation pourrait-elle satisfaire ces besoins actuellement non pris en charge ?

En se posant ces questions et en leur apportant les réponses idoines, il serait possible d'obtenir des informations capitales à propos des lacunes de vos services, des opportunités manquées, des moyens permettant à l'organisation d'étendre ses activités avec un minimum de coûts additionnels et des moyens d'amélioration au plan interne afin d'être plus efficace et plus efficace.

## Démarrer le processus de planification stratégique

### METTRE SUR PIED UNE ÉQUIPE ÉQUILBRÉE CHARGÉE DE LA PLANIFICATION

Dans ses conférences, Edward B. Roberts de la *Sloan School of Management* du *Massachusetts Institute of Technology* décrit une équipe performante et novatrice comme étant généralement composée de membres dotés de caractéristiques spécifiques, investis de rôles stratégiques et de fonctions bien définies. L'équipe se caractérise souvent par sa diversité et chacun des membres joue des rôles différents à des moments différents. En votre qualité de chef de l'équipe de planification, vous devez comprendre la nécessité de toutes ces fonctions pour mener à bien votre mission. Vous devez impérativement constituer une équipe dont les membres, en tant que groupe, possèdent toutes ces caractéristiques et vous devez les encourager à jouer leurs rôles pour contribuer, à leur façon, au travail de l'équipe.

Il faut noter que même si l'équipe de base de la planification restera probablement la même, elle pourrait, au besoin, s'étendre aux membres du conseil d'administration et autre personnel clé. Le [Tableau 1](#) décrit les rôles, les caractéristiques et les fonctions des membres d'une équipe équilibrée.

Même si vous avez eu l'occasion de faire partie d'une équipe équilibrée et novatrice, vous savez que pour bien fonctionner, une équipe a besoin de beaucoup d'encouragement. Il n'est pas toujours facile de travailler en équipe. [L'encadré 1](#) propose des méthodes permettant de prendre en charge les questions interpersonnelles auxquelles les équipes de planification sont souvent confrontées.

#### ENCADRÉ 1. Prise en charge des tensions dans l'équipe

Des tensions peuvent surgir au sein d'une équipe en raison d'impératifs contradictoires entre la planification pour l'avenir et des réalisations à conclure aujourd'hui. Souvent, certaines personnes sont plus engagées que d'autres et se retrouvent donc à porter tout le fardeau du travail. Il faut discuter ouvertement de ces questions entre les membres de l'équipe de planification pour éviter des tensions ou réticences supplémentaires. La personne qui joue le rôle de manager doit faire attention à la dynamique de l'équipe en termes de communication, d'engagement et d'obligations ; elle doit prendre des mesures lorsque l'équipe ne fonctionne pas comme prévu.

Les nouvelles équipes doivent tout particulièrement comprendre la dynamique de groupe car, dans les premières phases de la formation d'une équipe, on tend souvent à accorder davantage d'attention au caractère inclusif du groupe pour en assurer l'harmonie qu'à la reconnaissance et à l'appréciation de la diversité des opinions et des expériences de l'équipe.

L'équipe de planification ne devrait pas rechercher l'homogénéité technique. Elle devrait plutôt saisir les caractéristiques distinctes de ses membres et s'en servir pour pousser à l'émergence d'idées nouvelles, ce qui est essentiel à l'élaboration de tout plan qui se veut efficace et pertinent.

TABLEAU I. Une équipe équilibrée : Rôles, caractéristiques et fonctions

Rôles	Caractéristiques	Fonctions
<b>L'esprit créatif</b>	Cette personne jouit de compétences techniques très pointues et est considérée comme un expert dans son domaine. Elle aime travailler avec les concepts et traiter d'abstractions. Il s'agit d'une personne hautement créative et qui préfère travailler plutôt seule.	Vous pouvez compter sur elle pour résoudre des problèmes, générer des idées novatrices et tester la faisabilité de ces dernières.
<b>L'entrepreneur</b>	Cette personne dispose de fortes compétences d'application. Ses centres d'intérêt sont variés, son énergie débordante, sa détermination forte ; elle aime prendre des risques.	Elle traduit en action les propositions des autres, pousse les autres membres de l'organisation à accepter la nouvelle idée et sécurise les ressources.
<b>Le manager</b>	Pour cette personne, le point focal c'est la prise de décisions. Elle utilise les systèmes et la structure de l'organisation pour faire avancer les choses. Elle sait comment l'ensemble des fonctions de l'organisation s'emboîtent et elle respecte les procédures et processus. C'est un manager capable de diriger les autres.	Elle motive l'équipe et la guide. Elle organise, coordonne et supervise l'équipe. Elle s'assure que le processus de planification avance de manière efficace et que les exigences d'ordre administratif et autres besoins de l'organisation sont satisfaits.
<b>La personne de réseau</b>	Elle reste informée de tout ce qui se passe à l'intérieur et à l'extérieur de l'organisation. Elle est au courant des activités de la concurrence ; elle sait ce que les donateurs recherchent ; elle sait ce que les clients veulent.	Vous pouvez compter sur elle pour recueillir les informations et faire passer des nouvelles importantes aux autres.
<b>Le champion</b>	Cette personne incarne la voix de l'expérience. C'est un cadre supérieur qui offre objectivité et expérience s'agissant de nouvelles idées à développer.	Cette personne permet d'accéder au réseau d'influence de l'organisation pour que l'équipe obtienne ce dont elle a besoin auprès des autres parties de l'organisation et assurer la légitimité et la confiance de l'organisation au niveau du plan, des idées et des activités qu'il contient. En outre, cette personne oriente l'équipe et aide ses membres à développer leurs compétences et leurs talents.

Source: Edward B. Roberts

## Analyse de l'environnement interne et externe

Où nous trouvons nous aujourd'hui ?



La première phase du processus de planification stratégique pose la question suivante : où en sommes-nous ? L'analyse SWOT vous permet à vous et à votre équipe de planification de répondre à cette question en examinant attentivement les tendances et conditions—internes et externes, positives et négatives—susceptibles d'avoir une incidence sur la capacité de votre organisation à accomplir sa mission et à bâtir un avenir radieux. Cet outil permet d'identifier les opportunités et menaces (OT) dans l'environnement externe qui intéressent le plus votre travail, ainsi que les forces et faiblesses (SW) au sein de l'organisation : les systèmes, les structures et les facteurs culturels capables d'améliorer ou d'entraver l'efficacité de l'organisation.

Vous pouvez résumer vos résultats dans les deux colonnes d'une matrice SWOT, comme le montre le [Tableau 2](#). La colonne de gauche décrit les forces aux effets négatifs sur l'organisation comme des menaces et celles aux effets positifs comme des opportunités. Dans la colonne de droite, les facteurs favorables sont décrits comme des forces de l'organisation et les facteurs défavorables à l'organisation comme des faiblesses. Il est important d'utiliser des données concrètes et à jour, et de décider ensemble si une situation constitue un facteur positif ou négatif.

Voir à [l'Annexe A](#) les modèles de la matrice SWOT et le modèle SWOT contenant les évaluations d'impact.

Une fois que vous avez classé toutes les tendances et conditions de l'environnement externe comme opportunités ou menaces et celles internes à l'organisation comme des forces ou des faiblesses, vous pouvez maintenant classer chacune d'elle selon son incidence sur l'organisation, comme le montre le [Tableau 3](#). Plus le nombre est élevé, plus l'incidence est importante.

TABLEAU 2. Exemple d'une matrice SWOT remplie

	Environnement externe		Environnement interne
Opportunités	L'USAID veut repositionner la planification familiale ; par conséquent, l'argent du Fonds mondial en faveur de projets de lutte contre la tuberculose, le sida, le paludisme et la prévention du VIH est fortement lié à la planification familiale et à la santé génésique	Forces	La couverture de nos clients en matière de méthodes modernes de contraception a augmenté de 17 % au cours de la dernière année.
Menaces	Les coupes des financements des donateurs sont en train de dépasser les initiatives pour garantir la sécurité des contraceptifs	Faiblesses	En moyenne, il faut quatre semaines pour renouveler le stock de méthodes modernes de contraception dans la plupart des points de prestations de services ; l'offre ne suit pas la demande actuelle ou prévue.

TABLEAU 3. Matrice SWOT et évaluations d'impact

	Environnement externe	Impact		Environnement interne	Impact
Opportunités	L'USAID veut repositionner la planification familiale ; par conséquent, l'argent du Fonds mondial en faveur de projets de lutte contre la tuberculose, le sida, le paludisme et la prévention du VIH est fortement lié à la planification familiale et à la santé génésique	4	Forces	La couverture de nos clients en matière de méthodes modernes de contraception a augmenté de 17 % au cours de la dernière année.	3
Menaces	Les coupes des financements des donateurs sont en train de dépasser les initiatives pour garantir la sécurité des contraceptifs	3	Faiblesses	En moyenne, il faut quatre semaines pour renouveler le stock de méthodes modernes de contraception dans la plupart des points d'offre de services ; l'offre ne suit pas la demande actuelle ou prévue.	2

Outre la description qu'elle donne de la situation actuelle de votre organisation, l'analyse SWOT vous aide à vous préparer pour les prochaines étapes de la planification, à savoir énoncer la mission et créer une vision pour l'avenir.

Les résultats de l'analyse SWOT vous permettent à vous et à votre organisation d'évaluer votre position actuelle par rapport à celle que vous voulez atteindre. Ils vous permettent de concevoir ou de revoir la mission de votre organisation et d'envisager l'avenir.

## Énonciation de la mission



La mission commence par la réponse apportée à la deuxième question de planification stratégique : quel est notre but ? La mission d'une organisation, c'est son objet, sa raison d'être. L'énoncé de mission décrit de manière claire et concise les raisons qui ont présidé à l'existence de l'organisation. C'est la mission qui donne l'orientation, la cohérence et le sens des activités et décisions de l'organisation, à tous les niveaux.

La plupart des organisations ont déjà un énoncé de mission, mais souvent, le personnel le néglige ou le considère comme acquis. L'énoncé de la mission est tellement important qu'il est hors de question de l'ignorer ou de ne pas le prendre en considération. En l'absence d'un énoncé de mission, il faudra en produire un. S'il en existe un, le personnel en poste devra l'examiner de nouveau de manière périodique. Pour cette raison, votre équipe et vous gagneriez à consacrer les premières étapes du processus de planification au réexamen et, au besoin, à la révision de l'énoncé de mission de votre organisation.

## POURQUOI UNE ORGANISATION A-T-ELLE BESOIN D'UNE MISSION ?

Prenons le cas de l'anecdote suivante :

Un homme vint passer près de deux ouvriers qui taillaient des pierres sous une chaleur torride et leur demanda ce qu'ils faisaient. Le premier, ennuyé par cette interruption, s'exclama : « Comme vous pouvez le constater, je taille des pierres. » Le second au contraire, parut excité par la question et expliqua : « Ce que je fais, c'est sculpter dans la pierre les fondations d'une superbe cathédrale ! »

Les deux ouvriers étaient strictement occupés à la même tâche, dans les mêmes conditions. Qu'est-ce qui explique une telle différence dans leur réponse ? Le second comprenait pourquoi il faisait ce travail, le but ultime. Par conséquent, il a su donner de la valeur à sa contribution à l'édification de ce beau rêve. Le premier n'avait absolument aucune idée de sa contribution.

La mission c'est ce qui permet aux membres d'une organisation de comprendre clairement pourquoi ils font le travail. C'est seulement lorsque les agents de santé auront compris la mission de l'organisation, ou son but ultime, qu'ils comprendront pleinement le sens et la valeur de leurs efforts.

### CONCEPTION PAS À PAS DE L'ÉNONCÉ DE MISSION

Pour concevoir ou réviser un énoncé de mission, le conseil d'administration et les managers, avec leurs équipes, doivent passer à la loupe l'environnement interne et externe avant de répondre aux quatre questions fondamentales suivantes : (1) Que faisons-nous ? (2) Qui servons-nous ? (3) Comment le faisons-nous ? et (4) Pourquoi le faisons-nous ? Nous discutons de chacune de ces questions ci-après et mettons en exergue la partie d'un modèle d'énoncé de mission répondant à cette question.

**1. Que faisons-nous ?** Afin de commencer l'énonciation ou le peaufinage de la mission, il est capital de décrire l'objet de l'organisation, à savoir ce qu'elle fait-elle ou, s'il s'agit d'une nouvelle organisation, ce qu'elle compte faire. Pour répondre à cette question, l'équipe chargée de la planification doit identifier et définir de manière claire les besoins des communautés ciblées et spécifier lesquels de ces besoins l'organisation entend prendre en charge.

Notre mission est de contribuer à la réduction du nombre de grossesses non désirées [quoi] en offrant un accès ininterrompu aux méthodes de contraception modernes et de grande qualité, afin que les hommes et les femmes en âge de procréer puissent maîtriser le nombre et l'espacement des grossesses.

**2. Qui servons-nous ?** La seconde étape consiste à déterminer la population cible. Il est important de reconnaître qu'aucune organisation n'est assez grande pour satisfaire aux besoins divers et variés de tous les utilisateurs potentiels. Par conséquent, l'énoncé de mission devra spécifier lesquels des groupes de la population cible sont la priorité de l'organisation.

Notre mission est de contribuer à la réduction du nombre de grossesses non désirées en offrant un accès ininterrompu aux méthodes de contraception modernes et de grande qualité, afin que les hommes et les femmes en âge de procréer [qui] puissent maîtriser le nombre et l'espacement des grossesses.

**3. Comment le faisons-nous ?** La réponse à cette question décrit les moyens, les ressources ou les stratégies par lesquels l'organisation entend atteindre ces objectifs.

Notre mission est de contribuer à la réduction du nombre de grossesses non désirées [quoi] en offrant un accès ininterrompu aux méthodes de contraception modernes [comment] et de grande qualité, afin que les hommes et les femmes en âge de procréer puissent maîtriser le nombre et l'espacement des grossesses.

**4. Pourquoi le faisons-nous ?** La dernière question se penche sur les raisons fondamentales justifiant la décision de l'organisation de faire ce qu'elle fait. La réponse décrit généralement une réponse à un vaste problème d'ordre social.

Notre mission est de contribuer à la réduction du nombre de grossesses non désirées [quoi] en offrant un accès ininterrompu aux méthodes de contraception modernes et de grande qualité, afin que les hommes et les femmes en âge de procréer puissent maîtriser le nombre et l'espacement des grossesses [pourquoi].

Une mission bien formulée orientera le travail de votre organisation à long terme et stimulera votre personnel. Votre équipe et vous devrez prendre le temps d'en peaufiner la rédaction en sollicitant l'avis des membres du personnel qui connaissent bien l'organisation. Grâce à leur contribution, la mission symbolisera véritablement les quoi, qui, comment et pourquoi que représente votre organisation. Vous pourrez alors finaliser et distribuer l'énoncé de mission au personnel et aux membres du conseil d'administration, aux communautés que sert l'organisation et au grand public.

**L'encadré 2** propose deux exemples d'énoncés de mission fascinants dont l'un a été préparé par une organisation locale de planification familiale et l'autre par une organisation internationale travaillant sur le sida.

#### ENCADRÉ 2. Exemples d'énoncés de mission



**PROFAMILIA, Nicaragua:** Profamilia est une organisation non gouvernementale qui contribue à l'amélioration de la santé de la famille nicaraguayenne en concentrant ses efforts sur la santé sexuelle et génésique à travers des projets, des programmes, la recherche pédagogique et des services de soins de santé intégrés, le tout dans la qualité, la chaleur humaine et des prix abordables..



**L'Alliance internationale contre le VIH/sida (L'Alliance):** L'Alliance accompagne les communautés dans la réduction de la propagation du VIH et la réponse aux défis que pose le sida. L'Alliance œuvre à la prévention de l'infection à VIH ; à l'amélioration de l'accès au traitement, à la prise en charge et au soutien ; à l'atténuation de l'impact du VIH et du sida dans le monde, en particulier chez les personnes les plus vulnérables et les plus marginalisées

## Créer une vision



Une fois que l'équipe de planification a bien compris les forces, les faiblesses, les opportunités et les menaces actuelles, ainsi que l'objet fondamental de votre organisation, vous poursuivrez en posant la question suivante : où allons-nous ? Vous êtes désormais prêts à relever le défi de construire l'avenir souhaité. C'est le moment de rêver, de décider de ce que votre organisation souhaite être à l'avenir et comment elle veut que le monde extérieur la perçoive.

La vision est comme une étoile qui nous guide. Elle favorise un engagement commun pour le futur que vous souhaitez bâtir et des principes et valeurs avec lesquels vous entendez les réaliser. Il s'agit d'une image puissante d'un état souhaité qui élargit votre horizon et renforce votre motivation à travailler sans relâche, à surmonter les obstacles et à vous battre pour obtenir des résultats. La vision guide et dirige les efforts de l'organisation. Elle permet d'aligner, de stimuler, de motiver et de s'assurer de l'engagement de chaque groupe de travail et de chaque individu à l'intérieur de l'organisation.

### ÉLABORATION D'UNE VISION COMMUNE

Certains pensent que la vision doit provenir des échelons supérieurs de l'organisation. Toutefois, on sait par expérience qu'une vision est plus puissante lorsque qu'un nombre plus important de personnes appartenant à divers niveaux de l'organisation se mettent ensemble pour l'élaborer. En général, les gens appuient ce qu'ils ont contribué à créer ; ainsi, une vision sera plus efficace si elle est élaborée par ceux dont le travail participe à sa réalisation et qui s'approprient ladite vision.

Selon le niveau auquel votre équipe de planification opère dans l'organisation, vous serez bien avisé d'inclure des acteurs clés de chaque groupe dans le processus d'élaboration de la vision commune. [L'encadré 3](#) donne quatre exemples de la manière dont ceux qui étudient la planification organisationnelle décrivent les visions.

#### ENCADRÉ 3. Ce que disent les spécialistes à propos de la vision

- D'après Karl Albrecht (1994), la vision est l'image partagée que nous avons de notre organisation, aujourd'hui ou demain.
- Pour Burt Nanus (1986), « la vision c'est un avenir réaliste, crédible et attrayant pour votre organisation.... une idée qui vous motive tellement qu'elle encourage les compétences, les talents et les ressources nécessaires à sa réalisation et nous montre la voie à suivre ».
- Pour Jay Conger (2000), la vision est une image mentale qui représente un idéal, un état futur souhaitable, ou un rêve avec une large portée.
- Pour Warren Blank (2001), elle est semblable à un objectif grand-angle de prise de conscience dont la portée est tellement grande qu'elle permet à l'homme d'étudier l'avenir et de couvrir d'innombrables possibilités.

## ÉLABORATION PAS À PAS DE LA VISION

L'élaboration de la vision s'inspire du mode de pensée stratégique qui a insufflé au processus de planification de nouvelles informations et de nouvelles perspectives. La vision renvoie aux besoins de la population cible et à l'engagement pris de les satisfaire, tel que décrit dans la mission.

Une vision efficace de votre organisation sera tangible et descriptive ; ce sera une image du futur que les autres pourront visualiser facilement. Elle sera fascinante et stimulante ; elle sera un vibrant appel à l'action. Elle doit être assez stimulante pour exiger de tous les membres de l'organisation leurs meilleurs efforts ; elle devra cependant être réalisable pour que tous travaillent à atteindre l'objectif.

Dans l'élaboration de la vision, vous et vos équipes de planification suivrez quatre étapes :

**Étape 1.** Considérer la situation dans son ensemble. Se reporter à la mission de l'organisation et à la population que vous êtes censés servir afin que la vision corresponde à la mission.

**Étape 2.** Répondre aux questions suivantes :

- A quoi ressemblera notre organisation d'ici trois à cinq ans ?
- Quels aspects de notre mission aurons-nous réalisés et dans quels domaines aurons-nous excellé ?
- Qu'est-ce qui fera le plus notre fierté ? (par exemple : l'état de santé de nos bénéficiaires, la qualité de nos services, l'engagement et l'esprit créatif de notre personnel, la stabilité financière de notre organisation).
- Quelles valeurs défendons-nous et comment vont-elles se traduire dans nos services et dans la façon dont nous gérons notre organisation ?

Notez par écrit les réponses à chacune de ces questions et arrivez à un consensus au sein de votre équipe.

**Étape 3.** Observer son organisation à travers le regard de sa population cible, de ses bénéficiaires, de ses donateurs, de ses partenaires, de ses collaborateurs, de ses concurrents et de la société en général. Pour chacun de ces groupes posez les questions suivantes :

- Quel regard voulons-nous que ces groupes posent sur notre organisation d'ici trois à cinq ans ?
- Que diront-ils de nos services ?
- Que diront-ils de notre personnel ?
- Que diront-ils de notre réputation une fois dans leurs communautés ?

Notez par écrit les réponses à ces questions et arrivez à un consensus au sein de votre équipe.

**Étape 4.** Traduire ces idées en quelques phrases décrivant l'avenir souhaité de manière concrète, tel qu'illustré dans l'exemple ci-dessous :

De l'avis de tous, nous sommes le principal fournisseur d'accès aisé et ininterrompu aux méthodes de contraception modernes et de grande qualité. Nos services permettent à des milliers d'hommes et de femmes en âge de procréer de déterminer le nombre et l'espacement des grossesses.

Les visions sont souvent énoncées au présent mais les exemples de [l'encadré 4](#) montrent qu'il ne s'agit pas là d'une règle stricte.

Après avoir terminé les Étapes 1 à 4 et rédigé la version préliminaire de la vision, invitez un groupe plus élargi de collègues, outre les membres de l'équipe de planification, à une réunion

## ENCADRÉ 4. Exemples de visions



**United Way International:** Être leader mondial dans la philanthropie intelligente et responsable et avoir un impact dans les communautés partout dans le monde.



**CARE International:** CARE International cherche un monde d'espoir, de tolérance et de justice sociale, où la pauvreté a disparu et où les populations vivent dans la dignité et la sécurité. CARE sera connu partout pour son engagement inébranlable en faveur de la dignité humaine.



**Partenariat Halte à la tuberculose :** notre vision est celle d'un monde exempt de tuberculose : les premiers enfants nés au cours de ce millénaire assisteront à l'élimination de la tuberculose.

autour de la vision. Recueillir la contribution d'un groupe composé de membres de différents domaines et niveaux accroîtra la probabilité d'élaborer une vision qui motivera tout le monde. Ce groupe élargi tirera parti de la revue d'exemples provenant d'organisations similaires.

Une fois la vision et la mission de l'organisation clairement définies, c'est-à-dire, dès que vous savez qui vous êtes, où vous en êtes et où vous voulez aller, vous pouvez célébrer ce succès et le partager à tous les échelons de l'organisation. La prochaine étape du processus de planification consiste à envisager la façon dont vous allez réaliser ce destin. C'est là qu'entrent en jeu les objectifs stratégiques de l'organisation.

## Fixer des objectifs stratégiques

### Où allons-nous ?



La réponse finale à la question de savoir où nous allons se trouve dans les objectifs—les résultats souhaités—qui vous permettront de transformer la vision et la mission de votre organisation en activités réalisables et mesurables. Les objectifs fixent la ligne de conduite décisionnelle de la direction de l'organisation et deviennent les critères d'évaluation des résultats obtenus.

Pour atteindre leur but, les objectifs doivent être SMART, c'est-à-dire :

- S** = Spécifiques
- M** = Mesurables
- A** = Appropriés au champ des activités
- R** = Réalisables dans le délai imparti
- T** = Temporellement Limité

Tout comme les types de planification se distinguent par leur portée, leur période et leur degré de spécificité, les objectifs peuvent se situer dans une fourchette. Certains seront vastes

et à long terme, des résultats de stratégies de l'organisation qui impliquent les échelons les plus élevés de la direction. D'autres objectifs sont quelque peu à plus court terme et constituent le lien entre le plan stratégique et le plan opérationnel correspondant. Leur champ d'action concerne des équipes de travail ou des unités opérationnelles. Les objectifs à plus court terme sont les résultats souhaités d'une tâche ou d'une activité particulière relevant du champ d'un petit groupe ou d'une personne.

### OBJECTIFS STRATÉGIQUES

Les objectifs stratégiques sont les résultats que l'organisation entend atteindre dans le moyen à long terme. Ils proviennent de la vision de l'organisation et sont fixés par la direction, en consultation avec les chefs de diverses divisions ou unités. Ils doivent être approuvés par le conseil d'administration s'il s'agit d'organisations de la société civile, ou encore par une équipe de cadres supérieurs dans le cas d'une institution du secteur public.

Les objectifs stratégiques sont importants car :

- ils permettent de réaliser la vision de l'organisation ;
- ils servent à orienter les plans au niveau de l'organisation, du service/unité, ou encore au niveau individuels ;
- ils fournissent une orientation sur l'utilisation des ressources de l'organisation ;
- ils servent de fondement à la supervision, au suivi et à l'évaluation des résultats.

### ÉLABORATION D'OBJECTIFS STRATÉGIQUES ÉTAPE PAR ÉTAPE

Les objectifs stratégiques contiennent les éléments suivants :

- **Action** : ce qu'il faut faire
- **Objet** : le thème ou le groupe que l'action prend en charge
- **Description** : les caractéristiques de l'action
- **Où** : l'endroit où l'action se déroulera
- **Quand** : la date à laquelle se situe la fin de l'action
- **Limites/conditions** : le champ ou les conditions dans lesquels l'action doit être mise en œuvre
- **Résultats** : l'effet mesurable de la mise en œuvre de l'action

Ces éléments sont organisés dans la matrice illustrée au [Tableau 4](#).

Il faut suivre trois étapes pour élaborer des objectifs stratégiques ; ces étapes exigent du temps et de la concentration. Elles sont particulièrement importantes et utiles si le nombre

TABLEAU 4. Matrice vierge pour élaborer des objectifs stratégiques

Action	Sujet	Description	Où	Quand	Limites/ Conditions	Résultats souhaités mesurables

et le champ des actions proposées dépassent les financements disponibles et la capacité de l'organisation.

**Étape 1.** Etant donné que les objectifs stratégiques permettent la réalisation de la vision, cette dernière sera votre point de départ. Vous et votre équipe de planification pouvez identifier et séparer les principaux thèmes traités dans la vision et les transformer en objectifs stratégiques SMART.

Consulter de nouveau notre vision modèle :

De l'avis de tous, nous sommes le principal fournisseur d'accès aisé et ininterrompu aux méthodes de contraception modernes et de grande qualité. Nos services permettent à des milliers d'hommes et de femmes en âge de procréer de déterminer le nombre et l'espacement des grossesses.

Les thèmes principaux dont traite la vision sont :

- **Thème 1:** se positionner dans l'esprit de nos bénéficiaires cibles et des autres comme le « principal fournisseur » et le meilleur choix en matière d'accès aux méthodes de contraception modernes.
- **Thème 2:** rendre l'accès aux méthodes de contraception modernes « aisé ».
- **Thème 3:** s'assurer que l'accès aux méthodes de contraception modernes est « ininterrompu ».
- **Thème 4:** fournir des « méthodes de contraception modernes et de grande qualité ».

**Étape 2.** Compléter la matrice du [Tableau 4](#) pour ces quatre thèmes. Pour chaque thème, mettre les informations dans toutes les colonnes : l'action à exécuter, ses objet, description, lieu, mise en œuvre et dates, limites ou conditions et résultat mesurable souhaités. Voir le [Tableau 5](#) pour un exemple de la façon dont une organisation pourrait les détailler.

**Étape 3.** Résumer les informations saisies pour chaque thème comme objectif stratégique. Écrire ces objectifs clairement et vérifier qu'ils sont SMART : Spécifiques, Mesurables, Appropriés, Réalisables, et Temporellement définis. Par exemple :

À la fin 2013, l'organisation doit :

- se positionner dans l'esprit des bénéficiaires cibles et des autres comme le principal fournisseur d'accès facile et ininterrompu à des méthodes de contraception modernes et de grande qualité ;
- fournir un accès régulier à des méthodes modernes de contraception dans les structures comptant le plus grand nombre d'hommes et de femmes en âge de procréer dans les zones qu'elles desservent ;
- disposer d'une chaîne d'approvisionnement qui fonctionne de manière optimale afin d'assurer la fourniture ininterrompue de méthodes modernes de contraception ;
- maintenir des niveaux de satisfaction des clients supérieurs à 95 % dans toutes les structures de l'organisation, en particulier pour les clients qui sont de nouveaux usagers de méthodes modernes de contraception.

TABLEAU 5. Matrice pour élaborer des objectifs stratégiques : exemple

Action	Sujet	Description	Où	Quand	Limites/Conditions	Résultats	
1	Sécuriser une position	Notre organisation dans l'esprit de nos bénéficiaires cibles	En tant que principal fournisseur d'accès aisé et ininterrompu à des méthodes de contraception de grande qualité et modernes	Dans tout le pays	D'ici la fin 2013	Via un accès aisé et ininterrompu à des méthodes de contraception modernes et de grande qualité	À la fin 2013, les données de l'enquête auprès des clients vont démontrer que plus de 80 % des personnes interrogées considèrent que nous sommes le fournisseur principal d'accès facile et ininterrompu à des méthodes de contraception modernes et de grande qualité
2	Offrir l'accès	Structures	Accès régulier à des méthodes de contraception modernes	Dans toute l'organisation	D'ici la fin 2010	Considérer en priorité les structures accueillant le plus grand nombre d'hommes et de femmes en âge de procréer	À la fin 2010, plus de 75 % de nos clients indiqueront qu'ils ont eu un accès régulier à des méthodes modernes de contraception à travers nos structures
3	Garantir un approvisionnement permanent en contraceptifs	Système d'approvisionnement	La chaîne d'approvisionnement fonctionne de manière optimale pour garantir un approvisionnement permanent de méthodes	Aux niveaux de l'organisation et de la structure	D'ici la fin 2010	Offrir les meilleures conditions de travail et motivations en fonction des résultats et de la qualité des soins	À la fin 2010, notre système d'approvisionnement sera en totale conformité avec les normes internationales, assurant la fourniture ininterrompue de méthodes modernes de contraception
4	Maintenir la satisfaction des clients	Qualité des services	Satisfaction supérieure à 95 %	Dans toutes les structures	D'ici la fin 2009	Une attention particulière accordée aux nouveaux usagers des méthodes modernes de contraception	D'ici la fin 2009, les niveaux de satisfaction des clients dépasseront 95 % dans toutes les structures, particulièrement pour les clients qui sont de nouveaux usagers des méthodes modernes de contraception

## Formuler des stratégies



Les stratégies expriment ce qu'il faut faire. En répondant à la question de savoir comment atteindre notre but, elles déterminent la voie qui permet à une organisation d'atteindre ses objectifs stratégiques à moyen et long terme.

Il existe presque toujours d'autres voies pour atteindre les objectifs stratégiques. La recherche des meilleures stratégies pour votre organisation suppose d'envisager toutes les stratégies possibles et d'en choisir au moins une qui contribuera au mieux à la réalisation des objectifs stratégiques correspondants. Les résultats quantifiables souhaités sont les « résultats mesurables » qui seront produits lorsque les stratégies sont appliquées.

Pour déterminer les stratégies les plus aptes à permettre à votre organisation de réaliser ses objectifs stratégiques, examinez les questions de [l'encadré 5](#).

Vous trouverez à la colonne « Stratégies » du [Tableau 6](#) une liste de questions clés pour alimenter votre réflexion sur les stratégies.

Des questions pareilles aideront votre équipe de planification et vous-même à identifier des stratégies possibles pour atteindre vos objectifs stratégiques et vos résultats souhaités. Vous pourrez alors utiliser les critères de l'encadré 5 pour choisir les meilleures solutions.

### ENCADRÉ 5. Quelles stratégies sont les meilleures ?

- La stratégie contribuera-t-elle à la réalisation de vos objectifs stratégiques et résultats mesurables souhaités ?
- La stratégie est-elle en mesure d'apporter une contribution optimale avec le minimum de ressources ?
- La stratégie peut-elle être mise en œuvre vu les ressources et le contexte dans lequel vous travaillez ?
- La stratégie est-elle compatible avec d'autres stratégies choisies pour les mêmes comme pour d'autres objectifs stratégiques ?
- La stratégie va-t-elle optimiser les opportunités externes et les forces internes ? Prendra-t-elle en charge les faiblesses internes et les menaces externes ?

TABLEAU 6. Matrice de formulation de stratégies à aligner sur les objectifs stratégiques

Objectifs stratégiques	Résultats Souhaités mesurables	Stratégies
1 Positionner l'image de l'organisation dans l'esprit de notre population cible comme le principal fournisseur d'accès aisé et ininterrompu à des méthodes modernes de contraception de grande qualité	À la fin 2013, les données de l'enquête auprès des clients vont démontrer que plus de 80 % des personnes interrogées considèrent que nous sommes le principal fournisseur d'accès facile et ininterrompu aux méthodes de contraception modernes et de grande qualité	Que faut-il faire pour : <ul style="list-style-type: none"> <li>■ être le principal fournisseur ?</li> <li>■ offrir un accès ininterrompu ?</li> </ul>
2 Offrir aux clients l'accès le plus aisé aux méthodes modernes de contraception dans les structures comptant le plus grand nombre d'hommes et de femmes en âge de procréer	À la fin 2010, plus de 75 % de nos clients indiqueront qu'ils ont eu un accès régulier à des méthodes modernes de contraception à travers nos structures	Que faut-il faire pour : <ul style="list-style-type: none"> <li>■ déterminer les structures enregistrant la plus forte demande ?</li> <li>■ faciliter l'accès à nos structures à forte demande ?</li> </ul>
3 Disposer d'une chaîne d'approvisionnement qui fonctionne de manière optimale pour garantir la fourniture ininterrompue de méthodes modernes de contraception	À la fin 2010, notre système d'approvisionnement sera en totale conformité avec les normes internationales, assurant la fourniture ininterrompue de méthodes modernes de contraception	Que faut-il faire pour : <ul style="list-style-type: none"> <li>■ améliorer le système d'approvisionnement ?</li> <li>■ recruter et retenir les meilleures personnes pour gérer le système ?</li> <li>■ satisfaire aux normes internationales pour avoir un système d'approvisionnement totalement fonctionnel ?</li> </ul>
4 Maintenir des niveaux de satisfaction des clients supérieurs à 95 % dans toutes les structures, en particulier pour les clients qui sont de nouveaux usagers de méthodes modernes de contraception	D'ici la fin 2009, les niveaux de satisfaction des clients dépasseront 95 % dans toutes les structures, particulièrement pour les clients qui sont de nouveaux usagers des méthodes modernes de contraception	Que faut-il faire pour : <ul style="list-style-type: none"> <li>■ augmenter le niveau de satisfaction des clients ?</li> <li>■ attirer et retenir de nouveaux usagers des méthodes modernes de contraception ?</li> </ul>

## Mesurer la mise en œuvre du plan



Votre plan stratégique fixe une direction et des stratégies pour la réalisation des objectifs stratégiques et des résultats mesurables souhaités. En votre qualité de responsable d'un programme de santé ou de services de santé, il est crucial que vous puissiez suivre et mesurer si votre organisation applique ses stratégies et à quel point, mais aussi dans quelle mesure vous atteignez vos objectifs stratégiques.

La clé de voûte de la mesure, ce sont les résultats. Il peut s'agir de produits (le produit direct ou immédiat des activités) et de résultats (suite aux activités, changements à court terme au niveau d'une population bénéficiaire). La réalisation de ces produits et résultats est déterminée par des indicateurs, c'est-à-dire des marqueurs mesurables de changement dans une situation, une capacité, une quantité ou une qualité au fil du temps. Les indicateurs que vous intégrez dans votre plan vous permettront de suivre régulièrement les progrès réalisés en direction de vos résultats souhaités et d'évaluer les résultats réellement obtenus.

### CHOIX DES INDICATEURS

Lorsque les données de l'indicateur sont recueillies, enregistrées et analysées, un bon indicateur rend facilement mesurables des concepts complexes. Un bon indicateur de performance a un certain nombre de caractéristiques souhaitables (OMS 1994). Il doit être :

- **valide** : il mesure le phénomène qu'il est censé mesurer ;
- **fiable** : il produit les mêmes résultats lorsqu'il est utilisé plusieurs fois pour mesurer le même élément ;
- **précis** : il est défini avec des termes clairs et spécifiques ;
- **individuel** : il saisit un seul élément ou aspect d'un résultat plus complexe (il mesure une seule chose, pas un ensemble de choses) ;
- **facile à comprendre** : tant les experts que les profanes peuvent en saisir le sens ;
- **comparable** : il évite des définitions étroites ou particulières dont les valeurs seraient difficiles à comparer avec d'autres résultats ;
- **utilisable** : il est basé sur des données faciles et peu coûteuses à obtenir.

Les personnes chargées de l'analyse des données relatives aux résultats doivent s'assurer que ces résultats peuvent être attribués à des produits, des services ou des activités de l'organisation. Si d'autres facteurs ont contribué aux résultats, il est important de les inclure dans les rapports.

Si vous voulez suivre de près les progrès accomplis en direction des résultats mesurables souhaités, vous pouvez fixer des jalons. Les jalons sont des marqueurs vérifiables qui confirment que nous suivons la bonne voie pour mener à bien la stratégie et obtenir des résultats. Si, par exemple, votre résultat souhaité est de fournir des méthodes de contraception modernes à 75 % de vos clients, et qu'une stratégie consiste à donner des informations à jour aux clients potentiels, la détermination, avec exactitude, du nombre de femmes en âge de procréer résidant dans votre zone d'intervention servirait de jalon. Pour atteindre ce résultat, une autre stratégie pourrait résider dans la prestation de services de planification familiale

dans toutes les structures. Les jalons pourraient alors être la confirmation que tous les établissements disposent d'un système assurant un approvisionnement adéquat en méthodes de planification familiale à forte demande.

Bien qu'il soit important que les intrants (ressources humaines) soient en place pour que les processus soient menés comme prévu et que les produits immédiats (nombre de nouveaux usagers de la planification familiale) soient positifs, la véritable valeur d'une activité réside dans le résultat (prévalence de la contraception chez la population cible par exemple). Si l'intervention débouche sur un résultat à court à moyen terme, c'est-à-dire une incidence positive sur le comportement de la cible, il est probable que, en combinaison avec d'autres interventions, elle participe à des améliorations à long terme au niveau de la santé.

Bien qu'il vous soit loisible d'inclure d'autres types d'indicateurs, vous pouvez vous concentrer sur les indicateurs de produit et de résultat pour suivre les progrès et résultats enregistrés des interventions planifiées. Vous trouverez ci-après quelques exemples d'indicateurs convaincants.

Si un objectif stratégique est d'améliorer les comportements liés à la santé ou à l'état de santé de la population cible, vous pouvez utiliser des indicateurs de résultats pour démontrer les facteurs suivants :

- changements au niveau des pratiques en matière de santé ;
- changements au niveau des attitudes et croyances en matière de santé ;
- augmentation du niveau de connaissance des questions de santé choisies.

Si un objectif stratégique est d'améliorer l'accès de la population cible à la santé ou aux services sociaux, vous pouvez utiliser des indicateurs de produit ou de résultat pour démontrer les facteurs suivants :

- augmentations notées dans la disponibilité des services sociaux ou sanitaires ;
- augmentations notées au niveau du nombre de visites aux établissements de services sociaux ou infrastructures de santé ;
- baisses au niveau des coûts à l'usager de l'accès aux services sociaux ou de santé.

Si un objectif stratégique est d'améliorer la qualité des services sociaux ou de santé offerts à la population cible, vous pouvez utiliser des indicateurs de résultat pour démontrer les faits suivants :

- augmentation de la demande en produits ou services offerts ;
- augmentation la satisfaction des clients quant aux produits ou services offerts ;
- adhésion plus forte aux normes de qualité généralement admises dans la fourniture de ces services ou produits.

Vous trouverez au Chapitre 9 du présent manuel davantage d'informations sur les produits, les résultats, le choix et l'utilisation des indicateurs.

Le [Tableau 7](#) propose un modèle pouvant vous aider à organiser et à suivre des indicateurs de produit et de résultat par rapport aux objectifs stratégiques, aux résultats souhaités mesurables et aux stratégies figurant dans votre plan. Vous et votre équipe de planification devrez vous entendre sur la fréquence du suivi des résultats et des jalons figurant dans le plan. Beaucoup d'organisations trouvent utile de le faire une ou deux fois dans l'année.

À ce stade, vous et votre équipe avez terminé le processus de planification stratégique et êtes prêts à produire le plan proprement dit. Ce document doit être simple, lisible et concret, avec

TABLEAU 7. Graphique de suivi des résultats vierge

Objectifs stratégiques 1 :				
Résultat mesurable souhaité :				
Stratégie 1 :				
Jalon/résultat intermédiaire	Date d'achèvement	Partie responsable	Indicateur	Moyens de vérification

une structure qui rend compte du processus. Nous suggérons une structure similaire à celle présentée à l'[encadré 6](#).

Le document écrit doit être accompagné d'une présentation visuelle abrégée sous forme de tableau (voir modèle à l'[Annexe B](#)).

#### ENCADRÉ 6. Structure suggérée du plan stratégique

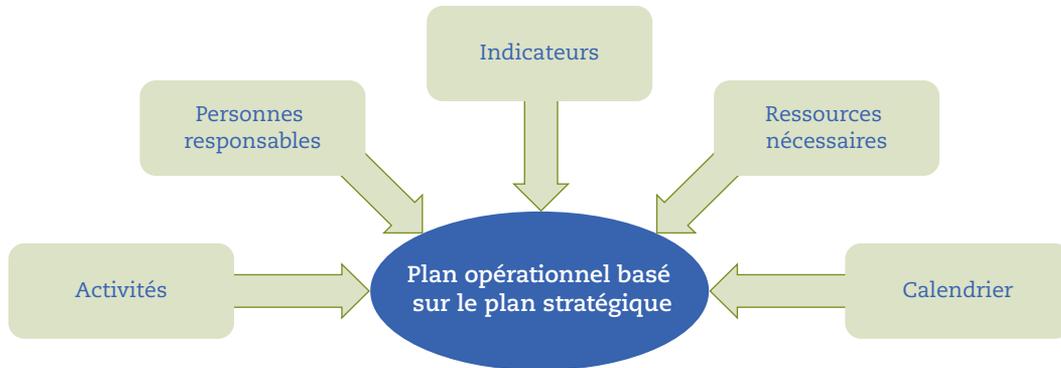
- **Introduction.** Expliquer brièvement quand et comment le processus de planification s'est engagé, les préoccupations et situations auxquelles il réagit, les participants et la manière dont le plan sera utilisé.
- **Analyse de l'environnement.** Résumer les forces et faiblesses internes ainsi que les opportunités et menaces externes que vous avez identifiées à travers l'analyse SWOT.
- **La mission, la vision et les objectifs stratégiques.** Présenter les énoncés bien rédigés de ces trois éléments essentiels et expliquer comment la mission et la vision ont mené aux objectifs stratégiques.
- **Stratégies.** Présenter les stratégies que vous vous proposez d'utiliser pour atteindre les résultats de chaque objectif stratégique. Rédiger un résumé sommaire de la raison justifiant le choix de chaque stratégie.
- **Mesure de l'application.** Présenter le Graphique de suivi des résultats, rédiger une explication sommaire du choix des indicateurs et décrire le processus et le calendrier de revue du plan.
- **Conclusion.** Ajouter toutes observations finales et souligner que les plans opérationnels annuels seront élaborés sur la base du plan stratégique.

## Conversion du plan stratégique en plan opérationnel



Lorsque vous et votre équipe de planification avez élaboré le plan stratégique et que ce dernier a été approuvé et distribué, votre organisation sera prête à produire des plans opérationnels annuels qui vont traduire les objectifs stratégiques et les stratégies en programmes d'activités complets. Les plans opérationnels renvoient aux objectifs stratégiques, aux résultats

FIGURE 3. Éléments d'un plan opérationnel



mesurables souhaités et aux stratégies tirés du plan stratégique. Vous devez dresser la liste des activités choisies pour chaque stratégie et ensuite, pour chaque activité, vous devez spécifier les éléments présentés à la [Figure 3](#).

Vous trouverez à l'[Annexe C](#) un modèle de planification opérationnelle.

### CHOIX DES ACTIVITÉS

Pour mettre en œuvre les stratégies et atteindre les résultats esquissés dans votre plan stratégique, il faut des activités. Les activités doivent être exprimées en termes clairs, concrets et de manière chronologique, comme au [Tableau 8](#).

Chaque activité répertoriée dans un plan opérationnel doit être assez spécifique pour vous permettre de :

- lui assigner un coût ;
- citer les éléments livrables à produire ;
- identifier un résultat à obtenir ;
- préparer un calendrier pour la réaliser ;
- définir la qualité (contrôlée à travers un suivi de routine des activités) ;
- confier à des personnes la supervision et le suivi de la mise en œuvre des activités.

L'une des parties les plus intéressantes de la planification serait des séances de remue-méninges autour des activités possibles pour chaque stratégie. Le remue-méninges vous permet à vous et à votre équipe de vous appuyer sur votre expérience et vos idées pour proposer des approches créatives qui vont donner vie aux stratégies.

Nombre d'activités peuvent tenir ce rôle, mais votre organisation ne peut certainement pas les exécuter toutes. Si le nombre et l'étendue des activités éventuelles dépassent le financement disponible et les capacités de l'organisation, vous pouvez utiliser la liste de vérification de la faisabilité à la [Figure 4](#) et l'arbre décisionnel pour la sélection de l'activité (voir modèle au [Tableau 9](#)) pour vous aider à choisir les activités les plus susceptibles d'être menées avec succès.

La liste de vérification de la faisabilité présente une série de conditions internes et externes qui sont des critères d'évaluation d'une activité. Une fois que vous et votre équipe avez dressé une liste exhaustive d'activités pour chaque stratégie, vous trouverez peut-être que vous pouvez immédiatement éliminer plusieurs activités car, manifestement, elles ne satisfont pas à certains des critères. Il ne vous restera alors qu'une liste plus réduite d'activités prometteuses.

TABLEAU 8. Modèle de matrice pour identifier des activités correspondant aux stratégies

Objectifs stratégiques	Résultats Souhaités mesurables	Stratégies	Activités
1 Positionner l'image de l'organisation dans l'esprit de notre population cible comme le principal fournisseur d'accès aisé et ininterrompu aux méthodes modernes de contraception de grande qualité.	À la fin 2013, les données de l'enquête auprès des clients vont démontrer que plus de 80 % des personnes interrogées considèrent que nous sommes le principal fournisseur d'accès aisé et ininterrompu aux méthodes de contraception modernes et de grande qualité.	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Déterminer les besoins, les désirs non satisfaits et les obstacles qui entravent l'accès aux clients potentiels de la planification familiale (PF).</li> <li>■ Améliorer les outils de gestion de la chaîne d'approvisionnement.</li> <li>■ Positionner l'organisation comme principal fournisseur de méthodes modernes de contraception.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Mener une enquête auprès de femmes en âge de procréer pour déterminer les préférences de PF et les entraves à l'accès.</li> <li>■ Former le personnel des cliniques à la méthode approuvée de contrôle des stocks pour maintenir les contraceptifs disponibles.</li> <li>■ Produire des dépliants illustrés décrivant les services et contenant des témoignages de clients satisfaits.</li> </ul>

FIGURE 4. Listes de contrôle de la faisabilité

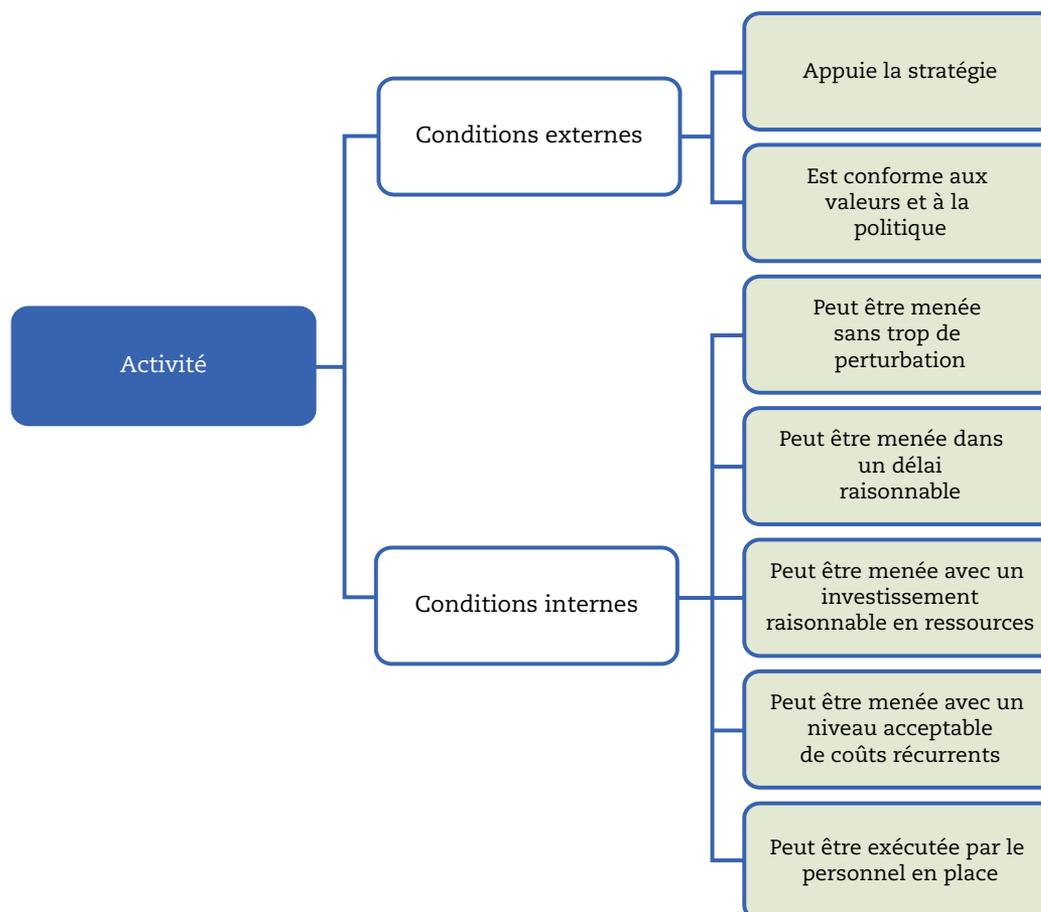


TABLEAU 9. Modèle d'arbre décisionnel pour la sélection d'activités

Activité : Mener une campagne médiatique mixte informant les clients sur notre gamme de méthodes modernes de planification familiale, les prix et la qualité de nos services..

Conditions et critères	Note (échelle de 1-3)	Poids (échelle de 1-3)	Score total (note x poids)	Preuve
<b>Conditions externes</b>				
L'activité est socialement acceptable	3	2	6	L'utilisation des méthodes modernes de planification familiale est une pratique généralement acceptée dans notre pays.
L'activité entre dans le cadre des politiques acceptables	2	3	6	Le pays dispose d'une stratégie nationale pour repositionner la planification familiale et élabore actuellement des politiques correspondantes pour promouvoir l'approvisionnement, la vente, la distribution et l'utilisation de méthodes modernes de contraception.
<b>Conditions internes</b>				
L'activité appuie les objectifs stratégiques	3	3	9	L'activité soutient fermement les objectifs stratégiques de sensibilisation, d'accès et de qualité des services et produits de planification familiale.
Le délai est raisonnable	1	1	1	Oui.
L'investissement est raisonnable	3	2	6	L'investissement est conforme aux campagnes multimédias relatives à d'autres activités de promotion de la santé.
Les coûts récurrents sont acceptables	2	3	6	Les coûts récurrents seront acceptables ; toutefois, certains médias peuvent être utilisés avec plus de modération en raison de leur coût relativement élevé.
L'activité est faisable du point de vue administratif	3	2	6	Cette activité est faisable parce que les mécanismes de passation de marchés avec les médias sont déjà en place grâce à d'autres activités similaires.
Le personnel est disponible et qualifié	2	3	6	Le personnel est disponible et expérimenté pour ce genre de campagnes multimédia.
<b>Évaluation de la faisabilité</b>				
			46	<b>Remarques :</b>
			(colonne de la somme du score total)	L'activité proposée ici a un score de 46 et est donc considérée comme « faisable ».
			< 24 = peu faisable	
			25-50 = faisable	
			51-72 = très faisable	

**Instructions:**

**Évaluation :** pour l'activité proposée décrite en haut du formulaire, il y a une série de **conditions et critères** à remplir dans la première colonne. Évaluer dans quelle mesure la condition est remplie et attribuer une valeur selon l'échelle suivante :

- 1 = ne correspond pas au critère
- 2 = correspond en partie au critère
- 3 = correspond entièrement au critère

**Poids :** pour chacun des conditions et critères attribuer un « poids » qui indique l'importance relative de la condition ou du critère spécifique pour l'exécution de l'activité ainsi qu'il suit :

- 1 = pas important pour la réussite
- 2 = important pour la réussite
- 3 = essentiel à la réussite

**Preuve :** Dans la colonne intitulée « Preuve », décrivez les circonstances qui président à la note que vous avez attribuée à chaque condition ou critère spécifique.

Lorsque vous avez une liste d'activités prometteuses, vous pouvez utiliser l'arbre décisionnel pour la sélection de l'activité afin de discuter de chaque activité et générer son score par rapport aux critères. Les activités ayant le score le plus élevé sont celles qui seront probablement mises en œuvre avec succès. Si plusieurs activités obtiennent des scores égaux ou similaires, l'équipe en discutera et s'accordera sur celles qu'il faudra lancer en priorité.

Vous trouverez un modèle d'arbre décisionnel à l'[Annexe D](#). Changez ou ajoutez au besoin des critères afin de satisfaire à la situation de votre organisation.

## SUIVI DU PLAN OPÉRATIONNEL

Pour de nombreuses organisations, le suivi des plans opérationnels au cours de revues trimestrielles s'avère capital. Certaines jeunes organisations effectuent ce suivi chaque mois pour s'assurer de rester sur la trajectoire vers leurs résultats souhaités. La fréquence du suivi permet d'identifier la « triple menace » des variables, à savoir les retards au niveau du calendrier, les dépassements ou restrictions budgétaires ou les modifications au niveau du champ des activités.

Si l'une de ces trois variables est menacée, une autre en est affectée. Au fur et à mesure que l'on repousse l'exécution des activités, les travaux subissent des retards. Lorsque le budget est réduit, les activités ne peuvent être pleinement mises en œuvre. Et si l'ampleur des activités dépasse le budget, le calendrier ne sera respecté qu'après obtention des fonds supplémentaires. Cette interaction destructrice peut être atténuée par le suivi des activités, du budget, des éléments livrables et par des ajustements permettant d'aligner les activités sur le budget et les éléments livrables sur le calendrier.

Un suivi rigoureux nécessite souvent l'éclatement de chacune des activités en tâches distinctes. Plus la tâche est réduite, plus vous serez à même de suivre plus étroitement les progrès réalisés et de procéder aux ajustements nécessaires.

Un plan de suivi-évaluation simple vous permettra de suivre chaque indicateur, comme présenté au [Tableau 10](#).

## DÉTERMINATION DES COÛTS ET DU BUDGET DES ACTIVITÉS

Un budget prévoit les coûts et, dans bien des cas, les revenus d'une activité, d'un projet ou d'une organisation. Il quantifie le but et les objectifs de l'organisation en orientant l'affectation des ressources humaines et financières. Accompagné de rapports de dépenses périodiques, le budget peut servir à l'examen des coûts prévus par rapport aux dépenses effectives, à l'identification des programmes rentables, mais aussi à prévoir les besoins de trésorerie, à déterminer les rubriques où les coûts doivent être réduits et à fournir des éléments permettant de prendre des décisions difficiles, comme celles relatives aux projets ou activités à cesser.

Les frais ou dépenses sont des débours financiers ou des ressources utilisées pour fournir un produit ou un service ou pour mettre en œuvre un projet ou une activité. De telles charges peuvent être liées à l'emploi de personnel, à l'approvisionnement en fournitures et à la maintenance des équipements.

Des budgets exacts et complets, suivis tout au long de la mise en œuvre du plan opérationnel sont essentiels. Les budgets sont élaborés pour satisfaire à deux ensembles de besoins. À des fins opérationnelles, les budgets permettent à une organisation d'affecter des ressources disponibles aussi efficacement que possible et de suivre et maîtriser les coûts. À des fins de gestion, les budgets permettent aux managers de prendre des décisions relatives à la composition et au champ des activités et projets à entreprendre au cours de l'année.

TABLEAU 10. Plan de suivi-évaluation

État de l'indicateur		Activités de suivi-évaluation	Personnes responsables	Calendrier											
Indicateur	Référence	Projeté		Mois											
				2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
<b>Stratégie 1 : Déterminer les besoins et désirs non satisfaits des clients de la PF</b>															
Pourcentage de femmes en âge de procréer utilisant des méthodes modernes de contraception	20%	40%	Mener une enquête en 30 grappes dans les communautés desservies par la clinique	Éducateur en matière de santé, infirmière, sage-femme											
<b>Stratégie 2 : améliorer les outils de gestion de la chaîne d'approvisionnement</b>															
Nombre de membres du personnel de la clinique formé en méthodologie de contrôle des stocks															
<b>Stratégie 3 : positionner l'organisation comme principal fournisseur de méthodes modernes de contraception</b>															
Nombre de dépliants produits et distribués															

Pour préparer le budget de votre plan opérationnel, il est important d'être épaulé par une personne dotée d'une solide expérience dans la gestion financière et la budgétisation. Le personnel technique et celui chargé des programmes qui travaillent de concert avec le responsable du budget doivent préciser les exigences de l'exécution des activités prévues et recueillir des informations sur les coûts unitaires des rubriques clés, notamment les suivantes :

- salaires et traitements ;
- coûts des consultants ;
- voyage et transport ;
- équipements et fournitures ;
- autres coûts directs (coûts liés uniquement à l'exécution de l'activité : impression ou reproduction, communications, affranchissement et envoi, fournitures et autres matériaux, services extérieurs) ;
- autres coûts indirects (coûts non exclusivement liés à l'exécution de l'activité).

Le Chapitre 7 du présent manuel propose une bibliographie supplémentaire sur les budgets et la gestion financière.

### PLANIFICATION DE NOUVELLES INITIATIVES

À ce stade du processus de planification, vous aurez fini d'élaborer un plan stratégique et de convertir ce dernier en un plan opérationnel ou plan de travail annuel. Si votre plan stratégique indique que l'organisation doit concevoir et introduire de nouveaux produits ou services (tels que les préservatifs féminins ou des services de santé génésique en faveur des adolescents) ou élargir considérablement la population cible (par exemple, atteindre les personnes vivant avec le VIH & sida comme clients potentiels de la planification familiale), vous pouvez élaborer un plan d'affaires pour évaluer la faisabilité et les risques de ces nouvelles initiatives. Vous utiliserez le plan d'affaires pour obtenir des financements en faveur de ces nouveaux projets.

Pour une discussion détaillée sur ce thème, consultez l'ouvrage « [Business Planning to Transform Your Organization](#) » (MSH 2003). (Planification commerciale pour transformer votre organisation)

Utiliser l'[encadré 7](#) pour évaluer la force de votre plan et vous assurer que vous n'avez laissé échapper aucun point important.

#### ENCADRÉ 7. Résumé : Les éléments d'un bon plan

Le succès de la mise en œuvre dépend d'un bon plan. La présence de certains éléments augmentera les chances de succès de l'application du plan. Se poser les questions suivantes pour voir si l'on a tenu compte de tous ces éléments.

- Le plan est-il simple ?
- Est-il facile à comprendre et peut-on l'exécuter ?
- Le plan communique-t-il de façon claire et pratique ?
- Le plan est-il spécifique ?
- Ses objectifs stratégiques correspondent-ils à la mission et à la vision ?
- Les stratégies correspondent-elles aux objectifs stratégiques ?
- Les stratégies permettront-elles à l'organisation d'atteindre ses résultats mesurables souhaités ?
- Le plan inclut-il des activités spécifiques, avec des dates d'achèvement pour chacune, les personnes responsables et les besoins en matière de budget ?
- Le plan est-il réaliste ?
- Les mesures et le calendrier fixés pour l'achèvement de l'activité sont-ils réalistes ?

## Pratiques éprouvées

---

- Bien que la planification soit l'une des principales pratiques du management, elle ne suffit pas, à elle seule, pour atteindre les résultats souhaités. Conjugée à toutes les autres pratiques en matière de leadership et de management, elle produit les résultats suivants : capacité organisationnelle plus solide, meilleurs services et, en fin de compte, améliorations durables de la santé des populations.
- Bien que les plans stratégiques, opérationnels et d'affaires connaissent des durées différentes et soient élaborés et utilisés à différents niveaux, ils ne s'excluent pas mutuellement. En particulier, les plans opérationnels ou annuels doivent reposer sur le contenu et les priorités stratégiques esquissés dans le plan stratégique.
- La planification stratégique tire parti d'une équipe bien équilibrée, composée d'un groupe interdisciplinaire de collègues ayant des caractéristiques et des fonctions distinctes.
- Votre équipe de planification et vous-même pouvez utiliser la mission de votre organisation pour élaborer une vision de l'avenir qui oriente le choix des objectifs stratégiques de l'organisation. Vous pouvez vérifier l'intégrité des objectifs stratégiques en procédant à une analyse SWOT modifiée et formuler ensuite des stratégies qui cadrent avec ces objectifs.
- Pour convertir le plan stratégique en plan opérationnel, vous et votre équipe pouvez utiliser la liste de vérification de la faisabilité et la matrice des activités prioritaires pour choisir celles qui réaliseront au mieux les objectifs stratégiques, définir les indicateurs de réalisation et imputer des coûts à chaque activité. Vous pouvez demander l'aide d'un spécialiste pour déterminer les coûts et préparer le budget.
- La fréquence du suivi permettra de réduire les retards au niveau du calendrier, les restrictions ou dépassements budgétaires, ou encore les modifications au niveau du champ des activités. Si vous intégrez des indicateurs de produit et de résultat dans votre plan opérationnel, vous pouvez élaborer un plan de suivi-évaluation pour surveiller les progrès réalisés en direction de vos résultats souhaités et évaluer les résultats effectivement atteints.

## Glossaire des termes de la planification

---

**activités** : tâches spécifiques requises pour mettre en œuvre les stratégies et satisfaire aux objectifs stratégiques esquissés dans votre plan stratégique. Les activités doivent être exprimées en termes clairs, concrets et de manière chronologique.

**analyse SWOT** : outil qui permet à une organisation d'identifier les opportunités et menaces (OT) de l'environnement externe qui intéressent le plus son activité, et les forces et faiblesses (SW) au sein de l'organisation : les systèmes, les structures et les facteurs culturels capables d'améliorer ou d'entraver l'efficacité de l'organisation.

**facteur critique** : élément essentiel de la performance d'un système interne particulier, comme le temps de renouvellement des stocks du système de chaîne d'approvisionnement ou la ponctualité des rapports provenant d'un système financier.

**indicateur** : marqueur mesurable de changement dans une situation, une capacité, une quantité ou une qualité au fil du temps. Les indicateurs que vous intégrez dans votre plan vous permettront d'évaluer les résultats effectivement atteints suite à l'exécution des activités programmées dans votre plan.

**mission** : énoncé qui décrit de manière claire et concise pourquoi l'organisation existe, c'est-à-dire son but. C'est la mission qui donne l'orientation, l'harmonie et le sens des activités et des décisions de l'organisation, à tous les niveaux. C'est le noyau autour duquel les membres du personnel concentrent leurs meilleurs efforts.

**objectifs opérationnels** : buts à court terme qui constituent le lien entre le plan stratégique et un plan opérationnel correspondant. Les équipes de travail ou équipes opérationnelles fixent les objectifs et les réalisent.

**objectifs stratégiques** : ce que l'organisation entend atteindre dans le moyen à long terme. Les objectifs stratégiques sont fixés par la direction de l'organisation, en concertation avec diverses unités de gestion dans toute l'organisation. Dans les organisations de la société civile, ils sont approuvés par le conseil d'administration.

**planification des activités** : planification à court à moyen termes. Un plan d'activités permet d'obtenir des fonds et de faire des projections relatives au rendement financier et social estimé pour le démarrage d'une organisation, la formation d'une nouvelle unité d'activité ou, dans le cas d'une entité déjà établie, l'élaboration et l'introduction d'un nouveau produit ou service. Un plan d'activités de qualité permet à une organisation d'évaluer la viabilité de l'ensemble de ses produits et services et la faisabilité des nouveaux.

**planification opérationnelle** : sa portée est courte et ne dure pas plus d'une année. Son but est d'atteindre des objectifs et d'exécuter des activités dans un futur proche. La planification opérationnelle est souvent désignée comme le plan opérationnel annuel ou le plan de travail annuel, et il doit être aligné sur le plan stratégique.

**planification stratégique** : elle est de nature moyen à long terme et concerne l'ensemble des secteurs de gestion de l'organisation. Son contenu est plutôt général et comprend des buts, des objectifs stratégiques, des stratégies et des résultats mesurables. Elle met l'accent sur les questions générales et durables qui favorisent l'efficacité et la survie à long terme de l'organisation

**produit** : résultat immédiat ou direct d'une activité.

**résultat** : changement à court terme au niveau d'une population bénéficiaire, suite à une activité ou à un ensemble d'activités.

**résultats mesurables** : résultats qui seront produits suite à la mise en œuvre des stratégies.

**stratégie** : énoncé du travail à effectuer et qui, une fois réalisé, signifie que les objectifs stratégiques de l'organisation sont atteints.

**vision** : image de la situation future souhaitée d'une organisation vers laquelle une équipe, une organisation, un projet ou un programme peuvent tendre par leurs actions.

## Références et ressources

---

- Albrecht, Karl. *The Northbound Train: Finding the Purpose, Setting the Direction, Shaping the Destiny of Your Organization*. New York: AMACOM, 1994.
- Bennis, Warren G., and Burt Nanus. 1986. *Leaders: Strategies for Taking Charge*. New York: HarperBusiness, 1997.
- Blank, Warren. *The 108 Skills of Natural Born Leaders*. New York: AMACOM, 2001.
- Conger, Jay A. “The Vision Thing: Explorations into Visionary Leadership.” In *Cutting Edge: Leadership 2000*. Barbara Kellerman and Lorraine R. Matusak, eds. 38–45. College Park, MD: James MacGregor Burns Academy of Leadership, 1998.
- Covey, Stephen R. 2004. *The Seven Habits of Highly Effective People: Restoring the Character Ethic*. 151, 152–54. New York: Free Press, 2004.
- Helfenbein, Saul, Sara Seims, and Deborah Ruhe. “Learning to Think Strategically.” *The Family Planning Manager (Boston)* vol. 3, no. 1, 1994, <http://www.msh.org/resources/learning-to-think-strategically> (consulté le 3 mars 2014).
- Management Sciences for Health. *Transformer les managers en leaders : Guide pour l'amélioration des services de santé*. Cambridge, MA: Management Sciences for Health, 2005. <http://www.msh.org/resources/managers-who-lead-a-handbook-for-improving-health-services> (consulté le 1er mars 2010).
- . *Virtual Strategic Planning Program*. Cambridge, MA: Management Sciences for Health, 2009. Program information is available at <http://www1.msh.org/projects/lms/ProgramsAndTools/SustainabilityAndScalingUp/VSPP.cfm>.
- Organisation mondiale de la Santé. *Indicators to Monitor Maternal Health Goals*. Genève : Organisation mondiale de la Santé. 1994, <http://apps.who.int/iris/handle/10665/60261> (consulté le 14 janvier 2010).
- Roberts, Edward. “Managing Technical Professionals: Individuals and Teams.” Lecture, as part of Technology Management for General Managers (cours). MIT Sloan School of Management. Cambridge, MA, 2000.
- Seltzer, Judith B. *Handbook for Developing a District Level Work Plan*. Cambridge, MA: Management Sciences for Health, 1991.
- Seltzer, Judith B., Elizabeth Lewis, Fiona Nauseda, and Stephen Redding. “Business Planning to Transform Your Organization.” *The Manager (Boston)* vol. 12, no. 3, 2003, <http://www.msh.org/sites/msh.org/files/Business-Planning-to-Transform-Your-Organization.pdf>.
- Seltzer, Judith B., and Steve Solter. “Conducting Local Rapid Assessments in Districts and Communities.” *The Family Planning Manager (Boston)* vol. 7, no. 1, 1998, [http://erc.msh.org/themanager/English/V7\\_N1\\_En\\_Issue.pdf](http://erc.msh.org/themanager/English/V7_N1_En_Issue.pdf) (consulté le 14 janvier 2010).
- Thisyakorn, Lers. “Reasons Why Strategic Planning Fails.” GroundReport, <http://www.groundreport.com/Business/Reasons-why-strategic-planning-fails> (consulté le 15 Janvier 14, 2010).
- Vriesendorp, Sylvia. *Strategic Planning: Reflections on Process and Practice*. Cambridge, MA: Management Sciences for Health, 1999.

Wolff, James A., Linda Suttentfield, et Susana C. Binzen, eds. *Guide des responsables des programmes de planification familiale : Aptitudes et outils essentiels pour la conduite des programmes de planification familiale*. Hartford, CT: Kumarian Press, 1991.

Wong, Shu Wei. "The Reasons Why Strategic Planning Fails." Articlesbase, 2007, <http://www.articlesbase.com/strategic-planning-articles/the-reasons-why-strategic-planning-fails-228944.html> (consulté le 14 janvier 2010).

## Annexes

---

- Annexe A.**     Modèle de matrice SWOT
- Annexe B.**     Modèle de planification stratégique
- Annexe C.**     Modèle de planification opérationnel
- Annexe D.**     Modèle d'arbre décisionnel pour la sélection de l'activité

## ANNEXE A. Modèle de matrice

### Modèle de matrice SWOT

	Environnement externe		Environnement interne
Opportunités		Forces	
Menaces		Faiblesses	

### Matrice SWOT et évaluations d'impact

	Environnement externe	Impact		Environnement interne	Impact
Opportunités			Forces		
Menaces			Faiblesses		

## ANNEXE B. Modèle de planification stratégique

Mission	Vision	Objectifs stratégiques	Résultats Souhaités mesurables	Stratégies



## ANNEXE D. Modèle d'arbre décisionnel pour la sélection de l'activité

Activité :

Conditions et critères	Note (échelle de 1-3)	Poids (échelle de 1-3)	Score total (note x poids)	Preuve
<b>Conditions externes</b>				
L'activité est socialement acceptable				
L'activité entre dans le cadre des politiques acceptables				
<b>Conditions internes</b>				
L'activité appuie les objectifs stratégiques				
Le délai est raisonnable				
L'investissement est raisonnable				
Les coûts récurrents sont acceptables				
L'activité est faisable du point de vue administratif				
Le personnel est disponible et qualifié				
<p><b>Évaluation de la faisabilité</b></p> <p>Échelle : 8-72 (colonne de la somme du score « faisable » total)</p> <p>&lt; 24 = peu faisable 25-50 = faisable 51-72 = très faisable</p>				
<p><b>Remarques :</b></p> <p>L'activité proposée ici a un score de 46 et est donc considérée comme</p>				

**Instructions:**

**Évaluation :** pour l'activité proposée décrite en haut du formulaire, il y a une série de **conditions et critères** à remplir dans la première colonne. Évaluer dans quelle mesure la condition est remplie et attribuer une valeur selon l'échelle suivante :

- 1 = ne correspond pas au critère
- 2 = correspond en partie au critère
- 3 = correspond entièrement au critère

**Poids :** pour chacun des conditions et critères attribuer un « poids » qui indique l'importance relative de la condition ou du critère spécifique pour l'exécution de l'activité ainsi qu'il suit :

- 1 = pas important pour la réussite
- 2 = important pour la réussite
- 3 = essentiel à la réussite

**Preuve :** Dans la colonne intitulée « Preuve », décrivez les circonstances qui président à la note que vous avez attribuée à chaque condition ou critère spécifique.

# La gestion des ressources humaines

Mary O'Neil  
Steve Reimann

1. Obtenir des résultats en renforçant les systèmes de santé
2. Leadership et management : les compétences essentielles pour renforcer les systèmes de santé
3. Gouvernance des systèmes et des organisations de santé
4. Intégration de l'égalité des sexes dans les systèmes sanitaires
5. Planification du travail et utilisation effective du plan
6. La gestion des ressources humaines
7. Gestion des finances et des systèmes connexes
8. Gestion des médicaments et des produits de santé
9. Gestion de l'information : suivi et évaluation
10. Gestion de la prestation de services de santé

Ce chapitre montre que la gestion des ressources humaines (GRH) est importante à toute organisation du secteur public et privé et qu'elle est essentielle lorsque des crises de santé publique viennent s'ajouter à des pénuries de main-d'œuvre. Nous présentons ici les trois piliers qui forment conjointement la capacité de GRH d'une organisation : les politiques, les systèmes et les pratiques de gestion et de leadership. Nous décrirons aussi comment ils peuvent vous aider à atteindre les objectifs de votre organisation en termes de GRH.

Nous examinons ensuite comment, en tant que responsable d'un programme de santé ou de services de santé, vous pouvez être plus performant dans cinq domaines d'une importance cruciale pour votre personnel :

- Fixer les responsabilités inhérentes aux postes et les priorités de travail
- Encourager les bons résultats par des feedback
- Donner un sens au travail
- Améliorer la justice dans le milieu de travail
- Offrir au personnel des chances de progresser

Pour permettre à votre organisation d'évaluer ses capacités en matière de GRH, nous présentons le Sondage de satisfaction de l'employé et l'Outil d'évaluation rapide de GRH à l'usage des organisations de santé, et vous indiquons comment les appliquer. Nous décrivons enfin comment vous pouvez associer les bonnes pratiques de gestion aux systèmes de GRH pour promouvoir des changements positifs au sein de votre organisation.

## Introduction

---

La gestion des ressources humaines est un domaine crucial de la gestion qui sert de fondement au premier atout de toute organisation : son personnel. La GRH représente en moyenne 70 à 80 pour cent du budget d'une organisation. Lorsque les organisations gèrent judicieusement leur investissement dans le capital humain, il en résulte une main-d'œuvre satisfaite et motivée qui assure des services de santé de haut niveau, et une organisation qui remplit sa mission, respecte ses objectifs de santé et contribue au bien-être de la collectivité par la fourniture d'excellents services.

### CONFRONTER LES DÉFIS DES RESSOURCES HUMAINES

Malgré l'importance cruciale des ressources humaines pour le fonctionnement des systèmes de santé, peu d'initiatives ont abordé la question de la grave pénurie de main-d'œuvre affectant le secteur de la santé de nombreux pays en développement. La pandémie du sida a intensifié une situation déjà critique et les insuffisances des politiques et des systèmes de GRH des diverses organisations pèsent lourdement sur la capacité de nombreux pays à remplir les Objectifs du millénaire pour le développement.

Dans nombre de pays, les principaux défis portent d'abord sur les initiatives suivantes :

- Accroître la satisfaction et la productivité des employés malgré la pénurie de personnel, la médiocrité des salaires et le manque de ressources ;
- Obtenir des données exactes et planifier efficacement la main-d'œuvre à l'aide de systèmes sous-développés de renseignements sur les employés ;
- Engager des travailleurs ayant les compétences et les qualifications nécessaires malgré la réduction des effectifs causée par les épidémies, la migration des professionnels de la santé et de médiocres conditions de travail dans les zones éloignées ;
- Réorienter les tâches vers le groupe de travailleurs qui possèdent, ou qui peuvent facilement acquérir, les compétences nécessaires ;
- Fournir une GRH efficace et efficace s'accompagnant d'une supervision solidaire lorsque les managers manquent de compétences en terme de GRH et l'organisation n'offre qu'une faible sensibilisation à la GRH.

Une infrastructure efficace de GRH peut remédier à ces défis, toutefois la GRH est peut-être, aujourd'hui, le domaine du secteur de la santé à la fois le plus mal interprété et le plus faiblement élaboré. Il en résulte une négligence généralisée des politiques, des systèmes et des pratiques de gestion et de leadership nécessaires au soutien de la fonction critique de la GRH, bien qu'au dire des organisations, leurs employés sont leur ressource la plus précieuse.

Il est nécessaire de professionnaliser la GRH à travers tout le secteur de la santé en engageant du personnel spécialisé des ressources humaines (RH) et en améliorant leur capacité à gérer de complexes problématiques de RH. Les systèmes de GRH de la plupart des organisations nécessitent une consolidation. Pour les ministères de la Santé et les organisations non gouvernementales (ONG) nationales, il convient de créer des départements de GRH spécialisés et chargés de développer, de diriger et de promouvoir les politiques, les systèmes et les pratiques de gestion et de leadership qui traitent des défis de GRH identifiés.

Il incombe cependant à tous les managers et les superviseurs, à tous les niveaux d'une organisation, de comprendre et de pratiquer, sans relâche, les principes d'une GRH efficace. Les plus petites organisations, souvent dépourvues de département de GRH spécialisé, devront compter sur les efforts conjoints de tous les managers pour créer une stratégie de ressources humaines pour la santé (HRS) et l'infrastructure de GRH nécessaire à l'application de la stratégie.

## Le cadre d'action de *Human Resources for Health*

Alors que l'amélioration de la rétention des effectifs et de ses résultats dépend fortement de la GRH, une main-d'œuvre hautement compétente et viable s'appuie également sur les éléments suivants :

- De bonnes politiques de l'emploi ;
- Des ressources financières appropriées ;
- Une formation initiale et des instituts de formation pour préparer un nombre adéquat de travailleurs de la santé ;
- Des partenariats avec les collectivités locales, le secteur privé, les donateurs et d'autres parties prenantes clés ;
- Le leadership et la sensibilisation au renforcement de pratiques de la GRH à tous les niveaux.

La [Figure 1](#) montre le cadre d'action de *Human Resources for Health* et trace un parcours visant à développer une stratégie nationale détaillée des ressources humaines pour la santé (RHS), et à maintenir un personnel de la santé suffisamment formé. En 2005, un consortium constitué de l'Agence des États-Unis pour le développement international, l'Organisation mondiale de la santé, l'Alliance mondiale pour les personnels de santé, les pays partenaires, des ONG, des donateurs et le milieu de l'enseignement a élaboré le Cadre d'action de *Human Resources for Health*.

Ce cadre identifie six éléments de planification et de gestion des effectifs et décrit les objectifs de chacun. Le bon fonctionnement de ces éléments prouve que votre organisation a formé de manière appropriée le personnel disponible au moment et au lieu anticipés. Le cadre suggère également des actions que pourront entreprendre les responsables de l'élaboration des politiques et les managers pour traiter les problématiques de chacun de ces six éléments. Les systèmes de GRH sont essentiels car importants à l'intégration de tous les autres éléments.

FIGURE 1. Cadre d'action de *Human Resources for Health*

Outils d'une main-d'œuvre de santé efficace et durable

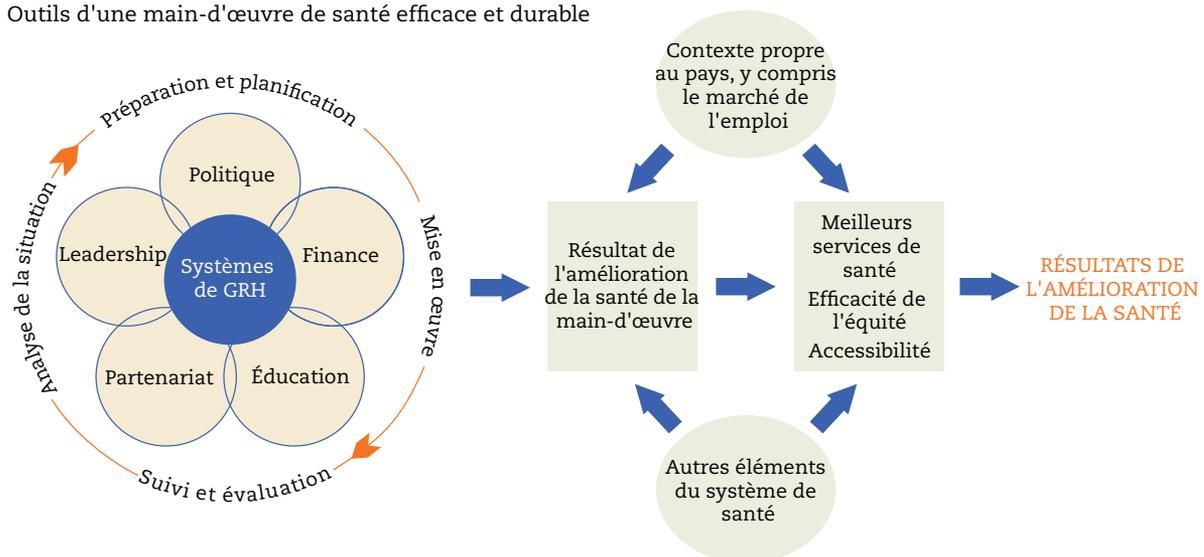


TABLEAU 1. Éléments du cadre d'action de Human Resource for Health

Élément	Objectif
Systèmes de GRH	Les systèmes de GRH en place résultent en une affectation d'effectifs adéquate et ponctuelle, une rétention du personnel, un travail d'équipe, une planification efficace et de bons résultats.
Politique	Des politiques de ressources humaines appropriées ont été établies et appliquées. Les processus de la fonction publique sont rationalisés.
Finance	Le budget approuvé est adapté aux exigences projetées en matière d'effectifs de santé. L'autorité d'attribution s'aligne sur la planification technique et de gestion et sur la prise de décision.
Éducation	Des institutions de formation initiale ont la capacité de répondre à la demande de travailleurs essentiels, et adaptent leurs programmes d'enseignement au fur et à mesure de nouveaux besoins.
Partenariats	La création planifiée de réseaux entre les secteurs, les districts et les ONG augmente la capacité humaine.
Leadership	Les managers de tous niveaux manifestent leur appréciation des travailleurs de la santé et font preuve de leadership afin que le personnel affronte les défis et atteigne les objectifs.

Le [Tableau 1](#) explique les six éléments des RHS quand ils se trouvent au maximum de leur efficacité.

[Cliquez ici](#) pour saisir d'autres informations sur la manière d'utiliser le cadre d'action de Human Resource for Health afin d'élaborer une approche stratégique aux ressources humaines pour la santé, et de déterminer les actions à entreprendre par rapport à chacun des six éléments du cadre.

## Les piliers d'une GRH efficace

### LA GRH ET SES PILIERS

La GRH est l'utilisation intégrée des politiques, des systèmes et des pratiques de gestion et de leadership pour planifier les effectifs nécessaires et recruter, motiver, développer et conserver les employés afin que l'institution ou l'organisation atteigne ses objectifs. L'efficacité de la GRH conduit à l'amélioration des compétences, la satisfaction professionnelle et la motivation des membres du personnel et, avec le temps, à des résultats de haut niveau.

Cette définition de la GRH insiste sur l'intégration des trois piliers, aucun n'étant efficace à lui seul et tous s'appliquant à chacun des éléments du cadre d'action de *Human Resources for Health* :

- Les politiques
- Les systèmes
- Les pratiques de gestion et de leadership

Un système de GRH professionnel doit se fonder sur de solides politiques de GRH. Le système et les politiques de GRH exigent des managers de tous niveaux qui ne sont pas seulement de bons gestionnaires mais qui font aussi preuve de leadership par le respect d'autrui, la qualité de la communication et la défense des besoins du personnel. Pour être

TABLEAU 2. Avantages d'un solide système de GRH

Avantages pour l'organisation	Avantages pour l'employé
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Augmente la capacité de l'organisation à retenir ses effectifs et à réaliser ses objectifs</li> <li>■ Augmente le niveau de performance des employés</li> <li>■ Utilise efficacement les compétences et les connaissances des employés</li> <li>■ Économise des coûts par l'amélioration de l'efficacité et de la productivité des employés</li> <li>■ Améliore la capacité de l'organisation à gérer le changement</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Fournit une précision sur les responsabilités des postes</li> <li>■ Aide les employés à saisir la relation entre leur travail et la mission et les valeurs de l'organisation</li> <li>■ Renforce l'équité entre la rémunération de l'employé et son niveau de responsabilités</li> <li>■ Contribue à motiver les employés</li> <li>■ Augmente la satisfaction professionnelle de l'employé</li> <li>■ Encourage les employés à travailler en équipe</li> </ul>

efficace, le pouvoir organisationnel de la GRH devrait être attribué à un manager de la GRH qui est membre de l'équipe de direction générale et participe pleinement à la prise de décisions au sein de l'organisation.

Le [Tableau 2](#) résume les avantages, à la fois pour les organisations et les employés, de disposer d'un solide système de GRH.

Le [Tableau 3](#) indique les activités comprenant des systèmes de GRH pleinement opérationnels.

## LE RÔLE DES MANAGERS QUI DIRIGENT

Individuellement, les managers manquent souvent de politiques et de systèmes organisationnels pour guider et appuyer leurs travaux du fait des capacités limitées de GRH de nombreuses organisations. En l'absence de solides politiques et systèmes de GRH, l'organisation doit se doter d'une bonne gestion et de pratiques de leadership soutenues pour assurer au personnel la structure, l'encadrement solidaire, la justice et la défense de ses intérêts. En vous attachant à ces activités, vous serez à même d'améliorer la satisfaction, les résultats et la rétention du personnel au sein de votre unité, votre département ou votre groupe de travail, même si les politiques et les systèmes de GRH sont peu développés.

## La GRH, une question de leadership

Pour les organisations publiques et privées qui ont fortement négligé la GRH, l'amélioration du leadership est une priorité. Le leadership en matière de GRH se définit comme étant « la planification et l'utilisation efficace des ressources humaines pour produire les résultats escomptés. » Pour jouer ce rôle de leadership, les managers doivent assumer la direction, guider le développement de partenariats stratégiques avec d'autres parties prenantes clés, influencer les responsables de l'élaboration des politiques et instituer de nouvelles directives pour la GRH au sein de l'organisation.

## UTILISER DES PRATIQUES DE LEADERSHIP ET DE GESTION

En tant que gestionnaire engagé à l'amélioration de la GRH, vous pouvez tirer le meilleur parti des pratiques de leadership et de gestion énoncées en détail au chapitre 2 de ce guide car ces outils vous aideront à réaliser les objectifs et les priorités de votre organisation en matière de GRH.

TABLEAU 3. Éléments des systèmes de GRH

Fonction	Élément
Capacité de la GRH	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Budget de GRH</li> <li>■ Personnel de GRH</li> <li>■ Planification des RH</li> </ul>
Politiques et pratiques en matière de gestion du personnel	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Système de classification des emplois</li> <li>■ Système de rémunérations et d'avantages sociaux</li> <li>■ Recrutement, embauche, transfert et promotion</li> <li>■ Programme d'orientation</li> <li>■ Manuel de politiques</li> <li>■ Procédures de discipline, de licenciement et de règlement des doléances</li> <li>■ Programme de prévention du VIH et sida sur le lieu de travail</li> <li>■ Relations avec les syndicats</li> <li>■ Conformité au droit du travail</li> </ul>
Données de GRH	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Données sur les employés</li> <li>■ Informatisation des données</li> <li>■ Fichiers du personnel</li> </ul>
Gestion des résultats	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Maintien des effectifs</li> <li>■ Descriptifs des postes</li> <li>■ Supervision du personnel</li> <li>■ Planification des travaux et examen des résultats</li> </ul>
Formation	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Formation du personnel</li> <li>■ Développement de la gestion et du leadership</li> <li>■ Liens à la formation initiale externe</li> </ul>

Vous pouvez appliquer les pratiques de **leadership** à la GRH de multiples façons :

- **Examinez attentivement** les dernières données sur la situation de la GRH au sein de votre organisation ainsi que les pratiques courantes, les expériences et les tendances actuelles, à l'aide d'instruments tels que :
  - Le sondage de satisfaction de l'employé (décrit dans ce chapitre) ;
  - L'outil d'évaluation rapide de la GRH (décrit dans ce chapitre)
- **Ciblez** sur les questions et les actions de GRH qui répondent à la mission, aux stratégies et aux priorités de votre organisation ;
- **Harmonisez et mobilisez** les initiatives et les efforts des parties prenantes et du personnel en les mobilisant, ainsi que les ressources matérielles et financières ;
- **Inspirez** le personnel à l'amélioration constante de ses connaissances afin qu'il s'adapte à l'environnement en mutation et s'acquitte efficacement de ses tâches pour réaliser les objectifs de la GRH.

Vous pouvez utiliser les pratiques de **management** pour :

- **Planifier** les moyens d'affecter les ressources, la responsabilité et les échéanciers afin d'atteindre les résultats de la GRH ;

- **Procéder à l'organisation** des personnes, des structures, des systèmes et des procédés pour mener à bien le plan de GRH ;
- **Mettre en œuvre** les activités de façon efficiente, efficace et responsable pour obtenir les résultats de GRH qui ont été définis ;
- **Suivre et évaluer** les réalisations et les résultats de la GRH par rapport aux plans, actualiser continuellement les données de GRH et utiliser les commentaires pour régler les plans, les structures, les systèmes et les procédés en vue des résultats à venir.

## LE LEADERSHIP À TOUS LES NIVEAUX EST ESSENTIEL

L'aptitude à déterminer et à mettre en œuvre les priorités nationales dans un contexte politique donné est essentielle au progrès durable. Cette fonction critique de leadership ne peut être importée de l'étranger ; elle doit être développée et entretenue dans chaque pays.

Le leadership n'est pas le domaine exclusif d'un petit groupe d'hommes et de femmes exceptionnels. Vous et vos membres d'équipe pouvez, ensemble, apprendre à devenir des leaders en confrontant les défis qui vous forcent à vous surpasser. Vous aurez besoin pour cela de l'appui et des commentaires de vos pairs, vos supérieurs hiérarchiques, vos conseillers, des membres de votre famille et de tous ceux que vous respectez et vous admirez. Les compétences d'un leader ne se développent pas dans l'isolement et il est impossible de diriger dans l'isolement.

Les organisations ont besoin de solides leaders, à la fois des dirigeants directement responsables de la GRH et des cadres dirigeants de l'organisation, pour soutenir et intégrer tous les domaines de la GRH. Les leaders peuvent imprégner le système d'une philosophie positive et axée sur les personnes, et de valeurs qui considèrent d'abord les employés comme des êtres humains pouvant prétendre à la justice, au respect, à l'appréciation et au soutien, puis comme des atouts de l'organisation.

Vous trouverez un aperçu complet des problèmes de GRH qui contribuent à la crise des travailleurs de la santé, des actions stratégiques qu'il convient d'entreprendre pour aborder ces défis et des idées novatrices visant à renforcer la GRH dans un [précis technique](#) du Capacity Project.

## Les pratiques de GRH qui améliorent la satisfaction des employés

De nombreux facteurs influencent la satisfaction d'un employé quant à son emploi. Bien qu'une rémunération équitable soit une nécessité, les recherches indiquent que l'argent à lui seul n'améliore pas nécessairement les résultats ou la satisfaction au travail. Un salaire équitable associé à d'autres ingrédients critiques, tels qu'un emploi contribuant aux objectifs de l'organisation, le respect des pairs, une relation avec un supérieur hiérarchique reposant sur le respect mutuel et des possibilités de perfectionnement professionnel, peuvent assurer la satisfaction des employés. Cette satisfaction devient alors un facteur crucial du maintien des travailleurs de la santé et de l'amélioration de leurs résultats.

La plupart des employés posent ces cinq questions sur leur milieu de travail :

1. Suis-je traité(e) de manière équitable ?
2. Que suis-je supposé(e) faire ?
3. Est-ce que je remplis bien mes fonctions ?

4. Mon travail importe-t-il à l'organisation ?
5. Comment puis-je évoluer au sein de l'organisation ?

Un système efficace de GRH et des managers qui pratiquent la bonne GRH peuvent créer un milieu de travail qui engendre des réponses positives aux questions 1 à 5 et contribuent ainsi à la satisfaction des employés, à de bons résultats et au maintien du personnel. Dans cette section du chapitre, nous débattons de chaque question et proposons des actions concrètes qui vous permettront d'améliorer le milieu de travail de votre unité ou de votre organisation.

## I. SUIS-JE TRAITÉ(E) DE MANIÈRE ÉQUITABLE ? ÉTABLIR L'ÉQUITÉ SUR LE LIEU DE TRAVAIL

Plusieurs facteurs contribuent à la perception qu'ont les employés de la justice, à savoir comment ils se sentent traités quant aux éléments suivants :

- Le salaire et la rémunération totale (particulièrement important) ;
- La procédure d'embauche ;
- L'application, au quotidien, de la politique en matière de gestion du personnel ;
- Les questions telles que le sexe, l'âge, l'invalidité, etc. ;
- La répartition des tâches entre les employés ;
- La reconnaissance de la contribution des employés et son accompagnement.

**Instituer des salaires et des procédures d'embauche équitables.** Pour développer un système intégré de GRH, il est important d'examiner la classification des postes de travail et les échelles de salaires correspondantes de votre organisation afin de vous assurer que les salaires correspondent au niveau de responsabilités et sont concurrentiels par rapport aux conditions économiques locales. Bien qu'impuissant à augmenter le niveau général des salaires, vous devriez toutefois veiller à ce que l'ensemble du personnel soit rémunéré de manière juste et équitable, compte tenu des limites de ressources et des directives des politiques en vigueur. Le processus d'embauche se doit aussi d'être transparent par l'adoption de procédures de recrutement justes et explicites.

La présence de gros donateurs tels, entre autres, que le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, et le Fonds du Président pour la lutte contre le Sida (PEFAR), peut compliquer le contrôle des salaires du personnel car ces programmes remboursent souvent leurs employés à des taux très supérieurs à ceux de leurs homologues. Ce déséquilibre risque de provoquer un exode du personnel hors de votre organisation ou un grave problème moral si vos effectifs travaillent côte-à-côte ou en équipe avec des personnes mieux rémunérées. Confronté à cette situation, vous devrez plaider en faveur d'une solution équitable, même si elle n'est que temporaire et prend fin au terme du programme.

**Soutenir l'application équitable de politiques.** Les cadres de la GRH sont également chargés de veiller à ce que tous les managers et le personnel appliquent, au quotidien, la politique en matière de gestion du personnel en toute impartialité, et attribuent équitablement les tâches et les responsabilités aux employés. En matière d'équité, communiquez toujours les données pertinentes à tous les employés, œuvrez dans leur intérêt et faites preuve de transparence.

**Renseignez-vous sur l'équité.** Pour en savoir plus sur les systèmes qui promeuvent l'équité sur le lieu de travail, veuillez consulter la section intitulée « Développer et gérer les ressources humaines pour la santé » du centre de ressources électroniques du manager, puis cliquez sur les sous-titres suivants du [kit de ressources de la GRH](#) :

- Établissement d'un système de classification des postes comprenant une méthodologie d'analyse du poste et des exemples de structures de classification des postes ;
- Élaboration d'une politique salariale ;
- Directives sur le recrutement et l'embauche ;
- Directives sur l'orientation du personnel.

## 2. QUE SUIS-JE SUPPOSÉ(E) FAIRE ? FIXER LES RESPONSABILITÉS INHÉRENTES AUX POSTES ET LES PRIORITÉS DE TRAVAIL

Les personnes souhaitent une réponse précise à cette question. Les descriptifs du poste sont souvent vagues ou non existants, les superviseurs n'ont pas précisé leurs attentes ou les managers engagent des personnes pour un emploi donné mais leur demandent d'effectuer d'autres tâches. Si les employés ne comprennent pas leurs priorités de travail ou si leurs supérieurs hiérarchiques modifient fréquemment leurs priorités, le personnel peine à maintenir un niveau cohérent de productivité et une estime de soi.

**Assurez-vous que les descriptifs de postes sont complets et actualisés.** Afin de renforcer la GRH, vous devez vous assurer que votre équipe dispose de descriptifs de postes actualisés, avec des renseignements sur les obligations et les responsabilités générales et spécifiques, ainsi que leurs liens de subordination. Les descriptifs de postes peuvent aussi vous permettre d'initier le développement de plans de travail avec les employés.

Vous trouverez de plus amples renseignements sur le but, les éléments et la formulation de descriptifs de postes, notamment des exemples, dans la section « [Formuler les descriptifs de postes](#) », également accessible par la page « [Outil de gestion des résultats](#) » du centre de ressources électroniques.

**Clarifier les responsabilités actuelles.** Bien qu'essentiels, les descriptifs de postes sont plutôt d'ordre général. La plupart des employés n'effectuent pas en permanence toutes les tâches figurant sur leur descriptif de poste. Par ailleurs, souvent les descriptifs de postes n'identifient pas les responsabilités ou objectifs de rendement spécifiques qui sont prioritaires dans une période donnée.

Les supérieurs hiérarchiques et leurs subordonnés directs devraient se réunir et se mettre d'accord sur ce qui constitue, au moment donné, les tâches les plus importantes. Cela pourrait aussi servir de fondement à un examen annuel de résultats et donner l'occasion aux deux parties d'identifier un éventuel besoin de formation afin que les membres du personnel réalisent les objectifs prévus.

**Utilisez judicieusement le transfert de tâches.** Le transfert de tâches est perçu comme étant un moyen de passer des tâches d'un ensemble à un autre ensemble existant, de niveau inférieur ou nouvellement créé, pour répondre aux objectifs spécifiques des soins de santé. Cette approche est particulièrement fréquente dans l'administration de traitements antirétroviraux de patients séropositifs pour le VIH.

Quoique cette initiative soit susceptible d'augmenter fortement la fourniture de services, elle peut aussi causer un sentiment de surcharge de travail au sein du personnel auquel il est demandé d'assumer de nouvelles tâches sans considération pour le reste de leurs obligations. Afin d'éviter cette contrainte et tirer profit du transfert de tâches, vous pouvez agir de concert avec le personnel en clarifiant les rôles et en équilibrant les demandes concurrentielles qui leur sont imposées.

### 3. EST-CE QUE JE REMPLIS BIEN MES FONCTIONS ?

#### ENCOURAGER LES BONS RÉSULTATS PAR DES COMMENTAIRES

Les employés ont besoin de commentaires réguliers sur leur efficacité professionnelle. La crainte de ne pouvoir répondre aux attentes peut avoir une incidence directe sur la motivation et la productivité, et souvent provoquer le refus ou l'évitement de responsabilités.

**Fournir des commentaires continus.** Les employés devraient recevoir des feedback lors de l'examen annuel des résultats mais la reconnaissance de bons résultats devrait s'effectuer régulièrement. En tant que manager, vous devriez encourager les superviseurs et tout le personnel à reconnaître les efforts des collègues de travail et à les remercier pour un travail bien fait. La reconnaissance et l'appréciation sont de puissants stimulants de la motivation et du rendement du personnel.

Les employés ont aussi besoin de savoir si leurs travaux ne sont pas à la hauteur des attentes. Les superviseurs peuvent être hésitants à émettre ce type de feedbacks et doivent éviter d'utiliser un ton conflictuel ou critique. Ces commentaires pourraient plutôt être l'occasion d'offrir un accompagnement, de prodiguer des conseils, de résoudre un malentendu, de clarifier les attentes mutuelles et de fixer des objectifs.

**Faites le point au moins chaque semaine avec le personnel en proie à des difficultés majeures et vérifiez comment il progresse.** N'attendez pas l'examen annuel de résultats pour essayer de résoudre de graves problèmes qui persistent. Conformément aux politiques de votre organisation, de graves fautes professionnelles qui mettent la société en danger, telles que le vol, la fraude ou le harcèlement sexuel, doivent être consignées par écrit et traitées dans les plus brefs délais. Le Chapitre 7 de ce manuel offre d'autres détails sur le sujet dans sa section intitulée « [Conflits d'intérêts et conduite contraire à l'éthique](#) ».

**Organiser des examens annuels de résultats.** Votre département ou manager de GRH joue un rôle clé dans le système officiel d'examen annuel des résultats de l'employé. Le gestionnaire de GRH est chargé d'assurer que tous les superviseurs comprennent et suivent la politique et les procédures afférentes à l'examen annuel. Cette responsabilité sera assumée par un cadre supérieur dans une petite organisation ne comportant pas de division formelle de GRH.

Dans le cadre de l'examen annuel, le supérieur hiérarchique et l'employé peuvent organiser une réunion de planification et convenir de priorités de travaux et d'objectifs de rendement mesurables. Ces objectifs ayant fait l'objet d'un accord servent alors de base au prochain examen de résultats (généralement prévu au terme d'une année). Si vous utilisez également le système d'examen des résultats comme base de création de plans de perfectionnement du personnel pour vos employés, vous aurez la possibilité d'aligner plus étroitement les initiatives de perfectionnement du personnel sur les objectifs de votre organisation.

L'absence de département de GRH et/ou de système formel d'examen annuel de résultats ne devrait pas vous empêcher d'organiser régulièrement des réunions de planification des travaux avec votre personnel. Créez vos propres pratiques et systèmes qui pourront aussi être utilisés par d'autres managers et, avec le temps, faire partie intégrante de votre système de GRH à l'échelle de toute l'organisation.

**Rattacher les examens de résultats aux incitations.** Les examens de résultats devraient être liés au système d'incitation pécuniaire d'une organisation. Tout le monde devrait recevoir une augmentation de salaire au titre de l'augmentation du coût de la vie mais un petit pourcentage d'augmentation supplémentaire devrait être destiné aux seules personnes qui atteignent ou dépassent leurs normes de rendement. Cette fonction essentielle de la GRH

assure au personnel que son travail est pris au sérieux, qu'il assume ses responsabilités et que sa contribution aux objectifs de l'organisation est appréciée.

**En savoir plus sur les feedback.** Pour trouver des liens vers des ressources utiles, des exemples de pays et des informations détaillées sur l'élaboration de systèmes et de pratiques qui encouragent les feedback, gèrent les conflits et améliorent la motivation du personnel, veuillez consulter « [Encadrer et accompagner votre personnel](#) » au centre de ressources électroniques.

#### 4. MON TRAVAIL IMPORTE-T-IL À L'ORGANISATION ? DONNER UN SENS AU TRAVAIL

Lorsque les employés peuvent répondre à cette question par un oui catégorique, ils sont plus productifs. Pour nombre d'employés, posséder les compétences et obtenir de bons résultats ne constituent pas une source de motivation. Ils ont besoin de plus, notamment de savoir que leur travail importe à leurs managers, qu'il est essentiel à la réalisation de la mission et de la vision de l'organisation, et directement lié à sa réussite.

**Parler de la contribution des employés.** Communiquer aux employés que leur travail importe à l'organisation est un élément primordial de la GRH. Reconnaître les résultats significatifs d'une équipe ou d'une personne peut être particulièrement motivant. Le directeur ou le responsable d'une unité peut souligner, de manière informelle, les réalisations et les contributions d'un membre de l'équipe durant une réunion du personnel. Des réunions publiques, des bulletins ou les médias peuvent aussi donner l'occasion de telles reconnaissances.

**Offrir des occasions de perfectionnement aux employés.** L'offre de possibilités de formation ou de perfectionnement, la présence de l'organisation ou de l'unité de travail lors d'événements ou la participation à des initiatives ou projets spéciaux peuvent s'avérer de puissants outils de motivation. Demander, en outre, la participation du personnel à la planification de travaux et à des activités d'évaluation peut lui donner un sens d'appartenance à sa mission et de fierté de faire partie de l'organisation et de la réussite de celle-ci.

**Aider à définir les objectifs stratégiques de l'organisation.** La GRH joue un rôle crucial dans la planification stratégique. Comprendre les priorités de votre organisation et les diverses compétences des employés permettra de définir comment chaque personne peut contribuer à réaliser les objectifs de l'organisation. Les membres du personnel pourront ainsi réaliser leurs plans de travail qui constituent le lien entre leurs travaux et les objectifs. Le chapitre 5 de ce manuel offre des informations détaillées sur la planification stratégique.

**Prêter attention au milieu de travail.** Le milieu de travail est l'ambiance telle que les employés la vivent : comment ils ressentent le travail au sein d'un groupe. Vos actions contribuent directement à créer un milieu de travail positif. Les pratiques de leadership et de gestion, porteuses d'accompagnement et d'enjeux, contribuent à un milieu de travail positif qui, à son tour, rehausse la capacité des employés à surpasser les attentes professionnelles, engendre et entretient à la fois la motivation et l'excellence des employés.

**En savoir plus sur le milieu du travail.** Pour obtenir plus de renseignements sur les moyens de créer un milieu de travail constructif et pour évaluer le milieu de travail au sein de votre organisation, veuillez consulter la rubrique de [The Manager](#) intitulée « Créer un milieu de travail qui motive le personnel et améliore les résultats ».

## 5. COMMENT PUIS-JE ÉVOLUER AU SEIN DE L'ORGANISATION ? OFFRIR AU PERSONNEL DES CHANCES DE PROGRESSER

Les employés se sentent motivés et mis au défi lorsqu'ils ont la possibilité d'apprendre, de développer de nouvelles compétences et d'assumer de nouvelles responsabilités en vue de leur avancement professionnel. Ces possibilités de développement peuvent également être le moyen de reconnaître la valeur des employés. Le fait de participer à des initiatives de formation et autres activités de partage des connaissances et d'expériences crée la collaboration et le travail d'équipe en améliorant les résultats et la productivité dans leur ensemble.

**Incorporer la formation au sein du système de GRH.** La formation est souvent traitée séparément de la fonction de GRH, il serait pourtant préférable que le perfectionnement du personnel soit intégré au système de GRH. Les gestionnaires pourraient ainsi prendre des décisions sur la formation, conformément à un plan et non pas au gré des circonstances. Une mauvaise gestion de la formation peut entraîner l'absence prolongée d'employés de leur poste de travail, leur participation à des cours de formation inappropriés ou leur exclusion de formation nécessaire à leur développement professionnel.

Un département de GRH peut proposer de nouvelles approches de formation qui minimisent la durée d'absence du personnel, par les moyens suivants :

- L'apprentissage intégré au travail par le mentorat ;
- Des missions dans différents milieux de travail ;
- L'adhésion à des groupes de travail et des comités ;
- Des présentations techniques lors de réunions de personnel ;
- Des discussions sur des lectures obligatoires (telles qu'une étude de cas ou un article de journal) lors de réunions du personnel ;
- La participation à des programmes d'apprentissage virtuels en ligne.

Plutôt qu'un système ad hoc sans véritable transparence, le département GRH devrait organiser un système reposant sur les besoins réels de l'organisation et de son personnel et instituer une admissibilité et des critères de sélection explicites. Un programme de formation et de développement professionnel bien géré basé sur les besoins de l'organisation et des conditions d'admissibilité explicites peut élargir les compétences de votre personnel et générer de nombreux avantages. L'affichage d'offres d'emplois et d'occasions de formation au sein de l'organisation et l'appui des candidats internes seront autant d'indications que l'organisation apprécie l'expérience de son personnel.

Même si vous avez mis en place un plan de formation, vous devriez toujours rechercher des possibilités de développement adaptées à chaque employé, compte tenu de ses fonctions et de son potentiel d'épanouissement professionnel. Il n'est pas nécessaire pour cela d'avoir un département de GRH. Vous pouvez orchestrer vous-même ce procédé en prenant soin de traiter équitablement chaque employé.

**En savoir plus sur le développement professionnel.** Pour obtenir plus de détails sur les moyens de déterminer les besoins en matière de développement professionnel ; l'application d'évaluations sur les besoins de formation ; la conception, la planification et l'évaluation de programmes de formation ; ainsi que tous sujets connexes, veuillez suivre les liens de la page « [La formation en vue d'une exécution efficace](#) » du Centre de ressources électroniques.

## Les programmes incitatifs engendrent la satisfaction et la motivation des employés

---

Des recherches sur les facteurs contribuant à la satisfaction et la motivation des employés confirment la nécessité pour les organisations d'offrir des incitations à la fois pécuniaires et non pécuniaires. Il apparaît que des incitations pécuniaires bien conçues et correctement administrées peuvent prévenir l'insatisfaction des employés sans toutefois les motiver. Seul un combiné d'incitations pécuniaires et non pécuniaires peut prévenir l'insatisfaction professionnelle et motiver les employés.

### ÉLABORER DES PROGRAMMES INCITATIFS

Un bon système incitatif fournit :

- Des incitations pécuniaires fondamentales, telles que des salaires et des conditions d'emploi raisonnables ;
- D'autres incitations pécuniaires, le cas échéant (par ex., pour la réalisation d'objectifs spécifiques ou un poste sur un site éloigné) ;
- Des incitations non pécuniaires (par ex., l'assurance d'un milieu de travail positif, d'une souplesse des conditions d'emploi, le soutien au développement professionnel, l'offre de récompenses professionnelles intrinsèques).

### TYPES D'INCITATIONS

L'encadré 1 offre des exemples de types d'incitations qui répondent à chacune des deux catégories.

Le système d'incitation devrait aussi :

- Avoir des objectifs explicites et des stratégies bien conçues qui sont adaptés aux objectifs ;
- Être réaliste et tenir compte du contexte ;
- Refléter les besoins et les préférences des professionnels de la santé ;
- Être juste, équitable et transparent ;
- Être régulièrement contrôlé pour veiller à son efficacité.

Si vous souhaitez en savoir plus sur les programmes d'incitation, veuillez consulter « [Directives : Mesures incitatives pour les professionnels de la santé](#) », produit par Global Health Workforce Alliance et destiné aux professionnels de la santé.

## Gérer le personnel bénévole

---

Dans un grand nombre de systèmes de santé, les membres du personnel rémunérés ne sont pas les seuls à fournir des services. Des agents de santé communautaires, des bénévoles de la collectivité et d'autres membres du personnel non payés délivrent également des soins de santé. Certains reçoivent un faible salaire ou une indemnité mais beaucoup ne sont pas payés.

Dans de nombreux pays, les bénévoles et le personnel non payé représentent une part critique de l'éducation et des soins de base en matière de santé. Tout comme le personnel rémunéré, ils doivent être soutenus par des systèmes, des politiques et des pratiques de GRH haut niveau.

Compte tenu de la contribution des bénévoles à l'ensemble de la main-d'œuvre, il est essentiel d'initier d'abord la planification des ressources humaines. Comme pour le développement

ENCADRÉ I. Types d'incitations	
Incitations pécuniaires	Incitations non pécuniaires
<p><b>Conditions de l'emploi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Salaires</li> <li>■ Retraite</li> <li>■ Assurance (par ex., assurance santé)</li> <li>■ Allocations (par ex., logement, vestimentaire, transport, parking, garde d'enfants)</li> <li>■ Congés payés (par ex., vacances, congés maladies)</li> </ul> <p><b>Rémunérations aux résultats</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Réalisation de résultats ciblés</li> <li>■ Durée de service</li> <li>■ Situation ou type de travail (par ex., sites éloignés)</li> </ul> <p><b>Autres appuis financiers</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Bourses</li> <li>■ Prêts</li> </ul>	<p><b>Milieu de travail positif</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Autonomie de travail et précision des rôles et des responsabilités</li> <li>■ Reconnaissance du travail et des réalisations</li> <li>■ Structure de soutien de la direction et des pairs</li> <li>■ Gestion des charges de travail raisonnables et des charges de travail réelles</li> <li>■ Gestion efficace des risques sur la santé et la sécurité au travail, notamment un lieu de travail propre et sécuritaire</li> <li>■ Représentation et communication efficaces de l'employé</li> <li>■ Politique obligatoire d'égalité des chances</li> <li>■ Congés maternité/paternité</li> <li>■ Horaires de travail flexibles</li> <li>■ Congés sabbatiques planifiés</li> </ul> <p><b>Soutien au développement</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Supervision efficace</li> <li>■ Structures d'accompagnement et de mentorat</li> <li>■ Accès et accompagnement à la formation et à l'éducation</li> <li>■ Congés sabbatiques et de formation</li> </ul> <p><b>Accès aux services</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Santé</li> <li>■ Garde d'enfants et écoles</li> <li>■ Centres récréatifs</li> <li>■ Logement</li> <li>■ Transport</li> <li>■ Autres services</li> </ul> <p><b>Récompenses intrinsèques</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Satisfaction professionnelle</li> <li>■ Réalisations personnelles</li> <li>■ Engagement aux valeurs communes</li> <li>■ Respect des collègues et de la communauté</li> <li>■ Adhésion à une équipe et sentiment d'appartenance</li> </ul>

Source: Utilisé avec autorisation. Global Health Work Alliance/WHO, 2008, p. 12.

de descriptifs du poste du personnel rémunéré, des énoncés des travaux explicites doivent s'appliquer aux bénévoles afin que chacun comprenne son rôle. Il en va de même pour les membres bénévoles du conseil d'administration qui n'offrent pas de services directs (à cet effet, veuillez consulter le chapitre 3).

Les bénévoles doivent être présélectionnés, comme c'est le cas du personnel rémunéré, afin d'assurer qu'ils possèdent les compétences ou le potentiel de remplir leur mission, et que l'emploi profite à la fois au bénévole et à l'organisation. Le fait de disposer d'un système pour présélectionner et affecter du personnel bénévole est l'indication que son travail est apprécié par l'organisation et qu'il mérite une soigneuse planification.

Par définition, les bénévoles ne reçoivent pas de salaire mais ils doivent recevoir de l'argent pour les dépenses quotidiennes ou les coûts afférents à leur travail. En outre, les incitations non pécuniaires, telles qu'un milieu de travail positif, le respect et le soutien au perfectionnement, sont particulièrement appropriées au personnel non rémunéré. D'autres exemples d'incitations non pécuniaires peuvent revêtir la forme d'outils nécessaires à leur travail (bicyclettes, aides pédagogiques, produits de base). Ils peuvent aussi être récompensés et reconnus pour leurs travaux en recevant des articles tels que des T-shirts ou des sacs portant le logo de votre organisation.

Votre système de bénévolat doit bénéficier d'une supervision. Les travailleurs bénévoles ont, chacun, besoin du soutien d'une personne qui peut leur fournir une orientation, évalue leurs travaux, résout les questions relatives à leurs résultats, récompense leurs réalisations, et met fin, le cas échéant, au service des bénévoles.

## Améliorer les politiques et les pratiques de GRH à l'aide d'un sondage

---

Le Sondage de satisfaction de l'employé dans l'[encadré 2](#) est un questionnaire qui évalue la satisfaction des employés par rapport aux cinq aspects du milieu du travail décrit précédemment, à savoir :

1. Les responsabilités inhérentes au poste et les priorités de travail ;
2. L'encouragement accompagné de commentaires pour bons résultats ;
3. Donner un sens au travail ;
4. La justice dans le milieu du travail ;
5. Les occasions de croissance.

### DÉFINIR LA SATISFACTION DE L'EMPLOYÉ

La satisfaction de l'employé peut se définir par l'impression de bien-être ressentie par le membre du personnel au sein de son milieu de travail. Elle résulte de l'association entre les récompenses pécuniaires et non pécuniaires et se trouve étroitement liée aux résultats de l'employé et à la rétention du personnel valorisé. Des modifications positives apportées aux systèmes de GRH et des interactions entre les managers, les superviseurs et le personnel sur des questions de GRH peuvent fortement améliorer la satisfaction des employés.

Un fichier du [sondage](#) sur Adobe Acrobat (PDF) est à votre disposition.

## ENCADRÉ 2. Exemple de sondage de satisfaction de l'employé

Cher membre du personnel,

Le directeur et le département de GRH souhaitent mieux comprendre votre degré de satisfaction des différents aspects de l'organisation. Vos commentaires nous aideront à améliorer nos politiques et nos pratiques de GRH. Nous vous remercions de bien vouloir réserver quelques minutes pour répondre à ces 10 questions. Vos réponses resteront confidentielles. Veuillez renvoyer le questionnaire rempli à \_\_\_\_\_ avant le \_\_\_\_\_.

Nous vous en remercions par avance.

**Instructions :** Pour chacune des déclarations ci-dessous, veuillez entourer le nombre correspondant le plus à votre opinion.

Question	Échelle = 1-5 (Pas du tout d'accord = 1 ; Tout à fait d'accord = 5)
1. Mon salaire est juste, comparé à celui d'autres membres du personnel ayant le même niveau de responsabilités.	1 2 3 4 5
2. Mes avantages sociaux sont justes, comparés à ceux d'autres membres du personnel de mon niveau.	1 2 3 4 5
3. Mon descriptif de poste est exact et actualisé.	1 2 3 4 5
4. Je suis d'accord avec mon supérieur hiérarchique sur les priorités de mon poste.	1 2 3 4 5
5. Je reçois des commentaires explicites de mon supérieur hiérarchique sur mon efficacité fonctionnelle.	1 2 3 4 5
6. L'appréciation annuelle de mes résultats repose sur les priorités de mon plan de travail.	1 2 3 4 5
7. Mon supérieur hiérarchique sollicite mes suggestions lorsqu'il/elle se trouve confronté(e) à un défi ou un problème.	1 2 3 4 5
8. L'organisation reconnaît et apprécie mon travail.	1 2 3 4 5
9. L'organisation me procure l'accompagnement et la formation essentiels à mon travail.	1 2 3 4 5
10. L'organisation s'efforce (dans la mesure du possible) de m'offrir des occasions d'avancement professionnel.	1 2 3 4 5

## COMMENT UTILISER LE SONDAGE

Vous pouvez utiliser le sondage pour établir des données de référence avant d'améliorer votre système de GRH et effectuer un suivi au terme d'une année à l'aide du même questionnaire pour mesurer l'impact des mesures prises. Il ne faudra pas plus de 10 minutes aux employés pour répondre au sondage.

Vous pouvez soumettre le sondage à tous les employés d'une petite organisation. Il est, par contre, peu pratique d'inclure tous les membres d'une vaste organisation et le sondage devrait, dans ce cas, être soumis à un groupe d'employés représentant environ 15 à 20 % des effectifs. Il convient d'inclure des membres de tous les niveaux et les départements et d'assurer la stricte confidentialité de toutes les réponses. Vous pouvez aussi ne soumettre le questionnaire qu'aux seuls membres de votre unité si vous souhaitez évaluer la satisfaction de celle-ci.

## Renforcement de la GRH et amélioration des services, en action sur le terrain— Exemples de pays : le Mozambique, le Kenya et l'Égypte

Des interventions dans trois pays indiquent comment l'amélioration d'aspects de la GRH a conduit à des services de meilleure qualité et à des résultats positifs sur la santé.

### **Le Mozambique : Création d'un esprit de leadership proactif en GRH**

Dans une province pauvre et rurale du Mozambique, des unités de services de santé de zones particulièrement reculées offraient de très médiocres services de santé. Parmi les problèmes récurrents figuraient le manque de communication entre l'administration provinciale et de district, l'absence de motivation du personnel, de fréquents mouvements d'effectifs et une forte demande de services face à une constante pénurie de personnel. Les hauts responsables déterminèrent que la cause première de ces problèmes était un manque de capacités de leadership et de gestion des ressources humaines au sein d'un système de soins de santé affecté par une rapide décentralisation. (Certaines problématiques de la décentralisation sont présentées dans la section intitulée « Structures de gouvernance aux niveaux central, provincial et de district » du Chapitre 3).

Le Programme des défis a été introduit dans les unités de services de santé pour inciter le personnel à fixer des objectifs et à résoudre les problèmes. Ce programme intégrait le renforcement du leadership dans les tâches quotidiennes du personnel. Il a développé les aptitudes à la communication, à l'accompagnement et au mentorat, à la négociation, à la motivation, au travail d'équipe et à la planification d'actions. Le programme a également permis de générer une culture du résultat et offert aux responsables et aux fournisseurs de soins de santé le sentiment de contrôler leurs actions.

Dès l'application du programme, le personnel n'attendait plus de recevoir une formation mais la demandait de manière proactive dans des domaines spécifiques. Le moral des employés s'est fortement amélioré grâce à la création d'équipes de gestion participative au sein d'une structure hiérarchique traditionnelle. Ces équipes ont relevé les défis de base tels que l'amélioration de la propreté, de la sécurité biologique, en réduisant le temps d'attente des clients et en augmentant le nombre de naissances assistées. Malgré l'absence de budget d'exploitation sur la presque totalité du programme, 10 à 11 unités de services de santé ont atteint la plupart de leurs objectifs et amélioré la qualité des services de santé.

Vous pouvez trouver des informations détaillées sur le développement de pratiques de leadership et de gestion en matière de GRH au sein d'une organisation dépourvue d'infrastructure de GRH sur le [site Web](#) de Human Resources for Health (lien en anglais).

### **Le Kenya : Demander la participation des parties prenantes pour accélérer l'embauche et améliorer la rétention des effectifs**

Malgré un chômage élevé parmi les travailleurs de la santé du Kenya, seuls la moitié des postes étaient occupés dans la plupart des centres de santé. De nombreux patients séropositifs n'avaient aucun accès à un traitement antirétroviral par suite de déséquilibres dans l'affectation du personnel. Même en présence de financement, il fallait jusqu'à deux ans pour pourvoir les postes vacants. Le Kenya devait agir de toute urgence pour traiter en priorité le processus d'embauche et de déploiement de personnel.

Un groupe de parties prenantes s'est constitué et a réuni des leaders de plusieurs secteurs. Leur tâche consistait à concevoir et à mettre en œuvre un modèle d'embauche et de déploiement de personnel qui allait mobiliser 850 travailleurs de la santé supplémentaires. Ce modèle utilisait le secteur privé pour recruter de nouveaux travailleurs de la santé parmi les chômeurs et gérer les contrats de salaires et de travail, avec l'accord de transférer ces effectifs au gouvernement au terme de trois ans.

Grâce à ce groupe de parties prenantes, le processus de recrutement a été réduit à moins de trois mois. Dès le déploiement des membres du personnel, ceux-ci ont reçu une orientation détaillée sur leur poste et des salaires ponctuels. Ces deux seuls facteurs ont eu une influence positive sur la rétention et la satisfaction des employés.

Pour de plus amples renseignements sur les moyens de créer des partenariats, de favoriser l'engagement et la collaboration en vue de changer la GRH, veuillez consulter le [site Web](#) de Human Resources for Health (lien en anglais).

(suivie)

### L'Égypte : Améliorer les résultats en créant un climat de travail enrichissant

Un programme de développement du leadership dans le Gouvernorat d'Assouan en Haute-Égypte visait à changer les pratiques de gestion au sein des équipes des centres de santé nationaux et de district. Le programme soutenait une culture favorisant la résolution de problèmes et la planification en équipe, la supervision par accompagnement, des commentaires sur les résultats et la responsabilité et l'autonomisation personnelles. Le programme a reçu l'accueil très favorable des participants et plus d'une centaine de centres de services de santé l'avaient adopté au terme de sa troisième année.

Certains des résultats positifs sur la santé publique incluent :

- Une année seulement après les premiers ateliers de travail du programme, trois districts avaient augmenté le nombre de nouvelles visites de planification familiale de 36, 68 et 20 %, respectivement.
- La mortalité maternelle dans le Gouvernorat d'Assouan a chuté en un an de 50 pour 100 000 naissances vivantes à 35,5 pour 100 000.
- Les travailleurs de la santé locaux ont étendu le programme pour englober tous les centres d'Assouan tandis que d'autres gouvernorats adoptaient ce programme par des ressources locales.

Un [film documentaire](#) (sous-titré en français) sur ce programme montre comment les pratiques de leadership et de gestion créent un climat de travail durable qui améliore les services et les indicateurs de santé.

Expliquez le but du questionnaire et assurez le personnel de la totale confidentialité de ses réponses. Les résultats peuvent vous donner un aperçu du milieu de travail et des zones qui soulèvent le plus de mécontentement et ainsi vous efforcer de modifier ces aspects négatifs. Vous découvrirez également les domaines qui suscitent la plus grande satisfaction et qu'il est nécessaire de maintenir.

## Évaluer la capacité de la GRH de votre organisation

L'un des meilleurs moyens d'établir une solide infrastructure de GRH consiste à réunir les données qui vous aideront à planifier et à mettre en œuvre les améliorations. Une évaluation exhaustive de la GRH vous aidera à aborder la politique, la planification, la formation et la gestion de votre organisation de façon intégrée. Vous aurez ainsi besoin de déterminer les points forts et les faiblesses de votre organisation, d'accorder la priorité aux faiblesses et d'élaborer un plan d'action de GRH pour relever vos défis les plus pressants.

### UTILISER L'OUTIL D'ÉVALUATION RAPIDE DE GRH

Les organisations de toute taille et de tout niveau de développement peuvent utiliser l'Outil d'évaluation rapide de GRH destiné aux organisations de la santé (voir [l'Annexe A](#) de ce chapitre) pour évaluer l'état de leur infrastructure de GRH, identifier les zones qui nécessitent un renforcement et intervenir afin de les améliorer.

Votre évaluation devrait considérer l'infrastructure de GRH de votre organisation dans cinq domaines :

1. La compétence de GRH
2. Les politiques et les pratiques en matière de personnel
3. Les données de GRH

4. La gestion des performances
5. La formation et le perfectionnement du personnel

Nous avons vu précédemment, dans le [Tableau 3](#), les 22 éléments de GRH qui se situent dans ces cinq domaines. Le [Tableau 4](#) explique pourquoi chaque élément est important au système de GRH et ainsi à l'ensemble de la gestion de l'organisation.

L'outil d'évaluation est organisé selon ces domaines et ces éléments de la GRH. Chaque élément donne lieu à une description de quatre stades de développement éventuels s'échelonnant du moins développé au plus élaboré. Les personnes répondant au sondage indiquent comment fonctionne actuellement leur organisation par rapport à chacun des éléments.

Les caractéristiques des quatre stades fournissent des informations utiles au développement d'un plan d'action qui permettra à votre organisation d'améliorer les domaines de la GRH nécessitant un renforcement.

### TRAVAILLER AVEC UNE ÉQUIPE DIVERSIFIÉE

L'évaluation de la GRH profitera pleinement de perspectives diversifiées au sein de votre organisation. Vous pouvez former une équipe constituée de membres de départements et niveaux différents pour :

- Effectuer l'évaluation ;
- Discuter des résultats ;
- Accorder la priorité aux domaines ayant des besoins ;
- Développer un plan d'action ;
- Appliquer le plan ;
- Générer un meilleur soutien aux initiatives actuelles de GRH au sein de votre organisation.

#### L'Outil d'évaluation rapide de GRH en action – L'exemple de l'Ouganda

En 2001, le Family Life Education Programme (FLEP) du Diocèse de Busoga (Ouganda) a noté une augmentation du mouvement des effectifs et une baisse sur l'ensemble des résultats organisationnels. Le climat de travail était médiocre et de moins en moins de personnes sollicitaient des services. Une évaluation externe conclut que le personnel offrait des services de santé inacceptables.

Les responsables du FLEP se sont penchés sur l'Outil d'évaluation rapide de GRH en Annexe A de ce manuel pour analyser les points forts et les faiblesses de leur système de GRH, et identifier les domaines exigeant des améliorations. Ils ont utilisé ces résultats pour décider d'actions nécessaires à la professionnalisation de la GRH afin de répondre aux besoins du FLEP. Le manuel de politiques de gestion du personnel a été révisé et mis à jour, le fichier du personnel actualisé et mis à la disposition du personnel, les descriptifs de postes mis à niveau, tandis qu'un nouveau processus d'évaluation des résultats et de supervision avec accompagnement a été élaboré, et la communication améliorée entre les 40 cliniques, géographiquement dispersées.

Au terme d'une période de 12 mois, un sondage de satisfaction de l'employé indiquait que la satisfaction et l'engagement du personnel avait considérablement augmenté. En conséquence, le mouvement d'effectif a reculé et de meilleurs résultats ont été obtenus. Les clients du FLEP ont réagi à ces changements et la demande de services de santé a augmenté.

Vous trouverez plus de détails sur ce modèle à suivre de GRH sur le [site Web de Human Resources for Health](#).

TABLEAU 4. Importance des éléments de GRH

Domaine et élément de GRH	Importance
<b>Capacité de GRH</b>	
Personnel des ressources humaines	■ Le personnel attaché à la GRH est essentiel à l'élaboration et à la mise en œuvre des politiques
Budget de GRH	■ Il permet une cohérence dans la planification des ressources humaines et le lien entre les coûts et les résultats
Planification des ressources humaines	■ Elle permet l'utilisation efficace des ressources de la GRH à l'appui des objectifs de l'organisation
<b>Politiques et pratiques en matière de gestion du personnel</b>	
Système de classification des postes	■ Il permet aux organisations d'établir la norme des postes et des types de compétences requises
Système de rémunérations et d'avantages sociaux	■ Il contribue à l'équité des salaires et des avantages sociaux offerts aux employés en tenant compte de l'économie locale
Recrutement, embauche, transfert et promotion	■ Ils veillent au processus juste et ouvert basé sur les qualifications de l'employé afférentes au poste
Programme d'orientation	■ Il aide les nouveaux employés à s'identifier à l'organisation ainsi qu'à ses objectifs et valeurs
Manuel de politiques	■ Il fournit les règles et règlements qui régissent le travail des employés, et fixe les attentes
Procédures de discipline, licenciement et règlement des doléances	■ Elles offrent des directives justes et cohérentes aux problèmes de performance
Programmes de prévention du VIH et du Sida sur le lieu de travail	■ Ils veillent à ce que tout le personnel dispose des systèmes et des connaissances exigés pour prévenir la propagation du VIH et du Sida
Relations avec les syndicats	■ Elles favorisent la compréhension des objectifs communs et diminuent les comportements non consensuels
Conformité au droit du travail	■ Elle permet le fonctionnement de l'organisation dans le respect du droit et évite les litiges
<b>Données de GRH</b>	
Données sur les employés	■ Elles permettent l'affectation appropriée et la formation du personnel ainsi que le suivi des coûts relatifs au personnel
Informatisation des données	■ Elle veille à ce que les données sont accessibles, justes et ponctuelles, l'essentiel d'une bonne planification
Fichiers du personnel	■ Ils fournissent les données essentielles sur les antécédents professionnels des employés au sein de l'organisation
<b>Gestion des résultats</b>	
Rétention des effectifs	■ Elle permet d'assurer que l'organisation considère son personnel comme une ressource stratégique. Un mouvement de personnel élevé peut s'avérer très coûteux et propice au découragement
Descriptifs de l'emploi	■ Ils décrivent ce que fait le personnel et comment il travaille en équipe
Supervision du personnel	■ Elle offre un système qui élabore des plans de travail et supervise les résultats
Planification des travaux et examen des résultats	■ Ils informent le personnel sur les fonctions du poste et le niveau de résultats
<b>Formation</b>	
Formation du personnel	■ Un moyen économique d'assurer le perfectionnement des effectifs et la capacité organisationnelle
Développement de la gestion et du leadership	■ Le leadership et la bonne gestion sont les clés de la viabilité
Liens à la formation initiale externe	■ La formation initiale reposant sur les compétences nécessaires sur le lieu de travail est rentable

Travailler au sein d'une équipe trans-sectorielle permettra aussi d'améliorer la reconnaissance des préoccupations et des priorités par l'ensemble du personnel.

Vous pouvez accéder, sur l'Internet, à l'[Outil d'évaluation rapide de la GRH](#) (document en anglais) ainsi qu'aux directives relatives à son utilisation. Un exemple décrit comment l'outil a permis à une organisation ougandaise d'améliorer le moral et les résultats du personnel et d'accroître l'utilisation de ses services.

## Revitaliser la GRH par vos actions et vos exemples

---

Au cours de ces dernières années, nombre d'articles et de publications ont rapporté de manière réaliste l'ampleur de la crise des ressources humaines dans le domaine de la santé. Ils faisaient état de statistiques et de récits sur l'émigration de nombreux professionnels de la santé ayant quitté l'Afrique pour d'autres continents, et évoquaient la surcharge de travail et le découragement du personnel restant.

Certains pensent qu'il suffit de former plus de personnel de santé. La formation est certes importante, toutefois, vous ne pouvez pas créer une main-d'œuvre viable en formant simplement plus de personnels sanitaires et en les envoyant dans des environnements mal gérés qu'ils quitteront à la première occasion. Une organisation de santé, qu'elle soit publique ou privée, ne peut remplir sa mission avec du personnel qui entre et sort comme par une porte à tambour.

De bonnes politiques, des systèmes et des pratiques de gestion et de leadership de GRH efficaces peuvent être de puissants agents du changement. Ils peuvent transformer un mauvais climat de travail, favoriser la satisfaction dans le travail, motiver une personne à exceller dans l'exécution de sa mission et améliorer la rétention des effectifs.

Nous connaissons la résistance des organisations à l'investissement dans une infrastructure de GRH si ces organisations en constatent les coûts sans en reconnaître les avantages. Le leadership de la GRH prend alors toute son importance.

Les managers qui sont des leaders ont une vision de l'avenir, réalisent que leur personnel est au cœur de cette vision et peuvent promouvoir la valeur de l'infrastructure de GRH, essentielle au maintien d'une main-d'œuvre satisfaite et productive. En outre, les managers qui joignent le geste à la parole et utilisent continuellement des pratiques de leadership et de gestion, encourageant la satisfaction, les résultats et la rétention des employés, sont des modèles de comportement. Ils seront, pour d'autres, au niveau de toute l'organisation, sources d'inspiration pour changer de comportement.

Il n'est pas rare de constater, à tous les niveaux du système de santé, un réel manque de managers (en GRH et dans l'ensemble) qui savent diriger et appuyer ces changements dans les ressources humaines, dans l'organisation et hors de celle-ci. Si vous et votre équipe instituez une approche solide à la GRH et de bonnes pratiques de GRH, les améliorations qui en résulteront en matière de rendement du personnel et de services inciteront de plus en plus de personnes, au sein de votre organisation, à soutenir vos initiatives.

Il reste fort à faire. Nous vous encourageons à utiliser les outils et les approches que vous avez découverts dans ce chapitre pour consolider les éléments du système de GRH de votre organisation. Vous allez ainsi créer un climat positif de ressources humaines et prouver que, même avec des ressources limitées, le milieu du travail ainsi que le moral et les résultats des employés peuvent s'améliorer.

Ne sous-estimez pas ce que vous pouvez accomplir lorsque vous œuvrez conjointement avec vos collègues et fondez vos recommandations sur des données concrètes émanant de votre organisation. À travers le monde, le leadership efficace a mobilisé des gens influents au soutien d'un changement positif des ressources humaines. En tant que manager et leader, vous pouvez montrer l'exemple dans votre organisation.

## Pratiques éprouvées

---

- Pour parvenir à des résultats mesurables, il est plus efficace d'élaborer une stratégie approfondie de gestion des ressources humaines liée à la mission de votre organisation que de travailler séparément sur chaque problématique de ressources humaines. Des interventions uniques n'engendrent pas d'améliorations durables sur le plan du maintien et des résultats du personnel.
- Pour mieux consolider les changements en matière de ressources humaines, vous devez fonder des solutions sur les systèmes de gestion au quotidien de votre organisation.
- Vous, en tant que gestionnaire, et vos équipes de travail pouvez tirer parti des pratiques de leadership et de gestion pour explorer de nouvelles solutions visant à surmonter des problèmes récurrents de GRH. Ces pratiques vous aideront à développer des partenariats stratégiques, à influencer les responsables de l'élaboration des politiques et à impulser de nouvelles directions pour la GRH au sein de votre organisation.
- Il est important de demander la participation de tous les secteurs pertinents (finance, éducation, service civil, gouvernements locaux et ONG) au renforcement de la GRH, en communiquant régulièrement, par exemple, avec les donateurs pour obtenir leur appui et recueillir leurs réactions.
- Vous pouvez utiliser [l'Outil de satisfaction des employés](#) pour évaluer la satisfaction du personnel de votre organisation et planifier des stratégies de GRH pour rehausser le niveau de satisfaction.
- [L'Outil d'évaluation rapide de la GRH](#) vous aidera à identifier les points forts et les faiblesses de votre système de GRH et à développer un plan d'action.
- Un programme incitatif devrait combiner les incitations pécuniaires et non pécuniaires pour favoriser la satisfaction dans le travail et motiver les employés. L'assurance d'un milieu de travail positif, de conditions d'emploi adaptées, de développement professionnel et autres récompenses intrinsèques constituent des incitations non pécuniaires.

## Glossaire de termes de gestion des ressources humaines

---

**climat de travail** : L'expérience directe ou indirecte des employés sur le lieu de travail – comment ils ressentent le travail au sein d'une organisation ou d'un groupe. Le climat de travail est considéré comme étant un élément déterminant du comportement de l'employé.

**descriptif du poste** : Un document qui établit le titre du poste et décrit les responsabilités du poste, les liens de subordination directs avec d'autres membres du personnel ainsi que les compétences et qualifications exigées pour le poste.

**discrimination** : Sur le lieu de travail, l'injuste traitement d'un employé ou le fait de le placer en position désavantageuse par rapport aux autres dans une situation similaire, en raison de son sexe, sa condition physique, son appartenance ethnique, et.

**examen des résultats** : Un examen des résultats de l'employé par le supérieur hiérarchique et l'employé, reposant sur les plans de travail et les objectifs de résultats établis conjointement.

**gestion des ressources humaines (GRH)** : L'utilisation intégrée des politiques, des systèmes et des pratiques de gestion et de leadership afin de planifier les effectifs nécessaires et de recruter, motiver, former et conserver les employés en vue de la réalisation des objectifs de l'institution ou de l'organisation.

**gestion des résultats** : Les politiques, les systèmes et les procédures utilisés par une organisation pour définir et contrôler le travail effectué par le personnel, et pour s'assurer que les tâches et priorités des employés appuient la mission et les objectifs de l'organisation.

**incitations** : Récompenses, souvent pécuniaires, qui sont utilisées pour récompenser le personnel de ses bons résultats et/ou pour attirer le personnel vers des zones éloignées et rurales.

**manuel de la politique de l'employé** : Un document mis à la disposition de tous les employés qui décrit les politiques et les procédures de l'organisation, ainsi que d'autres attentes des employés et qui clarifie les comportements acceptables et inacceptables.

**plan de perfectionnement personnel** : Généralement, un document écrit et élaboré conjointement par le supérieur hiérarchique et l'employé qui décrit les objectifs d'avancement professionnel et les activités éducatives et/ou intégrées au travail qui faciliteront leur réalisation.

**plan de ressources humaines** : Le document qui résulte de la planification annuelle (ou à plus long terme) décrivant les objectifs et les priorités quant au recrutement du personnel, à la formation et à d'autres activités de la GRH et comment ils sont liés à la mission de l'organisation. Le plan comprend un budget pour la réalisation de ces objectifs.

**recrutement** : Activités entreprises par l'organisation pour attirer des candidats au poste ayant les compétences requises.

**rémunérations et avantages sociaux** : Le salaire de base annuel versé aux employés pour un emploi spécifique, y compris les avantages supplémentaires généralement autorisés (par ex., la santé, les congés, le logement, les prêts, les congés de maladie).

**système de classification des postes** : Le mécanisme développé par l'organisation pour classer les emplois compte tenu de leurs fonctions et du niveau de responsabilités. Il comprend un descriptif de chaque poste.

## Références et ressources

---

- Adano, Ummuro. “The Health Worker Recruitment and Deployment Process in Kenya: An Emergency Hiring Program.” *Human Resources for Health* vol. 6, no. 19, 2008, <http://www.human-resources-health.com/content/6/1/19/> (consulté le 9 juillet 2009).
- Adano, Ummuro, Jim McCaffery, Paul Ruwoldt, et Barbara Stilwell. *Human Resources for Health: Tackling the Human Resource Management Piece of the Puzzle*. Technical Brief 14. Chapel Hill, NC: IntraHealth International, The Capacity Project, 2008, [http://www.capacityproject.org/images/stories/files/techbrief\\_14.pdf](http://www.capacityproject.org/images/stories/files/techbrief_14.pdf) (consulté le 9 juillet 2009).
- Global Health Workforce Alliance/Organisation mondiale de la santé. *Guidelines: Incentives for Health Professionals*, 2008, Geneva: Global Health Workforce Alliance, [http://www.who.int/workforcealliance/documents/Incentives\\_Guidelines%20EN.pdf](http://www.who.int/workforcealliance/documents/Incentives_Guidelines%20EN.pdf) (consulté le 9 juillet 2009).
- Management Sciences for Health. “Human Resources: Managing and Developing Your Most Important Asset.” *The Manager* (Boston) vol. 8, no. 1, 1999, [http://erc.msh.org/TheManager/English/V8\\_N1\\_En\\_Issue.pdf](http://erc.msh.org/TheManager/English/V8_N1_En_Issue.pdf) (consulté le 9 juillet 2009).
- . “Developing Managers Who Lead.” *The Manager* (Boston) vol. 10, no. 3, 2001, <http://www.msh.org/resource-center/developing-managers-who-lead.cfm> (consulté le 9 juillet 2009).
- . “Creating a Climate that Motivates Staff and Improves Performance.” *The Manager* (Boston) vol. 11, no. 3, 2002, [http://erc.msh.org/newpages/english/leadership/work\\_climate.pdf](http://erc.msh.org/newpages/english/leadership/work_climate.pdf) (consulté le 29 décembre 2009).
- . *Managers Who Lead: A Handbook for Improving Health Services*. Cambridge, MA: Management Sciences for Health, 2005. [www.msh.org/resource-center/managers-who-lead.cfm](http://www.msh.org/resource-center/managers-who-lead.cfm) (consulté le 23 avril 2010).
- . *Human Resource Management Rapid Assessment Tool for Health Organizations*. 2nd edition. Cambridge, MA: Management Sciences for Health, 2009, [http://erc.msh.org/toolkit/toolkitfiles/file/HRM%20tool%202009%20final\\_intranet.pdf](http://erc.msh.org/toolkit/toolkitfiles/file/HRM%20tool%202009%20final_intranet.pdf) (consulté le 9 juillet 2009).
- . “Strengthening Human Resource Management to Improve Health Outcomes.” *The eManager* (Cambridge) no. 1, 2009, [http://www.msh.org/sites/msh.org/files/emanager\\_2009no1\\_hrm\\_english.pdf](http://www.msh.org/sites/msh.org/files/emanager_2009no1_hrm_english.pdf) (consulté le 6 mars 2014).
- Management Sciences for Health et l’Organisation mondiale de la santé. *Tools for Planning and Developing Human Resources for HIV/AIDS and Other Health Services*. Cambridge, MA: Management Sciences for Health, 2006. Vous pouvez commander ce livre sur le site Web MSH : <http://www.msh.org/resources/tools-for-planning-and-developing-human-resources-for-hiv-aids-and-other-health-services> (consulté le 6 mars 2014).
- O’Neil, Mary L. “Human Resource Leadership: The key to improved results in health.” *Human Resources for Health*, vol. 6, no. 10, 2008, <http://www.human-resources-health.com/content/6/1/10> (consulté le 19 janvier 2010)
- O’Neil, Mary L., et Michael Paydos. “Improving Retention and Performance in Civil Society in Uganda.” *Human Resources for Health* vol. 6, no. 11, 2008, <http://www.human-resources-health.com/content/6/1/11> (consulté le 9 juillet 2009).

Organisation mondiale de la santé. *The World Health Report 2006: Working Together for Health*. Genève : Organisation mondiale de la santé, 2006, <http://www.who.int/whr/2006/en/> (consulté le 9 juillet 2009).

Perry, Cary. “Empowering Primary Care Workers to Improve Health Services: Results from Mozambique’s Leadership and Management Development Program.” *Human Resources for Health* vol. 6, no. 14, 2008, <http://www.human-resources-health.com/content/6/1/14/> (consulté le 9 juillet 2009).

### DE PLUS...

Management Sciences for Health. “Human Resources Management Resource Kit.” Cambridge, MA: Management Sciences for Health, <http://erc.msh.org/toolkit/Tool.cfm?lang=1&CID=5&TID=230>. Ces ressources en ligne fournissent une documentation sur les sujets suivants relatifs à la GRH :

- Organiser le bureau de GRH et le pourvoir en personnel
- Développer un système de classification des postes
- Élaborer une politique salariale
- Directives sur le recrutement et l'embauche
- Directives sur l'orientation du personnel
- Développer un manuel de politiques de gestion du personnel
- Développer un programme de prévention en milieu de travail (VIH et sida)
- Développer un système de planification et d'examen des résultats
- Inventaire d'auto-évaluation des compétences de supervision
- Manuel de supervision
- Tenue d'une évaluation des besoins en matière de formation
- Développer un plan de formation annuel
- Évaluer les compétences des formateurs
- Sous-traitance de la formation

## ANNEXE A. Utilisation de l’Outil d’évaluation rapide de la gestion des ressources humaines

L’Outil d’évaluation rapide de la gestion des ressources humaines destiné aux organisations de la santé : Un guide visant à renforcer les systèmes de GRH, a été présenté pour la première fois en 1999 puis modifié ultérieurement pour tenir compte des expériences de terrain. Il est utilisé dans le monde entier par des managers de la santé au sein d’organisations publiques et privées. Cet outil insiste sur l’importance de toutes les fonctions de ressources humaines et les organise afin de mieux comprendre les liens étroits entre toutes les fonctions. Il déclare que ces fonctions doivent être intégrées pour produire le plus de valeur.

L’application de l’outil encourage la communication sur différentes questions parmi les diverses unités de l’organisation. En l’utilisant, vous serez à même de déterminer si certaines fonctions de GRH sont inefficaces et votre organisation pourra ainsi effectuer les améliorations nécessaires grâce à cet outil.

Dans l’introduction de ce chapitre, nous avons défini la GRH comme étant « l’utilisation intégrée des politiques, des systèmes et des pratiques de gestion et de leadership pour planifier les effectifs nécessaires et recruter, motiver, développer et conserver les employés afin que l’institution ou l’organisation atteigne ses objectifs. » Compte tenu de cette définition, la GRH regroupe une grande diversité de fonctions : le recrutement, l’engagement, le perfectionnement du personnel, jusqu’à son licenciement. La GRH est particulièrement efficace lorsqu’elle est sous l’autorité de la direction générale de l’organisation car les fonctions de relations humaines touchent et renforcent l’ensemble de l’organisation grâce à une expertise qui n’est pas généralement exigée des responsables d’unités.

L’Outil d’évaluation rapide de la GRH identifie les caractéristiques et les capacités de l’infrastructure de la GRH d’une organisation, et assiste celle-ci dans le cadre d’un plan d’action d’amélioration de son infrastructure. L’outil utilise un système composé comme suit :

- Cinq vastes zones de GRH ;
- Vingt-deux éléments de ressources humaines ;
- Quatre éventuels stades de développement pour chacun des éléments ;
- Les caractéristiques de chaque élément à chaque stade de développement ;
- Des espaces vierges dans lesquels les utilisateurs indiquent le stade qu’il considère comme étant approprié à chaque élément ;
- Des espaces vierges pour offrir une brève description des circonstances spécifiques qui offrent la preuve des moyens utilisés par l’organisation pour parvenir à un stade spécifique de développement.

### UTILISATION DE L’OUTIL D’ÉVALUATION RAPIDE DE GRH POUR IDENTIFIER LE STADE DE DÉVELOPPEMENT DES SYSTÈMES DE GRH

**Éléments de la GRH.** Les cinq fonctions fondamentales d’une infrastructure de GRH efficace comptent entre trois et neuf éléments qui leur sont associés et un total de 22 éléments (voir [Tableau A-1](#)). Par un ensemble de caractéristiques décrivant les stades de développement de GRH pour chaque élément, l’outil fournit un processus par lequel une organisation peut évaluer la qualité de son fonctionnement par rapport à chaque élément et déterminer les démarches à entreprendre pour l’améliorer.

**Stades de développement organisationnel.** Une organisation croît, se renforce et mûrit en évoluant par différents stades de développement. Le [Tableau A-2](#) offre l’exemple d’un élément

TABLEAU A-1. Éléments des systèmes de GRH

Fonction	Élément
Capacité de la GRH	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Budget de GRH</li> <li>■ Personnel de GRH</li> <li>■ Planification des RH</li> </ul>
Politiques et pratiques en matière de gestion du personnel	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Système de classification des emplois</li> <li>■ Système de rémunérations et d'avantages sociaux</li> <li>■ Recrutement, embauche, transfert et promotion</li> <li>■ Programme d'orientation</li> <li>■ Manuel de politiques</li> <li>■ Procédures de discipline, de licenciement et de règlement des doléances</li> <li>■ Programme de prévention du VIH et sida sur le lieu de travail</li> <li>■ Relations avec les syndicats</li> <li>■ Conformité au droit du travail</li> </ul>
Données de GRH	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Données sur les employés</li> <li>■ Informatisation des données</li> <li>■ Fichiers du personnel</li> </ul>
Gestion des résultats	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Maintien des effectifs</li> <li>■ Descriptifs des postes</li> <li>■ Supervision du personnel</li> <li>■ Planification des travaux et examen des résultats</li> </ul>
Formation	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Formation du personnel</li> <li>■ Développement de la gestion et du leadership</li> <li>■ Liens à la formation initiale externe</li> </ul>

TABLEAU A-2. Exemples de stades de développement

Élément	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4
Personnel de GRH	Aucun membre du personnel n'est spécifiquement affecté aux fonctions de GRH	L'organisation dispose de personnel de GRH ayant peu d'expérience de ce domaine (personnel, recrutement, gestion) et/ou a d'autres fonctions au sein de l'organisation en plus de celles de GRH.	L'organisation dispose de personnel qualifié de GRH mais seulement à un niveau correspondant au maintien des procédures de base et aux fonctions de tenue des dossiers.	L'organisation dispose de personnel expérimenté de GRH qui maintient les fonctions de GRH. Il participe à la planification à long terme au sein de l'organisation

(personnel de GRH, un élément de capacité de GRH). Les niveaux numérotés dans la partie supérieure du tableau font référence aux stades de développement. Les organisations passent par ces stades à des cadences différentes et ont tendance à demeurer à un stade particulier jusqu'à ce qu'elles se dotent d'une mission explicite, de structures et de systèmes de gestion de qualité, et de managers et personnel compétents qui utilisent efficacement ces structures et ces systèmes.

À un moment donné, la plupart des organisations se situent à différents stades de développement pour différents éléments de GRH car les éléments reçoivent différents niveaux d'attention au fur et à mesure de la croissance de l'organisation. Par exemple, de nombreuses organisations gèrent bien la formation car cette activité bénéficie de financements. Par contre, la politique en matière de gestion du personnel est obsolète et n'est pas un bon atout pour les managers et les superviseurs.

**Caractéristiques de GRH.** Pour chaque élément de GRH, l'outil offre une description des caractéristiques communes des organisations à quatre stades de développement. Ces caractéristiques s'appuient sur celles du ou des stade(s) précédent(s). Au premier stade, les caractéristiques décrivent une organisation au tout début du développement de la capacité de l'élément ou qui n'y a pas accordé grande attention. Au quatrième stade, les caractéristiques décrivent une organisation très fonctionnelle quant à cet élément, et qui peut vraisemblablement se concentrer sur des éléments situés à des stades inférieurs de développement.

[Centre de ressources électrique de la GRH](#) met à disposition un fichier Adobe Acrobat (PDF) de l'Outil d'évaluation rapide.

## APPLICATION DE L'OUTIL D'ÉVALUATION RAPIDE DE GRH ET INTERPRÉTATION DES RESULTATS

Deux phases interviennent dans le cadre de l'utilisation de l'outil :

1. L'évaluation de l'infrastructure actuelle de GRH
2. Des discussions sur les résultats et la planification de l'action

Un groupe multisectoriel de membres du personnel de l'organisation, tels que le président-directeur général et des représentants du personnel d'encadrement et/ou du conseil d'administration, devrait présenter et soutenir l'évaluation et les processus de planification. La présence d'un consultant externe pour faciliter et administrer les activités connexes s'avère souvent utile.

**Évaluations individuelles.** Tout participant à l'évaluation devrait examiner individuellement les caractéristiques de chaque élément de GRH à chaque stade du développement, puis entourer les caractéristiques qui, selon lui, représentent au mieux l'état actuel de développement de cet élément. Si une portion seulement de la caractéristique s'applique, le participant doit entourer la caractéristique précédente.

Les utilisateurs de cet outil provenant de toutes parts de l'organisation, leurs perceptions diffèrent souvent quant à déterminer si l'organisation remplit toutes les caractéristiques d'un stade spécifique. Chaque participant devrait noter une ou deux observations spécifiques et concrètes montrant comment l'organisation remplit les caractéristiques du stade sélectionné dans l'espace vierge marqué « Preuve » (L'[Encadré A-1](#) décrit la preuve). Cette information sera utilisée pour aider à résoudre les différences.

### ENCADRÉ A-1. Qu'est-ce que la preuve ?

La preuve est un fait ou une observation concrète qui soutient la condition ou le stade de développement. Elle répond à la question : « Qu'entendons-nous ou que voyons-nous qui confirme le fait que notre évaluation est exacte ? »

Par exemple, une personne qui place le système de rémunérations et d'avantages sociaux de votre organisation au Stade 3 peut noter, à titre de preuve, l'existence d'échelles de salaires fixes comprenant un maximum et un minimum pour chaque catégorie d'employés, et que le processus d'embauche et la rémunération fondée sur le mérite tiennent compte de ces normes.

**Entente sur les résultats de l'évaluation.** Dès que les participants ont rempli leurs évaluations, ils partagent leurs résultats avec le groupe et discutent de la preuve en considérant chaque élément séparément. L'accord repose sur deux hypothèses : la première, selon laquelle aucun membre d'une organisation ne connaît toute la vérité. Chaque personne à tout niveau de l'organisation détenant une partie de la vérité, l'amalgame de ces perceptions individuelles donne une image plus juste. La seconde hypothèse, selon laquelle des raisons mûrement réfléchies justifiant la notation peuvent produire des preuves factuelles convaincantes et permettre à un groupe de personnes de s'entendre sur des opinions qui paraissaient initialement incompatibles.

L'organisation parvient à un accord non pas par le vote mais en triant patiemment toutes les opinions et en prenant une décision, acceptable par chacun des membres, même si elle ne correspond pas tout à fait à sa préférence.

**Interprétation des résultats.** À la conclusion d'un accord sur les résultats, ceux-ci sont examinés et analysés. Le groupe doit alors s'entendre sur les domaines qui nécessitent une action immédiate et ceux qui feront partie d'un plan à long terme de consolidation de la GRH ; il déterminera ensuite les priorités parmi les domaines à améliorer.

### DOMAINES DE PRIORITÉ DE LA GRH

Les éléments de la GRH portent sur différentes parties d'une infrastructure de GRH, certains décrivant des éléments structurels et organisationnels (par ex., la dotation en personnel et la budgétisation), d'autres définissant les exigences en matière de politiques. Certains éléments s'attachent aux systèmes de gestion essentiels à la gestion des ressources humaines, (par ex., gestion et supervision des résultats) et d'autres se rapportent à la formation du personnel et aux activités de perfectionnement. Toute infrastructure de GRH efficace intègre l'ensemble de ces éléments.

En proposant des solutions aux défis de GRH, le groupe devrait d'abord se pencher sur les fonctions de base spécifiques et sur les points faibles identifiés. Typiquement, l'amélioration des fonctions de GRH respecte l'ordre d'importance suivant :

1. **Capacité de GRH.** Il est essentiel de donner la priorité à ce domaine. Si votre évaluation de la capacité de GRH (budget, personnel, planification des ressources humaines) est au Stade 1 ou 2 (aucun personnel compétent n'a de responsabilité de GRH, et le budget de GRH ou la planification des ressources humaines est inexistant), votre organisation ne peut aborder les autres éléments de GRH décrits ci-dessous.

2. **Politique et pratiques en matière de gestion du personnel.** Tous les éléments compris dans la politique et les pratiques en matière de gestion du personnel offrent un cadre essentiel à la définition des conditions de travail. Celles-ci doivent être en place avant d'appliquer la gestion et la supervision efficaces des résultats.
3. **Données de GRH.** Toutes les organisations exigent des moyens de collecte de données sur le personnel. Ces informations sont nécessaires pour une projection exacte des besoins en matière d'emploi.
4. **Gestion des résultats.** Les systèmes de gestion et de supervision des résultats définissent le mode d'interaction formelle entre les personnes et comment les travaux qu'elles effectuent appuieront les objectifs de l'institution ou de l'organisation.
5. **Formation.** La formation est essentielle à une capacité de GRH efficace mais elle est plus performante si elle est intégrée à la planification des ressources humaines, à la politique de GRH et à la gestion des résultats.

### CONVENIR D'UN ACCORD SUR LES STRATÉGIES DE PRIORITÉS

En ce qui concerne les domaines des priorités, le groupe aura probablement identifié plusieurs faiblesses qui sapent la capacité de GRH. Il devra décider quelles faiblesses traiter et comment y parvenir, certaines faiblesses étant plus graves que d'autres et exigeant donc une attention immédiate. La faiblesse au sein d'un élément peut exiger une intervention intégrée auprès de divers autres éléments.

Les caractéristiques de chaque stade de développement fournissent des informations utiles à la détermination d'éventuelles actions visant à traiter les domaines fortement prioritaires. Par exemple, si votre organisation manque d'effectifs, les stratégies de priorités traiteront de la rétention des effectifs, du recrutement et de liens avec des institutions de formation en milieu de travail. Si ces mesures ne génèrent pas les résultats escomptés, des stratégies de priorités pourraient viser à redéfinir les descriptifs de l'emploi du personnel actuel et lui offrir la formation nécessaire à de nouvelles responsabilités. Des stratégies centrées sur la supervision et la gestion pourraient répondre à une absence de motivation.

Les stratégies exigées pour apporter des améliorations ne sont pas nécessairement coûteuses, toutefois si les ressources sont limitées, la priorité devrait être accordée aux stratégies ayant les caractéristiques suivantes :

- Elles peuvent être réalisées rapidement et exigent peu de ressources ;
- Elles auront le plus fort impact sur les objectifs de l'organisation, même si elles exigent plus de temps ;
- Elles engendrent de nombreuses autres activités.

Bien qu'il soit nécessaire de se concentrer d'abord sur un nombre d'éléments gérables, l'efficacité à long terme de la GRH n'est vraiment avérée que lorsque tous les éléments sont traités de manière intégrée. Par exemple, cibler les efforts sur la formation continue n'est viable que si celle-ci rejoint une stratégie générale de rétention des effectifs.

Quels que soit le temps et les ressources exigés, l'investissement de votre organisation dans la GRH contribuera fortement à l'accomplissement de sa mission, à la réalisation de ses objectifs et aux services offerts sa clientèle.

## ÉLABORATION ET MISE EN ŒUVRE DU PLAN

Lorsque le groupe est parvenu à un accord sur les domaines et les stratégies prioritaires, il doit développer un plan d'action. Les caractéristiques de la prochaine étape de chaque élément de GRH peuvent tenir lieu de guides à l'élaboration des cibles de résultats souhaités et définir les tâches pour le plan d'action. Bien qu'il ne soit pas toujours possible de passer au niveau supérieur, définir des résultats optimums contribuera à l'établissement de démarches intermédiaires. Le changement durable étant un processus progressif, il est préférable de fixer des objectifs réalistes, de prévoir suffisamment de temps pour les réaliser et d'évoluer logiquement vers une prochaine étape. Votre plan d'action doit inclure des activités et des calendriers et identifier les personnes responsables.

Avant de mettre en œuvre votre plan d'action, assurez-vous de l'engagement du leadership et d'autres parties prenantes. Expliquez les résultats anticipés et comment ils peuvent contribuer à atténuer les préoccupations des personnes en matière de GRH ou à les traiter. En demandant la participation d'autres personnes, vous obtiendrez un soutien actif au moment de prendre des décisions difficiles concernant l'utilisation des ressources humaines ou financières, une intervention préalable pouvant aider à atténuer la résistance au changement.

## Conclusion

---

L'utilisation judicieuse et approfondie de l'Outil d'évaluation rapide de la gestion des ressources humaines pour recueillir des informations et élaborer un plan d'action peut cibler l'attention et l'engagement de votre organisation sur des domaines de son système de GRH qui ont un besoin urgent d'amélioration. Le processus en lui-même peut aussi informer le personnel, notamment les managers, sur l'importance et l'interconnectivité des éléments de la GRH, améliorer la communication entre les divers membres du personnel et les motiver afin qu'ils contribuent à maintenir les systèmes de GRH en bon état de fonctionnement.

Cet outil, explicite et d'une utilisation rapide et facile, pourrait s'avérer être le catalyseur d'améliorations durables et précieuses de votre organisation, et accélérer la réalisation de ses objectifs.



## Gestion des finances et des systèmes connexes

Natalie Merlini Gaul

1. Obtenir des résultats en renforçant les systèmes de santé
2. Leadership et management : les compétences essentielles pour renforcer les systèmes de santé
3. Gouvernance des systèmes et des organisations de santé
4. Intégration de l'égalité des sexes dans les systèmes sanitaires
5. Planification du travail et utilisation effective du plan
6. La gestion des ressources humaines
7. Gestion des finances et des systèmes connexes
8. Gestion des médicaments et des produits de santé
9. Gestion de l'information : suivi et évaluation
10. Gestion de la prestation de services de santé

Dans ce chapitre, nous examinons les aspects de la gestion financière et les systèmes opérationnels connexes du bureau. La gestion financière concerne la comptabilité et l'établissement du budget, ainsi que le reporting et l'analyse, qui permettent aux directeurs, aux donateurs et aux organes de suivi-stratégique, de connaître le produit obtenu ou généré, les actifs de l'entreprise et les frais encourus, mais également de comparer cette information à celle des années antérieures ou aux résultats souhaités.

La gestion opérationnelle concerne les systèmes qui aident l'organisation à atteindre ses objectifs. Ces systèmes comprennent l'approvisionnement (aussi appelés achats), la gestion des déplacements, la gestion d'inventaire et les systèmes de gestion du personnel tels que les salaires et les avantages sociaux. Ces systèmes sont étroitement liés à la gestion financière parce qu'ils ont un impact direct sur les charges de fonds et leur reporting, sur le suivi et la protection des actifs de l'organisation, et sur les salaires des employés.

Le Chapitre 6 de ce manuel aborde les politiques, les systèmes et les pratiques de leadership et de gestion qui constituent ensemble la gestion des ressources humaines (GRH). Les systèmes d'information sont présentés dans le chapitre 9.

Si vous êtes directeur de programme ou de services de santé, vous pouvez reprendre l'information contenue dans ce chapitre pour vous guider lors de l'instauration des contrôles internes encadrant l'ensemble des activités de gestion financière. Les mécanismes de contrôle interne veillent à ce que les précieuses ressources d'une organisation soient utilisées à bon escient et servent sa mission, optimisent son impact, se conforment à la législation et aux règlements des donateurs et respectent les normes établies en matière de comportement déontologique et de pratiques opérationnelles saines.

Vous trouverez aussi des outils et des liens qui vous aideront à évaluer l'état de la gestion financière et opérationnelle de votre organisation, ainsi que des suggestions pour parer à d'éventuelles faiblesses.

L'ampleur des thèmes et la diversité d'informations fondamentales contenus dans ce chapitre et ses annexes expliquent qu'il soit le plus long de ce manuel. Si vous ne dirigez pas ou n'encadrez pas directement un domaine lié à la gestion financière et à l'exploitation, vous pourrez découvrir de façon sélective comment ces fonctions primordiales affectent l'aptitude de votre organisation à atteindre ses objectifs stratégiques ; vous pourrez aussi apprendre comment appuyer une gestion financière saine.

## Introduction

---

La sensibilisation mondiale accrue aux graves problèmes de santé auxquels sont confrontés les pays en développement a suscité un peu partout le désir de s'attaquer à ces problématiques. Pour ce faire, il faut rendre les gouvernements et les organisations de la société civile (OSC) – confessionnelles, communautaires et organisations non gouvernementales (ONG) – plus à même de gérer les projets de santé et les programmes d'offre de service de façon performante et efficiente. Pour assumer leurs responsabilités toujours plus vastes, les entités des secteurs public et privé doivent gérer des fonds avec le plus grand soin et la plus grande intégrité. Elles ont toutes les mêmes besoins d'efficience, d'efficacité et d'usage transparent des ressources, financières et autres.

Les priorités changeantes des donateurs ou la conjoncture économique pourraient réduire le volume des financements disponibles pour les programmes de santé. Des facteurs économiques peuvent augmenter le coût des biens, des effectifs et des services nécessaires. Pour faire face à ces situations éventuelles, les responsables de la santé publique, à tous les niveaux, doivent bien comprendre et mettre en œuvre des principes comptables et de gestion financière sains afin de préserver leurs ressources limitées et de s'adapter à une situation économique changeante.

Outre des activités efficaces et performantes, la gestion financière et les systèmes comptables, les organisations doivent disposer de mécanismes de contrôle interne forts pour se protéger des détournements de fonds ou de la fraude. Des politiques et des procédures bien documentées soutiendront le personnel et apporteront aux donateurs une preuve de responsabilité fiduciaire et de gestion responsable.

Les organisations qui adoptent ces normes élevées sont les mieux placées pour obtenir et garder les fonds des donateurs et protéger leur propre capital de travail.

Les pratiques de leadership et de gestion décrites dans le Cadre de management et de leadership du Chapitre 2 de ce manuel s'appliquent toutes à la gestion financière.

Les dirigeants de votre organisation et vous même, conseil d'administration compris, devez examiner attentivement les risques susceptibles d'affecter la santé financière de l'organisation, ainsi que les opportunités existantes, pour obtenir l'appui et le financement de la mission de l'organisation. Cet exercice de détection révélera aussi les meilleures pratiques liées à la gestion financière ainsi que les contraintes susceptibles d'affecter l'organisation.

En qualité de vrai leader, vous devez orienter vos actions de gestion financière de telle manière qu'elles cadrent avec la mission de l'organisation. Vous devez décider des priorités en vue de

généraliser des fonds, d'investir dans vos effectifs ou du matériel ou de gérer vos charges pour atteindre les objectifs stratégiques de votre organisation.

Vous devez **harmoniser** les objectifs financiers et les attentes, les systèmes opérationnels et les pratiques de votre organisation sur la mission et la vision de l'avenir de celle-ci. Il vous faudra aussi **mobiliser** des ressources, notamment des effectifs compétents, pour que les systèmes financiers et opérationnels fonctionnent de façon optimale.

En gestion financière, l'une des fonctions primordiales (mais souvent ignorée) des dirigeants consiste à **inspirer** le personnel à respecter les politiques et les procédures liées aux questions financières, à utiliser les ressources à bon escient et à éviter les conflits d'intérêt et les comportements non-déontologiques liés aux transactions financières.

Pour donner l'exemple, vous devez faire preuve d'honnêteté et d'intégrité dans l'emploi des ressources de l'organisation. Il vous faudra aussi démontrer que vous comprenez et respectez une gestion budgétaire prudente et les contrôles internes afférents. Vos actes et votre exemple en diront plus long que vos paroles.

Les directeurs chargés des activités, des finances et de l'administration de l'organisation appliquent les quatre pratiques de gestion se rapportant à la gestion financière.

Les responsables, vous compris, menez toute une série d'activités de **planification**, comme par exemple la préparation des budgets de fonctionnement de l'année en cours et les projections des années à venir sur la base des plans stratégiques de l'organisation. Vous élaborez des plans d'achat pour le matériel dont vous avez besoin et les autres immobilisations. Et vous mettez sur pied des projets pour tenir compte des risques potentiels qui pourraient affecter la santé financière de votre organisation ou pour les éviter.

Les responsables **organisent** des systèmes, des structures, des méthodes de travail et des politiques. Ils recrutent et forment le personnel pour s'assurer que des actions financières et administratives efficaces, transparentes et adaptées soient menées.

Les directeurs financiers **mettent en œuvre** les politiques et pratiques établies. Les responsables de l'organisation doivent s'appuyer sur les informations financières pour prendre des décisions concernant les activités et modifier les projets en fonction de l'évolution de la conjoncture ou de la disponibilité des ressources.

Les directeurs financiers et les directeurs généraux doivent assurer le **suivi** des activités financières de l'organisation, **évaluer** les résultats et repérer les changements à apporter aux processus et procédures de travail, aux budgets ou aux plans d'utilisation des ressources. La gestion financière se concentre sur le contrôle et la comptabilité, la préservation et l'investissement des ressources d'une organisation (trésorerie, employés, inventaire, matériel et temps) pour atteindre ainsi les objectifs fixés.

On pense souvent que la gestion financière est une discipline étroite, tout comme la gestion des salaires, des médicaments ou des produits de la santé, ou encore que seuls les comptables et ceux qui tiennent les livres de comptes sont obligés de comprendre les données financières. Pour ceux qui n'ont pas étudié la finance, la spécificité du vocabulaire et les règles de gestion financière sont parfois considérées comme trop complexes, ennuyeuses ou même intimidantes.

Pourtant tous les responsables, même ceux qui ne sont pas directement impliqués dans les fonctions comptables, pourront tirer parti de notions de base se rapportant aux principes et aux outils de gestion financière. À tous les échelons de l'organisation, les responsables doivent s'intéresser aux questions financières ; sinon, ils découvriront rapidement qu'ils ne disposent

pas des ressources nécessaires pour atteindre les objectifs à long terme ou mener les activités quotidiennes.

Les aptitudes à la gestion financière comprennent :

- comptabilité **appliquée** aux transactions financières ;
- **planification** des activités des opérations, de l'achat de matériel et des affectations de main d'œuvre ;
- établissement des **coûts** et du **prix** des biens et des services ;
- **projection** des résultats et des charges futures (sources et utilisation des fonds) ;
- **suivi** et **contrôle** de l'utilisation des ressources

La gestion financière emploie ces compétences pour optimiser l'emploi des actifs, contrôler les coûts et planifier les activités, l'objectif étant d'optimiser l'impact et d'atteindre les buts souhaités.

#### Deux vérités financières

1. Les actifs, y compris le temps, sont toujours limités.
2. Les objectifs et besoins organisationnels changent constamment et semblent illimités.

Nous allons couvrir les thèmes suivants dans ce chapitre :

- [Présentation de la gestion financière et de la gestion des opérations](#)
- [Évaluer les systèmes financier et d'exploitation de votre organisation](#)
- [Comptabilité et gestion financière : principes de base](#)
- [Gestion des risques](#)
- [Conflits d'intérêt et conflits contraires à l'éthique](#)
- [Gestion des approvisionnements](#)
- [Gestion des déplacements](#)
- [Gestion d'actifs](#)
- [Gestion de trésorerie](#)
- [Obligations de contrôle interne et directives](#)
- [Les politiques et procédures au service du contrôle interne](#)

Selon vos intérêts, vos disponibilités de temps et les besoins de votre organisation, vous souhaitez peut-être privilégier certaines sections de ce manuel et leurs ressources connexes. Vous pouvez lire ces sections, à l'exception de l'introduction, dans l'ordre qui vous convient ou de façon sélective.

## Présentation de la gestion financière et de la gestion des opérations

La gestion financière et la gestion des opérations y afférente sont cruciales pour atteindre les buts de votre organisation. Il arrive souvent que des conflits surgissent entre les services financier, administratif et opérationnel de l'organisation et le personnel technique ou chargés de programme qui conçoivent et mettent en œuvre les programmes de santé ou offrent des services aux clients.

Vous avez peut-être déjà entendu les déclarations suivantes :

- Les employés des services financier et opérationnel, avec toutes leurs règles et leurs réglementations, causent trop de délais et de blocages !

- Les employés des services financier et opérationnel ne comprennent pas les besoins ou les difficultés des équipes chargées de l'offre de services !

En réalité, tous les employés affectés aux programmes, aux activités et à la finance ont des fonctions et des responsabilités qui sont liées à la gestion des risques et à la production de résultats pour l'organisation. Les tensions entre les diverses fonctions sont généralement saines et souvent inévitables. Lorsque les employés comprennent et respectent leurs rôles respectifs et peuvent replacer les besoins contradictoires dans un contexte plus large, le degré de tension diminuera.

Il faut que tous les employés comprennent bien que le personnel du service financier doit veiller à la disponibilité des ressources, à la bonne santé économique de l'organisation et à la transparence de ses activités. Elle doit assumer ses responsabilités envers ses clients et agir dans le respect de l'état de droit, des normes internationales qui régissent les pratiques commerciales saines, et avoir un comportement déontologique. C'est là la contribution du service financier à l'accomplissement de la mission de l'organisation.

En communiquant l'analyse des résultats financiers et des tendances passés, votre service financier peut peser sur des décisions qui concernent les programmes, comme par exemple :

- établissement des prix ou des mécanismes de récupération des coûts des services ;
- déterminer s'il faut élargir des programmes ou les éliminer ;
- améliorer les processus de travail et accroître la capacité technologique, le nombre des effectifs ou les salaires ;
- accroître la levée de fonds ou la génération de capitaux pour faire face aux insuffisances projetées qui empêcheront d'atteindre les objectifs à court et long terme.

Les conflits seront amoindris ou éliminés lorsque les éléments des programmes, les aspects techniques et opérationnels de votre organisation seront bien intégrés à toutes les étapes de la planification et de la mise en œuvre. Faites participer dès le départ les responsables des services financier et opérationnel à la planification annuelle et stratégique pour qu'ils ne se contentent pas de créer des budgets pour des plans élaborés sans les consulter. Et il faut que l'ensemble du personnel comprenne bien les contraintes financières, les pratiques organisationnelles solides et la conduite éthique associés à l'utilisation des actifs de l'organisation. L'idéal est d'instaurer un dialogue constant et une participation à partir de l'expérience de toutes les fonctions et tenant compte des besoins de celles-ci.

Vous pouvez aider vos collègues à voir que le service financier contribue à la réussite de leurs programmes lorsqu'il documente et distribue des politiques et procédures (voir définition dans l'[encadré 1](#)) à travers toute votre organisation ; vous pouvez former les employés à l'application de ces politiques et de ces procédures, et communiquer comment l'ensemble du personnel est supposé respecter et appliquer les politiques de gestion financière.

Lorsque l'on songe à la gestion financière, il est facile de ne penser qu'aux choix liés aux activités comptables, comme par exemple :

- comment organiser des rapports financiers et des budgets ;
- comment assurer le suivi et la consolidation des transactions financières ;
- se demander s'il faut garder des comptes détaillés ou des résumés par grande catégorie comptable ;
- quel logiciel utiliser pour saisir les transactions financières ;

### ENCADRÉ I. Définition des politiques et des procédures

**Qu'est-ce qu'une politique ?** Une politique est une directive de la direction concernant des stratégies commerciales acceptées, des objectifs et des normes. C'est la réponse à la question : qu'est-ce qu'on va faire ?

**Comment détermine-t-on les politiques ?** Le conseil d'administration et la direction fixent généralement des politiques qui traduisent la mission, les objectifs stratégiques et les normes de l'organisation. Une organisation peut aussi devoir adopter ou adapter des politiques pour respecter les règles et les réglementations établies par les donateurs et les gouvernements. Les politiques doivent faire écho aux valeurs des fondateurs, des propriétaires, des directeurs, du personnel et des bénévoles de l'organisation.

**Qu'est-ce qu'une procédure ?** Une procédure est une méthodologie ou une série d'actions devant être menées pour appliquer une politique. Cela répond à la question : comment va-t-on procéder ?

- s'il faut réunir les coûts par service, par projet et par objectifs de programme ou par niveau d'activité ;
- quel est le moyen le plus efficace et économique d'affecter le personnel et de structurer la fonction de la gestion financière.

Si votre intérêt pour la gestion financière au sein de l'organisation se limite aux activités comptables, vous vous intéressez au passé et non au présent ou à l'avenir, la comptabilité consistant généralement à enregistrer et à faire état de transactions financières déjà effectuées. Elle produit des rapports financiers exigés pour satisfaire les obligations fiscales, convaincre une banque ou un donateur de fournir des financements, ou pour procurer à un responsable les données passées dont il a besoin pour faire des projections et calculer des budgets des activités futures.

Mais élargir la vision de la gestion financière pour y inclure les achats, les déplacements, la logistique et la gestion des installations recentre l'attention sur le présent et l'avenir. L'accent n'est plus seulement mis sur l'enregistrement de faits passés mais aussi sur les choix de charges actuelles et futures.

Les avantages de l'intégration de la gestion financière et de la gestion opérationnelle comprennent :

- veiller à ce que les actifs déjà obtenus soient préservés, en bon état de fonctionnement et prêts à être utilisés pour le programme qui en aura besoin ;
- décider comment et quoi acheter, de façon à obtenir le meilleur prix ;
- faciliter la génération de produits financiers grâce à l'établissement de prix des biens et des services qui soient acceptables pour les clients ;
- sauvegarder l'organisation et les personnes qui participent à son intendance, sa gestion ou la mise en œuvre des programmes en veillant à ce que les transactions financières soient effectuées dans le respect de la loi et de la déontologie ;
- créer une organisation qui rémunère les employés équitablement pour leur travail, tout en assurant l'offre de services de qualité pour une clientèle la plus large possible.

**Mise en garde.** Le contenu de ce chapitre est plutôt général et regroupe les meilleures pratiques qui devraient être utiles dans le monde entier. Mais il n'est pas possible de traiter toutes les situations particulières à votre pays susceptibles d'avoir un impact sur votre organisation.

Ce chapitre a pour objet de vous informer, vous qui êtes directeur d'un programme de santé ou de services de santé, et de renforcer votre aptitude à gérer les activités de programme en vous faisant mieux saisir le rôle de la finance et de l'exploitation. Cette conception doit s'accompagner de :

- recrutement de responsables financiers et opérationnels qui disposent de la formation et de l'expérience professionnelle requise ;
- participation active des responsables financiers et opérationnels aux activités de gestion de programme, notamment la planification ;
- engagement de cabinets comptables publics ou à charte, ou de cabinets d'audit, pour un examen régulier de vos états financiers et de vos systèmes de contrôle interne ;
- sollicitation de conseils de juristes ou de d'experts comptables spécialisés dans la fiscalité qui comprennent le contexte national, les lois en vigueur et les obligations d'une organisation telle que la vôtre. Les conseils de professionnels peuvent éviter de gros problèmes, notamment des pénalités ou des poursuites judiciaires suite à une violation des lois et des réglementations.

## Évaluer les systèmes financier et d'exploitation de votre organisation

---

Une évaluation de la santé financière actuelle d'une organisation et de ses perspectives d'avenir doit inclure l'examen des éléments suivants :

- les systèmes, structures, politiques, procédures et pratiques financières et opérationnelles ;
- la capacité d'offre de services de l'organisation ;
- la mise à disposition de capitaux par les donateurs ou l'État ou encore des produits financiers générées par la vente de services et de produits.

Selon la dimension de votre organisation et de vos effectifs, il pourrait s'avérer souhaitable d'engager un consultant pour qu'il vous aide à procéder à l'évaluation, à l'analyse des résultats et à la mise en œuvre des changements nécessaires.

Trois outils —QuickStart, outil d'évaluation de la gestion financière the (Financial Management Assissent Tool), and l'Outil de gestion et de pérennité organisationnelle (Management and Organizational Sustainability Tool (MOST)— peuvent aider votre organisation à vérifier ses systèmes de gestion financière.

- [QuickStart](#) est un outil d'évaluation relativement simple; il est plus adapté aux organisations de petite taille, aux organisations émergentes ou à celles qui souhaitent dresser un tableau rapide de leurs capacités et de leurs faiblesses dans les domaines de la comptabilité, de la gestion financière et des systèmes d'exploitation.
- [MOST](#) permet un examen en profondeur de la gestion d'ensemble de l'organisation, y compris la gestion financière, et est plus adapté à des organisations plus établies.
- [L'outil d'évaluation de gestion financière](#) permet d'étudier en détail les systèmes de gestion financière d'une organisation et convient mieux à de grandes organisations plus complexes

Votre organisation pourrait décider que le renforcement des systèmes de gestion financière exigera de faire des investissements considérables dans des initiatives telles que l'installation d'une suite de logiciels comptables sophistiqués, de recruter plus de personnel comptable, administratif et de soutien ; ou d'étendre les activités de mobilisation de fonds pour générer des fonds supplémentaires ou remporter de nouveaux contrats.

Cependant, la plupart des organisations découvrent que des améliorations relativement restreintes, à des coûts moindres ou inexistantes, suffisent à recueillir des bénéfices significatifs. De telles améliorations consistent en général à renforcer les systèmes de contrôle interne, à documenter les politiques et les procédures financières et à les communiquer au personnel, et à bien faire comprendre à l'ensemble des employés comment ils contribuent au maintien de la santé financière de l'organisation.

Ces dix dernières années, le coût du matériel informatique a beaucoup baissé et l'accès à ce matériel est nettement plus aisé. De nombreuses suites de logiciels comptables adaptées aux petites organisations se trouvent dans le commerce et peuvent s'adapter aux besoins des organisations à but non lucratif sans modification majeure.

Il est de plus en plus courant que les employés aient des connaissances en informatique, notamment qu'ils sachent utiliser des tableurs et des bases de données, ce qui les rend plus à même de faire des analyses financières, d'utiliser des formulaires et des modèles et de produire des rapports. De nombreuses grandes organisations offrent l'accès à Internet au personnel, et certaines ont des sites web

Les améliorations des systèmes financier et opérationnel renforceront la santé des organisations et de solides pratiques de gestion feront aussi une bonne impression sur les donateurs éventuels. Ceux-ci seront plus enclins à octroyer des projets ou des dons parce qu'ils seront confiants que les fonds seront employés judicieusement, que les résultats désirés pourront être atteints et que les résultats seront correctement documentés et partagés.

## Comptabilité et gestion financière : principes de base

---

En tirant les enseignements du passé, nous pouvons mieux nous préparer pour l'avenir. Les données financières sont assimilables à une riche leçon d'histoire qui permettent aux responsables de mieux budgétiser les coûts à venir, de projeter les besoins de trésorerie et de prévoir la croissance de leur organisation. Ce sont souvent les rapports et les analyses financières, publiés périodiquement par le service de la gestion financière de l'organisation, qui nous communiquent ces faits.

### QU'EST-CE QUE LA COMPTABILITÉ ?

La section ci-dessous décrit les méthodes comptables, les principes de base et les rapports. Si vous avez l'expérience de la gestion financière, vous n'avez peut-être pas besoin de lire cette section. Si vous ne connaissez pas la terminologie comptable, consultez le [glossaire](#) et ses définitions dans ce chapitre.

La comptabilité est un système d'enregistrement constant des transactions financières. En termes simples, le but de la comptabilité est de documenter les biens de l'organisation, ses débiteurs (ceux qui lui doivent de l'argent) et ses créanciers (ceux à qui l'organisation doit de l'argent), ses produits et les dons. L'analyse des données comptables permet de déterminer si les produits ou les financements suffisent à couvrir les coûts et permettent la croissance. C'est un ensemble qui allie l'art et la science.

La science vient de l'application des règles et des normes. Les normes comptables sont dictées par les gouvernements nationaux, le fisc et la communauté internationale des professionnels de la comptabilité. Les normes se rapportent à l'utilisation éthique et appropriée des ressources et à la façon dont les transactions financières sont élaborées et communiquées. Ces normes tentent de garantir que des transactions similaires sont traitées de manière cohérente et que le produit est lié aux charges encourues pour le générer.

L'idée de lier le produit aux charges correspondantes est connue sous le nom de principe de correspondance. Il permet de comparer les résultats d'une année sur l'autre et, dans une certaine mesure, les résultats entre organisations. L'information financière doit être recueillie de façon exhaustive et exacte pour garantir la fiabilité des rapports financiers.

Les normes comptables offrent des directives sur la façon dont les principaux rapports financiers utilisent des mesures et sont organisés, enregistrés et communiqués. Ces normes sont documentées dans une publication portant le nom de *Principes comptables généralement reconnus* (PCGR). Ces normes des États-Unis et du Royaume-Uni sont appliquées dans le monde entier, mais d'autres normes existent qui répondent aux situations particulières d'autres pays.

L'art de la comptabilité est évident lorsque les rapports financiers sont rédigés de façon à dérouler un récit et à procurer une information suffisamment exhaustive pour que les administrateurs et les responsables des activités techniques puissent prendre des décisions opérationnelles solide. Un plan de comptes bien conçu (voir [encadré 2](#)) qui détermine la répartition de l'information en catégories et la résume est la clé de la création de rapports analytiques qui permettent aux dirigeants d'interpréter facilement les résultats financiers.

Pour un complément d'information, voir « [sources pour le reporting](#) » dans le présent chapitre.

La comptabilité exécutée dans le respect de toutes les règles ne garantit pas pour autant l'utilité de l'information relative à la gestion. Les rapports doivent être suffisamment clairs

#### ENCADRÉ 2. Le plan de comptes

Le plan de comptes est une liste des catégories de transactions financières qui seront suivies dans le système comptable et reprises dans divers rapports financiers. Pour faciliter la saisie des entrées et le suivi, on attribue généralement un numéro d'identification à ces types de comptes.

Bien que le plan de comptes varie d'une organisation à l'autre, certaines catégories standard sont généralement acceptées :

- **Actifs** : ce que l'on possède, y compris la trésorerie, les investissements, le matériel, les meubles, ou ce que les autres, comme les clients ou les donateurs, vous doivent ;
- **Passifs** : dette à long et à court terme envers les fournisseurs, les banques, le personnel, ou les agences gouvernementales ;
- **Capitaux propres** : trésorerie, biens, inventaire, et matériel qui appartiennent aux propriétaires aux partenaires ou aux actionnaires après avoir déduit le passif de l'actif de l'organisation ;
- **Produit** : produit généré par les opérations, les ventes, les dons et les honoraires à l'acte ;
- **Charges** : coûts de la documentation, des fournitures, déplacements, salaires, services, installations, médicaments, marchandises, etc. C'est souvent la section la plus longue parce qu'une liste détaillée de ce genre de coûts est utile pour la gestion financière, le reporting et le contrôle budgétaire.

pour être correctement interprétés, et doivent être communiqués à ceux qui ont le pouvoir de prendre des décisions opérationnelles. Les rapports exigés doivent aussi être communiqués dans les temps pour donner aux responsables un temps suffisant pour corriger le tir, si besoin est. Trop souvent, les rapports financiers ont seulement pour but de satisfaire les gouvernements ou les donateurs et non de répondre aux besoins de l'organisation. Bien que ces obligations doivent être respectées pour recevoir de futurs financements, il se peut qu'il faille négocier le format des rapports ou préparer de multiples rapports financiers pour répondre à ces deux catégories de besoins.

Lorsque vous comprenez comment interpréter des états financiers et analyser des résultats, vous êtes moins susceptible de prendre de mauvaises décisions ou de vous précipiter sur des conclusions erronées. Il importe surtout de comprendre si les rapports révèlent tous les coûts, y compris les coûts indirects.

L'exactitude des données financière est primordiale mais les états financiers doivent aussi refléter la vérité en communiquant les données adéquates (pertinentes), dans les meilleurs délais une fois la transaction effectuée (au moment opportun) et sous une forme claire (simple). Les états financiers doivent illustrer, et non cacher, la situation fiscale de l'organisation.

Dans d'autres chapitres, nous examinons les critères SMART pour les principaux objectifs. Voici une technique mnémotechnique pour intégrer ces critères aux rapports financiers.

- S = Simple
- M = Mesurables
- A = Approprié
- R = Réalisable
- T = Temporellement défini

## RAPPORTS COMPTABLES STANDARD

Vous qui êtes manager, vous recevez sans doute plusieurs rapports comptables standard dont l'objet est de vous aider à déterminer la santé financière de votre organisation. Certains managers qui ne les lisent pas commettent une grave erreur. Si votre organisation utilise un logiciel comptable, les rapports clés devraient vous être communiqués suffisamment tôt pour vous permettre d'apporter d'importantes corrections aux activités et aux programmes lorsque les résultats réels ne correspondent pas aux attentes budgétaires.

Les comptables élaborent et communiquent les événements financiers passés et les performances en se servant de deux principaux outils de reporting : le bilan et le compte de résultat. Ces rapports reflètent la santé d'une organisation à un moment précis dans le temps. Ils sont générés tous les trimestres ou tous les mois.

Plus ces rapports sont fréquents et actuels, plus vous pourrez prendre des décisions au moment où il reste suffisamment de temps pour peser sur les résultats financiers à venir. La plupart des organisations seront désireuses (et y seront peut être obligées) de faire préparer et examiner ces rapports tous les ans par un cabinet comptable ou d'audit.

**Le bilan.** Le bilan concerne l'actif et le passif et les capitaux propres de l'organisation (voir un exemple dans [l'annexe A](#)). Il s'agit d'une image du solde des comptes à un moment précis. Le principe de base de la comptabilité veut que l'actif soit égal au passif plus capitaux propres. Le format standard du bilan contient deux tableaux. Le premier tableau fait état de la valeur de l'actif de l'organisation. Le deuxième tableau détaille le passif et les capitaux propres de l'organisation. Le total du premier tableau est égal au total du deuxième tableau. C'est ce que

l'on appelle des comptes équilibrés, les deux tableaux devant se compenser l'un l'autre pour faire état de la valeur d'ensemble de l'organisation.

Le bilan peut être présenté sous divers formats, tout dépend du niveau de détail souhaité, mais il doit toujours inclure :

- la valeur totale de l'actif à la date précisée ;
- la valeur totale du passif à la date précisée ;
- la valeur totale des capitaux propres à la date précisée.

**Le compte de résultat.** Le compte de résultat (que l'on appelle aussi état des pertes et profits) fait état des produits et des charges résultant des opérations de l'organisation. (Voir exemple en [annexe B.](#)) Ce tableau indique toutes les sources de produits en premier, puis les charges. La fin du rapport indique les produits moins les charges, ce qui détermine ce que l'on appelle souvent « le résultat net ». Un résultat positif indique que les activités dégagent un bénéfice, un résultat négatif indique une perte.

Les comptes de résultat sont souvent classés par service, par division ou par zone géographique. Il est ainsi plus facile de déterminer quels départements ou quels services couvrent les coûts, génèrent des bénéfices ou accusent un déficit. Les entités à but non lucratif n'ont pas le droit de préparer des comptes de résultat mais doivent préparer des rapports similaires sur les sources de fonds et leur utilisation. Toutefois, toutes les organisations, quel que soit leur statut, doivent se préoccuper de couvrir la totalité du coût des opérations et de générer des fonds pour leur expansion et leur croissance future.

Les deux autres outils clés de gestion financière qui se focalisent sur l'avenir sont les budgets et les états des flux de trésorerie.

**Budgets.** Les budgets sont l'expression des produits et des charges attendus. Ils sont généralement calculés sur la base de données antérieures, lorsqu'elles existent, et sont corrigés sur la base de projections relatives à l'inflation, la hausse ou la baisse de produits ou de charges, et à l'expansion attendue des programmes et des services. Une fois créés, les budgets deviennent un outil servant à assurer le suivi de la performance actuelle des opérations : les coûts sont-ils supérieurs aux prévisions ? Les ventes ou les services sont-ils inférieurs aux prévisions ? Le financement est-il inférieur aux prévisions ?

Examiner les résultats budgétaires et réagir rapidement vous permet de prendre des mesures de redressement avant de perdre trop d'argent ou d'autres ressources, ou d'utiliser des ressources imprévues pour tirer pleinement parti d'opportunités fortuites.

Si les budgets (planifiés) et les résultats (réels) divergent, il importe d'en analyser les raisons. Vous pouvez d'abord examiner la situation d'ensemble :

- Avons-nous fait ce que nous avons prévu de faire ?
- Est-ce que les coûts sont conformes à nos attentes ?
- Notre produit ou nos financements sont-ils au niveau prévu ?

Pour déterminer les raisons de ces écarts budgétaires, vous pouvez vous poser des questions supplémentaires :

- Y a-t-il une erreur dans les chiffres du budget ou dans les résultats financiers en raison d'une erreur commise par un employé ou d'un code inexact ?
- Les projections budgétaires étaient-elles inexactes ou incomplètes ?
- L'écart est-il lié au calendrier du produit ou des charges qui se corrigera automatiquement lors de la prochaine période comptable ?
- Le marché a-t-il changé, entraînant des coûts plus ou moins élevés, et une hausse ou une baisse de la demande de services ou de produits ?
- Les données passées étaient-elles incomplètes, inexactes ou mal interprétées, ce qui aurait produit des erreurs dans les valeurs budgétaires ?
- Les écarts sont-ils une indication de mauvaise performance, de détournement de fonds ou de changements échappant au contrôle du personnel de l'organisation ?

Après avoir analysé les raisons de ces écarts, vous pouvez trouver une réponse en posant quatre questions clés :

1. Devez-vous modifier les budgets et, par conséquent, les attentes par rapport aux charges ou aux niveaux de produits futurs ?
2. Est-il nécessaire de supprimer des activités ou de réduire les coûts ?
3. Si les écarts de budget sont positifs, est-il possible d'accroître les activités ou d'investir dans des biens à long terme ?
4. En supposant que vous n'agissez pas, vous attendez-vous à ce que les écarts se corrigent d'eux-mêmes ? Si vous choisissez de ne pas agir, votre décision doit être délibérée et non résulter d'une ignorance des données financières.

Les réponses à ces questions vous aideront à créer de meilleurs budgets à l'avenir, et vous éclaireront sur les tendances du marché ou les inefficiences au sein de votre organisation.

**États des flux de trésorerie.** Les états des flux de trésorerie détaillent les flux de trésorerie apportés à l'organisation par les donateurs, les clients et les produits des placements ainsi que les flux de trésorerie dépensés en frais généraux et administratifs, charges de programme ou investissements. Les états de flux de trésorerie ne concernent que les positions de trésorerie, de telle sorte que des facteurs tels que les effets à recevoir et les effets à payer qui n'ont pas eu encore d'impact sur la trésorerie ne sont pas pris en compte. Ces états aident les managers à prédire les besoins de trésorerie et à planifier chronologiquement les produits et les charges. Ces projections sont cruciales car une organisation peut se trouver en difficulté si les fonds de trésorerie ne sont pas disponibles au moment où les charges sont encourues. Dans l'idéal, les flux de trésorerie entrants seront supérieurs aux flux de trésorerie sortant.

## SOURCE DES DONNÉES POUR LE REPORTING

Le plan de comptes et le grand livre constituent l'épine dorsale des rapports financiers.

**Le plan de comptes.** Il s'agit d'un listing de numéros de code et de descriptions qui ventilent les types de produits, de charges, d'actifs et de passifs à propos desquels l'information sera accumulée, suivie et déclarée. Le plan de comptes doit refléter de façon équilibrée, d'une part le besoin du comptable de respecter les obligations de la loi et la pratique comptable standard, et d'autre part, ce dont les directeurs de programme ont besoin pour planifier et assurer un suivi. Il doit être suffisamment détaillé pour vous procurer les données nécessaires aux décisions à prendre et planifier les catégories ou les types de charges concernés. Toutefois,

les codes comptables ne doivent pas être si nombreux ou si complexes que la codification, l'enregistrement, le classement et le reporting des transactions financières exigent une main d'œuvre importante ou coûteuse.

Souvent, la création d'un plan de comptes relève du comptable. Il est cependant essentiel que les managers d'une organisation sachent précisément de quel genre d'information et de rapport ils ont besoin ; ainsi, un plan de comptes utile pourra être créé et mis à jour.

Il est par exemple difficile de fournir des données mensuelles sur les coûts de l'essence, si les coûts de l'eau, du pétrole, de l'électricité et de l'essence sont tous réunis dans une seule catégorie (charges). L'utilisation d'ordinateurs pour le traitement de l'information financière a grandement aidé à accroître les possibilités de codification et de reporting sans entraîner de forte augmentation de coûts ou de main d'œuvre

**Le grand livre.** C'est le principal registre financier d'une organisation. Toutes les transactions financières y sont enregistrées, soit en détail soit résumées à partir d'autres carnets ou livres subsidiaires qui assurent le suivi de catégories telles que les produits, les charges et les coûts de main d'œuvre. Les transactions sont enregistrées dans un ordre chronologique et conformément au plan de comptes.

Parfois le grand livre de comptes est constitué d'un grand livre, rempli à la main avec un stylo, mais aujourd'hui il s'agit le plus souvent d'un dossier de données et d'une série de rapports générés par ordinateur.

Vous serez un manager plus efficace si vous pouvez lier une dépense à l'activité, au service ou au département qui l'a engendrée ; vous pourrez ainsi analyser le coût par rapport au bénéfice reçu. De nombreux managers reconnaissent le besoin de systèmes intégrés dans lesquels l'information financière interagirait effectivement avec les données opérationnelles et de programme, et où l'information comptable serait liée aux budgets.

Les nouvelles technologies comme les disques durs informatiques qui peuvent stocker de grandes quantités de données, les logiciels comptables prêt-à-l'emploi et conviviaux, et les prix abordables des ordinateurs très rapides font que les managers peuvent plus facilement satisfaire leurs besoins d'information intégrée.

## DÉBITS ET CRÉDITS

Le vocabulaire de la comptabilité est particulier. Actif, passif, capitaux propres, produit et charges ont déjà été mentionnés. Le débit et le crédit sont deux autres termes importants qui prennent leur origine dans les débuts de la comptabilité en partie double. Que les comptes soient inscrits dans des grands livres sur papier ou dans des fichiers informatiques, les débits sont traités sous forme positive et les crédits sous forme négative. Conformément au principe de la balance comptable, le résultat net des débits et des crédits doit être zéro.

**Débits.** Un débit est un nombre positif, enregistré dans la colonne de gauche d'un grand livre rempli à la main. Il indique et enregistre une augmentation des actifs ou des charges, et diminue le passif et les fonds propres. Cette définition peut sembler contraire à la logique, mais c'est un protocole comptable généralement accepté. Il est possible de mémoriser ce principe.

**Crédits.** Les crédits, enregistrés dans la colonne de droite du grand livre rempli à la main, sont des nombres négatifs et enregistrent une augmentation du passif, des capitaux propres, et diminuent l'actif et les charges. Pour chaque transaction financière, les écritures comptables des débits et des crédits se compensent. L'effet net de ces transactions est un solde de zéro. Voir exemple dans [l'encadré 3](#).

### ENCADRÉ 3. Exemple de débit et de crédit

Vous souhaitez commander du papier pour l'imprimante pour un montant 1000 dollars. Ce chiffre sera enregistré dans un compte de charges intitulé « fournitures de bureau ». Cette transaction exige l'utilisation de fonds détenus dans un compte chèque, qui sont identifiés comme un actif.

Le compte de fournitures de bureau s'accroît de 1000 dollars (saisie d'un débit ou chiffre positif).

Le compte chèque est réduit de 1000 dollars (saisie de crédit ou chiffre négatif).

1000 dollars – 1000 dollars = 0, ce qui indique que les registres sont en équilibre.

Compte de caisse	Compte de charges	Net
Compte chèque – 1000 \$ (saisie de crédit)	Fournitures de bureau + 1000 \$ (saisie de débit)	0 (livres équilibrés)

Il convient de noter que dans un système comptable informatisé, l'utilisateur ne voit pas toujours les colonnes ou le placement des débits et des crédits parce que le logiciel attribuera l'état qui convient en fonction de la nature de la transaction affichée. Toutefois, il faut bien comprendre ce principe car certaines écritures comptables, telles que les écritures comptables générales ou la modification des écritures, exigeront en principe que le comptable indique à la main le côté des débits et des crédits de l'écriture comptable.

### MÉTHODES COMPTABLES

Cette section concerne trois méthodes comptables : **comptabilité de trésorerie**, **comptabilité d'engagement**, **comptabilité par activité**.

**La comptabilité de trésorerie.** Elle est relativement simple. Les produits sont enregistrés dès réception, et les charges sont enregistrées lorsqu'elles sont réglées. L'attention est portée uniquement sur le moment où les flux de trésorerie entrent et sortent de l'organisation et non sur celui où les produits ont été effectivement gagnés ou la dépense véritablement encourue ou due. Cette méthode comptable peut donner une image véritablement déformée de la situation de l'organisation.

Par exemple, si une organisation décide de payer d'avance le loyer de l'année suivante et d'acheter en décembre toutes les fournitures pour l'année qui suit, le résultat à la fin décembre pourrait bien indiquer des charges qui dépassent de loin le produit. Il n'indiquerait pas que les dépenses ont été faites pour l'achat d'actifs et d'inventaire utilisés à une date ultérieure.

De même, si les dépenses ont été encourues mais n'ont pas été réglées, les résultats financiers sembleront plus positifs qu'ils ne le sont en réalité. Avec cette méthode comptable, il est possible de manipuler les résultats financiers pour qu'ils semblent plus rentables ou pour réduire les impôts sur le revenu à payer en échelonnant dans le temps le règlement des dettes.

**Comptabilité d'engagement.** Pour présenter sa situation financière avec une plus grande exactitude, une organisation peut recourir à la méthode de comptabilité d'engagement. Dans celle-ci, le produit est enregistré lorsqu'il est gagné et les charges lorsqu'elles sont encourues, sans tenir compte du moment où les flux de trésorerie changent de main.

Deux feuilles spéciales de bilan, les **effets à recevoir** et les **effets à payer**, servent à reconnaître les produits et les charges au moment où ils se produisent. Ils sont soldés lorsque le règlement est réellement reçu ou la facture du fournisseur est réellement réglée. L'état des pertes et profits est ainsi plus exact, sans souffrir des possibles erreurs de la méthode de comptabilité de trésorerie.

Pour revenir à l'exemple précédent, dans un système de comptabilité d'engagement, le loyer ou les fournitures payés d'avance seraient enregistrés sous forme d'actif en décembre, sans affecter les comptes de charges jusqu'à ce que le loyer soit dû et l'inventaire utilisé. Chaque mois de l'année suivante, il faudra enregistrer des écritures afin de réduire les comptes prépayés et de reconnaître les charges réelles.

Vous pouvez comptabiliser l'emploi d'actifs comme les bâtiments, les véhicules ou du matériel en enregistrant la dépréciation, qui répartit le coût de l'actif sur sa durée de vie utile. Par exemple, seul un cinquième du coût d'un camion, qui devrait être en service pendant 5 ans, sera compté chaque année comme une dépense. De même, le coût d'une grosse dépense, comme la recherche et développement, est souvent amorti (à savoir étalé) sur une certaine période de temps.

**La comptabilité par activité.** La comptabilité par activité tente de calculer le coût total d'une activité, d'un projet ou d'un service via l'imputation et la ventilation des frais administratifs. Par exemple, le coût de prestation d'un examen médical inclut non seulement le temps du médecin et de l'infirmière et les fournitures utilisés pendant l'examen, mais aussi une petite portion du loyer du dispensaire correspondant à la salle d'examen, l'utilisation du matériel, y compris un pourcentage du salaire du directeur, du réceptionniste et du comptable du dispensaire.

Le but de la comptabilité par activité est de suivre et de communiquer tous les coûts de l'ensemble des activités techniques, y compris une juste proportion des coûts indirects encourus lors de l'exécution de ces activités. Deux grandes raisons plaident en faveur de la comptabilité par activité :

1. Si l'organisation est auto-suffisante, il est essentiel que vous compreniez le coût total des activités ; vous pourrez ainsi prendre des décisions éclairées sur le calcul des prix, la récupération des coûts et l'offre de services.
2. Dans une situation de donateurs multiples, ce genre de comptabilité vous permet de ne faire payer à ces derniers que les coûts qu'ils ont accepté de financer.

## TYPES DE COÛTS

En général, il existe deux catégories de coûts encourus par votre organisation : les coûts directs et les coûts indirects.

Les coûts directs sont encourus exclusivement pour un projet donné ou une activité de programme. Par exemple, une organisation peut acheter et distribuer des préservatifs dans le cadre d'un projet de planification familiale. Le coût des préservatifs sera un coût direct pour ce projet parce qu'il est directement (et uniquement) lié à cette activité.

Il existe deux grandes catégories de coûts indirects : (1) frais généraux et administratifs qui ne peuvent être imputés à une activité particulière et (2) coûts indirects liés aux activités de programme mais non exclusivement à un projet ou un programme particulier.

**Les frais généraux et administratifs.** Les frais généraux et administratifs, que l'on appelle aussi frais généraux, sont dépensés au profit de l'ensemble de l'organisation. Ils sont essentiels

à l'exécution du travail technique mais ne peuvent être directement attribués à un projet ou une activité spécifique. En voici quelques exemples :

- immobilier : littéralement, le toit au-dessus de votre tête, qui comprend le loyer et les charges ;
- main d'œuvre : salaires du personnel administratif, de la comptabilité, de l'entretien et des effectifs de la direction générale qui appuient tous les projets.
- fournitures de bureau, telles que papier, fournitures informatiques et produits d'entretien, s'ils sont utilisés par tous ;
- matériel de bureau commun, réparations et services, tels que les photocopies, l'affranchissement du courrier, le téléphone et Internet.

**Les coûts indirects des activités techniques, y compris liées à leur gestion.** Ce sont des coûts encourus précisément au profit des activités de programme, mais qui sont répartis sur plusieurs projets ou activités. Ils peuvent comprendre les salaires, les fournitures, le matériel ou autres frais encourus uniquement au profit d'activités de programme précises.

Les donateurs restreignent souvent le montant des financements susceptibles d'être appliqués aux frais généraux ; ils plafonnent le taux des frais généraux dans les budgets de projet ; ils préfèrent que les fonds servent aux activités de projet ou de programme qu'ils parrainent plutôt qu'au financement général de l'organisation. Sachant cela, votre organisation pourrait légitimement modifier certains coûts, traditionnellement indirects, en coûts directs à condition de disposer de la technologie lui permettant de réduire le fardeau de la comptabilité.

Par exemple, des photocopieurs et des systèmes téléphoniques peuvent souvent être modifiés de façon à exiger l'utilisation de codes qui facilitent l'analyse des factures par code d'activité. Des journaux de bord peuvent aussi être mis à jour à la main pour ce type de frais. Toutefois, la discipline requise pour mettre constamment ces journaux à jour, ainsi que l'effort demandé par l'analyse et le calcul mensuels de ces tableaux ne compenseront peut-être pas les avantages dérivés de l'affectation directe de ces coûts.

Il ne faut pas que les méthodes employées et les systèmes nécessaires à l'attribution directe des coûts aux projets soient si longs ou si onéreux que les inconvénients l'emportent sur les avantages.

Les coûts indirects peuvent être ensuite répartis soit en **coûts ventilables** soit en **coûts imputables**. Ils sont traités séparément dans l'[annexe C](#). Dans l'[annexe D](#), vous pouvez voir comment calculer le taux d'un coût indirect.

Lorsque les coûts liés à de multiples activités doivent être répartis parmi ces activités, la logique de répartition de ces coûts devrait en principe correspondre au bénéfice obtenu. Par exemple, si une organisation voulait ventiler le coût d'une connexion Internet et d'un serveur de courrier électronique, elle pourrait utiliser un pourcentage reflétant le nombre d'employés affectés à une activité particulière. Une activité absorbant plus de personnel devrait supporter une part plus importante des coûts des services Internet.

## MISE EN ŒUVRE DE LA COMPTABILITÉ DES COÛTS PAR ACTIVITÉ

Tout d'abord, votre organisation doit déterminer comment elle va définir ses activités (voir [encadré 4](#)) et à quel niveau de détail. Cette décision fondamentale affecte le genre de système comptable requis et peut conduire à décider la façon dont les archives sont organisées, si les archives sont réunies manuellement ou s'il est nécessaire d'acquérir un nouveau logiciel. L'information concernant le choix d'un logiciel comptable se trouve en [annexe E](#) et l'[annexe F](#) offre des conseils sur la mise en œuvre d'un nouveau logiciel.

#### ENCADRÉ 4. Définition des activités

Ce que votre organisation définit comme activité (ou projet ou sous-projet) est souvent fonction de ce que les donateurs ou les conseils d'administration exigent en termes de rapports financiers ou bien de gestion et de suivi des plans et des budgets opérationnels par les employés de programme.

Les définitions des activités, des projets ou des sous-projets dépendent de :

- la source des fonds, tels qu'un accord avec le donateur ou un contrat ;
- les domaines relatifs aux résultats de santé, comme la planification familiale, les maladies infectieuses ou la survie infantile ;
- les régions géographiques ;
- les interventions de programme, comme l'offre de service, la formation ou la communication sur le changement de comportement ;
- les services opérationnels.

La mise en œuvre d'un système comptable des coûts par activité exige que les coûts soient imputés à l'activité à laquelle ils s'appliquent *au moment où ils sont encourus*. Il faut donc un système comptable qui peut suivre et enregistrer les coûts de cette manière par le biais de processus tels que :

- feuilles de présence sur lesquelles le personnel indique le temps passé pour chaque activité codifiée ;
- bons de commande ou demandes d'achats indiquant à quelle activité un bien ou un service particulier est destiné ;
- l'affectation des frais de déplacement (y compris l'utilisation des véhicules de l'organisation) à l'activité qui encoure les frais de transport, de logement, de repas ou autres coûts liés aux déplacements.

Tout le personnel, et pas uniquement le personnel comptable, doit utiliser ces procédés parce que seul celui qui est à l'origine des frais peut savoir à quelle activité ils correspondent. Il se peut que certains hésitent à utiliser ces nouveaux procédés et formulaires au cas où votre organisation n'aurait pas déjà établi ce système. Étant donné que les systèmes de gestion dépendent des êtres humains, communiquer au personnel la raison de ces changements les encouragera à coopérer. Vous pouvez appliquer les principes du leadership et de la gestion par le changement décrit dans ce guide, plus particulièrement dans le chapitre 2, lorsque vous ferez la transition.

#### UTILISATION EFFICIENTE DES RESSOURCES

Toute personne qui dans une organisation contrôle l'utilisation ou l'achat des ressources est un manager financier. Ce rôle n'est pas limité au personnel comptable ou aux responsables qui approuvent les budgets ou signent les chèques. À des degrés divers, tout le personnel agit en tant que protecteur et gardien des actifs au nom des donateurs, des sponsors, des propriétaires et surtout des usagers qu'ils desservent.

Si vous avez la capacité d'encourir un coût, d'utiliser un actif, d'élaborer ou d'approuver un budget ou encore d'engager financièrement l'organisation, vous devez à l'occasion assumer le rôle d'un manager financier. Toute décision prise par vous qui affecte l'utilisation des ressources de l'organisation aura un impact sur l'aptitude de cette dernière à offrir le volume et la qualité des services de soins de santé escomptés.

### ENCADRÉ 5. Trois pratiques essentielles génératrices d'économies pour les directeurs financiers

**Substitution.** Si vous découvrez un déficit lors de l'examen du budget ou des états financiers, vous pouvez peut-être substituer certains intrants à moindre coût : main d'œuvre, fournitures, services en sous-traitance ou modes de déplacement, par exemple ; ou encore rechercher de nouveaux fournisseurs qui offrent des prix moins chers ou prendre des vols en classe économie au lieu de classe affaires par exemple.

**Économies d'échelle.** Vous pouvez peut-être négocier de meilleurs prix pour les biens et les services requis en achetant en grandes quantités ou en établissant des contrats à long terme avec des fournisseurs. Cette approche peut s'avérer judicieuse si des fonds de trésorerie ou des crédits sont disponibles pour les achats et si les fournitures stockées peuvent être protégées des pertes, du vol et de la détérioration.

Il est important de faire la part des choses entre des économies obtenues grâce aux achats en vrac et les coûts d'éventuelles détériorations, d'une part, et l'épuisement des fonds de trésorerie en raison de l'immobilisation de fonds dans un inventaire non utilisé et qui n'est pas disponible pour des besoins immédiats, d'autre part.

**Réduction de capacité non utilisée.** Si le personnel ou les installations ne sont pas utilisés à pleine capacité, vous pouvez peut-être les affecter à d'autres fonctions ou les « prêter » ou les « louer » à d'autres. Par exemple, des bureaux vides pourraient être loués à une autre organisation ou une secrétaire ayant du temps libre pendant la journée pourrait être formée pour se charger de quelques tâches de comptabilité. Ces employés ou ces installations représentent des coûts irrécupérables (fixes). Bien que le coût total de ces ressources ne change pas, les produits de ces coûts peuvent augmenter ou des fonds supplémentaires peuvent être générés pour compenser certains coûts.

Il est donc important de pouvoir reconnaître une **obligation financière** qui peut être définie comme une promesse de remettre les actifs d'une organisation, généralement des flux de trésorerie, en échange de biens, de services ou autres. Vous vous engagez à satisfaire une telle obligation lorsque vous créez un bon de commande, signez un accord de location ou de leasing, octroyez un contrat à un consultant ou à un fournisseur ou faites une offre d'emploi à un membre du personnel au nom de votre organisation.

En tant que manager, vous devez constamment chercher à utiliser le plus judicieusement possible des ressources limitées pour atteindre les buts et exécuter les plans stratégiques de votre organisation. L'environnement change constamment dû à des facteurs divers tels que la nouvelle technologie, les demandes du marché, la disponibilité de ressources rares et les situations politiques.

La gestion financière exige de recourir à des pratiques de gestion et de leadership, à savoir examiner attentivement la situation et détecter le changement pour saisir l'occasion de modifier des pratiques opérationnelles ou des projets afin que votre organisation puisse réagir à ces changements ou en tirer parti.

Exemples de moyens à disposition des managers pour remédier aux insuffisances et aux déviations par rapport aux plans :

- **réduire les coûts** en adoptant des mesures, par exemple suppression d'emploi ou modification des horaires d'ouverture
- **hausse des prix** des services et des produits ;
- **marketing** pour augmenter les ventes ;
- **modifier l'offre de services et de produits** pour éliminer les moins rentables ;

- **modifier le calendrier des activités ou favoriser l'expansion** pour mieux correspondre au calendrier des recettes ;
- **créer une structure d'affectation du personnel** qui instaure la séparation des tâches ;
- **mettre en œuvre des politiques de contrôle interne** qui protègent du vol, de la fraude, du détournement de fonds ou de pertes de ressources ;
- **engager un personnel comptable compétent et des auditeurs externes** et orienter les directeurs généraux à propos de leur rôle dans la gestion financière et la santé de l'organisation.

L'encadré 5 montre d'autres exemples d'optimisation de ressources rares.

Vous qui êtes manager, vous devez garder à l'esprit l'objectif ultime : offrir des services de qualité à un prix abordable pour les clients ou susceptible d'être financé par d'autres sources. Selon les circonstances, il se peut que votre aptitude à infléchir une situation soit limitée. Les donateurs précisent souvent comment les fonds donnés peuvent être utilisés et exigent comme condition de leur don de procéder au reporting. Les donateurs peuvent fixer des seuils aux budgets autorisés et des plafonds de coûts.

Les fonds donnés peuvent aussi être assortis de principes qui décrivent les catégories de coûts autorisées ou non, comme par exemple l'interdiction de dépenser les fonds dans des loisirs ou dans l'achat d'alcool.

## Gestion des risques

---

Les directeurs financiers sont souvent chargés de gérer les risques pour l'organisation. Même si certains risques sont liés aux programmes, nombre d'entre eux relèvent de la gestion financière.

Les risques ont trois éléments communs : un événement ou une pratique négative, la probabilité qu'il se produise et sa gravité. Les coûts ou les pertes peuvent être monétaires ou intangibles, tels que l'atteinte à la réputation de l'organisation, la perte de confiance des clients ou des donateurs.

### CERTAINS RISQUES LIÉS À LA GESTION FINANCIÈRE

Les directeurs financiers sont confrontés à de nombreux risques et doivent les gérer, comme par exemple :

- manque d'information sur les coûts réels de l'offre de produits ou de services ;
- supposer que vous pouvez compenser par les volumes sans reconnaître que si vous générez des pertes, le volume n'entraîne que des pertes plus importantes ;
- la dépendance vis à vis des donateurs ou d'un nombre limité de donateurs ;
- fixer des prix de services trop bas ;
- absence de contrôle de l'évolution de la situation ;
- tolérance de mauvaises pratiques de budgétisation, de planification et de reporting ;
- opportunités ratées ;
- frais généraux non couverts.

Les stratégies face au risque comprennent l'acceptation, l'évitement et le contrôle. Vous pouvez accepter le risque et subir une perte, éviter le risque ou le contrôler grâce à l'atténuation ou la contingence.

**Risque :** La possibilité qu'un événement ayant des conséquences négatives se produise.  
Risque = le coût d'un événement négatif x la probabilité de l'événement.

**Atténuation.** L'atténuation est une technique préventive. Elle exige d'analyser ce qui pourrait se produire, la probabilité d'un tel événement et quels dégâts il engendrerait. Il s'agit de mettre en place des politiques et des procédures pour garder l'œil sur tout événement ou circonstance susceptible de déclencher des événements porteurs de risque et de les éviter, de les contrôler ou d'atténuer leur gravité. L'analyse des données financières est un moyen de surveiller les risques et de quantifier les résultats.

**Contingence.** La contingence est une technique à appliquer après coup. Elle implique de disposer de plans que l'on peut appliquer rapidement au cas où l'événement malheureux se produirait. En repérant avec soin les risques possibles, il se peut que vous trouviez des solutions. La contingence offre un « remède » aux conséquences, une fois l'événement négatif survenu. Il est sage d'intégrer aux plans de projet des réserves de temps et de budget pour couvrir les risques qui ne peuvent pas être atténués.

Directives pour préparer un plan de gestion des risques dans l'[annexe G](#).

## DOCUMENTATION DES TRANSACTIONS FINANCIÈRES ET DES PISTES DE VÉRIFICATION

Toutes les transactions financières doivent être soigneusement documentées, de l'autorisation initiale au règlement final. Elles comprennent les bons de commande approuvés, les reçus d'expédition et les factures des fournisseurs datées et détaillées. Il faut que toutes les transactions puissent être retracées aux rapports financiers et aux écritures bancaires. Pour ce faire, il faut généralement attribuer un numéro unique de transaction à chaque transaction financière dont le flux va de la documentation source au système comptable et aux rapports ultérieurs.

Toutes transactions doivent documenter l'approbation préalable du directeur concerné et autorisé ou du responsable des activités. L'approbation préalable est un élément essentiel du contrôle financier. Si l'approbation n'est pas obtenue une fois la transaction effectuée et le chèque signé, il est trop tard pour éviter une utilisation non approuvée ou un détournement de fonds. [L'encadré numéro 6](#) offre des conseils pour s'assurer que l'approbation est justifiée.

La documentation doit clairement indiquer l'objet de la dépense et, le cas échéant, le contrat du donateur ou la source de financement concernés. Si la comptabilité par activité est celle qu'a choisi votre organisation, l'activité et son code d'imputation doivent apparaître sur la documentation.

### ENCADRÉ 6. Questions à poser lors de la procédure d'approbation

- Les biens ou services souhaités sont-ils nécessaires à l'activité ou aux opérations générales ?
- Cette transaction est-elle conforme aux politiques de l'organisation et aux exigences du donateur et sont-elles conformes à l'État de droit ?
- Le prix fixé est-il raisonnable ?
- Y a-t-il des fonds dans le budget pour financer ces coûts ?
- Cette dépense est-elle dans l'intérêt de l'organisation et de ceux au service desquels elle se trouve, et non dans celui du personnel ou de la direction ?

## DOCUMENTATION JUSTIFICATIVE PAR CATÉGORIE DE DÉPENSE

Les factures doivent être adressées à l'organisation et non aux employés individuellement, sauf dans les cas de remboursements de frais de déplacement qui seront effectués au nom de la personne en déplacement. C'est une indication que les coûts facturés sont de nature professionnelle et non personnelle.

En outre, tous les reçus et les factures doivent clairement indiquer le nom et l'adresse du fournisseur, le détail des biens et services procurés, et la ventilation des coûts. Il faut utiliser des justificatifs. Un justificatif est une feuille de couverture qui résume rapidement les transactions : numéro de chèque, montant, codification du compte, codification de l'activité, date de transaction et approbation.

**Salaires et avantages sociaux des employés.** La documentation requise pour payer les salaires et offrir des avantages sociaux comprend :

- feuille de présence signée, datée et approuvée pour chaque employé ;
- tableurs ou autres documents d'archive indiquant les retenues pour les impôts ou autres retenues ;
- documentation indiquant, pour chaque employé, payé, pension de retraite et autres avantages sociaux ;
- documentation sur les augmentations de salaire, approuvées par un responsable autorisé ;
- documentation sur les politiques relatives au personnel et les barèmes des salaires indiquant les avantages sociaux auxquels ont droit les employés et les retenues auxquelles ils sont assujettis.

**Règlement des consultants ou des sous-traitants.** Les documents suivants doivent être exigés pour ces règlements :

- un exemplaire du contrat signé ou de l'accord avec le consultant détaillant les conditions de paiement et les obligations concernant l'acceptation des services techniques ;
- un cahier des charges ;
- une facture du sous-traitant ou du consultant ;
- approbation écrite par un haut cadre technique certifiant que le travail est terminé et de qualité acceptable.

**Matériaux et fournitures.** Pour régler les matériaux et les fournitures, il faut :

- une demande d'achat ou un ordre de réquisition approuvé ;
- un bon de commande approuvé ;
- une facture détaillée du fournisseur ;
- preuve de la réception de tous les articles en bon état, conforme aux spécifications ;
- approbation des coûts finaux et de la codification.

**Loyer et coûts d'occupation.** Les documents doivent comprendre :

- le contrat de location signé ;
- les factures détaillées des compagnies de services publics (gaz, électricité, etc.)
- reçu du loyer.

**Matériel et immobilisations.** Il s'agit généralement de biens coûteux et durables, d'une durée de vie supérieure à un an. L'organisation ou ses donateurs fixent des plafonds de coût et de durée de vie du matériel et autres biens d'équipement. Il faudrait avoir :

- un processus d'achats documenté, notamment spécifications techniques, cotation de prix et notes de sélection ;
- approbation des conseils d'administration ou du comité des soumissions, le cas échéant ;
- une facture de fournisseur ;
- preuve que l'article a été livré et était en bonne condition ;
- information qui vous permet de retrouver les biens dans les dossiers d'inventaire, comme par exemple numéros de série, numéro de modèle, description des biens, date de mise en service, coût et emplacement physique du bien ;
- détails sur l'élimination ou la mise au rebut des biens que ne sont plus en état de service ou nécessaires.

**Remboursement des frais de déplacement.** Si les frais de déplacement sont payés directement par le personnel puis remboursés par l'organisation, la documentation suivante doit être exigée :

- demande de remboursement de frais de déplacement, signée et datée par le voyageur, y compris un itinéraire complet indiquant la raison de ce déplacement ;
- reçus de logement, le cas échéant ;
- reçus d'autres frais de déplacement comme les dépenses de taxi, de billet d'avion et les frais de visa ;
- preuve que le déplacement a été approuvé par une personne autorisée ou par le donateur avant le voyage.

Outre la documentation liée aux transactions financières spécifiques, il est essentiel d'avoir des politiques et des procédures financières et opérationnelles bien documentées. Elles assurent un cadre dans lequel votre personnel assume ses responsabilités, et elles fixent des attentes de résultats. Ces politiques et procédures définissent aussi la toile de fond par rapport à laquelle votre organisation sera audité et tenue pour responsable par la direction, les propriétaires et les bailleurs de fonds.

Les bailleurs de fonds exigent des politiques et des procédures claires et documentées pour apporter la preuve d'une situation maîtrisée et s'assurer que les actifs seront traités conformément à des pratiques de gestion solides et d'une manière qui appuie la mission. L'importance des politiques, des procédures et des directives pour l'établissement et la documentation des procédures d'exploitation standard sont discutées dans la section « [Recours aux politiques et procédures pour renforcer le contrôle interne](#) ».

## Conflit d'intérêt et conduite contraire à l'éthique

---

Un conflit d'intérêt existe lorsqu'une personne en situation de pouvoir ou de confiance a des intérêts personnels et professionnels contraires qui l'empêchent d'assumer ses responsabilités de façon impartiale. Par exemple, un employé peut exploiter sa situation professionnelle pour en tirer des avantages personnels ou professionnels en travaillant pour un employeur concurrent.

Un conflit d'intérêt peut exister même lorsqu'il ne résulte pas d'actes inappropriés. S'il l'acte ou la relation peut être interprété comme étant inapproprié par l'opinion publique, même cette éventuelle *apparence* de conflit d'intérêt doit être évitée.

### CATÉGORIES DE CONFLITS D'INTÉRÊT

Plusieurs situations peuvent susciter un conflit d'intérêt ou l'apparence d'un tel conflit :

- Un emploi extérieur peut provoquer un conflit d'intérêt ou une situation de concurrence entre les deux emplois.
- Si un époux, une épouse ou un proche est employé par une entreprise qui vend des biens et des services à votre organisation, une décision impartiale peut s'avérer impossible ou sembler impossible.
- Engager ou promouvoir un membre proche de la famille peut avoir l'apparence du népotisme, du favoritisme dû à une relation familiale.
- Les cadeaux des amis et associés qui veulent faire des affaires avec votre organisation pourraient être une forme de pots de vin (ou considérés comme tels).
- Si un responsable des achats reçoit un bonus sur la base de la quantité d'achats inférieurs au budget de l'année, l'incitation financière peut motiver cette personne à acheter des articles de mauvaise qualité à un prix inférieur au lieu de chercher des biens de qualité au meilleur prix pour l'organisation.

### AUTRES ACTES INAPPROPRIÉS

L'utilisation de biens et de matériel appartenant à l'organisation ou aux pouvoirs publics à des fins personnelles ou pour en tirer profit est généralement considérée comme contraire à l'éthique. Une telle utilisation constitue une fraude.

### MOYENS D'ATTÉNUER LES CONFLITS D'INTÉRÊT

Le meilleur moyen de gérer les conflits d'intérêt est de les éviter absolument, mais ce n'est pas toujours possible. Les moyens de limiter l'influence des conflits d'intérêts comprennent :

- **Récusation** : s'abstenir de participer à une décision organisationnelle représentant pour cette personne un conflit d'intérêt réel ou apparent.
- **Divulgarion** : déclarer publiquement tout conflit d'intérêt potentiel pour que ce soit clair en cas d'influence excessive éventuelle
- **Évaluation par un tiers** : engager un cabinet indépendant, compétent, respecté pour prendre une décision organisationnelle lorsque la personne habituellement chargée de prendre cette décision a un conflit d'intérêt.
- **Code d'éthique** : directives écrites qui décrivent les comportements attendus, les actions en cas de conflit d'intérêt et les actes interdits.

La preuve de l'existence de conflits potentiels pourrait amener les donateurs à se retirer ou pousser les concurrents à déposer plainte ou à faire une déclaration publique portant atteinte à la réputation de votre organisation. En cas d'utilisation de fonds publics, des accusations de corruption pourraient déboucher sur des poursuites judiciaires, des pénalités ou mêmes des peines de prison. En outre, si les membres de votre personnel pensent que les employés responsables des achats tirent un profit personnel de leur situation car ils reçoivent, personnellement ou pour leur famille, des cadeaux ou des privilèges des fournisseurs, un mauvais moral peut pourrir l'atmosphère et altérer les performances de votre organisation.

Le chapitre 3 de ce guide comprend des discussions sur la prévention des conflits d'intérêt, notamment pour les membres du conseil d'administration.

### AGRÈMENT PRÉALABLE DES VENDEURS

Bien qu'il soit recommandé que votre organisation choisisse ses fournisseurs dans une situation de concurrence ouverte et totale, procéder de la sorte pour chaque transaction peut prendre du temps et coûter cher. Une technique courante, utile pour les achats récurrents, comme par exemple les fournitures de bureau ou les services d'agence de voyage, est l'agrément préalable.

Pour préalablement agréer un fournisseur, suivre la totalité de la procédure d'achat pour choisir un fournisseur offrant des biens ou des services précis au meilleur rapport qualité-prix. Une fois choisi, ce fournisseur peut être agréé comme fournisseur préférentiel pour ce type de biens et de services pour une période donnée (généralement une année ou moins) et dans une fourchette de prix donnée. En utilisant un bon de commande ou un [accord d'achat général](#), vous pouvez utiliser ce fournisseur pour de futurs achats similaires sans devis ou soumission supplémentaire.

La procédure suivie et les critères d'agrément préalable, notamment les dispositions relatives à la révision et au renouvellement de l'agrément, doivent être soigneusement documentés, ce qui allège la procédure, fait gagner du temps et ménage les efforts.

## Gestion des approvisionnements

Les approvisionnements comprennent les procédés d'achat ou de passation de contrat pour des services et des biens, notamment les médicaments et les contraceptifs. Ces procédés peuvent inclure des biens et des services commerciaux facilement disponibles sur le marché ou des services techniques spécialisés fournis sur contrat par des consultants et des contractuels.

Étant donné qu'une partie importante des ressources financières de votre organisation sera probablement engagée pendant la procédure d'approvisionnement, des pratiques d'approvisionnement solides sont cruciales. Les politiques et procédures doivent être en place pour guider des dépenses pertinentes et déontologiques, et libres de corruption, de fraude et d'intérêt personnel des employés. Lorsque les fonds publics ou ceux des donateurs sont utilisés, les approvisionnements peuvent être assujettis à des lois et des réglementations strictes interdisant la corruption ou les pots de vin (définis dans l'[encadré 7](#)) et exigeant la divulgation de [conflits d'intérêt](#) potentiels.

#### ENCADRÉ 7. Qu'est-ce qu'un pot de vin ?

Les pots de vin sont des règlements ou autres types de rémunération destinés à influencer ou à tirer profit d'une personne ou d'une société. Dans les faits, les pots de vin sont des sommes versées illicitement par des fournisseurs potentiels. Une personne ou une entreprise utilise les pots-de-vin pour obtenir des avantages non mérités ou saisir des opportunités par rapport à d'autres fournisseurs potentiels, même lorsque les concurrents sont souvent plus qualifiés ou offrent des prix plus compétitifs. Donner ou recevoir des pots-de-vin est considéré comme un délit dans de nombreux pays car ils entravent le bon fonctionnement de la concurrence sur le marché et empêchent d'offrir des chances égales à tous les fournisseurs potentiels.

Les politiques et procédures d'approvisionnement de votre organisation doivent être documentées par écrit et communiquées à tous les membres du personnel habilités à acheter des biens et des services pour le compte de l'organisation. Les politiques et pratiques d'approvisionnement doivent respecter la législation locale, les pratiques comptables généralement acceptées et les exigences des donateurs, le cas échéant.

Les politiques et les procédures doivent aussi refléter la philosophie et les valeurs de l'organisation et de ses donateurs. Pour finir, les politiques et procédures d'approvisionnement doivent protéger au mieux l'intérêt de l'organisation mais être suffisamment souples pour intégrer des critères supplémentaires dans le cas de donateurs multiples.

Deux autres principes de base s'appliquent à toutes les activités d'approvisionnement :

1. Les préférences personnelles ne doivent pas peser sur les décisions d'achat. Toutes les offres doivent être étudiées objectivement.
2. Les approvisionnements doivent être ouverts et équitables (et en avoir l'apparence). L'organisation dépense les fonds d'autrui, qu'il s'agisse d'un donateur, de contributeurs privés ou d'actionnaires. Une intendance solide de ces fonds est essentielle.

L'utilisation des fonds des donateurs ou du gouvernement vous soumettra peut-être à des règles et des niveaux de complexité supplémentaires, dont certains allant à l'encontre des pratiques courantes de votre organisation ou des pratiques standard du lieu où vous travaillez. L'organisation doit décider si elle a la volonté et la capacité de se conformer à ces règles avant d'accepter les fonds. Si vous acceptez ces fonds, les politiques, procédures et structures de fonctionnement de votre organisation doivent garantir le respect de ces obligations.

### PROCÉDURES D'APPROVISIONNEMENTS ESSENTIELLES

Lorsqu'une organisation achète des biens et des services, elle doit suivre plusieurs procédures :

- Tous les approvisionnements doivent être autorisés comme il se doit avant l'achat, conformément aux contrôles internes et au pouvoir des signataires établis dans l'organisation.
- Les approvisionnements doivent être raisonnables et nécessaires aux activités et aux opérations.
- Les fonds doivent être suffisants pour couvrir les achats. Si les fonds ne se trouvent pas dans le budget, ils doivent être mobilisés ou une décision doit être prise en vue de réduire ou d'éliminer d'autres coûts.
- Des bons de commande doivent être rédigés pour les achats de tous les biens, sauf ceux qui sont achetés avec la caisse. Les bons de commande formalisent un accord entre l'organisation et le fournisseur, et définissent les droits et responsabilités de chaque partie.
- Les biens achetés doivent être les plus avantageux pour l'organisation lorsque les facteurs de prix, de qualité et autres sont pris en compte. Ce qui est compte est d'obtenir le meilleur rapport qualité-prix et pas nécessairement le prix le plus bas.

Une concurrence ouverte implique de recevoir de multiples soumissions de fournisseurs potentiels, ce qui vous aidera à obtenir les prix les plus bas ou le meilleur rapport qualité-prix. Une compétition ouverte contribue à éviter la collusion entre les agents d'approvisionnement et les fournisseurs, susceptible d'entraîner une entente sur les prix, la corruption, les pots de vin ou toute autre conduite contraire à l'éthique. Le niveau de concurrence doit être le reflet du niveau de risque auquel est confrontée l'organisation et des conséquences de pratiques inappropriées.

## ÉLÉMENTS DE PRATIQUE D'APPROVISIONNEMENT SAIN

Une concurrence ouverte implique de solliciter de multiples offres auprès de fournisseurs éventuels, de vous aider à obtenir le prix le moins cher ou le plus avantageux. Il importe d'obtenir la meilleure qualité d'ensemble pour le prix et non nécessairement le prix le moins cher. Le bon sens et l'aspect pratique sont des atouts importants pour l'élaboration de pratiques d'approvisionnement. Pour être efficaces, les impératifs en matière de procédures et de documentation ne doivent pas être plus lourds qu'il n'est nécessaire par rapport au risque encouru. En général, les procédures couvrent divers niveaux de charges et deviennent plus détaillées et complexes lorsque les risques augmentent. Les procédures doivent s'appliquer uniformément à tous les achats de même nature, portée et dimension, quelle que soit l'entité qui reçoit les biens et les services.

Votre organisation doit s'efforcer de sélectionner des biens et des services qui offrent la meilleure valeur et reconnaître que la valeur n'est pas nécessairement équivalente au prix le plus bas (voir [encadré 8](#)). Les achats doivent être de qualité pour les fonds déboursés mais ne doivent pas nécessairement dépasser les critères de sélection.

Les critères utilisés et l'analyse des offres doivent se faire par écrit et être classés avec les dossiers d'approvisionnement. Une note de sélection sert à documenter le processus de sélection et les critères pris en compte. Il ne doit pas exister de conflit d'intérêt ni d'apparence de conflit d'intérêt qui empêche le choix impartial ou fait que certains membres du personnel en tirent des bénéfices personnels.

Les articles à acheter doivent être clairement définis en fonction de spécifications techniques ou d'un cahier des charges, ce qui réduit les risques, vous aide à obtenir ce dont vous avez besoin et définit clairement ce que vous attendez du fournisseur.

L'usage correct des instruments d'achats (bons de commande, lettres ou contrats de consultants, et contrats de sous-traitance) est abordé en détail dans la [section suivante](#).

### ENCADRÉ 8. OBTENIR LA VALEUR LA PLUS JUSTE

Bien qu'il soit toujours désirable d'obtenir un prix bas, d'autres facteurs sont à envisager lorsqu'il s'agit de déterminer quel fournisseur offre la valeur la plus juste. Ces facteurs comprennent :

- la qualité et les caractéristiques des biens et des services proposés ;
- la disponibilité et le délai de livraison des biens et des services requis ;
- les coûts supplémentaires, qu'il faut ajouter aux prix de base pour tenir compte du coût total d'un article, par exemple :
  - frais de livraison et d'installation ;
  - frais anticipés se rapportant à l'entretien de routine, au service et aux pièces de rechange ;
  - coûts cachés liés à l'exploitation inefficace du matériel, aux retards de livraison ou à la mauvaise qualité qui affecte d'autres processus ;
  - réputation du fournisseur et de ses politiques et pratiques liées aux garanties et aux cautionnements ;
  - conditions de paiement .

Ayez recours à ceux qui utilisent les biens et les services pour vous aider à analyser la qualités et les coûts cachés et à déterminer la valeur la plus juste.

## LE CYCLE D'APPROVISIONNEMENT

L'approvisionnement suit en général la séquence des événements ci-dessous :

1. Détermination des besoins, après avoir posé les questions suivantes :
  - Quels biens ou services seront nécessaires ?
2. Détermination de la stratégie d'approvisionnement, après avoir posé les questions suivantes :
  - Quel type de mécanisme d'approvisionnement sera utilisé (par exemple, bon de commande, contrat) ?
  - Quel degré de concurrence est nécessaire ?
  - Quelles politiques et procédures sont applicables à ce type et ce volume d'achats ?
3. Délivrance des documents de demande de soumission, qui comprennent généralement :
  - un cahier des charges des services ;
  - des spécifications techniques des biens ;
  - les critères de sélection qui seront utilisés.
4. Sélection du fournisseur, qui doit comprendre la documentation justifiant le choix, particulièrement si le fournisseur ne propose pas le prix le plus bas ;
5. Négociation des prix et des conditions ;
6. Octroi du contrat ou du bon de commande définitif au fournisseur ;
7. Reçus des biens et des services ;
8. Clôture, acceptation et règlement, suivi du classement de la documentation d'approvisionnement.

## OBLIGATIONS RELATIVES AUX DEMANDES DE SOUMISSION

Les demandes de soumission sont des demandes délivrées à des fournisseurs potentiels lorsque vous souhaitez acheter des services, des produits ou autres. Le format et le contenu de la demande de soumission varient en fonction de la complexité de l'achat proposé. Toutefois, toutes les demandes de soumission doivent comprendre :

- une description claire et précise des spécifications techniques requises pour le matériel, le produit ou le service devant être fourni :
  - Dans des approvisionnements concurrentiels, une telle description ne doit pas inclure de caractéristique qui limite inutilement la concurrence à une marque ou à une personne donnée.
- exigences devant être respectées par le soumissionnaire ou le vendeur ainsi que tout autre facteur servant à évaluer les offres ou les propositions ;
- une description, quand cela est pratique, des spécifications techniques : fonctions devant être exercées ou performance exigée, notamment la fourchette des caractéristiques acceptables ou des normes de qualité minimum acceptées ;
- les caractéristiques spécifiques que les soumissionnaires doivent respecter lorsque de tels articles sont inclus dans la demande de soumission ;
- le cas échéant, caractéristiques telles qu'efficacité énergétique, respect de l'environnement ou autres facteurs qui se réfèrent aux valeurs de l'organisation.

Deux formes courantes de demande de soumissions sont les appels à devis et les appels d'offres, comme décrits ci-dessous.

**Demandes de prix.** Elles sont généralement utilisées pour les produits du commerce et les services de routine. Il est demandé au fournisseur de déclarer le coût de biens et de services.

Il se peut qu'on lui demande aussi de communiquer des informations supplémentaires, comme la date et les frais de livraison, les frais d'entretien et d'installation. Vous ne devez jamais révéler au vendeur quels éléments seront pris en comptes lors de la sélection finale. Les prix cotés ne sont pas contraignants mais peuvent servir de base à un bon de commande contraignant.

**Demande de proposition.** Les demandes de propositions sont généralement employées dans le cadre de la prestation de services techniques. Les propositions soumises par les fournisseurs potentiels sont contraignantes, généralement dans un délai convenu. Un appel d'offres décrit de façon très détaillée le travail à exécuter, les conditions de livraison et autres critères devant être satisfaits. Si vous prenez le temps et vous appliquez à rédiger une demande claire et exhaustive, elle devrait mener à des offres de grande qualité qu'il est facile d'évaluer.

## INSTRUMENTS D'APPROVISIONNEMENT

Un instrument d'approvisionnement est un document ou un contrat qui lie l'organisation et le fournisseur et décrit en détail les conditions de la vente. Le type d'instrument d'approvisionnement utilisé doit être adapté aux biens ou aux services achetés. Il doit préciser tous les détails requis par le vendeur pour garantir que les biens ou services nécessaires seront fournis dans les délais requis. Il doit aussi documenter le prix et les conditions de règlement convenus et toute clause d'annulation ou de modification. Ces détails permettent d'éliminer une confusion éventuelle, des litiges juridiques et des réclamations d'ordre financier.

Plusieurs instruments d'approvisionnement courants sont décrits ci-dessous. Nous n'avons pas indiqué d'exemple précis car les contraintes juridiques varient selon les pays et les conditions imposées par les donateurs doivent, le cas échéant, être incluses. Nous avons indiqué les éléments que vous devez inclure dans chaque instrument pour veiller à ce que ce dernier soit exactement et correctement rempli et que votre organisation et le fournisseur soient sur la même longueur d'onde. Les formulaires utilisés doivent être personnalisés et porter le logo, l'adresse de votre organisation les coordonnées des personnes à contacter.

Les **bons de commande** sont généralement utilisés pour l'achat de produits disponibles dans le commerce. Ils décrivent :

- la quantité et la description des articles devant être fournis (les numéros de pièce et de modèle peuvent être inclus) ;
- la date à laquelle les articles doivent être livrés ;
- le prix indiqué ;
- les conditions de règlement et de facturation
- les instructions de livraison.

Un **bon de commande** de services peut être employé pour l'achat de services administratifs et d'appui comme par exemple comptabilité, service de nettoyage des bureaux, secrétariat ou services juridiques. Ces services sont disponibles sur le marché. Un bon de commande de service doit aussi être utilisé lorsque le résultat du service est similaire à un produit. Les documents de formation et les traductions de documents sont des exemples de tels produits.

Un bon de commande de services contient généralement :

- le délai d'exécution ;
- un cahier des charges ou des termes de référence ;
- le responsable du travail ;
- une liste de tout produit réalisable, par exemple rapport, devant accompagner le travail ;

- le prix à régler ;
- conditions de règlement et de facturation.

Des **lettres** ou **contrats** de consultants servent à acheter des services techniques à court terme auprès d'un particulier. De telles personnes sont indépendantes et ne sont pas employées par d'autres organisation ou organes gouvernementaux. Les services techniques se rapportent à la mission principale de l'organisation et aux activités de programme. De tels services peuvent être fournis par un membre du personnel mais ils peuvent aussi être achetés auprès d'une source extérieure pour une ou plusieurs raisons, à savoir :

- L'organisation manque d'effectifs.
- Le service n'est exigé que pour une période courte et ne justifie pas le recrutement de personnel à long terme.
- Les membres du personnel de l'organisation n'ont pas l'expérience ou les compétences requises pour les services devant être fournis.
- Former le personnel pour qu'il assure ce service est plus cher et moins efficace que d'engager un expert à court-terme.

Les lettres ou contrats des consultants précisent en général :

- le niveau d'effort que le consultant est supposé assurer (normalement exprimé en jours) ;
- le tarif quotidien devant être réglé en échange des services ;
- un accord sur les frais de déplacement ou menus frais pouvant être remboursés ;
- le délai d'exécution, les dates auxquelles les services doivent être assurés ;
- un cahier des charges détaillé qui décrit la nature de la prestation de services ;
- une liste des réalisations connexes devant être fournies, comme des rapports ;
- un responsable technique dans l'organisation qui recrute ;
- des instructions de facturation, notamment la personne à qui la facture doit être envoyée et la date d'envoi.

Un **contrat de sous-traitance** sert à acheter des services techniques auprès d'une organisation. Le règlement est fait à l'ordre de l'organisation récipiendaire, qui paie ensuite les personnes ayant effectué le travail. La demande de soumissions doit décrire quel genre d'instrument contractuel sera utilisé pour l'octroi du contrat. Les contrats de sous-traitance à prix fixe ou de remboursement des coûts sont les deux types de contrat les plus courants.

- Un **contrat de sous-traitance à prix fixe** paie un montant forfaitaire à l'organisme prestataire de service, quels que soient les coûts encourus par l'organisme pour la prestation de service. Un contrat à prix fixe est moins lourd à administrer, mais il exige que le prestataire et l'acheteur disposent tous deux d'information et de connaissances suffisantes pour se mettre d'accord sur un prix fixe.
- Un **contrat de sous-traitance de remboursement des coûts** rembourse le prestataire de tous les frais réellement encourus à l'occasion de la prestation de service, jusqu'à un plafond autorisé.

Tous les accords d'approvisionnement comme les bons de commande de service, les contrats de consultants et les contrats de sous-traitance doivent être négociés et signés avant le début des prestations. Le respect de cette procédure signifie que tous les prix et conditions agréés sont acceptés avant d'engager les fonds.

## DEMANDES D'ACHATS

Les demandes d'achats sont des documents de contrôle interne utilisés par un membre du personnel qui indique la nécessité d'acheter un bien ou un service. Ce formulaire permet d'obtenir une autorisation préalable auprès du responsable du budget ou du responsable habilité et de lancer la procédure d'achat.

Les demandes d'achats peuvent se faire par memorandum ou par email, mais un formulaire standard est recommandé pour résumer l'ensemble de l'information et servir de document essentiel au dossier d'achat. Les demandes d'achat doivent inclure :

- spécifications exhaustives et précises des biens ou services à acheter, notamment les informations relatives aux prix, le cas échéant ;
- la quantité demandée ;
- tout service connexe nécessaire (par exemple, installation, entretien régulier) ;
- fournisseurs éventuels, s'ils sont connus ou recommandés ;
- le destinataire et l'adresse de livraison ;
- la date de livraison désirée ;
- toute obligation contractuelle spéciale ;
- tout critère de sélection spécial.

Une demande d'achats approuvée lance le cycle d'approvisionnement et procure l'information initiale requise par l'agent d'approvisionnement ou le comité chargé des offres.

## Gestion des déplacements

---

A bien des égards, les politiques et procédures relatives aux déplacements suivent toutes les directives établies pour les achats en général car le transport, le logement et les services connexes sont achetés. Toutefois, certains éléments sont spécifiques aux déplacements et vous devez en tenir compte.

Avant d'améliorer les procédures s'appliquant aux déplacements, analysez les catégories de déplacements les plus fréquents dans votre organisation, ainsi que les facteurs ci-dessous.

- Quels sont les motifs de la plupart des déplacements : assister à des réunions ou faire des démarches dans la région ? aller en zone rurale ou dans des régions reculées pour mener des activités de programme ? aller à l'étranger pour assister à des conférences ? Les déplacements concernent-ils la plupart des membres du personnel ou sont-ils limités aux managers ?
- Les frais de déplacement sont-ils financés par les donateurs ? Les donateurs imposent souvent des politiques strictes pour les déplacements et les frais connexes.
- Votre organisation est-elle propriétaire de son/ses véhicule(s) ? Les membres du personnel sont-ils supposés utiliser leur véhicule personnel pour leurs déplacements professionnels ?
- Y a-t-il des transports publics et quel est l'état du réseau de transports ?
- Votre organisation a-t-elle d'autres préoccupations concernant les déplacements ?

## RESPECT DES LOIS ET DES RÉGLEMENTATIONS

En premier lieu, vous devez rédiger des politiques de déplacement qui respectent les lois locales et les exigences des donateurs, et mettre des procédures en place pour que ces

politiques soient suivies de façon constante. Si votre organisation reçoit des financements de sources multiples, les politiques de déplacement doivent soit satisfaire toutes les exigences, soit être bien documentées et pouvoir être modifiées pour se conformer aux conditions de financement diverses.

Certaines exigences courantes se rapportent aux points suivants :

- immatriculation, taxation et assurance des véhicules appartenant à l'organisation ;
- assurance responsabilité civile couvrant les frais médicaux et autres coûts relatifs aux passagers dans le cas où le véhicule de votre organisation est impliqué dans un accident de la circulation ;
- politiques concernant la conduite des véhicules, comme l'interdiction de conduire en état d'ivresse et l'obligation de porter la ceinture de sécurité pour le conducteur et les passagers ;
- limiter l'utilisation des véhicules procurés ou financés par les donateurs aux déplacements officiels et non personnels ;
- restriction des frais de déplacement (transport et logement) aux classes économique ou standard, les déplacements en classe affaires n'étant permis que dans certaines circonstances. (La plupart des donateurs interdisent que l'on utilise leurs fonds pour des déplacements en première classe ou des hôtels de luxe pour que des fonds supplémentaires soient réservés aux activités de programme).

Les donateurs et les gouvernements fixent souvent des tarifs et des méthodes de remboursement du personnel pour les repas et autres frais de déplacement encourus lors de déplacements professionnels. Pour veiller au respect de ces réglementations, il faut instaurer des procédures et des politiques.

Votre organisation doit aussi se demander si ces politiques s'appliqueront aux déplacements financés par d'autres sources. Avoir une politique de déplacements uniforme présente des avantages, mais appliquer à tous les déplacements de votre organisation les règles très contraignantes des donateurs n'est pas forcément dans l'intérêt de votre organisation.

### **FIXER DES NORMES ET DES TARIFS POUR LES ALLOCATIONS JOURNALIÈRES**

Lorsque les plafonds ou les politiques d'allocation journalière et de frais de déplacements ne sont pas imposés par les donateurs ou par les organismes gouvernementaux, votre organisation devra établir ses propres critères. Il faut tenir compte, entre autre, des besoins des personnes en déplacement :

- Quels sont les besoins des professionnels en déplacement ? Les obligations professionnelles sont telles que, souvent, des services hôteliers tels qu'une connexion Internet fiable, des salles de réunion et des centres de conférence bien équipés et autres prestations sont indispensables aux voyageurs.
- Votre personnel se déplace-t-il à l'étranger ? Est-ce que la langue, des facteurs tels que le régime alimentaire, la religion ou la culture affectent les choix d'hôtels ou le coût des repas et autres frais de déplacement ?
- Quels moyens de transport ou accords concernant les jours de déplacement, les escales et autres garantiront un rapport coût-efficacité mais aussi la sécurité, le bien-être et la productivité du personnel ?

## ASSURER LA SÉCURITÉ DU PERSONNEL ET DES VÉHICULES

Les politiques de déplacement doivent comprendre des éléments qui assurent la sécurité du personnel lors de déplacements dans les véhicules de l'organisation ou dans les transports publics. Ces politiques dépendent du contexte local. Les interdictions, obligations et limites comprennent en général :

- interdire ou limiter les déplacements de nuit ou sur certaines routes ;
- interdire les fautes de conduite, comme par exemple les excès de vitesse, et demander au personnel de payer de leur poche les amendes encourues en cas d'enfreinte aux règles de circulation ;
- exiger que le personnel porte la ceinture de sécurité ;
- exiger que les véhicules soient bien entretenus et équipés de roue de secours, d'outils de base et de trousse de secourisme ;
- exiger que les véhicules de service ou de location soient uniquement conduits par des chauffeurs bien formés et expérimentés, et ayant les permis nécessaires.
- exiger que les véhicules soient gardés ou sécurisés la nuit ou lorsque les chauffeurs attendent leurs passagers ;
- limiter les catégories de transport public pouvant être utilisés et les circonstances d'utilisation ;
- limiter l'utilisation des compagnies aériennes low-cost et des compagnies de transport qui ont violé ou violent les règles de sécurité ;
- exiger un choix d'hôtels ou autres logements qui offrent sûreté, sécurité et accès aux services administratifs.

## PROTECTION CONTRE LES EXCÈS ET LES ABUS LIÉS AUX DÉPLACEMENTS

Les frais de déplacement sont surveillés de près par les donateurs et la population parce que ce sont des domaines dans lesquels les excès et abus sont courants. Les principes généraux qu'il faut appliquer sont les suivants :

- Tous les déplacements facturés à votre organisation ou aux donateurs doivent se rapporter à des coûts encourus en menant ou en supervisant des activités de programme
- Les frais doivent être ordinaires, nécessaires et raisonnables et concerner le travail planifié, et répondre à ces trois questions :
  - Le déplacement proposé est-il nécessaire ? Un coup de fil ou un email pourrait-il déboucher sur le même résultat ?
  - Le déplacement peut-il être coordonné avec d'autres besoins de déplacement ?
  - Quel est le moyen de déplacement le plus économique ? Il faut tenir compte du temps de déplacement lors du calcul des coûts. Un voyage en car qui dure une journée entière n'est pas nécessairement le moyen de transport le plus économique s'il existe un vol long d'une demi-heure pour la même destination.

Vous devrez être attentifs à ce qui suit :

- **Les frais de transport en classe affaires et les logements luxueux, et les déplacements des membres de la famille** : De tels frais sont contrôlés de près. Les frais couvrant les époux/épouses et membres de la famille des membres du personnel ou les déplacements en fin de semaine et pendant les

vacances sont aussi contrôlés. Les déplacements des cadres supérieurs et des membres du conseil d'administration sont aussi particulièrement préoccupants car ces déplacements sont souvent des « privilèges » ou des avantages, plutôt qu'une nécessité professionnelle.

- **Les frais de repas** : Les repas doivent être raisonnables, en fonction du travail et du lieu, mais ne doivent pas être somptueux. L'organisation doit réfléchir pour savoir si les frais de boissons alcoolisées sont autorisés dans le cadre de déplacements professionnels.
- **Forfaits ou remboursements** : Que l'organisation règle au voyageur une somme forfaitaire ou qu'elle le rembourse de ses frais réels de déplacement est une question qu'il faudrait étudier. Les forfaits sont en général plus faciles à administrer. Dans ce cas, le voyageur reçoit un montant fixe quotidien qui couvrira ses repas et son logement. Une méthode hybride est couramment appliquée : les repas et menus frais sont couverts par une somme fixe, mais les frais réels de logement sont remboursés et plafonnés. La législation locale doit être consultée car les allocations journalières forfaitaires sont souvent assujetties à l'impôt sur le revenu. Par exemple, de nombreux pays imposent les allocations de repas dépassant le coût réel des repas. [L'annexe H](#) vous aidera à élaborer un barème d'allocations journalières.
- **Reçus** : il faut demander aux personnes en déplacement de présenter les reçus originaux prouvant qu'ils ont effectivement déboursé des fonds pour les services de repas, de logement et de transport. Par contre, une allocation journalière fixe peut être attribué pour couvrir les frais de repas, sans obligation de présenter de justificatifs. L'allocation journalière doit couvrir les frais de repas normaux pour la région visitée.

Finalement, les politiques de déplacement doivent être équitables pour l'ensemble du personnel. Tout sentiment que les déplacements et les allocations journalières sont réservés aux managers aura certainement un effet négatif sur le moral du personnel.

### AUTORISATION PRÉALABLE DE DÉPLACEMENT ET PLANIFICATION DE CE DERNIER

En général, les politiques de déplacement doivent exiger que tous les déplacements, hormis les déplacements de routine, soient préalablement approuvés. De plus, il est recommandé de prévoir un temps suffisant pour planifier tous les déplacements, à l'exception des déplacements d'urgence. L'autorisation préalable est un élément de contrôle interne s'appliquant à tous les achats ; certains donateurs exigent une approbation préalable.

L'approbation préalable signifie qu'il est possible d'évaluer la nécessité du déplacement pour les activités de programme et de voir si le budget permettra de financer ce déplacement. De plus, lorsque l'on planifie les déplacements bien à l'avance, les chances d'obtenir des prix de transport et de logement raisonnables sont bien meilleures. Les prix raisonnables disparaissent en premier. Les transports, notamment les transports aériens, sont souvent beaucoup plus chers lorsqu'ils sont achetés à la dernière minute.

En s'y prenant à l'avance, il est possible de prévoir qui va assurer les tâches nécessaires en l'absence de la personne en déplacement. Planifier l'utilisation des véhicules de l'organisation permet de coordonner des demandes conflictuelles et de conjuguer des déplacements et/ou des trajets de façon à gagner du temps et à conserver du carburant.

## OUTILS DE GESTION DES DÉPLACEMENTS

Certains formulaires doivent permettre de gérer et de contrôler les déplacements, comme suit :

- **Formulaire d'autorisation de déplacement.** Il peut s'agir d'un formulaire de demande d'achat modifié. Outre le fait d'obtenir l'autorisation de déplacement auprès du directeur concerné, le formulaire doit aussi être utilisé pour approuver certains aspects du déplacement, comme le transport, le logement et les repas ou les allocations journalières.
- **Formulaire de logistique de déplacement.** Il peut s'agir d'un document séparé ou il peut être inclus dans le formulaire d'autorisation de déplacement. Ce formulaire sert à recueillir les besoins détaillés de la personne en déplacement : dates de voyage, besoins de logement, de transport et autres charges comme salles de conférence.
- **Feuille de frais de transport.** Ce formulaire sert à déclarer les frais réels encourus. Les reçus originaux sont soumis avec le formulaire.

Ces formulaires seront différents d'une organisation à l'autre parce qu'ils doivent refléter les politiques et les flux de travail de l'organisation. Que ces formulaires soient sur support papier ou électronique, ils doivent faciliter le recueil et la documentation d'informations essentielles ainsi que l'approbation du manager agréé ou du responsable du budget.

## Gestion des actifs

---

Les **biens immobilisés** corporels ou immobilisations sont des biens tangibles, durables, généralement coûteux et qui ont une durée de vie utile d'au moins une année. Les biens immobilisés corporels courants sont le mobilier, le matériel de bureau, le matériel informatique et les véhicules. Les seuils relatifs aux coûts et aux durées de vie utile (par exemple, coût unitaire de 1000 dollars et durée de vie utile d'un an) sont souvent fixés par les lois fiscales locales, constituent des principes comptables généralement acceptés et sont liés aux règles se rapportant aux frais de dépréciation dans les livres comptables.

Les bailleurs de fonds peuvent imposer leurs propres définitions et seuils, et ces derniers seront peut-être différents des normes établies par une organisation. Dans le cas où votre organisation est financée par des donateurs divers, vous devrez avoir un système solide de suivi des immobilisations, notamment le propriétaire final du bien en question. Souvent le donateur retient le titre de propriétaire.

### DÉFINITION DES IMMOBILISATIONS

Une organisation peut adopter une définition standard pour tous les biens immobilisés corporels et les seuils peuvent être différents pour des catégories de biens différents.

Le premier élément d'une politique relative aux immobilisations doit être la ou les définitions que l'organisation adoptera pour déterminer quels biens sont des immobilisations. La définition des immobilisations doit se faire en collaboration avec le service de la comptabilité ou les vérificateurs comptables externes pour veiller au respect de la législation locale. La politique doit énoncer en détail les catégories de biens, les seuils de coûts et durée de vie, et doit inclure l'obligation d'appliquer ces définitions avec constance et uniformité. Sur le plan de la procédure, les écritures comptables doivent suivre les diverses catégories d'immobilisations et les dépréciations connexes dans des comptes séparés.

## ASSURER LE SUIVI DES IMMOBILISATIONS

Outre le suivi réalisé par l'intermédiaire des écritures comptables, les biens immobilisés corporels doivent aussi faire l'objet d'un suivi dans des registres comptables plus détaillés et via des inventaires physiques. Il se peut que certains mobiliers et matériel de bureau ne se conforment pas à la définition de l'organisation ou au seuil fixé pour les immobilisations. Des articles tels que les téléphones portables, le mobilier de bureau, les imprimantes et certains ordinateurs ne coûtent peut-être pas assez chers pour figurer sur le registre des immobilisations.

Il est toutefois raisonnable d'enregistrer ces articles sur un registre quelconque pour éviter de donner l'impression qu'ils ne sont pas contrôlés, ce qui pourrait éventuellement faciliter le vol ou le détournement. Pour assurer une gestion et un contrôle adaptés de ces articles, il faut documenter les articles en détail, le lieu où ils se trouvent et le personnel auquel il a été confié.

Tous les biens achetés ou reçus suite à un don et qui se conforment aux définitions des immobilisations doivent aussi être documentés dans un registre de biens. Ce registre doit comprendre :

- description détaillée du bien ;
- numéro d'identification unique, attribué par l'organisation et marquée sur le bien en question, ce qui facilite le suivi de multiples articles similaires ;
- la date à laquelle l'article a été acheté ou reçu ;
- la date à laquelle il a été mis hors service ou jeté ;
- information concernant le fournisseur ;
- numéro de modèle et de série, le cas échéant ;
- lieu où l'article ou le bien est mis en service, le bureau, l'employé auquel il a été confié, etc. ;
- titre ou propriété :
  - Lorsqu'un article a été reçu ou payé par un donateur, vous devrez respecter scrupuleusement les règles concernant l'entité propriétaire des biens, règles qui peuvent figurer dans le contrat du donateur. Par exemple, le donateur peut rester propriétaire et demander que les articles lui soient rendus en fin de projet ou stipuler qu'ils soient livrés à un autre bénéficiaire.

**Le registre des biens.** Le registre peut être un cahier rempli à la main, un tableur informatisé, ou un ensemble de cartes d'inventaire. Il est cependant fortement recommandé d'utiliser une base de données informatisée ou un tableur parce qu'ils faciliteront le classement et la communication des données.

Le registre des biens doit être mis à jour fréquemment, de préférence dès réception ou règlement des articles. Il se peut que l'on demande à des vérificateurs comptables externes d'examiner le registre des biens pour vérifier l'exactitude des écritures comptables et des coûts de dépréciation.

Il est important de faire vérifier le registre des biens au moins une fois par an via un inventaire physique. L'inventaire doit être effectué par une source indépendante, et non par la personne chargée de recevoir les biens ou de mettre le registre à jour.

Lorsque des biens comme des ordinateurs ou des téléphones portables sont remis aux employés, il faudrait exiger que ces derniers signent un document indiquant qu'ils ont bien reçu ces articles, acceptent d'en prendre soin, de les réserver à un usage professionnel et de les rendre lorsqu'ils quitteront leur emploi. Un exemplaire de ces documents doit être classé dans

le dossier de l'employé. À la cessation de la relation de travail, il faut vérifier que ces articles ont été rendus avant que l'organisation ne paie le dernier règlement dû à l'employé.

Les articles qui ne sont utilisés qu'épisodiquement, comme par exemple le projecteur LED, doivent être gardés en lieu sûr, de préférence fermé à clé. Les employés devront signer un bordereau d'emprunt lorsqu'ils l'utilisent. Le chef du bureau ou la personne chargée de garder ces articles doit vérifier qu'ils sont rendus et remis dans les stocks après utilisation.

Les politiques doivent énoncer clairement les conséquences encourues par l'employé (e) qui ne prend pas soin du bien de l'organisation ou qui ne le rend pas. Ces conséquences sont souvent les suivantes : l'employé(e) doit remplacer ou payer pour la réparation ou le remplacement des articles manquants ou endommagés. Lorsqu'une personne quitte l'organisation sans rendre les biens, il est possible que l'on déduise de son solde de tout compte les frais correspondant à la perte ou à l'endommagement de ces biens.

## Gestion de trésorerie

---

Pour suivre les principes généraux de la gestion de trésorerie, votre organisation doit :

- garder les fonds de caisse en sûreté dans un coffre ou une caisse fermée à clé ;
- limiter l'accès à la caisse et en restreindre l'usage ;
- suivre une procédure d'achat complète, dans la mesure du possible, et régler les achats par chèque ;
- mettre en place un système de suivi des avances de fonds et de la collecte des avances non remboursées et en retard
- offrir la preuve que les fonds ont été effectivement déboursés pour la raison citée et reçu par le bénéficiaire désigné
- utiliser des banques ou des maisons de change honorables pour effectuer des opérations de change et documenter les taux de change ;
- s'assurer que les employés prennent des précautions lorsqu'ils transportent des fonds et limitent la quantité d'espèces qu'ils ont sur eux ;
- enregistrer toutes les transactions au comptant dans les écritures comptables et rapprocher les comptes tous les mois ;
- limiter l'accès des comptes bancaires au président, directeur financier, chef de parti ou haut responsable technique, et au responsable des opérations ou des finances.
- autoriser le conseil d'administration ou le comité de gestion à ouvrir un compte en banque ;
- garder un exemplaire des relevés bancaires dans les dossiers de votre organisation ;
- autoriser les charges uniquement liées à des coûts de nature professionnelle, interdire les charges personnelles qui seront refusées par les contrats des donateurs.

### AVANCES DE FONDS

Les avances de fonds servent généralement à couvrir les frais de déplacement mais peuvent aussi couvrir d'autres dépenses professionnelles qu'un employé devra régler en espèces. Une demande d'avance doit s'accompagner d'une documentation sur l'objet de l'avance et doit être approuvée par le responsable concerné.

Une avance de fonds remise à un employé est une dette contractée par l'employé envers l'organisation. Elle doit être limitée à un montant susceptible d'être récupéré immédiatement, par exemple à un mois de salaire. Les conditions de remboursement ou de solde de l'avance via la présentation de reçus et autres documents doivent être clairement définis. Les circonstances de ces prêts doivent être documentées dans le manuel des employés et être considéré comme faisant partie des avantages sociaux des employés.

L'organisation doit établir une politique afin de décider si les sommes avancées seront remises en contrepartie de futurs salaires, et dans cette hypothèse, dans quelles circonstances. Ceci est souvent peu pratique ou difficile à faire, et il est recommandé de le limiter aux circonstances extraordinaires, telles les maladies catastrophiques.

## PAIEMENTS

Pour les besoins du contrôle interne, presque tous les règlements doivent se faire par chèque ou virement bancaire. Les sommes qui ne peuvent être réglées par chèque mais dont le montant dépasse les transactions habituelles réglées en espèces doivent être entièrement documentées quant à la nature de la dépense et être accompagnées d'un reçu signé et daté montrant que les espèces ont été a reçues par la personne voulue.

Il ne faut pas signer de chèque en blanc. Il ne faut pas écrire de chèque encaissable en espèce mais le mettre à l'ordre de la personne qui l'encaissera. Cette pratique empêche le détournement en cas de perte ou de vol de chèque.

Tous les chèques annulés (chèques devant être détruits suite à une erreur) doivent être mentionnés dans les écritures comptables et les chèques doivent être physiquement rendus inutilisables pour éviter la fraude. Il faut écrire « annulé » sur le recto du chèque et supprimer toute signature. Mettre en place des systèmes permettant de tirer parti d'une quelconque réduction en cas de règlement rapide et d'éviter les frais ou pénalités en cas de retard de paiement (ces dépenses pourraient ne pas être autorisées). Il est également nécessaire d'éviter les règlements en double

## UTILISATION DES FONDS DE CAISSE

Les fonds de caisse sont employés uniquement pour les petits achats, les achats urgents et réguliers, et ne doivent pas servir à éviter les systèmes et pratiques d'approvisionnements en place. Les fonds de caisse doivent être gardés comme **fonds d'avance**, ce qui signifie que le montant des fonds et des reçus doit toujours être égal à celui du fonds de départ. Les fonds ne sont reversés dans la caisse que pour la valeur des reçus correspondants. Bien que les fonds de caisse semblent parfois peu importants, ils représentent souvent une tentation et sont facilement détournés ou mal contrôlés, ce qui peut entraîner des pertes financières à long terme.

Bonnes pratiques de gestion des fonds de caisse :

- Garder les fonds de caisse dans une caisse fermée à clé ou dans un coffre fort et en restreindre l'accès à un nombre restreint d'employés.
- Garder sous la main des montants de fonds de caisse peu élevés. La totalité des fonds de caisse ne doit pas dépasser l'équivalent d'un mois de fonds, et la prudence voudrait que l'on garde un niveau moins élevé.
- Il faut qu'une seule personne soit responsable des fonds de caisse. Pour une bonne séparation des tâches, il s'agira généralement d'une personne autre que le comptable.
- Obtenir des reçus signés pour les avances prises sur les fonds de caisse. De telles avances doivent être réduites et à très court terme, généralement pour des achats du même jour.

- Dans la mesure du possible, obtenir des reçus des fournisseurs et les attacher aux relevés de fonds de caisse. Lorsqu'il n'est pas possible d'obtenir de reçu d'un fournisseur (par exemple, auprès d'un chauffeur de taxi) de simples reçus que l'on peut acheter dans un magasin de fournitures de bureau ou imprimer sur ordinateur sont aussi acceptés.
- Une personne, autre que le responsable du fonds de caisse, doit faire les comptes de la caisse et remettre des fonds au moins une fois par mois. Une autre personne devra approuver cette comptabilité et signer le chèque servant à renflouer la caisse.

## Obligations de contrôle interne et directives

---

Toutes les OSC, ONG, agences gouvernementales et entités à but lucratif impliquées dans l'offre de service de santé ont les mêmes obligations envers leurs clients, qu'il s'agisse de personnes, de contribuables, de propriétaires, de donateurs ou d'actionnaires. Ces organisations doivent accomplir leur mission, souvent pour le bénéfice des populations les plus vulnérables. Pour assumer leurs responsabilités, elles doivent disposer de systèmes opérationnel et de gestion adaptés, de bons contrôles internes, et de personnel compétent. Les services, matériaux et fournitures doivent être disponibles pour que les employés puissent mener les activités planifiées. Les organisations doivent pouvoir rendre des comptes aux donateurs et à la société sur l'utilisation efficace et judicieuse des ressources.

Leurs obligations étant similaires, leurs désirs et contraintes le sont aussi.

- Toute organisation a intérêt à protéger ses biens (notamment les fonds de caisse, le matériel et l'immobilier) du vol, de la fraude et du détournement par les managers, les employés et les personnes hors de l'organisation.
- Les donateurs veulent être assurés que leurs fonds seront utilisés et gérés avec sagesse avant de les confier à un contractuel ou à un bénéficiaire de subvention.
- Les conseils d'administration, les agences gouvernementales, les donateurs et sources de crédit externe veulent être assurés que les rapports financiers sont exacts et publiés en temps voulu.

Cette section explique le concept de contrôle interne et l'importance des politiques clairement documentées et des PON (procédures opérationnelles normalisées).

**Le contrôle interne** est une structure opérationnelle et un système de politiques et de procédures de gestion destinées à offrir une assurance raisonnable dans les domaines suivants :

- opérations performantes et efficaces ;
- contrôle et comptabilité des actifs (y compris les fonds de caisse, le matériel et autres biens) pour se protéger contre la perte, le vol, le détournement ou le rebut non autorisé ;
- la fiabilité du reporting financier fondée sur les transactions financières qui ont été correctement exécutées, enregistrées et allouées ;
- le respect des politiques et procédures internes, des principes comptables généralement acceptés et des pratiques de gestion solides ;
- respect des clauses du contrat du donateur et des lois nationales.

Un contrôle interne adapté est fonction de politiques avisées et de procédures bien documentées ainsi que d'employés bien formés relativement à ces obligations et s'accordant

à les respecter. Tout le personnel doit être formé aux procédures qu'il sera amené à suivre, notamment en termes de déplacements, de respect des horaires et de réquisition des achats.

## ÉLÉMENTS DE CONTRÔLE INTERNE

Outre le fait d'établir des politiques et des procédures, et de dispenser des formations, les organisations exercent un contrôle financier en créant un environnement contrôlé et en séparant les tâches des employés. Ces éléments sont abordés dans les sections suivantes. D'autres contrôles internes se rapportent généralement aux fonctions administratives, comptables et de traitement des données.

- Les **contrôles administratifs** se rapportent à la prise de décision et aux autorisations de transactions, par exemple, l'approbation des feuilles de présence, les autorisations de déplacement ou l'approbation de bons de commande.
- Les **contrôles comptables** détectent les erreurs avant l'enregistrement des transactions financières. Les transactions financières comprennent les ventes, les achats, les reçus de trésorerie générée par des ventes ou des sources de financement, le règlement des salaires, etc. De tels contrôles veillent à ce que les écritures se conforment aux normes comptables, soient mathématiquement exactes et correctement imputées aux comptes ou aux budgets concernés. Les contrôles comptables contribuent à préserver les biens de l'organisation.
- Les **contrôles de traitement des données** évitent les erreurs possibles lorsque les données financières ou les écritures comptables sont saisies dans les systèmes informatiques puis communiqués dans les rapports financiers et les rapports de la direction. A titre d'exemple, citons l'utilisation de mots de passe et de droits d'accès pour éviter des saisies, modifications ou suppressions erronées de données.

Les contrôles internes liés au personnel, aux politiques, aux procédures et à d'autres aspects des fonctions quotidiennes de l'organisation sont examinés ci-dessous.

### Personnel

- Les responsabilités financières et le pouvoir financier sont définis dans les descriptifs de postes des employés.
- Un organigramme illustre les rapports hiérarchiques et les responsabilités.
- Le personnel des services des finances et des opérations ont l'instruction, la formation et l'expérience requises pour assumer leurs fonctions ; ils sont encadrés et reçoivent des formations supplémentaires en cas de besoin.

### Politiques

- Les politiques en place protègent des conflits d'intérêt, notamment s'ils concernent le personnel chargé de prendre des décisions d'achats.
- Tout le personnel affecté a accès aux manuels se rapportant à ces politiques.
- Tous les employés affectés reçoivent une orientation et une formation sur les politiques organisationnelles au moment de leur recrutement et pendant toute la durée de leur emploi, notamment lorsque des politiques sont ajoutées, modifiées ou annulées.
- Les manuels se rapportant aux politiques sont révisés, entretenus et mis à jour régulièrement.

## Procédures

- Les textes des procédures sont mis à jour concernant les pratiques financières et comptables, la codification des comptes et les formules de codification des activités (voir [annexe D](#) sur la codification et l'[annexe F](#) sur les structures de codification).
- De textes de procédures existent sur les déplacements et les approvisionnements.
- Les charges sont contrôlées par le biais des budgets opérationnels, des bons de commande et des autorisations de déplacement. Ces systèmes sont documentés et s'appliquent uniformément à toutes les transactions concernées.
- Les comptes particuliers (effets à payer, effets à recevoir, avances au personnel, comptes bancaires et comptes de caisse) sont rapprochés chaque mois avec le grand livre. Les écarts détectés pendant ce processus de rapprochement peuvent indiquer des faiblesses du système mais aussi des opérations financières douteuses. En tant que manager, vous devez décider si l'erreur de transaction dans un compte particulier est suffisamment importante pour altérer la nature d'une transaction ou la qualité d'un rapport financier. Le coût ou l'effort nécessaire pour résoudre le problème ne vaut peut-être pas la peine.
- Les registres financiers sont régulièrement assujettis à des audits internes et/ou externes, de préférence une fois par an. Tous les écarts par rapport au budget et aux résultats attendus sont documentés et promptement corrigés, et les sanctions disciplinaires prises le cas échéant.
- Les formulaires et modèles standard, tels que les autorisations de déplacement, les bons de commande, les feuilles de présence et les demandes de congé servent à la planification et à la documentation des activités administratives régulières.
- Les politiques d'approvisionnement sont documentées et appliquées régulièrement pour faciliter une concurrence équitable et ouverte, dans la mesure du possible.
- Lors des décisions d'achat, la [valeur optimale](#) est prise en compte.
- Les fonctions d'approvisionnement sont séparées des fonctions comptables.
- Les transactions financières et les activités opérationnelles connexes sont approuvées avant que l'organisation n'engage des ressources, conformément aux plans de travail et budgets d'exploitation.

## Autres éléments

- Les chèques et les fonds de caisse sont gardés en sécurité, généralement dans un coffre ignifugé, et dont l'accès est limité.
- Des archives sont conservées concernant toute approbation préalable exigée par l'accord du donateur. Il peut s'agir d'approbation portant sur des déplacements à l'étranger, l'achat de matériel ou des salaires.
- Toute révision des politiques ou des procédures identifiée ou requise suite au procès verbal de réunion du conseil d'administration, aux memoranda des propriétaires ou de la direction, ou à de nouveaux règlements gouvernementaux sont rapidement ajoutés aux manuels de politiques et de procédures de l'organisation, et le personnel est notifié des modifications en cours.
- Les systèmes sont en place pour veiller à ce que les fournitures, le matériel et les autres biens soient employés à bon escient par l'organisation.
- Les biens immobiliers et autres biens sont protégés ou assurés dans la mesure du possible contre le vol, la fraude, l'incendie ou toute autre perte catastrophique.

- Une personne qui n'est pas normalement chargée de recevoir ou d'assurer le suivi des biens procède à une inventaire physique au moins une fois par an pour vérifier l'emplacement et l'état de tous les biens.
- Les registres financiers sont gardés en lieu sûr et protégés, selon les besoins .
  - Les registres financiers informatisés sont archivés pour future référence et conformément aux obligations du fisc, des donateurs et des audits. La comptabilité informatique et les dossiers des opérations sont protégés des dommages causés par les pannes et les pics de courant et des copies de secours sont régulièrement sauvegardées.
  - Les documents sur support papier sont gardés et bien classés, et conservés le nombre d'années requis, conformément aux obligations des donateurs et des vérificateurs comptables. Les dossiers sur support papier sont protégés des incendies et des dégâts des eaux.
  - L'accès aux dossiers sur support papier et/ou aux dossiers informatiques est limité aux personnes autorisées par nécessité professionnelle, et des fichiers sensibles et confidentiels sont gardés dans des dossiers protégés par des mots de passe, des classeurs fermés à clé ou des bureau sécurisés.

### CRÉATION D'UN ENVIRONNEMENT CONTRÔLÉ

Les textes des politiques et des procédures relatives aux opérations et aux finances doivent être rédigés, révisés et mis à jour régulièrement, et distribués à l'ensemble des employés. Il est impossible de tenir les employés pour responsables de certains types de comportement en l'absence de document écrit décrivant ce que l'on attend d'eux et de formation à cet effet.

Les employés doivent respecter les politiques et les procédures officielles et tout employé ne respectant pas les procédures prescrites devrait être sanctionné. Leur non-respect justifie des réprimandes ou le renvoi.

Les fonctions et les responsabilités des managers se rapportant aux opérations financières doivent être clairement énoncées dans leur descriptif de poste ; ils doivent avoir les compétences, les connaissances requises et le pouvoir d'assumer ces responsabilités. Ceci devrait s'appliquer aussi aux managers qui ne sont pas au service financier mais sont chargés de gérer des budgets ou d'approuver des dépenses pour leurs programmes et leurs projets. Les personnels administratifs et de programme chargés de veiller à la conformité doivent aussi être formés et disposer des compétences, des connaissances et du pouvoir leur permettant d'assumer leurs fonctions.

Lorsque vous et les autres responsables démontrez que vous respectez les politiques, les procédures, les lois et les obligations contractuelles, vous contribuerez à créer un bon climat professionnel pour le reste des employés. En tant que manager, vous devez justifier tous les frais et toutes les procédures contestés lors d'une procédure d'audit, qu'elle soit menée par des vérificateurs comptables internes ou externes. Les problèmes doivent être corrigés et des procédures mises en place pour éviter que le problème ne se reproduise.

[L'encadré numéro 9](#) résume les démarches que votre organisation peut faire pour assurer et garder le contrôle de son environnement.

**Contrôle.** Des mesures de protection doivent être en place pour éviter la fraude et le détournement ou le vol de biens. Le contrôle régulier doit comprendre un rapprochement des rapports (un examen lié à d'autres sources telles que les relevés de banque ou les grands livres des bureaux auxiliaires), des audits internes et externes et des analyses financières pour dépister les problèmes et agir promptement. Le matériel, les inventaires (médicaments

## ENCADRÉ 9. Créer et entretenir un environnement contrôlé

- Établir et disséminer des politiques et des procédures écrites claires.
- Faire examiner les politiques et les procédures régulièrement et les modifier le cas échéant pour les adapter à la situation courante.
- Former et recycler le personnel sur les politiques et les procédures qui s'appliquent à leur travail.
- Prévoir du temps et des ressources pour résoudre les problèmes opérationnels et terminer les tâches nécessaires, comme par exemple les approvisionnements.
- Gérer les facteurs humains qui peuvent entraîner les employés à ne pas respecter les règles et les procédures contraignantes ou prenant du temps ;
- S'assurer que le personnel comprend les raisons des contrôles internes et des politiques opérationnelles ; si les raisons sont bien communiquées, il sera plus susceptible de les respecter.
- Employer un modèle fondé sur les meilleures pratiques, en faisant participer les employés aux activités d'amélioration des performances pour renforcer la gestion financière et organisationnelle, au lieu de simplement imposer ce qui pourrait ressembler à des règles arbitraires.
  - Ce processus se traduira probablement par l'adoption des mêmes procédures et augmentera la probabilité qu'elles soient respectées..
  - Lorsque les employés ont participé à l'élaboration de nouvelles pratiques et voient que ces dernières les rendent plus efficaces, qu'ils réussissent mieux et sont plus à jour sur le plan technologique, ils seront peut-être fiers de respecter les règles, au lieu de les ressentir comme une contrainte.
- Appliquer les politiques existantes de façon uniforme et constante.
  - Les conséquences officielles favorisent l'obéissance.
  - Lorsque certaines personnes sont autorisées à détourner les règlements ou à ne pas les respecter, d'autres tendront à les ignorer également.
- Avoir un comportement exemplaire concernant le respect des principes de gestion financière saine.
  - Si les cadres supérieurs montrent l'exemple en démontrant qu'ils valorisent la responsabilité budgétaire et un comportement adéquat, le reste du personnel aura plus tendance à faire de même.
- Les systèmes informatiques utilisés pour l'enregistrement des données financières et le reporting doivent avoir des contrôles de saisie des données, des contrôles d'accès et des contrôles de sécurité, notamment l'utilisation de mots de passe et autres mécanismes.
- Les ordinateurs doivent être protégés – au moyen de sources d'alimentation continues et de procédures routinières de sauvegarde de fichiers – de la perte ou de l'endommagement de données dues aux fluctuations du courant. En outre, des antivirus et des protections contre le piratage doivent être installés et mis en place régulièrement.

et contraceptifs compris) et la caisse doivent être régulièrement et physiquement comptés et comparés aux registres sur papier. (Voir chapitre 8 pour une section sur la gestion d'inventaire).

Votre organisation doit engager des vérificateurs comptables externes pour l'examen des rapports financiers. En général, ils sont aussi chargés d'évaluer les systèmes de contrôle interne et de gestion.

Mais, puisque les vérificateurs comptables se concentreront sans doute plus sur les contrôles internes liés à la comptabilité, vous souhaitez peut-être explorer les systèmes de contrôle des activités opérationnelles plus vastes, soit en chargeant le personnel de l'organisation de cette

tâche, soit en vous faisant aider d'un consultant externe payé. L'outil d'évaluation [QuickStart](#) est un bon point de départ pour cet examen interne. L'évaluation avec QuickStart vous donnera une idée précise des principes de base du contrôle interne et du contrôle de caisse nécessaire dans les systèmes comptable et de gestion financière de votre organisation.

Des remèdes rapides doivent être adoptés pour gérer les irrégularités et la non-conformité découvertes par les activités de contrôle et de vérification comptable. Dans le cas des OSC, le conseil d'administration est chargé de veiller au respect des pratiques de gestion standard. Le Chapitre 3 de ce manuel explique le rôle de contrôle financier du conseil d'administration. Les actions de ces dirigeants seront remarquées du personnel et des donateurs, comme noté dans [l'encadré 10](#).

Les organisations dont le personnel comptable est réduit ou inexpérimenté doivent procéder à des vérifications comptables internes ou externes plus fréquentes ou plus rigoureuses pour veiller à l'application de pratiques solides et à la conformité des transactions financières aux politiques et aux accords contractuels. Un subventionnaire ou un donateur exigera sans doute d'une telle organisation un contrôle et des vérifications comptables plus stricts que ceux exigés d'une organisation dont le personnel comptable est chevronné.

## SÉPARATION DES TÂCHES

Un principe fondamental de contrôle interne sain réside dans le concept de séparation des tâches. Voir les exemples dans [l'encadré 11](#). Dans la mesure du possible, les tâches financières doivent être réparties parmi les employés de façon à éviter qu'une seule personne contrôle toutes les phases d'une quelconque transaction financière. En l'absence de mesures de contrôle adaptées, les fonds et autres actifs pourraient être détournés ou mal déclarés suite à une erreur ou à une fraude.

Les descriptifs de postes doivent clairement définir les diverses fonctions et responsabilités des effectifs financiers et administratifs. Les responsabilités fiduciaires des managers, comme par exemple le pouvoir de signer des chèques, d'approuver des charges ou d'ouvrir des comptes en banque, doivent aussi être inclus dans la description. Les listes des signataires autorisés doivent aussi indiquer tout plafonnement des montants ou des catégories de charges

### ENCADRÉ 10. Il ne faut pas sous-estimer le pouvoir du leadership

- Lorsque le personnel observe les cadres se conformer aux politiques et aux procédures, il se sentira plus enclin à agir de même.
- Le rang et les privilèges ne sont pas synonymes de permission de détourner les règlements mais d'obligation de donner l'exemple par un comportement modèle.

### ENCADRÉ 11. Exemples de séparation des tâches

- La personne qui autorise les achats ou les dépenses ne règle pas les fournisseurs.
- La personne qui enregistre les transactions dans les registres comptables n'effectue pas les règlements.
- La personne qui émet les chèques de règlement ne fait pas le rapprochement des fonds de trésorerie et des comptes bancaires.
- La personne qui prépare les salaires ne distribue pas les chèques de salaire.

susceptibles d'être approuvées. Les grosses transactions financières doivent souvent être autorisées par deux signataires.

La séparation des tâches peut s'avérer difficile dans une organisation de petite taille. Un cadre supérieur comme par exemple le directeur financier devrait au minimum approuver les grosses dépenses avant qu'elles ne soient effectuées. La définition du terme « grosses » varie d'une organisation à une autre et peut se définir en termes monétaires aussi bien qu'en termes de catégorie de dépense. Cependant, tous les achats d'équipement et d'ameublement tombent dans cette catégorie. En général, le conseil d'administration intervient dans l'autorisation de telles grosses dépenses.

Dans les organisations où les pouvoirs budgétaires existent à de multiples niveaux, les autorisations préalables relèvent souvent d'échelons hiérarchiques divers, tout dépend du plafond de dépense concerné. Les fonctions, les plafonds monétaires inclus dans le pouvoir d'approbation et les plafonds liés aux catégories de transactions que ces managers peuvent autoriser doivent être décrits en détail par écrit et communiqués au personnel.

Une fois la transaction effectuée à l'échelon inférieur, un haut responsable doit examiner la documentation se rapportant à la dépense, signer les chèques, puis examiner et approuver les états de rapprochement de la banque.

L'emploi de comités chargés des soumissions ou des approvisionnements qui examinent et approuvent les achats importants joue aussi un rôle important dans un environnement financier contrôlé. Une certaine séparation des tâches peut aussi s'effectuer en affectant certaines d'entre elles à des postes inhabituels, par exemple aux réceptionnistes et au secrétariat.

## Politiques et procédures servant à renforcer le contrôle interne

---

Des politiques et procédures claires et exhaustives se rapportant aux finances et aux opérations sont essentielles au contrôle et à l'efficacité d'un milieu de travail contrôlé. Puisqu'elles procurent au manager le cadre dans lequel les employés sont supposés se comporter et assumer diverses fonctions, elles doivent être accessibles à l'ensemble du personnel, être intégrées à l'orientation et mises à jours lorsque les circonstances l'exigent.

Vous pouvez vous reporter à [l'encadré 1](#) pour vous rafraîchir la mémoire sur les définitions des politiques et des procédures.

### LE BESOIN DE DOCUMENTATION

Plusieurs nécessités impérieuses expliquent la raison pour laquelle votre organisation doit documenter avec soin les attentes de gestion financière, les transactions des opérations du bureau, la gestion du personnel et les achats.

Une raison d'ordre pratique, et souvent celle qui lance l'activité de documentation, est la suivante : le donateur potentiel exigera sans doute une telle documentation comme preuve de la bonne capacité de fonctionnement de l'organisation. La politique de documentation exigée couvre en général les pratiques de gestion de la trésorerie et des actifs, les politiques d'approvisionnement, la gestion des déplacements et celle du personnel, notamment les salaires, les avantages sociaux et les systèmes d'encadrement.

Ces politiques et procédures varient d'une organisation à l'autre pour diverses raisons : législation locale, environnement, réglementations du donateur, attentes du client et décisions stratégiques prises par le conseil d'administration concernant l'utilisation des ressources.

Les similitudes seront néanmoins fort nombreuses en raison de la conformité aux normes comptables généralement acceptées, des idées communes sur les pratiques commerciales saines, et de la conduite respectueuse de l'éthique.

Il est aussi probable que les vérificateurs comptables examineront les manuels de politiques et de procédures, les pratiques d'examen et d'autorisation de dépenses, les formulaires standard et les modèles, dans le cadre de leur vérification de la situation financière de l'organisation.

**Avantages d'une documentation complète et actualisée.** Outre les raisons d'ordre pragmatique, comme par exemple passer sans problème l'examen des vérificateurs comptables ou satisfaire les exigences des donateurs, les politiques et procédures soigneusement rédigées sont très avantageuses pour votre organisation.

- Ces politiques et ces procédures offrent un cadre et un contexte aux membres du personnel. En leur absence, le travail se traduit par une série d'essais, d'erreurs et de mesures de redressement coûteuses et inefficaces. Lorsque les politiques et les procédures sont en place, il est plus probable que les résultats escomptés soient obtenus du premier coup.
- Les politiques et les procédures documentées enregistrent pour la postérité les enseignements passés, ce qui facilitera les actions futures.
- Les textes des politiques et des procédures rédigées forment un cadre par rapport auquel les employés sont tenus pour responsables de leurs mauvaises performances ou de leurs malversations. Des politiques et des procédures claires contribuent à éliminer les ambiguïtés. En leur absence, il est plus difficile de distinguer entre des tentatives délibérées de fraude ou d'escroquerie et une simple erreur humaine ou un malentendu.
- Les politiques et les procédures documentées contribuent à définir les fonctions, les responsabilités et le pouvoir décisionnaire des employés et des membres du conseil d'administration.
- Des politiques et des procédures exhaustives vous donnent le temps de faire votre travail de responsable. Les subordonnés qui connaissent clairement leurs responsabilités sont généralement à même de faire leur travail sans devoir constamment demander conseil ou une autorisation supplémentaire.

## COMMENT DOCUMENTER LES POLITIQUES ET LES PROCÉDURES

Dans l'hypothèse où votre organisation ne disposerait pas de politiques et de procédures bien documentées, leur création peut sembler une tâche insurmontable car elle impliquerait d'examiner les politiques, les procédures et le flux de travail pour les besoins de la logique, de l'efficacité, et de l'existence des contrôles internes nécessaires, de la séparation des tâches et de l'exactitude. Pour rendre la tâche gérable, il est généralement conseillé de commencer petit à petit au lieu d'essayer de créer d'un coup le manuel entier de politiques.

Si vous commencez, avec d'autres responsables, à identifier les activités clés dans chaque domaine opérationnel, vous pouvez documenter les politiques et les procédures liées à ces activités. A titre d'exemple, l'achat d'un billet d'avion suit une procédure régulière que vous pourriez documenter comme suit :

- étapes à suivre pour acheter un billet ;
- toute règle imposée par le conseil d'administration, la direction ou le donateur concernant cet achat (comme par exemple l'interdiction d'acheter des billets d'avion en classe affaires ou l'obligation d'obtenir une autorisation préalable pour les voyages à l'étranger) ;

- les principaux acteurs de cette procédure, par exemple, celui qui fait une demande, celui qui approuve, l'agent chargé des achats ou le fournisseur ;
- définition de tous les termes qui sont peu connus ou ont besoin d'être clarifiés.

Un exemple de modèle de documentation des procédures opérationnelles normalisées (PON) et de représentation des éléments d'un processus figure en [annexe I](#) de ce chapitre. Le modèle, assorti de suggestions pour remplir le formulaire, est une proposition de format et de modèle pour la documentation exhaustive et claire des politiques et des procédures opérationnelles.

Nous proposons ce modèle pour les organisations qui se lancent dans la procédure de documentation. Si votre organisation utilise un autre modèle de documentation des politiques et des procédures, nous vous recommandons d'examiner votre format pour vous assurer que vous suivez les 8 points suivants :

1. **Objet** : Que définissent cet énoncé de politique et sa procédure connexe ?
2. **Historique de révision** : Des modifications ont-elles été apportées à une politique ou à une procédure existante ? Dans ce cas, enregistrez la date, le numéro de révision et la section de référence, et décrivez brièvement la modification.
3. **Postes affectés** : quels sont les postes affectés par la politique ou par la procédure et quelles sont les responsabilités impliquées à chaque étape de mise en œuvre ?
4. **Politiques applicables** : quelles sont les règles de l'organisation ou du donateur qui régissent l'activité en question ?
5. **Définitions** : Quels sont les termes ou les acronymes qu'il faut définir car il est possible que les employés ne les connaissent pas ?
6. **Procédure** : quelles sont les étapes de procédure détaillées à suivre ?
  - a. Il faut inclure toutes les étapes qui doivent être bien expliquées pour éviter toute confusion. Il est utile de faire examiner les procédures par des personnes qui travaillent à des niveaux divers et dans différentes parties de l'organisation.
  - b. Examiner si les pratiques actuelles sont logiques et efficaces. Peut-on éliminer ou améliorer certaines étapes pour en accroître l'efficacité ? Les contrôles internes doivent-ils être renforcés ?
7. **Responsabilités** : Quels sont les fonctions des diverses personnes affectées ? Sont-elles, par exemple, chargées des demandes, des autorisations, de la mise en œuvre ou de la documentation ?
8. **Documentation de référence**. Quels exemplaires ou quels liens vers des formulaires ou autre documentation de référence sont nécessaires ? Cette documentation rassemblera les connaissances nécessaires à l'exécution des procédures ou au respect des politiques. Elle peut exister sous forme de document sur support papier ou de fichiers électroniques communiqués sur le réseau informatique.

Si l'un de ces éléments n'est pas couvert par le format de votre organisation, envisagez de modifier ce dernier pour inclure l'élément en question. Il est fortement recommandé, dans la mesure du possible, d'adopter des méthodes et un format standard pour documenter toutes les politiques et les procédures ; ainsi vos employés se sentiront à l'aise avec sa présentation.

Les politiques peuvent provenir de sources diverses :

- décisions prise par le conseil d'administration et enregistrées dans les procès-verbaux des réunions du conseil ;

- courriers électroniques et autres mémos de la direction communiqués au personnel ;
- lois en vigueur ou réglementations du donateur ;
- les énoncés de mission et des valeurs de l'organisation.

Une fois la PON rédigée, il est important de l'examiner avec soin et de la mettre à l'essai auprès des employés impliqués à toutes les étapes de la procédure. Grâce à ces divers points de vue, vous pourrez voir quels sont les problèmes venant soit de la procédure soit de la documentation.

La procédure d'examen doit inclure les questions suivantes :

- Le flux de travail est-il complet ?
- Les responsabilités à chaque étape sont-elles clairement définies ?
- La procédure est-elle logique ?
- Les contrôles internes nécessaires sont-ils intégrés au processus ?
- La politique est-elle clairement et précisément énoncée ?

Votre organisation devrait vérifier toutes les politiques. De nombreuses procédures opérationnelles évoluent à partir de politiques de facto ou de pratiques qui n'ont jamais été officiellement approuvées par la direction ou examinées pour s'assurer qu'elles reflètent la mission de l'organisation, les objectifs stratégiques, et les normes. Un précédent historique ne doit pas devenir une politique ou une norme opérationnelle sans être préalablement examiné et accepté sciemment.

Au fur et à mesure de la documentation des procédures, un manuel complet de politiques et de procédures commencera à prendre forme. En général, une introduction, une documentation des principes primordiaux et une table des matières sont tout ce qu'il faut pour terminer le manuel. Élaborer des PON de cette façon, une par une, se traduit par un manuel facile à actualiser car les PON individuelles peuvent être mises à jour sans devoir réécrire le manuel entier.

## Pratiques éprouvées

---

- La haute direction et le conseil d'administration doivent démontrer que la responsabilité financière et le respect des règles sont attendus à tous les échelons de l'organisation. S'il s'avère que les règles ne s'appliquent qu'aux subordonnés, le respect des règles tendra à reculer au sein de l'organisation et les possibilités de fraude pourraient s'accroître.
- Les directives organisationnelles dans les domaines de la gestion financière et des approvisionnements doivent interdire la fraude et le détournement de fonds et interdire aux employés de donner ou de recevoir des pots de vin ou des dessous-de-table ou encore de faire des transactions financières impropres avec des membres de leur famille.
- Les politiques financières et les pratiques standard se rapportant aux fonctions essentielles que sont la comptabilité et le fonctionnement du bureau doivent être clairement documentées et communiqués à tout le personnel. En qualité de responsable, vous devez vous assurer d'entreprendre régulièrement des orientations, des formations, des révisions et des examens.

- Les politiques et les procédures financières doivent être pensées de façon à protéger votre organisation des risques. Elles doivent respecter les lois en vigueur et les exigences des donateurs, et appuyer la mission et les objectifs financiers de l'organisation.
- Il est recommandé de prendre conseil auprès de professionnels, experts en droit du travail et spécialistes de l'imposition, pour vous assurer que les politiques et les pratiques de votre organisation sont conformes aux lois en vigueur. Souvent, ces domaines complexes ne sont pas du ressort des comptables de l'organisation et la non-conformité ou l'évasion fiscale peuvent entraîner des pénalités importantes ou des poursuites judiciaires.
- Pour ce qui est du personnel financier et opérationnel, assurez-vous d'engager des employés ayant la formation et l'expérience professionnelle voulues. Les risques liés aux questions fiscales, aux problèmes de main d'œuvre et d'audits pèsent plus lourdement que les économies que l'on pense faire en engageant des personnes moins spécialisées. Certaines petites organisations obtiennent des employés très qualifiés en recrutant des employés à temps partiels, des contractuels ou des consultants.
- Un contrôle interne et un suivi-stratégique financier de qualité commencent bien avant que les transactions n'atteignent le bureau de la comptabilité. Si vous consacrez du temps et des ressources pour que les systèmes d'approvisionnement, de déplacement et de gestion du bureau travaillent bien ensemble, l'argent de votre organisation sera dépensé judicieusement.
- Les principes d'un contrôle interne et d'un suivi-stratégique de qualité doivent faire partie des systèmes de l'organisation. Ces principes sont les suivants : obtenir la valeur optimale pour votre organisation, adhérer aux plafonds de charges budgétisées et autorisés, et se conformer aux politiques de l'Etat, du donateur ou de la direction qui déterminent les coûts autorisés.

## Glossaire des termes de comptabilité et d'achats

---

### TERMES DE COMPTABILITÉ

**actif** : Les espèces, les biens, l'inventaire et le matériel détenus par une organisation ou que des tiers (tels que les clients et les donateurs) doivent à l'organisation

**actif à court terme** : les espèces et autres actifs susceptibles d'être convertis en flux de trésorerie en moins d'un an, comme les effets à recevoir.

**amortissement** : réduction d'un montant au fil du temps, souvent utilisé pour étaler de grosses dépenses, payées en une seule fois, sur des périodes comptables futures.

**audit opérationnel** : un examen mené par un examinateur interne ou externe pour déterminer si les politiques et les procédures de l'opération sont efficaces et adaptées. Il s'agit d'examiner la structure et les contrôles de l'opération ainsi que l'aptitude de la direction à adhérer aux politiques.

**biens immobilisés corporels** : Matériel, meubles ou appareils nécessaires aux activités de l'entreprise et qui n'ont pas pour objet d'être vendus aux clients. Ils ont une durée de vie attendue de plus d'une année, et sont généralement dépréciés au fil du temps. Portent également le nom d'immobilisations.

**bilan** : un registre de l'actif, du passif et des capitaux propres d'une organisation.

**budgets** : Expression des revenus et des dépenses futurs attendus. Ils se fondent sur des données historiques, le cas échéant, et sont ajustés sur la base d'hypothèses concernant l'inflation, les augmentations/réductions de produit et de charges, et l'expansion. Les budgets sont un outil qui permet de surveiller la performance de l'organisation.

**capitaux propres** : réserve ou valeur nette de l'organisation calculée en soustrayant la valeur du passif (ce qui est dû) à la valeur de l'actif (ce qu'elle possède)

**charges** : le coût de l'activité commerciale (ressources achetées), y compris les fournitures, les salaires et les prestations de services achetées.

**comptabilité d'engagement** : une méthode comptable dans laquelle les charges sont enregistrées dans les livres lorsqu'elles sont encourues et le produit est reconnu quand il est gagné, sans tenir compte du moment où les fonds changent réellement de main pour terminer la transaction.

**comptabilité de trésorerie** : une méthode comptable dans laquelle les charges sont enregistrées lorsque les fonds sont déboursés pour régler une obligation. Le produit est reconnu lorsque le règlement est reçu.

**comptabilité des coûts par activité** : une méthode comptable qui calcule le coût total d'une activité, d'un projet ou d'un service par l'imputation et la répartition des charges de soutien.

**comptabilité** : la terminologie, les procédés et les procédures commerciales employées pour mesurer, enregistrer, communiquer et interpréter les états financiers d'une organisation.

**compte de résultat** : un rapport sur les produits et les charges de l'organisation. Porte également le nom d'état des pertes et profits.

**conflit d'intérêt** : Un rapport personnel susceptible d'influer sur la capacité d'une personne à prendre une décision impartiale par rapport aux affaires financières de l'organisation. Par exemple, un agent chargé des achats qui a des liens familiaux ou commerciaux avec un fournisseur potentiel aurait un conflit d'intérêt.

**contrôle du respect des engagements contractuels** : examen des transactions financières et administratives visant à déterminer qu'elles ont bien été menées en conformité avec la loi, les contrats ou les accords avec le donateur et les politiques de l'organisation ou les objets précisés.

**contrôle interne** : procédures et politiques qui régissent les transactions financières dans une organisation. Certains points importants sont l'approbation préalable des dépenses, le contrôle de trésorerie, notamment des rapprochements de relevés bancaires et une documentation précise des coûts.

**coûts encourus** : coûts liés aux transactions passées, même lorsqu'elles ne sont pas encore réglées.

**coûts entiers** : coûts des opérations et des activités qui comprennent à la fois les coûts directs pour les activités et les coûts indirects (frais généraux), notamment les coûts généraux et administratifs.

**coûts fixes** : coûts que l'organisation s'est engagée à régler et qui ne varient pas en fonction des opérations et des activités, comme par exemple le loyer.

**coûts fixes** : principaux coûts encourus, pour par exemple les biens de l'organisation, biens d'équipement et véhicules, etc. et qui ne varient pas avec les activités de programme de l'organisation.

**coûts irrécupérables** : principaux coûts encourus pour, par exemple, les biens de l'organisation, biens d'équipement et véhicules, etc., et qui ne varient pas en fonction des activités de programme de l'organisation. Voir aussi coûts fixes.

**crédit** : dans la comptabilité à entrée double, les entrées dans la colonne de droite du grand livre. Les produits, le passif et les capitaux propres du propriétaire apparaissent souvent sous forme de crédit. Dans les systèmes informatisés, les crédits sont normalement exprimés par des nombres négatifs. Dans la comptabilité à entrée double, les crédits doivent être égaux aux débits.

**débit** : dans la comptabilité à entrée double, les entrées dans la colonne de gauche du grand livre. Les actifs et les charges apparaissent généralement comme des débits. Dans les systèmes informatisés, les débits sont normalement exprimés par des nombres positifs. Dans la comptabilité à entrée double, les débits doivent être égaux aux crédits.

**dépréciation** : une diminution périodique de la valeur d'une immobilisation pendant la durée de vie attendue de celle-ci, reflétant l'utilisation du bien immobilisé.

**directeur financier** : Le responsable doté du pouvoir et de la responsabilité des finances. Les obligations du directeur financier comprennent la planification financière et le suivi-stratégique des affectations et des dépenses, de la tenue de la comptabilité, et des rapports financiers.

**effets à payer** : factures à payer. Voir aussi passif.

**effets à recevoir** : argent devant être perçu auprès de sources extérieures. Voir aussi actif.

**état des flux de trésorerie** : rapports financiers qui aident les managers à prédire les besoins en espèces et le calendrier des revenus et des dépenses. Ils procurent une analyse des flux entrant et sortant de trésorerie et sont un indicateur de la capacité de l'organisation à satisfaire ses obligations à court terme.

**fonds d'avance** : un fonds de trésorerie sous forme de montant fixe ; les fonds qui sont remplacés correspondent exactement au montant des dépenses encourues. La caisse est généralement aussi entretenue sous forme de fonds d'avances.

**fonds de caisse** : montant limité de fonds gardés à portée de la main et servant aux petits achats urgents habituels.

**grand livre** : le principal registre financier d'une organisation. Toutes les transactions financières y sont enregistrées, soit en détail soit résumées dans d'autres livres et registres.

**immobilisations** : matériel durable, meubles et appareils, en général coûteux, dont on attend qu'ils aient une longue durée de vie utile et soient disponibles longtemps pour les besoins de l'organisation. En général, l'organisation fixe des limites de coûts et de durée de vie aux articles considérés comme immobilisations. On les appelle aussi biens immobilisés corporels.

**livres équilibrés** : le principe fondamental de la comptabilité, selon lequel l'actif doit être égal au passif plus les capitaux propres. Ce que possède l'organisation doit être contrebalancé par ce qu'elle doit.

**marchandises** : biens manufacturés, produits agricoles ou ressources naturelles achetés et vendus sur le marché des échanges.

**obligations financières** : un accord promettant de remettre l'un des actifs de l'organisation, en général des fonds, en échange de biens, de services et d'autres actifs.

**passif** : dettes à long et à court terme, dues à des entités extérieures, comme les banques, les investisseurs et les fournisseurs.

**pertes/bénéfices net** : La différence entre le produit total et les dépenses.

**pièce justificative** : document servant à relever les détails d'une transaction financière, y compris l'autorisation et l'approbation.

**plan de comptes** : un listing de numéros de code et de descriptions qui ventilent les catégories de produits, charges, actifs et passifs qui seront accumulés, suivis et présentés.

**produit (recettes)** : argent généré par la vente de biens et de services effectuée par l'organisation et provenant des donateurs qui servent à régler les charges opérationnelles ou à apporter des améliorations aux immobilisations.

**produit** : l'argent gagné grâce aux opérations, aux ventes, aux dons et aux honoraires à l'acte.

**programme d'audit des comptes** : l'énoncé des travaux et les procédures devant être exécutés par les vérificateurs comptables lorsqu'ils examinent les états financiers et les pratiques comptables. Il comprend une description du travail à exécuter, la période consacrée à l'examen et la période de l'audit proprement dit, et le personnel chargée de l'audit ainsi qu'une indication de l'ampleur de l'enquête.

**rapprochement des comptes** : Détermination des postes ou des ajustements nécessaires pour équilibrer au moins deux états financiers ou comptes. Par exemple, le rapprochement est souvent utilisé pour équilibrer les comptes de terrain avec les comptes du siège, ou les comptes bancaires avec les comptes de l'entreprise.

**taux de change** : le ratio d'une unité de monnaie par rapport à l'unité d'une autre monnaie

**valeur contre prix** : la valeur est ce que vaut un bien ou un service, ou ce qu'il coûte à produire. Le prix est ce que le client est prêt à payer pour obtenir ces biens ou ces services.

## TERMES SE RÉFÉRANT AUX APPROVISIONNEMENTS

**commande/accord permanent** : format standard utilisé lorsqu'on anticipe des achats multiples et récurrents de biens et de services similaires qui n'exigeront pas d'offre ou de devis récurrent.

**demande de prix** : une forme de demande de soumission, utilisée généralement pour les produits du commerce et les services de routine, dans laquelle un fournisseur est prié de déclarer le coût des biens et des services décrits.

**demande de propositions** : une forme de demande de soumissions, utilisée en général pour la fourniture de services techniques et qui détaille le travail à réaliser et les conditions de livraison et autres critères devant être respectés.

**pot de vin** : règlement ou tout autre type d'indemnité destinée à influencer ou tirer parti d'une personne ou d'une société. En fait, les pots de vin sont des paiements illicites versés par des fournisseurs potentiels.

**valeur optimale** : compromis entre le prix et les autres facteurs de performance, comme par exemple la qualité, le délai de livraison et les garanties, procurant ensemble le plus grand avantage par rapport aux critères de sélection.

## Références et ressources

---

- Dropkin, Murray, et James Halpin. *Bookkeeping for Non-Profits*. San Francisco, CA: John Wiley & Sons, 2005.
- Management Sciences for Health. *Management and Organizational Sustainability Tool (MOST)*, 3rd ed. Cambridge, MA: Management Sciences for Health, 2010, <http://www.msh.org/resources/management-and-organizational-sustainability-tool-most> (consulté le 6 mars 2009).
- . *The Financial Management Assessment Tool*. Cambridge, MA: Management Sciences for Health, 2004, <http://erc.msh.org/toolkit/Tool.cfm?lang=1&TID=134&CID=3> (consulté le 24 décembre 2009).
- . *QuickStart: For Accountable Administrative and Financial Systems and Controls*. Cambridge, MA: Management Sciences for Health, mis à jour en 2006, [http://erc.msh.org/toolkit/toolkitfiles/file/MSH\\_QuickStart\\_November\\_20062.pdf](http://erc.msh.org/toolkit/toolkitfiles/file/MSH_QuickStart_November_20062.pdf) (consulté le 24 décembre 2009).
- McMillan, Edward J. *Policies and Procedures to Prevent Fraud and Embezzlement: Guidance, Internal Controls and Investigation*. Hoboken, NJ: John Wiley and Sons, 2006.
- Page, Stephen. *Establishing a System of Policies and Procedures; Seven Steps to Better Written Policies and Procedures; Best Practices in Policies and Procedures; Achieving 100 Percent Compliance in Policies and Procedures*. Four-part series. Westerville, OH: Process Improvement Publishing, 1998.
- Pritchard, Carl L. *Risk Management: Concepts and Guidance*, 3rd ed. Arlington, VA: ESI International, 2005.
- Ruegg, Debra L., et Lisa M. Venlathnam. *Bookkeeping Basics: What Every Non-Profit Bookkeeper Needs to Know*. Saint Paul, MN: Amherst H. Wilder Foundation, 2003.
- Shim, Jae K., et Joel G. Siegel. *The Encyclopedic Dictionary of Accounting and Finance*. Saddle River, NJ: Prentice-Hall, Inc., 1989.

## Annexes

---

- Annexe A.**     Modèle de bilan
- Annexe B.**     Modèle de compte de résultats
- Annexe C.**     Coûts pouvant être imputés et ventilés
- Annexe D.**     Taux des coûts indirects
- Annexe E.**     Choix et préparation de la mise en œuvre du logiciel comptable
- Annexe F.**     Conseils de mise en oeuvre d'un logiciel comptable
- Annexe G.**     Planification en raison des risques et élaborer un plan d'action pour les risques du projet
- Annexe H.**     Directives pour l'établissement d'allocations journalières
- Annexe I.**     Modèle de politique et de procédure

## ANNEXE A. Modèle de bilan

ONG à but non lucratif  
ÉTAT FINANCIER \*  
POUR L'ANNÉE SE TERMINANT AU 31 DÉCEMBRE 20XX

### ACTIFS

#### Actifs actuels :

Fonds de caisse	** 95.000
Dons à recevoir	150.500
Loyer prépayé	5.000
Assurance prépayée	2.000
Total des actifs actuels	252.500

#### Actifs à long terme :

Investissements sans restriction	125.600
Investissements avec restriction	400.250
Meubles, accessoires et équipement	535.900
Moins dépréciations accumulées	(350.000)
Total des actifs à long-terme	711.750

**TOTAL DES ACTIFS**      **\*\* 964.250**

### PASSIFS ET CAPITAUX PROPRES

#### Passifs actuels :

Effets à payer	** 35.275
Salaires et honoraires accumulés	15.800
Autres charges accumulées	9.800
Total passifs actuels	60.875

#### Capitaux propres :

Capitaux propres sans restriction	27.450
Capitaux propres avec restriction	875.925
Total des capitaux propres	903.375

**TOTAL DES PASSIFS ET DES CAPITAUX PROPRES**      **\*\* 964.250**

\* C'est un modèle de bilan, également appelé état financier, d'une petite ONG à but non lucratif. Le contenu variera d'une organisation à l'autre mais les points courants sont les suivants :

- C'est une image instantanée de l'état financier à une date donnée
- Elle est organisée en deux sections : actifs et passif et capitaux propres
- La somme des actifs sera toujours égale à la somme des passifs et des capitaux propres
- Il est généralement organisé en sections actuelle et à long terme.

\*\* insérer ici le symbole de la devise.

## ANNEXE B. Modèle de compte de résultats

ONG à but non lucratif  
ETAT DE FINANCEMENT, PRODUITS ET CHARGES \*  
POUR L'EXERCICE PRENANT FIN AU 31 DÉCEMBRE 20XX

### FINANCEMENTS ET PRODUITS

#### Financements :

Octroi de fonds et subventions de donateurs	** 450.000
Contributions publiques	15.000
Contributions en nature :	
Matériel	29.000
Installations	5.000
Services et travail volontaire	17.650
Total des financements	<u>516.650</u>

#### Produits :

Frais de formation	32.500
Royalties des publications	10.050
Paiements à l'acte	17.600
Produits des investissements	4.250
Produit total	<u>64.400</u>

**TOTAL DES FINANCEMENTS ET PRODUITS**    **\*\* 581.050**

### CHARGES

#### Activités de programmes :

Salaires, traitements et avantages sociaux	** 125.850
Déplacements	29.450
Fournitures	11.425
Autres charges	15.000
Total des activités de programme	<u>181.725</u>

#### Activités de développement :

Salaires, traitements et avantages sociaux	32.000
Déplacements	9.500
Fournitures	1.750
Autres charges	2.950
Total des activités de développement	<u>46.200</u>

#### Activités de levée de fonds :

Salaires, traitements et avantages sociaux	29.750
Déplacements	8.350
Fournitures	3.280
Imprimerie	2.450
Expéditions et coursiers	1.295
Autres charges	2.300
Total des activités de levée de fonds	<u>47.425</u>

**Charges générales et administrative**

Salaires, traitements et avantages sociaux	49.625
Déplacements	7.500
Fournitures	12.550
Loyer et charges de bureau	27.525
Assurance	2.450
Imprimerie	3.100
Expéditions et coursiers	1.250
Autres charges	6.325
Total charges générales et administratives	<u>110.325</u>

**CHARGES TOTALES** 385.675

**CAPITAUX PROPRES NETS**

**\*\* 195.375**

\* C'est un modèle d'état de financement, produit et charges d'une petite organisation à but non lucratif. Un rapport financier similaire pour une organisation à but lucratif s'appelle compte de résultat, ou état des pertes et profits. Un état de financement, produit et charges :

- Reflète les résultats cumulatifs pendant toute la période
- Est organisé en sections qui illustrent le financement et les produits et les charges.

La différence entre produit et charges est un changement dans les capitaux propres nets qui s'inscrivent sur le bilan, ou état financier. Dans une organisation à but non lucratif, un résultat net positif est un profit et un résultat net négatif est une perte d'exploitation.

\*\* Insérer ici le symbole de la devise.

## ANNEXE C. Coûts imputables et coûts ventilables

Les coûts imputables et les coûts ventilables sont des éléments d'une catégorie d'activité technique, à savoir qu'un lien direct peut être établi entre le coût encouru et une activité ou un projet. Pour les besoins et l'efficacité de la comptabilité, ces coûts bénéficient d'une attention particulière. Déterminer avec exactitude les coûts imputables et ventilables permet à votre organisation de connaître le coût véritable des activités techniques ou des programmes menés à bien. Cela permet aussi de réduire les coûts qui pourraient gonfler les frais généraux et administratifs (souvent appelés coûts indirects). De nombreux bailleurs de fonds hésitent à financer les coûts des opérations générales de l'organisation mais financeront des coûts justifiables pour mener des interventions de santé publique.

### COÛTS IMPUTABLES

Les coûts imputables ne peuvent être facilement imputés à une seule activité, souvent parce que cela prendrait trop de temps ou s'avérerait trop coûteux. Pour citer un exemple un peu extrême, les fournitures de bureau sont nécessaires à des activités et à des programmes divers mais identifiables, mais comptabiliser l'utilisation de chaque crayon prendrait trop de temps. Bien qu'il soit plus exact de tenter d'imputer directement tous les coûts, comptabiliser l'utilisation de chaque feuille de papier ou crayon serait bien trop laborieux.

Il ne serait pas non plus raisonnable d'acheter séparément des fournitures pour chaque activité car acheter en gros coûte généralement moins cher. Votre organisation pourrait choisir d'imputer les coûts à la fin du mois, sur la base de pourcentages bien réfléchis et d'hypothèses d'utilisation par les diverses activités. La répartition des coûts doit se faire selon une méthode équitable, uniforme, sensée, constante et documentée. Les coûts des fournitures, du personnel ou du matériel employés uniquement à un projet précis seront uniquement imputés à ce projet.

Vous pourriez, par exemple, réunir des coûts liés spécifiquement à l'organisation des formations, puis ensuite imputer une partie de ces coûts à ces activités de formation, mais non aux activités de prestation de service sans rapport avec ces dernières.

Quelques coûts indirects classiques peuvent aussi être imputés aux activités de programme grâce à une formule rationnelle de calcul de coûts. Par exemple, le loyer du bureau pourrait être réparti en fonction du nombre d'employés de l'organisation. Les programmes individuels pourraient avoir à régler une partie du loyer, en fonction du nombre d'employés qui travaillent dans ce programme.

### COÛTS VENTILABLES

Les coûts ventilables ne peuvent être directement liés à une seule activité de programme ou à un seul projet mais sont nécessaires à la réussite du projet. Notez que ces coûts sont exclusivement des coûts de programme, à la différence des coûts indirects qui sont considérés comme des frais généraux et administratifs pour l'organisation entière.

Un moyen de gérer les coûts ventilables consiste à les imputer à un centre de coûts, puis à les répartir à la fin de la période financière au moyen d'une méthode logique préalablement définie. Par exemple, si les efforts du manager sont déployés sur plus d'un projet, il est possible de créer un code d'activité correspondant aux coûts de gestion de projet et indiquant les coûts imputables aux projets dans le système comptable. À la fin de l'exercice comptable, toutes les charges affectées au code de gestion de projet sont réparties entre les activités de projet en fonction d'un ratio. Une méthodologie consisterait à répartir les coûts

proportionnellement aux charges directes pour l'activité sur la base des budgets et des plans de travail pour l'année

Il est possible d'estimer le coefficient des coûts de gestion de projet devant être appliqués aux projets. Ce taux se nomme souvent le facteur de coûts ventilables.

Si vous sollicitez des fonds supplémentaires auprès d'un donateur en vue d'élargir un programme ou de mener des activités ou un nouveau projet, il faudra inclure les coûts directs anticipés du nouveau projet ou du projet élargi dans la projection du facteur des coûts ventilables. Comparé aux périodes précédentes, ce coefficient sera sans doute plus bas qu'auparavant étant donné que les coûts de gestion de projet seront maintenant répartis sur une base plus large.

#### Comment calculer le coefficient d'imputation d'un coût indirect (coefficient d'imputation des coûts indirects de toute l'organisation)

La formule du coefficient d'imputation des coûts indirects est la suivante :

$\text{coûts indirects totaux} \div \text{base de répartition (généralement les coûts indirects totaux pour les activités de programme moins les exclusions)}$

Ce coefficient d'imputation des coûts indirects peut être appliqué aux coûts directs d'un projet ou d'une activité afin de calculer le coût complet de ce projet ou de cette activité. Sont souvent exclus de cette base de répartition les grosses dépenses de matériel ou de véhicules, les projets de construction ou les fonds adossés à des créances versées aux bénéficiaires de subventions ou aux contractuels qui pourraient fausser le coefficient.

[L'annexe D](#) offre un exemple plus détaillé sur le calcul des coefficients d'imputation des coûts indirects. .

Si un coefficient imputable aux coûts indirects est calculé pour une activité financée par un donateur, il est important d'exclure également des calculs tout coût non admissible figurant dans les principes du donateur relatifs aux coûts.

Notez que les donateurs peuvent négocier un plafond sur les coefficients imputables aux coûts indirects. Dans ce cas, les coûts indirects peuvent être facturés uniquement à hauteur du plafond, quel que soit le coefficient réel final. L'organisation devra identifier une autre source de financement pour couvrir les coûts restants.

**Conseil :** Utilisez un plan de numéros de comptes séparés pour séparer les coûts indirects permis et non permis, et les coûts directs permis et non permis sur vos registres financiers.

Pour élaborer des budgets et soumettre des rapports sur les résultats financiers, il faut prendre en considération tous les coûts imputables et ventilables. Ces coûts entiers servent de base à l'établissement des prix dans le contexte des rémunérations à l'acte. Si l'on détermine que le coût entier ne peut être récupéré, une décision consciente et éclairée pourrait être de subventionner le coût de certaines activités. Il faut se rappeler que les dépassements de coûts doivent être récupérés d'une façon ou d'une autre, qu'il s'agisse d'un don ou d'autres services très bénéficiaires dans le portefeuille. Avec le temps, ne pas récupérer les coûts épuise les réserves de capitaux et met en danger la survie de l'organisation.

#### Qu'est-ce qu'un coût entier ?

Un coût entier est le coût réel d'une activité ou d'un projet. Il comprend tous les coûts directs, notamment les coûts imputables et ventilables ainsi que la portion applicable des coûts indirects ou des frais indirects de l'organisation.

## ANNEXE D. Coefficient d'imputation des coûts indirects

Les coûts indirects ne s'identifient pas à un projet, un programme ou une activité quelconque mais sont essentiels pour mener ces activités et sont encourus pour l'opération globale de l'organisation.

Quand on se réfère aux coûts indirects, on parle parfois de frais généraux ou de frais administratifs. Les coûts indirects comprennent généralement :

- coûts de logement, comme le loyer et les charges;
- dépréciation du matériel non lié aux projets;
- activités générales, comme le téléphone, l'affranchissement du courrier, les photocopies ;
- salaires du personnel administrative, comme la comptabilité, l'entretien du bâtiment, la gestion commerciale, les services de secrétariat ou le bureau du président.

Bien que certains types de coûts soient traditionnellement soit directs, soit indirects, il n'est pas possible de faire de déclaration de nature générale sur la question. La nature du coût est déterminée par quel programme ou activité en bénéficie et dans quelle mesure.

Il se peut que des coûts indirects classiques puissent être reportés sur des coûts directs, à condition de pouvoir déterminer raisonnablement le facteur de coût et de répartir précisément les coûts parmi les programmes et les activités. Le fardeau consistant à déterminer la ventilation des frais directs doit être pris en compte. Lorsqu'un donateur a imposé des limites ou plafonné les coûts indirects, cela vaut la peine de créer des codifications et des méthodologies comptables qui autorisent l'imputation directe plus précise des coûts, ce qui permet un meilleur recouvrement de ces derniers. A titre d'exemple, les frais d'occupation pourraient être répartis en fonction de la superficie utilisée, au lieu d'être comptabilisé dans un compte de frais généraux.

Coefficient simplifié d'imputation des coûts indirects = mise en commun des coûts indirects  
/ base de répartition (en général coûts directs totaux moins exclusions)

Pour qu'une base de répartition soit acceptable, elle doit pouvoir répartir des coûts indirects équitablement sur toutes les attributions et les contrats, qu'ils soient ou non véritablement récupérés auprès de donateurs individuels. Pour les contrats octroyés par le gouvernement des États-Unis, le principe clé est que le gouvernement est prêt à payer entièrement sa part, mais pas plus que sa part. Dans certains cas rares, l'agence gouvernementale accepte de payer de nombreux coûts indirects, plus que sa part équitable, précisément pour financer une toute jeune entité ou l'expansion d'une organisation qui l'aide à atteindre ses objectifs de programme. Toutefois, cela se produit généralement en cas de plan visant à la pérennité financière dans un avenir proche.

Certains coûts peuvent fausser le coefficient, ils sont donc souvent éliminés de la base de répartition. Couramment, les exclusions comprennent le gros équipement, les gros contrats de sous-traitance et les frais de construction.

**Méthode des bases de répartition multiples.** Lorsqu'une organisation a des programmes très divers qui exigent un niveau de financement des coûts indirects fondamentalement différent, elle peut créer de multiples coefficients en utilisant différentes bases de répartition, ce qui est souvent difficile à justifier et exige un système comptable complexe et une analyse financière plus importante que dans le cas d'un taux unique.

Lorsque le coefficient est mis sur pied pour une activité financée par le gouvernement des États-Unis, il est important d'exclure du calcul tout coût non permissible. Les détails concernant les coûts non permisibles et les coûts indirects pour les attributions du gouvernement des États-Unis se trouvent à [Office of Management and Budget Circular A-122](#).

Les coûts indirects doivent être appliqués également à tous les projets directs, qu'ils soient ou non limités par des plafonds imposés par le bailleur. Les coûts doivent être comptabilisés même lorsqu'ils ne sont pas récupérés.

### AVANTAGES COMPLÉMENTAIRES

À l'instar des coûts indirects frais, les avantages complémentaires sont soumis à un examen et à un audit par les donateurs. Les avantages hors salaire doivent être mis dans un fonds commun qui peut être réparti parmi les projets des donateurs sur la base des salaires directs facturés. Ce système garantit que les programmes à forte intensité de main d'œuvre reçoivent une proportion équitable des coûts de main d'œuvre correspondants, comme les jours fériés payés, les jours de maladie, les vacances, les taxes de l'employeur, et l'assurance.

Certains avantages complémentaires sont imposés par la loi. D'autres sont discrétionnaires et servent à attirer et à garder les employés qualifiés. Les avantages discrétionnaires courants sont les plans de pension, l'assurance vie et les assurances maladies. Les coûts liés au moral des employés peuvent aussi être inclus dans les avantages complémentaires. De tels coûts peuvent inclure une cantine pour les employés, une garderie d'enfants ou des installations de loisirs.

$$\text{Coefficient des avantages complémentaires (\$)} = \frac{\text{charges relatives aux avantages complémentaires (y compris les congés payés)}}{\text{total des salaires net des congés payés}}$$

Une fois le coefficient des avantages complémentaires déterminé, il est possible d'appliquer le coefficient aux salaires directs au fur et à mesure qu'ils sont imputés, ce qui est de loin plus facile et plus précis que d'essayer de ventiler les coûts des avantages complémentaires lorsqu'ils sont vraiment réglés. Les avantages complémentaires imputés aux salaires indirects vont dans le fonds commun des coûts indirects.

Il est préférable d'accumuler mensuellement les vacances et autres avantages complémentaires et de fixer un plafond au nombre de jours pouvant être reportés. Cette méthode assure que les obligations liées aux vacances, congés maladie ou autres obligations se rapportant aux avantages complémentaires sont budgétisés et soustraits des fonds de trésorerie disponibles. Ceci évite aussi le problème qui se produirait dans l'éventualité où le programme ayant encouru ces obligations d'avantages complémentaires n'était plus actif alors que les avantages ont en fait été pris.

**Exemple de coefficient de jours fériés, congés maladie et congés payés.** Pour une personne, le total de personne-jours de travail possible = 52 semaines × 5 jours par semaine, soit 260 jours.

Congés payés :

Vacances	20 jours
Maladie	10 jours
Fériés	<u>12 jours</u>
	42 jours

$$\text{Jours de travail payés} = 218 \text{ jours } (260 - 42 = 218)$$

Il serait raisonnable d'affecter 218 jours de salaire d'une personne sur un projet en tant que coûts directs et de mettre 42 jours dans le fonds commun des avantages complémentaires.

**Coefficient provisoire** : Une estimation du coefficient imputable aux coûts indirects, avant de connaître les coûts définitifs. Utilisé pour les besoins de la budgétisation et de la facturation.

**Coefficient définitif** : Le coefficient réel imputé aux coûts indirects, une fois les états financiers terminés, lorsque les vrais coûts sont connus. La facturation au donateur est généralement modifiée à la hausse ou à la baisse pour corriger les coefficients provisoires et les remplacer par les coefficients réels. Les coefficients définitifs sont généralement vérifiés par un auditeur indépendant.

Noter que les donateurs peuvent négocier un plafonds sur les coefficients imputables aux coûts indirects pour que les coûts indirects puissent être facturés seulement à hauteur du montant du plafond, quel que soit le coefficient réel définitif.

## PROPOSITIONS DE COÛTS INDIRECTS

**Documentation exigée.** Plusieurs documents sont exigés pour une proposition de coûts indirect à l'Agence des États-Unis pour le développement (USAID) :

- barèmes de fonds communs de coûts indirects par élément de coût
- identification des coûts non admissibles exclus
- identification d'autres coûts exclus, comme les achats de gros équipement
- barème de la main d'œuvre : titre de la fonction, salaire, classification directe ou indirecte
- explication de la base de répartition utilisée
- identification des contrats des donateurs
- rapprochement des coûts et des états financiers

## GESTION DES COÛTS INDIRECTS

Faire attention à la gestion des coûts indirects, ainsi qu'aux programmes, est important. Une organisation qui maîtrise ses coûts directs est plus facile à « vendre » auprès des donateurs. Des changements dans le coefficient imputable aux coûts indirects peuvent être indicatifs de la santé financière d'une organisation. Lorsque les frais généraux augmentent, soit les coûts indirects se sont accrus, soit les coûts de programme ont baissé. Il faut bien comprendre s'il s'agit de l'un ou de l'autre pour pouvoir prendre des mesures adaptées.

**Comparer les coefficients.** Comparer les coefficients parmi les organisations n'est pas une tâche simple. Il faut bien comprendre les facteurs suivants, à savoir quelle est leur base de répartition et quels coûts ont été exclus. Il est plus important de porter son attention sur l'équité du coefficient que sur le coefficient lui-même. Une organisation peut prendre des mesures extrêmes pour tout imputer directement. Une autre pourra autoriser de nombreux coûts à passer dans les coûts indirects.

Ce qui est plus important est le coût d'ensemble de l'activité menée, et pas nécessairement la répartition entre coûts directs et indirects. La présentation des coûts, toutefois, peut influencer sur la volonté de payer du donateur. Un coefficient de taux indirects plus bas peut être plus facile à « vendre ».

## ANNEXE E. Choix et préparation de la mise en œuvre du logiciel comptable

---

Toutes les organisations, quelle que soit leur taille, doivent être concernées par le contrôle opérationnel, la gestion des ressources humaines et la gestion financière. Les systèmes modernes de comptabilité automatisée peuvent faciliter ces fonctions, les rendre plus efficaces et permettre au personnel de « travailler plus intelligemment ». Il faut souligner que ce logiciel est un outil qui procure les données et la structure qui facilitera la prise de décisions solides par le directeur de l'entreprise. Les systèmes informatisés ne peuvent réfléchir ou prendre des décisions d'ordre commercial. Ils ne peuvent pas non plus éliminer les erreurs, bien qu'ils puissent offrir des fonctions de vérification de l'exactitude des données, dans la mesure du possible. La comptabilité automatisée n'est qu'une partie d'un système commercial bien organisé.

Bien que l'automatisation d'un bureau représente une grosse dépense d'immobilisations, il est plus logique de la considérer comme un investissement dans l'organisation. Lorsque l'on choisit, installe correctement et met en œuvre le bon logiciel, celui-ci peut rapporter de gros dividendes. La comptabilité informatisée n'est plus seulement de la simple comptabilité ; il s'agit désormais de systèmes d'information de gestion et de soutien des opérations, offrant des services aux domaines de l'entreprise qui auparavant n'étaient pas desservis par le système comptable.

### IDENTIFICATION DES BESOINS DU SYSTÈME

Lors de la procédure de définition des besoins, tous les membres du personnel doivent se concentrer sur les clients internes qu'ils servent. Quelles sont les caractéristiques du système susceptibles de les aider à satisfaire les besoins de ces clients de façon plus précise et dans le respect des échéances ? Outre la satisfaction des exigences des auditeurs, et des organes fiscaux et de réglementation, les nouveaux systèmes peuvent faciliter la budgétisation et les prévisions, renforcer la gestion de projet et de programme, la planification et le contrôle, contribuer à éviter la fraude et offrir un accès quasiment immédiat à l'information.

Pour saisir certaines informations complémentaires désirées, comme une meilleure répartition des charges par donateur ou par projet, des données supplémentaires devront être collectées lors du traitement des transactions. De ce fait, le temps de traitement de certaines fonctions de routine, comme par exemple les effets à payer et les salaires, pourrait être rallongé. Il faut peser l'avantage d'une collecte de données supplémentaires contre la quantité de temps, de main d'œuvre et les coûts associés à cette collecte. Si les données ne sont pas utilisées, il faut se demander si elles doivent à tout prix être collectées.

### PLANIFIER LA MISE À NIVEAU

L'organisation peut être obligée d'accepter des compromis lors de la procédure de mise à niveau du système comptable. Une saisie plus lente des données peut s'avérer un compromis nécessaire en échange d'un accès à un plus grand nombre de données et d'une production de rapports financiers plus efficace. La souplesse du système d'écriture quotidienne des chèques pourra devoir être remplacée par la saisie par lot de chèques générés par ordinateur, plus efficace, plus exacte et moins fréquente. Pour répartir avec exactitude les coûts de personnel sur les projets ou les services, il faudra sans doute rendre le système de pointage des présences un peu plus complexe. Il faudra décider quels normes opérationnelles et processus changer pour alimenter et soutenir le nouveau système financier. Si la sélection d'un logiciel particulier oblige à procéder à des changements inacceptables pour l'organisation, il doit être écarté des choix possibles.

Il est important de discuter de ces possibilités avec le personnel pour éliminer les surprises lorsque le nouveau système est mis en place. Puisque le nouveau système exigera de nouveaux processus, le personnel doit être consulté, ou du moins informé des changements à venir. Le changement est source de stress, même si ces changements sont positifs, et les capacités d'adaptation des employés sont variables. Des communications fréquentes, la participation aux décisions et à la conception du système ainsi que la formation contribueront à minimiser l'anxiété. Plus grand sera le nombre d'utilisateurs inclus dans la phase de planification et de mise en œuvre, plus l'adaptation au changement sera facile.

La mise à niveau d'un système de gestion financière peut impliquer des tâches et des responsabilités supplémentaires pour certains postes. Au fur et à mesure que la nature de ces changements devient plus claire, le descriptif des postes doit être modifiée et de nouvelles tâches assignées. Le personnel actuel peut ne pas avoir les compétences requises et devoir être formé ou même changé de poste. Il pourrait être nécessaire de procéder à nouveaux recrutements.

La réussite de la mise en œuvre du logiciel repose sur l'existence préalable d'un système solide de comptabilité manuelle. Analyser le système actuel pour déterminer les points devant être renforcés est important. Ces améliorations doivent être faites avant le début de la mise en œuvre. Certains aspects exigeant une attention particulièrement sont le plan de comptes, le contrôle interne, et la gestion des écritures. Tous les registres, comptes bancaires et le grand livre doivent être équilibrés avant de commencer l'installation.

Bien que la comptabilité automatisée élimine la nécessité de nombreux registres écrits à la main, l'ordinateur crée un nouvel ensemble de rapports et de pistes d'audits qui doivent être gardés. Il faudra sauvegarder les copies de secours et les archives, notamment stocker régulièrement les données essentielles à l'extérieur de l'entreprise, ce qui permettra de restaurer le système dans l'éventualité d'un incendie ou de tout autre endommagement du bureau. Avant le début d'une installation, organisez le nettoyage des fichiers, effacez ou archivez les dossiers qui ne sont plus nécessaires et organisez l'espace de bureau pour optimiser le confort et accéder aux nouvelles machines telles que les imprimantes.

La dépendance accrue aux informations générées par ordinateur peut entraîner bruit et chaleur supplémentaires venant des imprimantes, des processeurs et peut-être des générateurs, ou causer des attroupement autour des imprimantes, les employés attendant l'impression des documents. De petites modifications dans la disposition du bureau peut améliorer ce genre de situation qui, bien que semblant d'importance mineure, peut créer de sérieux ennuis à long terme.

D'autres facteurs qui faciliteront la mise en œuvre réussie du logiciel sont la collecte d'informations, une approche méthodique du processus, la coopération de tous les effectifs, la mobilisation et le soutien de la direction et la patience. La mise en œuvre du nouveau logiciel évoluera dans le temps, ce ne sera pas un événement instantané. Le processus doit pouvoir suivre son cours naturel. Les calendriers ne sont que des cibles qu'il faudra modifier et remplacer par une analyse exhaustive, une bonne planification et un point de départ dénué d'erreurs. Le chapitre 2 contient des informations qui pourront vous aider à diriger et à gérer cette période de changement.

## CHOIX DU LOGICIEL

Lors du processus de sélection du logiciel, recueillez autant d'information que possible sur les solutions de logiciels possibles, les fournisseurs, les revendeurs (organisations qui achètent

des équipements et des logiciels aux fabricants et les revendent au grand public) et sur ce que le personnel espère obtenir du nouveau système.

Vous serez peut-être tenté de choisir un nouveau système qui réponde à la totalité des souhaits du personnel. On trouve sur le marché des systèmes qui peuvent faire quasiment tout, si vous êtes prêts à payer le prix. Cependant, il convient de choisir le logiciel qui répondra à la plupart de vos besoins et de vos souhaits et satisfera l'ensemble des exigences essentielles à un prix raisonnable. Des systèmes hyper sophistiqués peuvent regorger de technologie difficile à contrôler et qui finira par frustrer le personnel des finances s'il n'a pas l'expérience des systèmes informatisés.

### CONSEILS POUR UNE MISE À JOUR RÉUSSIE DE VOS SYSTÈMES

- Nommer un responsable de projet qui encadrera le processus entier. Cette personne coordonnera les réunions avec les fournisseurs, distribuera des tâches parmi les employés, tiendra la direction et le personnel au courant des progrès et leur dira à quoi s'attendre ensuite. Puisque ce travail absorbera un temps considérable, cette personne devra disposer du temps et des ressources nécessaires pour accomplir ce travail.
- Nommer un comité directeur composé d'effectifs clés de la comptabilité, de la gestion des opérations et des groupes de gestion des projets qui décidera des caractéristiques requises et choisira le logiciel. Inclure aussi les membres du personnel chargés de la saisie quotidienne des données. L'administrateur du réseau informatique devrait aussi pouvoir donner son avis sur les besoins d'équipement et de mémoire. Les membres du comité s'associeront aux effectifs de leurs départements et de leurs projets pour définir les besoins et les exigences et communiquer les résultats.
- Examiner et mettre à jour le manuel de comptabilité actuel pour qu'il soit conforme au système actuel.
- Analyser les systèmes et procédures actuels pour repérer les dysfonctionnements et prendre les mesures de redressement possibles avant la mise en œuvre. Ces changements doivent être examinés avec votre division comptable ou votre cabinet d'audit, si vous en avez un.
- Assurez-vous que le système actuel est équilibré et rapproché. Toute correction et tout ajustement résultant de l'audit courant doit être réalisé.
- Contactez les personnes de références et les clients actuels des fournisseurs de logiciel que vous envisagez de choisir. Discutez de leurs réussites et de leurs problèmes avec le logiciel et du service du fournisseur. Comment le logiciel a-t-il amélioré leurs opérations et leurs prises de décisions ? Ont-ils connu un quelconque désastre ? Comparez la taille de l'organisation de référence, la complexité et conception du système avec ceux de votre organisation pour vous demander si le logiciel pourrait fonctionner dans le cadre votre organisation ? Demandez aux clients du fournisseur : si c'était à refaire, choisiriez-vous le même logiciel et le même fournisseur ?
- Nommer quelqu'un (si possible le responsable de projet) qui sera chargé de créer et de maintenir le plan de projet et les documents d'appui. Correspondance, réponse des fournisseurs et procès-verbal des réunions doivent être stockés pour toute référence future. Dans le pire des cas de figure, cette documentation vous aidera à résoudre un différend avec le fournisseur.

## QUESTIONS À POSER AUX UTILISATEURS ET AUX FOURNISSEURS DU SYSTÈME

- Quels sont vos besoins actuels ? Dans quelle mesure le logiciel présenté répond-il à ces besoins ?
- Quels sont vos futurs besoins ou souhaits ? Dans quelle mesure le logiciel proposé répond-il à ces besoins ? Quelle sera l'ampleur des modifications à effectuer pour prendre en compte la croissance ou les changements de procédure ?
- Quelles caractéristiques ou fonctions représenteront des améliorations par rapport au système actuel ? Dans quelle mesure le logiciel proposé résoudra-t-il les problèmes actuels ?
- Les écrans de saisie de données sont-ils faciles d'emploi ? Combien de temps la saisie des transactions de routine prendra-t-elle ? La vitesse et la performance sont-elles acceptables ? Les responsables de la saisie des données ont-ils évalué ces caractéristiques ?
- La structure du menu vous conduit-elle clairement vers les fonctions souhaitées ?
- Quel est le niveau de l'aide en ligne ? Y a-t-il une aide sur site ? A quel coût ?
- Quel genre de manuels et de documents de formation sont fournis ? Sont-ils faciles à comprendre ?
- Cette application est-elle trop complexe ? Améliorera-t-elle ou entravera-t-elle les opérations au quotidien ?
- Les employés de toutes catégories qui utilisent le système pourront-ils l'utiliser sans souci ? Des connaissances avancées en informatique sont-elles nécessaires ?
- De quelle formation les employés auront-ils besoin pour savoir faire fonctionner le système ? Qui dispensera la formation ? à quel prix ?
- Quelle adaptation sera nécessaire pour satisfaire les obligations minima ? Les obligations désirées ?
- Des applications par des tiers sont-elles exigées pour l'accomplissement de fonctions standard, comme le reporting ou la paie ? Comment ces applications sont-elles supportées ? L'intégration entre les paquets se fait-elle sans problème ?
- Comment se font les saisies du budget et leurs mises à jour ? Les outils budgétaires sont-ils suffisamment complexes pour répondre aux besoins de gestion des projets ?
- Le logiciel a-t-il une interface avec d'autres outils tels que les tableurs, les modèles de lettre ou la création de tableaux ? Est-ce que c'est facile ?
- Peut-on contacter pour les besoins de référence les clients du fournisseur qui utilisent actuellement ce logiciel ?
- Quels rapports standards sont inclus dans l'application du logiciel ? Quels sont les outils disponibles pour la création de rapports personnalisés ? Est-il facile d'utiliser la fonction de conception de rapport ?
- Certaines caractéristiques affectent-elle l'exploitation du système de logiciel dans le contexte actuel de l'entreprise ? Le problème peut-il être résolu ? Sinon, envisager un autre logiciel.
- Le fournisseur était-il bien informé sur le logiciel ? Le fournisseur comprend-il bien la comptabilité et les besoins de votre entreprise ?
- Depuis combien de temps le fournisseur est-il en activité ? Combien d'employés ou de consultants seront mis à disposition pour installer et mettre en œuvre le logiciel puis former le personnel ?
- Le vendeur vous a-t-il inspiré confiance quant à sa capacité à offrir un service, un soutien et la formation du personnel après l'installation ? Vous sentirez-vous à l'aise (vous personnellement ainsi que d'autres) dans une relation commerciale à long terme avec cette entreprise et ce vendeur ?
- Quelles ont été vos premières impressions du logiciel ? Ces réactions initiales ont-elles évolué après une démonstration et une expérience ultérieure ?

## ANNEXE F. Conseils de mise en œuvre d'un logiciel comptable

---

### SE PRÉPARER AU CHANGEMENT

Le changement entraîne toujours des risques et la peur car on abandonne ce qui est familier et connu pour l'inconnu. Soyez confiant que le changement finira par engendrer un meilleur cadre de travail. Saisissez l'occasion d'acquérir des compétences, des pratiques et des idées nouvelles. Le nouveau système comptable devrait positionner votre entreprise pour qu'elle soit plus performante dans les années à venir. Le chapitre 2 contient des informations qui peuvent vous aider à diriger et à gérer à une époque changeante.

### COMMUNIQUER AVEC LE PERSONNEL POUR SUSCITER SON ADHÉSION

La réussite de la mise en œuvre du logiciel est directement liée à l'adhésion du personnel : leur engagement à apprendre ce que le logiciel peut faire, le temps nécessaire consacré à se préparer pour l'installation, la planification minutieuse en vue du nouveau système, et la résolution des difficultés au fur et à mesure qu'elles se présentent.

L'organisation toute entière, et pas seulement le service financier, doit s'engager à accepter avec grâce les interruptions mineures de service nécessaires pour terminer la mise en œuvre. Les résultats (performance accrue et accès plus rapide aux données de gestion) en vaudront la peine.

La période d'installation et de mise en œuvre poseront quelques difficultés, notamment lorsque les employés tenteront de jongler entre les exigences du travail quotidien et les tâches supplémentaires liées à la mise en œuvre du système. Le leadership et le travail en équipe seront nécessaires pour relever ces enjeux. Si vous communiquez régulièrement avec les membres du personnel, ils sauront à quoi s'attendre et à quel moment. De plus, si vous maintenez le dialogue, ils viendront librement vous poser des questions et vous faire part de leurs préoccupations.

### TENIR DES RÉUNIONS SUR L'ÉTAT D'AVANCEMENT

La phase de mise en œuvre durera entre deux et quatre mois. Il sera nécessaire de tenir de fréquentes réunions pour informer tout les employés, la direction et le conseil d'administration de l'état d'avancement et alerter les fournisseurs des difficultés et des problèmes de formation.

### POSER DES QUESTIONS

Pendant toute la durée de l'installation, de la mise en œuvre et du basculement sur le nouveau système, de nombreux aspects seront source de confusion. Le fournisseur est un expert qui est là pour répondre aux questions et rendre le processus plus clair. Faites bon usage du savoir-faire de l'entreprise. Les mauvaises questions sont celles qui ne sont jamais posées.

### DOCUMENTER, DOCUMENTER, DOCUMENTER !

- Gardez des traces très détaillées, sur papier, de toutes les décisions d'installation, comme par exemple un dossier principal et des tables des matières consultables. Sauvegardez ces documents pour vous aider à résoudre les problèmes lors du lancement et aussi pour l'examen par les vérificateurs comptables, le cas échéant.
- Gardez un dossier de projet complet comprenant la documentation de base et les rapports déjà préparés. Réunissez toute les informations des fournisseurs et des consultants, ainsi que les plans et documents de mise en œuvre. Ces documents doivent pouvoir être conservés et à disposition pour examen.

## LIRE LES MANUELS

Pour compléter les séances de formation et l'apprentissage sur les lieux de travail, tous les employés du service comptabilité doivent lire les manuels sur le système. Ces manuels documenteront des fonctions qui ne seront pas nécessairement bien expliquées lors de la formation et décriront en détail comment les divers modules et processus sont reliés entre eux.

## FORMER UN GROUPE D'EXPERTS PARMI LES EMPLOYÉS

Certains employés trouveront que le nouveau système est plus facile à utiliser parce qu'ils sont plus doués ou ont plus d'expérience de l'informatique. Encouragez ces « stars » à guider et à former ceux qui ont besoin d'aide.

## MISE À JOUR DES MANUELS DE COMPTABILITÉ

Les manuels de procédure comptable doivent être actualisés pour inclure de nouvelles procédures, de nouveaux formulaires et le plan de comptes révisé.

## DÉTERMINER LES STRUCTURES DE CODIFICATION

- Demander au fournisseur de fournir l'architecture des fichiers principaux, pour pouvoir mettre sur pied une structure de codification en conséquence.
- Décider si tous les fournisseurs des effets à payer seront ajoutés au système ou s'ils seront ajoutés un par un au moment de leur utilisation. Puisque l'information des fournisseurs change fréquemment et que nombre de fournisseurs ne sont utilisés qu'une ou deux fois, il serait logique d'ajouter en premier uniquement les fournisseurs courants.
- Décider quel niveau de détail vous voulez saisir, tel que service, projet, donateur et lieu, ou plus. Souvenez-vous que chaque niveau de codification augmente le temps de saisie, par conséquent votre choix doit s'appuyer sur vos vrais besoins d'information commerciale.
- Dans la mesure du possible, intégrez les structures de codification couramment utilisées au nouveau système. Plus le système semble familier, plus facile sera la transition.

## SE PRÉPARER POUR LA SAISIE DES DONNÉES

- Actualiser le plan de comptes pour inclure tous les comptes couramment utilisés. Décider quels comptes supplémentaires vous voulez ajouter.
- Rapprocher tous les comptes bancaires
- S'assurer que la balance des comptes est équilibrée.
- Réunir toutes les données sur les numéros de comptes, les adresses, etc.
- Réunir toutes les données sur les fournisseurs devant être entrées dans le système, y compris tous les règlements mensuels récurrents.
- Préparer un listing de toutes les factures restant à régler. Dans la mesure du possible, régler toutes les factures impayées pour réduire les données devant être importées dans le nouveau système.
- Préparer une liste des bons de commandes permanentes.
- Préparer une liste de tous les effets à recevoir impayés.
- Demander aux employés de vérifier toutes les données personnelles qui seront saisies dans le module de paie. Préparer un dossier de tous les salaires payés, déductions, indemnités et information fiscales de l'exercice en cours devant être saisies.

- Préparer ou réunir tous les budgets des projets et des services.
- Évaluer l'installation des bureaux du service comptable. Déterminer si l'emplacement des ordinateurs et des périphériques est optimal pour un plein usage. Certains employés passeront pas mal de temps à la saisie des données, soyez donc certains que leur lieu de travail soient bien éclairé, avec de bons sièges et soit équipés de façon à éviter les troubles musculo-squelettiques dus aux répétitions.

### INSTAURER DES PROTOCOLES DE SÉCURITÉ

- Déterminer qui sera détenteur des droits d'administrateur ou de superviseur.
- Déterminer qui aura accès aux divers modules du logiciel et quel sera son niveau d'accès (par exemple capacité d'ajouter, d'effacer ou de modifier les fichiers).
- Déterminer les procédures de sauvegarde, notamment le stockage extérieur à l'entreprise et celui des copies de sauvegarde essentielles dans un coffre ignifuge. La sauvegarde de sécurité du système comptable ne doit pas reposer uniquement sur l'administrateur du réseau local (LAN) étant donné que des sauvegardes du réseau local entier (effectuées chaque jour au titre des bonnes pratiques) ne seront peut-être pas assez fréquentes pour sauvegarder des données financières précieuses. Le comptable doit toujours faire une copie de sauvegarde des données financières avant de procéder à une quelconque transaction essentielle, après avoir traité de grandes quantités de données, etc. Ceci est particulièrement important dans les régions susceptibles de souffrir de fluctuations de courant électrique, de pannes d'électricité, ou d'orage accompagné d'éclairs qui peuvent sérieusement endommager ou détruire des fichiers électroniques.
- Informatiser ne veut pas dire créer un lieu de travail sans papier. Établissez un plan pour le stockage des rapports et leur distribution, vu que les rapports informatisés seront peut-être plus nombreux et plus gros que vos rapports actuels.
- Placer l'imprimante (ou les imprimantes) dans un endroit qui ne compromette pas la confidentialité des rapports et des chèques. Puisque la comptabilité génère un grand nombre de rapports, elle devrait avoir au moins une imprimante dédiée.
- Déterminer quels types de rapports de transactions sont nécessaires pour créer des pistes d'audit appropriées.
- Déterminer quelles copies de sauvegarde doivent être gardées, et pendant combien de temps, et celles que l'on peut réutiliser en réécrivant par-dessus, et pendant combien de temps ces copies doivent être disponibles avant d'être réutilisées
- Lorsque vous installez un système de sécurité, veillez à disposer de suffisamment de compétences redondantes pour qu'en l'absence d'une personne toutes les fonctions puissent être encore assurées sans problème.

### INFORMER LE PERSONNEL DU CALENDRIER DES TRAVAUX PENDANT LA MISE EN OEUVRE

- L'installation pendant le week-end ou en soirée perturbe généralement moins la routine quotidienne mais peut exiger du personnel un engagement de temps supplémentaire. Assurez-vous que les attentes soient clairement communiquées.
- Y aura-t-il des retard de traitement dans les règlements des fournisseurs ou dans d'autres activités du service comptable ? Aviser le personnel et autres de cette possibilité. .

- Aviser l'ensemble du personnel des engagements de formation qui limiteront la disponibilité du personnel des finances.
- Aviser les auditeurs, donateurs et le conseil d'administration au cas où le programme de mise en œuvre retarderait la préparation des états financiers de fin d'année. Mettez-vous d'accord avec le fournisseur pour changer le calendrier si ces dates butoirs ne peuvent être respectées.

### METTRE SUR PIED UNE STRATÉGIE DE FORMATION

- Déterminer qui suivra une formation. Distribuer le programme de formation à l'ensemble du personnel concerné pour veiller à ce qu'il soit présent à toutes les séances de formation obligatoire. Veiller à disposer de suffisamment de documentation pour l'ensemble du personnel, et réserver le temps nécessaire pour que la réussite de la formation.
- Programmer les séances de formation et installer les salles de façon à réduire au maximum les distractions et les interruptions. Informer l'ensemble du personnel des séances de formation pour éviter toute interférence avec les réunions ou autres événements perturbateurs.

### PREVOIR L'EMPLOI DE CHÈQUES GÉNÉRÉS PAR ORDINATEUR

- Si vous avez l'intention de produire des chèques générés par ordinateur, obtenez les spécifications d'impression et commandez des chèques rapidement, pour qu'ils soient disponibles une fois le système installé.
- Veillez à obtenir des fournitures d'impression des chèques compatibles avec les imprimantes en place, sinon décidez d'acheter un modèle d'imprimante plus adapté.
- Vous faut-il plusieurs sortes de chèques pour accéder à différents comptes bancaires ou payer les salaires ? Assurez-vous de commander tous les chèques dont vous avez besoin ; des prix plus économiques sont généralement offerts pour les commandes en gros.
- Rédiger une politique concernant les chèques écrits à la main, le cas échéant, et quand cela se fera, car le traitement des chèques écrits à la main exige un temps de saisie supplémentaire et peut échapper aux procédures de contrôle interne habituelles.

### ÉTABLIR DES PROTOCOLES DE TRAITEMENT

- Établissez une liste de vérification des étapes de traitement exigées pour l'accomplissement de diverses routines. Ces listes seront utiles tant que les procédures ne seront pas devenues une seconde nature. Il faudra rappeler au personnel de faire des sauvegardes de sécurité ainsi que certains rapports de transactions.
- Déterminez à quelle fréquence les transactions seront enregistrées sur le grand livre et par qui.
- Déterminez comment les documents source seront préparés pour la saisie des données. Puisque l'ordinateur permettra la collecte de données supplémentaires, il pourrait s'avérer utile de concevoir des pages de garde ou des tampons en caoutchouc qui simplifieront la procédure de codification.
- Qui va examiner et procéder aux audits des paquets informatiques ? Comment les transactions seront-elles corrigées ?

- Élaborez un mécanisme pour assurer le suivi des ajouts aux listes de fournisseurs, aux listes de personnel et au grand livre. Déterminer qui est autorisé à faire ces ajouts.
- Puisque le module des effets à payer permet de passer des écritures sur des périodes antérieures, il faudra décider si cette option est désirable.
- Déterminez quels rapports doivent être régulièrement imprimés. Bien que le logiciel vous permette en général d'imprimer plus de 250 rapports, ce n'est pas une obligation !

### TENIR COMPTE DES BESOINS DE FOURNITURES ET DE MATÉRIEL

- Soyez certain de disposer de stocks suffisants de papier, encre en poudre, bande ou disque de sauvegarde parce que ces besoins augmenteront après l'informatisation.
- Déterminez si vous avez besoin de matériel supplémentaire (ordinateurs, imprimantes, encre en poudre, régulateur de courant, générateur et matériel similaire) et organisez-vous pour les acheter. Budgétisez l'entretien du système et les mises à jour après la première année.

### FAITES UNE FÊTE !

Choisissez la date à laquelle le nouveau système sera totalement fonctionnel et prévoyez de célébrer le travail acharné et le dévouement qui ont permis que ce nouveau système soit installé et fonctionne.

### PROGRAMMER UN EXAMEN À MI-PARCOURS

Plusieurs mois après la mise en œuvre du nouveau système, une fois les petits problèmes résolus, procéder à une révision systématique du système. Les charges de travail doivent être évaluées. La tâche de certaines personnes aurait dû être simplifiée suite à l'informatisation. Il est peut-être possible de répartir à nouveau certaines tâches, de démarrer certaines activités nouvelles ou de tirer parti de nouveaux savoir-faire.

## ANNEXE G. Planification face au risque et élaboration d'un plan d'action face au risque de projet

*Le risque reste un problème secondaire tant que la chance de l'organisation se maintient ou jusqu'à ce qu'une opportunité de subvention soit manquée.*

Carl L. Pritchard

*Risk Management: Concepts and Guidance*

Parmi les risques, on compte la non satisfaction des exigences de qualité, le non respect du budget ou des objectifs de performance. Chaque risque coûte du temps et de l'argent et représente probablement des opportunités perdues. Le but est d'éviter les risques préjudiciables mais ce n'est pas toujours possible.

### LA GESTION DES RISQUES DOIT S'ACCOMPAGNER DE LA GESTION DES OPPORTUNITÉS

Certains risques sont souhaitables car ils présentent des opportunités et sont porteurs de bénéfices, de réussite ou d'autres avantages. La plupart des être humains ont plus peur des risques (et les évitent) qu'ils n'aiment et n'acceptent les enjeux présentés par certaines opportunités. Pourtant, prendre des risques peut être récompensé. Il faut de la sagesse pour éviter ou prévenir les risques qui vont porter préjudice à un projet et du courage pour accepter les risques qui lui seront bénéfiques.

La gestion des risques n'est pas une réaction instinctuelle face aux événements. Elle demande une culture au sein de l'organisation faite de protocoles et de pratiques constamment appliquées. La phase la plus critique du processus de gestion des risques est peut-être la détection des risques. Comment savoir quand vous allez rencontrer un risque ?

**Risques.** Les risques ont trois caractéristiques communes :

- Un événement
- La probabilité qu'il se produise
- Le coût ou la perte lorsque l'événement se produit (gravité)

**Opportunités.** Les opportunités ont trois caractéristiques communes, les deux premières étant les mêmes que celles des risques :

- Un événement
- La probabilité qu'il se produise
- L'avantage ou le bénéfice si l'événement se produit (impact)

Vous devez tenter de quantifier les conséquences et les probabilités en termes réaliste, notamment les coûts et les avantages potentiels. Dans la mesure du possible, cet exercice doit être de nature scientifique et mathématique, bien que les intuitions jouent un rôle dans la quantification des risques. Voir [encadré G-1](#).

La gestion réussie des risques exige un environnement qui autorise et encourage la communication honnête et ouverte sur les risques éventuels. Lorsque les managers sont découragés car ils sont porteurs de mauvaises nouvelles, un temps précieux qui aurait pu être utilisé pour atténuer les risques ou dresser un plan de contingence est peut-être perdu. Les opportunités ont peut-être aussi disparu. Si vous êtes chargé de surveiller les risques, assurez-vous de communiquer clairement à ceux qui ont le pouvoir de prendre des décisions quels sont les risques et leurs conséquences possibles.

### ENCADRÉ G-1. Quantification des risques et des opportunités

**Risque** : Potentialité qu'un événement ait des conséquences négatives

**Opportunité** : Potentialité qu'un événement ait des conséquences positives

**Risque** = « Coût » d'un événement non désirable  $\times$  probabilité de l'existence de l'événement

**Opportunité** = Avantage de l'événement espéré  $\times$  probabilité de l'existence de l'événement

## STRATÉGIES DE GESTION DES RISQUES ET DES OPPORTUNITÉS

Stratégies de gestion des risques :

- Acceptez les risques et assumez les pertes mais assurez-vous que l'équipe de projet et la direction sont au courant.
- Évitez les risques et passez à coté des opportunités par la même occasion.
- Contrôlez les risques grâce à la contingence et l'atténuation.

Stratégies de gestion des opportunités :

- Passive: Saisir l'opportunité quand elle se présente.
- Active: Rechercher activement les opportunités.

Le temps et les ressources nécessaires à la prévision des risques sont susceptibles d'être bien moins coûteux que le fait de faire face aux conséquences d'un événement risqué. Plus le risque est annoncé à l'avance, ce qui est le résultat d'une bonne planification de projet, plus la possibilité de compenser le risque ou de l'éviter est grande.

## SOURCES DE RISQUES

Il existe des sources de risque intérieures et extérieures. Les risques venant de sources extérieures sont :

- Incendies, famine, inondations et maladies (sources environnementales) ;
- Amendements de lois ou de réglementations (sources gouvernementales) ;
- Perte de part de marché, venue de concurrents, et perte de fournisseurs (source économique).

Les risques de sources intérieures sont :

- Changement de stratégies et de priorités du conseil d'administration, ou des politiques des agences de financement ;
- Changements d'investisseurs ;
- Echecs de sous-traitants, retards de calendrier, dépassement des coûts, surprises techniques ;
- Perte d'effectifs clés ;
- Retard dans le calendrier et dépassement des coûts dus à une des erreurs de planification et de budget (par exemple, irréalistes ou incomplets).

Les plans de projet comprennent des risques inhérents qui sont imposés par les donateurs, les clients ou la haute direction qui veulent obtenir des résultats plus rapides, à moindre coût,

ou avec une fonctionnalité qui n'est pas raisonnable. Les responsables de projet doivent être suffisamment honnêtes et courageux pour signaler ces risques et les expliquer au moyen de budgets et programmes solides et détaillés.

### RISQUES LIÉS A LA GESTION FINANCIERE

Certains risques sont liés à la gestion financière plutôt qu'à un projet précis. En voici des exemples :

- Ne pas s'informer sur les véritables coûts de l'activité commerciale ;
- Supposer que vous pourrez compenser les pertes en assurant de plus gros volumes de prestations. Si vous générez des pertes, de plus gros volumes ne pourront qu'engendrer de plus lourdes pertes ;
- Dépendre des donateurs ;
- Fixer des prix trop bas, par exemple, pour pouvoir remporter un contrat ;
- Manquer d'examiner attentivement et de surveiller l'évolution de l'environnement ;
- Cautionner de mauvaises pratiques de budgétisation, de planification et de reporting ;
- Ne pas tirer parti des opportunités ;
- Ne pas couvrir les coûts indirects.

### PRÉVOIR DE GÉRER LES RISQUES DANS UN PROJET OU DANS UN PROGRAMME

*Tôt ou tard, les bons projets rencontrent des écueils et un directeur de projet sans stratégie claire en paiera le prix.*

Carl L. Pritchard

*Risk Management: Concepts and Guidance*

Tous les grands projets ou programmes devraient avoir dans leur cahier des charges des activités documentées de gestion des risques ainsi qu'un plan de gestion des risques documenté en circulation.

Les événements risqués, les probabilités et les impacts ne resteront pas statiques pendant toute la durée du projet. Plus long est le projet, plus cette phrase est vraie. Donc, les étapes qui suivent devraient être entreprises pendant toute la durée du projet. Le repérage et la surveillance des risques devraient entraîner une planification supplémentaire.

**Étape 1: Identifier les risques.** Identifier les sources de risque potentiel et les définir précisément, y compris la probabilité qu'elles se manifestent et les coûts encourus si les événements porteurs de risque se produisaient. Il est important de décrire l'événement en détail. Posez des questions du genre : Comment cela pourrait-il se produire ? Dans quelle mesure le projet ou l'organisation pourrait-il s'en trouver affecté ?

N'oubliez pas d'étudier les avantages éventuels qui pourraient être tirés d'une opportunité risquée.

Faites étudier le risque par une équipe. Leurs différentes perspectives, attitudes et expériences face au risque, leur vision et leur tolérance des résultats négatifs et des prises de risque vous donneront un point de vue plus équilibré des risques potentiels. Inclure à la fois des personnes qui évitent les risques et celles qui prennent des risques.

Pendant toute la durée du projet, vous devriez aussi vous efforcer d'obtenir une perspective nouvelle sur les événements potentiellement risqués auprès d'experts ou de sources

extérieures au projet. Les membres du personnel qui sont plongés dans un projet, vous-même inclus, peuvent ignorer les changements extérieurs susceptibles de présenter de nouveaux risques.

Un bon moyen d'identifier les risques potentiels consiste à créer une structure pour le projet, si vous n'en avez pas déjà une. En divisant les processus et les activités en plus petits volets, il est plus facile d'identifier rapidement les risques que vous pourriez ne pas voir si vous ne vous intéressez qu'à la situation d'ensemble. Demandez-vous :

- Quelles sont les activités que nous suivons toujours ?
- Quels sont les principaux processus pour ces activités?
- Quels sont les principaux éléments et sous-activités de ces processus ?
- Quels risques sont communs à ces derniers ?

En outre, l'équipe doit faire des recherches sur l'historique d'autres projets plus ou moins comparables. Aucun projet, aussi avancé ou unique soit-il, ne représente un système totalement nouveau. Les projets naissent et évoluent à partir de projets antérieurs ou existants. La documentation concernant les risques rencontrés et les techniques d'atténuation ou de contingence utilisées devrait exister. La nouvelle équipe de projet doit revoir ces documents et faire usage des enseignements qui ont été tirés, sous peine de répétition.

**Étape 2: Création d'un plan de gestion de risques.** Un plan de gestion des risques est un outil important pour la documentation et le partage des risques et des opportunités pendant toute la durée du projet. Les volets d'un plan de risque sont les suivants :

- Repérage du risque ;
- Evaluation du risque (probabilité) ;
- Quantification du risque (coûts) ;
- Elaboration d'une intervention (plans d'atténuation et de contingence) ;
- Plan de surveillance et de contrôle.

Créer une matrice des risques possibles pour le projet en posant les questions :

- Quels risques pouvons-nous éviter ?
- Quels risques devons-nous prendre ?
- Quels risques pouvons-nous ignorer pour l'instant, étant donné que la probabilité qu'ils se concrétisent est extrêmement faible ?

Identifiez les événements porteurs de risque potentiel et les diviser en plus petits événements plus faciles à contrôler. Agissez rapidement, même au stade de développement du projet.

Définissez précisément l'événement porteur de risque et estimez sa probabilité et le coût encouru dans ce cas. S'il n'est pas possible de documenter scientifique les probabilités ou de déterminer une valeur exacte en dollars, il est possible de recourir aux pourcentages ou à des échelles de valeur (élevé, moyen, bas). Communiquez clairement la probabilité et le coût des événements risqués aux décideurs

Une fois identifiés les risques résidents (ceux qui sont en général associés à une activité donnée), vous pouvez intégrer des mécanismes de contrôle pour les gérer. (Voir [encadré G-2.](#)) Ceci doit faire partie de la planification du projet. Cette préparation libérera du temps et des ressources pour faire face aux événements inattendus se produisant lors de la mise en œuvre du projet.

### ENCADRÉ G-2. Risque résident : exemples de gestion de projet

Un risque résident courant est que l'activité prendra du retard. Il peut y avoir une excellente raison qui explique le retard pris par un projet (comme l'attente de l'adoption d'une loi). Toutefois, il faudrait que cette décision soit consciente et non l'inverse. Un projet ne doit prendre du retard par rapport au calendrier simplement parce que quelqu'un n'a pas fait attention au temps qui passe.

Autre risque résident commun, le manque de ressources pour le projet (ressources insuffisantes, indisponibles en temps voulu ou ressources ne convenant pas). Se procurer des ressources suffisantes (surtout des ressources humaines) et s'assurer qu'elles sont disponibles pour les besoins du projet est l'une des tâches essentielles du directeur de projet et elle doit être correctement abordée dans le plan de gestion des risques.

Un moyen d'identifier les risques consiste à s'inspirer de l'historique de projets antérieurs, des risques qu'ils ont rencontrés et des solutions qu'ils ont adoptées pour les atténuer. Le recours à des formes et à des protocoles réguliers pour retenir ces enseignements facilite leur enregistrement puis l'interprétation de cette information. Envisagez les questions suivantes :

- Que c'est-il passé ?
- Pourquoi cet événement s'est-il produit ?
- Comment cela s'est-il produit ?
- Quel était le contexte (pour l'entreprise, le projet, le marché) ?
- Qui était impliqué ?

Vous devriez aussi consulter des experts, réfléchir avec les équipes de projet et utiliser des données de projets similaires (recueillies dans des revues spécialisées, la mémoire institutionnelle et autres organisations).

Votre tâche sera plus facile si les enseignements dégagés ont été enregistrés au moment où ils ont été reconnus. Les souvenirs et les détails s'estompent avec le temps. De nombreux projets commettent l'erreur d'attendre la fin de ce dernier pour tenter de se souvenir des enseignements tirés. Cela se produit parfois plusieurs années après les événements et le souvenir peut être coloré par la réussite éventuelle du projet achevé.

En tant que manager de programme ou de prestations de santé, vous pouvez rendre l'identification des risques plus facile pour votre organisation et d'autres à l'avenir lorsque, au moment où ils se produisent, vous documentez, communiquez et archivez les risques et les opportunités rencontrés par votre projet, leurs conséquences et les actions ultérieures.

**Étape 3: Conception des plans d'atténuation et de contingence.** Pour une gestion efficace des risques, une organisation doit établir un plan pour détecter les risques potentiels, quantifier leur impact éventuel sur l'organisation, et définir des stratégies de prévention (par la planification de l'atténuation) ou de limitation des dégâts (par la planification de contingence).

L'organisation doit développer un processus de triage pour la gestion de ses risques. Déterminer et réagir en priorité aux risques les plus graves, et non à ceux qui semblent attirer le plus d'attention. Les salles d'urgence des hôpitaux utilisent cette technique pour trier les patients en catégories, à savoir qui présente le plus gros risque de complication ou de décès, et les traiter en priorité. Le triage implique de suivre avec soin des protocoles préétablis enseignés à tous les étudiants en médecine, tels que : évaluation de l'apparence physique, de l'état psychologique et des symptômes connus.

Tous les employés doivent bien comprendre leur milieu de travail et connaître les protocoles de gestion des risques. A l'instar de l'exemple du triage dans les hôpitaux, l'organisation doit établir des protocoles pour identifier les risques éventuels, identifier ceux qui pourraient faire de sérieux dégâts ou causer la « mort » de l'organisation, et décider des réponses adaptées à la gestion de ces risques.

**Atténuation** : une technique préventive. Ayant identifié l'événement susceptible de se produire, sa probabilité et pris la mesure des dégâts éventuels, vous pouvez prendre des dispositions pour réduire la probabilité que l'événement porteur de risque se concrétise. Normalement, ceci concerne les risques les plus probables et/ou avec l'impact le plus sévère sur l'organisation. Prendre des précautions pour éviter un incendie ou réduire son impact en achetant des extincteurs, sauvegarder des données à l'extérieur, et faire des exercices d'évacuation en cas d'incendie sont des exemples de stratégies d'atténuation. Si l'on garde l'analogie avec la santé, les techniques d'atténuation sont semblables aux bilans de santé réguliers, aux vaccinations et autres soins préventifs.

**Contingence** : c'est une technique à appliquer après coup. Elle implique d'avoir des plans en place qui peuvent être rapidement mobilisés dans l'éventualité où un événement malheureux se produirait. Une fois les risques éventuels soigneusement identifiés, il est possible de trouver éventuellement des solutions. La contingence procure une « cure » pour les conséquences d'un événement risqué. Vous pourriez par exemple identifier des sources de matériel de bureau ou de logement temporaire utilisables en cas d'incendie. Il est recommandé de prévoir du temps et des réserves budgétaires dans les plans de projet pour couvrir les risques qui ne peuvent être atténués.

Certains risques se distinguent par leur potentiel dévastateur susceptible d'entraîner la « mort » du projet ou du programme, ou même de toute l'organisation. Dans cette éventualité, vous ne pourrez pas atteindre vos objectifs. La possibilité d'un tel risque pourrait signifier que l'activité ne devrait pas être entreprise. Savoir quand arrêter une activité en échec ou trop risquée est crucial. Déterminez quelle perte est considérée comme acceptable et ce qui est inacceptable. Quel coût votre organisation peut-elle accepter ? Quel risque peut-elle assumer ?

De nombreuses organisations souffrent de grands revers parce qu'elles préfèrent garder des projets moribonds plutôt que de prendre la décision épineuse de terminer le projet et de tourner la page. La réponse à ces questions varie d'une organisation à l'autre en fonction de ses réserves financières, de sa capacité à couvrir ses pertes, et de l'optimisme ou du pessimisme global de la direction de l'organisation.

Il est nécessaire de déterminer quels risques valent un investissement en temps et en énergie. Certains risques valent la peine d'être pris, parce qu'ils ne sont pas graves et/ou que leur probabilité est peu importante. Certains risques valent la peine d'être pris parce que les opportunités et les avantages qu'ils présentent sont grands et peuvent être contrôlés avec une gestion, une planification et une exécution de projet adaptées.

L'acceptation des risques peut revêtir deux formes : passive et active.

**Acceptation passive des risques** : elle signifie accepter un risque sans faire quoi que ce soit pour lui trouver une solution, le gérer ou le supporter. Notez le mot clé : acceptation. Il ne s'agit pas d'ignorer le risque.

**Acceptation active du risque** : elle signifie reconnaître que le risque existe sans prévoir d'atténuation. Les plans de contingence ou des réserves sont instaurés à la place.

Lorsque vous concevez des plans d'atténuation et de contingence, il est essentiel que ces plans ne prennent pas plus de temps ou ne coûtent pas plus que le projet lui-même. Les techniques de gestion du risque ne doivent pas déclencher de risques majeurs supplémentaires.

Lorsque vous élaborez des réponses, une bonne technique consiste à débattre de multiples options. Vous pouvez ensuite les analyser pour déterminer celles qui peuvent être rapidement mises en œuvre, et dont le coût et l'impact sur le projet sera le moindre. Le but est de mettre des stratégies en œuvre qui auront l'impact d'ensemble le plus positif sur le projet (ou l'impact d'ensemble le moins négatif).

**Étape 4: Mettre un plan sur pied pour surveiller le risque.** Plus la probabilité d'un événement porteur de risque est élevée et plus le risque se rapproche dans le temps, plus le besoin de surveiller cet événement et de communiquer avec l'équipe de projet et les parties prenantes est grand.

Quelques suggestions sur des outils de planification, de contrôle et d'atténuation des risques :

- Matrices de probabilité d'impact (voir tableau A);
- Arbres décisionnels ou matrices et arbres de probabilité, pour quantifier les probabilités de risques
- Planification en trois points (meilleur scénario, scénario le plus probable, pire scénario)
- Analyse statistique : Cible pour la déviation standard moyenne plus 1
- Attribution d'utilité (la valeur perçue d'un événement potentiel): Ce genre d'analyse peut vous aider à décider de prendre ou non un risque. Plus le gain potentiel est élevé, plus vous êtes susceptible d'accepter le risque
- Répartition d'un risque important en plus petits risques qui sont plus faciles à gérer ce qui vous rend plus à même d'atténuer la situation.

TABLEAU A. Matrice de probabilité d'impact

Probabilité élevée 66%–99%	Élevée-Peu élevée DERNIÈRE INTERVENTION	Élevée – Modérée TROISIÈME INTERVENTION	Élevée – Élevée* PREMIÈRE INTERVENTION
Probabilité modérée 33%–65%	Modérée – Peu élevée DERNIÈRE INTERVENTION	Modérée – Modérée DERNIÈRE INTERVENTION	Modérée – Élevée DEUXIÈME INTERVENTION
Probabilité peu élevée 1%–32%	Peu élevée – Peu élevée DERNIÈRE INTERVENTION	Peu élevée – Modérée DERNIÈRE INTERVENTION	Peu élevée – Élevée DEUXIÈME INTERVENTION
Poids relatif = Probabilité × Impact	Impact peu élevé	Impact modéré	Impact élevé

\* Un événement Élevé-Élevé doit être analysé pour déterminer s'il s'agit d'un événement rédhibitoire.

Comme l'illustre le tableau A, les événements ayant le poids relatif le plus élevé sont traités en premier, donc un événement à la probabilité élevée et à l'impact élevé susciterait la première intervention. Les risques dont le poids est relativement moindre sont pris en compte quand le temps et l'argent le permettent.

Les critères d'attribution d'impact devraient faire l'objet d'un accord au sein de l'organisation parce que ce concept est fortement subjectif. Il faudrait tenter de rendre la quantification plus spécifique.

Le tableau B montre que lorsque les risques sont relativement bas et les opportunités relativement élevées, une organisation est généralement avisée d'investir les ressources nécessaires pour tirer profit de l'opportunité. Lorsque les risques sont élevés et les opportunités sont peu élevées, il faut activement prendre des mesures pour éviter l'évènement. Lors de circonstances plus modérées, il est généralement nécessaire de mener des études supplémentaires pour déterminer s'il est possible d'adopter des mesures pour atténuer les risques ou accroître les opportunités.

TABLEAU B. Matrice de décision risque – opportunité

Risque élevé 66%–99%	Élevé – bas ÉVITER	Élevé – Modéré CONTINUER ÉTUDE	Élevé – Élevé ÉVITER
Risque modéré 33%–65%	Modéré – bas ÉVITER	Modéré – Modéré CONTINUER ÉTUDE	Modéré – Élevé CONTINUER ÉTUDE
Risque bas 1%–32%	Bas – bas IGNORER	Bas – Modéré INVESTIR	Bas – Élevé INVESTIR
	Opportunité peu élevée	Opportunité modérée	Opportunité élevée

## ANNEXE H. Directives pour l'établissement d'indemnités journalières

Le personnel et les clients, comme les participants à des formations, encourrent souvent des frais de repas et de logement lorsqu'ils se déplacent ou sont loin de chez eux en voyage d'affaires. Pour des besoins de cohérence, pour réduire le fardeau des personnes en déplacement qui doivent enregistrer leurs frais et présenter une note de frais, et pour faciliter la comptabilité, de nombreuses organisations choisissent de fixer un tarif pour les repas et le logement.

En général, le voyageur reçoit une indemnité fixe pour couvrir ses repas et n'est pas obligé de présenter de justificatif pour les repas consommés. Le logement est souvent remboursé sur la base des frais réels, à condition de présenter une facture d'hôtel. Pour réduire les coûts et éviter les abus, les tarifs sont généralement plafonnés.

Ces tarifs s'appuient généralement sur les frais réels encourus dans une zone déterminée. Selon l'ampleur et la diversité des zones de déplacement, de multiples tarifs doivent être établis, en général par ville, par région, ou par pays où se fait le déplacement.

Voici ci-dessous certains impératifs et certaines directives pour l'établissement d'indemnités journalières locales.

### DÉMARCHES À FAIRE AVANT D'ÉTABLIR DES TARIFS LOCAUX

- Consulter le donateur sur les tarifs locaux en vigueur.
- Le ministère de la santé ou le fisc local peuvent avoir établi des indemnités journalières qui pourront vous servir de directives.
  - Faites attention aux barèmes qui seraient considérés comme des avantages sur salaires plutôt que des barèmes appropriés couvrant les frais réels de déplacement professionnel.
- Faites une enquête auprès d'organisations similaires et de collaborateurs sur les tarifs en cours et établissez un ensemble de tarifs similaire.
- Fixez des tarifs indépendants, sur la base d'enquêtes concernant les frais réels dans les zones de déplacement professionnel. Les personnes en déplacement ou les directeurs de bureau de pays doivent se renseigner sur les frais de repas raisonnables dans une zone donnée. Les repas doivent être pris dans des restaurants ou des hôtels qui respectent les normes d'hygiène et tiennent compte des besoins particuliers et des préférences du personnel local pour des raisons diététiques ou religieuses. Les repas ne doivent pas être luxueux. Outre l'allocation couvrant les repas, 20 pourcent supplémentaires doivent être ajoutés pour couvrir les menus frais des personnes en déplacement.

### FIXER LES TARIFS DES ALLOCATIONS JOURNALIÈRES POUR LES PARTICIPANTS AUX ATELIERS

Pour éliminer de nombreuses lourdeurs administratives et les risques liés au règlement des allocations journalières aux participants d'ateliers ou de formations, de nombreuses organisations fournissent tous les repas (et le logement le cas échéant) aux participants. Bien que tous les participants n'apprécient pas l'élimination des règlements en espèces, cette approche bénéficie au projet à divers titres :

- Les coûts peuvent être contrôlés en négociant des tarifs tous compris avec les hôtels.

- Il n'est plus besoin de transporter de vastes sommes d'argent liquide, de recueillir les reçus, et de faire les démarches administratives exigées pour documenter le règlement des allocations journalières.
- Les participants ne sont pas obligés de quitter les lieux pour aller prendre leurs repas à l'extérieur ou encaisser des chèques d'allocations journalières.
- Les repas pris en commun fournissent des opportunités de réseautage et d'apprentissage.

### RECOURS AUX HÔTELS PRÉFÉRENTIELS

Un hôtel préférentiel est un hôtel choisi par l'organisation pour le logement de l'ensemble du personnel et des consultants qui travaillent dans une zone donnée ou encore des visiteurs qui procurent une assistance technique au bureau de terrain. La création d'une liste d'hôtels préférentiels permet à l'organisation de contrôler les coûts en négociant des tarifs favorables avec les hôtels. Cela simplifie aussi la procédure de routine applicable aux déplacements car il n'est pas nécessaire de rechercher des hôtels tombant dans les limites de l'allocation journalière pour les voyages individuels.

S'engager à procurer des affaires substantielles à un hôtel facilite l'obtention gratuite ou à tarifs réduits d'autres services nécessaires. Ceci est aussi un facteur d'économies pour les projets. Ces services peuvent comprendre :

- Connexion Internet et services du business center gratuits ou à tarif réduit ;
- Location de salles de conférence à tarif réduit ;
- Navettes gratuites entre l'hôtel et l'aéroport.

Le choix d'hôtels dans des lieux pratiques, comme par exemple à courte distance à pied du bureau ou des homologues, peut éliminer des coûts et l'inconvénient d'avoir à se procurer des moyens de transport.

Il est souvent pratique de choisir plus d'un hôtel préférentiel dans un lieu donné, soit pour qu'il serve d'hôtel de secours lorsque le premier n'a pas de disponibilités, soit pour diverses autres raisons. Par exemple, un hôtel peut être préféré pour y dispenser des ateliers et un autre pour y loger des personnes venues de l'extérieur pour travailler sur place.

### CRITÈRES DE SÉLECTION DES HÔTELS

Voici quelques critères de sélection des hôtels préférentiels :

- Propreté des chambres, de la literie et des restaurants
- Cadre sécurisé (le quartier ainsi que l'immeuble lui-même)
- Climatisation, ventilateurs ou chauffage, selon les cas
- Situé non loin du lieu de travail
- Repas disponibles à l'hôtel ou dans des restaurants alentour
- Accessibilité de services nécessaires pour le travail, notamment accès Internet et téléphone

Le choix des hôtels est souvent subjectif. Il est important que les personnes s'y sentent à l'aise, en sécurité et soient capables d'être productifs dans leur environnement. Il est fortement recommandé que les personnes qui voyagent fréquemment fassent partie du comité de sélection chargé d'établir la liste des hôtels préférentiels.

## LOGEMENT EN PENSION COMPLÈTE

Dans certains lieux, le meilleur choix de logement est celui d'une maison d'hôte, dont le tarif inclut aussi les repas. Dans ce cas, les personnes en déplacement ont droit à une indemnité journalière qui ne couvre que leurs menus frais.

## ACTUALISATION DES INDEMNITÉS DE REPAS ET DES CHOIX D'HÔTEL

L'inflation peut faire monter les prix. De nouveaux hôtels peuvent voir le jour et les hôtels choisis peuvent ne plus offrir la qualité ou les services attendus. Il est essentiel que les voyageurs aient le moyen de faire part des hausses de prix ou de la baisse de qualité des hôtels. Les tarifs internationaux changent fréquemment, parfois même tous les mois. Cette fréquence n'est pas nécessairement normale à l'échelle locale mais des examens périodiques tous les six mois sont raisonnables. Des changements soudains ou dramatiques de circonstances peuvent aussi entraîner des révisions ad hoc de tarifs ou de choix d'hôtels.

## ANNEXE I. Modèle de politiques et procédures

Les notes ci-dessous vous aideront à bien comprendre ce qu'il faut inclure dans chaque section.

1. **Sujet** (Insérer uniquement le nom de la procédure ou de l'activité.)

Nom de la politique ou de la procédure (attribuer un numéro unique pour faciliter les futures mises à jour. Documenter toutes dates, révisions et approbations du conseil ou de la direction.)	Document numéro	
	Date de mise en vigueur	
	Date de révision	
	Numéro de révision	
	Approbation	

2. **Objet** (Insérer une phrase courte ou deux pour décrire la politique ou la procédure.)

3. **Historique de révision**

Date	
Numéro de révision	
Changement	
Section de référence	

4. **Personnes affectées** (Identifier les divers postes – pas le nom des personnes – qui sont impliqués dans le processus documenté. Il faut inclure toutes les fonctions impliquées, du début à la conclusion du processus)
5. **Politiques applicables** (Détailler toute règle, restriction organisationnelle ou du donateur, ou politiques qui s'appliquent à cette procédure).
6. **Définition** (Définir tout terme ou acronyme utilisé dans ce document qui pourrait ne pas être compris par tous les effectifs).
7. **Procédure** (Soigneusement décrire chaque phase et étape de procédure du début à la fin, en s'assurant qu'elles sont logiques et efficaces).
8. **Responsabilités** (Décrire les rôles joués par les divers postes affectés. Est-ce qu'ils comprennent des demandes, approbations, mises en œuvre, documentation, etc.) ?
9. **Documentation de référence** (Joindre tous formulaires, modèles, outils, échantillons et documentation supplémentaire qui documente ou appuie le processus).



## Gestion des médicaments et des produits de santé

Malcolm Clark  
Andy Barraclough

1. Obtenir des résultats en renforçant les systèmes de santé
2. Leadership et management : les compétences essentielles pour renforcer les systèmes de santé
3. Gouvernance des systèmes et des organisations de santé
4. Intégration de l'égalité des sexes dans les systèmes sanitaires
5. Planification du travail et utilisation effective du plan
6. La gestion des ressources humaines
7. Gestion des finances et des systèmes connexes
8. Gestion des médicaments et des produits de santé
9. Gestion de l'information : suivi et évaluation
10. Gestion de la prestation de services de santé

La gestion efficace des approvisionnements est essentielle à la disponibilité assurée de médicaments essentiels, élément capital de la fourniture de services de soins de santé de qualité. La bonne gestion des approvisionnements est également cruciale au rapport coût-efficacité de la fourniture de médicaments car ceux-ci sont coûteux et font trop souvent l'objet de gaspillages dans le cadre d'une mauvaise administration.

Des responsables gèrent, à l'échelle nationale, l'ensemble du système intégré décrit par le cycle de gestion pharmaceutique (Figure 2), tâche complexe qui exige un haut niveau de leadership, de gestion et de compétences techniques.

Pourtant, même en présence de politiques et de systèmes nationaux adaptés, si les responsables du « dernier kilomètre » de la chaîne logistique (qui mène du district ou de l'organisation au centre de santé puis jusqu'au patient) ne saisissent pas pleinement l'impact de leurs travaux et ne sont pas formés à leurs responsabilités, des membres du personnel médical et des patients se trouveront privés de médicaments et de fournitures essentiels.

Pour remplir vos obligations, vous, en tant que responsable d'un programme de santé ou de services de santé au niveau du district ou du centre de santé, aurez besoin des pratiques décrites dans ce chapitre relatives à la gestion des approvisionnements et à l'utilisation des médicaments.

L'isolement est incompatible avec la gestion des approvisionnements. Un ensemble de pratiques et de systèmes fondamentaux de gestion, interconnectés à la gestion globale des services de santé, est au cœur même du cycle de gestion pharmaceutique. D'autres chapitres de ce manuel couvrent ces domaines, à savoir :

- Planification du travail et utilisation effective du plan (Chapitre 5)
- Gestion des ressources humaines (Chapitre 6)
- Gestion des finances et des systèmes connexes (Chapitre 7)
- Gestion de l'information : suivi et évaluation (Chapitre 9)
- Gestion de la prestation de service de santé (Chapitre 10)

L'ensemble du cycle de gestion pharmaceutique repose sur un cadre stratégique et juridique qui fixe et soutient l'engagement public à la fourniture de médicaments essentiels. Les huit principales sections de ce chapitre offrent une orientation sur les aspects suivants de la gestion du cycle :

- Gestion du stockage
- Gestion du stock et contrôle des stocks
- Délivrance du stock à partir de l'entrepôt du centre de santé
- Bonnes pratiques de délivrance
- Prescription et utilisation logiques des médicaments
- Élimination des articles périmés, endommagés ou obsolètes
- Formation et amélioration des résultats du personnel d'approvisionnement
- Supervision de la gestion des approvisionnements

Ce chapitre décrit brièvement les éléments déterminants de la gestion des approvisionnements aux niveaux du district et du sous-district et au sein d'organisations non gouvernementales (ONG). Il fournit aussi une orientation pratique sur l'évaluation et l'amélioration du système d'approvisionnement à ce niveau, en offrant toute une diversité d'autres ressources et références techniques et de gestion qui contribueront à l'amélioration de vos compétences de gestionnaire et à la poursuite d'autres intérêts. Chaque section de ce chapitre vous propose aussi des aperçus, des directives et des listes de contrôle qui vous aideront, vous et votre équipe, à identifier et à résoudre les principaux problèmes.

## Introduction

---

La plupart des causes premières de mortalité et d'invalidité des pays en développement peuvent être évitées, traitées ou soulagées à l'aide de médicaments essentiels peu coûteux. Toutefois, des centaines de millions de personnes n'ont aucun accès aux médicaments essentiels alors que, pour d'autres, l'efficacité même des médicaments est affectée par une utilisation incorrecte.

Investir de fortes sommes d'argent dans l'achat de médicaments ne correspond pas forcément à la meilleure utilisation de cette ressource. Le gaspillage sous toutes ses formes (médicaments périmés, stocks de médicaments endommagés et jamais utilisés) et l'utilisation incorrecte de médicaments peuvent découler d'incapacités de la direction et de mauvaise gestion.

Ce chapitre recommande des moyens pratiques visant à l'amélioration du système de gestion des approvisionnements par les divers intervenants du centre ou de l'organisation.

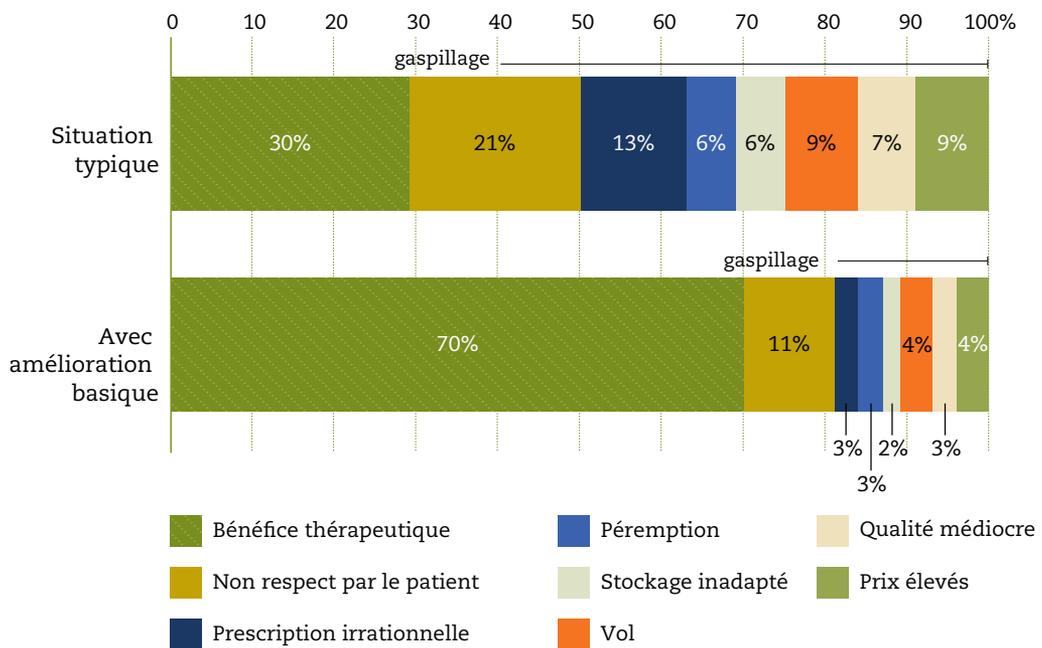
Bien qu'il s'adresse principalement aux managers de district et au personnel de centres de santé, ce chapitre offre des informations et des perspectives aux responsables de l'élaboration des politiques gouvernementales, aux managers de programmes de médicaments

essentiels, aux ONG et aux donateurs soucieux d'améliorer le fonctionnement des systèmes d'approvisionnement de la santé publique.

Du fait du coût des médicaments (représentant souvent entre 30 et 50 % des budgets de santé) et de la particularité de leur gestion par rapport à d'autres produits de consommation, leur traitement par des spécialistes permet de veiller au maintien de leur activité et de leur efficacité. Outre leur valeur directe pour les personnes, les médicaments concourent aussi à générer la confiance qu'accorde le public aux services de santé et leur recours à ceux-ci. Un centre de santé, même bien pourvu en personnel et bien géré, perd la crédibilité de la communauté s'il manque de médicaments.

Il est possible d'améliorer considérablement la disponibilité des médicaments et l'efficacité de leur fourniture en perfectionnant la gestion de l'approvisionnement. Dans un système d'approvisionnement typique, jusqu'à 70 % du financement investi dans des médicaments essentiels peut être perdu ou gaspillé. Comme le montre la [Figure 1](#), il suffit d'améliorer la gestion de base pour obtenir de réels changements. Veuillez noter que toutes les catégories représentent divers types de gaspillage, à l'exception de « le bénéfice thérapeutique ».

FIGURE 1. Comment la réduction des types de gaspillage courants peut accroître les bénéfices thérapeutiques



Note: La somme des pourcentages dépasse 100 % car ils ont été arrondis.

En 1975, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a défini les médicaments essentiels comme étant les médicaments qui répondent aux besoins de santé prioritaires d'une population. Depuis, de puissantes leçons ont été tirées de la vaste expérience acquise dans le domaine de la gestion des médicaments, notamment :

- Une politique nationale fournissant un solide fondement, nécessaire à la gestion des approvisionnements en matière de médicaments.
- La sélection prudente de médicaments et l'utilisation d'une liste de médicaments essentiels est à la base de toute autre amélioration.
- Une gestion efficace de la chaîne logistique fait gagner du temps et de l'argent et améliore les résultats : vous ne pouvez pas vous permettre de négliger la gestion efficace des approvisionnements.
- L'utilisation logique de médicaments exige bien plus que des informations pharmaceutiques.
- L'évaluation et le contrôle systématiques sont essentiels au système de gestion des approvisionnements.

Les recommandations et les informations de ce chapitre s'inscrivent dans ce vaste cadre de gestion des approvisionnements. La logistique peut s'avérer complexe car elle comporte de nombreux éléments et facteurs interconnectés, cependant, en utilisant les ressources disponibles dans la plupart des pays en développement, il est possible d'assurer un approvisionnement ininterrompu de médicaments au point de service, même dans les environnements les plus difficiles. L'utilisation de la technologie informatique a fortement contribué à l'application pratique et facile du traitement de données et à la fourniture d'informations nécessaires aux décisions de gestion.

## LE CYCLE DE GESTION PHARMACEUTIQUE

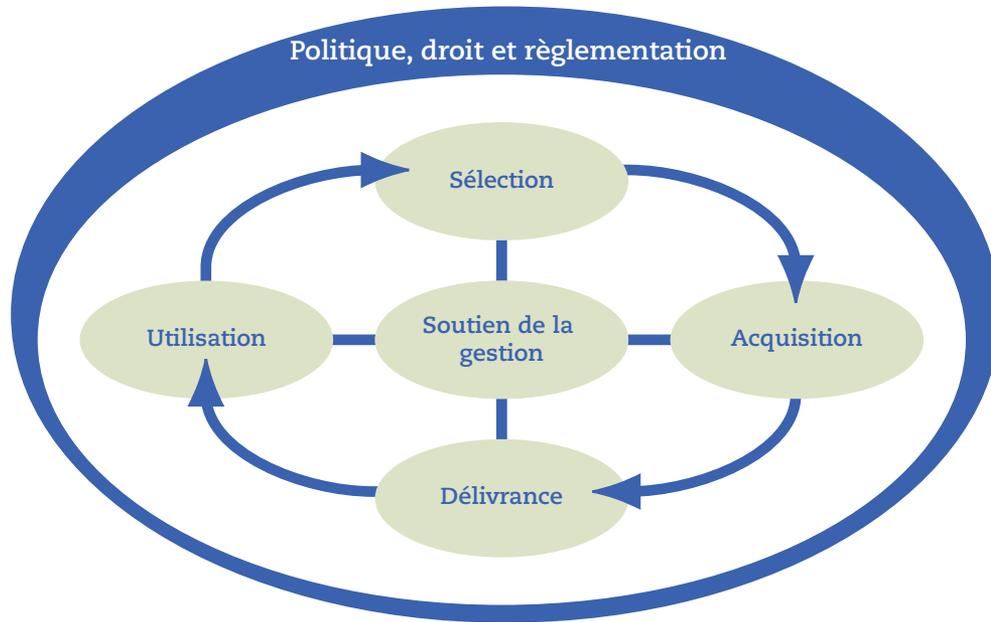
La gestion pharmaceutique comprend quatre fonctions élémentaires : la sélection, l'acquisition, la délivrance et l'utilisation.

- **La sélection** consiste à examiner les problèmes de santé courants, identifier les traitements de choix, choisir les médicaments et les formes de dosage et décider quels médicaments seront disponibles à chaque niveau du système de santé.
- **L'acquisition** comprend la quantification des exigences quant aux médicaments, la sélection des méthodes d'acquisition, la gestion des offres, l'établissement des modalités du contrat, et l'assurance de la conformité de la qualité pharmaceutique aux modalités du contrat.
- **La distribution** inclut le dédouanement, le contrôle des stocks, la gestion des stocks et la livraison aux dépôts, pharmacies et centres de santé.
- **L'utilisation** comprend le diagnostic, l'ordonnance, la délivrance et la consommation appropriée par le patient.

Dans le cycle de gestion pharmaceutique (voir [Figure 2](#)), chaque fonction principale s'appuie sur la fonction précédente et mène logiquement à la suivante. La sélection devrait reposer sur l'expérience réelle des besoins de santé et de l'utilisation des médicaments ; les conditions d'acquisition découlent des décisions de sélection et ainsi de suite.

Au cœur du cycle de gestion pharmaceutique se situe l'essence même des systèmes connexes de soutien à la gestion, notamment la planification et l'organisation des services, le financement et la gestion financière, la gestion de l'information et des ressources humaines. Ces systèmes de soutien à la gestion soutiennent le cycle de gestion pharmaceutique. Bien que les différents éléments du cycle puissent fonctionner indépendamment pendant un bref délai,

FIGURE 2. Cycle de gestion pharmaceutique



faute d'un leadership efficace, d'une structure organisationnelle, de financements appropriés et durables, d'informations fiables de gestion et d'un personnel motivé, le cycle en tant que tel cessera de fonctionner et les soins aux patients s'en trouveront affectés.

En définitive, l'intégralité du cycle repose sur un cadre stratégique et juridique qui établit et soutient l'engagement public à l'approvisionnement en médicaments essentiels.

Dans les ONG et au niveau du district, objet des activités de gestion de ce chapitre, les éléments les plus pertinents du cycle de gestion pharmaceutique sont la distribution, notamment le stockage, la gestion du stockage et du stock et l'utilisation. Ces différents domaines seront présentés dans ce chapitre. Pour consulter plus de détails sur le cycle de gestion pharmaceutique dans son ensemble, veuillez vous référer au Chapitre 46 de *MDS-3 : Gérer l'accès aux médicaments et aux technologies de la santé* (MSH 2012).

**La gestion et le contrôle des pratiques sont importants** pour gérer efficacement les approvisionnements et si la gestion des approvisionnements n'est pas un concept compliqué, elle exige cependant les éléments suivants :

- La reconnaissance de la valeur de la gestion des approvisionnements pour le système de santé public ;
- L'engagement de financements et de ressources (dont la rentabilité sera justifiée par une forte réduction des gaspillages) ;
- La volonté d'appliquer systématiquement les techniques évidentes de gestion des approvisionnements décrits dans ce chapitre ;
- Des pratiques efficaces de leadership et de gestion, comme exposé dans le Chapitre 2 :
  - **examiner** le système pour détecter tout éventuel problème ainsi que des possibilités d'assurer la gestion efficace des approvisionnements ;
  - **cibler** les ressources, compte tenu d'un plan bien défini pour acquérir, stocker et délivrer les approvisionnements de manière appropriée ;

- **harmoniser et mobiliser** les parties prenantes, y compris le personnel de tous niveaux, autour d'une vision commune de gestion adéquate des approvisionnements, et mobiliser les ressources pour réaliser cet objectif ;
- **inspirer** les équipes à faire preuve de diligence pour assurer la gestion efficace des approvisionnements ;
- **planifier** les quantités et l'utilisation des approvisionnements à tous les niveaux ;
- **organiser** les structures, les systèmes et les procédés nécessaires à une gestion efficace des approvisionnements ;
- **mettre** des plans à exécution pour effectuer avec succès et de manière appropriée le stockage, les niveaux de stocks et l'utilisation des approvisionnements ;
- **suivre et évaluer**, de façon continue, la chaîne logistique pour veiller au bon fonctionnement du système.

### Approvisionnement par le Fonds mondial

Les règlements sur les approvisionnements pour le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (GFATM) cherchent à promouvoir les bonnes pratiques d'approvisionnement. Ils suivent habituellement des règlements similaires à ceux d'autres institutions et d'organismes donateurs. Toutefois, la présence de conditions exigeantes, quant à la sélection du produit et du fournisseur, permet d'assurer la qualité du produit et le maintien d'un historique d'audit favorisant l'intégrité et la qualité du processus d'approvisionnement.

Impact pratique de ces exigences, ces approvisionnements par fonds du GFATM ne peuvent généralement être menés que par les principaux récipiendaires au niveau national. Les approvisionnements sont alors mis en commun afin qu'une équipe d'approvisionnement spécialisée dans les achats internationaux gère le processus et veille à sa conformité aux politiques et exigences du GFATM.

Les responsables au niveau du district et autres intervenants du programme du GFATM pourraient cependant bénéficier de la connaissance de ces politiques et procédures et, à cet effet, le GFATM a publié le « [Guide sur la politique du Fonds mondial en matière de gestion des achats et des stocks](#) ».

Initié en mai 2009, le mécanisme volontaire d'achats groupés du Fonds mondial aide les récipiendaires de petites subventions et tous ceux qui manquent d'expérience sur les mécanismes d'achats internationaux. Les principaux récipiendaires souhaitant utiliser ce mécanisme pourront acquérir des antirétroviraux de premier et de second niveau, des thérapies combinées à base d'artémisinine (ACT) et des moustiquaires imprégnées d'insecticide longue-durée recommandés par le programme d'évaluation des pesticides de l'Organisation mondiale de la santé. Une vaste gamme de produits de santé est également à la disposition des principaux récipiendaires.

Des informations détaillées sur le mécanisme volontaire d'achats groupés se trouvent sur la page Web du GFATM intitulée, [Services de soutien à l'approvisionnement](#).

D'autres données du Fonds mondial et de l'OMS sur les moustiquaires imprégnées d'insecticide longue-durée couvrent aussi les sujets suivants (liens en anglais) :

- [Acquisition de moustiquaires insecticides longue-durée](#)
- [Moustiquaires insecticides longue-durée recommandées](#)
- [Rapports mondiaux sur le paludisme](#) de l'OMS
- [Spécifications pour les pesticides de santé publique](#)

## Gestion du stockage des médicaments et des produits de santé

Cette section du chapitre présente aux travailleurs de la santé chargés du traitement des médicaments et des fournitures médicales les détails nécessaires à leurs fonctions. Elle se compose de huit sous-sections numérotées par souci de commodité. Les liens ci-après vous permettront de naviguer parmi les sections et de sélectionner celles qui vous intéressent :

- I. [Comment mettre en place, maintenir et organiser l'entrepôt d'une pharmacie](#)
- II. [Organiser les approvisionnements dans la zone de stockage](#)
- III. [Recevoir et arranger le stock](#)
- IV. [Contrôler la rotation des stocks et l'expiration des produits](#)
- V. [Produits exigeant des conditions spéciales de stockage](#)
- VI. [Tenue d'un inventaire physique](#)
- VII. [Maintenir la qualité des produits stockés](#)
- VIII. [Gestion des déchets](#)

### I. COMMENT METTRE EN PLACE, MAINTENIR ET ORGANISER L'ENTREPÔT D'UNE PHARMACIE

Tous les centres de santé, qu'il s'agisse de postes sanitaires, de cliniques de santé ou de vastes hôpitaux, utilisent des médicaments et fournitures connexes. La gestion de ces fournitures nécessite l'intervention de toute l'équipe, tous les types et les niveaux de personnels : médecins, infirmiers/infirmières, travailleurs de la santé et magasiniers. Tous les membres du personnel, tout particulièrement dans les petits centres n'employant qu'un ou deux travailleurs de la santé, jouent un rôle important et doivent savoir comment gérer correctement tous les approvisionnements du centre de santé.

Les médicaments et les fournitures connexes étant coûteux et précieux, il convient d'en prendre soin pour éviter leur détérioration. S'ils se détériorent, ils peuvent perdre leur activité, produire d'autres effets sur les patients ou, dans le cas de kits d'analyses, peuvent produire des résultats erronés.

Cette section propose une introduction sur la préparation de l'entrepôt de votre centre de soins de santé. Veuillez vous référer à la liste de contrôle des conditions physiques, en [annexe A](#) de ce chapitre, pour consulter l'aide-mémoire sur les procédures relatives aux conditions physiques.

**Sélectionnez une salle sécurisée qui servira d'entrepôt**, moyen simple pour sécuriser les approvisionnements. En concentrant tout le stock en un lieu unique, vous pourrez aussi plus facilement savoir ce dont vous disposez.

Votre centre de santé doit disposer d'une pièce pouvant être fermée à clé, qui est en bon état et bien organisée. Cette pièce sera l'entrepôt de votre pharmacie. Elle sera séparée du lieu où vous délivrez les médicaments. Vous devez conserver tous les approvisionnements dans l'entrepôt et placer (ou sortir) ce dont vous avez besoin, chaque jour, dans une zone de délivrance. Si votre centre de santé ne dispose pas d'une pièce que vous pouvez utiliser comme entrepôt de pharmacie, une armoire ou un placard à étagères verrouillable peut être utilisé à cet effet.

L'entrepôt doit être suffisamment vaste pour accommoder tous les approvisionnements. Une zone sécurisée à l'intérieur de l'entrepôt accueillera les narcotiques et les articles coûteux tels que les ARV.

Sécurisez toutes les ouvertures (telles que les fenêtres) à l'aide de grilles ou de barres pour prévenir le vol. Verrouillez votre entrepôt et limitez le nombre d'exemplaires de clés, tout particulièrement dans les zones où sont conservés les narcotiques et les articles coûteux. Limitez l'accès à l'entrepôt. Seul le principal magasinier ou le pharmacien, et peut-être un autre membre du personnel, doit avoir accès à l'entrepôt.

Les lois et règlements de votre pays sur le stockage de produits pharmaceutiques et de fournitures médicales doivent être respectés. L'autorité nationale de régulation de chaque pays pourra conseiller sur cet aspect et fournir les directives pertinentes.

**Maintenez votre entrepôt en bon état.** Les températures extrêmes, la lumière ou l'humidité peuvent causer la détérioration des médicaments. La chaleur affecte tous les médicaments, particulièrement les liquides, les pommades et les suppositoires. Certains médicaments sensibles à la lumière, tels que les médicaments injectables, sont rapidement endommagés par une exposition à la lumière. L'humidité peut provoquer la détérioration de comprimés et de gélules car ils absorbent facilement l'eau ambiante, deviennent collants et se détériorent.

Tous les produits doivent être conservés dans leur emballage, récipient ou boîte d'origine. Suivez les consignes de stockage figurant sur les étiquettes.

Maintenez propreté et organisation dans votre entrepôt. Ainsi, vous trouverez facilement vos approvisionnements qui seront conservés en bonne condition et prêts à l'emploi.

**Veillez au maintien et à l'utilisation de réfrigérateurs et de congélateurs.** Si vous avez un réfrigérateur ou un congélateur, maintenez-le en bonne condition de fonctionnement. L'ouverture et la fermeture fréquentes des portes augmentera la température et provoquera la détérioration de médicaments et de kits d'analyse. La nourriture du personnel ne doit pas être conservée dans le réfrigérateur.

Suivez les consignes de votre responsable ou coordinateur de district sur les moyens de garnir un réfrigérateur ou un congélateur. Veillez à maintenir suffisamment d'espace autour du réfrigérateur pour permettre une circulation d'air. Enregistrez chaque jour la température intérieure du réfrigérateur ou du congélateur.

**Organisez les médicaments et les produits de santé dans votre entrepôt.** Les principes suivants vous aideront à organiser les approvisionnements dans votre principale aire de stockage, dans l'aire réfrigérée et l'aire sécurisée. Les directives détaillées de la [Section III](#) s'appliquent généralement à un entrepôt de pharmacie

**Groupez le stockage des articles similaires.** « Similaire » désigne le mode d'administration (externe, interne ou injectable) et le type de préparation (médicaments secs ou liquides). Stockez les médicaments selon les groupes suivants : externes, internes et injectables. Groupez les comprimés et les gélules sur les étagères. Groupez les liquides et les pommades sur les étagères. Groupez les autres produits de santé et fournitures de santé sur les étagères. L'organisation par ordre alphabétique de chaque groupe d'articles améliore souvent l'organisation de l'entrepôt et simplifie la gestion des stocks.

Veillez consulter les informations relatives au [contrôle de l'accès](#) aux médicaments qui exigent une attention ou un contrôle particulier, tels que les ARV et les substances contrôlées.

[L'encadré 1](#) propose trois exemples de stockage groupé de médicaments similaires.

### ENCADRÉ I. Exemples de stockage groupé de médicaments similaires

- La crème ketoconazole à 2 % et les comprimés de ketoconazole à 200 mg sont disponibles. La crème est en application topique sur la peau (externe) et les comprimés sont pris par voie buccale (interne). Le travailleur de la santé stocke la crème avec les produits externes et les comprimés avec les produits internes.
- Les comprimés d'amoxicilline à 250 mg et l'amoxicilline à 125 mg/5ml en suspension orale sont également disponibles. Ces deux articles sont internes, cependant le travailleur de la santé stocke les comprimés avec les autres comprimés et gélules tandis que la suspension orale est placée avec les autres liquides.
- Un nouvel approvisionnement de nevirapine est arrivé. Le travailleur de la santé stocke les comprimés dans un placard fermé à clé avec les autres comprimés d'ARV.

Si votre entrepôt possède au moins trois étagères, veuillez organiser vos approvisionnements comme suit :

- **Étagères supérieures** : Stockez les médicaments secs (comprimés, gélules, sels pour réhydratation orale) sur les étagères supérieures. Utilisez des conteneurs hermétiquement clos. Si l'étagère supérieure se trouve à proximité du plafond ou hors de votre portée, utilisez cette étagère pour stocker des articles qui ne sont pas sensibles à la chaleur et qui ne sont pas utilisés régulièrement.
- **Étagères intermédiaires** : Stockez les liquides, notamment les médicaments injectables et les pommades, sur les étagères intermédiaires. Ne stockez pas de médicaments secs au-dessous de ceux-ci car toute fuite des médicaments liquides pourrait endommager les médicaments secs.
- **Étagères inférieures** : Stockez d'autres fournitures, telles que les articles chirurgicaux, les fournitures de laboratoire, les préservatifs et les étiquettes, sur les étagères inférieures.

**Identifiez les noms génériques des produits.** Trouvez le nom générique de chaque médicament présent dans votre entrepôt. Le nom générique est le nom chimique d'un médicament qui doit figurer sur l'étiquette. Le nom générique diffère du nom de marque, donné par le fabriquant.

Il peut y avoir de multiples noms de marques pour le même médicament générique. Par exemple, Cotrex, Cotrim, Bactrim et Septrin sont certains des noms de marque de cotrimoxazole (sulfamethoxazole plus trimthoprim).

**Organisez et étiquetez les approvisionnements.** Organisez et étiquetez les approvisionnements sur les étagères comme suit :

- À l'intérieur de chaque groupe, organisez les approvisionnements par ordre alphabétique d'après le nom générique, en accordant suffisamment d'espace pour chaque article.
- Groupez les articles identiques par quantités faciles à compter, telles que par 2, par 5 ou par 10.
- Écrivez le nom générique de chaque article sur les étiquettes. Collez une étiquette sur l'étagère, à l'avant de chaque article.

En organisant ainsi vos approvisionnements, vous verrez facilement les articles dont vous disposez et leur quantité. Vous serez moins susceptible de confondre des articles similaires, en nom ou en apparence.

**Groupez les produits par date de péremption.** La date de péremption est très utile pour le stockage et la gestion des stocks de produits pharmaceutiques.

La méthode de gestion des stocks du **premier expiré, premier sorti** (FEFO) consiste à sortir d'abord les produits portant la date de péremption la plus proche, quel que soit l'ordre dans lequel vous les avez reçus. Cette méthode aide à prévenir l'expiration de produits pharmaceutiques coûteux.

Tous les produits pharmaceutiques ont une étiquette qui porte la date de péremption établie par le fabricant. Cette information est primordiale pour le préparateur et le patient car si le médicament est utilisé après cette date, sa qualité et son efficacité ne peuvent être garanties et le patient ne peut être assuré de bénéficier des effets escomptés du traitement. Des étiquettes pharmaceutiques sans date de péremption pourraient indiquer une mauvaise qualité de fabrication. Veuillez rendre compte de ce type d'omission au responsable compétent.

Les stocks pharmaceutiques doivent donc être stockés et contrôlés afin que ceux qui affichent les dates de péremption les plus proches sortent les premiers. Les stocks récemment arrivés ont parfois une date de péremption plus proche que les stocks déjà présents, tout particulièrement lorsque vous avez plusieurs sources d'approvisionnement ou si le stock est renvoyé ou transféré d'un autre entrepôt. Dans un système FEFO, le premier stock arrivant à expiration est « promu » afin d'assurer qu'il est servi le premier. Ce type de promotion combine habituellement le positionnement physique (les produits qui expirent les premiers à l'avant de l'étagère pour être sortis en priorité) et le bon contrôle des registres (le suivi des dates de péremption de tous les articles en stock).

Par exemple, si vous avez reçu deux envois d'amoxicilline, le premier envoi ayant une date de péremption de novembre 2012 tandis que celle du second envoi est août 2011, vous sortiriez d'abord le stock expirant en août 2011, même si vous l'avez reçu après le stock expirant en 2012.

Vous devez stocker les fournitures médicales et autres produits sans date de péremption en utilisant la méthode du **premier arrivé, premier sorti** (FIFO). Pour les articles qui arrivent sans dates de péremption ou de fabrication, enregistrez la date d'arrivée en stock et utilisez la méthode FIFO. Elle suit les mêmes principes que le système FEFO, le stock expirant le plus tôt est placé à l'avant de l'étagère, mais vous suivez les dates de réception plutôt que les dates de péremption.

Adoptez les démarches suivantes pour retirer de l'entrepôt des articles périmés ou de mauvaise qualité :

- Identifiez tous les médicaments et fournitures connexes qui sont périmés ou de mauvaise qualité.
- Identifiez les articles en surstock et tout article qui n'est plus utilisé dans votre centre de santé.
- Si les articles sont encore dans la limite de leur date de péremption, faites en sorte qu'ils soient renvoyés à l'entrepôt central ou envoyés à d'autres centres qui en ont l'utilité. Suivez la politique de votre centre de santé quant à leur retrait et contactez votre responsable ou coordinateur de district en cas de doute.
- Consignez par écrit le retrait des médicaments et des fournitures connexes.
- Des indicateurs d'approvisionnements de mauvaise qualité ou endommagés figurent en [section VII](#) de ce chapitre, utilisez-les pour déterminer si des articles sont inacceptables dans votre entrepôt.

## II. ORGANISER LES APPROVISIONNEMENTS DANS LA ZONE DE STOCKAGE

Les zones de stockage doivent être propres, correctement organisées et sécurisées. La température doit également être contrôlée (au besoin, un appareil de climatisation ou un ventilateur de plafond doit être installé) et la zone bien ventilée sans être exposée à la poussière. Selon la règle empirique, si vous sentez qu'il fait trop chaud dans l'entrepôt, les produits sont probablement exposés à de températures excessives.

Bien que la plupart des médicaments soient emballés dans des contenants hermétiques, l'humidité peut causer une plus forte détérioration des médicaments que de fortes températures. Il convient donc de disposer d'un drainage approprié, et les boîtes ou les marchandises ne doivent jamais être en contact direct avec le sol mais être placées sur des palettes ou des supports. Un grand nombre de produits, surtout les produits injectables, sont sensibles à la lumière solaire directe. Conservez les flacons dans leurs boîtes et, si nécessaire, installez des rideaux aux fenêtres.

Quel que soit le type de stockage (dépôt, entrepôt, étagères ou armoires), les produits doivent être systématiquement arrangés. La classification des médicaments et des produits de santé peut se faire de plusieurs façons mais, quelle que soit celle que vous choisissez, il est important que tous les employés connaissent ce système et l'utilisent efficacement.

*Le Module 3 – [Gérer les médicaments pour traiter la tuberculose au niveau primaire](#) (Rational Pharmaceutical Management Plus 2007) – contient des directives utiles sur le stockage de médicaments pour traiter la tuberculose. Ce même principe s'applique généralement à tous les médicaments.*

Vous pouvez également utiliser l'[annexe B](#) de ce chapitre, la liste de contrôle des procédures de stockage, pour évaluer avec votre équipe la qualité de la gestion de votre stockage et planifier d'éventuelles améliorations.

**Principes de bonnes conditions de stockage.** Pour tous les types de stockage :

- Suivez les consignes du fabricant ou de l'expéditeur lors de l'empilage et suivez les conditions de stockage figurant sur les étiquettes.
- Placez les produits liquides sur les étagères inférieures ou dans la partie inférieure d'un empilage.
- Stockez les produits exigeant un entreposage sous froid dans les zones thermo-commandées appropriées.
- Stockez les produits à haute sécurité et de grande valeur marchande dans les zones sécurisées appropriées.
- Séparez rapidement les produits endommagés ou périmés des stocks utilisables et éliminez ces produits à l'aide des procédures d'élimination établies. Veuillez consulter les sections relatives à la gestion et à l'[élimination des déchets](#).
- Stockez tous les produits de manière à faciliter la méthode FEFO de gestion des stocks.
- Arrangez les cartons de telle façon que les flèches pointent vers le haut, les étiquettes d'identification, les dates de péremption et les dates de fabrication soient visibles. Sinon, inscrivez clairement le nom du produit et la date de péremption sur le côté visible.

**Systèmes communs de classification adaptés aux entrepôts et aux dispensaires d'espace plus limité.** Les trois systèmes communs de classification adaptés aux entrepôts et dispensaires d'espace plus limité sont la classification par nom générique dans l'ordre alphabétique, par forme dosifiée ou par catégorie thérapeutique.

- **Par ordre alphabétique selon le nom générique.** Cette classification est pratiquée par les centres, quelle que soit leur importance.
- **Par forme dosifiée.** Des formes dosifiée similaires (par exemple, des comprimés, des médicaments injectables, des préparations buvables, des pommades, etc.) peuvent être stockées ensemble. Les produits sont classés par ordre alphabétique à l'intérieur de chaque catégorie. Cette méthode simple à appliquer et à maintenir exige peu de connaissances médicales et permet l'utilisation optimale de l'espace de stockage car elle réunit des emballages de tailles et de conditions de stockage similaires.
- **Par catégorie thérapeutique.** Vous pouvez stocker ensemble des produits ayant les mêmes propriétés thérapeutiques à l'aide de la classification figurant sur la liste des médicaments essentiels. Par exemple, tous les antibiotiques peuvent être réunis, tous les médicaments antihypertenseurs peuvent être stockés ensemble, et ainsi de suite. Les produits de chaque catégorie sont ensuite classés par ordre alphabétique. Cette méthode est plus complexe et généralement adaptée aux entrepôts ou dispensaires dont les responsables connaissent la classe thérapeutique de chaque produit.

**Systèmes de classification adaptés aux entrepôts plus importants.** Différents systèmes de stockage sont pratiqués dans les entrepôts de plus grande capacité de stockage, regroupant d'importantes quantités. Les systèmes les plus communs sont les suivants :

- **Niveau de système de santé.** Dans ce système, sont réunis les articles des différents niveaux du système de soins de santé. Il est particulièrement adapté aux entrepôts centraux ou régionaux utilisant des kits de médicaments essentiels (les médicaments communs sous forme de kits) pour les soins de santé primaires.
- **Fréquence d'utilisation.** Dans ce système, les produits à forte rotation sont placés à l'avant de la zone de travail afin de minimiser les mouvements de sélection et d'emballage des articles prêts à délivrer au client.
- **Placement aléatoire.** Un espace spécifique de stockage, tel qu'une palette ou une étagère, reçoit un code de placement unique correspondant à sa rangée, son étagère ou sa position sur l'étagère. Ce système correspond plus à un système informatisé de gestion de l'entrepôt.

**Arrangement du stock par date d'expiration.** Dès qu'une méthode de classification a été sélectionnée, les articles comportant une date de péremption doivent être stockés à l'aide de la méthode FEFO en vertu de laquelle les articles ayant la date de péremption la plus proche sont placés à l'avant de ceux qui ont une date de péremption plus distante.

Si les produits ne portent pas de date de péremption, la méthode FIFO sera utilisée : les articles récemment réceptionnés sont placés à l'arrière des produits déjà positionnés sur l'étagère.

**Accès contrôlé.** Certains produits doivent être stockés dans un environnement dont l'accès est contrôlé. Il est important d'identifier les produits à risque de vol ou d'abus, pouvant causer un risque d'accoutumance ou qui sont soumis à des exigences légales ou réglementaires. Ces articles doivent faire l'objet d'une sécurité accrue.

Les produits contrôlés comprennent les produits à forte demande ou qui ont le potentiel d'être revendus au marché noir. Les médicaments tels que les ARV et les thérapies combinées à base d'artémisinine pourraient nécessiter un stockage sécurisé car ils sont rares, onéreux, en forte demande et peuvent faire l'objet de pénurie.

Parmi les produits contrôlés exigeant une attention particulière figurent aussi les narcotiques (tels que la péthidine et la morphine), les opioïdes et les analgésiques puissants (tels que la codéine) ainsi que les médicaments psychotropes (tels que diazépam).

Certains de ces médicaments sont des **substances contrôlées**, c'est-à-dire des médicaments sous contrôle international. Ces médicaments nécessitent une plus grande attention : des procédures spécifiques sont en vigueur pour l'acquisition, la réception, le stockage, la délivrance et l'administration de ces substances contrôlées.

**Stockage sécurisé, avec accès contrôlé.** Si vous avez des produits qui nécessitent une sécurité accrue, tels que les ARV, de nouveaux antibiotiques ou tout article ayant de la valeur sur le marché local, vous devez mettre en place un stockage avec accès contrôlé.

Vous devez avoir une bonne connaissance des exigences réglementaires en matière de stockage de substances contrôlées en vigueur dans votre pays. Outre les mesures de sécurité énoncées en détail ci-après, il pourrait s'avérer nécessaire d'enregistrer le local et d'utiliser des systèmes de doubles clés ou doubles cadenas afin que deux membres du personnel soient toujours présents lors de l'accès aux médicaments. Il est aussi recommandé qu'un membre du personnel spécialement qualifié (normalement un pharmacien principal) contrôle l'accès ainsi que toutes les transactions relatives au stock.

Parmi les mesures de sécurité figureront vraisemblablement le stockage des produits dans une pièce, un placard ou un coffre scellé séparé ou un coffre au treillis métallique verrouillé, à l'intérieur du centre de stockage. Ces zones doivent être sécurisées de telle manière qu'un dispositif d'alarme soit activé en cas d'accès inapproprié. L'accès à ces zones doit être limité au personnel de niveau supérieur, un nombre restreint de clés sera remis et une liste établie en référant les titulaires.

**Produits acquis à titre de dons.** La gestion du stockage de médicaments ayant été acquis à titre de dons peut s'accompagner de conditions de stockage et de comptabilisation émises par le donateur qui diffèrent des méthodes pratiquées pour les autres médicaments. Certains organismes donateurs exigent que les médicaments émanant de différents cycles de financement soient stockés et répertoriés séparément. Ces exigences peuvent compliquer la gestion des stocks et l'efficacité de l'utilisation de l'espace alloué au stockage. Il est préférable, si possible, que l'organisme donateur accepte les systèmes de stockage et de comptabilisation d'usage courant. Si ce n'était pas possible, les médicaments acquis à titre de dons devront être stockés séparément du stock général et les rapports de stocks également tenus séparés.

### III. RECEVOIR ET ARRANGER LE STOCK

**Sept démarches à accomplir à réception des approvisionnements.** Ces démarches élémentaires vous aideront, vous et votre personnel, à vérifier l'exhaustivité et la qualité des livraisons de médicaments et à protéger votre centre ou votre organisation en cas de fraude ou de vol.

**1. Réception en personne des approvisionnements.** Tous les approvisionnements devraient être réceptionnés par au moins un membre du personnel au moment de leur livraison. Une personne supplémentaire est parfois désignée pour réceptionner certains articles spécifiques tels que des substances contrôlées. Si tel est le cas dans votre centre de santé, vous-même et la personne désignée doivent être disponibles pour réceptionner et vérifier les approvisionnements.

Comparez le document de livraison et la commande d'origine. Assurez-vous que le nombre de boîtes livrées correspond à ce que l'entrepôt médical déclare vous avoir envoyé. Cette information est souvent portée sur le document de livraison

**2. Vérifiez l'extérieur des boîtes pour détecter tout signe apparent d'avaries ou d'ouverture qui pourrait indiquer qu'un vol a été commis.** Vérifiez si des boîtes ont été ouvertes. Le fond de la boîte a pu être ouvert et soigneusement refermé après le retrait d'articles. Une personne pourrait, par exemple, avoir vidé le contenu d'une boîte et l'avoir remplacé la boîte vide dans le carton.

La seule vérification du numéro et de la qualité des boîtes peut dissuader toute personne qui souhaiterait voler des fournitures de votre commande.

**3. Consignez les livraisons par écrit.** Les camions de livraison transportent souvent les commandes de plusieurs centres de soins de santé sur leur parcours de distribution. Les approvisionnements destinés à votre entrepôt ou centre de santé auraient pu être livrés par erreur à un autre centre de santé. L'enregistrement des livraisons sur un document vous permettra de détecter et de corriger tout problème éventuel.

Enregistrez les informations relatives à la livraison chaque fois que vous recevez des approvisionnements et faites contresigner le document par le chauffeur ou la personne chargée de la livraison. Il est recommandé d'utiliser un stylo afin que les informations ne puissent pas facilement être altérées.

Les informations de base ci-dessous doivent être notées au moment de la livraison :

- date de livraison ;
- numéro de demande/commande ou, si un tel numéro n'est pas utilisé, toute information qui pourrait identifier la commande que vous avez placée ;
- numéro du bon d'émission ou du bordereau de livraison ;
- nom et signature de la personne chargée de la livraison ;
- numéro d'immatriculation du véhicule de livraison ;
- nombre de boîtes livrées ;
- signature du ou des membres du personnel ayant réceptionné les approvisionnements.

Donnez une copie du document signé au chauffeur qui la remettra au fournisseur dès son retour à l'entrepôt médical. Conservez les données relatives aux livraisons dans un dossier sécurisé et facilement accessible.

Si votre centre de santé ne dispose pas de formulaire de livraison, vous pouvez établir un formulaire portant toute information essentielle.

**4. Comparez les approvisionnements reçus et les articles commandés, ainsi que les articles identifiés, sur le bon de livraison, comme ayant été livrés.** Retirez les fournitures de leurs boîtes et lisez la commande d'origine et les formulaires de livraison. Comparez les articles livrés et les quantités que vous avez commandées et reçues. Assurez-vous que ce que vous avez commandé est identique à ce que vous avez reçu. Si le fournisseur vous a informé que certains articles de votre commande n'étaient pas disponibles, assurez-vous que ce que vous avez reçu est bien ce que le fournisseur déclare vous avoir envoyé.

Si des articles sont manquants, commandez-les à nouveau. Si vous avez reçu des approvisionnements en quantités inférieures à ce que vous aviez commandé, gardez-les et utilisez-les mais prévoyez de recommander prochainement ces articles. Avisez votre responsable ou votre coordinateur d'approvisionnement local.

Si vous avez reçu des articles que vous n'avez pas commandés ou qui ne figurent pas sur le formulaire de commande, suivez votre politique de retour de marchandise. Vous pourriez garder et utiliser certains de ces articles supplémentaires mais prenez soin de vérifier leur date de péremption avant de les accepter. Consultez votre responsable ou votre coordinateur d'approvisionnement local. Si le fait de garder ces articles supplémentaires entraîne un stock excédentaire ou que, selon leur date de péremption, ils expireront avant que vous ne les utilisiez, renvoyez les articles supplémentaires au fournisseur.

**5. Vérifiez les dates de péremption de tous les articles.** N'acceptez jamais d'articles périmés car ils pourraient nuire à un patient ou n'avoir aucun effet thérapeutique. Comparez les dates de péremption à votre politique de réception qui devrait faire état d'une période d'au moins six mois entre la livraison du produit et sa date de péremption. Conformez-vous à votre politique quant à leur retour ou leur élimination, et avisez votre responsable ou votre coordinateur local.

**6. Vérifiez la qualité de base de tous les articles livrés.** Vérifiez afin de détecter tout signe visuel de dommages ou d'avarie. Refusez tout médicament de mauvaise qualité ou qui semble avoir été altéré.

Vérifiez et stockez d'abord tous les articles réfrigérés. Si les articles réfrigérés, tels que les vaccins, ne sont pas emballés en packs réfrigérants, ils pourraient être abimés. Refusez-les. Recherchez des indicateurs de température, généralement sous forme de marques colorées, de plus en plus utilisés pour assurer le maintien des températures de la chaîne du froid durant le transit.

La section intitulée « [Maintenir la qualité des produits stockés](#) » offre plus de détails sur le maintien de la qualité des produits.

Placez tous les articles endommagés ou de mauvaise qualité dans un carton afin de les renvoyer au fournisseur ou à l'entrepôt médical. Éliminez ou renvoyez le plus vite possible les fournitures périmées ou de mauvaise qualité en respectant la politique appropriée relative au retrait de votre entrepôt de tout article de mauvaise qualité.

**7. Consignez par écrit toute divergence.** En rapportant par écrit toute divergence, vous vous protégez. Si des médicaments ou des produits de santé sont manquants ou ont été livrés en quantités excédentaires, ont expiré, sont endommagés ou de mauvaise qualité, signalez-le à votre responsable et consignez le problème par écrit.

- Si vous remarquez la divergence au moment de la livraison, mentionnez-le au chauffeur ou à la personne chargée de la livraison et notez-le sur le formulaire de livraison.
- Si vous découvrez la divergence après la livraison, contactez le fournisseur et suivez votre politique relative à la déclaration de divergences.

Un formulaire de divergence est un moyen pratique d'enregistrer les divergences. Enregistrez tous les produits manquants ou livrés en quantités excédentaires et les articles périmés, qui sont endommagés et de mauvaise qualité. Signez le document et gardez-le au dossier.

Si vous ne disposez pas de formulaire, rédigez une lettre sur la divergence en citant toutes les informations décrites dans la présente section. Convenez avec votre responsable du destinataire de la lettre. Une copie serait généralement envoyée à l'autorité appropriée et au fournisseur ou à l'entrepôt médical et un exemplaire sera classé dans vos dossiers. Les centres de santé et les entrepôts médicaux de niveau inférieur reçoivent habituellement les médicaments et les produits de santé d'entrepôts centraux ou régionaux ou d'autres sources, telles que des donateurs. Le Module 1 de [Gérer les médicaments pour traiter la tuberculose](#).

[au premier niveau](#) contient une orientation sur la réception de médicaments pour traiter la tuberculose, dont une grande partie s'applique généralement à tous les médicaments.

Dans certaines situations, les approvisionnements sont livrés au centre de santé alors que d'autres sont récupérés de l'entrepôt médical. Quelle que soit la situation, dès réception des approvisionnements, la personne chargée de les réceptionner doit procéder comme suit :

- S'assurer d'un espace de stockage suffisant ;
- Préparer et nettoyer les zones utilisées pour la réception et le stockage des produits.

Ce qui est livré doit être identique à ce qui a été commandé. La personne recevant le stock doit avoir en main une copie de la commande et vérifier à la fois les documents de la commande et de la livraison afin de veiller à ce qu'aucun produit ne soit perdu, volé ou endommagé. Il s'assurera également que les articles livrés sont de la qualité escomptée, qu'ils ne sont pas périmés ou n'ont pas une date de péremption trop proche.

Si les produits ne sont pas les mêmes que ceux que vous avez commandés, en quantité ou spécification :

- Si vous avez le temps, vérifiez auprès de l'autorité compétente (pharmacie, laboratoire ou autre section clinique) afin de déterminer si vous pouvez les accepter.
- Si vous n'avez pas le temps d'obtenir un éclaircissement sur l'acceptation avant le départ du camion, acceptez provisoirement les marchandises, ou sous condition, en notant cette information sur le bon de livraison. Placez les approvisionnements en quarantaine jusqu'à éclaircissement puis acceptez-les dans votre stock ou organisez leur retour.

Si les produits paraissent endommagés ou périmés :

- Séparez le stock endommagé ou périmé du stock utilisable.
- Si vous constatez des produits endommagés ou périmés lorsque le camion est toujours présent sur le site, refusez d'accepter les produits et notez le(s) problème(s) sur le bon de livraison.
- Si vous constatez des produits endommagés ou périmés après le départ du camion, suivez les procédures de votre centre quant aux stocks endommagés ou périmés.

Si les produits n'apparaissent pas endommagés ou périmés :

- Comptez le nombre d'unités reçues de chaque produit et comparez votre résultat au bon d'émission
- Enregistrez la date et la quantité reçue sur la fiche de stock et la fiche de casier, le cas échéant. (Une fiche de casier est une fiche de stock conservée avec le produit sur l'étagère qui porte la quantité à cet emplacement seulement).
- Assurez-vous que la date de péremption est clairement marquée sur chaque emballage ou unité.
- Arrangez les produits dans la zone de stockage pour faciliter la méthode FEFO.

Il est fréquent de noter des divergences dans les commandes. Il peut s'agir d'articles manquants ou de quantités livrées inférieures à la quantité commandée mais aussi d'articles qui ont atteint, ou sont sur le point d'atteindre, la date de péremption, sont endommagés ou de mauvaise qualité. Les divergences sont très coûteuses et ne doivent pas être ignorées. Un aide-mémoire sur la réception d'approvisionnements est à votre disposition en [annexe C](#) : Liste de contrôle de réception des approvisionnements.

#### IV. CONTRÔLER LA ROTATION DES STOCKS ET L'EXPIRATION DES PRODUITS

Lorsque vous sortez des produits portant une date de péremption, respectez les directives de FEFO afin de minimiser le gaspillage causé par l'expiration du produit :

- Sortez toujours les produits portant la date de péremption la plus proche en vous assurant que cette date n'est pas trop proche ou n'a pas déjà expiré. La durée de validité doit être telle que le produit pourra être utilisé avant la date de péremption. Soyez particulièrement vigilant quant aux kits de traitement de la tuberculose : ils contiennent des médicaments pour un traitement de six mois, par conséquent, une période de six mois doit être assurée entre la délivrance du produit aux centres de santé ou dispensaires et leur date de péremption.
- Les ARV et autres produits en provenance des États-Unis peuvent indiquer la date selon le format mois-jour-année plutôt que la norme internationale habituelle jour, mois, année.
- Pour faciliter la méthode FEFO, placez les produits qui expireront les premiers à l'avant des produits portant une date de péremption plus distante.
- Notez les dates de péremption sur les fiches de stock afin que les stocks puissent être envoyés aux centres au moins six mois avant qu'ils ne soient périmés.

#### V. PRODUITS EXIGEANT DES CONDITIONS SPÉCIALES DE STOCKAGE

Cette section décrit le stockage de produits inflammables, de substances corrosives et de produits qui exigent des conditions thermostatées.

**Produits inflammables.** Certains des liquides inflammables couramment utilisés par les centres de soins de santé sont l'acétone, l'éther anesthésique, les alcools (avant dilution) et le kérosène. De grandes quantités de produits inflammables peuvent être stockées sur les lieux, si nécessaire, mais elles doivent se trouver dans un emplacement séparé, à distance du principal entrepôt. D'importantes quantités de produits inflammables ne doivent jamais être stockées dans la même zone que les médicaments.

Un petit stock de produits inflammables peut être conservé dans un placard métallique d'une zone bien ventilée, à distance de flammes nues et d'appareils électroménagers du principal entrepôt. Les produits inflammables, quelles que soient les quantités, doivent toujours être stockés dans leurs récipients d'origine. Les étagères du placard doivent être conçues de façon à localiser et isoler les déversements. Marquez les placards pour indiquer qu'ils contiennent des liquides hautement inflammables et affichez un symbole international de danger comme celui-ci.



Il est très important de stocker les produits inflammables dans l'emplacement le plus froid, sans lumière solaire directe. Il est tout aussi important de contrôler le taux d'évaporation et d'éviter la montée de pression par une soigneuse planification initiale qui instaurera le contrôle de la température et une bonne ventilation ouverte (non mécanique). Un petit entrepôt de produits inflammables peut se situer dans une zone ombragée avec un toit à double couche et des murs de style ouvert (en d'autres termes, si la structure est en petites briques, il manque une brique sur deux). La structure peut aussi être équipée d'une ventilation ou être constituée de briques « aérées » qui sont trouées. Par temps chauds, il pourrait s'avérer nécessaire d'arroser la structure d'eau, et de placer des articles particulièrement volatiles, tels que l'éther, dans des plats d'eau.

Les produits inflammables devraient se situer à une distance d'au moins 20 mètres de tout autre bâtiment, avec accès à des équipements de lutte contre l'incendie.

**Substances corrosives.** Parmi les substances corrosives couramment présentes dans les hôpitaux et autres centres de santé de haut niveau figurent l'acide acétique, des solutions concentrées d'ammoniac, du nitrate d'argent et du nitrate de sodium.

Ne jamais stocker de substances corrosives à proximité de produits inflammables. Théoriquement, les substances corrosives devraient être stockées dans un placard séparé pour empêcher tout déversement. Utilisez des gants et des lunettes appropriés de protection industrielle pour la manipulation de ces articles. Protégez les travailleurs en mettant à leur disposition l'équipement de sécurité nécessaire correspondant aux quantités de substances corrosives stockées, y compris des lavabos pour se rincer les yeux et des douches torrentiels pour les stocks en grosses quantités.

**Produits exigeant des conditions thermostatées.** Des ruptures dans la chaîne du froid sont fréquemment sources de problèmes pour les programmes d'immunisation. L'activité des vaccins, des produits sanguins, des kits d'analyses et de nombreux autres articles dépend de l'entreposage sous froid. Les vaccins, en particulier, doivent être conservés à des températures sous contrôle précis depuis leur fabrication jusqu'à leur délivrance.

Les entrepôts de vaccins nationaux et régionaux doivent être équipés de groupes électrogènes de réserve et, en théorie, il en va de même pour les entrepôts de vaccins de district. Ces équipements de secours permettent d'assurer la protection des vaccins et d'autres produits dans l'éventualité d'une panne d'électricité.

Une collaboration entre WHO et PATH, désignée par [Optimize : Systèmes et technologies d'immunisation du futur](#), a permis la publication d'une documentation détaillée sur l'évaluation, la conception et la mise en œuvre d'une chaîne de froid. Veuillez vous référer à cette documentation pour consulter le détail des conseils techniques. L'encadré 2 énonce certaines publications pertinentes.

## VI. TENUE D'UN INVENTAIRE PHYSIQUE

L'inventaire physique est le procédé consistant à compter à la main le nombre de types de produits présents dans votre entrepôt à un moment donné. Un inventaire physique vous permet de vérifier que le stock présent correspond aux documents de tenue de stock. Lors de votre inventaire physique, comptez chaque produit individuellement par nom générique, forme dosifiée et teneur.

Un inventaire physique peut être mené de deux façons : un inventaire physique complet et un inventaire physique cyclique ou perpétuel.

### ENCADRÉ 2. Publications sur la chaîne du froid

- PATH et l'OMS. « [Optimize – 2009 - 2012 Document de stratégie](#) »
- PATH et l'OMS. « [Landscape Analysis : Analysis of EVSM](#) » [gestion efficace du stockage des vaccins] Février 2008.
- PATH et l'OMS. « [Landscape Analysis : Analysis of VMAT](#) » [outil d'évaluation de la gestion des vaccins] Octobre 2008.
- PATH et l'OMS. « [Landscape Analysis : Cool Chain Technologies](#) » Juin 2008.
- PATH et l'OMS. « [Developing a Vision for Immunization Supply Systems in 2020 : Landscape Analysis Summaries](#) » 2011.

(Liens en anglais.)

**Inventaire physique complet.** Dans un inventaire complet, tous les produits sont comptés en même temps. L'inventaire complet doit être effectué au moins une fois par an dans tous les entrepôts mais il est recommandé de le faire plus fréquemment (une fois par trimestre ou par mois). Il est plus facile de procéder régulièrement à un inventaire physique complet dans des centres qui gèrent de petites quantités de produits. Si vous gérez un vaste entrepôt, il vous sera peut-être nécessaire de le fermer pendant au moins une journée pour procéder à l'inventaire.

**Inventaire physique cyclique ou perpétuel.** Lors d'un inventaire cyclique ou perpétuel, les produits sélectionnés sont comptés et vérifiés par rapport aux documents de tenue de stock sur une base régulière ou par rotation, tout au long de l'année. Les inventaires physiques cycliques ou perpétuels sont généralement adaptés aux centres qui gèrent de grandes quantités de produits. Dans le cas de l'inventaire cyclique, comptez chaque produit au moins une fois par an, et de manière plus fréquente pour les produits à forte rotation et sensibles.

**Organiser un inventaire physique cyclique.** Un inventaire physique cyclique peut s'organiser de plusieurs façons, les plus courantes sont les suivantes :

- **Forme dosifiée :** Compter les comprimés en janvier, les gélules en février, les liquides en mars, etc.
- **Situation dans l'entrepôt :** Comptez les étagères de 1 à 4 en janvier, de 5 à 8 en février, etc.
- **Disponibilité :** Comptez chaque jour quelques articles au fur et à mesure de la disponibilité du personnel. Dans le cas de vastes entrepôts, un membre du personnel à plein temps doit mener les vérifications d'inventaires physiques cycliques.
- **Stock disponible :** Comptez périodiquement chaque élément dont le stock est à son niveau minimum exigé ou inférieur à celui-ci.

## VII. MAINTENIR LA QUALITÉ DES PRODUITS STOCKÉS

Cette section couvre cinq domaines : Les indicateurs de problèmes relatifs à la qualité, la prévention générale des dommages, la protection contre l'incendie, la prévention contre les insectes et les animaux nuisibles et la prévention contre le vol. Les listes de contrôle spécifiques à chaque domaine sont présentées en [annexe D](#) de ce chapitre et vous aideront à former votre personnel et à gérer ces éventuels problèmes.

Les produits de types différents font apparaître différents signes de dommages. Certains des indicateurs que vous pouvez utiliser pour détecter les dommages sont énoncés au [tableau 1](#).

Les produits endommagés ne doivent jamais être livrés à des centres ou délivrés à des patients. En cas d'incertitude, veuillez consulter une personne compétente pour déterminer l'éventuel dommage d'un produit. Ne livrez ou ne délivrez pas de produits que vous soupçonnez avoir été endommagés.

Lorsque votre responsable ou coordinateur local ou un inspecteur visite votre centre, rendez-lui compte de tout éventuel problème. La liste ci-après décrit les domaines au sein desquels, vous, en tant que manager d'un programme de santé ou de services de santé, pouvez prévenir les dommages ou les pertes.

**Dommages physiques.** Évitez d'écraser des produits stockés en vrac. En règle générale, ne stockez pas de produit à une hauteur de plus de 2,5 mètres (8 pieds). Les articles lourds ou fragiles (tels que les produits conditionnés dans des récipients en verre) doivent être placés sur de courtes piles. Sécurisez les coins et les bords aigus de l'entrepôt à l'aide de ruban adhésif. Arrangez surtout les produits de telle manière que rien dans l'entrepôt ne puisse tomber et blesser les membres du personnel.

TABLEAU I. Indicateurs de dommages aux produits pharmaceutiques

Type de produit	Signes de dommages
Tous les produits	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ emballage cassé ou déchiré (flacons, bouteilles, boîtes, etc.)</li> <li>■ étiquette(s) manquante(s), incomplète(s) ou illisible(s)</li> <li>■ emballage noirci, pouvant indiquer de la moisissure sur le matériel de conditionnement suite à une forte humidité, des dégâts causés par de l'eau, des fuites de liquides ou une colle de mauvaise qualité utilisée dans le matériel de conditionnement</li> </ul>
Liquides	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ décoloration</li> <li>■ turbidité</li> <li>■ sédiment</li> <li>■ capsule de la bouteille déchirée</li> <li>■ ampoule, bouteille ou flacon fissuré</li> <li>■ humidité ou moisissure dans l'emballage</li> </ul>
Produits sensibles à la lumière (tels que les films radiographiques)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ emballage déchiré ou arraché</li> </ul>
Produits en latex	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ sécheresse</li> <li>■ fragilité</li> <li>■ fissures</li> </ul>
Produits en latex lubrifiés	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ emballage collant</li> <li>■ produit ou lubrifiant décoloré</li> <li>■ emballage tâché</li> <li>■ fuite de lubrifiant (emballage humide ou mouillé)</li> </ul>
Comprimés	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ décoloration</li> <li>■ comprimés en miettes</li> <li>■ comprimés manquants (de plaquettes alvéolaires)</li> <li>■ aspect collant (particulièrement les comprimés enrobés)</li> <li>■ odeur inhabituelle</li> </ul>
Injectables	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ liquide ne revient pas en suspension après avoir été secoué</li> <li>■ particules étrangères</li> </ul>
Produits stériles (notamment DIU)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ emballage déchiré ou arraché</li> <li>■ pièces manquantes</li> <li>■ pièces cassées ou tordues</li> <li>■ humidité à l'intérieur de l'emballage</li> <li>■ emballage taché</li> </ul>
Gélules	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ décoloration</li> <li>■ aspect collant</li> <li>■ gélules écrasées</li> </ul>
Tubes	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ tube(s) collant(s)</li> <li>■ fuite du contenu</li> <li>■ tube perforé ou troué</li> </ul>
Paquets avec opercules	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ emballage perforé</li> </ul>
Réactifs	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ décoloration</li> </ul>

**Nettoyage.** Balayez et passez une serpillère, ou frottez à la brosse, tous les sols de l'entrepôt, de manière régulière. Essuyez les étagères et les produits pour retirer la poussière et la saleté. Éliminez souvent les poubelles ou autres déchets pour éviter d'attirer les insectes et les animaux nuisibles. Tous les déchets doivent être jetés dans des bennes couvertes.

**Chaleur et humidité.** Essayez de maintenir une température constante dans l'entrepôt. Utilisez un thermomètre mural ou un dispositif de contrôle et enregistrez la température au moins une fois par jour.

De simples systèmes de ventilation tels que des ventilateurs de désenfumage peuvent réduire à la fois la température et l'humidité.

Dans les pays froids, protégez l'entrepôt contre les dommages causés par le froid à l'aide d'isolation. Un chauffage par ampoule électrique à faible puissance (« boîte chaude ») ou par immersion dans l'huile peut être utilisé, si nécessaire, pour protéger contre le gel durant les mois les plus froids. Dans les pays aux hivers particulièrement rigoureux, les vaccins doivent aussi être protégés contre le gel et les dégâts causés par le gel.

Assurez-vous que les boîtes sont positionnées à un minimum de 10 cm au-dessus du sol et au moins à 30 cm des murs et des plafonds pour permettre une circulation d'air adéquate.

**Dégâts d'eau.** Dans les zones exposées aux inondations, empilez les boîtes bien au-dessus du sol, à environ 1 mètre. Maintenez la propreté des gouttières et du drainage superficiel, tel que les fosses de rétention d'eau, et inspectez-les régulièrement. Si le toit risque d'être exposé à l'écoulement des eaux pluviales, couvrez les étagères supérieures à l'aide de plastique en feuille imperméable.

**Protection contre l'incendie.** Utilisez les directives ci-après pour prévenir tout dommage aux produits dû à l'incendie.

- Retirez de l'entrepôt tout déchet et matière d'emballage. Si vous souhaitez vendre ou recycler les matières d'emballage, stockez-les à distance des médicaments jusqu'à leur récupération.
- Placez des extincteurs d'usage courant à disposition dans chaque centre de stockage, selon les réglementations nationales.
- Inspectez visuellement les extincteurs tous les deux ou trois mois afin d'en vérifier la pression et de vous assurer qu'ils sont prêts à être utilisés.
- Effectuez l'entretien des extincteurs au moins une fois par an.
- Placez des détecteurs de fumée sur l'ensemble du centre de stockage et vérifiez-les tous les deux à trois mois pour vous assurer qu'ils fonctionnent correctement.
- Interdisez strictement de fumer dans l'entrepôt.
- Menez, tous les six mois, des exercices pratiques en cas d'incendie pour le personnel.
- Marquez clairement les issues de secours et vérifiez-les régulièrement pour vous assurer qu'elles ne sont pas bloquées ou inaccessibles.
- Affichez des panneaux sur les précautions à prendre en cas d'incendie aux endroits appropriés du centre de stockage (particulièrement aux endroits où se trouvent des produits inflammables).
- En l'absence d'extincteurs, utilisez du sable pour éteindre le feu et placez à cet effet des seaux de sable à proximité des portes.

Veillez à ce que le personnel de l'entrepôt médical soit formé à l'utilisation appropriée des extincteurs. L'[annexe D](#) de ce chapitre offre plus de détails sur les différents types d'extincteurs et leur utilisation.

**Prévention contre les insectes et les animaux nuisibles.** La [section sur le nettoyage](#), présentée précédemment, offre des directives sur les moyens élémentaires de prévention contre l'infestation par des insectes et des animaux nuisibles. L'[annexe D](#) fournit des listes de contrôle détaillées sur la prévention contre l'infestation par des insectes et des animaux nuisibles à l'intérieur et à l'extérieur du centre de stockage.

**Protection contre le vol.** Typiquement, entre 10 et 20 % des médicaments présents dans votre stock représentent plus de 70 % du coût total de tous les médicaments utilisés. Ces médicaments doivent être contrôlés plus fréquemment.

Pour effectuer des contrôles supplémentaires de produits susceptibles d'être volés ou utilisés de manière abusive :

- Vérifiez les fiches d'inventaire pour déterminer les quantités disponibles puis effectuez un inventaire physique et comparez les résultats.
- Vérifiez les fiches d'inventaire pour déterminer la consommation durant une période spécifique. Vérifiez ensuite les fiches médicales ou les registres d'ordonnances et comptez le nombre de cycles de traitements durant la même période. Convertissez les cycles de traitements en unités de doses et comparez ce chiffre avec le stock de la zone de stockage.

Si vous trouvez une forte différence, rendez compte de ces faits à votre responsable et poursuivez la recherche.

Des signes d'activités de corruption peuvent comprendre :

- La surfacturation des patients
- La substitution de médicaments ou d'autres fournitures essentielles
- La corruption ou l'acceptation de paiements non autorisés de patients ou de membres du personnel
- Un abus d'autorité
- Une fraude liée aux déplacements, notamment une revendication mensongère d'indemnités journalières

La déclaration de vols ou d'autres types de corruption soupçonnés est généralement efficace et sans risque pour le déclarant lorsqu'une politique explicite d'alerte professionnelle est en place. Celle-ci encourage ladite déclaration et offre un mécanisme de protection du déclarant. En l'absence de tels politiques et mécanisme, les déclarations doivent seulement être faites à

### ENCADRÉ 3. Liens aux informations sur la corruption

- De la Banque mondiale, une [liste de liens anticorruptions](#) ;
- De l'OMS, « [Good Governance for Medicines](#) » ;
- De l'OMS, « [Curbing Corruption in Medicines Regulation and Supply](#) » ;
- De l'OMS, « [Good Governance for Medicines Program Progress](#) » ;
- Des listes de contrôle pour prévenir le vol durant le transport, pendant le stockage et dans les centres de santé sont présentées en [annexe D](#).

une personne compétente en laquelle vous avez une confiance totale. Votre rapport devrait contenir les informations suivantes :

- Le méfait allégué dont vous rendez compte
- Où et quand (dates et heures si disponibles) eut lieu l'incident
- Qui est l'auteur ou qui sont les auteurs
- Comment la personne ou la société a commis le méfait allégué

L'[encadré 3](#) contient des liens utiles vers des directives et des informations sur la question de la corruption.

## VIII. GESTION DES DÉCHETS

Il est important d'éliminer les produits pharmaceutiques de manière appropriée pour éviter de graves conséquences négatives. Une élimination inappropriée peut provoquer :

- des impacts environnementaux, notamment la contamination de l'alimentation en eau, des dommages à la flore (les plantes) et la faune (les animaux sauvages), et l'augmentation de la résistance antimicrobienne aux médicaments qui ont été libérés de manière inappropriée dans l'environnement ;
- le détournement et la revente de médicaments périmés ou inactifs ;
- une pollution de l'air provenant de l'incinération inappropriée de produits.

Suivez toujours les procédures de votre centre quand au traitement de médicaments endommagés ou périmés. Dans la plupart des cas, vous devrez renvoyer les produits au dépôt qui vous les a fournis. L'élimination de médicaments modernes en toute sécurité est une tâche spécialisée souvent réservée à des centres d'élimination en vrac. Il convient donc de vous en remettre à votre organe de santé régional ou national pour tout besoin d'élimination de médicaments.

Le site sur lequel se trouve le centre de stockage, y compris la zone autour des centres de santé, doit rester exempt de déchets de soins de santé et autres détritiques. Le maintien d'un environnement sain où sont conservés des produits pharmaceutiques et autres fournitures de santé permettra de réduire la présence d'insectes et d'animaux nuisibles (rongeurs, etc.) et réduira les risques de blessures corporelles qui pourraient être causées par des équipements médicaux usagés ou des médicaments jetés.

Avant d'instituer une technique d'élimination, consultez vos responsables locaux quant à la législation relative à la gestion des déchets de soins de santé et à la protection environnementale.

Prévoyez des techniques de stockage, de transport et d'élimination qui sont pratiques et simples. Contrôlez fréquemment et régulièrement les pratiques d'élimination.

L'[annexe E](#) de ce chapitre fournit des directives de gestion des différents types de déchets. Des informations plus détaillées figurent sur le [site Web de l'OMS](#).

## Gestion et contrôle des stocks

---

Un système de gestion des approvisionnements parfaitement fonctionnel est essentiel à l'efficacité du système de santé dans son ensemble et, par conséquent, au bien-être des patients.

## GESTION DES STOCKS

### Avantages d'un système de contrôle des stocks fonctionnel au niveau du centre.

Le maintien, au centre de santé, d'un stock de produits suffisant comporte de nombreux avantages. Les patients reçoivent promptement les médicaments et les ruptures de stocks peuvent être évitées, même en cas de retard de livraison à l'entrepôt. Les fournitures peuvent être réapprovisionnées à intervalles réguliers en réalisant des économies de coûts administratifs et de temps de transport. Les patients ont confiance et sollicitent l'aide du centre lorsqu'ils sont souffrants. De plus, un système de contrôle de stocks efficace permet d'assurer le suivi des approvisionnements et garantit la responsabilité quant à ceux-ci.

Les fiches de stock sont l'outil de gestion des stocks nécessaire au contrôle du niveau et de la consommation des médicaments et des fournitures de santé. En contrôlant le taux de consommation, le personnel chargé de gérer les stocks peut prévoir avec précision les besoins à venir.

**Problèmes survenant d'un mauvais contrôle des stocks.** Quand le contrôle de stocks fait défaut, des problèmes surviennent. L'état d'un malade peut empirer pour cause de retard dans son traitement ou une résistance antimicrobienne peut se développer car le cycle de traitement n'a pas été complété. Un patient peut aussi décéder si un médicament d'importance vitale est en rupture de stock. Si des médicaments ne sont pas disponibles auprès de centres ruraux, des patients peuvent devoir entreprendre de longs et coûteux déplacements pour se procurer le traitement. Si la disponibilité des médicaments du niveau secondaire est meilleure que celle du niveau primaire, les communautés perdront confiance dans les soins de santé primaires et rechercheront plutôt des traitements auprès d'hôpitaux.

De fréquentes ruptures de stock peuvent établir ou renforcer de mauvaises habitudes de prescription. Par exemple, lorsqu'un médicament est en rupture de stock, un médicament alternatif moins adapté pourrait être prescrit. Des commandes d'urgence peuvent être exigées, coûteuses pour l'acheteur et peu pratiques pour le fournisseur.

**Coût du maintien du stock.** La constitution du stock d'un nouveau centre de santé peut représenter une grande portion du budget annuel total du centre. Toutefois, si le stock est bien géré, les futures dépenses seront en phase avec l'utilisation. Alors qu'un système efficace de contrôle des stocks permet de faire des économies, un mauvais contrôle des stocks entraîne des gaspillages ou des hausses des coûts de maintien des stocks. Par exemple :

- Le stockage excessif de certains articles peut immobiliser une part importante du budget pharmaceutique au détriment d'autres médicaments importants, peut-être vitaux.
- Les médicaments en surstock expirent souvent.
- De mauvaises conditions de stockage peuvent donner lieu à des stocks avariés (par exemple, des pansements peuvent être souillés par une fuite du toit ou des médicaments injectables peuvent perdre leur activité si la température de l'entrepôt est trop élevée).
- De mauvais registres de stock et une sécurité médiocre facilitent le vol.
- Un changement de politique ou pratique de prescription pourrait rendre un médicament obsolète. À moins d'un bon contrôle des stocks, un tel changement peut causer un gaspillage excessif.

### Le rôle des leaders et des managers dans l'amélioration de la gestion des stocks.

Que vous soyez responsable de l'approvisionnement, manager du centre ou directeur de dispensaire, manager de district ou coordinateur local d'approvisionnement, manager provincial ou national de médicaments, vous êtes chargé d'assurer que le personnel et les

parties prenantes ont une bonne compréhension des coûts et des avantages de la bonne gestion des médicaments et des produits de santé. En inspirant et en organisant le personnel afin qu'il mette en œuvre l'amélioration des systèmes de gestion des stocks, vous appliquez de bonnes pratiques de leadership et de gestion dans vos travaux.

Le personnel résiste parfois à la mise en œuvre de systèmes de contrôle des stocks, et les raisons doivent faire l'objet de discussion plutôt qu'être ignorées. Parmi les raisons les plus fréquentes de cette résistance à de nouveaux systèmes figurent le manque de temps nécessaire à la tenue de dossiers, le sentiment que « ce n'est pas ma responsabilité » mais aussi le manque de formation appropriée.

Un intervenant auprès du personnel peut démontrer que le temps passé aux activités de gestion des stocks est un bon investissement. Les patients doivent également comprendre que les travailleurs de la santé consacrent du temps à la tenue de dossiers et veillent ainsi à ce que leurs médicaments soient disponibles lors de leur prochaine visite.

**Utiliser les registres de stock pour passer commande de stock.** Grâce à une gestion fonctionnelle des stocks, les articles nécessaires à un patient seront disponibles dès qu'il en émettra le besoin. Les approvisionnements seront vraisemblablement plus disponibles si vous les commandez régulièrement et en quantités appropriées. D'une manière générale, la quantité d'approvisionnements à commander devrait être fonction de la quantité utilisée ou qui a été consommée. Des registres de stocks bien gérés contiennent toutes les données exigées pour déterminer ce qu'il faut commander, quand et dans quelles quantités commander.

Veillez consulter un aide-mémoire sur les commandes d'approvisionnement en [annexe F](#) – Liste de contrôle des commandes d'approvisionnement.

## CONTRÔLE DES STOCKS

**Liste normalisée d'articles de stock.** Tous les entrepôts médicaux doivent maintenir une liste normalisée d'articles de stock énonçant tous les produits traités et comportant leurs spécifications (forme, teneur et quantité par paquet). Cette liste doit être régulièrement actualisée et distribuée aux sous-entrepôts et aux unités.

Ne commandez pas de produits qui ne figurent pas sur la liste normalisée, à moins d'avoir reçu une autorisation spécifique. Vous ne devriez pas accepter la livraison de produits qui ne figurent pas sur la liste, sauf circonstances spéciales. Des registres de stocks doivent être maintenus pour tous les produits figurant sur la liste.

**Registres de stocks.** Il est important de garder une bonne documentation sur tous les médicaments et les fournitures connexes que vous avez en stock. Vous aurez ainsi une bonne compréhension des entrées et sorties d'approvisionnements de votre centre de soins de santé et vous connaîtrez aussi :

- les articles actuellement disponibles
- quelle quantité de chaque article en stock est disponible
- quelle quantité du stock est régulièrement utilisée

La tenue d'un registre de stock sert également de base aux informations dont vous avez besoin pour passer commande de nouveaux stocks de médicaments et d'autres fournitures.

La tenue d'un registre de stock représente une économie de temps et protège l'ensemble du personnel chargé de l'approvisionnement. En cas d'accusation de vol ou d'usage abusif d'approvisionnements, vous pourrez consulter votre registre et fournir un suivi explicite et des

preuves. Votre registre fera état du mouvement des approvisionnements et pourrait indiquer que vous n'êtes pas responsable du problème.

La tenue de registres de stocks peut s'opérer de diverses façons. Les procédures recommandées dans cette section reposent sur l'utilisation d'une fiche de stock de format classique. Votre entrepôt, votre centre de soins de santé ou votre organisation peut disposer de son propre format de fiche de stock, toutefois la fiche de stock peut être constituée ou modifiée afin de s'adapter à la plupart des systèmes de tenue de registres.

Pour consulter un aide-mémoire sur les procédures de tenue de registre, veuillez consulter la liste de contrôle des fiches de stock, en [annexe F. Les Module 2 et 4 de Gérer les médicaments pour traiter la tuberculose au niveau](#) (lien en anglais) contiennent aussi des directives utiles sur la tenue de registres et le calcul de commandes de médicaments pour traiter la tuberculose. Une grande partie de ces directives s'applique généralement à tous les médicaments.

## LA FICHE DE STOCK ET LE SYSTÈME DE FICHE DE STOCK

Les fiches de stock sont essentielles à la gestion adéquate des approvisionnements et vous les consulterez pour gérer les médicaments et autres fournitures. La publication d'Andy Gray « [Using Stock Cards to Improve Drug Management](#) » explique la valeur des fiches de stock et l'intérêt de former le personnel à leur utilisation.

Chaque article de l'entrepôt doit correspondre à une fiche de stock. Dans les petits entrepôts, il est recommandé de conserver la fiche de stock avec l'article, sur l'étagère. Grâce à la fiche de stock vous suivez le mouvement de l'article en enregistrant quand et comment l'article est utilisé. Tous les mouvements doivent y figurer, notamment quand un nouvel envoi du produit arrive à l'entrepôt, lorsqu'un article passe de l'entrepôt au dispensaire ou est délivré à un patient.

Si votre entrepôt reçoit des approvisionnements de donateurs, ils pourraient s'accompagner de conditions spéciales. Dans ce cas, suivez les consignes que vous avez reçues de votre responsable ou votre coordinateur local.

Une fiche de stock typique, telle qu'elle apparaît en [Figure 3](#), portera, en sa partie supérieure, les informations suivantes :

- **article** : nom générique du produit, y compris sa forme et sa teneur ;
- **numéro de code** : le numéro identifiant l'article, le cas échéant ;
- **unité et taille** : type de contenant (boîte métallique, bouteille, tube, plaquette alvéolaire, etc.) et la quantité du produit dans le contenant ;
- **prix ou coût à l'unité** : si cette donnée est recueillie dans votre entrepôt.

Un article de votre entrepôt peut se présenter sous diverses formes, teneurs ou tailles d'unités, par exemple :

- **la forme** : le médicament peut se présenter en comprimés, sous forme liquide ou de pommade ;
- **la teneur** : l'amoxicilline peut être en comprimés de 250 mg ou de 500 mg ;
- **les tailles d'unités** : une boîte de comprimés contient 50, 100, 500 comprimés ou plus.

Si un article est présent dans votre entrepôt sous plusieurs formes, teneurs, tailles d'unités, utilisez une fiche de stock séparée pour chacune d'entre elles. Considérez chaque forme, teneur ou taille d'unités différente comme un article de stock séparé.

FIGURE 3. Fiche de stock typique

SERVICES FOURNIS PAR UNE ONG DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE							
Fiche de contrôle de stock des médicaments							
Nom de l'article : Depo Provera							
Teneur : 150mg/ml				Forme de dosage : flacon			
Unité : 100 flacons				Prix/unité : 1,09 \$			
Date	Reçu de	Quantité reçue	Livré à	Quantité sortie	Solde du stock	Remarque	Signature
1/6/08	B/F				125	Solde reporté	
4/6/08			Centre de planification familiale I	30	95		
5/6/08			Centre de planification familiale II	20	75		
9/6/08			Poste de santé	8	67		
14/6/08			Center de santé	61	6		
18/6/08	UNFPA	200			161	100 flacons cassés par la chute d'un carton	

Une fiche de stock typique comporte des colonnes pour consigner les informations sur le mouvement de l'article :

- **Date** : quand l'article est réceptionné dans l'entrepôt ou sorti de l'entrepôt ;
- **Reçu de** : nom du fournisseur ou de l'entrepôt médical ;
- **Quantité reçue** : nombre d'unités reçues à l'entrepôt ;
- **Livré à** : nom du centre de soins de santé et/ou du dispensaire où l'article sera utilisé ou délivré aux patients ;
- **Quantité sortie** : nombre d'unités sorties de l'entrepôt ;
- **Solde du stock** : nombre d'unités restant à l'entrepôt ;
- **Remarques** : toute information importante sur le mouvement de l'article, telle que le numéro de lot et la date de péremption ;
- **Signature** : personne qui enregistre le mouvement de l'article.

**Comment enregistrer les données sur les fiches de stock.** Quand vous enregistrez des données sur une fiche de stock :

- Utilisez un *stylo* pour enregistrer l'article, le numéro de code, l'unité et la taille ainsi que toutes les informations sur le mouvement de l'article car ces informations ne changent pas.

- Utilisez un *crayon* pour le **prix** car cette information peut changer.
- Utilisez un *stylo* pour toute inscription relative au stock et pour enregistrer les sorties et les données sur le solde.
- En cas d'erreur d'inscription, n'utilisez pas de correcteur. Barrez l'inscription inexacte et portez les données exactes sur la ligne suivante puis indiquez la raison de la correction dans la colonne réservée aux Remarques.
- L'utilisation d'une couleur différente, du rouge par exemple, doit se limiter à l'enregistrement de quantités de l'inventaire physique ou pour effectuer tout autre rectification, si vous trouvez par exemple une erreur de calcul dans le solde. Inscrivez la correction en rouge avec une explication dans la colonne réservée aux remarques.

Les données que vous porterez dans la colonne du Solde de stock vous aideront à déterminer quand passer une nouvelle commande et les quantités nécessaires. Dans la colonne réservée aux remarques, enregistrez les données sur le stock, tels que les éléments suivants :

- Sur la première ligne d'une nouvelle fiche de stock, inscrivez « solde rapporté » s'il s'agit du remplacement d'une fiche de stock ou « nouveau stock » si c'est la première fois que vous entrez cet article dans votre entrepôt.
- Pour les stocks recommandés ou nouveaux, enregistrez le numéro de la demande, la date de péremption et le prix, si nécessaire.
- Pour les articles périmés, de mauvaise qualité ou en stock excédentaire, inscrivez les données concernant le retrait des articles.
- Enregistrez toute autre information qui peut être importante pour la gestion des médicaments et des produits de santé de votre centre, telle que l'arrivée de l'envoi avec des bouteilles cassées, un changement de couleur sur l'emballage, la modification des consignes de stockage, etc.

Portez une inscription chaque fois que vous recevez ou sortez un article. Enregistrez seulement un mouvement (une réception ou une sortie) par ligne. Il est très important que vous enregistriez l'information au moment du mouvement. Veuillez consulter en [Figure 3](#) un exemple de fiche de stock.

**Comment gérer les fiches de stock.** La tenue d'une documentation exacte est l'un des aspects essentiels de la bonne gestion des stocks. Le stock physique d'un produit doit, à tout moment, correspondre à la quantité enregistrée sur la fiche de stock.

Par conséquent, la fiche de stock doit être mise à jour au moment où se produit la transaction, c'est-à-dire quand les articles sont réceptionnés ou sortis. *Les quantités reçues ou sorties ne doivent pas être inscrites sur un registre ou une feuille séparée, pour actualiser ultérieurement la fiche de stock.*

Dans le cas de petits entrepôts, il est utile de conserver la fiche de stock avec les produits afin de faciliter et d'accélérer la tenue des écritures.

**Inscription des données sur la fiche de stock.** Lors de chaque inscription de données, il convient de noter d'abord la date de la transaction, et la personne effectuant cette inscription doit la parapher. Des directives sur l'inscription de données sur les fiches de stock se trouvent dans la section intitulée « [Comment enregistrer les données sur des fiches de stock](#) ».

Au centre de santé, le stock peut être divisé en deux catégories : le stock en vrac et le **stock de délivrance**.

- Le **stock en vrac** est conservé dans l'entrepôt principal, le cas échéant, sur les étagères ou dans le placard du centre.
- Le **stock de délivrance** est conservé dans la zone de délivrance. Le préparateur n'exécute les ordonnances qu'à partir du stock de délivrance.

Le personnel doit utiliser la fiche de casier conservée avec un produit du stock en vrac uniquement pour enregistrer les sorties effectuées du stock en vrac vers le stock de délivrance, et non pas pour chaque produit pharmaceutique délivré à un patient.

Lorsqu'un conteneur du stock de délivrance est vide, le responsable de l'approvisionnement réapprovisionne son stock à partir du stock en vrac.

**Comment inscrire les reçus.** Quand arrivent les marchandises qui ont été commandées, les quantités reçues doivent être vérifiées par rapport à la documentation de livraison qui les accompagne. En cas de divergences, il convient de procéder aux vérifications suivantes :

- Les boîtes ont-elles toutes été réceptionnées ?
- Y'avait-il quelque chose de cassé ?
- Certaines marchandises livrées n'ont-elles pas été commandées ?

L'organisme d'approvisionnement sera contacté si ces questions ne peuvent être résolues.

Pour faire état du solde de stock, tous les reçus doivent être enregistrés en suivant les directives énoncées précédemment dans la rubrique « [Comment enregistrer les données sur les fiches de stock](#) ». Pour s'assurer de l'exactitude du solde, il convient d'inscrire de la même façon tous les types de comptes clients (les échanges entre les districts ou les centres, la marchandise renvoyée, etc.).

Après avoir enregistré les reçus, le responsable des approvisionnements positionne le nouveau stock sur les étagères avec le stock existant en utilisant la méthode FEFO ou FIFO.

**Rectification du stock quand un produit est périmé, cassé ou endommagé.** À intervalles réguliers (par exemple, tous les trimestres), vérifiez les dates de péremption des divers lots et éliminez les articles périmés, endommagés ou obsolètes. La fiche de stock sera actualisée comme suit :

- **date** : la date à laquelle les médicaments périmés ont été retirés de l'étagère ;
- **en provenance/à destination de** : le nom de l'institution à laquelle a été renvoyé l'article aux fins d'élimination. Autrement, écrivez le mot « détruit » ;
- **quantité sortie** : la quantité retirée des étagères. La quantité est entourée, de préférence avec un stylo de couleur, afin d'indiquer qu'elle n'a pas été sortie aux fins d'utilisation par un centre de santé ou un patient ;
- **solde de stock** : le solde de stock qui équivaut au solde de stock précédent moins la quantité sortie ;
- **remarques** : elles signalent que l'article était « périmé », « cassé » ou « endommagé ». Elles doivent aussi porter la date de péremption du lot qui a été retiré.

## CONTRÔLE DE STOCK ET GESTION DE BUDGET

Dans un grand nombre de pays, la gestion du budget fait partie intégrante de la gestion de l'approvisionnement. Les managers aux niveaux du district et du centre de santé, de même que les ONG participant au système, sont tenus d'utiliser la gestion du budget pour optimiser l'utilisation des ressources qui s'amenuisent d'année en année. Veuillez consulter le Chapitre

7 de ce manuel relatif à la gestion financière pour avoir plus de détails sur les budgets de création et de contrôle et l'utilisation efficace des ressources.

**Analysez les coûts des produits et l'ensemble des dépenses se rapportant aux médicaments.** La fiche de stock peut aider le processus de gestion du budget en fournissant les données essentielles sur la consommation du produit. Dès que la consommation des articles les plus fréquemment utilisés est compilée pour une période déterminée (par exemple, une année), il est facile de multiplier les chiffres de la consommation (obtenus sur les fiches de stock) par le dernier coût (enregistré sur la fiche de stock après le dernier reçu) pour se faire une bonne idée du coût de cet article spécifique. Cette formule figure dans l'[encadré 4](#).

En établissant les coûts et les totaux des reçus pour l'année calculée, il est possible d'obtenir une bonne idée de l'ensemble des dépenses du centre. Voir l'[encadré 5](#).

La prochaine étape consiste à identifier quel pourcentage des dépenses totales est consacré aux produits les plus fréquemment prescrits ou les plus utilisés. Un exemple est présenté en [encadré 6](#).

Il est facile de réaliser cet exercice pour tous les articles à l'aide d'un système informatique. Si toutefois vous effectuez ce calcul manuellement, il suffit de vous concentrer sur les articles les plus courants et les plus coûteux.

#### ENCADRÉ 4. Formule pour le calcul du coût total d'un produit utilisé durant une période spécifique

Coût estimé de l'article « A » pour une période spécifique =  
consommation totale durant cette période × le dernier coût payé par article

#### ENCADRÉ 5. Formule pour le calcul des dépenses totales d'un centre en matière de médicaments durant une période spécifique

Dépenses totales du centre pendant une période spécifique = somme des réceptions pour cette période

#### ENCADRÉ 6. Calcul du pourcentage des dépenses générales quant aux articles les plus populaires

##### Formule

Pourcentage des dépenses totales pour l'article « A » pendant une période spécifique « x » =  
coût estimé de l'article A pour cette période/dépenses totales du centre pour cette période × 100

##### Exemple

La quantité totale de paracétamol sortie durant la dernière année fiscale est de 1000 unités. Le prix facturé lors de la dernière livraison était de 1,50 \$ par unité sortie. Le coût du produit pour la dernière année fiscale est donc de 1500 \$, à savoir :

$$1000 \times 1,50 \$ = 1500 \$$$

Durant cette période, la valeur totale des médicaments reçus est de 30 000 \$. Ainsi ce produit représente 5 % des dépenses générales pour cette année fiscale particulière. À savoir, par la formule ci-dessus :

$$(1500 \div 30\,000) \times 100 = 5\%$$

**Utilisation de l'analyse ABC.** En règle générale, lorsque vous effectuez cette analyse, désignée par analyse **ABC** ou de **Pareto**, et si vous classifiez les articles par ordre décroissant selon leur valeur (à partir des plus coûteux), vous en déduirez qu'environ :

- 15 à 20 % du plus grand nombre d'articles représente approximativement 70 à 80 % des dépenses (catégorie A) ;
- 10 à 15 % du nombre suivant d'articles représente approximativement 10 à 15 % des dépenses (catégorie B) ;
- 60 à 80 % du dernier nombre d'articles représente seulement 5 à 15 % des dépenses (catégorie C).

Un article appartient à la catégorie A pour deux raisons :

- Il est peu coûteux (tel que des comprimés de paracétamol) mais il est fortement utilisé.
- C'est un article à prix élevé (tel que les céphalosporines de 3<sup>ème</sup> génération) dont l'utilisation devrait être limitée à certains états spécifiques mais qui est utilisé abusivement ou trop prescrit.

Il est donc important d'identifier les articles appartenant à la catégorie A. Tout changement quant à la consommation ou au prix de l'un de ces articles aura une forte incidence sur l'ensemble des dépenses.

**Utilisation de la classification VEN.** En tant que manager chargé de l'approvisionnement de médicaments, vous pouvez utiliser l'analyse ABC pour déterminer « où va l'argent », toutefois vous ne saurez pas si l'argent est dépensé sur les bons produits. En complément de cet exercice, vous avez donc aussi besoin de classifier chaque article dans l'une des trois catégories – vital (V), essentiel (E) ou non essentiel (N) – comme suit :

- **V** = articles **vitaux** (tels que l'ACT ou les solutions intraveineuses) qui sont d'importance vitale et ont des répercussions néfastes très significatives en cas d'indisponibilité ;
- **E** = articles **essentiels** qui sont efficaces pour le traitement de types de maladies moins graves mais néanmoins significatives (tels que les antibiotiques et les médicaments pour les maladies chroniques) ;
- **N** = articles **non essentiels**, qui sont utilisés pour des maladies mineures ou résolutive ou dont l'efficacité est discutable, ou des articles très coûteux aux avantages thérapeutiques marginaux (tels que les sirops contre la toux, les vitamines ou les antiacides).

Aucune classification VEN standardisée n'a été mise en place puisque les priorités changent selon le niveau de soins que doit délivrer un centre ou la région géographique où il se situe. Par exemple, les médicaments de traitement du paludisme sont essentiels ou vitaux dans les zones affectées par le paludisme mais ne sont pas essentiels hors de ces régions.

Une fois que les articles de catégorie A ont été identifiés et référencés selon la classification VEN, seuls des articles V ou E figurent en catégorie A. Les articles N appartenant à la catégorie A devraient faire l'objet d'une enquête et vous devriez vous efforcer de réduire considérablement les niveaux de stock et les commandes quant à ces articles. Les médecins prescripteurs et les patients doivent avoir connaissance de ces mesures tandis que le personnel reçoit une formation régulière dans le cadre de la supervision.

## COMMANDE DE NOUVEAUX STOCKS

Cette section porte sur l'estimation des besoins en termes de médicaments et de produits de santé, sur la base des antécédents de consommation, et la détermination des quantités à commander.

**Comment estimer les besoins futurs.** Deux méthodes sont couramment utilisées pour estimer les besoins en produits pour un système d'approvisionnement : la méthode de la consommation, qui utilise les antécédents de **consommation**, et la méthode de **morbidité**, qui repose sur le nombre de cas de chaque maladie ou état de santé courant et grave. Les deux méthodes ne sont pas incompatibles et chacune comporte des points forts et des faiblesses

**La méthode de la consommation.** Cette section est axée sur la méthode de la consommation par l'utilisation des données enregistrées sur les fiches de stock. La méthode de la consommation est le moyen le plus simple, et souvent le plus exact, de calculer vos exigences en matière de médicaments, car vous (ou le responsable des approvisionnements) avez accès aux informations sur les médicaments délivrés en consultant les fiches de stock.

Il est cependant important de réaliser que d'autres facteurs, tels que les ruptures de stock, les variations saisonnières, les courtes durées de conservation et l'espace de stockage, peuvent affecter l'exactitude des données de consommation. Des changements de formulaires peuvent également affecter l'exactitude des données de consommation, si, par exemple, de nouveaux médicaments sont ajoutés ou d'anciens médicaments retirés. Ces facteurs devront être pris en considération lorsque vous placez vos commandes.

**Méthode de morbidité.** La méthode de morbidité considère la prévalence de diverses maladies dans la communauté et le nombre ainsi que l'âge des patients à traiter. Les exigences pharmaceutiques sont alors estimées à l'aide des directives de traitement normalisées. La méthode de morbidité peut s'avérer utile, particulièrement lorsque vous mettez à niveau des programmes ou en planifiez de nouveaux, mais elle exige des données qui ne sont pas habituellement à la disposition du personnel de districts ou de centres de santé.

Par ailleurs, l'analyse de données peut être compliquée puisque l'évaluation exacte du tableau réel de la morbidité dans un pays spécifique fait appel à un plus vaste ensemble de données. Son exactitude dépend également des médecins prescripteurs suivant des directives de traitement normalisées, ce qui souvent n'est pas le cas des managers d'approvisionnement ou se trouve hors de leur contrôle.

L'analyse de morbidité est toutefois utile en l'absence de données de consommation, pour vérifier l'exactitude des données de consommation ou quand vous tentez de déterminer si la prescription de médicaments est conforme aux directives de traitement standardisées.

**Comparaison des méthodes de consommation et de morbidité.** Le [Tableau 2](#) compare les méthodes de consommation et de morbidité pour quantifier les besoins en matière de produits pharmaceutiques.

## CALCUL DE LA CONSOMMATION MENSUELLE

La consommation mensuelle est l'une des informations les plus critiques pour la prévision de vos besoins. Au début de chaque mois, et pour chacun des articles en stock, vous êtes tenu de calculer la quantité utilisée durant le mois précédent. Le résultat peut être inscrit sur la fiche de stock si celle-ci comporte un espace prévu à cet effet, ou enregistré sur un formulaire ou un registre séparé.

TABLEAU 2. Comparaison des méthodes de quantification de la consommation et de la morbidité

	Consommation	Morbidité
<b>Utilisations</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Premier choix pour les prévisions d'achats si disponibilité de données fiables</li> <li>■ Variable la plus fiable quand les habitudes de consommation restent inchangées</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Estimation des besoins en matière de programmes nouveaux ou graduels ou pour l'assistance aux catastrophes</li> <li>■ Comparaison de l'utilisation avec les besoins théoriques</li> <li>■ Développement et justification de budgets</li> </ul>
<b>Données essentielles</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Registres d'inventaire fiables</li> <li>■ Registres de délais d'approvisionnement</li> <li>■ Coûts prévus de médicaments</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Données sur la population et la fréquentation des patients</li> <li>■ Incidence réelle ou projetée de problèmes de santé</li> <li>■ Traitements normalisés (idéals, réels)</li> <li>■ Registres de délais de fournisseurs</li> <li>■ Coûts prévus des médicaments</li> </ul>
<b>Limites</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Nécessité de données de consommation exactes</li> <li>■ Possibilité de perpétuer des utilisations irrationnelles</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Données de morbidité non disponibles pour toutes les maladies</li> <li>■ Données de fréquentation exacte non disponible</li> <li>■ Traitements standardisés peuvent ne pas être vraiment utilisés</li> </ul>

La consommation mensuelle peut être calculée de deux façons :

- Ajoutez toutes les quantités d'un produit pharmaceutique ou contraceptif spécifique qui ont été sorties durant cette période.
- Ajoutez la quantité de médicaments reçus durant le mois au solde de début du mois, et déduisez le solde de fin de mois de ce sous-total.

Voir la formule pour la seconde méthode et un exemple en [encadré 7](#).

La consommation mensuelle compte trois sortes de chiffres :

- **Un nombre positif** : si un produit a été délivré durant le mois précédent à au moins un centre de santé ou patient, la consommation mensuelle devrait être positive.
- **Zéro** : si un produit n'a pas été sorti durant le mois précédent, la consommation mensuelle est de zéro.
- **Rupture de stock** : si le médicament était en rupture de stock durant tout le mois, la mention « Rupture de stock » devrait être portée dans la case correspondante.

Il est impossible que la consommation mensuelle d'un produit pharmaceutique donné soit un nombre négatif car il indiquerait que le produit pharmaceutique a été délivré alors que le centre était en rupture de stock. Si la consommation mensuelle fait apparaître un nombre

## ENCADRÉ 7. Calcul de la consommation mensuelle

## Formule

$$\text{consommation mensuelle} = (\text{stock en début de mois} + \text{reçus mensuels}) - \text{solde du stock en fin de mois}$$

## Exemple

Une fiche de stock de comprimés de 500 mg de paracétamol indique comme suit :

- solde du stock début avril = 200 paquets de 10
- total des reçus en avril = 100 paquets de 10
- solde du stock fin avril = 50 paquets de 10

Par conséquent, la consommation mensuelle durant le mois d'avril =  $(200 + 100) - 50 = 250$  (250 paquets de 10)

**Remarque :** les quantités ajoutées pour le mois ne doivent refléter que les quantités délivrées à votre propre centre de santé ou à vos patients. Les quantités « sorties » pour les raisons suivantes doivent être exclues :

- périmées ou endommagées
- rajustement de stock ou stock prêté à un autre centre

Il sera plus facile d'identifier les quantités sorties en vertu de ces circonstances si elles sont entourées sur les cartes de stock.

négatif, vérifier si une erreur s'est glissée durant le calcul ou vérifiez la fiche de stock afin de vérifier la véracité des données enregistrées.

**Calcul de la consommation moyenne mensuelle.** La prochaine étape consiste à déterminer la consommation moyenne mensuelle. Celle-ci est calculée pour une période déterminée qui, habituellement, ne dépasse pas 12 mois. La méthode de calcul de la consommation moyenne mensuelle pour une période spécifique est simple et implique les paramètres suivants :

- **période de prévision :** le nombre de mois compris dans la période, par exemple, 12 mois ;
- **consommation totale :** la somme des sorties mensuelles obtenue du document contenant toutes les sorties mensuelles, comme décrit dans la section précédente sur la [consommation mensuelle](#) ;
- **nombre de mois en rupture de stock :** le nombre de mois compris dans la période durant laquelle les produits étaient en rupture de stock.

La consommation moyenne mensuelle peut être calculée à l'aide de la formule de l'[encadré 8](#).

Dans l'exemple figurant dans l'encadré 8, l'utilisation totale pour l'année fiscale (606 unités) est divisée par 10, et non pas par 12, car l'article était en rupture de stock pendant deux mois (janvier et mai) au cours de cette période. Ainsi, la consommation moyenne mensuelle est de  $606 \div (12 - 2) = 60,6$ , que l'on peut arrondir à 61 unités.

Quand vous connaissez la consommation moyenne mensuelle, vous pouvez utiliser cette information comme ligne directrice pour anticiper les besoins futurs en matière de produits pharmaceutiques.

**Calcul de la consommation annuelle.** Dans l'exemple de l'Encadré 8, le premier mois du tableau de la consommation n'est pas le premier mois de l'année calendaire mais le premier mois de l'année fiscale. Le contrôle du budget étant une préoccupation essentielle, maintenir les mois dans cet ordre permettra de faciliter l'analyse des informations pour l'année fiscale.

## ENCADRÉ 8. Calcul de la consommation moyenne mensuelle

## Formule

consommation moyenne mensuelle = consommation totale pour une période donnée ÷  
(nombre de mois couverts par la période de consommation – nombre de mois en rupture de stock)

## Exemple

Année fiscale	Juil	Août	Sep	Oct	Nov	Dec	Jan	Feb	Mars	Avr	Mai	Jun	Usage	Périmés
2008/09	80	67	0	45	90	80	O/S	60	50	45	O/S	89	606	10

Au début de chaque année fiscale, établissez le total de la consommation mensuelle de chaque produit pharmaceutique de l'année écoulée. Inscrivez le résultat dans la colonne « Utilisation ». Dans la case « Expiré », enregistrez les quantités totales expirées qui ont été retirées du stock.

Dans l'exemple de l'encadré 8, la consommation pour l'année fiscale est de 606 unités, c'est-à-dire la somme de toute la consommation mensuelle.

**Évaluez l'état de votre stock.** Pour déterminer la durée pendant laquelle le stock actuel répondra aux besoins de votre centre, district ou région (l'état de votre stock), divisez le stock disponible par la consommation moyenne mensuelle, comme indiqué dans l'[encadré 9](#).

Dès que vous connaissez la consommation moyenne mensuelle d'un produit, il est très utile et facile de vérifier régulièrement l'état du stock des articles essentiels, particulièrement pour les articles de Catégorie A (qui représentent les plus grosses dépenses en termes de médicaments).

Lorsque des articles sont en surstock, ils devraient être renvoyés au dépôt (ou à l'hôpital) ou redistribués à d'autres centres de santé. Les réunions de district ou régionales sont l'occasion de discuter avec d'autres managers des approvisionnements de possibilités de redistribuer les articles en surstock.

**Les facteurs qui influencent les quantités de commandes.** Lorsque vous calculez la quantité à commander, vous devez considérer de nombreux facteurs qui peuvent être divisés en deux grandes catégories :

- **Les facteurs constants :** Ils varient peu d'un mois à l'autre et leurs valeurs, plutôt prévisibles, peuvent être aisément calculées à partir de données antérieures.

## ENCADRÉ 9. Déterminer votre état de stock

## Formule

État du stock (en mois) = stock disponible ÷ consommation moyenne mensuelle

## Exemple

Si la consommation moyenne mensuelle de gélules de 250 mg d'amoxicilline est de 40 paquets de 50 gélules par mois, et le stock actuel est de 160 paquets de 50 gélules, l'état de stock est 4 ( $160 \div 40 = 4$ ). Ainsi, la quantité en stock devrait durer quatre mois, sauf si un changement survenait dans les habitudes de consommation.

Si le stock actuel de gélules de 250 mg d'amoxicilline était de 400 paquets de 50 gélules, l'état du stock serait de 10 ( $400 \div 40 = 10$ ). La prochaine étape vise à déterminer si le produit est en surstock.

- **Facteurs variables** : Ces facteurs varient régulièrement et ne peuvent être prévus.

Les facteurs constants comprennent :

- **Consommation moyenne mensuelle** : la quantité moyenne utilisée par mois ;
- **Délai du fournisseur** : la période écoulée entre le moment où est passée la commande et la réception de la marchandise à votre entrepôt ou votre centre ;
- **Solde du stock** : le solde qui est en stock au moment de la commande ;
- **Période d'approvisionnement/fréquence de commandes** : la période comprise entre deux commandes ou la fréquence à laquelle sont passées les commandes ;
- **Capacité de stockage** : plus la zone de stockage du centre est réduite, moins le centre peut stocker.

Les facteurs variables comprennent :

- **Les campagnes de santé** : si une campagne de promouvoir d'un nouveau produit est lancée (tels que des produits contraceptifs ou des vaccins), vous pouvez vous attendre à une hausse de sa consommation durant la campagne ;
- **Flambée épidémique** : lors de l'éruption d'une maladie, la consommation des produits nécessaires au traitement de cette épidémie devrait augmenter ;
- **Facteurs saisonniers** : certaines maladies sont plus fréquentes pendant une période spécifique de l'année. Par conséquent, la consommation des médicaments recommandés pour ces maladies augmente. Par exemple, la grippe en hiver et la diarrhée pendant la saison des pluies ;
- **Nouveaux médecins prescripteurs** : si un nouveau médecin prescripteur est nommé au centre, vous pouvez vous attendre à des changements dans l'utilisation de certains produits ;
- **Allocation budgétaire** : lorsque des produits sont achetés dans le cadre d'un budget comprimé du centre, les travailleurs de la santé doivent faire des choix et parfois diminuer l'utilisation et la quantité de commande de certains articles non essentiels.

Vous devriez théoriquement avoir une bonne idée de la façon dont tous ces facteurs influencent la quantité à commander, toutefois, bien qu'il soit possible de définir très clairement certains produits, certains demeurent imprévisibles.

L'option la plus simple consiste à commander suffisamment pour ne pas avoir à se soucier d'éventuelles ruptures de stock mais les ressources financières sont toujours limitées. Rappelez-vous que plus le stock est important, plus les fonds sont investis et plus vous risquez d'avoir des produits périmés.

L'art de la bonne gestion des stocks est de maintenir un équilibre entre les avantages d'avoir du stock et les coûts en découlant. L'Encadré 10 énonce certains de ces avantages et ces coûts.

**Comment calculer le niveau de stock maximal.** Outre le fait de surveiller l'état du stock, le principal objectif du maintien de bons registres de stock est de pouvoir commander la quantité nécessaire au bon moment, et par conséquent, d'avoir suffisamment de stock pour approvisionner les centres de santé ou délivrer aux patients jusqu'à la livraison de la prochaine commande. Cette section recommande deux calculs à effectuer pour gérer le réapprovisionnement de votre stock :

- calcul du niveau de stock maximal
- calcul de la quantité à commander

## ENCADRÉ 10. Avantages et coûts de garder du stock

## Avantages

Minimise les manques qui mettent la vie en danger  
Facilite l'achat en vrac  
Augmente l'efficacité du transport  
Protège contre les fluctuations

## Coûts

Frais d'investissement  
Expiration  
Détérioration  
Obsolescence  
Stockage  
Chapardage

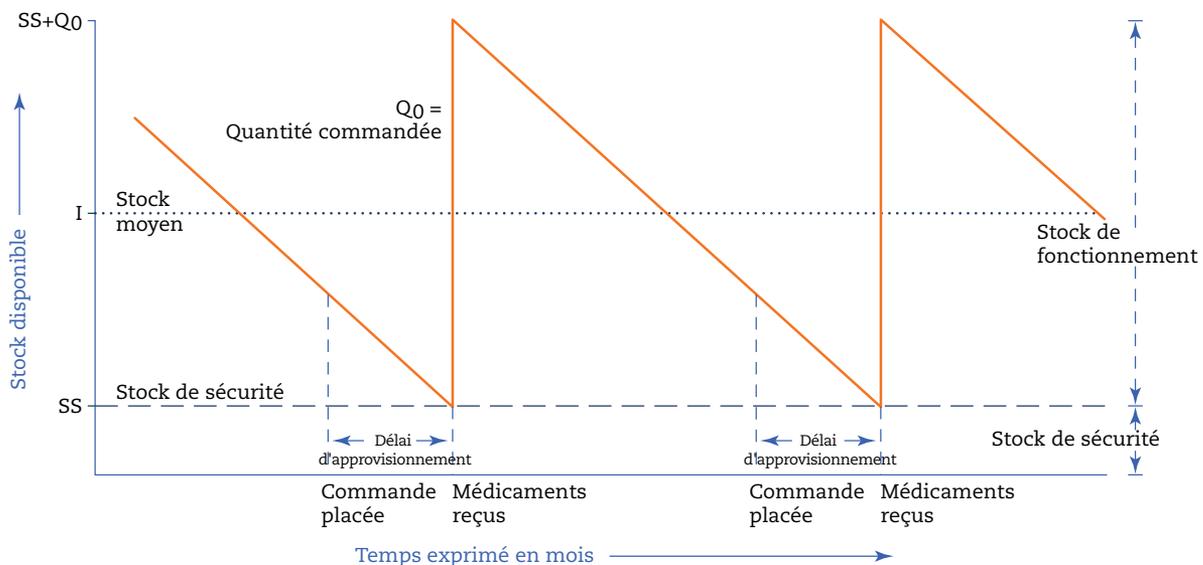
Une courbe typique de gestion de stock, comme le montre la Figure 4, indique un niveau de stock en baisse régulière, puis une commande placée avant que le niveau de stock n'atteigne son niveau de sécurité. À l'arrivée de la commande, le niveau de stock atteint son maximum et au fur et à mesure de l'utilisation des produits, le niveau du stock baisse à nouveau, etc.

L'art de la gestion des stocks consiste à réapprovisionner le stock avant qu'il ne baisse au-dessous du niveau de sécurité du stock et sans dépasser le niveau de stock maximal.

Dans ce modèle, les commandes sont placées à intervalles réguliers. Quand une commande est placée, la quantité commandée devrait être suffisante pour ramener le solde du stock à son niveau de stock maximal. Toutefois, la consommation moyenne mensuelle peut évoluer par suite de changements imprévus dans le mode de consommation qui peuvent survenir durant la période de réapprovisionnement. Ainsi, à réception des marchandises, le niveau de stock pourrait ne pas correspondre au niveau de stock maximal et être inférieur ou supérieur à celui-ci. La situation peut être corrigée lors de la prochaine commande.

Cette section décrit l'approche du niveau de **stock maximal**, c'est-à-dire le réapprovisionnement du stock à un niveau de stock maximal optimal chaque fois qu'entre une commande. Il s'agit d'une méthode simple, fiable et adaptée aux centres de santé et aux entrepôts de districts. Cette approche comporte des variations telles que celles qui sont décrites dans *Le Manuel de*

FIGURE 4. Modèle idéal de contrôle de stock



*logistique : guide pratique à l'attention des responsables de la chaîne d'approvisionnement dans le cadre des programmes de santé et de planification familiale* (Projet DELIVER de l'USAID, 2011) disponible auprès de [John Snow, Inc.](#)

Le niveau de stock maximal se définit généralement comme le fait d'avoir suffisamment de stock pour couvrir à la fois les délais connus de traitement des commandes et tout retard imprévu. Il correspond habituellement à la période de délai d'approvisionnement plus fréquence de commandes, avec un montant supplémentaire de stock de sécurité.

Dans la plupart des cas, le **stock de sécurité** devrait suffire jusqu'au terme de la période d'approvisionnement, afin de couvrir tout éventuel retard de livraison ou augmentation imprévue de la consommation pendant que vous êtes en attente de livraison. En substance, la formule double la période d'approvisionnement pour permettre des délais exceptionnels ainsi que des augmentations de consommations imprévues.

**Utilisation des facteurs de stock maximaux.** Pour simplifier le calcul, vous pouvez utiliser un facteur de **stock maximal prédéfini**. Le système utilisé par le ministère de la Santé de la province du Cap Oriental en Afrique du Sud est cité en exemple dans le Tableau 3. Le facteur de stock maximal varie suivant la fréquence des commandes et le délai d'approvisionnement.

Dans cet exemple, le délai d'approvisionnement étant de quatre semaines (un mois) et la fréquence de commandes d'un mois, le facteur de stock maximal est de 3, soit :

$$\text{Délai d'approvisionnement (1) + période de fréquence des commandes (1) + stock de sécurité suffisant pour couvrir le délai d'approvisionnement (1)}$$

Avec un délai d'approvisionnement de quatre semaines et une fréquence de commandes de six semaines (1,5 mois), le facteur de stock maximal serait comme suit :

$$\text{Délai d'approvisionnement (1) + fréquence de commande (1,5) + stock de sécurité (1) = 3,5}$$

Dans cet exemple, la somme serait arrondie à un facteur de stock maximal de 4.

**Calcul du niveau de stock maximal.** Dès que vous avez identifié le facteur de niveau de stock maximal, vous devez calculer le niveau de stock maximal en utilisant la formule de l'[encadré 11](#).

Comparez alors ce niveau de stock maximal avec le solde de stock actuel de produits utilisables (sans aucun article périmé ou endommagé) pour déterminer si vous devez passer une commande :

- Si le solde de stock actuel est supérieur ou égal au niveau de stock maximal, nul besoin de commander.

TABLEAU 3. Facteur de niveau de stock maximal

Fréquence de commandes	Délai d'approvisionnement (en semaines)			
	1	2	4	6
Chaque semaine	1	1	2	3
Toutes les 2 semaines	1	2	3	4
Chaque mois	2	2	3	4
Toutes les 6 semaines	2	3	4	5
Tous les 2 mois	3	3	4	5
Tous les 3 mois	4	4	5	6

## ENCADRÉ 11. Calcul du niveau de stock maximal

## Formule

$$\text{niveau de stock maximal (en unités sorties)} = \text{consommation moyenne mensuelle} \times \text{facteur de niveau de stock maximal}$$

## Trois exemples

1. Si les approvisionnements sont commandés une fois par mois et le délai d'approvisionnement est de quatre semaines (un mois), le niveau de stock maximal sera alors de trois. La consommation moyenne mensuelle est de 50 unités et le solde de stock actuel est de 80 unités. Par conséquent, le niveau de stock maximal est :

$$50 \text{ unités (consommation moyenne mensuelle)} \times 3 \text{ (facteur de niveau de stock maximal)} = 150 \text{ unités}$$

Dans cet exemple, le solde de stock actuel de 80 est inférieur au niveau de stock maximal recommandé de 150 unités, vous devriez donc passer une commande pour cet article.

2. Si les approvisionnements sont commandés une fois par semaine et le délai d'approvisionnement de la source est de deux semaines, le facteur de stock maximal est donc un. La consommation moyenne mensuelle est de 40 unités et le solde de stock actuel est de 58 unités. Le niveau de stock maximal est donc :

$$40 \text{ unités (consommation moyenne mensuelle)} \times 1 \text{ (facteur de stock maximal)} = 40 \text{ unités}$$

Dans ce cas, le solde de stock (58) étant supérieur au niveau de stock maximal recommandé, vous n'avez pas à passer commande pour cet article.

3. Si les approvisionnements sont commandés toutes les deux semaines et le délai d'approvisionnement du fournisseur est de quatre semaines, le facteur de stock maximal est donc trois. La consommation moyenne mensuelle est de 30 unités et le solde de stock actuel est de 85 unités. Le niveau de stock maximal est donc :

$$30 \text{ unités (consommation moyenne mensuelle)} \times 3 \text{ (facteur de stock maximal)} = 90 \text{ unités}$$

Puisque le solde de stock est juste au-dessous du niveau de stock maximal, vous pourriez commander une petite quantité. Une plus grande quantité pourra être commandée lors de la prochaine commande.

- Si le solde de stock actuel est inférieur au niveau de stock maximal, vous devriez passer une commande, à moins que le produit ne soit supprimé ou que son utilisation soit influencée par des facteurs externes tels que la fin de la saison des pluies ou d'une campagne, ou la modification de la liste de médicaments essentiels ou des directives de traitement normalisées.

## COMMENT CALCULER LA QUANTITÉ À COMMANDER

Cette section décrit la manière de calculer la quantité à commander afin d'éviter les ruptures de stock ou les excédents.

Vous ne pouvez déterminer avec exactitude la quantité à commander si vous ne connaissez pas précisément la consommation moyenne mensuelle. Il est donc primordial de maintenir des registres de stock exacts et actualisés.

Une erreur courante consiste à commander la quantité correspondant au stock maximal déduit du stock actuel. Cette méthode ne fonctionne pas car des produits sortent du stock durant la période correspondant au délai d'approvisionnement. Il se produit toujours des retards entre la commande et la réception de marchandises et ces retards doivent être pris en compte dans la quantité à commander.

En réalité, à réception de la commande, le solde de stock est inférieur à ce qu'il était au moment de la commande, et la somme du stock et de la quantité reçue est insuffisante pour atteindre le niveau de stock maximal. Il faut donc ajouter à la commande une quantité équivalente au montant vraisemblablement sorti durant la période correspondant au délai d'approvisionnement.

Le concept du calcul de la quantité à commander est simple : à réception de la commande, la quantité commandée devrait réapprovisionner le stock de manière à ce qu'il retrouve son niveau maximal. Comme expliqué dans l'encadré 11, si le stock maximal est supérieur au solde de stock, il n'est pas nécessaire de passer commande. Vous devez donc connaître le niveau de stock maximal avant de prendre une quelconque décision.

Lorsque vous êtes prêt à passer une commande, vous aurez besoin de connaître :

- la consommation moyenne mensuelle
- le solde de stock quand vous placez la commande

La [consommation moyenne mensuelle](#) a déjà été présentée en détail. Le solde de stock figure sur la fiche de stock ou peut être obtenu d'un dénombrement physique, si nécessaire.

Vous devez aussi connaître deux paramètres relativement constants :

- le délai d'approvisionnement
- la fréquence de commandes

Vous connaissez habituellement par expérience le délai d'approvisionnement et la fréquence de commandes mais vous pouvez aussi consulter le calendrier de commandes.

**Déterminer les facteurs de réapprovisionnement.** Pour simplifier la prise de décision, vous pouvez développer un tableau de facteurs de réapprovisionnement. Voir le [tableau 4](#) sur lequel le délai d'approvisionnement est ajouté au facteur de stock maximal pour plusieurs combinaisons de délais d'approvisionnement et fréquences de commandes. Par exemple, sur le tableau du facteur de stock maximal ([tableau 3](#)), le facteur de stock maximal pour un délai d'approvisionnement de quatre semaines et une fréquence de commandes mensuelle est de 3. Afin de déterminer le facteur de réapprovisionnement, vous ajoutez le délai d'approvisionnement (un mois) à cette valeur et vous obtenez un facteur de réapprovisionnement de 4.

Dès que vous avez identifié le facteur de réapprovisionnement, vous devez calculer la quantité à commander à l'aide de la formule en [encadré 12](#).

Si la quantité de commande suggérée est très réduite, vous pouvez décider de retarder la commande jusqu'à la prochaine date prévue. Ou si la demande d'un produit est en relation

TABLEAU 4. Tableau des facteurs de réapprovisionnement

Fréquence de commandes	Délai d'approvisionnement (en semaines)			
	1	2	4	6
Chaque semaine	1,25	1,50	3,00	4,50
Toutes les 2 semaines	1,25	2,50	4,00	5,50
Chaque mois	2,25	2,50	4,00	5,50
Toutes les 6 semaines	2,25	3,50	5,00	6,50
Tous les 2 mois	3,25	3,50	5,00	6,50
Tous les 3 mois	4,25	4,50	6,00	7,50

avec la saison particulière et que cette saison est écoulée, vous pourriez diminuer la quantité à commander ou ne rien commander.

**Combinaison des facteurs de stock maximal et de réapprovisionnement.** Une fois que vous avez acquis une bonne maîtrise du facteur de stock maximal et du facteur de réapprovisionnement, vous pouvez utiliser conjointement les deux facteurs pour calculer la quantité d'un article à commander.

L'[annexe F](#) de ce chapitre comporte des exemples de l'utilisation de ces tableaux

**Avertissement.** Ces formules devraient seulement être utilisées à titre de directives pour estimer les quantités précises à commander. Toute modification d'un élément du cycle d'approvisionnement (moment de la livraison, date d'expiration, flambée épidémique, etc.) influencera l'ensemble du système. Votre expérience et la nature de chaque médicament ou produit sont essentielles à la prise de décision finale sur les quantités à commander.

**Commandes d'urgence.** En cas d'épidémie, d'urgence ou de maladie saisonnière, ne vous basez pas sur les procédures de consommation antérieure pour vous approvisionner. Planifiez en vue de la nouvelle situation après avoir consulté votre responsable ou votre coordinateur local d'approvisionnement.

En cas d'épidémie ou d'urgence, déterminez vos besoins d'urgence en vous basant sur la consommation mensuelle anticipée. Faites une estimation de l'approvisionnement d'urgence dont vous aurez besoin et placez une commande urgente. Veillez à déterminer où et comment vous procurer ces approvisionnements le plus rapidement possible.

En cas de maladie saisonnière, commandez suffisamment d'approvisionnements appropriés, bien avant le commencement de la saison. Déterminez la quantité de votre commande en tenant compte de la quantité utilisée durant la saison précédente, telle que l'an dernier ou durant la dernière saison des pluies ou la dernière sécheresse.

En cas de mauvais temps, souvent cause de retard de livraison au centre, évitez ces retards en prévoyant suffisamment à l'avance. Si la saison des pluies approche, avec les risques d'inondation des routes, il faudra que les approvisionnements parviennent au centre de soins de santé avant le début des pluies. Commandez des approvisionnements supplémentaires,

#### ENCADRÉ 12. Formule pour le calcul de la quantité à commander

quantité à commander (en unités sorties) =  
(consommation moyenne mensuelle × facteur de réapprovisionnement) – stock disponible

TABLEAU 5. Tableau combiné du niveau de stock maximal et du facteur de réapprovisionnement

Fréquence de commandes	Délai d'approvisionnement (en semaines)							
	1		2		4		6	
	Facteur de niveau de stock maximal	Facteur de réappr.	Facteur de niveau de stock maximal	Facteur de réappr.	Facteur de niveau de stock maximal	Facteur de réappr.	Facteur de niveau de stock maximal	Facteur de réappr.
Chaque semaine	1	1,25	1	1,50	2	3	3	4,50
Toutes les 2 semaines	1	1,25	2	2,50	3	4	4	5,50
Chaque mois	2	2,25	2	2,50	3	4	4	5,50
Toutes les 6 semaines	2	2,25	3	3,50	4	5	5	6,50
Tous les 2 mois	3	3,25	3	3,50	4	5	5	6,50
Tous les 3 mois	4	4,25	4	4,50	5	6	6	7,50

augmentez les stocks tampons ou placez une commande préalablement à ce qui était prévu. Déterminez la quantité à commander en tenant compte du nombre de mois que vous avez prévu de couvrir.

### PROCÉDURES DE CONTRÔLE DES STOCKS DE FIN DE MOIS

Il est recommandé de procéder à un contrôle régulier de votre stock et la fin du mois est particulièrement appropriée à cet effet. Vous pourriez le faire par alternance, en vérifiant, par exemple, les comprimés et les pommades un certain mois, puis les injectables et les préparations parentérales en récipient de grande capacité le mois suivant et ainsi de suite.

Une autre astuce consiste à tirer un trait, de couleur de préférence, sur votre fiche de stock pour indiquer la fin du mois. Vous pourrez ainsi rapidement identifier le mois et effectuer les calculs de consommation.

### ÉVALUATION DES SYSTÈMES DE GESTION DE STOCK

Quand vous évaluez un système de gestion de stock, vous ne souhaitez pas faire de calculs mathématiques compliqués mais vous cherchez plutôt à savoir si :

- il existe des règles raisonnables de détermination des quantités à commander (telles que le système décrit dans « [Commande de nouveaux stocks](#) ») ;
- les règles sont couramment comprises et acceptées, et appliquées de manière cohérente ;
- des registres de stocks élémentaires sont maintenus, sont exacts et actualisés ;
- d'importants paramètres sont régulièrement actualisés (examen par exemple du niveau minimal et maximal) ;
- les cadres supérieurs font preuve de leadership en prenant la gestion du stock au sérieux.

Malheureusement, de nombreuses organisations pensent utiliser ces méthodes mais les mettent rarement en pratique. Vous pouvez utiliser l'[Outil d'évaluation de la gestion du stock \(IMAT\)](#) pour examiner l'efficacité des pratiques de contrôle des stocks et de tenue de registres dans les entrepôts, et aider les utilisateurs à identifier des suggestions en vue d'amélioration. Cet outil offre de simples indicateurs de problèmes de gestion des stocks, vous pouvez donc facilement réunir les informations et rapidement faire les calculs dont vous avez besoin.

Bien qu'IMAT ne fournisse pas une analyse complète des raisons des problèmes que vous identifiez avec le responsable de l'approvisionnement et l'équipe de gestion des stocks, il donne de bonnes astuces sur l'endroit où se situent les problèmes et suggère d'autres travaux pour vraiment les comprendre et développer de possibles solutions.

## Délivrance du stock à partir de l'entrepôt du centre de santé

Les médicaments et les fournitures doivent être acheminés de l'entrepôt du centre vers les lieux où ils seront utilisés, tels que les zones de traitement, les services hospitaliers ou les unités de soins ambulatoires. Les procédures sont similaires quelle que soit la taille du centre. Pour avoir plus de détails, veuillez consulter le Chapitre 46 « [Gestion pharmaceutique pour les systèmes de santé](#) » de *MDS-3 : Gérer l'accès aux médicaments et aux technologies de la santé* (MSH 2012).

### DÉLIVRANCE DANS DE PETITS CENTRES DE SANTÉ

Les petits centres peuvent ne pas avoir de pharmacie séparée mais ils devraient avoir un entrepôt ou un placard pour les médicaments et une zone séparée de délivrance et de traitement. Un stock de fonctionnement (souvent un conteneur) de médicaments courants doit être conservé dans la zone de traitement. Vous pouvez stocker les médicaments oraux dans un chariot, un placard ou une boîte de délivrance pouvant être fermé à clé. Un petit stock de médicaments injectables courants doit être conservé sur un plateau couvert dans la salle de traitement. Une zone séparée est habituellement réservée au nettoyage et aux pansements de plaies et doit comporter un chariot et un placard pouvant être fermés à clé afin de conserver toute la gamme d'articles appropriés.

Réapprovisionnez chaque jour ces zones de travail à partir de l'entrepôt. Les conteneurs de stock de fonctionnement doivent être maintenus fermés, sauf lorsqu'ils sont en cours d'utilisation, afin d'éviter toute détérioration ou perte de valeur thérapeutique. La section de ce chapitre intitulée « [Bonnes pratiques de délivrance](#) » comporte plus de détails.

### DÉLIVRANCE DANS LES DÉPARTEMENTS PHARMACIE DE L'HÔPITAL

Le mouvement et le contrôle de stock sont plus complexes dans les centres plus conséquents où sont prodigués des soins médicaux, chirurgicaux et de maternité. Chaque type de département doit avoir sa propre liste de stock pour faciliter le contrôle et limiter le potentiel d'usage abusif ; des entrepôts séparés sont donc nécessaires. La pharmacie de l'hôpital doit être chargée de réapprovisionner toutes les zones de stockage de médicaments et peut aussi délivrer des médicaments aux patients hospitalisés et aux patients externes. Le volume de prescriptions aux patients externes peut justifier le besoin d'un dispensaire pour patients externes, séparé de la pharmacie principale. Les hôpitaux traitant des patients souffrant de conditions chroniques peuvent recommander les patients établis aux centres de santé locaux pour l'obtention de leurs médicaments ; les patients verront ainsi une réduction de leur temps et coûts de déplacement.

La pharmacie de l'hôpital peut avoir un stock de fonctionnement à partir duquel sont délivrés des médicaments aux patients hospitalisés et, dès leur sortie, aux patients externes, et aux départements et plateaux d'urgence. Au cours de la journée, une « liste de produits recherchés » doit être compilée pour le réapprovisionnement quotidien à partir de l'entrepôt. Cette responsabilité incombe généralement à un nombre de personnes limité et dans la plupart des départements d'hôpitaux, cette tâche est accomplie par rotation.

**Préconditionnement pour la délivrance aux patients externes.** Par économie de temps pour le personnel et les patients de centres très fréquentés, délivrant un volume élevé de prescriptions, il est utile de preconditionner les médicaments oraux fréquemment délivrés dans les quantités appropriées aux cycles de traitement normalisés. Ce preconditionnement peut être effectué durant les moments calmes de la journée ou de la semaine. Le preconditionnement est également nécessaire quand des quantités inférieures aux emballages d'origine sont nécessaires pour les stocks de départements.

Dans certains pays, il peut s'avérer rentable d'acheter des médicaments couramment utilisés qui ont été preconditionnés en récipients d'unités d'utilisation (cycle de thérapie). Ce système est particulièrement approprié aux traitements à long terme, tels que ceux de la tuberculose pour laquelle l'utilisation de kits fournis par le Global Drug Facility a été particulièrement bénéfique. Les médicaments preconditionnés sont aussi appropriés aux articles à volume élevé tels que les traitements du paludisme.

Considérations importantes quant au preconditionnement de médicaments :

- utiliser des récipients adaptés afin de maintenir la qualité pharmaceutique ;
- éviter de contaminer ou de mélanger différents lots de médicaments ;
- étiqueter les récipients de manière appropriée et assigner une nouvelle date « À utiliser avant le ».

**Fourniture aux patients hospitalisés.** Trois techniques fondamentales sont utilisées pour la délivrance de produits pharmaceutiques des hôpitaux aux patients hospitalisés :

- stock en vrac de l'unité de soins
- commandes de médicaments individuels
- délivrance de doses uniques

Le système de stock en vrac de l'unité de soins est toujours en usage dans de nombreux pays. Le système d'avance, d'échange ou d'allègement de dette complémentaire est une méthode courante d'approvisionnement de stock en vrac des unités de soins. Les récipients vides sont renvoyés pour remplissage, le récipient vide étant remplacé par un récipient plein (méthode du « plein pour un vide ») toutes les semaines ou les deux semaines. Chaque unité de soins doit avoir à disposition une boîte pouvant être fermée à clé à l'usage du personnel de la pharmacie et de l'unité de soins pour transférer les approvisionnements entre les deux sites. Il est nécessaire d'établir des procédures de sécurité plus rigoureuses pour les antibiotiques, les articles coûteux sur le marché local et les narcotiques.

Dans un système de stock d'unités de soins, la pharmacie proposerait un calendrier indiquant quels jours sera fourni chaque unité de soins ou département, et spécifiant la catégorie des approvisionnements. Le personnel des pharmacies, des entrepôts et des unités de soins doit décider conjointement quel type et quelle quantité de médicaments sont nécessaires sur la base des données d'utilisation, et les membres du personnel de la pharmacie doivent surveiller le stockage et la tenue des dossiers du stock des unités de soins.

**Plateaux d'urgence.** Un ensemble de médicaments et d'équipements destinés aux urgences devra être placé dans les unités de soins et les départements de patients externes. Le contenu doit être enregistré sur une liste et contrôlé sur une base régulière. Dès l'utilisation d'un article, il doit être immédiatement réapprovisionné. Le plateau d'urgence ne devra pas être utilisé pour les approvisionnements courants.

Le [tableau 6](#) décrit le contenu d'un plateau d'urgence d'un centre de santé rural. Cet exemple du Timor-Leste est représentatif de ce qui pourrait être utilisé dans ce type d'environnement.

TABLEAU 6. Médicaments pour un plateau d'urgence d'un poste sanitaire

<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Ampicilline en poudre pour injection, 1 g (en sel de sodium) en flacon</li> <li>■ Atropine pour injection, 1 mg (sulfate) en ampoule d'1 ml</li> <li>■ Gluconate de calcium pour injection, 100 mg/ml en ampoule de 10 ml</li> <li>■ Charbon actif en poudre pour suspension orale, bouteille de 50 g</li> <li>■ Chloramphénicol en poudre pour injection 1 g (succinate de sodium) en flacon</li> <li>■ Diazépam pour injection, ampoule de 5 mg/ml (intraveineux ou rectal)</li> <li>■ Épinéphrine/adrénaline pour injection, 1mg (en chlorhydrate ou tartrate d'hydrogène) en ampoule d'1 ml</li> <li>■ Ergoméline pour injection (maléate d'hydrogène) en ampoule d'1 ml</li> <li>■ Gentamicine pour injection, 40 mg (en sulfate)/ml en flacon de 2 ml</li> <li>■ Solution de glucose injectable, 5 % en sac d'1 l</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Solution de glucose injectable, 50 % hypertonique</li> <li>■ Hydrocortisone en poudre pour injection, 100 mg (succinate de sodium) en flacon</li> <li>■ Phytoménadione (vitamine K1) pour injection 10 mg/ml en ampoule d'1 ml (adulte)</li> <li>■ Prométhazine pour injection, 25 mg (en chlorhydrate)/ml en ampoule de 2 ml</li> <li>■ Sulfate de magnésium pour injection, 500 g/ml en ampoule de 10 ml pour utilisation dans l'éclampsie ou grave pré-éclampsie mais pas pour d'autres problèmes de convulsions ; à la disposition de sages-femmes expérimentées</li> <li>■ Poudre de sulfate de magnésium</li> <li>■ Nifédipine en comprimés sécables, 10 mg</li> <li>■ Quinine pour injection, 300 mg (en dichlorhydrate)/ml en ampoule de 2 ml</li> <li>■ Salbutamol pour injection, 50 µg (en sulfate)/ml en ampoule de 5 ml</li> <li>■ Lactate de sodium, solution composée injectable, sac d'1 l</li> </ul>
---	--

Source: Timor-Leste Ministry of Health 2004.

## APPROVISIONNEMENT DES TRAVAILLEURS DE LA SANTÉ COMMUNAUTAIRES

Les travailleurs de la santé communautaire ont habituellement une gamme limitée d'articles parmi les plus couramment utilisés. Un système complémentaire par lequel les niveaux de stock sont vérifiés et réapprovisionnés à un niveau prédéfini, peut permettre de réapprovisionner les stocks si les besoins sont limités et le centre de santé est stockés de manière fiable. Il est généralement approprié d'adopter une fréquence mensuelle d'approvisionnement.

### KITS DE SOINS À DOMICILE

Les soins à long terme de maladies chroniques tels que le sida et la tuberculose sont généralement administrés à domicile par la famille. Les kits de soins à domicile peuvent être livrés aux travailleurs de la santé communautaires qui, à leur tour, les délivrent aux soignants. Les kits devraient être adaptés à l'état du patient, mais contenir au minimum les médicaments essentiels appropriés tels que les analgésiques et les antidiarrhéiques et des fournitures (gants, savon et désinfectant).

Le kit doit inclure les informations élémentaires concernant les soins, rédigées dans la langue locale, et s'accompagner de schémas et de dessins. Les travailleurs de la santé communautaires doivent régulièrement réapprovisionner les kits à partir des approvisionnements présents aux dispensaires et aux centres de santé.

## Bonnes pratiques de délivrance

---

Tous les systèmes de gestion pharmaceutique visent à délivrer les bons médicaments aux patients. Les démarches du cycle de gestion pharmaceutique, à savoir la sélection, l'obtention et la délivrance, sont essentielles à l'utilisation rationnelle des médicaments.

Un élément vital de l'utilisation rationnelle est la délivrance correcte des médicaments, notamment la fourniture d'informations appropriées aux patients quant à leur médicament. La délivrance correcte est donc un élément fondamental des travaux quotidiens des centres de soins de santé primaires et des hôpitaux de district.

Les bonnes pratiques de délivrance permettent d'assurer qu'une forme efficace du bon médicament est livrée au bon patient, dans les doses et les quantités prescrites, et que le médicament s'accompagne de consignes explicites, dans un emballage qui conserve l'activité du médicament. Sont comprises dans la délivrance toute les activités qui se produisent entre la présentation de l'ordonnance et sa remise au patient.

La bonne pratique s'appuie sur un milieu de travail sécuritaire, propre et organisé. La délivrance doit être effectuée avec précision, de manière ordonnée dans la pratique rigoureuse de procédures efficaces. L'[annexe G](#) de ce chapitre présente un guide détaillé des principes et des procédures de délivrance.

## Prescription et utilisation logiques des médicaments

---

Le but des bonnes pratiques de gestion pharmaceutique consiste à disposer des médicaments exacts qui ont été prescrits et qui sont utilisés par les patients. Selon l'OMS, « l'utilisation rationnelle des médicaments exige que les patients reçoivent les médicaments appropriés à leurs besoins cliniques, en doses qui correspondent à leurs propres exigences, pendant une période adéquate et au coût le plus avantageux pour eux-mêmes et leur communauté » (OMS 1987).

De nombreux facteurs influencent l'utilisation rationnelle, et il est essentiel de formuler une politique générale sur l'utilisation rationnelle des médicaments et des procédures détaillées afin d'aborder chacune des zones d'éléments. Toutefois, les critères suivants sont au cœur de toute politique sur la prescription et l'utilisation rationnelles :

- le bon médicament ;
- des indications appropriées : la raison de la prescription s'appuie sur de sérieuses considérations médicales ;
- un médicament approprié, en prenant en considération l'efficacité, la sécurité, le caractère adéquat pour le patient, et le coût ;
- un dosage, une administration et une durée du traitement appropriés ;
- le patient approprié : il n'est indiqué aucune contraindication et la probabilité d'effets indésirables du médicament est minimale ;
- la délivrance exacte comprend des informations adéquates pour le patient et qui concernent les médicaments prescrits ;
- l'observance du traitement par le patient.

Pour obtenir plus d'informations sur la prescription et l'utilisation rationnelles, veuillez consulter la section sur les Ressources humaines de [MDS-3 : Managing access to medicines and health technologies](#) (MSH 2012).

## Considérations sur les articles périmés, endommagés ou obsolètes

---

Les marchandises périmées ne doivent pas être acceptées et doivent être immédiatement renvoyées. Le centre de santé ne doit pas utiliser ses ressources pour régler ces articles.

Cependant, il est parfois impossible de ne pas avoir des articles périmés. Par exemple, des articles peuvent être gardés en réserve pour les urgences et représenter des articles vitaux qui ne sont pas utilisés régulièrement, ou ils étaient en excédent et n'ont pas été redistribués à d'autres centres de santé. Retirez immédiatement de la zone de stockage tout article périmé, endommagé ou obsolète dans un conteneur clairement étiqueté ou une boîte portant une étiquette recommandant à toute autre personne de ne pas utiliser son contenu. Indiquez que les articles sont destinés à être détruits. Cette boîte doit être stockée dans une pièce séparée, à distance de tout stock régulier.

Dans la mesure du possible, cette boîte sera renvoyée au fournisseur (dépôt pharmaceutique ou hôpital). Sinon, les articles seront détruits au centre.

Méthodes d'élimination présentées dans la prochaine section. Quelle que soit la méthode utilisée, l'élimination de déchets pharmaceutiques ne doit pas être entreprise par une seule personne mais plutôt par une équipe encadrée. Celle-ci doit assister à l'élimination effective du produit, à savoir, sa mise en incinérateur ou son transport et son déchargement sur un site de rejet.

La procédure doit être consignée sur un registre prévu à cet effet, et répertorier les informations suivantes :

- la date, l'heure et le lieu de l'élimination
- la méthode d'élimination
- la liste des articles éliminés et les raisons de leur élimination
- la valeur estimée des articles éliminés
- la composition de l'équipe
- le nom et la signature des membres de l'équipe et d'un témoin

### MÉTHODES D'ÉLIMINATION

Les directives énoncées ci-après émanent d'un document de l'OMS, « [Directives en vue de l'élimination en toute sécurité de produits pharmaceutiques non désirés utilisés dans les urgences et suite à celles-ci](#) ».

D'une manière générale, les produits pharmaceutiques périmés ne présentent pas de réelles menaces pour la santé publique ou l'environnement. L'élimination inappropriée peut s'avérer dangereuse si elle provoque la contamination de l'alimentation en eau ou des ressources locales utilisées par les communautés locales ou les animaux sauvages. Les médicaments périmés peuvent tomber dans les mains de pilliers de poubelles ou d'enfants si la décharge n'est pas sécurisée. La plupart des produits pharmaceutiques périmés perdent leur efficacité et certains peuvent même entraîner des effets indésirables.

Il existe un certain nombre de méthodes d'élimination des produits pharmaceutiques. Cette section examinera les méthodes qui devraient (ou ne devraient pas) être utilisées au niveau des centres. Les méthodes utilisées dépendent de la nature des médicaments et de leur forme pharmaceutique, et sont résumées dans le tableau de l'[annexe E](#) de ce chapitre.

**Décharge ouverte, non contrôlée et empirique.** Une décharge empirique est probablement la méthode la plus courante d'élimination terrestre de déchets. L'élimination terrestre non traitée dans une décharge ouverte, non contrôlée et empirique ne protège pas

l'environnement local et ne doit pas être utilisée, à moins que les produits soient immobilisés, contenus dans du ciment par exemple.

S'il est impossible d'immobiliser les déchets de produits pharmaceutiques, une décharge empirique devrait être utilisée en tout dernier ressort. Les déchets non traités doivent être rapidement couverts avec une grande quantité de déchets urbains pour les rendre inaccessibles aux pilleurs de poubelles. Leur élimination dans des décharges ouvertes, non contrôlées, sans isolation de l'aquifère ou d'autres cours d'eau peut être source de pollution et, dans le pire des cas, peut contaminer l'eau potable de consommation.

**Lieu d'enfouissement technique.** Ce lieu d'enfouissement comporte certaines caractéristiques de protection contre la dispersion de produits chimiques dans l'aquifère. Le dépôt direct de produits pharmaceutiques dans un lieu d'enfouissement technique est l'option de second choix.

**Immobilisation des déchets par encapsulation.** La meilleure solution est l'élimination des produits pharmaceutiques encapsulés dans une décharge technique. L'encapsulation comprend l'immobilisation des produits pharmaceutiques dans un bloc solide à l'intérieur d'un bidon en plastique ou en acier. Préalablement à leur utilisation, les bidons doivent être nettoyés et ne pas avoir contenu de produits dangereux. Ils sont remplis à une capacité de 75 % de produits pharmaceutiques solides ou semi solides, et le reste de l'espace est comblé à l'aide de ciment, de mortier bâtard ou d'un mélange hydrocarboné, tel que du goudron. Les bidons scellés doivent être placés à la base de la décharge et couverts par des déchets urbains récents.

**Égout.** Certains produits pharmaceutiques liquides, tels que les sirops et les solutions intraveineuses, peuvent être dilués dans de l'eau et vidés en petites quantités pendant une certaine période sans graves effets environnementaux ou sur la santé publique. Les cours d'eau à fort courant peuvent également être utilisés pour recevoir de petites quantités de produits pharmaceutiques ou d'antiseptiques liquides bien dilués. En cas de doute, veuillez consulter votre responsable de la santé environnementale.

**Élimination par combustion en conteneurs découverts.** Vous ne devez pas détruire les produits pharmaceutiques en les brûlant à basses températures dans des conteneurs découverts car des polluants toxiques peuvent se libérer dans l'air. Les emballages de papier et de carton peuvent être brûlés. Le plastique polychlorure de vinyle (PVC) ne doit cependant pas être brûlé. Quoique l'élimination par combustion de déchets pharmaceutiques ne soit pas préconisée comme méthode d'élimination, nous reconnaissons qu'elle est parfois utilisée. Nous recommandons fortement de limiter ce mode de disposition de déchets pharmaceutiques à de très petites quantités (inférieures à 5 kg).

**Incinération.** Les déchets pharmaceutiques peuvent être détruits dans des incinérateurs à hautes températures. Il est exigé une température minimale de 850°C. Les incinérateurs d'hôpitaux peuvent être utilisés à cet effet s'ils remplissent les exigences en matière de température.

**Élimination par des spécialistes.** Les préoccupations environnementales et l'application de réglementations plus strictes nécessitent l'intervention d'éliminateurs spécialisés, tout particulièrement lorsque d'importantes quantités de médicaments doivent être détruites. Typiquement, ces éliminateurs utilisent des techniques de recyclage pour le matériel de conditionnement et une incinération à haute température totalement oxydante avec rejets gazeux contrôlés et surveillés, suivie par une encapsulation des cendres et leur déchargement sur sites. Les coûts sont donc élevés mais l'un des éléments de la gestion des médicaments consiste à prendre des dispositions appropriées en matière de coûts pour la destruction des médicaments périmés et endommagés.

L'[annexe E](#) de ce chapitre identifie les méthodes d'élimination appropriées pour diverses catégories de produits pharmaceutiques. Vous pouvez consulter des informations détaillées dans les [Directives en vue de l'élimination en toute sécurité de produits pharmaceutiques non désirés utilisés dans les urgences et suite à celles-ci de l'OMS \(1999\)](#).

## Formation et amélioration des résultats du personnel chargé de l'approvisionnement

---

La gestion efficace des produits pharmaceutiques est fonction des personnes chargées de cette mission ainsi que de leurs leaders et managers. Les membres du personnel qui manipulent les médicaments et les produits de santé des entrepôts médicaux de district, des centres de santé publics et des ONG doivent recevoir une formation sur les compétences et les connaissances fondamentales sur les sujets suivants :

- mise en place d'un entrepôt et de bonnes pratiques de stockage
- gestion des stocks et utilisation de fiches de contrôle des stocks, y compris les demandes, les registres de stock et les ordonnances
- réception et sortie de stocks
- bonne pratique de délivrance
- traitement du stock périmé et endommagé
- procédures de chaîne du froid, y compris l'utilisation et l'entretien des réfrigérateurs
- contrôle de la sécurité et du vol
- contrôle des insectes et animaux nuisibles

Il n'existe aucun cours normalisé parfaitement adapté à tous les pays et tous les milieux, puisque la livraison et la délivrance de médicaments et de produits de santé sont gérées de diverses façons par différents pays. Certaines des procédures décrites dans ce chapitre peuvent différer des pratiques en vigueur dans votre pays et certaines tâches décrites peuvent ne pas s'appliquer à votre environnement. Veuillez consulter à cet effet les autorités nationales et locales afin qu'elles vous aident à développer un programme de formation adapté à votre situation.

Pour développer un programme de formation répondant aux exigences locales, veuillez faire une rapide évaluation des besoins de formation en procédant aux tâches suivantes :

- examen des résultats d'évaluations précédentes et/ou soumission d'une nouvelle évaluation ;
- observation du personnel dans l'exercice de ses tâches habituelles ;
- discussions avec le personnel et d'autres intervenants ;
- examen des activités se rapportant aux procédures d'exploitation standardisées ;
- étude des rapports courants et des examens de rendement ainsi que des descriptifs de postes.

Vous pouvez alors concevoir un programme de formation visant à l'amélioration des résultats quant à une tâche ou un ensemble de tâches défini, compte tenu des demandes de procédures normalisées, du niveau d'éducation du personnel et du temps et des ressources disponibles pour la formation. En ce qui concerne la formation aux centres de santé et au niveau du district, les options telles qu'une formation intégrée au travail ou des cours de courte durée seraient particulièrement adaptées. Certains membres du personnel, tels que les pharmaciens, pourraient bénéficier de formation à plus long terme en milieu universitaire, compte tenu des circonstances locales et des besoins spécifiques des personnes concernées. Toutefois, ces mesures ne peuvent généralement pas se justifier pour le personnel des centres de santé et de district.

### ENCADRÉ 13. Programmes et ressources de formation

**Formation sur la gestion des approvisionnements pour les centres de soins de santé primaires.** Le [Handbook of supply management at first level health care facilities](#) décrit toutes les principales tâches de gestion des approvisionnements et des médicaments aux centres de soins de santé de premier niveau et constitue une ressource utile pour le développement de programmes de formation.

**Formation sur la gestion pharmaceutique.** MDS-3 au chapitre 52 présente en détail la conception et la gestion de programmes de formation pour le personnel des systèmes d'approvisionnement. Une série de formation connexe est aussi disponible auprès de Management Sciences for Health, destinée à être utilisée dans le cadre de [Managing drugs and supplies](#).

**Formation sur la logistique.** Le [Logistics Workbook – A companion to the Logistics Handbook](#) « carnet de travail » du Projet DELIVER de l'USAID contient un ensemble d'exercices d'apprentissage à distance que vous pouvez entreprendre à votre rythme et utiliser comme méthode d'auto-développement.

Le carnet de travail doit être utilisé conjointement avec [The Logistics Handbook: a practical guide for the supply chain management of health commodities](#).

Lors de la formation du personnel subalterne, celui-ci peut avoir une compréhension trop limitée de la langue nationale officielle pour pleinement bénéficier d'un cours enseigné seulement dans cette langue. Pour surmonter cette difficulté au Sénégal, où de nombreux magasiniers du centre de santé ne parlaient que leur langue locale, le Projet Deliver a conçu une série d'aides visuelles tenant compte des différences culturelles dans le cadre de la formation à l'approvisionnement. Les concepts essentiels de logistiques, tels que la consommation moyenne mensuelle et les mois de stock disponibles, ont été dépeints à l'aide de calebasses pour représenter les quantités et de croissants de lune pour représenter le temps. Outre le fait d'inculquer des concepts avancés de logistique à des magasiniers ayant des connaissances rudimentaires de français, cette documentation a aussi amélioré la supervision car les tâches des magasiniers sont devenues plus évidentes.

Appliquez, de toute façon, les pratiques de leadership par l'**examen minutieux** et la concentration : évaluez vos options par rapport aux besoins opérationnels immédiats d'un système d'approvisionnement de médicaments. Vous pourrez alors **planifier, organiser, mettre en œuvre** et **évaluer** la formation, en veillant à ce que la participation du personnel à des cours de formation ne compromette pas la gestion des centres de santé et des entrepôts médicaux. L'[encadré 13](#) résume certains programmes de formation et ressources.

L'amélioration des résultats va au-delà d'une formation initiale en incluant la formation intégrée au travail, la résolution de problèmes par l'équipe et une supervision solidaire. En tant que manager, vous devriez présenter à votre personnel les procédures de gestion standardisée pour les médicaments et offrir, par exemple durant les réunions régulières, la possibilité de formation continue sur des domaines spécifiques. Dans la mesure du possible, tout le personnel du centre devrait faire une rotation à l'entrepôt de la pharmacie et au dispensaire pour se familiariser avec ces procédures afin que les approvisionnements soient correctement gérés.

La liste de contrôle des conditions physiques figurant en [annexe A](#) de ce chapitre peut servir de point de départ à la formation et à l'adoption par toute l'équipe d'une méthode d'application des améliorations.

Assurez le suivi auprès des travailleurs de la santé qui ont été formés en effectuant des visites de supervision structurées veillant à la mise en œuvre adéquate des techniques de bonne gestion des produits pharmaceutiques. Ces visites sont l'occasion pour les

travailleurs de la santé de bénéficier d'un soutien à l'amélioration continue de la gestion des approvisionnements.

## Supervision de la gestion des approvisionnements

Cette section s'adresse au responsable de la supervision du personnel chargé de gérer les médicaments essentiels et les produits de santé. Le personnel de logistique peut aussi utiliser cette section pour évaluer de manière informelle son système de logistique.

Le [Pocket Guide to Managing Contraceptive Supplies](#) est une source utile. Le Module 6 de *Gérer les médicaments pour traiter la tuberculose au niveau primaire* contient également une orientation utile sur la supervision et l'autocontrôle au niveau de soins de santé primaires. Les indicateurs suggérés sont axés sur la gestion des médicaments de traitement de la tuberculose, cependant la plupart d'entre eux peuvent être facilement adaptés à la gestion générale de médicaments.

### PRINCIPES DE SUPERVISION

Une bonne supervision est essentielle à un système d'approvisionnement bien organisé. La première tâche du responsable est de guider et soutenir le personnel dans la réalisation de sa mission. Le responsable doit veiller à ce que le personnel dispose des connaissances, des compétences, de la motivation et du soutien nécessaires à l'accomplissement de ses activités de gestion des approvisionnements, tels qu'une formation intégrée au travail et des commentaires constructifs pour améliorer les compétences d'un employé. Il est tout aussi important pour le responsable de commenter sur des tâches correctement gérées que d'aider à résoudre les problèmes.

Les tâches du responsable consistent à :

- Louer et renforcer le bon travail ;
- Soutenir les employés en les aidant à obtenir ce dont ils ont besoin pour bien travailler ;
- Travailler avec le personnel à la résolution de problèmes ;
- Identifier les besoins en matière de formation du personnel ;
- Former le personnel aux compétences nécessaires ou organiser sa formation ;
- Assurer le suivi quant aux problèmes et aux demandes ;
- Motiver le personnel et lui rappeler les principes et les objectifs du système d'approvisionnements en matière de produits de santé ;
- Veiller à ce que les directives et les procédures d'approvisionnement établies soient connues et suivies.

La supervision offre des occasions d'utiliser les pratiques de leadership décrites dans le Chapitre 2 de ce manuel. Par exemple, **examinez** soigneusement les points forts et les domaines à améliorer ; **concentrez**-vous sur les problèmes aux priorités les plus élevées ; **mobilisez** le personnel sur le traitement des problèmes ; **inspirez** le personnel afin que le système fonctionne de manière efficace et que les clients reçoivent les médicaments dont ils ont besoin. Veuillez consulter le Chapitre 6 de ce manuel pour obtenir plus de détails sur la gestion des résultats.

### RÉALISATION D'UNE VISITE DE SUPERVISION

Lorsqu'un responsable visite un entrepôt médical ou un centre de santé au niveau du district, il doit examiner les fonctions d'approvisionnement fondamentales de la gestion du stock et de

stockage. Le responsable peut utiliser l'ensemble ou une partie des questions figurant sur la liste de contrôle (ci-dessous) de la gestion des stocks et de la gestion de l'entrepôt pour vérifier si le système d'approvisionnement fonctionne correctement. Toute question ayant produit une réponse négative indique un problème à traiter.

## LISTE DE CONTRÔLE DE GESTION DES STOCKS

Examiner un échantillon des registres et procéder à des entrevues informelles et des observations pour répondre aux questions suivantes.

### Tenue de registres

- Les registres de stocks sont-ils actualisés ? Vérifiez les fiches de stock pour constater la date de leur dernière utilisation.
- Les registres de stock sont-ils exacts ? Correspondent-ils à ce qui se trouve sur les étagères ?
- Les calculs sont-ils exacts ?
- Des registres complets sont-ils tenus sur les quantités de médicaments et de fournitures délivrés aux patients ?
- Les quantités calculées sur les fiches de stock concordent-elles généralement avec les quantités de l'inventaire physique ?

### Niveaux de stock

- Les niveaux de stock minimaux et/ou maximaux sont-ils calculés pour chaque article ?
- La consommation moyenne mensuelle a-t-elle été calculée récemment et avec précision ?
- L'entrepôt a-t-il réussi à éviter les ruptures de stock ?

### Assurance qualité

- Un système a-t-il été mis en place pour effectuer des vérifications de la qualité et s'assurer que tous les médicaments sont utilisables par les patients (à savoir, ni expirés ni endommagés) ?
- Les médicaments et les fournitures sont-ils soumis à un contrôle de qualité dès leur arrivée et avant leur délivrance aux patients ?
- Tous les problèmes signalés sont-ils consignés par écrit ?
- Tous les problèmes consignés par écrit sont-ils signalés ?

### Inventaire physique

- Un inventaire physique est-il réalisé au moins une fois par an ? (Plus fréquemment dans un petit centre, par exemple tous les mois ou les deux mois).

### Commande

- Si le centre commande ses approvisionnements, les commandes sont-elles placées à temps pour maintenir le stock aux niveaux convenus ?
- Les quantités des commandes sont-elles calculées correctement ?
- Une analyse ABC et/ou VEN a-t-elle été réalisée ?

### Tenue de rapports

- Tous les rapports sont-ils soumis de manière ponctuelle ?
- Manque-t-il certains rapports des six derniers mois ?
- Les rapports sont-ils remplis correctement ?

- Les informations figurant sur les rapports sont-elles exactes ?

### Élimination

- Une étude annuelle a-t-elle été effectuée sur les médicaments et fournitures périmés ou endommagés, ou des inventaires physiques de produits non utilisables sont-ils mis de côté ?
- Les produits endommagés ou périmés sont-ils retirés et éliminés selon les directives gouvernementales ?

### Matériel

- Un manuel à jour des approvisionnements est-il tenu à la disposition du personnel ?
- Y a-t-il une réserve suffisante de formulaires appropriés pour l'enregistrement des mouvements de stock, la tenue de rapports et les commandes ?

Si l'une de ces questions a fait l'objet d'une réponse négative, la situation nécessite une correction.

## LISTE DE CONTRÔLE POUR LES CONDITIONS DE STOCKAGE

### Approvisionnements empilés de manière appropriée

- Les cartons sont-ils empilés à une hauteur ne dépassant pas 2,5 m ?
- Les piles sont-elles surélevées par rapport au sol (sur des palettes ou des étagères) ?
- Les piles sont-elles éloignées des murs ?
- Les piles sont-elles suffisamment espacées entre elles (au moins 30 cm/1 pied) ?

### Organisation

- Les marchandises les plus fréquemment utilisées sont-elles stockées dans un endroit facilement accessible ?
- Les produits non utilisables sont-ils stockés à distance des produits utilisables ?

### Prévenir l'expiration

- Les boîtes portent-elles clairement les dates de péremption ?
- Les boîtes sont-elles organisées selon la méthode FEFO ? (Les marchandises qui expireront les premières sont positionnées à l'avant ou en un lieu plus facilement accessible ?)

### Température

- La température de la zone de stockage est-elle inférieure à 35° C ?

### Ventilation

- Des ventilateurs ou un système de ventilation assurent-ils la circulation de l'air dans toute la zone de stockage par temps chaud ?

### Sécheresse

- Les sols et les murs sont-ils secs ?
- Les toits, les fenêtres et les entrées de portes ont-ils des fuites ?

### Espace de travail

- Y a-t-il suffisamment d'espace de stockage pour toutes les marchandises nécessaires ?

- La zone de stockage est-elle suffisamment vaste pour permettre la distribution, la réception et la vérification des approvisionnements ?

### Éclairage

- La lumière est-elle suffisante pour faciliter la lecture des marques d'identification et des étiquettes des produits ?
- Les médicaments sont-ils protégés des rayons directs de soleil et de la lumière fluorescente ?

### Propreté

- La zone de stockage est-elle propre, nette et exempte de poussière ?

### Ordre

- La zone de stockage médicale contient-elle seulement des médicaments et d'autres fournitures médicales ?
- Les produits inflammables et corrosifs sont-ils stockés de manière appropriée (séparés des autres produits, éloignés les uns des autres et dans une zone de stockage sécurisée) ?

### Insectes et animaux nuisibles

- Les zones de stockage sont-elles exemptes de tout signe d'insectes, d'animaux nuisibles (insectes morts ou vivants, œufs d'insectes, cartons portant des signes de morsures ou de perforations) ?

### Sécurité et sûreté

- Un système de sécurité est-il en place pour limiter l'accès à la zone de sécurité ?
- Si la zone de stockage a des portes et des fenêtres, sont-elles sécurisées ?
- Des extincteurs sont-ils facilement accessibles et en bonne condition de fonctionnement ?

### Accès

- Une personne autorisée disposant d'une clé est-elle disponible durant toutes les heures de service afin que le personnel de la clinique puisse avoir accès aux approvisionnements quand il en a besoin ?

Si l'une des questions a fait l'objet d'une réponse négative, la situation doit être corrigée.

Votre emploi, en tant que manager des approvisionnements et de responsable, consiste à :

- Rechercher les informations nécessaires pour identifier les causes d'un problème ;
- Analyser le problème ;
- Décider, en consultation avec le personnel, des actions nécessaires à entreprendre ;
- Travailler avec le personnel du centre ou de l'entrepôt pour fournir des observations sur les points forts et les faiblesses des pratiques et des conditions de stockage, et développer ensemble des solutions pour les domaines nécessitant des améliorations.

Si au cours d'une visite, vous découvrez un problème et vous tentez, conjointement avec le personnel, d'identifier une solution, cette situation doit faire l'objet d'une autre vérification

lors de votre prochaine visite afin de vous assurer que tout se passe bien ou s'il est nécessaire d'apporter plus d'assistance. Outre les questions ci-dessus, le responsable doit aussi considérer les situations suivantes :

- La demande a-t-elle récemment changé ? Consultez les tendances dans la consommation moyenne mensuelle.
- Y a-t-il eu des articles manquants ou des ruptures de stock ? Dans l'affirmative, identifiez la cause.
- Des problèmes sont-ils survenus dans l'obtention des approvisionnements, tels que des retards et l'envoi de quantités insuffisantes ?
- Quel est le taux de pertes de marchandises dans le système (dues à l'expiration, aux dommages, à la disparition, etc.) ? Ce taux constitue-t-il un problème ?
- Quelles sont les activités de gestion des approvisionnements qui ont récemment été bien gérées?

## Pratiques éprouvées

---

- Une gestion réussie des approvisionnements aux niveaux du district et du sous-district exige un cadre national car il représente typiquement jusqu'à 30 % du budget de la santé publique. Les hauts dirigeants, les leaders et managers des soins de santé de niveau national doivent démontrer qu'ils reconnaissent l'importance de la gestion efficace des approvisionnements.
- La reconnaissance de la valeur de la gestion efficace des approvisionnements doit s'accompagner d'une allocation de ressources pour la gestion des approvisionnements qui est proportionnée à l'importance du fonctionnement des services de santé.
- Des systèmes de gestion des stocks fonctionnels présentent les caractéristiques suivantes :
  - Les règles écrites de détermination des quantités de commandes sont largement comprises et acceptées.
  - Ces règles sont appliquées avec régularité.
  - Des registres de stock fondamentaux qui enregistrent les mouvements de stocks au moment où se produisent les transactions sont justes, actualisés et régulièrement maintenus.
- Des vérifications régulières de l'inventaire physique font partie intégrante des activités de gestion des approvisionnements. Dans les plus petits entrepôts, ces vérifications ont lieu tous les mois. Toutes les différences sont étudiées et rapprochées.
- L'entrepôt est sécurisé, en bonne condition, propre et bien organisé. Dans un hôpital ou un centre de santé, l'entrepôt est séparé du dispensaire.
- Les bonnes pratiques de stockage sont parfaitement suivies afin de maintenir la qualité des produits et faciliter la bonne gestion : Une bonne pratique de stockage regroupe les éléments suivants :
  - Les produits sont stockés dans leur emballage d'origine.
  - Les consignes des étiquettes relatives aux conditions de stockage sont suivies.
  - Les liquides sont placés sur les étagères inférieures ou au bas des piles.

- Les produits qui exigent un stockage froid sont stockés dans des zones appropriées thermo-commandées.
  - Les produits de haute sécurité et à coût élevé sont stockés dans des zones de sécurité appropriées.
  - Les produits endommagés ou périmés sont immédiatement séparés du stock utilisable et éliminés à l'aide des procédures formelles d'élimination.
  - Toutes les marchandises sont stockées de manière à faciliter une politique de FEFO pour la gestion des stocks.
  - Les cartons sont arrangés de manière à ce que les flèches pointent vers le haut, et les étiquettes d'identification, les dates de péremption et les dates de fabrication soient visibles.
- De bonnes pratiques de délivrance permettront d'assurer que la forme efficace du bon médicament est délivrée aux bons patients, dans la quantité et le dosage prescrits, avec des consignes explicites, et dans un emballage qui préserve l'activité du médicament. Le patient ne reçoit pas seulement le traitement prévu, mais les bonnes pratiques de délivrance diminuent aussi la probabilité de développer une résistance au médicament.

## Glossaire des termes de gestion des approvisionnements

---

**antinéoplasiques** : Produits pharmaceutiques utilisés en chimiothérapie pour contrôler ou tuer les cellules cancéreuses. Ils présentent tous des effets indésirables qui peuvent inclure la nausée, des vomissements, la perte des cheveux et la suppression de la fonction de la moelle osseuse.

**chaîne du froid** : Un système totalement intégré de maintien des produits sous une température contrôlée, exigeant des congélateurs, des réfrigérateurs, des boîtes froides et d'autres dispositifs. Il est spécialement utilisé pour les vaccins et d'autres produits exigeant une température contrôlée depuis la fabrication jusqu'à la délivrance.

**classification VEN** : un système de classement des produits pharmaceutiques par ordre de priorité et la quantité à conserver en stock selon leur importance thérapeutique. Une analyse des produits en cours d'utilisation sépare les produits pharmaceutiques en catégories vitale, essentielle ou non essentielle.

**consommation** : le taux d'émission des articles aux clients ou aux patients. Également désignée par la demande.

**consommation moyenne mensuelle** : La quantité moyenne délivrée aux patients ou clients chaque mois sur une certaine période, normalement jusqu'à 12 mois. Elle est calculée en divisant la consommation totale pour une période donnée par le nombre de mois couverts par la période de consommation, en tenant compte des périodes de rupture de stock. Cette information essentielle sert à déterminer avec précision quelle quantité commander.

**corrosif** : caractéristique d'une substance qui détruit ou endommage de manière permanente une autre substance avec laquelle elle entre en contact. Les principaux dangers aux personnes incluent les dommages aux yeux, à la peau et aux tissus sous-cutanés mais l'inhalation ou l'ingestion d'une substance corrosive peut endommager les tubes respiratoire et digestif. Toute exposition produit des brûlures chimiques.

**coût de possession** : le coût de conserver un stock en entrepôt.

**date de péremption** : la date, établie par le fabricant, figurant sur un produit pharmaceutique. Le fabricant ne peut garantir la qualité et l'efficacité du produit au-delà de cette date.

**délai d'approvisionnement** : la période de temps comprise entre le moment où le nouveau stock est commandé et celui où il est réceptionné et disponible.

**délivrer** : Préparer et délivrer à un patient un cycle de traitement compte tenu d'une ordonnance.

**encapsulation des déchets** : Traitement des déchets dangereux consistant à les placer dans un contenant qui est ensuite fermé par un couvercle.

**entrepôts centraux** : Un site national pour la réception, le stockage et la délivrance de matériel médical. Également désignés par entrepôts médicaux centraux.

**état du stock** : le nombre de semaines ou de mois pendant lesquels le stock existant durera aux taux actuel ou anticipé de consommation. Il est habituellement calculé en divisant le stock actuel par la consommation moyenne mensuelle.

**évaluation quantitative** : système de calcul des quantités commandées et des exigences budgétaires.

**fiche de casier** : Un document de tenue des stocks qui enregistre les quantités reçues, sorties et les soldes d'un produit spécifique, dans un lieu ou sur une étagère d'un entrepôt spécifique. La fiche de stock est conservée avec l'article, sur l'étagère ou la palette.

**fiche de stock** : une fiche individuelle de tenue de stock qui contient les informations sur la quantité totale de stock d'un produit.

**gaspillage** : la quantité de stock retiré pour une quelconque raison autre que la consommation par les clients (perte, expiration et dommages, par exemple). Voir aussi Pertes.

**inflammable** : caractéristique d'une substance qui brûle ou s'enflamme facilement, provoquant un feu et une combustion.

**inventaire** : la somme de tous les articles maintenus en stock.

**inventaire physique** : le procédé consistant à compter à la main le nombre total d'unités de chaque produit dans un entrepôt ou un centre de santé.

**liste des médicaments admissibles** : une liste de produits pharmaceutiques dont l'utilisation a été approuvée dans un environnement de soins de santé spécifique.

**médicaments essentiels** : Les médicaments essentiels sont ceux qui répondent aux besoins de soins de santé prioritaires de la population. Ils sont sélectionnés par rapport à la pertinence de la santé publique, de la preuve de l'efficacité et de la sécurité, et du rapport comparatif coût-efficacité. Les médicaments essentiels sont destinés à être disponibles, à tout moment, dans le contexte de systèmes de santé fonctionnels dans des quantités adéquates, des formes de dosage appropriées, une qualité assurée, accompagnés d'informations pertinentes, et à un prix qui est à la portée des personnes et de la communauté. La mise en œuvre du concept de médicaments essentiels doit être flexible et adaptable à de nombreuses situations différentes. La détermination des médicaments considérés comme essentiels est une responsabilité nationale.

**méthode ABC** : Méthode par laquelle les produits pharmaceutiques sont divisés, selon leur usage annuel, en articles de catégorie A, B et C. Les produits de catégorie A représentent habituellement 10 à 20 % des articles mais 75 à 80 % de la valeur des produits pharmaceutiques fournis. La catégorie B représente le taux intermédiaire d'utilisation, tandis que la catégorie C contient la grande majorité des produits et représente seulement 5 à 10 %

de la valeur. La méthode ABC permet d'identifier les produits en catégorie A qui devraient recevoir la priorité quant à la gestion des stocks. Elle est aussi appelée *analyse de Pareto*.

**neutralisation des déchets** : méthode de traitement des déchets dangereux contaminés par des métaux lourds afin de les neutraliser et de les rendre inertes.

**pertes** : la quantité de stock qui est retirée pour une quelconque raison autre que la consommation par les clients (expiration ou dommages, par exemple).

**premier entré, premier sorti (FIFO)** : une méthode de gestion des stocks par laquelle les premiers produits reçus sont les premiers produits sortis.

**premier expiré, premier sorti (FEFO)** : une méthode de gestion des stocks par laquelle les produits comportant la plus proche date de péremption sont les premiers produits sortis, quel que soit l'ordre dans lequel ils ont été réceptionnés.

**prévision** : fonction de gestion qui estime les quantités de produits qu'un programme délivrera aux utilisateurs pendant une période à venir spécifique.

**produits pharmaceutiques génériques** : produits commercialisés par un producteur sous des dénominations non exclusives ou des noms approuvés.

**produits pharmaceutiques immobilisés** : matériel pharmaceutique qui a été encapsulé dans une matière inerte, telle que du ciment, aux fins de son élimination.

**produits pharmaceutiques non immobilisés** : matériel pharmaceutique qui n'a pas été encapsulé dans une matière inerte, telle que du ciment, aux fins de son élimination.

**quantité de commande** : la quantité de stock à commander, via une demande ou un bon de commande, à un fournisseur ou une autre agence d'approvisionnement.

**registre de stock** : un terme générique faisant référence à tous les types de documents, notamment les fiches de casier, les fiches de stock, les grands livres de stock et les fichiers informatiques qui contiennent les informations fondamentales essentielles pour la gestion du stock. Il est utilisé pour enregistrer toutes les transactions pour un article, notamment les réceptions, les sorties, les soldes de stock et les pertes de stock.

**rupture de stock** : le fait de n'avoir aucun stock disponible à fournir à la partie requérante.

**stock** : les articles stockés dans l'entrepôt ou le centre, destinés à une future utilisation.

**stock maximal** : le niveau de stock qui ne doit pas être dépassé dans des conditions normales.

**stock de sécurité** : le stock tampon ou stock de réserve maintenu afin d'éviter les ruptures de stock causées par les retards de livraisons ou une augmentation sensible de la demande.

**système de réapprovisionnement d'avance** : une forme de contrôle de stock périodique par laquelle les stocks sont réapprovisionnés jusqu'à un niveau préétabli. Il n'est maintenu aucun registre de stock. Le seul document de contrôle de stock est une feuille pré-imprimée indiquant chaque article, sa description, l'unité de stock et le niveau à maintenir. Cette méthode est normalement utilisée dans le cadre de petits systèmes tels que des services d'hôpitaux.

**usage pharmaceutique** : le procédé du diagnostic, de l'ordonnance, de l'étiquetage, du conditionnement et de la délivrance, et de l'adhérence au traitement pharmaceutique.

## Références et ressources

- Centers for Disease Control and Prevention, and John Snow, Inc. *The Pocket Guide to Managing Contraceptive Supplies*. Arlington, VA: CDC/JSI Family Planning Logistics Management, 2000, [http://deliver.jsi.com/dlvr\\_content/resources/allpubs/guidelines/PockGuid-ManaCont.pdf](http://deliver.jsi.com/dlvr_content/resources/allpubs/guidelines/PockGuid-ManaCont.pdf) (consultés le 24 décembre 2009).
- DELIVER Project. *The Logistics Workbook—A Companion to the Logistics Handbook*. Arlington, VA: DELIVER Projet DELIVER pour l'Agences des États-Unis pour le développement international, 2000, [http://deliver.jsi.com/dlvr\\_content/resources/allpubs/guidelines/Logi-Work.pdf](http://deliver.jsi.com/dlvr_content/resources/allpubs/guidelines/Logi-Work.pdf) (consulté le 24 décembre 2009).
- Family Planning Logistics Management/John Snow, Inc. 2000. *Programs That Deliver: Logistics' Contributions to Better Health in Developing Countries*. Publié pour l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID), Arlington, VA: Family Planning Logistics Management/John Snow, Inc.
- Gray, Andy. "Using Stock Cards to Improve Drug Management." Durban, South Africa: Health Systems Trust, Initiative for Sub-District Support, 1998, <http://www.hst.org.za/uploads/files/kwiksk13.pdf> (consulté le 24 décembre 2009).
- John Snow, Inc./DELIVER. *Guidelines for Warehousing Health Commodities*. Arlington, VA: John Snow, Inc./DELIVER, pour l'Agence des États-Unis pour le développement international, 2005, [http://deliver.jsi.com/dlvr\\_content/resources/allpubs/guidelines/GuidWareHealComm.pdf](http://deliver.jsi.com/dlvr_content/resources/allpubs/guidelines/GuidWareHealComm.pdf) (consulté le 24 décembre 2009).
- John Snow, Inc./DELIVER in collaboration with the World Health Organization. *Guidelines for the Storage of Essential Medicines and Other Health Commodities*. Arlington, VA: John Snow, Inc./DELIVER, pour l'Agence des États-Unis pour le développement international, 2003, [http://www.who.int/3by5/en/storage\\_pocketguide.pdf](http://www.who.int/3by5/en/storage_pocketguide.pdf) (consulté le 24 décembre 2009).
- Management Sciences for Health. "Improving Contraceptive Supply Management." *The Family Planning Manager* (Boston) vol. 1, no. 4, 1992, [http://erc.msh.org/TheManager/English/V1\\_N4\\_En\\_Issue.pdf](http://erc.msh.org/TheManager/English/V1_N4_En_Issue.pdf) (consulté le 24 décembre 2009).
- . *IMAT: Inventory Management Assessment Tool*. Cambridge, MA: MSH, 1997. <http://erc.msh.org/toolkit/Tool.cfm?lang=1&CID=2&TID=151> (consulté le 24 décembre 2009).
- . "Managing Drug Supply for Health Institutions." Élaboré pour la province du Cap Oriental (République d'Afrique du Sud) par le biais de Equity Project, financé par l'USAID. Boston: Management Sciences for Health, 2000.
- Optimize | PATH et l'Organisation mondiale de la santé. "Landscape Analysis: Analysis of EVSM Indicators." Ferney Voltaire, France: Optimize, 2008, [http://www.who.int/immunization\\_delivery/systems\\_policy/EVSM\\_Indicators.pdf](http://www.who.int/immunization_delivery/systems_policy/EVSM_Indicators.pdf) (consulté le 24 décembre 2009). *Note*: EVSM se réfère à l'Outil d'évaluation de la Gestion efficace des entrepôts de vaccins (Effective Vaccine Stores Management assessment tool).
- . "Landscape Analysis: Cool Chain Technologies." Ferney Voltaire, France: Optimize, June 2008, [http://www.who.int/immunization\\_delivery/systems\\_policy/Cool\\_Chain\\_Technologies.pdf](http://www.who.int/immunization_delivery/systems_policy/Cool_Chain_Technologies.pdf) (consulté le 24 décembre 2009).
- . "Landscape Analysis: Analysis of VMAT Indicators." Ferney Voltaire, France: Optimize, October 2008, [http://www.who.int/immunization\\_delivery/systems\\_policy/VMAT\\_](http://www.who.int/immunization_delivery/systems_policy/VMAT_)

Indicators.pdf (consulté le 24 décembre 2009). *Note*: VMAT se réfère à l'Outil d'évaluation de gestion des vaccins (Vaccine Management Assessment Tool).

Organisation mondiale de la santé. *The Rational Use of Drugs: Report of the Conference of Experts (1985: Nairobi, Kenya)*. Genève : Organisation mondiale de la santé, 1987.

———. *Guidelines for Safe Disposal of Unwanted Pharmaceuticals in and after Emergencies*. Genève : Organisation mondiale de la santé, 1999, [http://www.who.int/water\\_sanitation\\_health/medicalwaste/unwantpharm.pdf](http://www.who.int/water_sanitation_health/medicalwaste/unwantpharm.pdf).

———. *Handbook of Supply Management at First-Level Health Care Facilities* 1st version for country adaptation. Genève : Organisation mondiale de la santé, 2006, <http://www.who.int/medicinedocs/index/assoc/s14137e/s14137e.pdf>.

———. *Procurement & Supply Management (PSM) Toolbox*. Geneva: World Health Organization, 2009, <http://www.psmtoolbox.org/en/index.php> (consulté le 24 décembre 2009). Élaboré par le Service d'accès aux médicaments et produits diagnostiques de l'OMS et ses organisations partenaires - notamment MSH—la boîte à outil « Gestion des achats et des stocks » est une ressource en ligne pour les produits de santé liés au VIH. Le site Web de cette boîte à outil met à disposition un moteur de recherche facile à utiliser, dont le contenu est régulièrement mis à jour, un forum pour le partage des expériences d'utilisation de cet outil, et des annonces hebdomadaires et des nouvelles s'y rapportant. Pour les utilisateurs qui disposent d'une connexion Internet limitée ou inexistante, une version hors ligne de la Boîte à outil GAS est disponible gratuitement sur CD-ROM. À l'heure actuelle, la plupart du contenu se focalise sur le VIH et le SIDA mais l'ajout pour la tuberculose et le paludisme est en cours de réalisation.

Organisation mondiale de la santé et Optimize. “2009–2012 Optimize Strategy.” 2009, [http://www.who.int/immunization/programmes\\_systems/supply\\_chain/optimize/Optimize\\_Strategy\\_EN.pdf?ua=1](http://www.who.int/immunization/programmes_systems/supply_chain/optimize/Optimize_Strategy_EN.pdf?ua=1) (consulté le 7 mars 2014).

———. “Optimize: Rethinking the Vaccine Supply Chain.” Genève : Organisation mondiale de la santé, 2009, [http://www.who.int/immunization/programmes\\_systems/supply\\_chain/resources/tools/en/](http://www.who.int/immunization/programmes_systems/supply_chain/resources/tools/en/) (consulté le 7 mars 2014).

Rational Pharmaceutical Management Plus. *Managing TB Medicines at the Primary Level*. Soumis à l'Agence des États-Unis pour le développement international par le Rational Pharmaceutical Management Plus Program, Arlington, VA: Management Sciences for Health, 2007, [http://erc.msh.org/toolkit/toolkitfiles/file/TB-Primary-Level-Guide-April-2008\\_final-English.pdf](http://erc.msh.org/toolkit/toolkitfiles/file/TB-Primary-Level-Guide-April-2008_final-English.pdf) (English version); [http://pdf.usaid.gov/pdf\\_docs/PNADN078.pdf](http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PNADN078.pdf) (French version) (consultés le 14 mars 2014).

USAID | DELIVER Project, Task Order 1. *The Logistics Handbook: A Practical Guide for Supply Chain Managers in Family Planning and Health Programs*. Arlington, VA: USAID | DELIVER Project, 2011, [http://deliver.jsi.com/dlvr\\_content/resources/allpubs/guidelines/LogiHand.pdf](http://deliver.jsi.com/dlvr_content/resources/allpubs/guidelines/LogiHand.pdf) (consulté le 24 décembre 2009).

## Annexes

---

- Annexe A.** Liste de contrôle des conditions physiques
- Annexe B.** Liste de contrôle des conditions de stockage
- Annexe C.** Liste de contrôle de réception des approvisionnements
- Annexe D.** Listes de contrôle du maintien de bonnes conditions de stockage
- Annexe E.** Gestion des différents types de déchets
- Annexe F.** Listes de contrôle et liens pour la section du contrôle de stock et de la gestion de l'inventaire
- Annexe G.** Liste de contrôle des bonnes pratiques de délivrance

## ANNEXE A. Liste de contrôle des conditions physiques

---

Comment votre entrepôt se mesure-t-il avec un entrepôt bien géré ? Répondez OUI ou NON aux questions suivantes. Répondre NON indique un domaine qui exige des améliorations.

1. L'entrepôt est séparé du dispensaire ; les médicaments ne sont pas délivrés aux patients à partir de l'entrepôt.
2. L'entrepôt est suffisamment vaste pour contenir tous les approvisionnements.
3. La porte menant à l'entrepôt comporte deux serrures ; chaque serrure a une clé séparée.
4. L'entrepôt est maintenu fermé à clé quand il n'est pas utilisé.
5. La structure de l'entrepôt est en bonne condition ; aucun signe de fissure, trou ou signe de dégât des eaux.
6. L'entrepôt a un plafond qui est en bon état.
7. L'air circule librement dans l'entrepôt ; les ventilateurs et les grilles sont en bon état.
8. Les fenêtres sont peintes en blanc ou munies de rideaux ; les fenêtres sont sécurisées et ont des grilles.
9. L'entrepôt est exempt d'insectes et d'animaux nuisibles et ne porte aucun signe d'infestation.
10. L'entrepôt est propre ; les étagères sont époussetées, les sols balayés et les murs propres.
11. Les approvisionnements sont soigneusement stockés sur des étagères ou dans des boîtes.
12. Les étagères et les boîtes sont surélevées par rapport au sol sur des palettes ou sur des planches et des briques.
13. Le réfrigérateur est en bon état ; il ne contient pas de produits alimentaires appartenant au personnel.

## ANNEXE B. Liste de contrôle des procédures de stockage

---

Quel est le degré d'organisation dans votre entrepôt ? Répondez OUI ou NON aux questions suivantes. Répondre NON indique un domaine qui nécessite des améliorations.

1. Les approvisionnements sont stockés sur des étagères, par groupes : externes, internes et injectables.
2. Les comprimés, les gélules et autres médicaments secs (tels que des paquets de sels pour réhydratation orale) sont stockés dans des récipients étanches à l'air sur les étagères supérieures.
3. Les liquides, les pommades et les injectables sont stockés sur les étagères intermédiaires.
4. Les approvisionnements, tels que les articles chirurgicaux, les préservatifs et les étiquettes sont stockés sur les étagères inférieures.
5. Les articles de la chaîne du froid sont stockés dans le réfrigérateur.
6. Les substances contrôlées sont conservées séparément dans un espace de stockage à double serrure.
7. Les approvisionnements sont arrangés sur les étagères par ordre alphabétique sous leur nom générique.
8. Les articles sont groupés en quantités qui sont faciles à compter.
9. L'entrepôt ne contient aucun article périmé.
10. Les articles qui portent des dates de péremption les plus proches sont placés à l'avant de ceux dont les dates de péremption sont plus distantes.
11. Pour les articles ayant la même date de péremption, les derniers articles réceptionnés sont placés à l'arrière de ceux qui sont déjà présents sur les étagères.
12. Les approvisionnements ne portant aucune date de péremption ou de date de fabrication sont stockés dans l'ordre où ils sont réceptionnés (FIFO).
13. Les approvisionnements ne portant pas de date de péremption mais une date de fabrication sont placés de manière à ce que ceux qui ont une date plus distante soient à l'arrière de ceux qui ont une date plus proche.
14. Aucun article de mauvaise qualité ne figure sur les étagères, tel que des médicaments périmés ou des bouteilles cassées.
15. Les étagères ne contiennent aucun article en surstock ou article qui n'est plus utilisé.
16. Le retrait d'articles est consigné sur un registre ; le registre comprend la date, l'heure, le témoin et le mode de retrait.

## ANNEXE C. Liste de contrôle de réception des approvisionnements

---

Comment les approvisionnements sont-ils réceptionnés dans votre entrepôt ? Répondez OUI ou NON aux questions suivantes. Répondre NON indique un domaine qui nécessite des améliorations.

1. Un travailleur de la santé réceptionne en personne les livraisons.
2. Le travailleur de la santé vérifie l'extérieur des boîtes pour déceler tout signe de dommage au moment de la livraison.
3. Le travailleur de la santé garde un registre écrit des livraisons.
4. La personne chargée de la livraison signe le formulaire avant de quitter le centre de soins de santé.
5. Le travailleur de la santé contrôle les approvisionnements reçus par rapport aux articles énoncés sur le formulaire de demande de la livraison.
6. Le travailleur de la santé vérifie les dates de péremption de tous les articles.
7. Le travailleur de la santé vérifie les articles pour détecter tout article de mauvaise qualité, tel que :
  - des articles réfrigérés mal conditionnés ;
  - des médicaments et des vaccins décolorés ;
  - des récipients cassés et des approvisionnements abimés par des fuites ;
  - des articles non encapsulés et non étiquetés.
8. S'il détecte une détérioration, le travailleur de la santé recherche la présence des éléments suivants :
  - odeurs inhabituelles de comprimés et de gélules ;
  - comprimés ou gélules abimés ;
  - injectables portant de petites particules qui reflètent la lumière.
9. Le travailleur de la santé n'accepte pas les articles périmés ou de mauvaise qualité.
10. Le travailleur de la santé consigne par écrit toute divergence.
11. Le travailleur de la santé stocke les approvisionnements ; le mouvement de chaque article est enregistré sur sa fiche de stock.

## ANNEXE D. Listes de contrôle du maintien de bonnes conditions de stockage

---

Pour maintenir de bonnes conditions de stockage, il est recommandé d'effectuer les démarches suivantes :

- Inspectez régulièrement la structure physique de l'entrepôt.
- Réparez tout dégât ayant affecté le toit, les murs, les portes, les fenêtres et le sol.
- Dans la mesure du possible, contrôlez la température à l'intérieur de l'entrepôt. Installez, si possible, un ventilateur de plafond.
- Assurez une bonne ventilation qui permet à l'air chaud de s'échapper. Installez des ouvertures d'aération dans les murs et au plafond.
- Sachez que des réfrigérateurs présents dans la même pièce génèrent de la chaleur et augmentent la température de la pièce. Si vous avez un ventilateur, utilisez-le. Maintenez les réfrigérateurs en bon état de marche. Si votre entrepôt est de petite taille et les réfrigérateurs augmentent la température, placez-les dans un autre emplacement et équipez les portes de cadenas de sécurité.
- Contrôlez la lumière dans l'entrepôt. Si des fenêtres laissent passer la lumière, bloquez la lumière directe. Vous pouvez peindre les fenêtres en blanc ou poser des rideaux.
- Prévenez les dommages causés par les eaux et contrôlez l'humidité. Assurez-vous d'un bon écoulement des eaux. Des conduites d'écoulement doivent être présentes autour de votre entrepôt. Le toit doit être muni de chéneaux. Réparez les fuites dès qu'elles se produisent afin de réduire l'humidité et les dégâts causés par les eaux.
- Les récipients de comprimés et de gélules peuvent contenir dans l'emballage un sachet d'agent déshydrateur (cristaux de séchage non comestibles). Le sachet d'agent déshydrateur maintient la sécheresse du récipient. N'ouvrez pas le sachet et conservez-le dans le récipient. Maintenez le récipient fermé, à l'exception des besoins afférents à la délivrance du médicament.
- Assurez-vous que l'entrepôt est exempt d'insectes et d'animaux nuisibles tels que des rats, des cafards, des fourmis et des guêpes. Tout déversement peut attirer des insectes et des animaux nuisibles. Nettoyez immédiatement tout déversement et retirez les récipients cassés. Posez des moustiquaires aux fenêtres pour empêcher l'entrée d'insectes.
- Nettoyez l'entrepôt et gardez-le en bon état de propreté. Nettoyez immédiatement les déversements et les fuites. Minimiser la présence de poussière car elle peut contaminer les approvisionnements et gêner la lecture des étiquettes. Passez les sols à la serpillère, époussetez les étagères et essuyez les murs régulièrement.
- Stockez les approvisionnements sur des étagères. Si votre entrepôt ne dispose pas d'étagères, installez des étagères temporaires. Utilisez des boîtes, empilez des briques et des planches ou des palettes. Ne posez pas les boîtes directement sur le sol qui pourrait être humide. L'humidité peut faire pourrir le carton ou le bois.
- Les boîtes et les planches doivent être considérées comme une mesure temporaire en attendant de vous munir d'étagères appropriées. L'air doit circuler autour des boîtes qui doivent être stockées à une distance suffisante des murs et du sol.

### LISTE DE CONTRÔLE POUR LA PRÉVENTION CONTRE LES INSECTES ET LES ANIMAUX NUISIBLES

#### À l'intérieur du centre de stockage

- Prévoyez des toilettes appropriées pour le personnel.

- Mettez en place une zone réservée aux repas, de préférence hors de l'entrepôt principal ; si elle doit se trouver dans l'entrepôt, veillez à appliquer une propreté rigoureuse.
- N'autorisez pas la consommation d'aliments hors de la zone désignée à cet effet.
- Ne stockez pas ou ne laissez pas de nourriture dans le centre de stockage.
- Concevez ou modifiez l'entrepôt de façon à faciliter le nettoyage et éviter l'humidité.
- Maintenez un environnement propre pour prévenir toute condition qui pourrait attirer des insectes ou des animaux nuisibles. Par exemple, les déchets sont contenus dans des bennes couvertes. Nettoyez régulièrement les sols et les étagères.
- Maintenez l'intérieur du bâtiment aussi sec que possible.
- Le bois doit être peint ou vernis, le cas échéant.
- Utilisez des palettes et des étagères.
- Empêchez l'entrée d'insectes et d'animaux nuisibles dans le centre.
- Inspectez régulièrement le centre de stockage pour détecter toute présence d'insectes ou d'animaux nuisibles ; si vous concluez à une telle présence, effectuez des opérations rigoureuses d'éradication.
- Les cartons peuvent aussi être emballés par rétraction afin d'éviter tout dommage causé par des insectes ou des animaux nuisibles.

#### Hors du centre de stockage

- Inspectez régulièrement et nettoyez les alentours du centre de stockage, tout particulièrement la zone de stockage des déchets. Vérifier pour détecter la présence de terriers de rongeurs et assurez-vous que les poubelles et autres déchets sont maintenus dans des bennes couvertes.
- Vérifiez afin de détecter tout éventuel déversement ou flaque d'eau stagnante aux alentours du site et éliminez toute présence de seaux, vieux pneus ou autres articles remplis d'eau.
- Traitez, si nécessaire, les montures en bois à l'aide de mastic d'étanchéité.
- Dans la mesure du possible, utilisez des lampes à vapeur de mercure et positionnez l'éclairage à distance du bâtiment pour minimiser l'attraction d'insectes et d'animaux nuisibles.

### LISTE DE CONTRÔLE POUR PRÉVENIR LE VOL

#### Durant le transport

- Vérifiez les documents.
- Assurez-vous que des scellés d'emballage ont été utilisés.
- Utilisez des cartons et autres conteneurs solides.
- Fournissez des véhicules fiables et bien entretenus.
- Assurez-vous que les chauffeurs sont dignes de confiance.
- Accélérez les dédouanements aux aéroports, aux ports maritimes ainsi qu'aux frontières terrestres.

#### Au centre de stockage

- Limitez l'accès aux personnes affectées.
- Limitez le nombre de clés d'entrée au centre ; conservez une liste des personnes qui ont reçu une clé.
- Sécurisez toutes les serrures et les portes.
- Effectuez des vérifications ponctuelles inopinées.

- Faites procéder à une vérification quantitative du stock ou à un contrôle de stock, par une personne indépendante.

#### Dans les centres de santé

- Fermez à clé l'entrepôt ou les placards.
- Maintenez des cartes de contrôle de stock pour chaque produit.
- Établissez des quantités maximales de délivrance.
- Faites enregistrer par les préparateurs les ordonnances individuelles et maintenez des registres d'ordonnance ou de délivrance.
- Limitez la délivrance aux membres du personnel compétents.

#### Surveillez les produits sélectionnés

À titre de protection supplémentaire contre le vol, surveillez les articles à forte rotation, habituellement difficiles à obtenir, à forte demande par les clients, coûteux, d'importance vitale et faciles à dissimuler ou à masquer.

### LISTE DE CONTRÔLE DES TÂCHES COURANTES DE GESTION DE STOCKAGE

#### Chaque jour/semaine

- Surveillez les conditions de stockage.
- Nettoyez les zones de réception, de stockage, de conditionnement et d'expédition.
- Balayez ou frottez à la brosse tous les sols.
- Enlevez les poubelles.
- Nettoyez les conteneurs, les étagères et les placards, selon les besoins.
- Assurez-vous que les allées sont dégagées.
- Veillez à ce qu'il y ait suffisamment de ventilation et de refroidissement.
- Protégez les produits contre toute lumière directe du soleil.
- Surveillez la sécurité et la sûreté de l'entrepôt.
- Vérifiez afin de détecter toute éventuelle fuite dans le toit de l'entrepôt, particulièrement durant la saison des pluies et pendant ou après un orage.
- Contrôlez la qualité des produits (contrôle visuel des marchandises et vérification des dates de péremption).
- Assurez-vous que les produits sont correctement empilés (les cartons de la partie inférieure des piles sont-ils écrasés ?)
- Actualisez les registres de stock et maintenez les fichiers.
- Si un dénombrement périodique est effectué, menez un inventaire physique et actualisez les registres de tenue de stock.
- Surveillez les niveaux de stock, les quantités de stock et les stocks de sécurité.
- Soumettez des commandes d'urgence, si nécessaire, à l'aide des directives locales.
- Actualisez les fichiers de sauvegarde concernant les registres de contrôle de stock informatisés.
- Actualisez les fiches de casier.
- Séparez les stocks périmés et placez-les dans une zone sécurisée.

#### Chaque mois

- Effectuez un inventaire physique ou un dénombrement périodique, et actualisez les registres de tenue de stock.
- Faites fonctionner le groupe électrogène pour vérifier son bon état de fonctionnement ; vérifiez le niveau de carburant et en ajoutez, si nécessaire.

- Vérifiez pour détecter tout signe indiquant la présence de rongeurs, insectes ou fuites du toit.
- Inspectez la structure de l'entrepôt de stockage afin de détecter tout éventuel dommage, notamment les murs, les sols, les fenêtres et les portes.

#### Chaque trimestre

- Utilisez des procédures établies pour éliminer les produits périmés ou endommagés.
- Procédez à une inspection visuelle des extincteurs pour vous assurez qu'ils sont prêts à être utilisés et que leur pression est adéquate.

#### Chaque semestre

- Effectuez les exercices pratiques en cas d'incendie et examinez les procédures de sécurité contre l'incendie.
- Inspectez les arbres à proximité de l'entrepôt médical et coupez ou élaguez les arbres selon les besoins.

#### Chaque année

- Assurez l'entretien des extincteurs et des détecteurs de fumée.
- Effectuez un inventaire physique complet et actualisez les registres de tenue de stock.

## EXTINCTEURS

Le tableau ci-après présente un résumé des quatre différents types d'extincteurs.

Type d'extincteur	Description et utilisation
À poudre chimique	Contient un agent d'extinction tel que le bicarbonate de potassium (similaire au bicarbonate de sodium) et utilise un gaz comprimé comme propulseur. Il est efficace dans de multiples types d'incendies, notamment les combustibles solides comme le bois ou le papier, les combustibles liquides tels que l'essence ou les graisses, et les incendies électriques.
À eau	Contient de l'eau et des gaz comprimés et doit être seulement utilisé pour des combustibles ordinaires, tels que le papier ou le bois. Ne jamais utiliser d'eau dans le cas d'incendies causés par des liquides (tels que l'essence ou le kérosène) ou des incendies électriques.
Au dioxyde de carbone (CO <sub>2</sub> )	Particulièrement efficace pour les incendies causés par des liquides (tels que l'essence ou le kérosène) et les incendies électriques. Mais il ne doit pas être utilisé dans le cas d'incendies causés par des combustibles tels que le papier, le carton ou le bois. Les gaz se dispersent rapidement et ne laissent pas de résidus nocifs.
À hydrocarbure halogéné	Souvent utilisés dans les zones d'équipement informatiques ou autres équipements car il ne laisse aucun résidu. L'hydrocarbure halogéné (Halon) peut être utilisé sur les combustibles courants, les liquides inflammables et les incendies électriques. Il est toutefois nocif en cas d'inhalation et dangereux pour l'environnement. Cet extincteur est plus efficace dans des espaces confinés, la zone doit toutefois être ventilée avant d'être à nouveau occupée.

Source de l'Annexe D : John Snow, Inc./DELIVER et l'Organisation mondiale de la santé (OMS). [Guidelines for the Storage of Essential Medicines and Other Health Commodities](#). 2003.

## ANNEXE E. Gestion des différents types de déchets

Le tableau ci-après présente un aperçu des différents types de déchets qui doivent être détruits avec soins et efficacité.

Déchets non médicaux	Modes d'élimination
Déchets de jardin	Dans la mesure du possible, compostez les feuilles, les brindilles, les mauvaises herbes et les branches d'arbustes et d'arbres. Sélectionnez une zone de compostage.
Boîtes en carton	Si possible, recyclez les cartons, sinon les traiter comme des déchets ordinaires.
Déchets ordinaires	S'il existe un centre municipal de déchets solides, éliminez les déchets ordinaires dans la décharge. Autrement, brûlez ou enterrez les déchets ordinaires.
Déchets humains	Utilisez des latrines à fosses ou d'autres types de toilettes pour disposer des déchets humains.

Déchets de soins de santé	Définitions
Déchets tranchants	Aiguilles jetables à usage unique, aiguilles de seringues autobloquantes, lames de scalpel, trocarts jetables, instruments tranchants exigeant leur élimination et les déchets tranchants des procédures de laboratoire.
Autres déchets médicaux dangereux	Les déchets contaminés par le sang, les fluides corporels, les tissus humains, les composés tels que le mercure, les conteneurs pasteurisés et les déchets contenant des métaux lourds.
Produits pharmaceutiques	Les médicaments périmés, endommagés ou autrement inutilisables et les articles contaminés par des substances médicinales ou en contenant.

Les méthodes d'élimination des diverses catégories de produits pharmaceutiques sont identifiées dans le tableau suivant.

### COLLECTEURS DE DÉCHETS TRANCHANTS

Les collecteurs de déchets ou les boîtes de sécurité sont des conteneurs imperméables résistants aux perforations et à l'eau. Lorsqu'ils sont utilisés de manière appropriée, ils réduisent le risque de blessures par perforation cutanée qui peuvent favoriser la propagation de maladies. Lorsqu'ils sont pleins, les collecteurs de déchets sont éliminés soit par incinération soit en les remplissant d'eau de Javelle, pour éliminer les dangers biologiques, et en les jetant dans une décharge.

Catégorie	Méthodes d'élimination	Commentaires
Solides Semi-solides Poudres	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Décharges</li> <li>■ Encapsulation de déchets</li> <li>■ Neutralisation des déchets</li> <li>■ Incinération à moyenne et haute température (incinérateur en four à ciment)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Il est recommandé de ne pas éliminer plus d'1 % de déchets municipaux quotidiens sous forme non traitée non-immobilisée) dans une décharge.</li> </ul>
Liquides	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Égouts</li> <li>■ Incinération à haute température (incinérateur en four à ciment)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Les agents antinéoplasiques ne doivent pas être éliminés dans les égouts car ils présentent un risque élevé pour quiconque entrerait en contact avec eux.</li> </ul>
Ampoules	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Écraser les ampoules et vider le fluide dilué dans les égouts</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Les agents antinéoplasiques ne doivent pas être éliminés dans les égouts car ils présentent un risque élevé pour quiconque entrerait en contact avec eux.</li> </ul>
Médicaments anti-infectieux	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Encapsulation des déchets</li> <li>■ Neutralisation des déchets</li> <li>■ Incinération à moyenne et haute température (incinérateur en four à ciment)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Les antibiotiques liquides peuvent être dilués dans l'eau puis maintenus ainsi pendant plusieurs semaines avant d'être versés dans un égout.</li> </ul>
Agents antinéoplasiques	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Rendre au donateur ou au fabricant</li> <li>■ Encapsulation des déchets</li> <li>■ Neutralisation des déchets</li> <li>■ Incinération à haute température (incinérateur en four à ciment)</li> <li>■ Décomposition chimique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Pas à la décharge à moins d'être encapsulés</li> <li>■ Pas dans les égouts</li> <li>■ Pas d'incinération à température moyenne</li> </ul>
Médicaments contrôlés	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Encapsulation des déchets</li> <li>■ Neutralisation des déchets</li> <li>■ Incinération à moyenne et haute température (incinérateur en four à ciment)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Pas à la décharge à moins d'être encapsulés</li> </ul>
Diffuseurs d'aérosols	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Décharge</li> <li>■ Encapsulation des déchets</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Ne peuvent être brûlés : danger d'explosion</li> </ul>
Désinfectants	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ De petites quantités de désinfectants dilués peuvent être vidées dans les égouts ou un cours d'eau à fort courant (50 litres maximum par jour, sous supervision)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Aucun désinfectant non dilué dans les égouts ou les cours d'eau</li> <li>■ Un maximum de 50 litres dilués, par jour, aux égouts ou dans un cours d'eau à fort courant</li> <li>■ Aucun désinfectant dans les cours d'eau à faible courant ou en eaux stagnantes</li> </ul>
Plastiques PVC, gaz	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Décharge</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Ne doivent pas être brûlés dans des conteneurs ouverts</li> </ul>
Papier, carton	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Recyclés, brûlés, décharges</li> </ul>	

Source : Organisation mondiale de la santé, [Directives en vue de l'élimination en toute sécurité de produits pharmaceutiques non désirés utilisés dans les urgences et suite à celles-ci](#), 1999.

## ANNEXE F. Listes de contrôle du contrôle de stock et de la gestion de l'inventaire

### EXEMPLES DE CALCULS DE QUANTITÉS DE COMMANDES À L'AIDE DES TABLEAUX DU FACTEUR DE NIVEAU DE STOCK MAXIMAL ET DE RÉAPPROVISIONNEMENT

Les exemples ci-dessous montrent comment utiliser les tableaux et les méthodes décrits dans la section de ce chapitre intitulée « [Comment calculer la quantité à commander](#) ».

#### 1<sup>er</sup> exemple

La consommation moyenne mensuelle du Produit A est de 45 unités. Ce produit est commandé toutes les deux semaines et le délai d'approvisionnement est de quatre semaines. Le stock actuel est de 60 unités. Si une commande doit être placée, quelle quantité commander ?

1. Premièrement, identifiez le facteur de niveau de stock maximal qui, dans ce cas, est 3. Ainsi, le niveau de stock maximal est 135, grâce à la formule suivante :  $45$  (consommation moyenne mensuelle)  $\times$   $3$  (facteur de niveau de stock maximal) =  $135$  (stock maximal, en unités sorties). Puisque le solde du stock actuel est  $60$ , il faut passer une commande.
2. Deuxièmement, identifiez le facteur de réapprovisionnement. L'information ci-dessus, lorsqu'elle est utilisée conjointement avec le tableau de [facteur de réapprovisionnement](#), indique un facteur de réapprovisionnement de  $4$ .
3. Troisièmement, calculez la quantité à commander à l'aide de la formule recommandée : quantité à commander =  $[45$  (consommation moyenne mensuelle)  $\times$   $4$  (facteur de réapprovisionnement)] -  $60$  (stock) =  $120$

#### 2<sup>ème</sup> exemple

La consommation moyenne mensuelle du Produit B est de 30 unités. Ce produit est commandé une fois par mois et le délai d'approvisionnement est de six semaines. Le solde de stock est de 90 unités. Quelle quantité dois-je commander ?

1. Premièrement, identifiez le facteur de niveau de stock maximal qui, dans ce cas, est  $4$ . Ainsi, le niveau de stock maximal est  $120$ , grâce à la formule suivante :  $30$  (consommation moyenne mensuelle)  $\times$   $4$  (facteur de niveau de stock maximal) =  $120$  (stock maximal, en unités sorties). Puisque le solde du stock actuel est  $90$ , il faut passer une commande.
2. Deuxièmement, identifiez le facteur de réapprovisionnement en utilisant le tableau de [facteur de réapprovisionnement](#). Le facteur de réapprovisionnement est  $5,5$ .
3. Troisièmement, calculez la quantité à commander à l'aide de la formule recommandée : quantité à commander =  $[30$  (consommation moyenne mensuelle)  $\times$   $5,5$  (facteur de réapprovisionnement)] -  $90$  (stock) =  $75$ .

### LISTE DE CONTRÔLE DE LA FICHE DE STOCK

Comment sont utilisées les fiches de stock dans votre entrepôt ou votre centre ? (Un exemple de fiche de stock est présenté en [figure 3](#) de ce chapitre.) Effectuez cette auto-évaluation et partagez les résultats avec votre équipe de la santé et/ou votre responsable.

Chaque article de votre entrepôt dispose de sa propre fiche de stock.

- Toutes les informations figurant sur la fiche de stock sont actualisées et exactes.
- La fiche de stock est conservée sur la même étagère que l'article.
- Les informations sont enregistrées sur la fiche de stock au moment du mouvement.
- La colonne du Solde répertorie le compte exact.
- Un dénombrement physique est effectué à intervalles réguliers, une fois par mois par exemple.

Lorsque vous avez effectué l'évaluation, identifiez ce que vous pouvez faire dans l'immédiat pour résoudre les questions à forte priorité et appliquez les changements exigés.

### LISTES DE CONTRÔLE DE COMMANDE D'APPROVISIONNEMENTS

Répondez aux questions suivantes. Si les délais de livraisons changent, effacez et enregistrez les nouvelles données concernant les livraisons. Actualisez les réponses.

- Quand les approvisionnements sont-ils livrés ?
- À quelle fréquence les approvisionnements sont-ils livrés ?
- À quelle fréquence votre centre passe-t-il des commandes ?
- Quels sont vos délais d'approvisionnement ?

### AUTO-ÉVALUATION

Effectuez cette auto-évaluation en répondant OUI ou NON aux déclarations suivantes. Partagez les résultats avec votre équipe de la santé et/ou votre responsable.

- Vous savez calculer la consommation moyenne mensuelle.
- Vous considérez les périodes de rupture de stock dans vos calculs de consommation moyenne mensuelle.
- Vous calculez le stock maximal en multipliant la consommation moyenne mensuelle par le facteur de niveau de stock maximal.
- Le stock maximal a été calculé pour chaque article de l'entrepôt.
- Le stock maximal est enregistré sur la fiche de stock de chaque produit.
- Vous placez votre commande quand le solde de stock est *inférieur* au stock maximal.
- Quand vous commandez, vous utilisez la formule de la quantité à commander.
- Toutes les commandes sont placées par écrit à l'aide des formes prescrites.
- Toutes les informations sur la demande sont complètes, exactes et clairement notées.

Dès que vous avez complété votre auto-évaluation, identifiez ce que vous pouvez faire dans l'immédiat pour résoudre les questions les plus urgentes et appliquez les changements exigés.

## ANNEXE G. Liste de contrôle des bonnes pratiques de délivrance

---

### PRÉPAREZ VOS APPROVISIONNEMENTS QUOTIDIENS

Avant de délivrer les médicaments aux patients, vous devez procéder comme suit :

- Vérifiez les quantités disponibles dans la zone de délivrance.
- Estimez le nombre total d'unités de chaque article qui sera nécessaire pour la journée ou la session de la clinique. Fondez cette quantité sur l'utilisation passée et les cliniques qui opèrent ce jour-là. Si nécessaire, demandez l'aide d'une personne ayant l'expérience des distributions d'approvisionnement.
- Allez à l'entrepôt et demandez le stock dont vous avez besoin au magasinier. Quand celui-ci vous a remis les approvisionnements, placez les articles sur un plateau ou un chariot et emportez-les dans la zone de délivrance.
- Si, plus tard dans la journée, les articles s'épuisent, la même procédure doit être suivie pour réapprovisionner ces stocks.
- Assurez-vous que les registres de stocks de l'entrepôt sont immédiatement actualisés en enregistrant le mouvement de chaque article que vous sortez de l'entrepôt sur sa fiche de stock.
- Une fois que les articles ont été remis à la zone de délivrance, ne les renvoyez pas à l'entrepôt. Conservez-les dans la zone de délivrance.
- Les approvisionnements dans la zone de délivrance doivent être sécurisés et organisés.
- Veillez à ce qu'il règne le même niveau de sécurité dans la zone de délivrance que dans l'entrepôt. Un membre du personnel doit toujours être présent dans la zone de délivrance lorsque celle-ci n'est pas fermée à clé. Ne laissez pas la zone sans surveillance quand elle n'est pas fermée à clé.
- Organisez les approvisionnements de la même manière que dans l'entrepôt. Organisez-les par mode de délivrance ou par forme de préparation. Arrangez chaque groupe d'articles par ordre alphabétique d'après le nom générique.

Les médicaments et autres approvisionnements doivent être pris sur les étagères du dispensaire selon les règles de FEFO ou FIFO.

Certains centres utilisent des fiches de stock dans le dispensaire tout comme dans l'entrepôt. Les fiches de stock utilisées deviennent ainsi des registres de dispensaire. Toutefois, les travailleurs de la santé, les administrateurs et les comptables ont souvent besoin de récupérer des informations sur les médicaments et les fournitures apparentées donnés aux patients dans le cadre de traitements. Il est par conséquent préférable d'utiliser un carnet ou un registre de délivrance pour consigner les informations relatives à la délivrance sur une base quotidienne ou hebdomadaire. Cette méthode s'avère particulièrement utile lorsque vous faites une mise à niveau des services car elle vous permettra de surveiller rapidement l'évolution des changements de consommation.

## PRINCIPES DE DÉLIVRANCE AU PATIENT

Dans tous les centres de soins de santé, la personne qui dispense des médicaments au patient doit comprendre et suivre cinq principes.

1. Lorsqu'un médicament est donné à un patient, il est important que le patient reçoive :
  - le médicament approprié ;
  - la quantité exacte du médicament ;
  - les informations pertinentes indiquant comment le médicament doit être pris.
2. Délivrer un médicament à un patient consiste à :
  - vérifier l'ordonnance ;
  - saisir, compter et conditionner le médicament ;
  - transférer le médicament au patient ;
  - fournir des informations au patient (ou au fournisseur de soins dans le cas d'enfants).
3. Expliquez soigneusement et de manière explicite au patient comment le médicament doit être pris. Cette démarche est très importante. Les médicaments ne sont efficaces que s'ils sont pris correctement. Vérifiez que les patients comprennent comment le médicament doit être pris et qu'ils sont capables de répéter comment ils vont prendre leurs médicaments.
4. Pour délivrer correctement des médicaments, vous avez besoin de savoir :
  - comment préparer les médicaments et les fournitures apparentées ;
  - comment les donner aux patients ;
  - comment communiquer efficacement avec les patients pour vous assurer qu'ils comprennent.
5. Prescrire et délivrer des médicaments sont deux activités séparées d'un centre de soins de santé. Prescrivez les médicaments dans la zone clinique. Délivrez les médicaments à partir d'une zone de délivrance (ou du dispensaire). Dans la mesure du possible, les deux zones doivent être maintenues séparées. Ne délivrez pas les médicaments aux patients directement de l'entrepôt. Le dispensaire peut être une pièce, une partie d'une pièce, un placard ou un chariot de délivrance.

## LISTE DE CONTRÔLE DES PROCÉDURES DE DÉLIVRANCE

Pour délivrer un médicament (ou un autre article) à un patient, suivez les étapes suivantes :

1. **Vérifiez que l'ordonnance est adaptée au patient.**
  - Examiner l'ordonnance.
  - Trouvez le nom générique du médicament. Si vous ne pouvez pas lire l'ordonnance ou si vous avez des questions quant à celle-ci, demandez à la personne qui l'a rédigée de vous expliquer.
  - Vérifiez que l'ordonnance est appropriée à l'âge, au poids et au sexe du patient.
  - Dans la mesure du possible, vérifiez aussi que le médicament prescrit est approprié quant à sa forme, sa teneur et son dosage et adapté aux directives de traitement normalisé pour ce médicament. Dans le doute, demandez à la personne qui a rédigé l'ordonnance de vous le confirmer.
2. **Préparez un article prescrit à la fois.** Si l'ordonnance porte sur plusieurs articles, ne les combinez pas.

- Prenez une bouteille, une bande alvéolée, un tube ou un récipient de l'article et vérifiez sa date de péremption.
  - Lisez le nom générique sur l'étiquette du récipient.
  - Assurez-vous qu'il s'agit bien du bon médicament.
    - ▶ **Rappelez-vous que certains médicaments se ressemblent** et peuvent facilement être confondus.
  - Vérifiez qu'il s'agit de la forme, la teneur et la taille unitaire appropriée.
  - Vérifiez que l'article n'est pas périmé.
  - Prenez une enveloppe de médicament ou un récipient pour conditionner l'article destiné au patient.
3. **Placez une étiquette sur l'emballage** qui sera remis au patient.
- Certains emballages portent des étiquettes réimprimées. Certains autres n'ont pas d'étiquette ou les étiquettes ne sont pas dans la langue du pays ou de la région. Vous devez alors préparer une étiquette.
  - Écrivez clairement sur l'étiquette les informations suivantes :
    - Le nom du patient
    - L'âge du patient
    - La date du jour
    - Le nom générique de l'article
    - La teneur
    - La forme
    - La quantité délivrée
    - La date de péremption
    - Le dosage: des consignes indiquant au patient quand prendre le médicament, dans quelle quantité, pendant combien de temps et comment le prendre. Par exemple « Prendre deux comprimés avec de la nourriture chaque matin pendant cinq jours. »
    - Tout conseil ou avertissement tel que « Porte à la somnolence », « Ne pas conduire durant la prise de ce médicament », etc.
  - Utilisez des images ou des chiffres pour enregistrer la dose en incluant aussi des consignes écrites. Les patients qui ne savent pas lire peuvent avoir besoin d'images à titre de consignes et doivent demander l'aide d'une autre personne au domicile pour déchiffrer les consignes.
  - Lorsque vous avez enregistré les informations sur l'étiquette, collez l'étiquette sur l'emballage vide.
    - ▶ **Il est important que l'étiquette soit écrite clairement.** Quand un patient revient au centre de soins de santé avec une ordonnance, tout travailleur de la santé doit être capable de la lire.
4. **Ouvrez le récipient de médicaments en vrac et vérifiez la qualité de son contenu.**
- Si les médicaments ont une odeur inhabituelle, ils pourraient s'être détériorés. Si les comprimés ou les gélules sont cassés, fendus, en poudre ou collants, ils sont endommagés. Si les gélules sont gonflées, ramollies ou collées les unes aux autres, elles sont endommagées.
    - ▶ **Ne remettez jamais de médicaments de mauvaise qualité à des patients.** Éliminez ces médicaments de manière appropriée.

5. **Comptez la quantité nécessaire d'une manière propre et sécuritaire.**
  - Comptez les comprimés ou les gélules à l'aide d'un plateau à compter.
  - Si vous ne disposez pas de plateau, vous pouvez en faire un à l'aide d'une feuille de papier ou d'un film radiographique ou vous pouvez utiliser une surface propre couverte d'un papier.
  - Comptez les comprimés ou les gélules à l'aide d'une spatule propre. N'utilisez pas vos mains, vous risqueriez de contaminer les médicaments et vos mains.
  - N'utilisez pas le même plateau pour compter de nouveaux médicaments sans avoir au préalable nettoyé le plateau. Si vous utilisez une feuille de papier, utilisez chaque fois une nouvelle feuille. Si vous réutilisez le même plateau ou feuille de papier, vous risquez de contaminer les médicaments et de vous contaminer.
  
6. **Mettez le montant exact de médicament dans l'emballage** que le client emportera.
  - Mettez le médicament dans son propre emballage étiqueté à l'aide du plateau et de la spatule (ou du dispositif de mesure des liquides).
  - Ne mélangez pas les ordonnances ou les médicaments.
  
7. **Remplacez immédiatement les comprimés ou gélules supplémentaires dans le récipient approprié.**
  - Si l'ordonnance porte sur plus d'un médicament, fermez un récipient avant d'en ouvrir un autre.
  - Préparez tous les articles prescrits avant de les délivrer au patient.
  - Avant de fermer le récipient, vérifiez les détails du récipient par rapport à l'ordonnance. Vous confirmez ainsi que vous avez délivré le médicament approprié.
  
8. **Remettez l'emballage au patient.**
  - Si le patient est un enfant, répétez les démarches suivantes avec la mère (ou le fournisseur de soins).
  - Expliquez au patient comment prendre les médicaments.
  - Si le patient a plus d'un article prescrit, délivrez un article à la fois.
  
9. **Conseillez le patient sur la manière de prendre le médicament.**
  - **Donnez le nom du médicament au patient, sa forme** (comprimés, sirop, etc.), **quel est son objet** et le **dosage**. Le dosage comprend :
    - Quand prendre le médicament (par exemple, le matin)
    - Quelle quantité du médicament doit être prise (par exemple, un comprimé)
    - La durée de prise du médicament (par exemple, deux jours)
    - Comment prendre le médicament (par exemple, avec de la nourriture)

Vous pourriez afficher au dispensaire des consignes relatives au dosage sur la façon de prendre les médicaments les plus communs. Votre personnel serait alors plus à même de donner les mêmes consignes (exactes !) aux patients. Vous pourriez, par ailleurs, afficher certaines documentations didactiques pour les médicaments fréquemment utilisés sur un mur que les patients pourraient consulter. Votre message serait ainsi plus constructif.

- **Montrez au patient comment préparer la dose.** Faites pratiquer le patient avant son départ du dispensaire.
    - Si une dose est inférieure à un comprimé, indiquez au patient comment diviser le comprimé.
    - Si le médicament doit être mélangé à de la nourriture, montrez au patient comment écraser le comprimé et le mélanger à de la nourriture.
    - Si vous délivrez un sirop, indiquez comment mesurer la quantité exacte. Utilisez le capuchon de la bouteille de sirop ou montrez au patient les cuillères couramment utilisées.
    - Demandez au patient de pratiquer la mesure de la dose. Utilisez le médicament que vous avez déjà emballé pour le patient.
    - Dès que vous êtes convaincu que le patient a compris comment préparer la dose, demandez-lui de prendre la première dose.
  - **Dites au patient de prendre tous les médicaments prescrits.**
    - Parfois, les patients se sentent mieux avant d'avoir pris tous les médicaments prescrits. Dites aux patients que, même s'ils se sentent mieux, il est important de prendre tous les médicaments pour rester en bonne santé. C'est le cas des antibiotiques ou des médicaments antipaludiques car les bactéries ou les parasites peuvent être toujours présents. Veuillez aussi dire aux patients souffrant de maladies chroniques, tels que les personnes souffrant d'hypertension ou qui prennent des antirétroviraux, qu'elles doivent revenir pour le traitement de suivi.
  - **Demandez aux patients de vous dire comment ils vont prendre le médicament.**
    - Chaque fois que vous délivrez un médicament, assurez-vous que le patient a compris.
    - Flattez les patients qui répondent correctement ! Sinon, expliquez-leur à nouveau le dosage. Expliquez-leur jusqu'à ce qu'ils puissent vous répondre correctement.
    - Si vous remettez plus d'un médicament prescrit aux patients, donnez-leur un médicament à la fois.
    - Donnez-leur le prochain article lorsque vous vous êtes assuré que les patients savent comment prendre les médicaments que vous venez de leur donner.
    - Pour qu'ils soient efficaces, les médicaments doivent être pris correctement. Il arrive parfois que des patients intelligents mais malades ne comprennent pas comment prendre leurs médicaments. Les médicaments qui ne sont pas pris correctement peuvent être inefficaces ou même toxiques. *Vérifiez toujours que le patient a bien compris.*
10. **Dites au patient de conserver tous les médicaments et les fournitures médicales apparentées dans un endroit sûr** au domicile, hors de portée des enfants
- Dites au patient que les médicaments sont coûteux et dangereux et doivent être stockés dans un endroit spécial, au domicile.
  - L'endroit doit être au frais, sombre et sec, hors d'atteinte des insectes et des animaux nuisibles et hors de portée des enfants.

- Recommandez des endroits typiques d'un domicile de votre région où les patients pourraient stocker leurs médicaments.
11. **Conservez des registres de délivrance adéquats.**
- Remplissez des registres de délivrance conformément aux consignes données par votre responsable ou votre coordinateur d'approvisionnement local.
  - Assurez-vous de suivre toute exigence spéciale pour les substances contrôlées et les médicaments émanant de programmes de donateurs auxquels peuvent s'appliquer des exigences séparées.

# Gestion de l'information : suivi et évaluation

Nancy LeMay

1. Obtenir des résultats en renforçant les systèmes de santé

2. Leadership et management : les compétences essentielles pour renforcer les systèmes de santé

3. Gouvernance des systèmes et des organisations de santé

4. Intégration de l'égalité des sexes dans les systèmes sanitaires

5. Planification du travail et utilisation effective du plan

6. La gestion des ressources humaines

7. Gestion des finances et des systèmes connexes

8. Gestion des médicaments et des produits de santé

9. Gestion de l'information : suivi et évaluation

10. Gestion de la prestation de services de santé

Ce chapitre est un guide pratique. Il vous est destiné, vous qui êtes responsable d'un programme ou d'un service de santé et vous pourrez l'utiliser pour mieux comprendre et organiser les pratiques essentielles d'amélioration du suivi et de l'évaluation (S&E) des services de santé. Il explique le rôle et la fonction d'un système d'information de santé (SIS) efficace, décrit le suivi et l'évaluation en tant que fonctions clés de la gestion de programme et énonce la différence entre les deux. Des suggestions sont proposées qui renforcent l'utilité de chaque fonction et faciliteront votre apprentissage et vos actions. Enfin, il démontre que les bonnes pratiques de leadership et de gestion sont utiles au S&E.

Vous pouvez utiliser l'information contenue dans ce chapitre pour :

- renforcer la performance d'un SIS ;
- utiliser le suivi de routine pour rendre plus performantes les activités d'une organisation ;
- produire des données exploitables pour prendre des décisions éclairées ;
- éviter les écueils habituels relatifs au S&E ;
- concevoir une évaluation ;
- utiliser des cadres pour l'élaboration d'un plan logique d'activité de programme ;
- préparer un plan de S&E.

Pour conclure, ce chapitre contient un récit qui met en lumière l'aspect humain du S&E. Ce récit vous décrit comment l'utilisation de données quelque-peu-imparfaites et provenant d'un SIS peut être bénéfique et susciter la confiance dans le système. Ce récit propose également plusieurs pratiques avérées de S&E qui sont utiles à votre travail de responsable de la santé.

## Introduction

---

Dans le milieu du développement, la production de résultats quantifiables prend une place grandissante, renforçant par la même occasion l'attention et l'intérêt portés au S&E. On discute beaucoup de la planification basée sur les résultats, des cadres de résultats et des équipes de résultats. Mais fréquemment, la confusion porte sur ce qu'il faut suivre, ce qu'il faut évaluer et sur la façon de procéder au mieux à ces deux tâches.

Nous constatons que l'on a souvent tendance à oublier l'importance d'un suivi sérieux et de bonne qualité, ce qui est essentiel à la production d'informations nécessaires aux managers car ils en ont besoin pour agir et obtenir des résultats. Pressées d'évaluer, certaines organisations donnent une importance moindre au suivi et favorisent l'évaluation pour démontrer qu'elles ont obtenu des résultats. Le suivi est une pratique de gestion souvent sous-utilisée et susceptible d'être négligée entre les phases d'évaluation et de planification.

En tant que manager, vous avez besoin, vous et votre équipe, de l'information obtenue à partir du suivi et de l'évaluation pour pouvoir gérer les activités et produire des résultats. Vous utiliserez probablement vos compétences de S&E pour mesurer les intrants, les activités, les produits et les résultats de santé (termes qui seront expliqués à la suite dans ce chapitre). On ne vous demandera sans doute pas de mesure d'impact. À l'exception d'organisations de grande taille, bien établies et bien financées, l'évaluation d'impact incombe généralement au ministère de la santé ou aux donateurs. Bien que l'évaluation d'impact ne relève pas de ce chapitre, vous y trouverez des liens vers des documents utiles sur ce thème.

Ce chapitre n'est pas réservé au personnel chargé du S&E ou du SIS. Il s'adresse à un public bien plus large comprenant :

- les directeurs et autres cadres supérieurs des organisations de la société civile (OSC), notamment les organisations non-gouvernementales (ONG), les organisations confessionnelles et autres organisations à but non lucratif ;
- les managers de projets financés par des donateurs et mis en œuvre par des OSC ;
- les managers de district et de formations sanitaires du secteur public ;
- le personnel de S&E et de SIS des organisations du secteur public et des organisations financées par des donateurs.

## Information pour la gestion des services de santé

---

Il est généralement admis que les directeurs et les prestataires de services de santé doivent être à même d'accéder plus facilement à une information fiable et de disposer de moyens plus adaptés pour utiliser cette information en vue d'assurer le suivi de la performance et de gérer les services. Une gestion efficace de l'ensemble du système de santé est tributaire de la bonne utilisation d'informations exactes et opportunes par l'ensemble du personnel, à tous les niveaux. L'utilisation d'une telle information repose à son tour sur la capacité du SIS à générer des informations utiles.

### LES SOUS-SYSTÈMES ET LES CYCLES D'UN SYSTÈME D'INFORMATION DE SANTÉ

Dans [\*L'affaire de tous : renforcer les systèmes de santé pour de meilleurs résultats sanitaires : cadre d'action de l'OMS\*](#), (lien en anglais) l'Organisation mondiale de la santé (OMS) démontre que l'information est l'une des six éléments constitutifs de tout système de santé. L'OMS définit

ainsi un SIS qui fonctionne bien : [c'est un système] qui garantit la production, l'analyse, la dissémination et l'utilisation d'informations fiables et opportunes sur les déterminants de la santé, la performance du système de santé et l'état de la santé (OMS 2007). Le terme SIS regroupe généralement les nombreux sous-systèmes qui génèrent l'information nécessaire à la gestion des services de santé. La [Figure 1](#) offre un aperçu des sous-systèmes communs au sein d'un SIS.

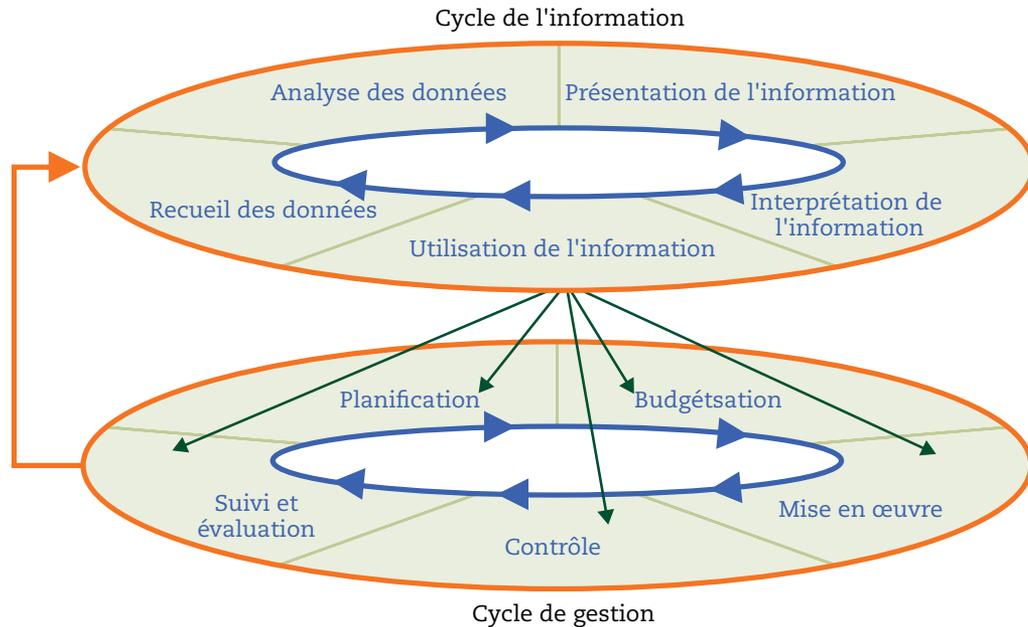
Un SIS bien conçu et fonctionnant correctement devrait appuyer les processus clés nécessaires à la gestion des services de santé. Ces processus sont cycliques et continus, et la collecte, l'analyse et l'utilisation d'informations pour mener à bien les fonctions de gestion de la santé engendrent aussi un processus cyclique.

La [Figure 2](#) illustre le S&E comme élément d'un cycle de gestion classique, qui alimente le cycle d'informations en données. Il est ensuite traité et transformé en information, qui est recyclée dans les diverses fonctions du cycle de gestion.

FIGURE 1. Sous systèmes communs d'information de santé



FIGURE 2. Relations entre l'information et les cycles de gestion



### DISTINCTIONS ENTRE SUIVI ET ÉVALUATION

Le suivi et l'évaluation sont des fonctions clés de la gestion d'une organisation. Ensemble, ils servent à appuyer des décisions éclairées, à utiliser plus judicieusement les ressources et à évaluer objectivement dans quelle mesure les prestations et autres activités d'une organisation ont abouti au résultat désiré.

Pour prendre des décisions éclairées, les responsables des soins de santé ont besoin d'un système de S&E produisant des informations fiables sur des facteurs tels que :

- les besoins de santé des populations dans leur zone desservie, la zone d'où viennent les usagers pour recevoir des services ;
- les priorités du pays, de la province, du district, et les communautés qu'ils desservent ;
- la qualité des services dispensés et ce qu'ils recouvrent ;
- les ressources utilisées et celles qui restent ;
- le progrès dans la mise en œuvre de leurs activités.

Pour satisfaire de tels besoins en information, des activités de suivi et d'évaluation sont toutes deux nécessaires. Mais lesquelles faut-il utiliser et à quel moment ? Les différences entre le suivi et l'évaluation s'inscrivent dans leur objet, leur délai et leurs sources d'information.

**Le suivi** sert à surveiller régulièrement l'évolution des indicateurs (marqueurs mesurables de l'évolution dans le temps) en vue de gérer la mise en œuvre d'un programme. Le suivi mesure les progrès par rapport aux résultats en recueillant des informations sur les intrants, les activités, les produits, et parfois les résultats à court terme. Pour vous le manager, cela peut signifier que vous devrez suivre les progrès par rapport à vos plans opérationnels et/ou procéder au suivi des services offerts.

Des procédures courantes de suivi de programmes comprennent le suivi des statistiques sur les services, et l'examen des registres et des rapports de formations. Un suivi régulier et systématique procure des informations pour les besoins de la planification et offre une base fiable pour une évaluation

**L'évaluation**, est, par contre, employée pour évaluer l'efficacité (et parfois le coût) des initiatives d'amélioration des services, et pour prévenir et gérer les problèmes de santé prioritaires. L'évaluation mesure les résultats et l'impact. Elle évalue dans quelle mesure votre organisation obtient les résultats escomptés et vous aide à comprendre pourquoi ces résultats ont été obtenus ou non. L'évaluation vous offre également la possibilité d'un apprentissage continu à partir de l'expérience.

Ainsi, le premier facteur qui distingue le suivi de l'évaluation est une différence d'objet. Le suivi est motivé par des besoins de gestion, tandis que l'évaluation est motivée par le besoin de documenter les résultats d'une intervention et de faire un rapport à un donateur ou à d'autres parties prenantes. Ainsi, le suivi se concentre sur la mise en œuvre opérationnelle tandis que l'évaluation s'intéresse aux effets des activités sur la santé des populations ciblées.

Ce qui nous mène à une deuxième différence essentielle : le délai pendant lequel chacune de ces fonctions est utilisée. Le suivi est un processus continu, régulier, utilisé pendant toute la durée de l'intervention. L'évaluation exige le recueil de données de référence et de données postérieures à l'intervention, ce qui vous permet de constater les changements survenus lors de la période d'intervention (et de faire des comparaisons), et parfois également, après une période de suivi adéquate.

Pour finir, la troisième différence est liée aux sources d'information utilisées par chacune des fonctions. Les données de suivi proviennent généralement de sources déjà disponibles : le système d'information de santé ou les dossiers de routine relatifs aux prestations. Les statistiques sur les prestations contiennent des données de suivi telles que : inventaire de fournitures, nombre de doses vaccinales administrées par mois et résultats chez les patients. Les données de suivi peuvent aussi être obtenues en procédant à une compilation des archives habituelles de l'organisation. Par exemple, des listes de participants à un atelier de formation peuvent contenir des informations sur le nombre de personnes formées sur un sujet donné.

Les indicateurs de résultats et d'impact exigent des mesures à l'échelle du bénéficiaire ou de la population, ce qu'il faut obtenir par l'intermédiaire d'une évaluation. Par exemple, pour déterminer le résultat d'une initiative de conseil en planification familiale, vous devez connaître le pourcentage de celles, parmi les femmes conseillées, qui ont véritablement adopté une méthode de planification familiale. Cette information ne peut être extraite des statistiques relatives aux prestations ou des archives habituelles de l'organisation ; vous devez procéder à une enquête pour recueillir ces données.

Dans une évaluation, des mesures communes incluent l'évolution de l'utilisation des prestations de santé d'une période à l'autre, la proportion des accouchements sans risques, la couverture des services de vaccination et l'évolution des connaissances, des attitudes et du comportement d'un groupe cible.

**Pratiques de leadership et de management pour le suivi et l'évaluation.** En dépit des différences entre le suivi et l'évaluation, ces deux fonctions seront optimisées si vous recourez à d'autres pratiques de leadership et de management au moment d'exécuter des tâches de suivi ou d'évaluation. Par exemple, le suivi et l'évaluation (l'une des pratiques de management abordées dans le Chapitre 2 de ce guide) exige que vous **ciblez** les buts et les priorités et employiez vos capacités d'**examen attentif** pour recueillir et analyser les données nécessaires.

En réponse aux résultats recueillis par le suivi et l'évaluation, il se peut que vous deviez **cibler** et **mettre en phase et mobiliser** le personnel pour modifier les plans d'intervention et obtenir de meilleurs résultats. Si les activités correspondent aux objectifs et obtiennent les résultats escomptés, vous pouvez aussi employer l'information de suivi et d'évaluation pour **inspirer** les employés afin qu'ils améliorent leurs performances ou, sinon, qu'ils poursuivent l'excellent travail qu'ils fournissent.

Lorsque vous dirigez les activités de S&E, vous devez élaborer un plan de S&E puis **organiser** les structures, les sous-systèmes et les processus pour **mettre en œuvre** le plan. Et bien entendu, vous ferez le **suivi et l'évaluation** du programme de S&E lui-même pour déterminer les progrès et l'obtention des résultats.

Les pratiques de leadership et de management discutées dans ce chapitre et dans le Chapitre 2 de ce guide sont aussi entièrement décrites dans le « Electronic Resource Center » de MSH, section « Développement du leadership » intitulée « [Transformer les managers en leaders](#) ».

## Qui s'approprie le S&E ?

Qui est le client du S&E ? Qui a besoin de l'information sur la santé ? À tous les niveaux d'une organisation, les responsables ont intérêt à utiliser l'information pour agir, ce qui leur permet de diriger et de gérer efficacement à tout niveau. En fait, les managers procurent le fondement du système de S&E.

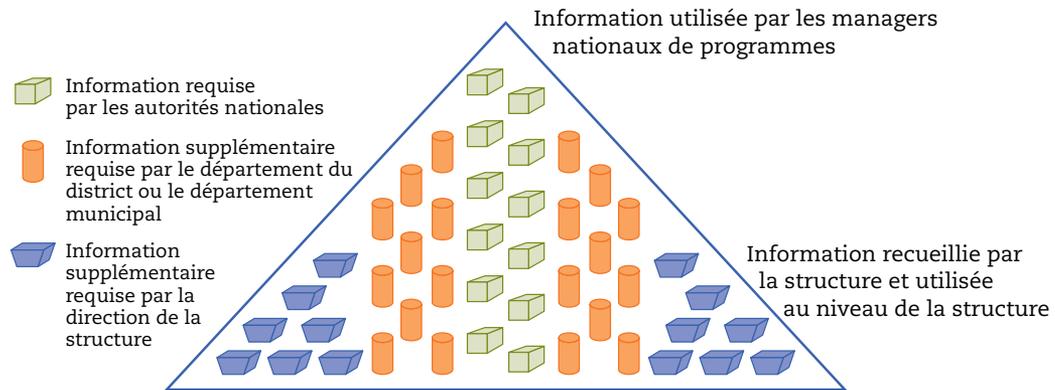
Malheureusement, la fonction de S&E n'est pas toujours intégrée au sein de l'organisation. Dans de nombreux cas, les organisations (et parfois les donateurs) font comme si le S&E relevait uniquement de la responsabilité du personnel de S&E. En l'absence de procédure de communication et de feedback adéquat, l'information et les connaissances pourraient rester entre les mains des effectifs de S&E. En conséquence, les résultats (bons comme mauvais) ne sont pas toujours communiqués à ceux qui en ont besoin, et l'information ne sert pas à prendre de décisions de gestion.

À titre d'exemple, des évaluations sont trop souvent menées et des informations produites pour répondre aux besoins d'un donateur ou d'une agence gouvernementale, et non pour améliorer les services de l'organisation. Pour les managers à tous les échelons de l'organisation, du centre de santé au ministère de la santé, un moyen de s'assurer que les résultats de l'évaluation sont utilisés consiste à s'approprier les processus et les résultats de S&E.

**Les besoins en Information à divers niveaux.** Toute l'information n'est pas nécessaire à tous les niveaux ou à tout moment. Les managers, les donateurs et l'administration centrale peuvent avoir besoin d'informations différentes à différents moments pour satisfaire leurs besoins de reporting et prendre des décisions. Par exemple, les responsables de projets financés par des donateurs travaillent souvent sur la base de cycles trimestriels ou biannuels, et le donateur sur un cycle annuel, tandis que le ministère de la santé peut exiger de trois à cinq années de données pour démontrer l'impact et le communiquer aux politiciens et aux médias.

Les besoins d'information dans un système de santé peuvent être envisagés sous la forme d'une hiérarchie. La Figure 3 illustre le fait que des quantités décroissantes d'informations sont requises au fur et à mesure que l'on s'élève dans la hiérarchie de l'organisation. Il existe un noyau d'information dont ont besoin tous les responsables, à tous les niveaux, mais seul le plus petit sous-ensemble d'informations est nécessaire au niveau national. À l'échelle du

FIGURE 3. Hiérarchie des besoins en information



Source: Reproduite avec l'autorisation de : « [Health Information System Reform in South Africa: Developing an Essential Data Set](#) » by Vincent Shaw, 2005.

district et de la formation sanitaire, les managers ont un besoin constant d'informations désagrégées puisque c'est là que les actions sont menées, en réponse aux données opérationnelles (par exemple, ruptures de stocks et abandons).

Le suivi des indicateurs opérationnels est moins important à l'échelle nationale. En fait, les décideurs à l'échelle nationale ont besoin d'indicateurs qui mesurent à plus long terme l'impact des programmes de santé et des services sur l'état de la santé. Par conséquent, un SIS doit être conçu de façon à desservir tous les clients en procurant des informations fiables à court, moyen et long terme.

À l'échelle de la formation sanitaire, par exemple, les managers recueillent et utilisent des informations sur la distribution mensuelle de contraceptifs, les ruptures de stocks et les abandons. À l'échelle du district ou de la province, ou au siège d'une grosse ONG, l'information la plus utile comprendra les taux annuels de prévalence des contraceptifs, tandis que pour le ministère de la santé, il pourrait s'agir des taux de morbidité et de mortalité maternelle à des intervalles de trois à cinq ans.

Pour plus d'information sur la hiérarchie des besoins d'information, voir un [article](#) (articles en anglais) sur le site Web de l'OMS.

**Principes d'amélioration de la gestion de l'information.** Le chapitre 1 de ce guide souligne qu'aucun système de gestion ne peut être renforcé lorsque le processus n'est pas totalement inclusif. Renforcer un SIS n'est en rien différent. Il faut travailler de concert avec les personnes impliquées : les propriétaires du système qui enregistre, transfère, analyse, communique et utilise les données et l'information pour gérer les services.

**Comment faut-il travailler avec autrui dans le SIS ?** L'[encadré 1](#) présente des principes directeurs visant à concevoir un SIS efficace ou à améliorer la gestion de l'information. Le but est d'améliorer la disponibilité et la fiabilité de l'information pour qu'elle serve à gérer plus efficacement les organisations et les services de santé. Ces principes insistent sur le besoin de faire participer l'ensemble du personnel de SIS, des managers et des prestataires de service qui utiliseront l'information.

## ENCADRÉ I. Principes directeurs pour une meilleure gestion de l'information

**Comprendre les fonctions et les responsabilités des services de santé.** Étant donné qu'un SIS est lié au cycle de gestion de la santé, une condition préalable à un meilleur SIS consiste à bien comprendre les fonctions et les responsabilités de chaque service et programme de santé, niveau de fonctionnement et secteur (public, privé, communautaire, OSC, ONG) participant à l'offre des services de santé.

**Cibler l'amélioration de la santé et des services de santé.** Toute modification de l'enregistrement des données et du reporting, pour ce qui est de la santé, doit se faire en vue d'améliorer la performance des services de santé. Il est important de trouver des moyens de répondre aux besoins d'information aux niveaux les plus élevés du système de santé sans demander aux managers et aux prestataires d'enregistrer et de communiquer des données qui ne sont pas utilisées au niveau des prestations de service.

**Renforcer les systèmes existants.** Bien qu'il soit tentant de refondre complètement les systèmes et d'intégrer des systèmes de reporting parallèles par programme, le temps, l'argent, le dérangement et les coûts pèsent souvent plus dans la balance que les avantages éventuels. Rares sont les efforts d'élaboration de SIS totalement intégrés qui ont réussi. Une meilleure alternative serait de fixer des normes pour les formats et codifications de données qui facilitent l'échange de données entre des systèmes distincts.

**Veiller à intéresser les groupes nationaux.** Toutes les activités visant à élaborer ou à améliorer un système d'information doivent être menées par des groupes de travail dans le pays, gérés par du personnel national. Il est essentiel d'impliquer le personnel des systèmes d'information, mais aussi les managers et les offreurs de service car ce sont les principaux utilisateurs de l'information. Lorsqu'il faut faire appel à un consultant extérieur, cette personne doit assumer un rôle de facilitateur permettant au personnel local de mettre sur pied son propre système. Par leur participation active, les membres du personnel comprendront et adopteront les méthodes et les instruments du système et, du même coup, seront plus capables de l'entretenir.

**Renforcer les aptitudes du personnel de santé.** Ces aptitudes comprennent : enregistrement, reporting, transmission, traitement, présentation, analyse et interprétation des données, et recours aux données pour la prise de décisions. L'utilisation et l'entretien des systèmes informatiques peut aussi être enseigné. Pour acquérir ces aptitudes, l'approche recommandée est celle qui consiste à « apprendre en faisant » via :

- ateliers maison au cours desquels le personnel des services de santé et les gestionnaires de données travaillent ensemble à résoudre des problèmes à partir de données réelles ;
- participation du personnel national à la planification et la mise en œuvre d'études et à la conception de modifications de systèmes ;
- clarification des rôles et des responsabilités par le biais du consensus.

**Utiliser correctement la technologie.** Vous pouvez utiliser des ordinateurs pour l'entretien de bases de données, la production de rapports, l'analyse de données et les communications si vos systèmes informatiques et logiciels peuvent être entretenus localement par du personnel existant. Mais veillez à ce que l'informatisation ne ralentisse pas le flux et l'accès aux données, n'ajoute pas un fardeau excessif à la charge de travail ou n'encourage pas la falsification, ce qui réduit alors la fiabilité des données.

## Le suivi en tant que cheminement vers l'action

### L'IMPORTANCE DU SUIVI RÉGULIER

Pourquoi l'évaluation seule ne suffit-elle pas ? Dans la communauté du développement, certaines organisations tendent à s'appuyer plus sur des études d'évaluation que sur un suivi de programme solide. Nombreuses sont celles qui ont l'intention d'effectuer le suivi ainsi que l'évaluation mais qui, dans la pratique, consacrent plus de temps et de ressources à l'évaluation.

Les donateurs, les gouvernements et les organisations favorisent peut-être les évaluations car ces dernières offrent des preuves concrètes des progrès, comme par exemple la prévalence des contraceptifs (mesure de résultat typique de planification familiale/santé de la reproduction) mesurée via une enquête annuelle dans les foyers.

Le suivi ne peut produire le résultat ou l'indicateur de résultat, c'est-à-dire la preuve concrète que ces contraceptifs sont effectivement utilisés. Il ne peut fournir qu'un indicateur de progrès ou une référence, comme par exemple la distribution mensuelle des contraceptifs qui vous permet de suivre les progrès par rapport aux buts opérationnels. Vous pouvez assurer le suivi de la distribution des produits mais ne pouvez conclure que les produits ont été véritablement utilisés.

Mais pour vous, le responsable, les données se rapportant à la distribution représentent exactement le genre d'information dont vous avez besoin pour montrer votre avancement par rapport au but fixé et bien faire votre travail.

Prenez, par exemple, une intervention au Pérou se rapportant au changement de comportement qui est décrite et analysée dans [l'encadré suivant](#).

Dans le contexte des services de santé publics, les responsables de district et de formation sanitaire doivent assurer le suivi des indicateurs de produit et de couverture. Les indicateurs de couverture indiquent au responsable de santé si les services essentiels sont fournis aux groupes spécifiques ciblés, de façon à pouvoir prendre des mesures expresses pour combler les lacunes de service dans les communautés ou les sous-groupes mal desservis.

Un bon système de suivi vous procure l'information essentielle pour la gestion de l'intervention et l'adoption de mesures de redressement. Une évaluation ne peut vous fournir ce genre d'information. Par conséquent, lorsque vous constatez la présence d'un bon système de suivi, c'est généralement un manager qui le demande car il (ou elle) a besoin d'information de suivi exploitable provenant du système de S&E.

### PRODUCTION D'INFORMATION EXPLOITABLE

L'information exploitable comprend des données susceptibles d'être utilisées pour prendre des décisions et agir. Elle vous aide à identifier les lacunes de performance et à trouver des moyens de les combler. Pour être exploitable, l'information obtenue à partir du suivi doit se fonder sur des *indicateurs utiles* produits sous un *format simple* qui vient à *temps* pour la planification ou pour le cycle de reporting.

« Exploitable » revêt des significations différentes selon les clients. L'information dont a besoin le manager n'est pas du même type que celle que le directeur général d'une organisation ou le ministère de la santé utiliserait pour soumettre son rapport aux donateurs, aux politiciens ou aux médias.

Comment des informations exploitables peuvent-elles être produites pour les besoins du manager ?

### Suivi pour une meilleure gestion des programmes en action – Un exemple du Pérou

Au Pérou, une organisation de planification familiale a mené une campagne de communication pour augmenter l'utilisation des méthodes de contraception dans la zone desservies par l'organisation. Ils ont développé les ressources nécessaires et formé des agents de santé communautaires en vue de sensibiliser les femmes dans leurs villages. L'organisation a envisagé de mener seulement une étude de référence et de la développer ensuite par des études sur les connaissances, attitudes et pratiques. Ces activités étaient de premières étapes nécessaires et de bonnes méthodes pour évaluer l'efficacité de la campagne. Toutefois, étaient-elles à même de fournir des données exploitables et suffisantes pour satisfaire les besoins du manager ? La réponse est non, car les résultats allaient sortir après la fin de la campagne. Le manager avait besoin des informations pour prendre des mesures correctives pendant le déroulement de la campagne de communication.

Mettez-vous à la place du manager dans ce scénario. Que devez-vous suivre ? Vous pouvez commencer par la distribution mensuelle de contraceptifs pendant la campagne de communication à l'aide de données faciles à obtenir auprès de l'entrepôt. Les mouvements de stocks de produits contraceptifs de la chaîne d'approvisionnement allaient indiquer que la campagne créait de la demande, tandis l'absence de mouvement allait indiquer que la campagne ou le système d'approvisionnement ne fonctionne pas correctement. Observez-vous des flambées dans la distribution durant la campagne ? Y a-t-il, au niveau des contraceptifs, un mouvement plus important durant la campagne qu'avant celle-ci ?

Si vous ne constatez aucun changement au bout de deux à trois mois, vous savez qu'il faut revoir la campagne de communication ou la chaîne d'approvisionnement, ou les deux. Vous devrez effectuer des visites sur site pour identifier les raisons. Est-ce les stocks ? L'absence de changement dans la distribution est-elle due à l'absence de produits ? Ou cette absence de changement est-elle due au fait que la station de radio n'a pas passé l'annonce de la campagne de communication ? Ou encore les agents de distribution communautaires n'ont jamais reçu les tableaux à feuilles mobiles et les modèles nécessaires pour sensibiliser les femmes dans leurs communautés ?

Tout d'abord, les indicateurs doivent être utiles au manager. Ils doivent être directement liés au plan opérationnel de l'organisation (ou au plan d'intervention) et aux résultats escomptés. Certaines organisations ont tendance à se focaliser sur le **suivi du processus** entre les enquêtes CAP (connaissances, attitudes et pratiques). Cela signifie qu'ils assurent le suivi de processus tels que la formation : qui a été formé, sur quel thème, et à quel moment. C'est important mais insuffisant. Le suivi du processus ne suit pas le progrès par rapport au résultat mais simplement l'achèvement des activités.

Outre le suivi du processus, les managers doivent aussi assurer le suivi des indicateurs substitutifs qui sont aussi proches que possible des résultats réels lors de la mise en œuvre d'un ensemble d'activités, au moment où les résultats ne sont pas encore facilement mesurables. Les **indicateurs substitutifs** sont des mesures indirectes qui se rapprochent d'une cible ou d'un résultat ou qui les représentent lorsque l'information directe n'est pas accessible.

Dans le cas de la prestation de services de planification familiale, par exemple, puisque certains contraceptifs sont distribués par l'intermédiaire du centre de santé, les données de suivi devraient provenir du centre de santé. Bien que vous ne puissiez pas conclure que le résultat ciblé a été atteint (que les produits sont effectivement utilisés par la population bénéficiaire), l'information sur la distribution vous donne certains indices sur la réussite éventuelle des activités. La plupart des données pour le suivi des indicateurs substitutifs peuvent être obtenues auprès du SIS.

Ensuite, l'information exploitable doit être communiquée sous un **format utilisable**. Souvent les responsables reçoivent trop d'information, sous un format trop compliqué. Il vous faut un simple outil qui renvoie seulement l'information essentielle. Vous pouvez vous renseigner sur de tels outils dans la section de ce chapitre intitulée « [Caractéristiques d'un bon outil de suivi](#) ».

Pour finir, les managers doivent recevoir l'information en temps opportun pour pouvoir agir sur la base de cette dernière. Les projets mis en œuvre par des organisations et financés par l'Etat ou par un donateur fonctionnent souvent avec deux calendriers.

A titre d'exemple, vous gérez peut-être un projet sur cinq ans, divisé en cycles annuels de reporting basés sur des plans opérationnels annuels. Pour assurer le suivi du plan annuel et soumettre les rapports exigés, vous avez néanmoins besoin d'informations trimestrielles. Si vos centres de santé soumettent leurs données après la date butoir arrêtée, l'information arrivera trop tard pour vos rapports.

### L'information en action pour améliorer les services – Expériences de la Bolivie et de l'Afrique du Sud

**Utiliser l'information pour mobiliser la chaîne d'approvisionnement.** Le programme de supplémentation en folate de fer en Bolivie a été une activité de mobilisation communautaire mise en œuvre par plusieurs ONG dans les zones rurales du pays.

Après seulement trois mois de mise en œuvre, un problème est survenu. Si le manager s'était contenté de surveiller le processus, elle aurait constaté que toutes les activités avaient été effectuées à temps et comme prévu. Toutefois, les données mensuelles des centres de santé dans les zones desservies par le programme ont montré que dans de nombreuses communautés, la distribution de folate de fer aux femmes enceintes était restée à zéro depuis le premier mois de mise en œuvre du programme.

Le manager a immédiatement mené une enquête et a découvert qu'il y avait des ruptures de stock dans 16 centres de santé. Même s'il y avait un protocole écrit pour la distribution de folate de fer, et que tous les centres de santé étaient censés en disposer dans leurs stocks, ce produit n'avait jamais fait l'objet de demande auparavant. Les centres de santé avaient depuis longtemps décidé de cesser de l'acquérir. Le manager a porté le problème à l'attention du vice-ministre de la santé et, en quelques jours, le ministère de la santé a mobilisé toute sa chaîne d'approvisionnement pour garantir des stocks suffisants tout au long de la chaîne. À la fin de l'année, la supplémentation en folate de fer s'était nettement améliorée sur l'ensemble du pays, grâce notamment à un outil de suivi mensuel simple dont s'est servi le manager pour prendre très tôt des mesures correctives pendant la mise en œuvre.

**Simplifier la collecte de données et encourager l'utilisation des données.** Il est généralement admis que si la collecte et le traitement des données sont trop fastidieux, la qualité et l'utilisation de celles-ci auront tendance à diminuer. En Afrique du Sud, les infirmiers des centres de santé doivent souvent s'acquitter de deux fonctions : (1) fournir des soins à leurs clients et (2) collecter et utiliser des données. Le problème est que les infirmiers se consacrent principalement à l'administration de soins et perçoivent la collecte de données comme un fardeau inutile qui vient s'ajouter à leurs autres responsabilités quotidiennes.

Des infirmiers sud-africains ayant reconnu l'importance de l'information dans la prestation de services ont voulu faire de la collecte et de l'utilisation des données de routine une activité à part entière dans leur travail quotidien. Ils se sont rendu compte qu'il était nécessaire de réduire la quantité de données nécessaires et de simplifier le processus de collecte.

Par conséquent, ils ont créé un registre simple avec cases à cocher (liste de contrôle) leur permettant de voir, à la fin de chaque journée, un instantané des soins qu'ils ont fournis. À la fin du mois, ils pouvaient rapidement compiler et analyser les données relatives à leurs services. Ce type de résumé quotidien et mensuel de leurs activités s'est avéré immensément satisfaisant. Il a motivé leur utilisation continue du registre pour suivre, analyser et améliorer les services.

## Outils pratiques de S&E et approches

### CADRES POUR LA CONCEPTION ET LE S&E DES SERVICES DE SANTÉ

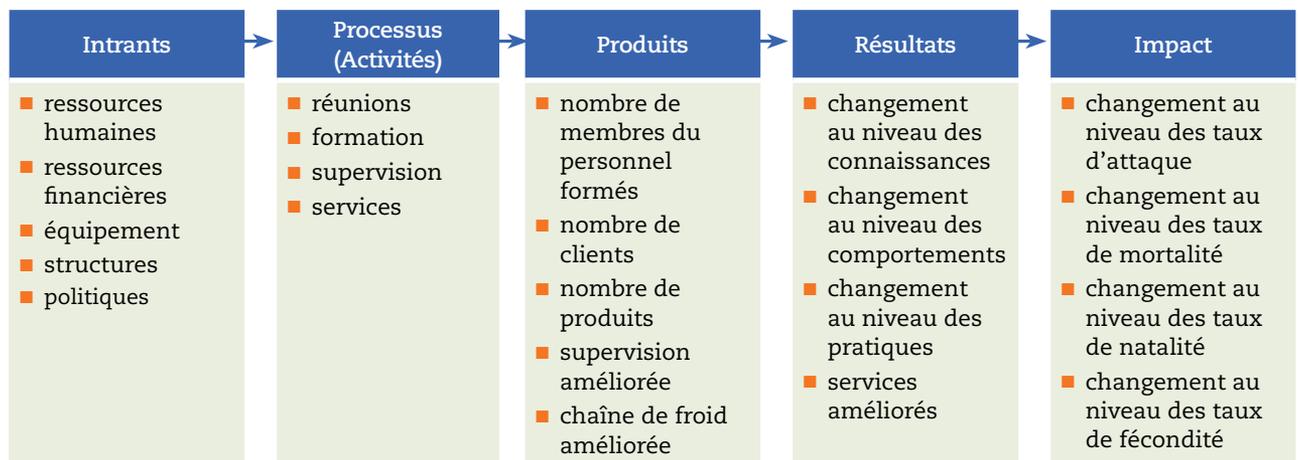
Les résultats des services de santé et des interventions de programmes peuvent se mesurer à divers niveaux. De nombreuses orientations de S&E reposent sur une chaîne de cinq niveaux de résultats : intrants, activités, produits, résultats et impact. La [Figure 4](#) résume les niveaux de résultat qui peuvent être suivis et évalués.

Pour mieux comprendre la chaîne de résultats, voyez les définitions ci-dessous :

- **Intrants** : Les matériaux et ressources requises pour exécuter le plan de mise en œuvre de votre équipe ou de votre unité et obtenir les résultats escomptés. Par exemple, des ressources financières, techniques, humaines, des fournitures et des produits de base.
- **Processus** : Les activités menées à bien par le biais de votre plan de mise en œuvre. Par exemple, formation des prestataires de service, amélioration du système de gestion des approvisionnements, et distribution des méthodes de planification familiale.
- **Produit** : Le produit immédiat d'une activité. Par exemple, le nombre de personnes formées, le nombre de nouveaux utilisateurs de contraceptifs et la quantité de produits distribués.
- **Résultat** : Un changement à court-terme dans un groupe démographique résultant d'un ensemble d'activités. Par exemple, changement de couverture des soins prénataux, proportion d'accouchements sans danger, connaissances et attitudes des méthodes de planification familiale/santé génésique, besoin de planning familial non satisfait et taux de prévalence des contraceptifs.
- **Impact** : Changements à long terme au sein d'un groupe démographique de bénéficiaires. Par exemple, changement du taux global de fécondité et des taux de morbidité et de mortalité maternelle.

Deux types de cadres sont couramment utilisés pour planifier et organiser la conception d'une intervention ou d'un service et de son plan de S&E : cadre logique et cadre conceptuel.

FIGURE 4. Niveaux dans la chaîne des résultats



## CADRES LOGIQUES

Depuis l'élaboration de l'approche de cadre logique pour l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID) en 1969, les cadres logiques (que l'on appelle également LogFrames ou modèles logiques) ont été adoptés et adaptés sous diverses formes par de nombreux organismes de développement bilatéral et international.

La [Figure 5](#) illustre les éléments d'un LogFrame.

LogFrame aide les responsables et les équipes à répondre aux quatre questions clés suivantes :

1. Qu'essayons-nous d'accomplir et pourquoi ?
2. Comment allons-nous mesurer la réussite ?
3. Quelles sont les conditions devant exister à chaque étape de notre intervention ?
4. De quelles ressources et de quels processus aurons-nous besoin pour y parvenir ?

LogFrame aide à repérer les liens de causalité dans la chaîne de résultats : intrants → processus (activités) → produits → résultats → impact. Ces liens de causalité façonnent la logique de l'intervention et guident le choix des indicateurs à chaque étape de la chaîne de résultat.

FIGURE 5. Éléments classiques d'un cadre logique

Objectifs	Indicateurs	Moyens de vérification	Hypothèses
<b>But</b> Objectif ultime ou impact envisagé de l'intervention	Mesures utilisées pour évaluer dans quelle mesure le but a été atteint	Méthodes et sources d'information pour mesurer ou évaluer les indicateurs relatifs au but	Facteurs ou conditions nécessaires pour la durabilité à long terme
<b>Objet/Résultat</b> Les avantages attendus ou changements à réaliser au niveau des bénéficiaires, des communautés, des organisations ou des systèmes	Mesures utilisées pour évaluer dans quelle mesure l'objet/résultat a été atteint	Méthodes et sources d'information pour mesurer ou évaluer les indicateurs relatifs à l'objet/résultat	Facteurs ou conditions nécessaires pour le succès du programme à ce niveau et la progression vers le niveau suivant
<b>Produits</b> Résultats tangibles, directs des activités du programme attendus pour réaliser l'objet	Mesures utilisées pour évaluer dans quelle mesure les produits ont été réalisés	Méthodes et sources d'information pour mesurer ou évaluer les indicateurs relatifs aux produits	Facteurs ou conditions nécessaires pour le succès du programme à ce niveau et la progression vers le niveau suivant
<b>Processus/Activités</b> Actions entreprises par un programme en vue d'atteindre les objectifs fixés	<b>Intrants/Ressources</b> Personnes, temps, matériel, fonds nécessaires pour mener à bien les activités	Méthodes et sources d'information utilisées pour montrer que les activités ont été exécutées	Facteurs ou conditions nécessaires pour le succès du programme à ce niveau et la progression vers le niveau suivant

TABLEAU 1. Présentation du Cadre logique

Avantages	Inconvénients
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Améliore la qualité des plans d'intervention en exigeant la définition d'objectifs et d'indicateurs clairs et l'analyse des hypothèses et des risques.</li> <li>■ Quand il est utilisé régulièrement pendant une intervention, c'est un outil de management efficace pour guider la mise en œuvre et le S&amp;E.</li> <li>■ Résume la conception de plans complexes.</li> <li>■ Appuie la préparation de plans de mise en œuvre détaillés.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Suppose une relation linéaire entre intrants, produits et résultats qui ne tient pas compte d'autres facteurs influents.</li> <li>■ S'il est employé de façon rigide pendant le processus de conception, il peut entraver la créativité et l'innovation.</li> <li>■ S'il n'est pas mis à jour pendant la mise en œuvre, cet outil peut s'avérer statique et ne pas refléter l'évolution des conditions.</li> <li>■ Pour utiliser correctement cette approche, il est souvent nécessaire de recourir à la formation et au suivi.</li> </ul>

Pour comprendre comment LogFrame illustre explicitement la logique d'une intervention, examinez une nouvelle fois la [Figure 5](#). Une série de « si...alors » relie entre eux tous les éléments du LogFrame :

1. Si les ressources nécessaires sont disponibles et dans l'hypothèse où les conditions seraient favorables, *alors* les activités de programme peuvent être mises en œuvre, et ...
2. ...si les activités de programme sont mises en œuvre avec succès, et en supposant l'existence de conditions favorables spécifiques, *alors* les produits et résultats souhaités peuvent être obtenus, et ...
3. ...si les produits et résultats escomptés sont obtenus, et en supposant que des conditions spécifiques favorables existent, *alors* le but stratégique peut être atteint.

Ce LogFrame peut servir à conceptualiser un projet lors de la phase de planification et lors de l'examen des progrès et des mesures de redressement en cours de mise en œuvre. A l'instar de tout cadre, il a des avantages et des inconvénients, comme on le voit dans le [Tableau 1](#).

L'[Annexe A](#) de ce chapitre contient une illustration de LogFrame pour un programme de visites à domicile développé par la Banque interaméricaine de développement.

## CADRES CONCEPTUELS

Ces cadres sont semblables aux LogFrame dans la mesure où ils décrivent une chaîne de résultats, mais ils tiennent compte des raisons sous-jacentes *pour lesquelles* les changements se produisent le long de la chaîne des résultats. Là où LogFrames énonce simplement que les activités mèneront à des résultats encore plus vastes, les cadres conceptuels vous permettent de cartographier les facteurs qui, à votre avis, sont essentiels, et d'expliquer pourquoi ils contribuent fortement à la réussite.

Ce type de cartographie vous aide à décider quels facteurs suivre lors de la mise en œuvre des activités. Lorsque les données montrent que ces éléments essentiels ont été obtenus ou non, vous pouvez mieux comprendre pourquoi une intervention a été réussie ou non, et les changements à apporter dans l'avenir.

Vous pouvez voir les avantages et les inconvénients des cadres conceptuels sur le [Tableau 2](#).

TABLEAU 2. Présentation du Cadre conceptuel

Avantages	Inconvénients
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Procure une cartographie souple et visuelle de plans d'intervention complexes.</li> <li>■ Lorsqu'il est utilisé régulièrement pendant la mise en œuvre, il permet de recevoir très tôt des commentaires en retour sur ce qui marche ou non et les raisons qui l'expliquent.</li> <li>■ Aide à identifier les effets secondaires non voulus.</li> <li>■ Permet de définir quelles sont les problématiques sur lesquelles enquêter en profondeur, peut-être en utilisant des méthodes de recueil de données plus ciblées ou des techniques de S&amp;E plus sophistiquées.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Peut devenir trop complexe si l'échelle des activités est grande ou si une liste exhaustive de facteurs et d'hypothèses est réunie.</li> <li>■ Les parties prenantes peuvent ne pas être d'accord sur les facteurs déterminants qui sont à leur avis les plus importants</li> </ul>

Le cheminement vers le changement est un exemple de cadre conceptuel particulièrement utile. Ce modèle adopte la formule « si...alors » pour montrer, pas à pas, comment les résultats ont été conceptualisés et seront obtenus. La [Figure 6](#) est un exemple de Cheminement vers le changement pour un projet sanitaire municipal sur six mois au Nicaragua.

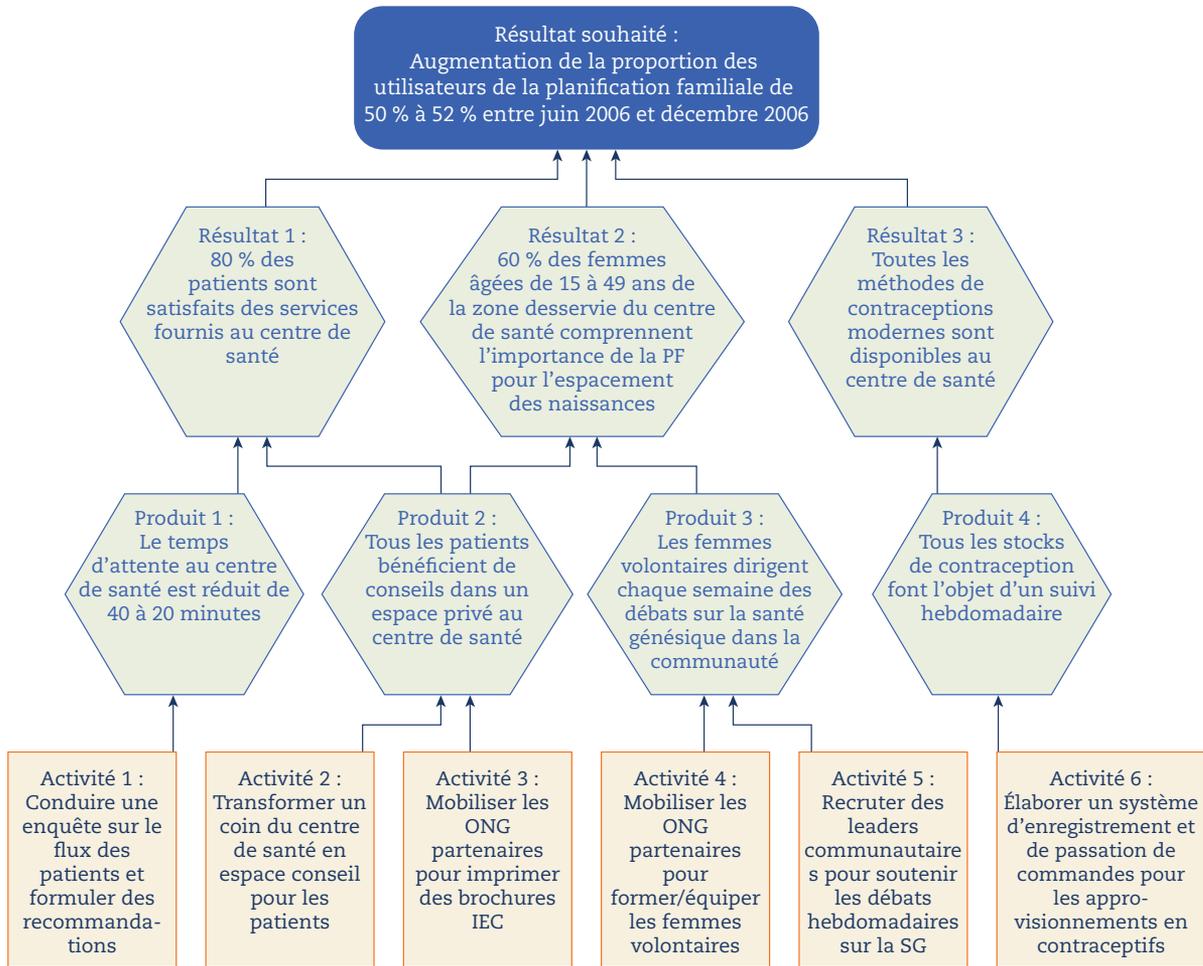
**Le cheminement vers le changement.** Le cheminement vers le changement figure dans ce chapitre en raison de son utilité pour les managers et de ses avantages en tant qu'activité de promotion du travail d'équipe. L'élaboration d'un cheminement vers le changement est en général un processus participatif qui permet à votre équipe ou à votre unité et à d'autres parties prenantes de concevoir une intervention et de déterminer son fonctionnement. Le produit final est une carte qui illustre comment les actions sont reliées entre elles et comment elles débouchent toutes sur le résultat escompté. La construction d'un cheminement révèle souvent ce que les employés d'une organisation pensent de la façon dont leurs actions contribuent au changement.

La création d'un cheminement vers le changement a plusieurs avantages. Tout d'abord, elle exige que votre équipe examine chaque action proposée et réponde aux questions suivantes :

- Chaque activité mène-t-elle au résultat souhaité ? Sinon, faut-il changer certaines activités, en ajouter ou en éliminer ?
- Les activités sont-elles séquentielles ? Sont-elles reliées entre elles logiquement ? S'enchaînent-elles sous la forme d'une série d'actions logique et rationnelle ?
- Avons-nous pensé à tous les produits et résultats requis pour obtenir l'issue escomptée ?
- Disposons-nous des ressources nécessaires pour mettre en œuvre les activités proposées ?
- Combien de temps faudra-t-il pour obtenir le résultat escompté ?
- Quels autres facteurs pourraient renforcer ou entraver les activités sur ce cheminement ?

Deuxièmement, votre équipe doit clairement expliquer et accepter la logique sous-jacente d'un plan d'intervention. Ce qui veut dire qu'il faut représenter sur le papier comment chaque action mènera au changement escompté, à chaque niveau de la carte. Pour finir,

FIGURE 6. Exemple de Cheminement vers le changement



le cheminement montre quels produits et résultats doivent être suivis par l'équipe et quels indicateurs il faut utiliser.

**Comment déchiffrer la cartographie du cheminement vers le changement ?** Un cheminement peut se déchiffrer comme un diagramme, avec des encadrés et des flèches illustrant la relation entre les actions et leurs effets, comme on le voit sur la Figure 6. Le résultat escompté apparaît en haut du cheminement, et les résultats qui doivent être obtenus pour y parvenir sont organisés dans la rangée suivante. Les produits qui doivent être obtenus pour parvenir aux résultats sont arrangés dans la rangée en dessous. Et, pour finir, les activités se trouvent tout en bas.

Lorsque vous partez du bas pour aller vers le haut, la carte représente les activités nécessaires pour aboutir aux produits, et les résultats nécessaires pour parvenir au sommet. Il faut toujours pouvoir tracer le cheminement, du début de vos actions au résultat escompté.

Il peut s'avérer utile de réfléchir au cheminement comme à un organigramme : vous pouvez commencer au bas de l'organigramme, au poste d'assistant administratif, monter au poste de coordinateur de bureau, puis aux fonctions de manager, puis de directeur du bureau.

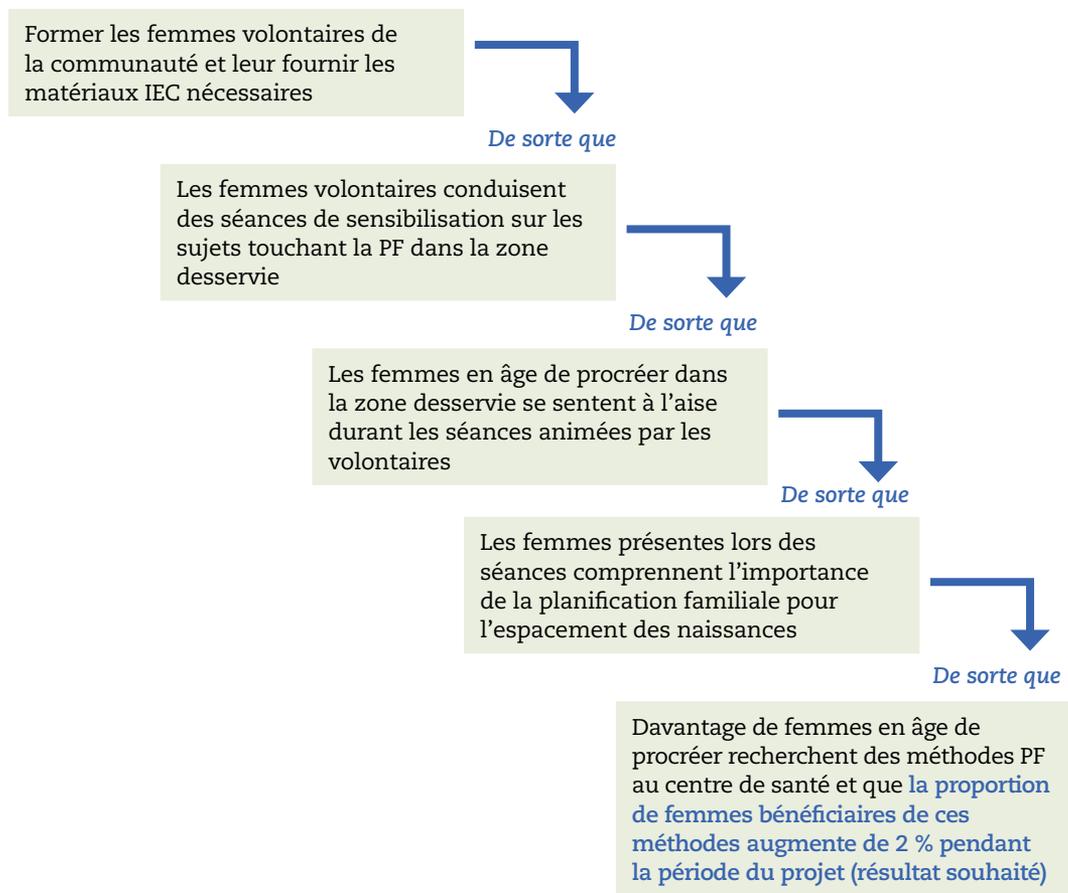
**Créer un cheminement vers le changement.** Pour concevoir un cheminement vers le changement, votre équipe doit représenter ce changement en partant de la fin pour aller vers le début. Vous commencez à la fin du cheminement (le sommet de la chaîne) et définissez le but à long-terme de l'organisation, ou le résultat escompté d'une intervention. Ensuite vous remplissez le schéma en allant du sommet vers le bas, là où vous identifiez finalement les principales activités : les premiers éléments de votre plan de mise en œuvre.

Au fur et à mesure que vous cheminez vers le bas, posez-vous trois questions : Quels résultats doivent être obtenus pour contribuer au but à long terme ? Quels produits doivent être obtenus auparavant pour obtenir les résultats ? Et quelles activités doivent exister préalablement pour obtenir les produits ?

Concevoir ainsi une intervention peut contribuer à indiquer les conditions nécessaires pour obtenir des résultats et atteindre le but à long terme. Il faut parfois s'y reprendre à plusieurs fois pour élaborer un cheminement vers le changement qui soit accepté de tous. Des résultats, des produits et des actions peuvent être ajoutés, modifiés ou supprimés jusqu'à ce que finalement une carte prenne forme qui illustre un récit accepté par toute l'équipe. Le débat est souvent l'aspect le plus utile de cette expérience, car l'équipe définit ensemble les attentes, les hypothèses et les caractéristiques du processus de changement.

**Utiliser une chaîne de « de sorte que » pour vérifier le cheminement dans un cheminement vers le changement.** Un bon moyen de vérifier la logique de votre

FIGURE 7. Chaîne « de sorte que » d'une seule activité du cheminement vers le changement



représentation du cheminement est d'inverser le processus et de créer une chaîne de « de sorte que » pour chaque activité. Les exemples de la [Figure 7](#) illustrent comment procéder pour l'Activité 5 sur la Figure 6. Le mouvement dans la chaîne du « de sorte que » est exactement l'inverse de celui du cheminement vers le changement. Vous placez chaque activité au sommet de sa propre chaîne et cheminez du haut vers le bas de la chaîne en direction du but ou du résultat escompté. Cette séquence permet de confirmer que chaque cheminement individuel contenu dans le plus vaste cheminement vers le changement est logique.

Pour utiliser cette technique, vous devez créer une chaîne séparée de « de sorte que » pour chaque activité contenue dans votre cheminement vers le changement. Vous commencez par décrire chaque activité et ajoutez les mots « de sorte que » suivis d'une description de ce qui se produit ensuite lorsque l'activité est menée à bien. Continuez de la sorte jusqu'à ce que vous ayez atteint votre but à long terme ou le résultat escompté.

## Les étapes d'élaboration d'un plan de S&E

Pour vous qui êtes un manager et un leader, l'une de vos principales tâches de M&E consiste à élaborer un plan qui vous aidera, vous et votre équipe, à obtenir les résultats escomptés et à procéder au suivi des progrès par rapport aux résultats pendant la mise en œuvre. Pour cela, vous devez non seulement choisir des indicateurs fiables mais aussi mesurer de façon organisée. Votre plan de S&E doit préciser quels seront les indicateurs mesurés, comment ils le seront, quand et par qui.

Un plan de S&E bien conçu répond aux cinq questions ci-dessous :

1. Le résultat attendu est-il mesurable ?
2. Quels indicateurs utiliserez-vous pour assurer le suivi de vos produits et évaluer vos résultats ?
3. Quelles sont vos sources de données et comment recueillerez-vous des données à partir de ces sources ?
4. Quels sont les délais pour chaque indicateur ?
5. Qui recueillera les données ?

Ces questions sont importantes, parce qu'en l'absence d'un plan de S&E, vous pourriez mal interpréter les effets de votre intervention. Vous pourriez décider qu'elle n'a eu aucun effet bien qu'en réalité, elle ait produit des résultats positifs, ou vous pourriez conclure qu'elle a eu un effet positif quand, en fait, elle n'a obtenu aucun résultat, ce qui est une erreur bien plus courante et destructrice.

L'élaboration et l'utilisation d'un plan de S&E assure que des données comparables seront collectées de façon régulière et opportune, même lors de changements d'effectifs au fil du temps. Le [Tableau 3](#) résume les étapes d'élaboration et de mise en œuvre du plan de S&E. Le reste de la section décrit chaque étape en détail.

### ÉTAPE I : DÉFINIR LES RÉSULTATS ESCOMPTÉS

La première étape d'élaboration du plan de S&E consiste à déterminer un niveau adapté de résultats. Ensemble, le type et la portée de l'intervention, les ressources disponibles, et le délai de mise en œuvre déterminent un résultat réalisable.

Comme vous l'avez vu plus tôt dans ce chapitre, les interventions menées par des organisations financées par des donateurs et par les services publics engendrent des produits ou des résultats. Bien que l'impact prenne du temps à être ressenti et ne soit généralement pas

TABLEAU 3. Étapes pour l'élaboration et l'utilisation d'un plan de S &amp; E

Étapes	Indications
1. Définir les résultats attendus	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les résultats doivent être identifiés en fonction du cahier des charges et du calendrier de votre intervention.</li> <li>Les résultats doivent satisfaire les critères SMART (Spécifique, mesurable, acceptable, réaliste, temporellement défini).</li> </ul>
2. Sélectionner les indicateurs	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les indicateurs doivent se conformer aux qualités d'un bon indicateur</li> <li>Les indicateurs doivent être d'un prix abordable, faciles à recueillir et comparables sur la durée et dans des lieux divers.</li> <li>Pour les problèmes sanitaires prioritaires et les services essentiels, utiliser des indicateurs principaux standards ou nationaux.</li> <li>Choisir un nombre minimum d'indicateurs clés, en s'assurant que les indicateurs choisis sont vraiment nécessaires pour mesurer les résultats souhaités.</li> </ul>
3. Identifier les sources des données	<ul style="list-style-type: none"> <li>Identifier la source des données de chaque indicateur. Les sources de données courantes comprennent les statistiques de services, les archives des organisations, les clients ou la communauté.</li> </ul>
4. Déterminer les méthodes de recueil de données	<ul style="list-style-type: none"> <li>Choisir les méthodes de recueil de données les mieux adaptées et les plus fiables pour chaque indicateur. Elles peuvent comprendre un examen des journaux ou registres pour les statistiques de service, l'emploi de listes de vérification d'observation, des entretiens avec les clients à la sortie, ou une enquête-échantillon pour des données prises dans la communauté.</li> <li>Décider de la fréquence du recueil des données. Vous pourriez recueillir uniquement les données initiales et postérieures à l'intervention ou encore, vous pourriez avoir à recueillir des données quotidiennes, mensuelles ou trimestrielles, tout dépend du type d'indicateur.</li> <li>Concernant chaque indicateur, affectez la responsabilité du recueil des données à un bureau, une équipe ou une personne donnée.</li> </ul>
5. Recueil des données initiales et après l'intervention	<ul style="list-style-type: none"> <li>Reconnaître que les résultats initiaux serviront à déterminer vos cibles.</li> <li>Définir clairement la période couverte par les données initiales, car il vous faut une période de temps similaire pour établir une comparaison à la fin de la période de mise en œuvre.</li> <li>Employer la même méthodologie et les mêmes outils pour le recueil des données que pour les mesures initiales et les données postérieures à l'intervention.</li> </ul>
6. Partagez et utilisez vos résultats	<ul style="list-style-type: none"> <li>Prévoir des réunions, des ateliers et des rapports pour présenter les résultats au personnel de projet, à la direction et aux principales parties prenantes.</li> <li>Présenter des options d'apprentissage et d'action sur la base des résultats de S&amp;E.</li> </ul>

à la portée d'un seul ensemble d'activités, il est important de l'inclure dans votre plan de S&E pour que la contribution à long terme de votre intervention soit claire.

Pour déterminer à quel niveau vous devez suivre et évaluer vos résultats, il est utile d'examiner une nouvelle fois la chaîne de résultat et de la compléter, en commençant sur la droite par le résultat ultime (impact) et en remontant aux matériaux et ressources nécessaires (intrants).

Intrants → Processus → Produits → Résultats → Impact

- **Impact** : Ces résultats se mesurent dans la population, prennent relativement longtemps à obtenir (en général trois à cinq ans), et exigent les efforts concertés de plusieurs interventions et même de plusieurs organisations. En tant que manager, vous n'êtes peut-être pas chargé de mesurer l'impact mais il faudra l'inclure dans la logique de votre plan de S&E pour savoir ce que votre organisation et vous même souhaitez accomplir à long terme.
- **Résultat** : Dans la plupart des cas, les managers sont chargés de mesurer les conséquences au niveau du produit et/ou des résultats. Les résultats sont l'aboutissement des activités visant à produire un changement de comportement chez les prestataires ou chez les usagers. Les résultats se mesurent souvent en termes de changement dans l'offre de service et d'évolution dans les connaissances, les attitudes et les pratiques des populations bénéficiaires.  
Un résultat pourrait être par exemple le lancement d'une pratique éprouvée de prestation de service, l'adoption de nouvelles approches de gestion ou le plaidoyer pour la conception d'une politique de santé. Il pourrait aussi s'agir d'une augmentation du nombre de femmes accouchant dans un établissement sanitaire ou du nombre d'enfants ayant reçu tous leurs vaccins. Dans la plupart des cas, il est possible d'établir une relation claire entre les produits et les résultats.
- **Produits** : Ils sont les produits directs des activités. Ils doivent faire l'objet d'un suivi pendant toute la durée de la mise en œuvre car ils constituent un élément essentiel d'une bonne gestion. Les plans de S&E doivent définir les produits attendus de chaque activité. Pour les points d'offre de service, cela signifie généralement des produits relatifs aux services (par exemple, nombre de clients servis ou longueur de la période d'attente des clients).  
Pour les organisations qui n'offrent pas directement de services de santé, cela peut signifier la distribution de produits de santé ou le fait de dispenser des formations (par exemple, nombre de produits de planification familiale distribués ou nombre de participants formés).
- **Processus** : Le suivi des processus ou des activités est essentiellement une mesure de responsabilisation, il faut s'assurer que les activités sont menées dans les temps et avec des ressources suffisantes. Le suivi à ce niveau retrace les progrès de mise en œuvre par rapport aux délais proposés et l'utilisation des ressources par rapport aux budgets. Il est généralement effectué via la soumission de rapports trimestriels, semi-annuels et annuels.
- **Intrants** : Lorsque vous mettez sur pied une intervention, vous devez déterminer le nombre et le genre de ressources nécessaires à la mise en œuvre de l'activité. La performance peut être suivie en termes de quantité et de catégories d'intrants fournis, et du nombre et de la catégorie des activités menées à bien.

La prochaine étape dans la définition des résultats attendus consiste à s'assurer qu'ils répondent aux critères SMART (voir [Tableau 4](#)). Vous pouvez assurer le suivi et l'évaluation des progrès par rapport à l'évaluation uniquement lorsque ce résultat a été défini en termes mesurables.

TABLEAU 4. Critères d'un résultat SMART

Critère	Description
Spécifique (S)	Rédigé clairement et bien compris. Le résultat souhaité est suffisamment spécifique pour être mesuré par une fréquence, un pourcentage ou un nombre.
Mesurable (M)	Il est possible de contrôler les progrès et d'évaluer les résultats. Le résultat souhaité est formulé dans des termes qui sont mesurables.
Approprié (A)	Le résultat souhaité est acceptable pour votre cahier des charges et pour la mission de votre organisation.
Réaliste (R)	Le résultat souhaité peut être réalisé et sous le contrôle de votre organisation. Il peut se faire de façon réaliste en utilisant les ressources à disposition et dans les délais de votre plan de mise en œuvre.
Temporellement défini (T)	Une période de temps précise est définie pour atteindre le résultat souhaité.

Voici un exemple de résultat mesurable pour une intervention visant à promouvoir la couverture vaccinale des enfants de 12 à 24 mois : *La proportion d'enfants de 12 à 24 mois totalement vaccinés dans la zone desservie augmentera pour atteindre 70 percent au cours de l'année suivante.*

## ÉTAPE 2 : IDENTIFIER LES INDICATEURS ET LEURS DÉFINITIONS

Les indicateurs sont normalement des pourcentages ou des proportions qui représentent la mesure d'une situation spécifique dans la population concernée. Ils peuvent aussi représenter une valeur absolue, comme le nombre d'occurrences d'un événement sanitaire (par exemple, décès maternel ou cas de paludisme).

Tous les indicateurs doivent être définis de façon détaillée. S'agit-il d'un indicateur qualitatif ou quantitatif ? S'il s'agit d'un pourcentage, quels sont le numérateur et le dénominateur ? Les définitions doivent être suffisamment détaillées pour que des personnes différentes puissent à divers moments recueillir des catégories de données identiques pour l'indicateur.

Vous verrez les caractéristiques d'un bon indicateur dans [l'encadré 2](#).

Les indicateurs peuvent être classés en tant qu'indicateurs d'état de santé ou en tant qu'indicateurs de performance de services.

Les indicateurs d'état de santé pourraient inclure le :

- le nombre de cas et de décès dus à des maladies spécifiques dans une période de temps donnée ;
- la proportion de la population qui souffre d'une maladie ou d'une situation, à un moment précis dans le temps ou pendant une certaine période ;
- la proportion de la population affectée par un facteur ou une situation qui les expose à des maladies, par exemple des connaissances insuffisantes ou un comportement dangereux.

Les indicateurs de performance pourraient inclure :

- la proportion de la population ayant bénéficié d'une prestation particulière ;
- la proportion de la population bénéficiaire démontrant avoir des connaissances et des comportements sanitaires particuliers ;

## ENCADRÉ 2. Qualités d'un bon indicateur

**Valide** : L'indicateur mesure ce qu'il est censé mesurer.

**Fiable** : La mesure de l'indicateur ne change pas, quel que soit le nombre de fois que cette mesure est prise.

**Précis** : L'indicateur est défini en termes clairs, précis pour pouvoir être mesuré. L'indicateur peut être qualitatif (descriptif), discret (oui/non), ou basé sur des proportions ou des niveaux quantitatifs, tant qu'il est clairement mesurable.

**Facile à comprendre** : Les experts comme les non experts peuvent comprendre ce que l'indicateur signifie.

**Discret** : L'indicateur reflète un seul élément ou un seul aspect d'un résultat plus complexe. Il ne mesure qu'une seule chose, et non un ensemble de choses.

**Opportun** : L'indicateur peut être mesuré à des intervalles opportuns en fonction de la disponibilité des données.

**Comparable** : Si possible, l'indicateur évite les définitions étroites ou uniques dont les valeurs seraient difficiles à comparer à d'autres résultats.

**Utilisable** : Les données destinées à l'indicateur sont faciles à obtenir auprès d'une source crédible et relativement peu coûteuses - cadrent avec les ressources de votre organisation. Si de telles données ne sont pas accessibles, certaines méthodes permettent de les obtenir à l'avenir.

- la proportion des formations sanitaires et de personnels démontrant leur adhésion aux normes particulières de service ou atteignant des objectifs fixés ;
- la proportion de formations sanitaires adhérant aux normes définies de gestion fonctionnelle (par exemple affectation de personnel, accessibilité des médicaments, enregistrement et reporting).

Des orientations complémentaires sur les indicateurs sont disponibles à : « [Menu of Indicators on Management and Leadership Capacity Development](#) ».

## ÉTAPE 3 : IDENTIFIER LES SOURCES DES DONNÉES

Vous devez maintenant identifier une source de données pour chaque indicateur du plan de S&E, en choisissant des données qui sont facilement accessibles à partir d'une source crédible et financièrement viable pour votre organisation. Dans l'idéal, vous devriez choisir des données qui sont déjà accessibles par le biais de l'organisation au lieu de lancer une nouvelle stratégie de collecte de données, ce qui pourrait s'avérer coûteux et prendre du temps.

Pour bien commencer, il faut se demander : Quelles données recueillons-nous déjà de façon régulière et systématique ? Il faut toujours tenir compte des avantages et des inconvénients de chaque source de données. Veuillez vous reporter à la section « [Choisir vos sources de données](#) » pour plus d'information sur les avantages et les inconvénients de certaines sources de données courantes.

Vous devez être aussi précis que possible sur les sources de données, ainsi les mêmes sources pourront être régulièrement utilisées pendant toute la durée de votre intervention. Changer les sources de données pour le même indicateur peut entraîner des incohérences et des erreurs d'interprétation. Par exemple, si vous mesurez les taux de mortalité infantile, passer d'estimations basées sur des enquêtes à grande échelles à des estimations basées sur des statistiques hospitalières peut vous donner une fausse impression de changement.

## ÉTAPE 4 : DÉTERMINER LES MÉTHODES DE COLLECTE DES DONNÉES

L'étape suivante consiste à définir les méthodes ou les outils que vous utiliserez pour recueillir les données pour chaque indicateur. Pour les indicateurs basés sur les **données brutes** (données que vous recueillez vous-même), vous devrez décrire le type d'instrument dont vous avez besoin pour recueillir les données. Par exemple, des questionnaires structurés, des listes de vérification d'observation directe, ou des balances pour peser les enfants.

Pour les **données secondaires** (collectées par autrui mais que vous pouvez utiliser), vous devez expliquer la méthode de calcul de l'indicateur et la source des données, en fournissant suffisamment de détails sur la méthode de calcul pour qu'elle puisse être reproduite. Souvenez-vous que s'il est plus facile et moins onéreux d'utiliser des données secondaires, leur qualité est souvent moins fiable que celle des données brutes.

Il est aussi important de noter la fréquence de la collecte de données pour chaque indicateur. Selon le type d'indicateur, vous pouvez avoir besoin de collecter des données tous les mois, les trimestres, les ans ou même moins fréquemment. Lorsque vous élaborez le programme de collecte de données pour chaque indicateur, n'oubliez pas qu'il faut communiquer l'information à temps aux décideurs de votre organisation. Attribuer la responsabilité de la collecte des données à des personnes individuellement ou à des groupes parmi le personnel contribuera à assurer que les données sont recueillies à temps.

L'information des étapes 1 à 4 vous indiquera le contenu de votre plan de suivi et d'évaluation. Le [Tableau 5](#) illustre les éléments d'un plan de S&E pour un programme de mentorat clinique concernant des formations de conseil et dépistage volontaire (CDV).

## ÉTAPE 5 : COLLECTE DES DONNÉES INITIALES ET DES DONNÉES DE SUIVI

Le recueil de données initiales exactes est l'une des tâches de S&E les plus importantes. Les données initiales sont le point de départ à partir duquel fixer les buts que vous et votre équipe espérez atteindre et qui vous permettent de suivre l'évolution des indicateurs pendant la durée de vie de votre intervention. Ainsi, les données initiales contribuent à peaufiner le résultat final attendu.

Vous devrez recueillir les données initiales sur chaque indicateur *avant* le lancement de votre activité. Ces données déterminent le point de départ à partir duquel vous pouvez mesurer les progrès. Puis, à divers points de la mise en œuvre, vous recueillerez les données de suivi pour les comparer avec les niveaux de référence et les résultats anticipés. Ceci vous permettra, à vous et à d'autres décideurs de votre organisation, d'évaluer les progrès de chaque intervention ou de chaque service et de procéder aux changements nécessaires en cours de route.

Regardez l'exemple de [l'encadré 3](#).

Pourquoi suivre l'évolution des indicateurs lors de la mise en œuvre ? Dans un plan de S&E, les indicateurs sont liés aux effets immédiats (produits) et à long terme (résultats) devant faire l'objet d'un suivi par les managers. Au fil du temps, l'évolution des valeurs des indicateurs signale si ces résultats sont positifs, négatifs ou restent identiques, indiquant ainsi au manager que les interventions et les stratégies prévues pour obtenir les résultats escomptés fonctionnent ou non.

À la fin de la période de mise en œuvre, vous devrez recueillir des données sur vos indicateurs pour comparer les niveaux finals aux données initiales et aux résultats que vous aviez anticipés. Selon vos indicateurs, il se peut que vous ayez besoin de recueillir des données de suivi à un moment préalablement convenu pour déterminer si les changements perdurent une fois votre intervention achevée.

TABLEAU 5. Exemple de plan de suivi et évaluation

**Objectif:** Les agents de santé qui ont bénéficié de formations en classe améliorent leur aptitude à dispenser la thérapie antirétrovirale (ARV) conformément aux directives nationales

Activité/Produit	Indicateur	Source des données	Fréquence du recueil des données	Personne responsable	Calendrier/Dates butoir
Cliniciens ayant l'expérience du VIH recrutés pour servir de mentors cliniques dans 5 hôpitaux régionaux.	Nombre de mentors recrutés et placés dans les hôpitaux régionaux.	Dossiers de recrutement.	Au fur et à mesure.	Directeur adjoint des programmes cliniques.	Septembre 2008
Dans 5 hôpitaux régionaux, des médecins reçoivent une formation individuelle aux ARV.	Nombre de sites bénéficiant d'un mentorat clinique. Nombre de médecins bénéficiant d'un mentorat individuel. Nombre de jours de mentorat offerts.	Rapports mensuels du mentor.	Mensuel	Mentors	Mars 2009
Résultat	Indicateur	Source des données	Fréquence du recueil des données	Personne responsable	
Les agents de santé acquièrent des connaissances sur les ARV.	80% des participants obtiennent 85% de bonnes réponses ou plus dans les tests postérieurs à la formation.	Étude spéciale.	Dates à déterminer	Directeur adjoint des programmes cliniques.	
Les agents de santé améliorent leurs aptitudes à dispenser les ARV.	Pourcentage d'aptitudes démontré sur la liste de vérification des aptitudes.	Étude spéciale.	Dates à déterminer	Directeur adjoint des programmes cliniques.	

Source : [Centre international de formation et de sensibilisation au VIH](#), p. 2.

### ENCADRÉ 3. Utiliser les données initiales pour ajuster les résultats

Une équipe chargée de survie infantile propose une intervention ayant un résultat précis et mesurable, comme suit : dans les 12 prochains mois, 40 % des enfants âgés de 12 à 24 mois dans la zone desservie seront totalement vaccinés.

Pour déterminer si son programme peut véritablement obtenir ce résultat, l'équipe doit mesurer le niveau actuel de vaccination. En examinant les données, on se rend compte que seuls 10% des enfants de la zone desservie sont totalement vaccinés à 24 mois. Ce sont donc leurs données initiales.

La manager se rend compte qu'en 12 mois seulement, il ne sera pas possible d'atteindre le niveau ciblé de 40% de vaccination. Donc, la manager et son équipe révisent les résultats attendus, les réduisant à quelque chose de plus réaliste et raisonnable, mais toujours important. Dans les 12 prochains mois, 20 % des enfants âgés de 12 à 24 mois dans la zone desservie seront totalement vaccinés.

**Une note sur l'utilisation des indicateurs pour une évaluation.** La plupart des initiatives de S&E insistent sur le choix d'indicateurs bien définis pour fixer des buts et mesurer les changements des états de santé ou des services sanitaires.

Mais il est important de se rappeler que les indicateurs sont de simples marqueurs. Les données des indicateurs procurent des indices afin de savoir si une intervention ou un ensemble d'activités sont dans les temps et obtiennent les résultats escomptés. Ils ne répondent pas à la question de savoir pourquoi les résultats ont été obtenus ou non. Ils n'expliquent pas les résultats involontaires, les liens entre interventions et résultats ou les causes des résultats perçus survenant en dehors de l'intervention. Ils ne peuvent donc pas prescrire d'actions devant être menées pour améliorer les résultats.

Les données des indicateurs doivent donc être interprétées avec prudence. Elles ne font que signaler des résultats qu'il faudra ensuite approfondir, sans procurer d'évaluation définitive de réussite ou d'échec. Normalement, une étude d'évaluation est menée pour déterminer si une intervention peut être considérée comme réussie et pourquoi.

En général, lorsque vous remontez dans la hiérarchie, passant des activités aux résultats à long terme, le S&E devient plus complexe. Au niveau des processus et des produits, vous pouvez facilement voir quelles activités ont été achevées et quels sont leurs effets immédiats. Il s'agit là d'information opérationnelle, une information utile aux décisions de gestion au jour le jour. Toutefois, pour déterminer et mesurer les résultats provenant de la synergie des produits, vous devrez probablement intégrer des informations qualitatives et quantitatives et moins vous appuyer sur les indicateurs quantitatifs individuels.

Souvenez-vous que lorsqu'une amélioration souhaitée (performance au sein du service, connaissances et comportement des prestataires ou des bénéficiaires, ou tendance d'un problème de santé) est confirmée par le biais du S&E, cela ne prouve pas pour autant que c'est l'intervention elle-même qui a amené ce changement. D'autres événements ont pu se produire au sein du service ou dans l'environnement qui ont suscité ce changement. Bien entendu, cela s'applique aussi aux résultats négatifs ou aux résultats indiquant l'absence de changement.

## ÉTAPE 6 : PARTAGE ET UTILISATION DE VOS DONNÉES

Pressés de commencer à recueillir des données, certains managers oublient de planifier un processus pour réfléchir à l'information obtenue et effectuer les changements nécessaires à l'amélioration de résultat des activités. Pour vous assurer que les données seront utilisées (et

### Utilisation des résultats pour améliorer les données de routine en action – Exemple du Pakistan

Au Pakistan, grâce à l'appui du projet PRIDE, 10 équipes de sous-district ont appliqué une série de procédures et de formats PIP-PH (Processus d'évaluation et d'amélioration des performances de la santé publique) conçus pour résoudre les problèmes de santé identifiés comme étant les plus graves pour leurs populations. Ils ont utilisé le processus PIP-PH pour hiérarchiser les problèmes et les services à améliorer impérativement à court terme.

Dans le cadre du processus PIP-PH, les équipes ont également conçu un format de cadre de veille sanitaire pour leurs sous-districts dans leur ensemble ainsi que pour les installations en leur sein. Chaque équipe a sélectionné des indicateurs pour mesurer l'état de deux problèmes de santé publique prioritaires, les services essentiels connexes et les contraintes touchant ces services.

Les équipes ont utilisé les formulaires de veille sanitaire afin d'établir des valeurs de référence pour les indicateurs et de surveiller ces valeurs au fur et à mesure que les interventions se déroulaient. Les formations sanitaires révisaient et mettaient à jour le formulaire chaque mois ; les équipes de sous-district, y compris les managers des structures, examinaient et discutaient des formulaires revus chaque trimestre.

Les équipes de sous-district utilisaient les informations pour analyser les raisons des progrès réalisés ou de la stagnation constatée afin d'apporter leur soutien aux managers des formations sanitaires. Le processus a incité les managers à améliorer l'exhaustivité et l'exactitude des données de routine afin qu'ils puissent utiliser ces informations pour surveiller plus efficacement les événements liés à la santé et les services essentiels et apporter les améliorations nécessaires

Des exemples et des informations détaillées sur le processus PIP-PH et le cadre de veille sanitaire sont disponibles dans le [Rapport annuel](#) du projet PRIDE 2007.

Pour des approches supplémentaires de l'utilisation de données afin d'améliorer les performances d'une organisation, d'une équipe, d'un service de santé ou d'une intervention, reportez-vous au processus [Évaluation et amélioration des performances](#) (PAI) sur le site Web du programme Leadership, Management and Sustainability (LMS).

pas simplement collectées), réfléchissez à la façon dont vous et votre équipe disséminerez l'information de S&E et obtiendrez des retours d'information de diverses parties prenantes. Un petit nombre de questions essentielles vous guidera :

- Qui a besoin de quel type d'information et quand en ont-ils besoins ?
- Quel moyen devrez-vous employer pour faire circuler l'information au personnel, à la haute direction et aux autres parties prenantes ? Suffit-il de faire circuler un rapport ou faut-il organiser une réunion ou un atelier ?
- Devriez-vous organiser des réunions communautaires pour solliciter auprès de vos bénéficiaires un retour d'information sur les conclusions initiales du S&E ?
- Comment devriez-vous présenter l'information pour qu'elle soit utile aux diverses parties prenantes ? Faudrait-il la présenter visuellement, sous forme de tableaux, de graphiques, ou de cartes ?

Le S&E doit être entrepris en vue d'utiliser immédiatement les résultats pour identifier les lacunes de performance et agir en vue de réduire ou de combler ces lacunes. Vous devriez toujours prévoir des moyens de tirer parti des résultats de S&E pour les besoins de l'apprentissage et de l'action. Par exemple, si les activités de projet ne mènent pas aux produits attendus, que faut-il faire ? Si les services essentiels ne permettent pas d'atteindre les niveaux

de couverture anticipés ou des groupes démographiques déterminés, que faut-il changer ? Et comment pouvez-vous porter ces faits à l'attention des personnes concernées pour obtenir une réponse rapide ?

## Conception d'un outil de S&E

### LES ÉCUEILS DU SUIVI ET DE L'ÉVALUATION

Il existe couramment un certain nombre d'écueils qui peuvent vous empêcher, en tant que manager, d'améliorer la fonction de S&E dans votre organisation.

- **Planification excessive ou insuffisante.** Certains parmi vous passent peut-être trop de temps à élaborer le plan de S&E, ce qui peut entraîner l'élaboration de plans d'un usage trop complexe. Ou encore les manager trop impatientes de mettre en œuvre les interventions de S&E peuvent se lancer avant d'avoir achevé un plan complet de S&E. Ce qui signifie qu'une fois le plan terminé, il est souvent trop tard pour obtenir des données initiales exploitables et le S&E doit être repoussé à plus tard. Dans ces cas, le manager peut être obligé de se contenter d'une sorte d'évaluation tardive, sans données initiales pour les besoins de la comparaison.
- **Négliger le suivi constant.** Un autre piège dans lequel il est facile de tomber consiste à négliger d'intégrer un suivi continu dans la mise en œuvre des activités. Souvent, cela est dû au manque d'expérience. De nombreux managers n'ont pas eu accès à des outils de suivi utiles (qui sont rares). Ils peuvent ne pas avoir reçu à temps les résultats ou le retour d'information du système de S&E dans le passé, et ne voient donc peut-être pas la valeur du suivi régulier. De plus, les managers peuvent facilement être pris dans les détails de la mise en œuvre et négliger le suivi de routine.
- **Sur-planification.** Encore un autre piège de suivi : il consiste à essayer de suivre les données sur tous les indicateurs possibles. Essayer de capter des données sur de trop nombreux facteurs rend la procédure de suivi si compliquée qu'elle devient imprécise. Le procédé s'en trouve aussi ralenti, de telle sorte qu'une fois les données recueillies et analysées, elles ne sont plus d'aucune utilité. Les outils de suivi qui sont trop longs et trop complexes ne sont pas utilisés. Que se passe-t-il ensuite ?

Si vous avez déjà rencontré de tels problèmes, il est temps de changer d'approche. Vous pouvez élaborer un simple plan de S&E et utiliser de simples outils de suivi. Découvrez ce que vous devez mesurer pour obtenir des données dans les trois à six mois ; le cadre dépendra du planning de votre organisation et des cycles de reporting. Essayez aussi de comprendre, au minimum, ce qui doit être mesuré dans une évaluation à plus long terme. Faites le choix de la simplicité même dans le contexte d'un ensemble d'activités complexe..

Essayez d'inclure seulement ce qu'il vous faut savoir. Vous pouvez examiner tous les indicateurs proposés avant de les inclure dans le S&E, et vous demander : Qui a besoin d'utiliser cette information, quand et dans quel but ? Si un seul indicateur de produit vous suffit, c'est parfait ! Ne surchargez pas le suivi d'indicateurs inutiles. Dans de nombreux cas, des données en moins grand nombre procurent plus d'information.

## CARACTÉRISTIQUES D'UN BON OUTIL DE SUIVI

En tant que manager, vous n'avez pas besoin de tout savoir pour gérer un service ou une intervention. Vous avez besoin de l'information immédiatement. Il vous faut un outil de suivi capable de vous fournir suffisamment d'information et dans les délais pour repérer les problèmes et les corriger dès qu'ils font surface.

Un outil de suivi doit être aisé à mettre sur pied et d'utilisation facile. Les tableaux, les listes de vérification et les graphiques simples sont des méthodes particulièrement utiles de collecte, d'organisation et de présentation de l'information de suivi.

Votre outil de suivi doit au minimum vous permettre, à vous et à votre équipe, de suivre :

- l'état de mise en œuvre de l'activité ;
- la livraison des produits ;
- l'état des indicateurs de produits clés par rapport aux résultats anticipés, le cas échéant ;
- les dépenses budgétaires ;
- la disponibilité des ressources humaines et financières ;
- les obstacles à la mise en œuvre et les remèdes appliqués .

Il faut que vous puissiez répondre aux questions suivantes à intervalles périodiques :

- Les activités ont-elles été mises en œuvre conformément à la planification, dans les délais et sans dépasser le budget ?
- Quelles activités supplémentaires non planifiées ont été menées ?
- Quels produits ou services directs et tangibles ont été livrés suite aux activités que nous avons mises en œuvre ?
- Somme-nous dans les temps par rapport aux résultats ?
- Disposons-vous des ressources nécessaires (effectifs, fonds, médicaments et fournitures, etc.) pour être dans les temps ?

[L'encadré 4](#) illustre les composants fondamentaux d'un outil de suivi simple.

Lorsqu'elles sont utilisées correctement, les nouvelles technologies (par exemple, tablettes, « smart phone », ordinateurs portables) peuvent faciliter le suivi et accroître les avantages

### ENCADRÉ 4. Un simple instrument de suivi

Date d'examen :		Resultats ciblés :			
Activités (en fonction du plan de mise en œuvre)	État à ce jour	Produits attendus	Dates d'achèvement	État à ce jour	Commentaires
Défis et opportunités :					

du suivi des activités. Le suivi automatique (données pouvant être extraites et traitées automatiquement) peut produire un résumé d'une page, facile à lire, des indicateurs clés codifiés par couleur, et qui alerte le manager sur les domaines devant attirer son attention. L'information opportune sur quelques indicateurs clés permet au manager de suivre le progrès et de prendre des mesures de redressement.

L'affichage visuel de l'information la plus cruciale requise pour la gestion d'un projet est généralement connue sous le nom de **tableau de bord de performance**. Les tableaux de bord de performance peuvent être utilisés dans toutes les organisations, les services ou les divisions. Dans les organisations de la santé publique, les tableaux de bord servent souvent à procéder au suivi des indicateurs financiers et de programme ainsi qu'à la couverture, la production, l'efficacité et la qualité de services de santé spécifiques. Un tableau de bord des ressources humaines, par exemple, comprendrait les indicateurs adaptés à la gestion :

- rétention des employés
- rotation des employés
- formation des employés
- lacunes de compétences
- satisfaction des employés
- coûts, avantages sociaux et frais indirects se rapportant aux employés

Le [tableau 6](#) représente un tableau de bord de performance, créé pour assurer le suivi des indicateurs clés des services de contraception chirurgicale volontaire.

Vous trouverez une description de l'emploi d'un tableau de bord de performance pour le suivi régulier dans une [étude de cas](#) (document en anglais) d'une ONG bolivienne, le Centre pour la recherche, l'éducation et les services (CIES).

**TABLEAU 6. Tableau de bord illustré des performances des services de CCV**

Service : Contraception chirurgicale volontaire  
Période de reporting : janvier 2009

N <sup>o</sup> .	Service dispensé/coût/ Indicateur de qualité	But de programme ou but financier/ Seuil		Nombre réalisé	Pourcentage réalisé												
		Min.	Max		10	20	30	40	50	60	70	80	90	100			
1	Nombre de CCV au cours du mois	8	10	7													
2	Coût moyen de la CCV en \$US	100	120	110													
3	Budget mensuel de revenus provenant des CCV réalisées, en \$US	800	1200	770													
4	Pourcentage de CCV réalisées par du personnel qualifié	—	100%	60													
5	Pourcentage de CCV sans complication	95	100	100													
6	Pourcentage d'usagers satisfaits du traitement dispensé par le personnel ayant effectué la CCV	90	100	90													

Adapté de Colindres, 2008, p. 6.

Pour toute information concernant la conception du tableau de bord, veuillez vous référer à « [Using Performance Dashboards to Monitor Organizational Achievements](#) ». Ce document clarifie le concept et définit les étapes clés de l'élaboration de tableaux de bord de performance.

## Conception de l'évaluation pour les besoins de l'apprentissage

Malgré l'importance du suivi régulier, le suivi ne suffit pas à vous permettre de répondre à la question « et puis quoi ». En d'autres termes, comment vos activités et vos produits ont-ils contribué à améliorer la couverture des services, accroître les connaissances ou à encourager des comportements favorables à la santé.

Peut-être une campagne de communication visant à accroître la prévalence des contraceptifs a-t-elle poussé le gouvernement à stocker des contraceptifs dans les entrepôts de district. Pour pouvoir tirer les enseignements de cette expérience et concevoir à l'avenir des campagnes plus efficaces, les responsables de projet veulent néanmoins savoir si ces produits ont vraiment été dispensés aux formations sanitaires et distribués aux clients. Cette section aborde la conception d'une évaluation pour les besoins de l'apprentissage.

Il existe deux raisons pour lesquelles mener une évaluation.

1. L'évaluation vous informe si votre équipe, votre unité ou votre organisation a réussi à atteindre ses objectifs. Cette information contribue à déterminer quelles activités élargir, modifier ou éliminer. Elle peut aussi révéler des moyens de mieux concevoir et gérer les futures activités.
2. L'évaluation peut apporter la preuve de votre responsabilité à votre donateur ou aux autres parties prenantes, y compris votre gouvernement et les bénéficiaires de vos prestations.

### ÉVALUATIONS FORMATIVES ET SOMMATIVES

Les managers peuvent mener deux grands types d'évaluations : formative et sommative.

**Évaluation formative.** Ce type d'évaluation est mené lors de l'élaboration et de la mise en œuvre de programme. Elle a pour objet de guider la conception et la mise en œuvre des activités comprenant les pratiques les meilleures et les plus prometteuses qui renforceront les chances de réussite. L'évaluation formative est plus couramment utilisée par de projets de grande envergure ou des projets à long terme que par des petits projets à court terme. Cependant, les petits projets devraient au minimum procéder à un bref examen des meilleures pratiques lors de la phase de planification en vue d'appuyer la logique et les contenus proposés de ces activités.

L'évaluation formative inclut une évaluation des besoins en vue de discerner les souhaits et les exigences d'un groupe démographique et de déterminer comment les satisfaire au mieux. Elle comprend également **l'évaluation de processus** destiné à enquêter sur le processus employé pour mener à bien une intervention. Vous pouvez recourir à l'évaluation du processus pour déterminer si les activités se sont déroulées conformément aux plans (en termes de conception originale, d'estimation des coûts et de nombre de personnes à desservir) et décider si la qualité des processus employés est conforme aux meilleures pratiques connues.

Une évaluation de processus inclut en général diverses approches. Elle peut comprendre un examen des données relatives aux produits (nombre de moustiquaires procurées, nombre d'ateliers de formation dispensés, nombre de participants aux ateliers) ainsi que des entretiens

individuels ou des groupes de discussion parmi les bénéficiaires. Les petites interventions mènent des évaluations de processus, ce qui est une bonne pratique, même si elles se limitent au retour d'information des participants.

**Évaluation sommative.** Ce genre d'évaluation est mené lorsqu'un ensemble d'activités ou une intervention sont terminés, de façon à évaluer la qualité de l'intervention et ses résultats clés. L'évaluation sommative comprend l'évaluation des résultats, l'évaluation d'impact, le rapport coût-efficacité et l'analyse coût-avantage, et la recherche opérationnelle.

L'évaluation sommative comprend **l'évaluation des résultats**, qui évalue dans quelle mesure une équipe, une unité ou une organisation dans son ensemble a obtenu les résultats escomptés. L'évaluation des résultats sert à démontrer la responsabilité, améliorer la conception des activités de l'organisation, mieux répartir les ressources et promouvoir des interventions réussies. Les principales questions auxquelles elle répond sont les suivantes : Qu'est ce qui a changé dans les vies des individus, des familles ou des communautés une fois notre travail terminé ? Quelle a été notre contribution ?

Comme nous l'avons déjà mentionné dans ce chapitre, les résultats sont généralement des changements mesurables et/ou observables dans deux domaines. Le premier domaine comprend la prise de conscience, la connaissance, les attitudes, les valeurs et les compétences des participants à un programme ou des bénéficiaires de services pendant et après leur participation à une intervention. Le deuxième domaine comprend des changements de comportement dans ces mêmes groupes.

Dans l'idéal, ces deux domaines devraient être mesurés à trois moments : au début et à la fin de la période de mise en œuvre et, si possible, après une période de suivi convenable. Si les mesures de suivi ne peuvent être réalisées, il faudrait au moins comparer les mesures des données initiales et les mesures post-intervention. Dans de nombreux cas, les changements peuvent être modestes mais au moins un ou deux résultats doivent s'être améliorés pour que l'intervention soit considérée comme réussie.

L'évaluation des résultats tente de séparer l'influence que cette intervention a eue sur ces changements de l'influence d'autres facteurs externes. Cependant, les évaluateurs doivent souvent se contenter d'attribuer un résultat en partie à une intervention spécifique ou à un service, car il est difficile de déterminer la relation directe et de cause à effet entre le service offert et le changement en question.

Les évaluations de résultat utilisent en général une conception non-expérimentale (souvent appelée « évaluation avant et après » qui mesure simplement le changement avant et après une intervention, contrairement à une conception expérimentale (comparant des participants à un groupe de contrôle, avec une affectation aléatoire aux deux groupes) ou à une conception quasi-expérimentale (comparant des participants à un groupe de contrôle mais sans affectation aléatoire).

La conception non-expérimentale est acceptable pour les mesures de résultats standard et les besoins du reporting. Les ONG utilisent rarement des conceptions expérimentales. Bien qu'une grosse organisation bien financée puisse à l'occasion obtenir l'aide d'un expert pour une conception expérimentale, la plupart des ONG pensent que des considérations éthiques et logistiques empêchent l'affectation aléatoire des participants aux interventions et aux groupes de contrôle. De plus, les coûts de la collecte de données d'un groupe de contrôle seront sans doute trop élevés.

**L'Évaluation d'impact** est un autre élément de l'évaluation sommative. Elle est plus vaste que l'évaluation des résultats et évalue les effets d'ensemble ou effets nets (à la fois voulus et non voulus) d'un programme dans sa totalité, de groupes de programmes ou de groupes d'organisations. Les évaluations d'impact se produisent souvent sur trois ou cinq ans.

### AUTRES TYPES D'ÉVALUATIONS

**Analyse de coût-efficacité et analyse de coût-avantages.** Ces catégories d'analyses se rapportent à l'efficacité d'une intervention en analysant les résultats en termes de coûts financiers et de valeur.

**Recherche opérationnelle (RO).** La recherche opérationnelle est l'évaluation d'une intervention spécifique dans le contexte d'un programme plus vaste qui offre un certain nombre d'interventions. La RO est utilisée pour tester et évaluer de nouvelles approches dans l'offre de services de santé. Elle sert aussi à repérer des problèmes dans l'offre de services et à trouver des solutions.

La RO est un outil puissant que les responsables de programme et les décideurs peuvent utiliser pour améliorer et élargir leurs services. Les études de RO comparent des interventions qui se trouvent dans la sphère d'influence du manager. Par exemple, évaluation de l'efficacité d'une nouvelle stratégie de prévention du VIH & sida, d'un nouveau cours de formation, d'un nouvel ensemble de procédures pour la gestion des médicaments, d'une nouvelle méthode contraceptive, ou d'un nouveau service de santé génésique.

[Le document de The Population Council intitulé Horizons Operations Research on HIV/AIDS Toolkit vous informe sur la conception, étape par étape, d'une étude de RO.](#)

### RÉFLÉXIONS SUR LA CONCEPTION D'UNE ÉVALUATION

**Que devez-vous évaluer pour répondre à la question « alors quoi » ?** Si vous, le manager, désirez savoir quand vos activités sont vraiment réussies, toutes vos interventions doivent être conçues en pensant aux évaluations et il vous faudra intégrer l'évaluation à la planification d'ensemble de votre organisation. Au moment de définir vos objectifs, vous devez vous demander : comment saurons-nous si nous atteignons ces objectifs ? C'est là le point de départ de l'évaluation.

Quelle que soit l'ampleur de votre intervention ou du service, et la portée de l'évaluation, vous devrez répondre à trois questions lors de la phase de conception et de planification:

1. Quel sera l'accomplissement de votre intervention ou de votre service, à court et à long terme ? Si vous réussissez la mise en œuvre d'un ensemble d'activités pendant une période, quelle sera la différence ?
2. Comment conceptualisez-vous vos activités, quelle en est la logique sous-jacente ? Deux approches visant à déterminer la logique du programme sont abordées dans ce chapitre sous la rubrique [Outils pratiques et approches de S&E](#).
3. Quels indicateurs pouvez-vous utiliser pour repérer les progrès par rapport aux résultats ?

Pour répondre à la question « alors quoi ? », vous devez évaluer les facteurs que vous maîtrisez relativement bien. Par exemple, un nouveau service ayant pour but de procurer des logements aux personnes vivant avec le sida ne peut avoir une incidence sur la durée de vie des bénéficiaires. En leur procurant un cadre de vie stable, toutefois, le service peut réduire le stress et améliorer la qualité de vie des personnes vivant avec le sida qui étaient auparavant obligées de déménager fréquemment.

Une fois réglée la question du « alors quoi » vous devez toujours vous assurer que l'évaluation est conçue de telle façon que lorsque le processus est terminé, vous pouvez aborder cinq questions d'évaluation clés :

1. **Pertinence** : L'intervention était-elle une bonne idée, vu la situation et le besoin d'amélioration ? A-t-elle répondu aux priorités de la cible ou du groupe bénéficiaire ? Pourquoi ou pourquoi pas ?
2. **Efficacité** : Les résultats, produits, et activités attendus ont-ils été réalisés ? Pourquoi ou pourquoi pas ? La logique d'intervention est-elle correcte ?
3. **Efficience** : Les intrants (ressources et temps) ont-ils été utilisés au mieux pour obtenir les résultats ? Pourquoi ou pourquoi pas ? Que pourriez-vous, vous et votre équipe, faire différemment à l'avenir pour optimiser les résultats à un coût acceptable ?
4. **Impact** : Dans quelle mesure votre intervention a-t-elle contribué aux buts à long terme ou aux buts à l'échelle nationale ? Quelles conséquences involontaires (positives ou négatives) ont eu vos activités ? Pourquoi ces conséquences se sont-elles produites ?
5. **Pérennité** : Une fois votre intervention terminée, est-il probable que les résultats positifs perdureront ? Pourquoi ou pourquoi pas ?

Un mot de prudence pour finir : tout comme le suivi, l'évaluation peut être rendue trop complexe. Lorsque vous élaborez un plan d'évaluation, il serait avisé de choisir un petit ensemble d'indicateurs clés et de résister à l'envie pressante d'évaluer tous les aspects de votre intervention.

Tout comme le suivi, l'évaluation est utile seulement lorsque l'information est renvoyée à temps au manager et autres décideurs et parties prenantes. Un problème qui est commun aux évaluations à mi-parcours est le suivant : les résultats reviennent souvent six ou huit mois (ou plus) plus tard, ce qui vous laisse uniquement un ou deux ans pour procéder à des changements durables avant l'épuisement du financement du donateur ou du gouvernement.

### CHOISIR VOS SOURCES DE DONNÉES

Cette section décrit trois types de sources de données qui sont couramment utilisées pour l'évaluation : données collectées de façon régulière, enquêtes à grande échelle et techniques d'évaluation rapides, y compris l'évaluation participative.

**Données de routine.** On appelle « statistiques de service » les données collectées et analysées de façon régulière par un SIS. Vous pouvez vous appuyer sur plusieurs systèmes habituels d'information de service pour assurer le suivi des services. Ils comprennent les SIS de base d'enregistrement et de reporting, les systèmes spéciaux de reporting de programme (par exemple, tuberculose, vaccination, VIH, planification familiale, etc.), les systèmes spéciaux de reporting des agents communautaires, (par exemple, dossiers des travailleurs de santé communautaire), la surveillance des maladies et l'annonce de la lutte contre la flambée épidémique et les systèmes d'information de riposte, et les rapports pour les systèmes spéciaux de soutien (par exemple, médicaments, aiguillage, et ressources humaines et gestion financière).

Ces systèmes procurent des données immédiatement utilisables qui sont censées vous informer de ce qui se passe dans le secteur de la santé. Des exemples de données de routine sont le nombre de visites prénatales dans un dispensaire, le nombre et le genre de vaccinations offertes sur place, ou le nombre et les catégories de contraceptifs fournis chaque mois.

Les données sur les services sont généralement recueillies par les centres de santé et les postes de santé et remontés au niveau supérieur dans le système (en général le district) où elles seront cumulées. Ces données peuvent ainsi être envoyées au niveau supérieur (régional ou provincial) pour être à nouveau cumulées avant de finalement arriver au niveau central du ministère de la santé.

Dans l'idéal, les managers des formations sanitaires et au niveau du district utiliseraient ces données pour orienter les opérations quotidiennes, suivre les performances, la responsabilisation et prendre des décisions améliorant constamment les performances. Mais de nombreuses entraves existent.

Trop souvent, les données de routine sont inexactes ou incomplètes. Bien que les utilisateurs du SIS tentent de produire une information de grande qualité en temps voulu, les possibilités d'erreur abondent. Il se peut que les managers et leurs effectifs bénéficient d'un appui insuffisant pour se concentrer sur des procédures de collecte, d'enregistrement et de cumulation correcte des données.

Les systèmes de santé de nombreux pays mettent l'accent sur l'importance de la soumission de rapports aux niveaux supérieurs, mais ils n'ont pas élaboré de procédure ni mis en place des incitations qui encourageraient ceux qui procurent l'information à l'utiliser, même lorsque ces données sont de bonne qualité.

Autre inconvénient, les statistiques de service ne procurent des informations que sur les personnes qui font usage des services de santé. Elles ne peuvent fournir d'information sur les nombreuses personnes qui ne recourent pas à ces services.

C'est pourquoi vous ne pouvez pas vous fier uniquement aux statistiques de service pour procéder à une évaluation. Les statistiques de service sont plus adaptées au suivi régulier des problèmes de santé publique et aux services essentiels connexes.

**Enquêtes à grande échelle.** Les enquêtes à grande échelle constituent une autre source d'informations facilement accessible. Il s'agit d'enquêtes démographiques telles que les Enquêtes démographiques et de santé (DHS), d'évaluations exhaustives de formations sanitaires telles que l'Analyse de situation du Population Council, et le recensement national. Dans de nombreux cas, les managers peuvent utiliser les données d'une enquête à grande échelle existante pour procurer une toile de fonds à l'interprétation de données obtenues via leurs propres évaluations.

Par exemple, les enquêtes démographiques et de santé sont répétées périodiquement afin de caractériser, dans un pays ou dans une vaste zone géographique, la situation sanitaire de nombreuses sous-catégories démographiques : hommes, femmes, enfants, enfants en bas-âge, etc. Mais leurs données ne peuvent généralement être désagrégées pour être utilisées par les managers de district ou communautaires.

Qui plus est, étant donné que ces enquêtes ne sont menées que tous les trois ou cinq ans, l'information qu'elles contiennent peut ne pas être suffisamment à jour pour les besoins d'évaluation des managers. Malgré ces inconvénients, les données des enquêtes DHS sont utiles à la compréhension des tendances nationales ou régionales susceptibles d'expliquer les données recueillies lors d'une évaluation ciblée.

**Évaluation rapide.** Ce sont des moyens rapides et économiques d'obtenir des informations utiles aux prises de décision, notamment au niveau des activités. Par exemple, des entretiens avec les clients à la sortie d'une formation sanitaire, évaluations de formations sanitaires à petite-échelle, enquêtes rapides sur échantillons, examen de dossiers, entretiens avec des groupes de discussion, et autres méthodes participatives.

Vous pouvez utiliser des techniques d'évaluation rapides pour compléter l'information obtenue des données de routine ou des enquêtes à grande échelle. Les évaluations rapides peuvent vous fournir des informations utiles sur votre zone desservie et votre zone de responsabilité, à savoir les communautés et les populations supposées avoir accès aux services essentiels fournis par une formation sanitaire donnée. Elles peuvent aussi vous fournir un contexte et une compréhension qualitative des données quantitatives recueillies par des méthodes plus officielles.

Dans la catégorie des évaluations rapides, les méthodes participatives et les enquêtes rapides d'échantillons méritent votre attention.

**Méthodes participatives (également connues sous le nom d'apprentissage et action participative).** Ces techniques et méthodes visent à intégrer les connaissances et les opinions des membres de la communauté dans les planification et la gestion des projets de développement, le plaidoyer pour les politiques publiques et la mise en œuvre des programmes. Elles permettent d'inclure les voix de la communauté aux politiques publiques, à la planification, à la recherche et de susciter un sentiment d'appropriation des résultats du S&E et d'engendrer des recommandations émanant des bénéficiaires et de l'organisation.

À la différence d'autres techniques d'évaluation rapide, les méthodes participatives ne s'appuient pas sur des échantillons. Elles sont fondées sur des entretiens avec des particuliers et des informateurs clés (y compris les entretiens avec les clients à la sortie de la formation sanitaire), des entretiens en groupes, des études de cas et autres approches qualitatives visant à déterminer les conditions locales et à comprendre les perspectives et les priorités locales.

Dans bien des lieux, les membres de la communauté ne savent ni lire ni écrire, donc les méthodes participatives reposent souvent sur la communication orale appuyée par des dessins, des symboles, des objets physiques et la mémoire de groupe.

Les méthodes participatives peuvent être employées avant, pendant et après la mise en œuvre d'une intervention ou d'un ensemble d'activités. Elles procurent des informations pour la conception et l'évaluation et permettent la participation active des parties prenantes aux prises de décisions. Lors de la mise en œuvre, les méthodes participatives constituent une approche utile au repérage des problèmes et à leur résolution.

Nous vous recommandons de profiter d'un listing de [ressources en ligne sur la recherche qualitative et les directives sur les entretiens avec des groupes de discussion](#) dans le [Boîte à outils communautaire](#) de l'Université du Kansas (lien en anglais).

**Enquêtes rapides sur échantillons.** Ces enquêtes peuvent servir à recueillir des informations standardisées auprès d'un échantillon réduit de personnes ou de ménages choisis avec soin dans une zone bénéficiaire. Ces enquêtes peuvent décrire les conditions dans une communauté ou un groupe cible précis et permettre de comparer divers groupes à un moment donné ou encore des changements au fil du temps dans un même groupe. Ils permettent aussi de comparer les conditions réelles aux résultats planifiés.

- Parmi les enquêtes sur petit échantillon, l'une des plus courantes est l'enquête sur les **connaissances, les attitudes et les pratiques** (CAP) qui est basée sur un échantillon de 30 groupes.
- **Échantillonnage pour assurance qualité par lot (EAQL, ou Lot Quality Assurance Sampling, LQAS en Anglais).** Il s'agit d'une autre technique d'évaluation rapide qui est de plus en plus largement employée en santé publique. Cette méthode EAQL utilise de très petits échantillons pour obtenir une information fiable sur une zone géographique ou une unité administrative réduite. La méthode EAQL peut servir à détecter avec précision les extrêmes

TABLEAU 7. Présentation de trois sources courantes de données pour une évaluation

Source des données	Avantages	Limites
<b>Statistiques de service :</b> Les données sur l'ensemble de la clientèle et les services cliniques recueillies régulièrement dans les registres clients et les dossiers cliniques	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Immédiatement disponibles</li> <li>■ Couvrent tous types de services de santé et toutes les régions d'un pays.</li> <li>■ Peuvent être ventilées au niveau des districts et au niveau local.</li> <li>■ D'usage peu coûteux</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Ne concernent que les clients actuels, aucune information sur les personnes qui ne font pas usage des services de santé mais qui pourraient le faire.</li> <li>■ Aucune information sur les valeurs, les perceptions ou les comportements de la communauté.</li> <li>■ Ne tiennent pas compte des personnes qui se procurent des services auprès de sources privées.</li> <li>■ Peuvent s'avérer inexactes lorsque les services n'enregistrent pas les données de façon précise, lisible et à temps.</li> </ul>
<b>Enquêtes à grande échelle.</b> Enquêtes sur une base démographique et évaluations à grande échelle des installations	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Données pertinentes, précises et fiables.</li> <li>■ Peuvent mesurer les tendances nationales de santé, identifier les domaines qui posent problème, et contribuer à cibler les ressources du pays sur les domaines de plus grande nécessité.</li> <li>■ Produisent des moyennes pour les zones rurales et urbaines, les régions et les provinces.</li> <li>■ Offrent un contexte d'interprétation des données recueillies localement.</li> <li>■ Peuvent produire des informations supplémentaires à partir de leurs ensembles de données informatisées.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ En général, il n'est pas possible de ventiler les données pour procurer des moyennes dans les zones des sous-régions (districts ou municipalités).</li> <li>■ En général, ne sont pas recueillies tous les ans; rapidement, les données ne sont plus à jour lorsque les conditions démographiques ou sanitaires changent rapidement.</li> </ul>
<b>Évaluations rapides :</b> Méthodes ciblées pour évaluer les besoins locaux et prendre des décisions locales.	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Rapides et peu coûteuses.</li> <li>■ Mènent à l'action à l'échelle locale.</li> <li>■ Des directives existent pour aider les managers dans nombre de ces techniques.</li> <li>■ Donnent aux managers le pouvoir de recueillir les données dont ils ont besoin.</li> <li>■ Les sondages auprès des foyers (par exemple EAQL ou CAP) peuvent être suffisamment précis pour les besoins des évaluations.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Équilibrent le besoin de résultats représentatifs et objectifs avec celui d'utiliser des conceptions légèrement moins rigoureuses qui sont plus réalisables dans les localités.</li> <li>■ Produisent des résultats dans les temps et à bas prix tout en ayant une portée et une échelle réduites.</li> </ul>

dans la performance, en vue de déterminer si une intervention a dépassé le plafond de performance ou a échoué à atteindre le plancher de performance en termes de qualité ou de couverture. Les échantillons par lot peuvent aussi être combinés pour produire des estimations de couverture dans une zone géographique plus vaste.

En tant que manager, vous devriez examiner toutes les sources de données existantes avant de planifier votre évaluation. Le Tableau 7 illustre les avantages et les inconvénients des trois principales sources de données abordées plus haut : statistiques de service de routine, enquêtes à grande échelle et techniques d'évaluation rapide.

Quelle doit être la qualité des données de SIS pour être utiles, dans quelle mesure doivent-elles être exhaustives, exactes et dans les délais ? Pour vos besoins de gestion, des données qui sont quelque peu imparfaites peuvent s'avérer suffisantes pour avoir un impact puissant, comme l'illustre cet exemple de Madagascar.

#### Utilisation et amélioration des données SIS imparfaites – Exemple de Madagascar

**Un SIS communautaire plus opportun et précis.** À Madagascar, un projet a adopté une approche communautaire pour accroître l'utilisation des méthodes de planification familiale appelée « Communes Champion » dans 50 des 110 districts du pays. Cette approche s'est basée exclusivement sur les données SIS pour le suivi stratégique et l'évaluation des réalisations chez les communes participantes.

D'abord, une référence a été établie pour chaque commune à l'aide des données issues du centre de santé de la commune en question. Ensuite, les représentants de personnel de centre de santé et de la communauté ont identifié des objectifs pour 10 indicateurs permettant de déterminer si une commune avait atteint le statut de championne après 12 mois de mise en œuvre. Chaque commune suivait ses propres progrès lors d'une réunion de contrôle trimestrielle.

Au bout des 12 mois, le personnel du projet est retourné dans chaque commune pour évaluer les résultats. Ils ont examiné les données du rapport de suivi de routine de chaque centre de santé pour chaque indicateur. Ils ont également préparé un rapport sur les données de chaque commune et l'ont envoyé au superviseur de district pour validation en fonction des dossiers informatisés du district. Les sources de données des rapports des centres de santé et les dossiers des districts étaient les mêmes (registres des centres de santé), donc il y avait rarement des incohérences. Mais l'idée était d'impliquer le superviseur de district dans l'examen des données des centres de santé et de montrer la pertinence de l'utilisation de données simples, même à ce niveau.

Le projet a également collaboré avec le ministère de la Santé au niveau du district pour améliorer la précision, l'exhaustivité et l'opportunité du SIS. Les efforts étaient axés sur l'obtention de données plus complètes auprès des centres de santé et la réduction du temps de traitement du bureau de santé du district, à savoir le temps nécessaire pour recevoir le rapport du centre de santé, l'examiner, le retourner au centre de santé pour correction, le récupérer, saisir les données dans le système, et envoyer les données au niveau central. Les districts étaient chargés de travailler avec les centres de santé pour améliorer l'enregistrement des données et mettre à niveau leurs propres techniques de traitement des données.

Après deux ans d'assistance technique, le SIS s'était effectivement amélioré, selon les indicateurs de précision, d'achèvement et de rapidité. C'est au niveau de la rapidité que l'on a constaté les améliorations les plus importantes, le délai de traitement étant passé de 12 mois à 3 mois.

(suite)

**Pas parfaites, mais toujours précieuses.** Cependant, le projet a déterminé que le Taux de Prevalance contraceptive (TPC), avait atteint un niveau suffisant pour suivre les performances des communautés participant à l'approche Communes championnes.

Le personnel du projet a également complété les comparaisons des TPC avec celles des valeurs du numérateur : de simples chiffres qui avaient un sens aux yeux du personnel des centres de santé et des communautés.

Au niveau central, l'on a commencé à organiser des ateliers régionaux trimestriels pour diffuser les résultats à l'échelle du district. Ensemble, les managers aux niveaux central, régional et de district ont analysé les progrès et ont évalué les districts sur la base de leurs performances. Ils ont fait appel à l'analyse des causes profondes, un processus pour identifier les causes sous-jacentes d'un problème, pour comprendre les obstacles auxquels sont confrontés les moins performants. (Voir l'Annexe A du Chapitre 2 de ce guide pour plus d'informations sur l'analyse des causes profondes.) Ensuite, le ministère de la Santé a mobilisé le soutien des bailleurs de fonds et des organisations partenaires pour faciliter l'amélioration.

Le ministère a commencé à utiliser les informations sanitaire pour bien gérer le système de santé. Avant cette intervention, peu d'organisations avaient confiance en ces données ou les utilisaient. Toutefois, dès que le système s'est révélé clairement fonctionnel, les donateurs y ont cru, les organisations partenaires l'ont utilisé et le ministère en était fier. Pour la première fois, ils avaient une idée claire de ce qui se passait dans le pays, et ils pouvaient utiliser ces informations pour plaider en faveur d'un appui des donateurs en cas de besoin.

De même, les centres de santé avaient rarement utilisé leurs propres données. Ils avaient simplement rempli les registres, puis les avaient envoyés au bureau de district, sans jamais recevoir de commentaires en retour. Une fois le projet terminé, ils ont vu comment des données plus précises pourraient être utilisées à leur avantage et pour celui de leurs communautés.

Les districts fonctionnaient également sans éléments d'information. Chaque district n'avait compté que sur ses propres données et fonctionnait dans le vide. Les changements dans le SIS et l'encouragement du gouvernement central ont permis aux districts de comparer leur travail et d'apprendre les uns des autres.

**Apprendre des données plus précises, plus complètes et plus opportunes.** Les données sont souvent utilisées pour effectuer des comparaisons, mais elles sont moins souvent utilisées comme outil d'apprentissage. Dans ce cas précis, lorsque les rapports arrivaient à temps, le ministère de la Santé utilisait les données, y compris les moins précises, pour identifier les districts qui étaient moins performants et ceux qui dépassaient les autres. Ils ont appris des meilleurs districts en posant les questions suivantes : Pourquoi leurs résultats étaient-ils si élevés ? Que faisaient-ils différemment ? Que pourrait-on reproduire ? Ils ont ensuite appliqué ce qu'ils ont appris, en utilisant ces districts comme modèles et en apportant un soutien aux districts moins performants.

Le système de santé tout entier est devenu enthousiaste au sujet des informations qu'il pouvait produire et utiliser. Partant des sphères supérieures, cet enthousiasme s'est répandu jusqu'aux niveaux inférieurs pour inciter les acteurs à améliorer leur méthode de collecte et de traitement des données.

## Données de SIS : points forts et limites

La sous-estimation de la valeur et de l'utilité du SIS est une tendance regrettable. S'il est vrai que le système SIS est souvent déficient, il a pourtant souvent du potentiel. Comme nous le voyons à Madagascar, le projet Communes championnes a nettement amélioré le système sur deux ans. Dans ce cas, le système était suffisamment fonctionnel, les projets antérieurs ayant investi dans une grande initiative pour mettre le système en place et le rendre

fondamentalement solide. En améliorant la gestion du système et l'utilisation des données, le projet le plus récent a réussi à obtenir des résultats importants à partir de petits changements.

Les données du SIS ne sont pas exactes à 100 pourcent et ne le seront jamais. C'est la réalité que tous les managers doivent gérer. Mais les données n'ont pas besoin d'être parfaites pour être utiles. Vous pouvez toujours assurer le suivi et gérer au moyen de données imparfaites. L'information venue dans les temps et qui est à 75 % exacte est supérieure à une information qui est à 95 % exacte mais qui arrive avec plusieurs mois de retard.

En dépit de leur grande valeur, les données du SIS seules ne répondent pas à tous les besoins d'information de nombreuses organisations. Certaines organisations et certains donateurs ont besoin de données exigeant des évaluations ou des systèmes spéciaux. En outre, de nombreuses interventions sont conçues pour changer les connaissances, les attitudes et les pratiques des bénéficiaires, ce que ne reflètent pas les données de service. Il est important d'utiliser des données du SIS chaque fois que cela est possible et de les compléter par des évaluations locales en fonction des besoins.

En qualité de manager de programmes ou de services de santé, une partie de votre travail devrait consister à améliorer le SIS dans le pays où vous travaillez. Dans la plupart des pays, le SIS est le seul système d'information pérenne. Les systèmes d'information qui sont créés et entretenus par les donateurs ou des organisations extérieures ont une durée de vie limitée, mais le SIS est un élément permanent de votre bilan.

Dans l'hypothèse où tous les partenaires et les donateurs œuvrent avec le ministère de la santé à procurer une assistance technique et financière pour le SIS, il serait possible de générer des informations améliorant grandement les services de santé, ce qui fait bien plus que justifier l'investissement.

## Pratiques éprouvées

---

- Un système de S&E devrait procurer aux managers ce dont ils ont besoin pour agir. Il doit s'appuyer sur des indicateurs pertinents, d'usage facile, et venant à point nommé pour la planification et les cycles de reporting.
- Les résultats de S&E ne sont pas réservés aux effectifs de S&E de votre organisation ou à votre donateur. L'information de S&E est une ressource essentielle pour l'action et l'apprentissage. Si votre processus de S&E dispose de mécanismes de retour d'information permettant aux décideurs de réfléchir sur ses conclusions et d'absorber ce dont ils ont besoin pour leurs propres objectifs, il s'appropriera le processus et utilisera ses produits.
- Si vous concevez votre S&E au début d'une intervention ou d'un projet, en même temps que le plan d'action du projet, vous serez plus en mesure d'orienter et de suivre la mise en œuvre des activités.
- Les plans de S&E qui sont trop complexes et élaborés ne sont pas utilisés. Élaborez un plan simple, choisissez des outils de suivi conviviaux, et sélectionnez le plus petit nombre d'indicateurs pour suivre les progrès et procéder au fur et à mesure aux changements nécessaires.
- Le renforcement d'un SIS exige de travailler avec les personnes concernées : les propriétaires du système qui enregistrent, transfèrent, analysent, communiquent et utilisent les données et l'information pour gérer des services.

- Lorsque vous procurez des données de SIS aux décideurs, il faut tenir compte du fait que les fréquences de reporting et les volumes de données cumulées et désagrégés requis par les divers niveaux de gouvernement ou par les organisations non-gouvernementales diffèrent.
- Le suivi de routine vous procure, à vous qui êtes manager, les informations dont vous avez besoin pour suivre les progrès réalisés par rapport à votre but et exploiter votre unité avec efficacité. Il vous permet de détecter un problème et de procéder à un changement rapide. Une évaluation ne peut vous procurer ce genre d'information.
- Dans de nombreux cas, des données venues à point nommé mais imparfaites sont suffisantes pour satisfaire les besoins fondamentaux de la gestion.
- Soutenez les effectifs de formation sanitaire en utilisant rapidement les données disponibles pour suivre et gérer les services, même si ces données sont de mauvaise qualité. S'ils utilisent régulièrement les données qu'ils recueillent, ces employés comprendront l'importance de données de qualité. Ils seront ensuite plus enclins à faire les démarches qui s'imposent pour améliorer la collecte de données, son traitement et produire des données plus complètes et plus fiables.
- Vous pouvez utiliser les statistiques de service ou recueillir des données particulières à la zone desservie et compléter ces données par d'autres approches (comme par exemple des outils d'évaluation rapide) pour obtenir des informations supplémentaires sur vos plus vastes zones de responsabilité.

## Glossaire des termes de S&E

---

**buts** : Résultats à long terme de l'organisation ou à l'échelle nationale auxquels l'intervention est supposée mener.

**cadre conceptuel** : Diagramme illustrant un ensemble de liens théoriques entre des activités et divers autres facteurs qui, croit-on, mènent aux produits et aux résultats voulus. À la différence du LogFrame, le cadre conceptuel ne s'appuie pas sur l'hypothèse d'une relation simple, de causalité linéaire entre les intrants, les produits et les résultats.

**cadre logique** : Un outil de gestion utilisant une matrice pour résumer les objectifs de projet, les liens de causalité dans la chaîne des résultats (intrants → processus (activité) → produits → résultats → impact), les hypothèses clés, et comment les produits et les résultats seront suivis et évalués. Également connus sous le nom de LogFrame ou de modèle logique.

**chaîne de résultats** : La relation séquentielle et de causalité entre les niveaux de résultats décrits dans le cadre logique (intrants, activités, produits, résultats et impact).

**critères SMART** : Ensemble de cinq normes servant à vérifier qu'un résultat ou un objectif est développé en termes mesurables. Les critères sont les suivants : spécifique, mesurable, approprié, réaliste et délimité dans le temps.

**données brutes** : Information que vous recueillez vous-même, par exemple, grâce à une technique d'évaluation rapide ou à un entretien avec un informateur clé, à partir de vous servant d'un guide structuré.

**données de routine** : Information sur la prestation de services de santé collectée de façon régulière par le biais du système d'information de la santé. Également connu sous le nom de statistiques de service.

**données initiales** : Données collectées pendant les étapes initiales du projet, avant de commencer les activités. Les données initiales déterminent le point de départ à partir duquel vous pouvez évaluer les progrès par rapport aux résultats escomptés.

**données secondaires** : Information de sources existantes (telles que données de routine, recensement ou Enquête démographique et de santé) contrairement aux données brutes que l'on recueille soi-même.

**évaluation**: On voit dans quelle mesure les résultats ont été obtenus. L'objet de l'évaluation est de comprendre pourquoi les résultats ont été obtenus ou non. L'évaluation s'appuie généralement sur le suivi de routine combiné aux mesures des produits et de l'impact.

**évaluation formative** : Elle est utile pour orienter la conception et la mise en œuvre d'un programme ou d'une intervention. Elle sert à s'assurer que les activités comprennent les pratiques les « meilleures » ou « les plus prometteuses » pour accroître les chances de réussite. Elle comprend l'évaluation des besoins et du processus.

**évaluation participative** : Techniques et méthodes visant à intégrer les connaissances et les opinions des membres de la communauté à la planification et la mise en œuvre des programmes de santé. Également connu sous le nom d'apprentissage et action participatifs.

**évaluation rapide** : Moyens rapides et peu coûteux de générer des informations en vue de prendre des décisions, notamment à l'échelle des activités. Par exemple : entretiens avec des clients à la sortie de formations sanitaires, évaluations des formations sanitaires à petite échelle, enquêtes rapides sur échantillon, entretiens avec groupes de discussion, autres méthodes participatives.

**évaluation sommative** : Une évaluation menée pour mesurer la qualité de performance et l'obtention des résultats clés une fois l'intervention ou l'ensemble des activités terminés. Les évaluations sommatives comprennent l'évaluation des résultats, de l'impact, du coût-efficacité et de la recherche opérationnelle.

**impact** : Changement à long terme dans l'état de santé de la population, en général le résultat combiné de plusieurs programmes au fil du temps (par exemple, taux de fécondité totale, taux de morbidité et de mortalité maternelle).

**indicateur** : Un facteur quantitatif ou qualitatif associé à l'évaluation du changement ou de la performance d'une activité spécifique. Un marqueur de changement au fil du temps.

**indicateur substitutif** : Une mesure indirecte qui représente ou se rapproche d'une cible ou d'un résultat lorsque l'information directe n'est pas accessible. Par exemple, années-couple de protection est un indicateur substitutif courant pour la planification familiale lorsque les données sur la prévalence des contraceptifs ne sont pas disponibles.

**intrants** : Les ressources nécessaires pour parvenir au résultat escompté (par exemple, financier, humain, fournitures, produits, formations sanitaires).

**niveaux de résultats** : Les divers stades de résultats décrits dans la chaîne de résultats.

**plan de suivi et d'évaluation (S&E)** : Décrit quels indicateurs seront mesurés, comment ils le seront, quand et par qui. Un plan de S&E aide les managers à choisir des indicateurs fiables et à les mesurer de façon organisée.

**processus** : Les activités menées à bien par l'intermédiaire de votre plan de mise en œuvre (par exemple, procurer de nouvelles méthodes de contraception, élaborer un cursus, former des prestataires de service).

**produit** : Le produit immédiat ou direct des activités (par exemple, nombre de personnes formées, nombre de nouveaux utilisateurs de la planification familiale, nombre de produits distribués).

**résultats** : Changements à court terme dans une population bénéficiaire résultant d'un ensemble d'activités .

**résultats** : La réalisation logique escomptée que l'on peut mesurer suite à la mise en œuvre d'un programme ou d'un service.

**sources des données** : L'origine de l'information concernant un indicateur. Chaque indicateur dispose de sa propre source de données. Les sources de données courantes sont les statistiques de services, les dossiers de l'organisation, les clients et la communauté.

**suivi** : Suivre périodiquement l'évolution des indicateurs au fil du temps pour mesurer les progrès par rapport aux résultats en recueillant des informations sur les intrants, les processus et les produits.

**suivi du processus** : Choix et suivi des intrants et des produits des activités, par exemple, qui a été formé, sur quel thème, et à quelle fréquence. Le suivi de processus ne suit pas les progrès par rapport aux buts. Il suit simplement l'achèvement de l'activité.

**Système d'information de la santé (SIS)**: Se rapporte généralement aux divers sous-systèmes qui fournissent une information de routine nécessaire à la gestion des services de santé. Parfois également appelé système d'information de gestion de la santé SIGS) ou système d'information de gestion (SIG).

**tableau de bord de performance** : Un affichage visuel d'une page contenant les informations les plus importantes pour la gestion d'un projet.

**Zone desservie** : La zone à partir de laquelle les clients vont attirés vers les centres de prestations de services.

## Références et ressources

---

### INFORMATION POUR LA GESTION DES SERVICES DE SANTÉ

Bertrand, Jane T., Robert J. Magnani, et Naomi Rutenberg. *Evaluating Family Planning Programs, with Adaptations for Reproductive Health*. Chapel Hill, NC: The EVALUATION Project, 1996, <http://www.cpc.unc.edu/measure/publications/pdf/ms-96-03.pdf> (consulté le 22 janvier 2010).

Management Sciences for Health. "Using Evaluation as a Management Tool." *The Manager* (Boston) vol. 6, no.1, 1997, disponible sur <http://erc.msh.org/mainpage.cfm?file=2.3.1.htm&module=info&language=English> (consulté le 22 janvier 2010).

———. "Information for Health Management: The MSH Approach." 2005, disponible sur <http://erc.msh.org/mainpage.cfm?file=1.0.htm&module=info&language=English> (consulté le 22 janvier 2010).

Organisation mondiale de la santé et Carleton University. "Data Collection Methods." Module 8 de la *International Program for Development Evaluation Training*. Ottawa: IPDET.

Organisation mondiale de la santé. *Everybody's Business: Strengthening Health Systems to Improve Health Outcomes: WHO's Framework for Action*. Genève : Organisation mondiale de la santé, 2007, [http://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys\\_business.pdf](http://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys_business.pdf) (consulté le 7 mars 2014).

Patton, Michael Quinn. *Qualitative Evaluation and Research Methods*. Newbury Park, CA: Sage Publications, 1990.

Rossi, Peter H., Howard E. Freeman, et Mark Lipsey. *Evaluation: A Systematic Approach*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 1999.

Shaw, Vincent. "Health Information System Reform in South Africa: Developing an Essential Data Set." *Bulletin of the World Health Organization* vol. 83, no. 8, pp. 632–36, 2005, [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0042-96862005000800018&lng=en&nrm=iso](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0042-96862005000800018&lng=en&nrm=iso) (consulté le 22 janvier 2010).

UNAIDS, Organisation mondiale de la santé, e MEASURE Evaluation. *National AIDS Programmes: A Guide to Monitoring and Evaluation*. Chapel Hill, NC: Carolina Population Center, 2000, [http://www.who.int/hiv/pub/epidemiology/en/JC427-Mon\\_Ev-Full\\_en.pdf](http://www.who.int/hiv/pub/epidemiology/en/JC427-Mon_Ev-Full_en.pdf) (consulté le 22 janvier 2010).

## SUIVI POUR L'ACTION

International Training and Education Center on HIV. "Illustrative Monitoring and Evaluation Plans for a Clinical Mentoring Program: I-TECH Clinical Mentoring Toolkit." [http://www.go2itech.org/HTML/CM08/toolkit/programs/print/managing/Illus\\_ME\\_Plan\\_CM.doc](http://www.go2itech.org/HTML/CM08/toolkit/programs/print/managing/Illus_ME_Plan_CM.doc) (consulté le 27 janvier 2010).

Launiala, Annika. "How Much Can a KAP Survey Tell Us about People's Knowledge, Attitudes and Practices? Some Observations from Medical Anthropology Research on Malaria in Pregnancy in Malawi." *Anthropology Matters Journal* vol. 11, no. 1, 2009, [http://www.anthropologymatters.com/index.php?journal=anth\\_matters&page=article&op=viewArticle&path\[\]=31&path\[\]=53](http://www.anthropologymatters.com/index.php?journal=anth_matters&page=article&op=viewArticle&path[]=31&path[]=53) (consulté le 1er avril 2010).

Management Sciences for Health. "Using Service Data: Tools for Taking Action." *The Family Planning Manager* (Boston) vol. 1, no. 2, 1992, <http://www.msh.org/resource-center/using-service-data-tools-for-taking-action.cfm> (consulté le 26 janvier 2010).

———. "Conducting Local Rapid Assessments in Districts and Communities." *The Manager* (Boston) vol. 7, no. 1, 1998. <http://www.msh.org/resource-center/conducting-local-rapid-assessments-in-districts-and-communities.cfm> (consulté le 27 janvier 2010).

———. "Use of Data." On the Electronic Resource Center, non datée, <http://erc.msh.org/mainpage.cfm?file=2.2.0.htm&module=info&language=English> (consulté le 27 janvier 2010).

Organisation mondiale de la santé. Outils et ressources sur les systèmes d'information pour les managers sur le terrain, disponible sur <http://www.who.int/management/resources/information/en/> (consulté le 6 mars 2014).

———. Outils et ressources sur les techniques de S&E pour les managers de district et hauts-cadres sur le site Web de l'OMS: [http://www.who.int/management/district/monitoring\\_evaluation/en/index.html](http://www.who.int/management/district/monitoring_evaluation/en/index.html) (consulté le 27 janvier 2010).

## OUTILS PRATIQUES DE S&E ET APPROCHES

Agence des États-Unis pour le développement international. *Monitoring and Evaluation (M&E) Fundamentals*. Cours sur le Centre d'apprentissage en ligne pour la santé mondiale de l'USAID, <http://globalhealthlearning.org/login.cfm> (consulté le 22 janvier 2010).

———. Performance Monitoring and Evaluation TIPS on M&E practices. Nos. 2 (*Conducting Key Informant Interviews*), 4 (*Using Direct Observation Techniques*), 5 (*Using Rapid Appraisal Methods*), et 10 (*Conducting Focus Group Interviews*), tout 1996 (consulté le 6 mars 2014).

Aubel, Judi. "Participatory Program Evaluation Manual: Involving Program Stakeholders in the Evaluation Process." Calverton, MD: ORC Macro, 1999, [http://www.idrc.ca/uploads/user-S/10504133390Participatory\\_Program\\_Evaluation\\_Manual.pdf](http://www.idrc.ca/uploads/user-S/10504133390Participatory_Program_Evaluation_Manual.pdf) (consulté le 18 novembre 2009).

Bertrand, Jane T., and Gabriela Escudero. *Compendium of Indicators for Evaluating Reproductive Health Programs*. Measure Evaluation Manual Series vol. 1, no. 6, 2002, <http://www.cpc.unc.edu/measure/publications/html/ms-02-06.html> (consulté le 22 janvier 2010).

Colindres, Héctor. "Using Performance Dashboards to Monitor Organizational Achievements." Boston: Management Sciences for Health, <http://globalexchange.msh.org/assets/globalexchange/files/Using%20Performance%20Dashboards%20to%20Monitor%20Organizational%20Achievements.pdf> (consulté le 22 janvier 2010).

Guijt, Irene, and John Gaventa. "Participatory Monitoring and Evaluation: Learning from Change." *IDS Policy Briefing* Issue 12 (November 1998), Brighton, UK: Institute of Development Studies, University of Sussex, 1998, <http://www.ids.ac.uk/index.cfm?objectid=01D512C5-5056-8171-7BA528050E140ED9> (consulté le 22 janvier 2010).

Lippeveld, Theo, Rainer Sauerborn, and Claude Bodart. *Design and Implementation of Health Information Systems*. Genève : Organisation mondiale de la santé, 2000.

Management Sciences for Health (MSH). "Menu of Indicators on Management and Leadership Capacity Development." 2006, disponible sur <http://erc.msh.org/toolkit/Tool.cfm?lang=1&CID=11&TID=156> (consulté le 22 janvier 2010).

———. "From Vision to Action: A Course on Monitoring and Evaluation for Facilitators of Leadership Development Programs." Cambridge, MA: Management Sciences for Health, 2007, <http://leadernet.msh.org/page.cfm?c1=90&nav=58> (consulté le 22 janvier 2010). Vous devez vous inscrire sur LeaderNet pour accéder au cours, l'inscription est gratuite.

Marsh, David R., Juan Carlos Alegre and Karen Z. Waltensperger. "A Results Framework Serves Both Program Design and Delivery Science." *Journal of Nutrition* 138: 630–633, 2008. <http://jn.nutrition.org/cgi/content/full/138/3/630> (consulté le 22 janvier 2010).

Patton, Michael Quinn. *Utilization-Focused Evaluation: The New Century Text*. Newbury Park, CA: Sage Publications, 1997, 215–38.

Sapsford, R. *Survey Research*. Newbury Park, CA: Sage Publications, 1999.

Sartorius, Rolf H. "The Logical Framework Approach to Project Design and Management." In *Evaluation Practice* 1991, vol. 12, no. 2, 139–47.

W. K. Kellogg Foundation. "Logic Model Development Guide." Battle Creek, MI: Kellogg Foundation, 2004, <http://www.wkkf.org/resource-directory/resource/2006/02/wk-kellogg-foundation-logic-model-development-guide> (consulté le 7 mars 2014).

## ÉVALUATION POUR L'APPRENTISSAGE

Donabedian, Avedis. *The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment*. Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press, 1980.

Management Sciences for Health. "Managing and Using Information." In *The Family Planning Manager's Handbook*. Cambridge, MA: Management Sciences for Health, 1991, <http://erc.msh.org/mainpage.cfm?file=2.2.6.htm&module=info&language=English> (consulté le 13 janvier 2010).

Organisation mondiale de la santé. "Health Programme Evaluation: Guiding Principles for its Application in the Managerial Process for National Health Development." Genève : Organisation mondiale de la santé, 1981.

———. "A common framework for monitoring performance and evaluation of the scale-up for better health." Genève : Organisation mondiale de la santé, 2008, [http://www.who.int/healthsystems/IHP\\_M&E\\_briefing\\_30\\_Jan\\_2008.pdf](http://www.who.int/healthsystems/IHP_M&E_briefing_30_Jan_2008.pdf) (consulté le 22 janvier 2010).

Reisman, Jane, and Judith Clegg. *Outcomes for Success!* Seattle, WA: Organizational Research Services, Inc. & Clegg and Associates, Inc., 2000.

Veney, James, and Arnold Kaluzny. *Evaluation and Decision Making for Health Services*. Ann Arbor, MI: Health Administration Press, 1991.

Winch, Peter, et al. *Qualitative Research for Improved Health Programs: A Guide to Manuals for Qualitative and Participatory Research on Child Health, Nutrition, and Reproductive Health*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University, 2000, [http://www.globalhealthcommunication.org/tool\\_docs/67/qualitative\\_research\\_for\\_improved\\_health\\_programs\\_-\\_a\\_guide\\_.pdf](http://www.globalhealthcommunication.org/tool_docs/67/qualitative_research_for_improved_health_programs_-_a_guide_.pdf) (consulté le 6 mars 2014).

## ANNEXE A. Exemple de Cadre logique tiré de la Banque Interaméricaine de Développement

---

La logique soutenant ce cadre :

1. *Si* les activités (promotion, formation, etc...) sont bien menées et en supposant l'existence de conditions politiques et économiques favorables ainsi que la disponibilité de ressources (financières, humaines et technologiques), *alors* les parents seront inscrits, les soignants à domicile et autres personnels seront formés, les matériels seront disponibles, les visites à domicile auront été effectuées et un système administratif et un SIG seront opérationnels.
2. *Si* les produits sont obtenus, et en supposant une faible rotation des soignants à domicile et autres personnels, *alors* des changements se produiront au niveau des pratiques parentales et dans l'environnement domestique où se déroulent les interactions de l'enfant.
3. *Si* le comportement des parents et l'environnement domestique s'améliorent, et en supposant que les travailleurs sociaux formés continuent de fournir les soins et que la structure familiale se maintient ou s'améliore, *alors* le statut sanitaire, nutritionnel et psychosocial des enfants s'améliorera.

Cadre logique pour un programme de visite à domicile assorti de sensibilisation parentale			
<p><b>But (objectif général)</b></p> <p>Améliorer le développement des jeunes enfants, de la naissance à l'âge de 3 ans, dans les zones urbaines marginales</p>	<p><b>Indicateur</b></p> <p>Élever l'état du développement de x enfants de x% sur 5 ans, comme indiqué par les mesures de l'état sanitaire, de l'état nutritionnel et du développement psychosocial.</p>	<p><b>Vérification</b></p> <p>Santé : Net soins de santé par enfant</p> <p>Nutrition : Dossiers de contrôle de croissance dans le centre</p> <p>Psychosocial : Performance sur tests standardisés</p>	
<p><b>Objet (objectif spécifique)</b></p> <p>Offrir aux enfants les soins de qualité et l'éducation par des pratiques améliorées d'éducation des enfants et des modifications de l'environnement familial</p>	<p><b>Indicateurs</b></p> <p>Modification des pratiques de x% de parents participant</p> <p>Modifications dans l'environnement familial</p>	<p><b>Vérification</b></p> <p>Observation périodique d'un échantillon de parents et de foyers; interaction avec les enfants, questionnaires, rapports de surveillance</p>	<p><b>Hypothèses</b></p> <p>Les parents ou autres soignants bien formés continuent à dispenser des soins</p> <p>Continuité des conditions économiques et familiales</p>
<p><b>Produits</b></p> <p>Participants inscrits</p> <p>Visiteurs à domicile, surveillants et directeurs formés</p> <p>Documentation élaborée</p> <p>Visites à domicile</p> <p>Formation parentale dispensée</p> <p>Système administratif en place</p> <p>SIG en place</p>	<p><b>Indicateurs</b></p> <p>x participants à faibles revenus inscrits</p> <p>x soignants formés</p> <p>Guides parentaux élaborés et distribués à x familles</p> <p>Visites à domicile effectuées</p> <p>Fonctionnement du SIG et du système administratif</p>	<p><b>Vérification</b></p> <p>Données du SIG concernant les personnes formées, les parents et la documentation</p> <p>Évaluation des connaissances et compétences des personnes formées après la formation initiale et au cours de la formation continue; observation de l'interaction entre le visiteur à domicile et les parents.</p> <p>Questionnaires sondant les connaissances et attitudes des parents</p>	<p><b>Hypothèses</b></p> <p>Faible roulement des visiteurs à domicile et autre personnel</p> <p>Capacité d'atteindre la population souhaitée</p>
<p><b>Activités</b></p> <p>Inscrire les parents</p> <p>Sélectionner et former les visiteurs à domicile et autre personnel</p> <p>Élaborer la documentation</p> <p>Élaborer le système administratif</p> <p>Effectuer la formation continue et la supervision</p> <p>Effectuer des visites à domicile</p> <p>Élaborer un système de suivi et évaluation</p>	<p><b>Ressources</b></p> <p>Budget</p> <p>Technologie</p> <p>Ressources humaines</p>	<p><b>Vérification</b></p> <p>Plan d'action, budgets et livres comptables</p> <p>Études montrant que le modèle choisi et le cursus fonctionnent</p> <p>Évaluations pour voir que les activités n'étaient pas seulement menées mais réussies</p> <p>Curriculum vitae</p>	<p><b>Hypothèses</b></p> <p>Volonté politique</p> <p>Stabilité économique et politique raisonnable</p>

Source: Banque Inter-Américaine de Développement.



# Gestion de la prestation de services de santé

Ann Buxbaum

1. Obtenir des résultats en renforçant les systèmes de santé

2. Leadership et management : les compétences essentielles pour renforcer les systèmes de santé

3. Gouvernance des systèmes et des organisations de santé

4. Intégration de l'égalité des sexes dans les systèmes sanitaires

5. Planification du travail et utilisation effective du plan

6. La gestion des ressources humaines

7. Gestion des finances et des systèmes connexes

8. Gestion des médicaments et des produits de santé

9. Gestion de l'information : suivi et évaluation

10. Gestion de la prestation de services de santé

Ce chapitre approfondit les interfaces propres au système de prestations de soins de santé et s'appuie sur les systèmes de gestion traités dans les précédents chapitres de ce guide. Vous réaliserez à quel point l'optimisation du management et du leadership d'un système de santé accroît l'accessibilité et la qualité des prestations. Vous noterez l'importance de la solidité d'un système grâce aux relations positives existant entre clients et fournisseurs sur les lieux de prestations de santé – les « points de soins » – à tous les niveaux du système de santé et dans la perspective des résultats escomptés en matière de santé.

Ce chapitre examine certains des éléments cruciaux des services de santé tels que :

- la mise en place et le suivi de services de qualité supérieure
- la garantie d'un accès équitable
- la mise à disposition de services intégrés
- mise à échelle
- la fourniture de soins de santé primaires au sein de la communauté
- la collaboration avec le secteur privé à but lucratif

Ce chapitre expose des problématiques auxquelles font face managers et fournisseurs dans la gestion de ces éléments. Vous vous familiariserez avec ces outils et ces approches éprouvées dans le traitement de chacune de ces problématiques et avec des organisations ayant résolu avec succès les questions de management, consolidé les éléments constitutifs des prestations de santé et amélioré la santé des populations qu'ils desservent.

## Introduction

À ce stade du guide, nous avons couvert des sujets tels que les six composantes du système de santé de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et l'approche centrée sur l'humain qui recadre les capacités individuelles de leadership et de management au cœur du renforcement des systèmes de santé (chapitre 1). Les chapitres suivants examinent les compétences en leadership et en management et les pratiques que les professionnels de la santé peuvent appliquer aux principaux systèmes de santé (chapitre 2), les considérations sur le genre (chapitre 4) et les systèmes spécifiques de management ainsi que les sous-systèmes relatifs à la gouvernance, à la planification, à la gestion des ressources humaines, à la gestion financière, à la gestion des stocks, et au suivi et évaluation (chapitres 3 et 4 jusqu'à 9 respectivement).

Passons maintenant au système de prestations de soins de santé qui rassemble tous les éléments constitutifs, les pratiques de management et de leadership, ainsi que les systèmes de gestion et les sous-systèmes aux niveaux central, régional et de district, que ce soit sur le lieu des prestations ou au point de soins (voir [encadré 1](#)).

En tant que cadre de santé ou fournisseur de prestations de santé au niveau provincial ou de district du gouvernement, au sein d'une ONG ou dans un centre du secteur privé, vous vous trouvez à proximité ou à l'intérieur d'un point de service. Vous réaliserez par vous-même en quoi les systèmes de gestion et les sous-systèmes traités dans ce guide influent sur les relations entre client et fournisseur. Vous verrez également comment utiliser les pratiques de leadership et de management pour adapter les prestations aux besoins locaux en recourant à :

- Un **examen attentif**, afin de comprendre les besoins prioritaires de santé pour la population locale ;

### ENCADRÉ 1. Systèmes de gestion aux points de soins

Dans les efforts d'améliorer systèmes de santé aux niveaux national, régional et de district et leurs systèmes de gestion il est facile de perdre de vue l'importance des rencontres individuelles quotidiennes entre clients et prestataires de services de santé.

Ces rencontres se produisent aux points de service, là où le client et le fournisseur peuvent se retrouver. Elles intègrent la palette complète des soins, comme ce type d'actions :

- un villageois bénévole de la santé informant ses voisins directement à domicile ;
- une infirmière traitant un enfant atteint de fortes fièvres dans un centre de santé communautaire ;
- un chirurgien ou un autre expert médical s'occupant de patients dans un hôpital tertiaire.

Un point de service est le lieu où systèmes de gestion et sous-systèmes fusionnent pour offrir des services de santé préventifs et curatifs de bonne qualité. Ces systèmes :

- fournissent aux responsables et aux prestataires de santé la capacité d'offrir à chaque client les meilleurs services de santé possibles qui soient adaptés à ses besoins et à ses souhaits ;
- aident les clients à comprendre la valeur des services préventifs et curatifs et à savoir quand et comment chercher ces services pour eux et pour leurs familles ;
- contribuent à asseoir les fondations d'une communauté informée et engagée qui se sent propriétaire de ses services, prend la responsabilité de les superviser et soutient tous ses citoyens dans la prise de décision en matière de choix de santé et dans la mise en place continue d'attitudes saines.

- Un **ciblage** des prestations de santé prioritaires et pouvant être dispensées grâce aux ressources disponibles ;
- Des stratégies et des activités de **planification** qui privilégient les prestations de santé prioritaires à l'attention des populations de votre zone ;
- **Organiser** des structures et des systèmes de prestation des services prioritaires ;
- **L'harmonisation** des acteurs locaux et la **mobilisation** des ressources ;
- La **mise en œuvre** des activités planifiées en intégrant les systèmes et en coordonnant le flux de travail ;
- L'engagement des représentants locaux à utiliser les données permettant le **suivi et l'évaluation** des prestations d'un point de vue communautaire ;
- L'instauration d'un environnement de travail favorable et la production de résultats **inspire** le personnel et les parties prenantes et les pousse à s'investir.

## Éléments du système de prestations de santé

---

Six éléments du système de prestations de santé s'appliquent aux autres systèmes de gestion traités dans ce guide, tous essentiels aux dispositions des prestations de santé à tous les niveaux :

1. Instaurer et maintenir une **qualité de service**, en conformité avec la définition de l'OMS de la qualité : « (...) la performance propre (selon les normes) des interventions connues pour être sûres, qui sont accessibles à la société en question, et capables de produire un impact sur la mortalité, la morbidité, le handicap et la malnutrition » (Kols et Sherman 1998).
2. Garantir un **accès équitable** à tous les individus et communautés, dans la perspective d'améliorer notamment les inégalités homme/femme et les besoins particuliers des jeunes.
3. Fournir des **services intégrés** qui offrent les nombreux avantages de l'intégration tout en y incorporant les bénéfices des services verticaux.
4. **Procéder à la mise à échelle** (étendre les services) dans le cadre des ressources limitées et des barrières géographiques, politiques et socioculturelles.
5. Fournir des **soins de santé primaires au sein de la communauté (SSP)** promouvant une participation active de la communauté, assurant un accès aux ressources communautaires et bénéficiant des compétences des agents sanitaires de la communauté.
6. Travailler avec le **secteur privé à but lucratif** pour obtenir un équilibre public-privé qui intègre qualité, accès et efficacité.

Nous allons maintenant considérer chaque élément en examinant ses problématiques essentielles ainsi que les approches et les outils que les managers et les fournisseurs ont utilisés pour améliorer de façon marquante les systèmes de prestations de services et la santé de ceux qui en bénéficient.

## Élément 1: Instaurer et maintenir des prestations de qualité supérieure

*À première vue, les prestations de santé de qualité supérieure peuvent sembler un luxe dépassant les limites budgétaires de la plupart des systèmes de santé [des pays en développement]. Toutefois, l'amélioration de la qualité ne coûte pas seulement, elle rapporte. Être attentif à la qualité est primordial pour le succès des programmes de santé primaire, un fait que les gestionnaires de santé dont les budgets sont restreints ne peuvent se permettre d'ignorer.*

Lori DiPrete Brown et al.

*Assurance qualité des soins de santé dans les pays en développement*

### CONSOLIDER ET MAINTENIR DES PRESTATIONS DE QUALITÉ : LE CONTEXTE

L'assurance qualité est un terme connu de la plupart des gestionnaires et fournisseurs de santé, impliquant une approche planifiée et systématique composée de normes, de protocoles et de procédures qui vous permettent en tant que gestionnaire ou prestataire de santé de fournir à vos clients des services de qualité supérieure sur le long terme dans le cadre des ressources disponibles.

Le projet d'assurance qualité (QAP en Anglais) de l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID), à laquelle a succédé l'actuel Projet d'amélioration des soins de santé (HCI en Anglais), a lancé le Triangle de la qualité (voir [figure 1](#)) modélisant les trois fonctions de l'assurance qualité, à savoir définir, améliorer et mesurer la qualité. Le triangle transmet l'idée que la qualité des soins est optimale si les trois fonctions sont intégrées de façon coordonnée.

Il n'existe pas de méthode « appropriée » pour intégrer ces trois fonctions. Là où vous et vos collègues commencez dépend de la capacité du système de soins de santé ou du centre et des intérêts des prestataires. Vous pouvez à votre gré commencer en privilégiant la détermination des normes, une simple activité d'amélioration de la qualité ou la supervision des activités en cours. Certaines équipes peuvent commencer à travailler sur deux fonctions en même temps.

Dans le cadre du Projet d'assurance qualité, la University Research Company a appliqué au Zimbabwe le Triangle de qualité pour définir, mesurer et améliorer la qualité de supervision de la planification familiale à niveau local.

En définissant la qualité souhaitée, le projet s'est appuyé sur les normes de supervision développée par les parties prenantes zimbabwéennes. Une équipe de superviseurs et de chercheurs a alors mesuré les performances des superviseurs selon les pratiques de

FIGURE 1. Triangle de qualité



Source: Adapté après autorisation de University Research Company

supervision sélectionnées, en recueillant les données à partir d'observations structurées, d'enregistrements audio d'interactions entre superviseur et fournisseur et en enregistrant les activités de contrôle et les entretiens entre superviseurs et supervisés.

Le QAP s'est inspirée des résultats de l'enquête et a mis en place une formation améliorant les compétences des superviseurs en travaillant sur leurs points faibles les plus saillants. Leurs performances s'en sont trouvées revalorisées.

## CONSOLIDER ET MAINTENIR DES PRESTATIONS DE QUALITÉ : ENJEUX ESSENTIELS

Cette section examine les fonctions de définition, de mesure et d'amélioration de la qualité.

**Définir la qualité : synthétiser les perspectives et fixer les normes.** La qualité des services peut être évaluée à travers différents prismes en tenant compte des priorités des différentes parties prenantes :

- **Les clients** insistent souvent sur l'aspect humain des soins : traitement respectueux, intimité et confidentialité, informations et conseils, outre la sécurité, l'emplacement et des horaires adaptés, un délai d'attente raisonnable, des coûts abordables et un centre d'accueil propre et accueillant.
- **Les fournisseurs** tendent à mettre l'accent sur les compétences techniques, les infrastructures et le soutien logistique. Les managers, eux, sont plus pour la consolidation des systèmes de gestion, en particulier ceux propres à la logistique et à l'information.
- **Les décideurs politiques et les donateurs** adoptent une vision globale, que l'OMS définit comme « la performance propre (selon les normes) des interventions connues pour être sûres, qui sont accessibles à la société en question, et capables de produire un impact sur la mortalité, la morbidité, le handicap et la malnutrition » (Creel 2009).

Ces perspectives variées sur la qualité peuvent se résumer par « offrir une gamme de services sûrs et efficaces qui répondent à des normes factuelles tout en satisfaisant les besoins et les souhaits des clients ». À cet effet, le Projet d'assurance qualité a synthétisé les idées des experts de la qualité et a défini neuf dimensions de la qualité, ainsi que l'illustre l'[encadré 2](#).

Définir une qualité implique d'instaurer des normes factuelles (performances prévues) pour toutes ces dimensions et à tous les niveaux du système de soins de santé dans son ensemble. Les normes sont des énoncés explicites du mode de performance d'une activité de soins de santé visant à obtenir les résultats escomptés. Dans certains cas, les normes universellement acceptées existent et peuvent être adoptées ou adaptées pour que les agents sanitaires puissent les utiliser comme guides d'une performance acceptable.

**Mesurer la qualité : identifier les écarts et montrer les changements.** Une fois que les normes ont été développées ou actualisées et communiquées, les indicateurs clés peuvent être sélectionnés, calculés initialement et évalués sur la durée pour détecter les changements de qualité. Vous et votre équipe devrez choisir soigneusement un nombre réduit d'indicateurs des différentes dimensions de la qualité pour lesquelles vous pouvez mesurer les changements minimes sur la durée.

Comme évoqué dans le chapitre 9 de ce guide, vous devrez dans la mesure du possible trouver les sources des données pour mesurer la qualité des indicateurs dans les rapports quotidiens

## ENCADRÉ 2. Dimensions de la qualité

1. **Performances techniques** : conformité aux normes, le niveau auquel les tâches sont effectuées par les agents de santé et auquel les centres respectent les normes ou répondent aux attentes techniques
2. **Accès aux services** : absence de barrières géographiques, économiques, socioculturelles (y compris sexospécifiques) et linguistiques entravant les services
3. **Efficacité des soins** : stade auquel les objectifs ou les résultats sont atteints
4. **Efficacité des prestations** : utilisation appropriée des ressources pour la réalisation de prestations efficaces
5. **Relations interpersonnelles** : écoute et communication effectives entre prestataire et client basées sur la confiance, le respect, la confidentialité et la réactivité aux préoccupations du client, ce qui inclut la non-discrimination
6. **Continuité de service** : soins dispensés par le même prestataire de santé sur toute la durée (si possible) et recommandations et communication opportunes entre différents prestataires le cas échéant
7. **Sécurité** : stade auquel les risques de blessure, d'infection ou de tout autre dommage collatéral sont minimisés
8. **Infrastructure physique et confort** : cadre physique et propreté de l'environnement de soins ainsi que le confort et l'intimité apportés aux clients et aux agents sanitaires
9. **Choix** : choix par le client du prestataire, du traitement ou du programme d'assurance, selon les possibilités. Inhérent à cette dimension, l'accès à l'information qui permet au client un choix justifié

de service, tels que les informations sanitaires au sein de la communauté (généralement recueillies par les agents de la santé ou les travailleurs communautaires) et les dossiers médicaux des patients, les listes de contrôle de surveillance, les registres et les inventaires archivés dans les centres.

Trois aspects de la qualité pouvant se mesurer face aux normes de performance : la structure, le processus et les résultats. Tous trois comportent des avantages et des inconvénients en tant qu'indicateurs de qualité.

1. **Les indicateurs structurels** englobent des caractéristiques matérielles (infrastructure physique, médicaments et produits sanitaires, effectifs affectés, outils, technologie), des ressources organisationnelles et le financement des soins (niveaux de financement, régimes de paiement et programmes incitatifs). Les mesures structurelles étant relativement faciles à obtenir, elles sont utilisées la plupart du temps sur des études de qualité dans les pays en développement. Toutefois, les indicateurs structurels ne donnent qu'une vision partielle de la qualité en cas d'auto-utilisation.
2. **Les indicateurs de processus** assurent le suivi des activités finalisées. Ils décrivent les interactions entre prestataires de soins et les patients et sont mesurés par le diagnostic exact du fournisseur et le traitement clinique qui se conforme aux directives, de même que les indicateurs « moins concrets » tels que les compétences en matière de conseil, le respect affiché pour le client et la mise à disposition d'informations précises et compréhensibles et d'instructions claires. De nombreuses études ont montré que certains processus produisent généralement de meilleurs résultats de santé, même si mesurer les processus survenant pendant l'interaction de nature privée entre le client et le fournisseur s'avère délicat.

3. **Les indicateurs de résultat** mesurent les changements au sein d'une population bénéficiaire sous forme de résultats d'un ensemble d'activités. Ils peuvent être à long terme (utilisation des prestations de santé, évolution des connaissances, attitudes et comportements des clients) ou à court terme (satisfaction du client, adhésion au traitement recommandé). Les résultats sur le long terme ne constitue pas forcément la meilleure mesure de la qualité : un patient peut recevoir des soins de piètre qualité et complètement guérir ou, encore recevoir des soins de qualité supérieure et ne pas guérir d'une maladie chronique ou mortelle. Les résultats sur le court terme (satisfaction du client et réponse au traitement) révèlent le point de vue du client bien qu'ils ne reflètent pas complètement les autres dimensions de la qualité.

La combinaison de ces trois dimensions peut générer des mesures de qualité fiables à un coût relativement faible.

L'audit classique des centres révèle la présence ou l'absence des impératifs physiques essentiels s'appliquant aux prestations de qualité. L'examen des dossiers peut être complété par les observations tirées des interactions client/fournisseur ou des études de cas rédigées dans lesquelles les fournisseurs doivent mentionner l'historique, procéder à des vérifications et à des analyses, effectuer un diagnostic et préciser un plan de traitement.

Bien que ces observations décrivent imparfaitement ce qui se passe dans des rencontres qui ne sont pas observées elles mettent tout de même en exergue les compétences du fournisseur en y associant un ensemble de conditions cliniques. Les entretiens de fin de service peuvent être utilisés pour obtenir le point de vue du client sur la visite et sa compréhension du diagnostic et du traitement recommandé.

**Améliorer la qualité : satisfaire ou dépasser les normes de performances.** Les améliorations peuvent s'appliquer à toutes les dimensions de la qualité précitées. Pour être efficaces, les normes nationales doivent être actuelles, factuelles et adaptées aux services offerts. Elles doivent être développées dans un processus impliquant les fournisseurs, encourageant par là l'appropriation et l'adhésion de la part de ceux qui s'engagent à en respecter les normes.

Les normes doivent être immédiatement disponibles et diffusées non seulement aux fournisseurs mais également aux clients individuels et aux membres de la communauté. Il est important que les prestataires de soins de santé puissent informer leur client lorsque sa demande de traitement spécifique ne répond pas aux normes de soins, lui en expliquer toutes les raisons et lui recommander le traitement alternatif approprié.

Par exemple, si un patient demande une injection d'antibiotique afin de soulager les symptômes d'un rhume, un prestataire de santé peut indiquer les normes d'administration des antibiotiques, justifier ces normes et proposer d'autres options (soulagement des symptômes) en adéquation avec ces normes.

**Améliorer la qualité dans les environnements décentralisés.** L'amélioration de la qualité constitue un enjeu spécifique des environnements concernés. La décentralisation signifie que, à des divers degrés, les managers du niveau central mettent en œuvre une politique et un plan stratégiques alors que les managers locaux prennent une responsabilité croissante dans la fourniture de soins de santé et sont tenus responsables de la santé des populations qu'ils servent.

Alors que les responsabilités sont transférées aux niveaux périphériques, les managers concernés doivent consolider leur expérience et acquérir de nouvelles connaissances techniques et managériales. À son tour, le gouvernement central doit asseoir sa capacité à établir des normes de service et des normes nationales et instaurer un système de contrôle permanent des performances.

Ces nouveaux rôles devront être clairement définis et approuvés, et les priorités validées à tous les niveaux sous peine de duplication, de confusion voire de conflit, et entravant l'amélioration de la qualité des prestations.

L'expérience de la décentralisation dans de nombreux pays montre qu'il est possible d'améliorer rapidement la qualité de service tout en consolidant les capacités des équipes de santé locales. Accompagnées des facilitateurs issus du ministère de la santé, de ses délégations provinciales ou des ONG, les équipes de district ou municipales s'engagent dans un processus séquentiel d'amélioration des performances. Elles utilisent les données disponibles pour évaluer les conditions sanitaires et la qualité des prestations existantes, puis sélectionnent une ou deux problématiques de santé hautement prioritaires sur lesquelles se pencher. Elles fixent les performances souhaitées en fonction des normes, identifient les manques, en analysent les causes, conçoivent leurs propres solutions, mobilisent le soutien nécessaire pour mettre en place ces solutions et en contrôlent les progrès pour mesurer l'évolution des performances.

Ces équipes n'ont, pour la plupart, jamais collaboré systématiquement pour remédier à des problèmes de santé spécifiques. Le processus d'amélioration des performances leur apporte l'expérience d'une nouvelle technologie ainsi que la gratification d'une réalisation concrète : un plan réaliste d'amélioration des performances dans des domaines considérés prioritaires.

## CONSOLIDER ET MAINTENIR DES SERVICES DE QUALITÉ : APPROCHES ET OUTILS

Cette section décrit brièvement cinq approches qui se révéleront utiles pour consolider et maintenir la qualité des services au sein de votre organisation : financement basé sur la performance, approches collaboratives de l'amélioration, services COPE (services centrés sur le client et fondés sur des prestataires efficaces) et un management et une reconnaissance basés sur les normes.

**Financement basé sur la performance (FBP).** Le FBP constitue un puissant dispositif d'amélioration de la qualité et d'intensification des prestations de santé en fixant des objectifs de performance basés sur des normes et des indicateurs agréés. La pierre angulaire du FBP est le « paiement à la performance » se basant sur un contrat négocié entre l'agence de financement et une organisation prestataire de services. Ce contrat instaure des indicateurs de performance qui définissent clairement les objectifs de performance. Il impose à l'organisation d'accomplir un ensemble d'actions ou de réaliser un objectif de performance mesurable, préalable au transfert d'argent ou de biens.

Tout en récompensant la réalisation d'activités et l'obtention de produits immédiats, le FBP capitalise sur les résultats à court terme pour réussir sur le long terme. En ce sens, il encourage les gouvernements, les ONG, les autres organisations privées prestataires de services et les agences de financement à consolider les capacités de management, à estimer les coûts, à fixer les tarifs et à dynamiser les systèmes pour une meilleure gestion financière et de l'information.

Le FBP habilite les dirigeants du secteur de la santé à affecter les ressources de façon à récompenser les objectifs de santé atteints. En amplifiant les capacités et les compétences en

### Le financement basé sur la performance en action – L'exemple du Rwanda

**Appliquer le FBP au Rwanda.** Le FBP est au cœur du projet phare de l'USAID, le Projet de financement basé sur la performance en matière de VIH au Rwanda, une collaboration entre le ministère rwandais de la Santé et MSH et ses partenaires. L'objectif de ce projet était de soutenir à la fois la qualité et la quantité de services dispensés par les centres de santé dans tous les districts du pays.

Au départ, le projet associait contractuellement 85 centres de santé en proposant des intéressements liés à la quantité de services dispensés de près ou de loin pour le VIH et le SIDA, et sous le contrôle des districts utilisant des indicateurs de qualité des soins. En moins de deux ans, le projet dépassait ses objectifs. Si l'on compare les districts de contrôle où le FBP n'était pas instauré avec les districts FBP, ces derniers ont réalisé des progrès significatifs au niveau des services dispensés.

Pour soutenir ce système d'intéressement basé sur la performance, MSH a fourni une assistance technique pour renforcer les capacités du personnel, consolider les systèmes (notamment le flux et l'analyse de données) et améliorer les politiques et les protocoles d'assurance qualité. Pour les deux dernières années du projet, le FBP a été instauré dans l'intégralité du système national de santé, notamment dans plus de 400 centres de santé. Le projet a transféré tous ses contrats FBP à cinq partenaires et a privilégié d'aider le ministère de la Santé à continuer de consolider ses systèmes de gestion de l'amélioration de la qualité, sa structure de gestion, ses opérations et ses systèmes d'information.

Le projet VIH/FBP a pris fin en 2009 mais l'équipe continue de travailler sur un projet de suivi avec le ministère de la Santé sur le renforcement des systèmes de santé.

Pour en savoir plus sur le FBP grâce au [guide](#) sur le sujet et sur le [rapport de fin de projet.FBP/VIH](#) (liens en anglais).

matière de finance et d'information, le FBP consolide la performance durable des ministères de la santé, des institutions du district et de la communauté ainsi que des ONG. Les garanties ou les contrats basés sur la performance ont prouvé leur efficacité par l'utilisation accrue des prestations de soins de santé, par la stabilisation ou la diminution des coûts de ces services, par la contribution à l'usage raisonné des ressources limitées et l'accroissement de la motivation, du moral et du maintien en poste du personnel.

**L'approche collaborative de l'amélioration.** Cette méthodologie a été conçue pour réaliser rapidement d'importantes – voire d'exceptionnelles – améliorations dans un domaine technique en particulier (traitement de la tuberculose multi-résistante, mise à disposition de soins néonataux ou de la gestion d'une maladie chronique). Les approches collaboratives de l'amélioration complètent les éléments des interventions de santé publique traditionnelle (normes, formation, aides à l'emploi, approvisionnement et équipement) accompagnées des spécificités modernes de l'amélioration de la qualité (travail d'équipe, analyse des processus, suivi des résultats et satisfaction des clients).

Cette approche tire profit du travail d'un grand nombre d'équipes de divers centres de santé et zones géographiques, dans un effort mutuel d'amélioration de la qualité et de l'accessibilité, en réalisant des objectifs partagés dans le secteur spécifié. Ces collaborations cherchent non seulement à augmenter la qualité dans chacun des centres mais également à communiquer au plus vite les pratiques éprouvées grâce aux efforts de toutes les équipes à destination des environnements multiples.

Dans cette perspective, deux types d'approches collaboratives s'appliquent .

1. **Les approches collaboratives de démonstration** sont incarnées par les équipes initiales basées dans les centres qui travaillent en profondeur à l'instauration des meilleures pratiques approuvées pour ensuite transposer ces pratiques sur leurs sites. Les équipes participantes collaborent pour développer un ensemble commun d'indicateurs en vue de mesurer les résultats escomptés. Chaque équipe recueille les données tirées des indicateurs pour son propre centre et rend régulièrement compte de ces données aux autres équipes. Du fait qu'elles sont en quête de progrès et de résultats et partagent leurs expériences, ces équipes peuvent rapidement bénéficier des connaissances acquises grâce aux changements réussis ou non par n'importe quelle autre équipe.
2. **Les approches collaboratives d'expansion** ont pour objectif d'élargir les améliorations avérées en les répartissant au-delà des équipes initiales vers leurs centres puis vers un plus large éventail d'organisations. En atteignant ces objectifs, les équipes participantes relèvent un défi et peuvent s'appuyer sur les pratiques de management et de leadership décrites dans le chapitre 2 de ce guide.

Pour en savoir plus sur les approches collaboratives d'amélioration, le [Projet d'assurance qualité](#) fournit des informations, à l'instar de l'[Institute for Healthcare Improvement](#).

**La qualité définie par le partenariat (QDP).** La QDP est un outil facile d'utilisation pouvant combler l'écart de perception des prestataires de soins de santé et des membres de la communauté et rendant les soins de santé plus réactifs aux besoins des communautés. Elle engage les communautés à définir, à instaurer et à contrôler le processus d'amélioration de la qualité tout en contribuant à éliminer les barrières sociales et culturelles en faveur d'une meilleure santé, à renforcer la capacité des communautés à améliorer la santé et à créer un mécanisme de mobilisation rapide autour des priorités sanitaires.

La QDP aide les membres et les fournisseurs de la communauté à développer une vision concertée de l'amélioration de la qualité qui implique l'approbation des normes de performance et elle leur donne l'autonomie leur permettant de collaborer pour concrétiser leur vision.

La QDP encourage les prestataires de soins de santé et les communautés à se projeter au-delà du système de santé et à rechercher des solutions aux carences sanitaires touchant les communautés. Les individus, les communautés, le personnel des centres sanitaires et les managers au niveau du district créent des partenariats et s'appuient sur la responsabilité partagée pour améliorer les prestations de santé.

Les utilisateurs de l'outil QDP forment généralement des équipes d'amélioration de la qualité (AQ) de façon à pouvoir aider les communautés à continuer de contrôler leur propre forme de qualité et à maintenir l'accès aux prestations et leur utilisation. Une fois les membres de la communauté rendus autonomes pour collaborer, ils en tirent souvent des bénéfices supplémentaires non sanitaires dans des secteurs comme la sécurité alimentaire, l'éducation et l'opportunité économique.

Vous trouverez plus d'informations sur la QDP sur le [site web Projet d'expansion des services](#) (lien en anglais).

**COPE (services axés sur l'utilisateur et fondés sur des prestataires efficaces).** COPE est un processus d'amélioration de la qualité qui permet aux prestataires de services et aux

autres personnels de centres de santé de travailler avec leurs superviseurs pour évaluer leurs prestations en utilisant les guides d'auto-évaluation basés sur les normes internationales et les meilleures pratiques connues.

Accompagnés d'un facilitateur, le personnel et les superviseurs s'inspirent d'un ensemble de dispositifs, notamment des entretiens structurés avec des clients, des non-utilisateurs de services et des clients internes pour identifier les problèmes, détecter les causes fondamentales, chercher des solutions efficaces et créer des plans d'action réalistes. Cette approche d'auto-évaluation génère une adhésion et une implication continues au processus d'amélioration de qualité.

De nombreuses activités COPE sont menées dans le cadre du travail quotidien pour éviter l'interférence avec le travail quotidien. Les superviseurs sur site sont formés pour faciliter la mise en œuvre du processus COPE de façon à pouvoir assurer des sessions régulières et instaurer COPE sur les nouveaux sites. Les comités COPE en vigueur assurent un suivi sur le long terme ainsi qu'un soutien institutionnel permanent du processus.

[Le guide COPE : un processus d'amélioration de la qualité dans les services de santé](#) offre un accompagnement aux facilitateurs de COPE dans l'orientation des managers, des facilitateurs de formation sur site, du personnel d'accompagnement des centres utilisant les outils COPE, et une adaptation du processus et des outils COPE aux besoins des centres. Ce guide est complété par les manuels COPE qui intègrent les guides d'auto-évaluation, les listes de contrôle des archives, les guides d'entretien client et les formulaires d'analyse des flux de clientèle.

[Le site web Engender Health](#) offre également des informations sur COPE.

**La gestion basée sur les normes et la reconnaissance (Standards-Based Management and Recognition, en Anglais SBM-R).** C'est une approche pratique et proactive de management visant à améliorer la performance et la qualité des services de santé. Plutôt que d'accentuer les problèmes, GBN-R privilégie le niveau de performance et la qualité normée à atteindre en :

- établissant des normes de performance adaptées à des processus de prestations de service clairement définis ou à des zones spécifiques de contenu ;
- instaurant des normes d'une façon rationnelle et systématique ;
- mesurant les progrès pour guider le processus d'amélioration vers ces normes ;
- récompensant l'obtention de ces normes par des dispositifs de reconnaissance.

#### Gestion basée sur les normes et reconnaissance de l'action au Malawi

En collaboration avec le ministère de la santé du Malawi, l'organisation internationale de santé Jhpiego a appliqué le processus GBN-R aux pratiques de prévention et de contrôle des infections, visant à protéger les clients et les agents sanitaires d'infections et de TB transmises par le sang. Initialement instaurée dans sept hôpitaux de trois régions, l'initiative L'hygiène est la vie est désormais étendue à 35 hôpitaux dans tout le pays. La couverture des médias locaux a contribué à générer la demande pour l'initiative hospitalière dans d'autres zones du pays et suscite l'intérêt des responsables, fournisseurs locaux et des membres de la communauté.

## Élément 2 : Assurer l'accès équitable à tous les individus et les communautés

*...les plus grands acquis en matière de survie maternelle, néonatale et infantile sont effectivement liés au fait de toucher les plus démunis et les plus marginalisés qui souffrent du fléau majeur de la maladie.*

Cesar G. Victora

*Towards Greater Equity in Health for Mothers and Newborns*

### ACCES ÉQUITABLE POUR TOUS : LE CONTEXTE

Parmi les barrières qui retardent ou empêchent l'accès aux soins de santé des foyers démunis, la qualité des soins disponibles est un facteur crucial. Les clients peuvent choisir de ne pas se rendre dans les centres de santé s'ils doivent attendre longtemps, si les médicaments ou les contraceptifs dont ils ont besoin ne sont pas disponibles, s'ils ne se sentent pas bienvenus et respectés ou si le personnel des centres n'a pas les compétences requises pour fournir le traitement approprié.

Toutefois, même quand la qualité des services est acceptable, d'autres barrières sérieuses existent. Les plus largement reconnues sont la distance, la géographie et le coût d'opportunité du temps et des salaires perdus. Les disparités sociales et culturelles, tout aussi essentielles, sont souvent moins évidentes. L'une des plus complexes est la catégorie socioprofessionnelle : différences de statut économique, niveau d'éducation et de langue, ethnicité, valeurs et traditions, et niveau social entre clients et clients potentiels et prestataires de soins de santé qui les leur fournissent.

Les inégalités d'accès génèrent des disparités importantes dans l'usage des services et par conséquent, dans les résultats en matière de santé. Des études récentes menées dans plusieurs pays d'Afrique subsaharienne ont examiné un ensemble de quatre interventions essentielles : soins prénataux, accouchement surveillé, soins postnataux et immunisation infantile. En Afrique subsaharienne et en Asie du Sud, l'utilisation de ces interventions a été environ quatre fois plus élevée parmi les groupes les plus riches que parmi les plus démunis. Il n'est pas étonnant que la mortalité maternelle, néonatale et infantile suive la même tendance de variations socioéconomiques marquées (UNICEF 2009).

Les inégalités économiques, sociales et culturelles sont particulièrement frappantes pour les groupes marginalisés : populations pauvres en milieu rural, habitants des bidonvilles, ceux les plus touchés par le HIV et le SIDA, et – de plus en plus – les personnes âgées. Les managers et les prestataires de santé les plus efficaces dans les secteurs publics comme privés sont vigilants face aux causes de l'inégalité d'accès au sein de leurs communautés. Ils accordent de l'attention à leurs propres préjugés socioculturels et s'efforcent de reconnaître au mieux la dignité de tous les clients et de les traiter avec respect et courtoisie.

En tant que responsable de santé ou prestataire de services de santé, vous avez la possibilité d'observer les systèmes de gestion de votre organisation et d'utiliser les pratiques de management et de leadership pour éliminer ou réduire les facteurs systémiques qui empêchent certaines populations d'utiliser pleinement ces services. Vous pouvez par exemple **examiner attentivement** les données de service et **suivre** constamment le progrès pour être sûr que vos services touchent les citoyens les plus démunis ; vous pouvez formuler des objectifs de **plans** stratégiques et opérationnels pour y inclure ceux qui en ont le plus besoin ; et vous pouvez œuvrer à sensibiliser et à **mettre en phase** les collègues et les leaders locaux à propos des valeurs, des systèmes et des activités quotidiennes qui favorisent l'équité.

Les barrières à l'accessibilité ne se limitent pas aux populations marginalisées mentionnées plus haut. Deux facteurs supplémentaires peuvent entraver l'accès aux services appropriés : le sexe et l'âge. Dans ce contexte, nous allons examiner les besoins particuliers des hommes et des femmes, et des jeunes.

## ÉGALITÉ DES SEXES

*Le genre influence considérablement la possibilité d'accéder aux services de santé... Presque partout, la plupart des femmes sont encore marginalisées. Leur statut – économique, social et politique – s'est détérioré en raison de conditions économiques qui continuent d'empirer. Elles tirent généralement bien moins d'avantages du développement socioéconomique que les hommes. Les inégalités rendent les femmes plus vulnérables aux risques sanitaires. Elles sont moins susceptibles de recevoir les services et traitements appropriés... [Et] les attitudes liées à la « masculinité » peuvent faire que certains hommes continuent d'avoir des pratiques sexuelles qui affectent leur propre santé et mettent en danger la santé et la vie de leur famille.*

Management Sciences for Health  
The Manager, vol. 9, no. 3

## ÉGALITÉ DES SEXES : ENJEUX ESSENTIELS

**Définition du genre.** Tel qu'évoqué dans le chapitre 2, par « genre », nous désignons les caractéristiques, les rôles et les responsabilités sociales attendues de la part des femmes et des hommes, des filles et des garçons. Ces attentes se fondent plus sur les attitudes sociales que sur les différences biologiques. Le genre s'exprime dans les relations entre les sexes et sur la base de ces comportements prétendument appropriés. Les attitudes et les attentes liées au genre sont assimilées et peuvent varier d'une génération à l'autre, d'une culture à l'autre, et d'un groupe ethnique à un autre au sein d'une même culture.

**Encourager la sexospécificité.** La sexospécificité s'étend au-delà du point central traditionnel des inégalités qui affectent uniquement les femmes sans renier une tradition de domination mâle qui a rendu les femmes plus vulnérables et moins influentes. Cette perspective admet que la capacité des femmes à bénéficier d'opportunités en termes de santé, d'éducation et de conditions économiques ne peut évoluer sans impliquer les hommes dans le processus.

Si les femmes et les hommes peuvent s'associer dans le progrès, en contribuant ensemble au développement social et économique, l'objectif n'est pas de remplacer les intérêts d'un groupe par un autre mais bien d'ouvrir des discussions et d'œuvrer vers une nouvelle vision partagée bénéficiant à tous.

Cette approche prend en compte les différents rôles, les rapports sociaux et économiques et l'accès aux ressources qu'impose la société aux femmes et aux hommes. Elle reconnaît les coûts financiers, les coûts d'opportunité et les contraintes sociales et culturelles rencontrées par les femmes et les hommes ayant recours à des services. Dans le domaine de la santé, par exemple, les inégalités d'influence et de pouvoir peuvent empêcher les femmes de se rendre à un centre de santé pour des soins ou de déterminer leur volonté à acheter ou à utiliser un contraceptif.

D'un autre côté, les interprétations sociales de la « masculinité » peuvent dissuader les hommes de se procurer des informations sur la santé, d'utiliser des préservatifs ou d'avoir recours à un traitement contre les infections sexuellement transmissibles (IST).

En tant que responsable d'un programme ou de services de santé, vous augmenterez votre efficacité et produirez de meilleurs résultats en la matière pour vos clients si vous adoptez une perspective prenant en compte la sensibilité homme/femme. Vous devrez différencier les

## Exploiter une perspective égalitaire pour réduire les barrières – Exemples de pays (Afghanistan, au Pérou et en Jordanie)

**Éducation des sages-femmes basée sur l'éducation en Afghanistan.** En Afghanistan, la mortalité maternelle (décès de femmes liés à la maternité durant leur grossesse ou suivant leur accouchement) est parmi les plus élevées du monde. Les barrières géographiques et les contraintes sociétales rendent extrêmement difficile l'accès des femmes issues de zones rurales aux centres de santé pour des soins prénataux et postnataux et d'accouchement.

Pour amener ces services aux femmes sur leur lieu de résidence, le programme REACH de l'USAID a collaboré avec le ministère de la Santé publique et les autres parties prenantes pour mettre en place l'éducation et l'accréditation des sages-femmes dans la communauté en s'appuyant sur les compétences. Ce programme a formé plus de 700 femmes qui ont pris l'engagement de le mettre en pratique dans leur propre communauté après formation. Un soin particulier a été pris pour garantir un cadre de vie sécurisé pour les étudiantes, dont la plupart étaient éloignées de leur domicile pour la première fois, ce qui implique un réseau social prenant soin de leurs enfants pendant la période de formation.

**Autodiagnóstico (auto-évaluation) au Pérou.** Le projet ReproSalud, soutenu par l'USAID au Pérou, a été conçu pour réduire les barrières sociales à l'accès des femmes aux services de santé de la reproduction, à savoir un pouvoir limité dans la négociation des relations sexuelles, l'isolement social, la violence domestique, le manque d'argent liquide et la faible estime de soi. Il ciblait les femmes péruviennes les plus pauvres, les plus difficiles à toucher, les moins assistées, avec pour but d'améliorer la santé sexuelle et génésique par l'autonomisation individuelle et communautaire.

Le projet mettait en valeur l'autodiagnóstico, un processus d'auto-évaluation que les groupes de femmes utilisaient pour identifier leurs préoccupations et questions essentielles sur la santé de la reproduction et pour planifier de petits « projets » visant à remédier à ces problèmes, parmi lesquels les plus fréquents étaient les infections vaginales, « trop d'enfants » et « souffrir pendant l'accouchement ». Les résultats de l'autodiagnóstico ont été utilisés pour élaborer des programmes de formation à destination de femmes choisies dans la communauté pour devenir des promotrices bénévoles de la santé et offrir des services de base de planification familiale et de santé de la reproduction dans leurs villages.

Le projet a aussi été appliqué aux comités et cliniques de santé de villages pour y intégrer les coutumes et les traditions (éclairage, mobilier, position pendant l'accouchement), pour créer des cadres plus accueillants et familiaux pendant l'accouchement. Les résultats sont impressionnants : 5000 femmes formées et devenues promotrices de la santé, un taux de prévalence des contraceptifs qui a augmenté de 23 pour cent, et 82 pour cent des participantes donnant naissance grâce à l'assistance de sages-femmes qualifiées.

**Implication des hommes en Jordanie.** L'USAID a soutenu le Centre des programmes de communication de l'université Johns Hopkins sur cette initiative de six ans qui a valorisé l'implication des hommes dans la planification familiale et la santé de la reproduction en Jordanie. En fournissant des informations crédibles et précises et en impliquant le clergé islamique, ce programme a neutralisé les mythes dominants sur la planification familiale, la santé de la reproduction et les principes islamiques.

Les hommes concernés par ce programme ont considérablement accru leur connaissance des méthodes d'espacement des naissances, ont affiché des attitudes plus positives envers l'espacement des naissances et ont augmenté la communication entre époux et l'intégration de leurs femmes aux décisions d'espacement des naissances. Une grande part de la réussite du programme a été attribuée au respect et à l'adhésion aux principes de la sharia islamique, à la constitution jordanienne, aux valeurs des droits de l'homme et aux valeurs de la société jordanienne.

besoins de sanitaires spécifiques et les contraintes rencontrées lors de l'accès aux services dans votre zone géographique et dans votre environnement culturel. Et votre réussite n'en sera que plus exceptionnelle si vous embarquez tout votre personnel dans cette aventure.

### **Généraliser et soutenir les services prenant en compte la sensibilité homme/femme.**

En tant que responsable ou fournisseur, vous pouvez assumer un rôle de leader et introduire cette approche respectueuse dans vos services. Vous ne devrez pas dédier un programme distinct à l'égalité des sexes ; les organisations les plus efficaces intègrent systématiquement cette approche dans tous leurs programmes et services en consolidant et en maintenant un noyau de compétences et d'attitudes parmi le personnel :

- conscience et compréhension des problématiques sexospécifiques ;
- engagement à traiter les questions sexospécifiques entravant l'accessibilité aux services ;
- capacité d'adapter les systèmes et les procédures pour recueillir un point de vue équitable ;
- capacité de concevoir, d'installer et d'évaluer des services et des activités respectant cette égalité.

Votre organisation devra aussi s'efforcer d'entretenir l'égalité des sexes du mieux possible dans le contexte local, ce qui implique une répartition appropriée des responsables et des fournisseurs des deux sexes ainsi que l'attribution de tâches adaptée aux compétences du personnel et aux besoins des clients, plutôt qu'aux rôles sexospécifiques traditionnels.

## **ÉGALITÉ DES SEXES : ENJEUX ESSENTIELS**

**Analyse du genre.** Vous pouvez adopter cette approche systématique pour examiner les facteurs liés au genre dans l'utilisation de vos services ou pour concevoir, mettre en place et évaluer les projets. [L'annexe A](#) contient un cadre d'analyse du genre qui détermine les facteurs essentiels affectant la santé des femmes, des hommes, des filles et des garçons. Ces facteurs comprennent le cadre général, les activités de ces groupes (incluant le travail rémunéré ou non), leurs différents niveaux de pouvoir de prise de décision, leur accès aux ressources et leur contrôle, et les normes dominantes en matière de genre.

Avec votre personnel, vous pouvez utiliser le cadre d'analyse du genre pour évoquer en quoi chacun de ces facteurs affecte vos clients actuels et potentiels et pour vous assurer que les services de santé de votre organisation répondent totalement aux rôles, aux besoins et à la participation des deux sexes.

### **Liste de contrôle pour la gestion des services de santé d'un point de vue du genre.**

Votre personnel et vous-même pouvez utiliser une simple liste de contrôle pour évaluer la sensibilité sexospécifique au sein de votre organisation et commencer à progresser en ce sens.

De nombreux exemples d'approches créatives existent pour remédier aux inégalités homme/femme en termes de soins de santé. Voici trois initiatives qui ont permis de créer des services de santé pour les clients les moins assistés en y intégrant un point de vue sexospécifique.

### ENCADRÉ 3. Liste de contrôle pour une gestion instaurant un cadre d'égalité

- Examiner les raisons de l'instauration d'une perspective égalitaire dans les services de gestion de la santé.
- Analyser les concepts de genre et les problématiques connexes.
  - Sensibiliser aux questions de genre, mener une analyse de genre et examiner attentivement les spécificités et systèmes organisationnels adaptés aux prestations de services traitant ces problématiques d'égalité des sexes.
- Prendre en compte les préjugés, les partis pris et les idées préconçues que vous et d'autres pouvez avoir, ainsi que les preuves qui vont à l'encontre de ces stéréotypes.
  - Fixer des objectifs sexospécifiques et des objectifs pour vos services.
  - Déterminer les stratégies, les activités et les indicateurs de succès.
- Soutenir la perspective égalitaire chaque fois que de nouveaux services et activités sont mis en place.
- Partagez vos résultats et votre expérience avec les autres organisations susceptibles d'en bénéficier.

## RÉPONDRE AUX BESOINS SPÉCIFIQUES DE LA JEUNESSE

*La jeunesse est l'avenir de la société, autant que son présent. ... Comme le montrent les statistiques et l'expérience des ONG au service de la jeunesse, les adolescents en tant que jeunes citoyens en bonne santé et heureux de vivre sont plus à même d'aider leurs communautés quels que soient les changements majeurs intervenant dans le monde qui constitue leur héritage.*

Nations Unies  
World Youth Report 2003

## LES BESOINS DE LA JEUNESSE : ENJEUX ESSENTIELS

**Le fardeau de la santé de la reproduction pour la jeunesse.** La [fiche d'information sur la politique de santé de la reproduction de la jeunesse de l'USAID](#) met en exergue le fait que les jeunes gens des pays en développement sont à l'origine de nombreuses grossesses non désirées, d'infections sexuellement transmissibles (y compris le HIV), la violence sexuelle et d'autres graves problèmes sociaux et liés à la santé de la reproduction. Les jeunes femmes sont particulièrement vulnérables en raison de l'immaturité de leur système génital et des normes et des pressions sociales les incitant à des relations sexuelles précoces et non protégées.

L'USAID a instauré ces objectifs pour la santé reproductive des jeunes :

- encourager les grossesses saines et désirées
- empêcher les IST/ l'infection VIH
- améliorer le statut nutritionnel
- réduire les pratiques culturelles nuisibles
- réduire le trafic humain et l'abus/la violence sexuelle
- stimuler le développement économique et réduire la pauvreté

Pour atteindre ces six objectifs stratégiques, les organisations se consacrant à la jeunesse doivent reconnaître que les jeunes gens ont un accès plus restreint aux informations précises sur le VIH et les autres IST, les choix de planification familiale et les autres questions de santé reproductive que les adultes. Ils sont moins susceptibles de recourir à ces services à cause de la stigmatisation, des pressions sociales, des coûts et de la crainte d'être méprisés par les prestataires de soins de santé.

En fait, de nombreux prestataires de santé refusent de procéder à un diagnostic et à un traitement des jeunes atteints d'IST ou d'autres cas de santé reproductive, ou de donner un avis et des méthodes de planification familiale à cause des politiques restrictives (qu'elles soient locales ou l'œuvre de donateurs) ou parce qu'elles désapprouvent l'activité sexuelle chez les jeunes gens.

## LES BESOINS DE LA JEUNESSE : APPROCHES ET OUTILS

**Éducation de la communauté et plaidoyer.** En tant que responsable ou prestataire de services de santé, vous pouvez apporter une contribution essentielle à la santé des jeunes gens dans les communautés que vous assistez en reconnaissant et en expliquant que la grossesse, le VIH et les IST sont des préoccupations sanitaires plutôt que des questions morales. Vous pouvez défendre les programmes complets d'éducation sexuelle dans les écoles qui apportent à la jeunesse les informations dont ils ont besoin pour établir des choix judicieux de santé de la reproduction tout en respectant les valeurs locales.

Le [Groupe de travail sur la jeunesse interinstitutions](#) (IYWG), lien en anglais, est une ressource indispensable à cette initiative. Créée par l'USAID, il constitue un réseau d'ONG, de donateurs et d'agences de coopération qui fournissent un leadership technique global pour faire progresser la santé reproductive et les résultats en matière de VIH et de SIDA pour les jeunes gens.

Le IYWG partage la recherche et les enseignements tirés de la santé de la reproduction, du VIH et des communautés de développement de la jeunesse, promeut les stratégies qui dynamisent les découvertes prometteuses et les bonnes pratiques dans les programmes et les politiques, et plaide pour privilégier encore plus la jeunesse dans les programmes de santé reproductive et sur le VIH. Le réseau fournit des informations à ceux qui travaillent avec les jeunes gens via le site [Youth InfoNet](#), une publication électronique mensuelle intégrant les ressources des programmes et les synthèses de recherches.

**Services dédiés à la jeunesse.** Les soins de santé de la reproduction en faveur des jeunes offrent de meilleures prestations via des cliniques autonomes ou des « points jeunes » où les jeunes gens non mariés et sexuellement actifs sont bien accueillis, se sentent à l'aise et ne sont pas critiqués. Ces centres sont censés fournir en toute confidentialité des services de santé génésique complets incluant les soins en matière d'IST, la planification familiale, des conseils et des tests bénévoles pour les jeunes. Ils doivent comporter du personnel qualifié dans les conseils envers les jeunes gens sur la sexualité, la réduction de la sexualité à risque, la prévention de grossesse ainsi que des IST et du VIH.

Les cadres les plus accueillants pour la jeunesse intègrent les jeunes gens comme partenaires complets dans la planification et la mise en place des projets. Ils tiennent compte des recommandations des jeunes – qu'ils soient clients ou non – pour faire évoluer les services et les rendre plus accueillants et plus réactifs. Ils impliquent les jeunes dans la prise de décision sur la façon dont les services sont rendus à travers les groupes de réflexion, les entretiens ou l'adhésion aux comités consultatifs. Et ils recrutent, forment et supervisent les conseillers pairs en récompensant sous une forme non numéraire les bonnes performances.

Vous pouvez trouver un outil pratique dans « [Une évaluation rapide des services de santé de la reproduction à l'attention des jeunes](#) » (document en anglais). Cet outil a été conçu à destination des responsables et des prestataires pour évaluer et améliorer les services pour les jeunes. Le personnel peut enregistrer les données englobant les informations de base/d'origine, le volume de clientèle, la gamme de prestations offertes, le programme des services disponibles au quotidien et les précisions liées au personnel et à la supervision. Ce

guide comprend des sections où le personnel peut enregistrer des informations se rapportant à 12 caractéristiques propres à la jeunesse : emplacement, horaires, cadre local, qualification/préparation du personnel, services offerts, enseignement/conseil par des pairs, activités éducatives, implication de la jeunesse, politiques de soutien, procédures administratives, promotion/recrutement et tarifs.

La présentation des services d'accueil de la jeunesse peut nécessiter une planification multisectorielle ou multiservices au niveau central du ministère de la Santé et d'autres ministères, avec une redistribution des postes budgétaires.

### La jeunesse en action – Exemples de pays (Haïti et Mozambique)

**Programme de développement du leadership pour la jeunesse en Haïti.** À Cité Soleil en Haïti, des jeunes gens ont participé au premier Programme de développement du leadership (PDL) destiné à la jeunesse, soutenu par l'USAID et facilité conjointement par MSH et deux organisations, Fondation pour la santé reproductrice et l'Éducation familiale (FOSREF) et la Maison l'Arc-en-ciel (MAEC), ainsi que le ministère de la Santé.

Pendant plusieurs mois, les équipes participantes ont assimilé les pratiques de leadership et de management et ont mis en œuvre ces pratiques contre le VIH et le SIDA et les autres enjeux sanitaires en faveur de la santé sexuelle et reproductive dans leurs communautés. Elles ont fixé des objectifs mesurables, dressé des plans d'action et sont allés jusqu'à mobiliser d'autres membres de la communauté. À la fin du PDL, les équipes avaient formé 4450 jeunes gens à la prévention du VIH, formé 252 autres aux questions liées à la discrimination et à la stigmatisation du VIH et du SIDA, et formé 90 jeunes gens comme éducateurs-pairs pour continuer d'étendre la prévention du VIH, des infections sexuellement transmissibles et la prévention des grossesses précoces.

#### Extraits d'une chanson rap composée par les jeunes participants au PDL (traduit du créole haïtien)

*Le SIDA est notre plus grand défi et répand partout une terrible souffrance  
Relever ce défi n'arrêtera pas la maladie  
Mais empêchera d'autres d'être contaminés ...*

*Écoutez en quoi le leadership et le management sont inséparables :*

*Quand on est informé, on peut planifier, cibler, organiser.*

*Il faut une vision claire et un soutien pour relever les défis.*

*Levez-vous, la jeunesse ! Menons ce combat ensemble.*

**Prévenir le VIH parmi la jeunesse au Mozambique.** Le projet Pathfinder International's Youth in Action a consolidé les initiatives instaurées au sein des écoles et des communautés pour prévenir le VIH parmi les adolescents et les autres jeunes au Mozambique. En œuvrant via des associations locales de jeunes et des ONG, le projet a permis aux jeunes gens d'un district donné de non seulement leur apporter une protection face aux infections IST/VIH mais aussi de développer et de maintenir des modes de vie sains. Il a permis à des jeunes de devenir les défenseurs du changement dans leurs communautés en transmettant la connaissance, les comportements et pratiques de leur génération. Le projet, soutenu par Trocaire, une ONG irlandaise, a étayé le renforcement des capacités des associations de jeunes pour développer et maintenir leurs propres programmes durables et œuvrer en faveur des politiques et programmes locaux et nationaux valorisant les services axés sur les jeunes.

## Élément 3 : Fournir des services intégrés

---

*Le peu de preuves disponibles suggère que les approches intégrées pour la fourniture de services de santé, en comparaison des approches verticales, améliorent les résultats dans les domaines choisis. ...En pratique, la plupart des services de santé associent éléments verticaux et intégrés à divers degrés d'équilibre entre eux.*

Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur les systèmes de santé  
Note stratégique, 2008

### FOURNITURE DE SERVICES INTÉGRÉS : LE CONTEXTE

La controverse sur les avantages et désavantages des services intégrés et verticaux est une constante dans l'histoire de l'aide étrangère. Les adeptes des **services verticaux**, qui privilégient en particulier une population, une maladie ou une intervention sanitaire spécifique, mettent en avant les avantages suivants :

- Les rôles et les responsabilités du personnel peuvent être clairement identifiés et recentrés sur un ensemble de tâches que chacun des membres du personnel peut raisonnablement maîtriser.
- La prise de décision, le contrôle des progrès et l'évaluation des résultats est facilitée.
- Les services verticaux peuvent généralement cumuler les ressources pour répondre aux crises de santé publique.
- Les services intégrés peuvent nécessiter des systèmes et des compétences qui placent la barre trop haut pour les prestataires, les superviseurs et les responsables, entraînant une baisse de qualité des soins dans tous les services.

Ceux qui soutiennent les **services intégrés** (ensembles d'interventions sanitaires préventives et curatives répondant aux problèmes de santé connexes touchant de larges populations) apportent ces réponses :

- Les services intégrés offrent aux clients des prestations plus adaptées et complètes.
- Ils permettent l'existence de systèmes et de sous-systèmes de gestion mieux rentabilisés et économiquement efficaces.
- L'intégration est déjà une réalité dans les centres de moindre importance où une à deux personnes assurent tous les services.
- L'intégration formelle des systèmes soutient les prestataires dans leur démarche de perfectionnement de leurs compétences consultatives et cliniques.
- Les programmes verticaux de haut en bas favorisent la confusion, la duplication et la déperdition en imposant différents dispositifs de financement, cursus, cadres de supervision, systèmes d'information et rapports réguliers sur les fournisseurs.

Le [site web de l'OMS](#) offre plus d'informations sur les services intégrés, à l'instar de deux éditions de *The Manager*, [une](#) sur la gestion des services intégrés, et [l'autre](#) sur l'intégration des services IST et VIH dans les cadres de santé procréative. Par ailleurs, un [exposé de principe](#) décrit une approche des systèmes pour combattre le VIH et le SIDA.

## FOURNIR DES SERVICES INTÉGRÉS : ENJEUX ESSENTIELS

**Définir l'intégration.** Les services de santé intégrés peuvent se définir selon un continuum, allant de son acception la plus concise (la combinaison de deux services initialement distincts en un service unique et coordonné) jusqu'à l'ensemble complet de services de santé préventive et curative disponibles en un point d'accueil multiservices sous la direction d'un seul responsable.

Ces définitions varient aussi en fonction des différentes perspectives des clients, fournisseurs, cadres de santé et décideurs politiques.

- Pour le **client**, l'intégration désigne des soins de santé sans faille, au parcours facile à suivre et qui soient coordonnés. Concrètement, ces soins n'impliquent pas des visites répétées à un centre de santé s'appliquant à différents traitements mais l'association d'agents de santé attentifs à la personne plutôt qu'à la maladie spécifique et d'une communication de qualité parmi les agents à différents niveaux de la structure de santé.
- Pour les **prestataires**, l'intégration désigne la coordination des systèmes de gestion pour différents services techniques, en particulier la gestion des médicaments, de l'information et des finances. Cette coordination varie selon les niveaux du système. Au premier niveau, là où n'occure qu'un seul agent de santé, la prestation intégrée de services est réel, mais son travail peut être facilité ou complexifié selon le degré d'organisation des systèmes de gestion. Un hôpital tertiaire, à l'autre extrémité du spectre, sera composé de plusieurs spécialistes devant bien communiquer pour coordonner les soins de chaque patient et utiliser efficacement l'équipement, les stocks, l'espace et le personnel.
- Pour les **responsables de santé et les décideurs politiques**, que ce soit au niveau du district, de la province ou du pays, l'intégration intervient lorsque les responsables des différents programmes techniques des secteurs public, privés et bénévole de la santé abattent les murs qui les séparent et prennent des décisions conjointes sur les politiques, le financement, la réglementation et la prestation de service.

**Fusionner les services intégrés et verticaux.** Quels que soient les arguments pour ou contre les services intégrés et verticaux, la tendance dans le monde en développement est à l'intégration des services connexes, même au sein des programmes verticaux. De bons exemples sont l'intégration de la prévention du VIH, du traitement, et des soins avec les services TB dans le cadre du Plan d'urgence du président des États-Unis pour la lutte contre le sida (PEPFAR) ou l'apport de vitamine A ou de moustiquaires pour les jours nationaux d'immunisation.

La décision d'intégration est généralement prise aux plus hauts niveaux parmi les donateurs et au sein des agences gouvernementales. Vous devrez néanmoins être productif dans votre approche, quelle que soit celle qui prévaut à votre niveau. L'enjeu est de s'assurer que l'ensemble des services de base – qu'importe si cet ensemble de services est défini dans votre cadre – est disponible à tous ceux qui se rendent sur un site de prestations de soins.

La disponibilité de cet ensemble fondamental de services de santé impliquerait que, sur le site du centre de prestations, les agents de santé sont formés et supervisés pour offrir l'ensemble complet de ces services, ou d'orienter les clients vers un centre de niveau supérieur, d'une façon qui assure l'accès, utilise efficacement le personnel en service, garantit l'intimité et minimise les coûts (y compris le temps perdu) pour ceux qui ont recours à ces services. Aux

niveaux plus hauts, une approche coordonnée et multisectorielle est nécessaire pour soutenir et renforcer les services.

**Éviter les occasions manquées.** L'un des arguments les plus solides en faveur de l'intégration des services réside dans le potentiel que constitue la visite d'un client à être utilisé pour recommander ou fournir des interventions excédant les attentes du client. Par exemple dans les cas suivants :

- Une mère amène un enfant malade. Une infirmière formée à la prestation de services intégrés peut donner des conseils nutritionnels, fournir ou programmer des vaccinations et recommander une planification familiale. Elle peut ainsi se renseigner sur la santé des autres membres de la famille et identifier les signes avant-coureurs de problèmes potentiels.
- Un patient vient pour des soins curatifs. Une gamme complète de services préventifs lui sera offerte, à lui et aux autres membres de sa famille.
- Une visite prénatale peut être l'occasion de diagnostiquer et de traiter une IST, de donner des recommandations et de pratiquer les tests VIH et le cas échéant, de proposer les services de prévention des transmissions mère-enfant (PMTCT).
- Un patient recevant des prestations VIH de tout type est un candidat à la prévention et à la détection d'IST, aux recommandations de planification familiale, aux services contribuant à empêcher la transmission du VIH, et au diagnostic et au traitement de la tuberculose.

De nombreux exemples de programmes verticaux par deux ou plus sont ajoutés à l'ensemble intégré des services. Voir l'encadré 4 pour deux d'entre eux.

Toutes les formes d'intégration nécessitent des changements qui peuvent s'avérer difficiles pour les managers, les prestataires et les autres parties prenantes. La transition des les

#### ENCADRÉ 4. Des programmes verticaux aux programmes intégrés

**Intégrer la gestion des maladies infantiles.** La prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) remédie stratégiquement aux cinq causes majeures de décès des enfants de moins de cinq ans dans le monde en développement (diarrhée, pneumonie, paludisme, rougeole et malnutrition). La stratégie de la PCIME se base sur le constat que de nombreux enfants présents affichaient des signes et des symptômes de maladies, ce qui rend un diagnostic unique et un traitement inadaptés.

Dans le cadre de la PCIME, les agents sanitaires sont formés pour évaluer, cataloguer et traiter l'enfant dans son intégralité, plutôt que de répondre à une seule question sanitaire spécifique. La stratégie intègre les soins dispensés dans les centres, les soins à domicile et le recours aux soins, le traitement au niveau communautaire, ainsi que des orientations et une supervision des centres. La PCIME reconnaît également l'importance de l'amélioration des systèmes de gestion qui soutiennent ces agents sanitaires : approvisionnement en médicaments, supervision, gestion financière et systèmes d'information. En Inde et dans d'autres pays, les soins néonataux ont été ajoutés à l'ensemble, et la PCIME est devenu le nouvel acronyme de cette approche intégrée.

**Intégrer la prévention du VIH et la planification familiale.** Cet autre cas récent d'intégration s'intercale entre le VIH et la planification familiale, deux programmes qui sont traditionnellement distincts. L'avantage d'intégrer ces services est d'éviter les occasions manquées qui se font de plus en plus évidentes alors que toujours plus de femmes et d'hommes en âge de se reproduire sont contaminés par le VIH ou courent un risque d'infection.

Les messages cruciaux sur le sexe non protégé et les capacités de communication et de négociation selon lesquels il faut prendre des décisions responsables sont au cœur des initiatives réussies visant à réduire la transmission du VIH et éviter des grossesses précoces.

programmes verticaux vers les programmes intégrés ne peut se produire sans action politique, technique et administrative sur l'ensemble du système de santé, en commençant par l'engagement des donateurs et des hautes sphères du gouvernement.

Le changement peut imposer une pression forte sur les programmes qui reçoivent une assistance financière et technique centrés sur une question unique. Au sein d'un système décentralisé, les compétences en management et en leadership sont requises à tous les niveaux pour soutenir et coordonner les changements nécessaires en matière de politique et de finances et dans les systèmes institutionnels, les processus, les rôles et les responsabilités.

Ceux qui ont travaillé dans un système essentiellement vertical tendent à y être plus loyaux et résistants aux évolutions des pratiques avec lesquelles ils se sentent à l'aise. Les responsables des programmes récemment intégrés doivent posséder la compréhension et la détermination pour aider les parties prenantes (personnel compris) à travers le processus de changement. Les prestataires de services intégrés auront besoin d'une formation solide et d'une supervision constante pour maîtriser les nouvelles compétences à découvrir, à diagnostiquer et à résoudre les problèmes complexes couvrant un ensemble de composantes sanitaires.

## FOURNIR DES SERVICES INTÉGRÉS : APPROCHES ET OUTILS

**Instructions, cadres et listes de contrôle pour l'intégration du VIH et de la planification familiale.** Un [kit de santé K4](#) (document en anglais) fournit les liens vers les instructions, les recherches, les aides à l'emploi et les autres ressources et outils visant à intégrer la planification familiale et les services VIH.

Un [document](#), de l'USAID de 2007, *A Framework for Integrating Family Planning and Antiretroviral Therapy Services*, inclut des tableaux exhaustifs de points et de niveaux d'entrée pour la planification familiale intégrée et les informations et services VIH.

De nombreux programmes sont une combinaison de systèmes et de services verticaux et intégrés. La section du Centre de ressources électroniques sur la [Gestion des services intégrés](#) comprend la Liste de contrôle expérimentale d'évaluation de l'intégration, que vous pouvez utiliser pour analyser le degré d'intégration des systèmes de votre organisation ou de gestion des programmes.

Cet outil intègre huit systèmes : planification/budgétisation, organisation interne, rôles et responsabilités du personnel, formation, supervision, logistique (véhicules inclus), systèmes d'information/contrôle de gestion et services clients. Il détaille les caractéristiques d'une gestion pleinement verticale, mixte ou intégrée pour chacun de ces systèmes et offre des suggestions d'amélioration des systèmes pour rendre un programme intégré plus efficace.

**Intégrer les tests TB et VIH au Rwanda.** La tuberculose est la maladie opportuniste la plus commune et la cause majeure de mortalité parmi les personnes séropositives. Procéder à des tests sur des individus séropositifs pour la TB et les patients atteints de tuberculose permet de les traiter et leur apprendre à vivre avec les deux maladies.

Grâce au financement du PEPFAR, le Rwanda a mis en place des protocoles nationaux d'intégration des tests TB et VIH. Les patients séropositifs dans tous les centres de santé subissent actuellement des tests de tuberculose, et entre 2005 et 2006, le pourcentage de patients TB testés pour le VIH est passé de 40 à 75 pourcent. Le succès du PEPFAR Rwanda pour cette intégration rapide d'interventions en TB et VIH/SIDA est à mettre au crédit de la coopération avec le gouvernement rwandais, à la capacité de procéder à des tests VIH dans des sites TB, et à la répartition croissante d'un enseignement intra-communautaire et de la prise en charge.

**Intégrer la planification familiale dans les soins et le traitement du VIH en Afrique de l'Est.** Au milieu des années 1990, Pathfinder International a reconnu que de nombreuses femmes séropositives en Afrique de l'Est n'obtenaient pas de contraception aux centres de santé car les prestataires estimaient qu'elles n'étaient pas sexuellement actives. Pour lutter contre cette discrimination, Pathfinder a ajouté un programme de soins à domicile dans la communauté (Community Based Home Care) dans le cadre de l'intégration de la planification familiale au sein de la communauté.

Pour ce programme intégré, des bénévoles ont été formés en Éthiopie, au Kenya et en Tanzanie pour fournir aux patients séropositifs, à leurs foyers et aux membres de la communauté une gamme complète de soins de prévention VIH/SIDA et des services d'accompagnement. Les prestataires bénévoles du CHBC sont particulièrement adaptés pour répondre aux besoins de planification familiale des foyers touchés par le VIH car ils sont eux-mêmes séropositifs pour la plupart. Ce service intégré crée des synergies pour une éducation à une sexualité sans risques, la promotion de l'usage d'une protection double et la réduction de la stigmatisation.

## Élément 4 : Mise à échelle

*Parfois, les bonnes idées se propagent d'elles-mêmes. Elles peuvent être novatrices, impliquer des technologies si révolutionnaires et répondre à de tels besoins urgents qu'elles prolifèrent harmonieusement. Pourtant, les bonnes idées, pour la plupart, ne se propagent pas si facilement. Elles nécessitent l'appui et l'énergie d'organisations et d'individus engagés qui développent des stratégies d'expansion soigneusement adaptées aux réalités de leurs environnements. Le principe de la mise à échelle durable en est l'enjeu..*

Ruth Simmons, Peter Fajans, and Laura Ghiron

*Scaling Up Health Service Delivery (Mettre à l'échelle la prestation des services de santé)*

### MISE À ÉCHELLE DU CONTEXTE

Il existe de nombreuses définitions de la mise à échelle. Un rapport technique de l'OMS intitulé : « Élargir les services de santé : défis et choix » offre l'une des définitions les plus claires et les plus complètes, à savoir « l'initiative de magnifier l'impact des innovations de services de santé testées avec succès dans les projets pilotes ou expérimentaux, de façon à en faire bénéficier un plus grand nombre et d'encourager le développement de politiques et de programmes sur une base durable » (OMS 2008b).

Cette définition implique que l'équité et la durabilité sont des éléments essentiels de la mise à échelle. Cette définition ne s'applique pas seulement aux programmes pilotes innovants, elle est également applicable pour une diffusion progressive des interventions reconnues telles que la vaccination et l'espacement des naissances.

L'OMS détermine le cadre de la mise à échelle sur quatre niveaux reflétant les résultats évoqués dans ce guide à la section du chapitre 9 intitulé : « Cadres de travail pour la conception et le suivi et l'évaluation des services de santé » :

- **intrants/ressources** : mobiliser plus de fonds, plus de personnel
- **résultats à court terme** : offrir plus de services (accès, choix), générer un meilleur rendement (qualité, efficacité)
- **résultats à long terme** : toucher plus de gens (diffusion), attirer plus de clients (utilisation)
- **impact** : réduire la morbidité ou la mortalité

## MISE À ÉCHELLE : ENJEUX ESSENTIELS

**Choisir et adapter des pratiques fondées sur des éléments probants.** Vous devrez collecter des informations sur les pratiques élargies avec succès dans des contextes de prestations de services équivalents. Vous trouverez certainement de nombreux exemples intéressants tirés de différents cadres. Votre travail est de sélectionner les pratiques les plus appropriées à partir de celles que vous aurez choisies, des pratiques que vous et votre personnel avez les ressources et la capacité d'adapter aux besoins de votre organisation.

Vous aurez certainement alors à justifier vos choix auprès des personnes décisionnaires au sein et au-delà de votre organisation, en communiquant de façon persuasive les résultats de votre recherche et les raisons pour lesquelles vous avez choisi d'adopter ces nouvelles pratiques.

Trouver sur Internet des informations librement disponibles sur des pratiques fondées sur des éléments probants vous oblige à chercher des sources précises et fiables et à écarter celles qui semblent convaincantes mais sont en fait subjectives, inexactes et trompeuses. Commencez par des recherches ciblées sur des sites fiables tels que ceux listés dans l'[encadré 5](#).

Ci-après quelques conseils pour obtenir l'information souhaitée à partir d'un site web.

- Utiliser les en-têtes principaux des sites web plutôt que rechercher par mot-clé permettra d'accéder plus rapidement aux informations.
- Si vous devez utiliser des mots-clés dans votre recherche, définissez votre sujet aussi précisément que possible. Par exemple, rechercher « programmes VIH SIDA Afrique 2007 à 2010 » retournera des informations plus pertinentes sur les interventions actuelles que simplement « enfants VIH SIDA Afrique ».
- Les moteurs de recherche comme Google ou bing! peuvent vous amener sur des pages réservées aux abonnés qui limitent le volume d'information que vous pouvez obtenir sans frais. Vous pouvez affiner cette question en utilisant des « portails d'information », sites qui cumulent différents types de renseignements à partir de multiples sources. La [Bibliothèque mondiale de la santé \(www.globalhealthlibrary.net\)](#) de l'OMS et le site [Partners in Information Access \(www.phpartners.org\)](#) du gouvernement des États-Unis en sont de bons exemples, de même que les sites de la [Cochrane Library](#) et de [Knowledge for Health](#) détaillés dans l'[encadré 5](#).
- Toutes les publications ne sont pas réservées aux abonnés. Le [Directory of Open Access Journals \(www.doaj.org\)](#) offre des liens vers de nombreuses publications publiques sur la santé dont les contenus sont révisés par des pairs et rendus librement disponibles dans le monde entier. La plupart de ces publications se trouvent sur les portails d'information précités.

**Identifier et remédier aux contraintes.** Si le changement est si répandu dans le secteur de la santé, pourquoi la mise à échelle est-elle si difficile et le succès si rare ? En général, les échecs sont attribués aux ressources limitées et aux formidables barrières géographiques, politiques et socioculturelles. Ces contraintes globales se manifestent dans quatre domaines :

- **déboursement des fonds** : le manque de fonds ou, même en cas de disponibilité des fonds, l'absence d'un système efficace pour ce déboursement ;
- **communication** : des informations techniques et financières non partagées, qui dans le cas contraire permettraient aux gens dans la plupart des sites d'adapter les intervention(s) pour s'aligner avec leurs propres valeurs ou les circonstances locales ;

## ENCADRÉ 5. Quelques sources d'informations en ligne sur les pratiques éprouvées

- **Cochrane Library** (<http://www.thecochranelibrary.com/view/0/index.html>) fournit des informations sur les effets des pratiques cliniques et examine les interventions destinées à aider les agents de santé à prendre des décisions éclairées.
- **Knowledge for Health** (<https://www.k4health.org>) offre des renseignements sur les pratiques de planification familiale/santé de la reproduction et VIH/SIDA, avec des trousseaux à outils pour la formation, la méthode, le savoir-faire et le plaidoyer. Le site héberge cinq cours gratuits en ligne spécifiques sur les maladies, les politiques et les pratiques. Sur ce site, vous trouverez Family Planning: A Global Handbook for Providers qui contient des informations et des instructions actualisées pour toutes les méthodes de planification familiale.
- **The Lancet Series** (<http://www.thelancet.com/series>) est un recueil d'articles connexes qui traitent de questions importantes sur le plan clinique et de secteurs de santé et de médecine souvent négligés par les programmes de recherche traditionnels et les publications médicales. A titre d'exemple, la thématique de janvier portait sur les maladies tropicales négligées.
- **MedLine Plus** (<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/healthtopics.html>) est élaboré conjointement par les National Institutes of Health et l'US National Library of Medicine. Offre par ailleurs des informations essentielles sur les multiples questions de santé, des liens donnant accès à la recherche récente, inclut des essais cliniques ainsi que des dictionnaires et des glossaires.
- **MSH Health Manager's Toolkit** (<http://erc.msh.org/toolkit>) constitue un ensemble d'outils élaborés et testés par des organisations dans le monde entier qui aident les professionnels de la santé à fournir des services de santé accessibles, de grande qualité et durables.
- **Programme commun des Nations Unies sur le VIH/Sida (ONUSIDA) Knowledge Center** (<http://www.unaids.org/>) fournit de multiples ressources liées au VIH/SIDA. Ce site est une mine d'informations sur les politiques d'USAID, sur chacun des 10 objectifs et des engagements en faveur de l'élimination du VIH/SIDA, des données et publications régionales et nationales, et d'autres ressources.
- **Thèmes sanitaires – Organisation mondiale de la Santé** (<http://www.who.int/topics/fr/>) contient des informations génériques et techniques et des publications récentes sur une large palette de thématiques sur la santé, ainsi que sur les informations relatives aux programmes de l'OMS qui ciblent les secteurs spécifiques de la santé.

- **demande** : l'échec de la demande de services correspondant à la mise à échelle de l'offre ;
- **l'environnement politique et légal** : les politiques et les lois qui entravent le progrès.

Souligner ces contraintes peut être non seulement refléter un manque de compétences managériales ou techniques de la part de ceux qui adoptent potentiellement une intervention mais aussi l'absence d'engagement politique ou d'appartenance locale.

La conférence sur la mise à échelle de la santé organisée par BRAC (une ONG internationale travaillant essentiellement sur le développement économique), la fondation Gates et la fondation Rockefeller (IDS 2008) ont défini des exigences clés pour les principaux obstacles à la mise à échelle :

- Planifier la mise à échelle dès le début d'une intervention ;
- S'appuyer sur un ensemble de capacités différentes de celles requises pour développer l'intervention. Celles-ci comprennent une analyse politique (savoir qui gagnera ou perdra à partir des changements proposés), une analyse institutionnelle (évaluer la capacité des organisations à élargir et les réglementations à changer, selon les besoins), une mobilisation (pour générer

la demande), une communication (pour adapter les messages qui expliquent et encouragent l'usage effectif, l'évaluation des risques (pour permettre et gérer les événements non anticipés) ;

- Savoir reconnaître l'échec et en tirer des leçons, ce qui implique d'être capable de résoudre les problèmes lorsqu'ils surviennent et de changer de cap quand les événements ne se déroulent pas comme prévu ;
- Mener des contrôles et des évaluations lors des phases d'essai et de la mise à échelle pour distinguer l'efficacité de l'intervention elle-même et l'efficacité du processus de la mise à échelle, et détecter les coûts des deux phases.

**L'appel à la collaboration intersectorielle.** Des sources récentes de financement en faveur de la santé comme l'Initiative présidentielle contre le paludisme (PMI), la Banque mondiale constituent l'exemple concret qu'aucun secteur ne peut remédier avec succès à toutes les contraintes et y apporter les changements nécessaires.

La collaboration en matière de la mise à échelle implique le secteur public comme privé qui apportent chacun leur unique contribution en touchant différentes catégories de population, en œuvrant dans différents environnements, en fournissant différents types de savoir-faire technique et managérial, et en développant des innovations adaptées à différents besoins. La collaboration intersectorielle pour la mise à échelle des pratiques de santé peut aussi amener à mettre en place des contributions de tous les secteurs économiques/sociaux, non seulement en matière de soins de santé, mais aussi d'enseignement, d'agriculture et d'industrie.

**Mise à échelle et changement.** À tout niveau, la mise à échelle implique des changements de pratiques cliniques, de pratiques de la part des prestataires de soins de santé, de pratiques de management et des systèmes de gestion. Les ressources peuvent être réaffectées et les rôles adaptés, pouvant entraîner une perte de statut pour certains. Une mise à échelle supplémentaire peut impliquer des changements de stratégies et de structures organisationnelles. Au cours des années, les professionnels de la santé et du développement ont appris que le changement réussi prend du temps et nécessite d'être strictement encadré.

Tous ceux qui travaillent pour améliorer la santé (des donateurs internationaux aux infirmières en passant par les chefs de village) doivent encourager, initier et mettre en place le changement. Selon Everett Rogers, pionnier de la communication de la théorie des innovations sur la façon dont les nouveaux principes, produits et comportements se diffusent, il existe cinq types d'adoptants (2003). Les spécificités qui suivent s'appliquent autant aux individus qu'aux organisations.

- **Innovateurs.** Les innovateurs sont relativement rares : ils sont les premiers à adopter une nouvelle idée, technologie ou approche, même si le risque est inhérent.
- **Les adeptes précoces** ne sont pas loin derrière, et ils adoptent de nouvelles idées dès que les bénéfices sont apparents. Ils visualisent rapidement comment une nouvelle pratique peut contribuer à leur faire atteindre les objectifs et sont aussi prêts à prendre des risques.
- **Majorité précoce et majorité tardive.** Cumulés, ces groupes totalisent plus de la moitié de la population. La majorité précoce exige la preuve de bénéfices, la facilité d'adoption et les coûts raisonnables. La majorité tardive n'aime pas les risques et les nouvelles idées, et est même plus lente et plus réticente à adopter l'innovation.
- **Ceux qui sont lents à changer.** Ces retardataires représentent en général un petit pourcentage dans tout groupe. Ils peuvent résister au changement jusqu'à

ce qu'ils ne puissent plus rejeter les résultats améliorés ou qu'il leur est demandé d'adopter de nouvelles pratiques s'ils souhaitent conserver leur emploi.

Vous allez certainement découvrir que les gens réagissent aux changements de multiples façons. Voici les rôles clés dans la communication des innovations .

- **Leaders d'opinion.** Les leaders d'opinion peuvent diffuser des idées à travers leurs réseaux sociaux, et leurs idées et comportements influencent les autres. Le soutien d'un leader d'opinion vous aidera à mettre en place le changement.
- **Agent du changement.** Si vous estimez qu'une pratique ou un ensemble de pratiques qui a fonctionné dans un environnement particulier peut être élargi pour améliorer les services dans d'autres environnements, vous pouvez agir en tant qu'agent du changement, en transmettant votre engagement et votre enthousiasme et en gagnant l'adhésion des membres du personnel qui auront la lourde tâche quotidienne de mettre en place le changement.
- **Équipe du changement.** La tâche sera largement facilitée si vous travaillez avec une équipe du changement qui partage votre vision sur l'importance des nouvelles pratiques. La majorité du personnel doit réaliser combien les changements sont efficaces pour répondre à l'enjeu organisationnel et pour améliorer les soins des clients.

Quelle que soit la catégorie à laquelle ils correspondent, les responsables potentiels de la mise en œuvre doivent être convaincus que la nouvelle pratique :

- répond aux enjeux recensés et offre des avantages nets, à eux et aux bénéficiaires de ces services ;
- peut être testée sans un investissement ou un risque considérable ;
- est en phase avec les valeurs de l'organisation ;
- peut être appliquée sans perturber gravement les services en place.

## MISE À ÉCHELLE : APPROCHES ET OUTILS

**Un cadre conceptuel et une stratégie de la par étapes.** La publication *Practical Guidance for Scaling Up Health Service Innovations* fournit un cadre offrant un contexte et un processus adaptés aux initiatives de la mise à échelle (OMS 2009). Ce cadre conceptuel englobe cinq éléments essentiels à une mise à échelle réussie :

1. **L'innovation** (une intervention sanitaire ou un ensemble d'interventions) ;
2. **L'organisation utilisatrice** (l'organisation devant adopter l'innovation) ;
3. **L'environnement extérieur** (les conditions et institutions influençant les perspectives de la mise à échelle) ;
4. **L'équipe ressource** (individus et organisations promouvant une utilisation plus large des innovations) ;
5. Les **zones de choix stratégiques** (plans, actions et choix stratégiques mettant en place l'innovation des politiques, des programmes et des services).

Ces éléments se concrétisent par les démarches nécessaires à une mise à échelle réussie. Le cadre est établi à partir des principes de « respect, réalisation et promotion des droits humains, ce qui signifie l'intégration des normes de droits humains dans les initiatives de la mise à échelle, comprenant la dignité humaine, l'attention aux besoins et aux droits des groupes vulnérables ainsi que la garantie de qualité de services de santé accessibles à tous » (OMS 2009).

## S'appuyer sur l'expérience, les données et la motivation pour procéder à la mise à échelle – Exemples de pays (Sénégal et Égypte)

**Intensifier les soins post-avortement (PAC) au Sénégal.** A la fin des années 1990, le ministère de la Santé sénégalais a lancé une étude pilote d'un modèle de soins post-avortement basé sur les partenariats avec les communautés et les prestataires de services, sur le conseil, le traitement, les services contraceptifs, et ceux de planification familiale et de santé de la reproduction. L'étude pilote a montré que le modèle PAC a bien fonctionné dans les cadres secondaire et tertiaire. Des études ultérieures menées par IntraHealth et EngenderHealth dans quelques districts ruraux ont montré que le modèle pouvait aussi être une réussite pour les centres primaires et communautaires.

Sur la base de ces études, MSH a collaboré avec le ministère de la Santé pour instaurer le modèle dans 23 districts ruraux de santé couvrant plus de la moitié de la population du Sénégal. La mise à échelle se composait de quatre phases. Commençant avec une évaluation de disponibilité et de qualité de traitement post-avortement dans les zones rurales, il a ensuite donné lieu à une formation en phase avec les capacités et les besoins des fournisseurs et des superviseurs, dont quasiment 90 pour cent sont des sages-femmes, des infirmières et des conseillères aux postes et aux centres de santé. Les données ont été collectées à l'aide d'un registre PAC dans tous les centres d'intervention.

Enfin, l'effort de la mise à échelle a impliqué une supervision coopérative qui a motivé les prestataires, les équipes de soins de santé du district et les membres de la communauté instruits à s'investir dans les améliorations de planification et de mise en œuvre de la PAC. Cet effort soigneusement échelonné a plus que doublé le nombre de femmes recevant et recourant aux services PAC dans les postes de santé et les cliniques et ont quadruplé leur nombre en octroyant au centre une méthode moderne de planification familiale.

**Renforcer le leadership et le management en Égypte.** Quand le gouvernorat d'Assouan a terminé le programme de développement de MSH en 2003, les 10 équipes participantes (docteurs, infirmiers et travailleurs sociaux des hôpitaux et cliniques de toute la région) ont témoigné un tel enthousiasme quant aux résultats obtenus qu'ils ont décidé de continuer le programme avec leurs propres ressources.

En appliquant les pratiques de leadership et de management aux enjeux des services de santé, ils ont considérablement amélioré les indicateurs de prestations et les opérations des unités de santé primaire.

Ils ont constaté des changements marquants dans les méthodes de travail du personnel avec leurs collaborateurs et dans la façon de traiter les clients.

Un an et demi après, le programme est suffisamment étendu pour couvrir 78 unités de santé rurale dans cinq districts d'Assouan, et les bases étaient posées pour élargir le programme au niveau national. Les participants de la seconde année du PDL ont augmenté la quantité de visites prénatales et de soins infantiles, créé un nouveau système d'informations médical et augmenté l'utilisation de contraceptifs. Les équipements du programme ont été standardisés, les animateurs du nouveau PDL sélectionnés et formés et les systèmes de gestion renforcés pour fournir un soutien continu de l'initiative dans d'autres gouvernorats d'Égypte.

En 2005, 15 docteurs afghans ont intégré le programme d'Assouan, constaté les similitudes sociales et culturelles afghanes et égyptiennes, et sont revenus lancer dans leur propre pays un programme de développement du leadership au succès affirmé.

**L'approche d'amélioration concertée.** Tel que décrit dans [Élément 1 : établir et maintenir une qualité optimale de service](#), cette approche implique les équipes de différents sites dans un effort mutuel de répondre aux objectifs communs. En plus de cibler la qualité, les approches collaboratives d'amélioration sont conçues pour élargir les améliorations aux organisations participantes voire à d'autres organisations en communiquant les pratiques éprouvées.

**Le processus de changement.** Pour élargir les changements relativement minimes, les responsables et prestataires de santé peuvent instaurer le processus de changement dans des phases reflétant les pratiques de management et de leadership :

- **Phase 1** : reconnaître un enjeu, l'écart entre une réalisation souhaitée et une réalisation concrète (**examiner attentivement**) ;
- **Phase 2** : identifier les pratiques prometteuses pour l'amélioration des services (**cibler**) ;
- **Phase 3** : adapter et tester une pratique prometteuse ou un ensemble de pratiques pour s'assurer qu'elle(s) s'ajuste(nt) au contexte et résout/résolvent les difficultés dans un cadre défini (**organiser**) ;
- **Phase 4** : instaurer de nouvelles pratiques, établir une base solide qui rendra possible la transition de l'adaptation à l'application réelle (**organiser, harmoniser/mobiliser, mettre en œuvre**) ;
- **Phase 5** : élargir les nouvelles pratiques éprouvées avec succès et les systèmes qui les soutiennent (**toutes les pratiques** de management et de leadership).

## Élément 5: Fournir des soins de santé primaires au niveau de la communauté

---

*Le rassemblement des ministres de la Santé du monde entier à Alma-Ata au Kazakhstan en 1978 fut sans doute la réunion la plus efficace de ce genre dans l'histoire de la santé publique. La déclaration d'Alma-Ata demeure l'un des documents, certes débattu, parmi les plus influents dans le secteur de la santé, appelant à l'implication significative des communautés dans la conception et le contrôle des services de santé abordables. Cela peut-il fonctionner aujourd'hui pour des millions de pauvres?... Certainement !*

Jon Rohde and John Wyon

*Community-Based Health Care: Lessons from Bangladesh to Boston*

### SOINS DE SANTÉ AU NIVEAU COMMUNAUTAIRE : LE CONTEXTE

Quelles sont les spécificités des services de santé durables au niveau communautaire ?

Un groupe de travail de la Section internationale de santé de l'Association américaine de santé publique a mené récemment une étude sur l'efficacité des soins de santé communautaire (SSC) pour l'amélioration de la santé infantile dans des environnements à la mortalité élevée et aux ressources faibles. Les examinateurs ont étudié les programmes SSC en vigueur depuis 10 ans ou plus et ayant fait leurs preuves dans l'amélioration de la santé infantile. Dans tous les cas, il a été constaté :

- une large gamme de prestations de soins de santé primaires, incluant la planification familiale et la santé de la reproduction ;

- la recommandation de soins aux plus hauts niveaux ;
- l'utilisation des ASC et leur soutien grâce à une formation et une supervision solides ;
- des visites à domicile de routine et systématiques ;
- un partenariat fort entre la communauté et le programme de santé gouvernemental ;
- un niveau élevé de confiance de la communauté dans le programme de santé ;
- le traitement des clients accompagné d'un niveau de respect élevé.

Le défi pour les managers et les prestataires est de donner vie à ces caractéristiques dans les communautés desservies.

### SOINS DE SANTÉ AU NIVEAU COMMUNAUTAIRE : ENJEUX ESSENTIELS

**Renforcer la participation de la communauté.** Les communautés activement engagées dans la promotion, la prestation et le soutien de leurs services de santé ont une meilleure compréhension et une plus grande implication de leurs options sanitaires. Les communautés engagées mettent en place un environnement qui incite un plus grand nombre de résidents à utiliser les services de santé.

Leur engagement influe directement sur leur contribution financière et personnelle et contribuera à l'identification de sources de financement supplémentaires hors de la communauté, permettant à des programmes de santé de toucher de nouveaux segments de population. La participation de la communauté apporte également des solutions locales aux problèmes de prestations de services, en répondant directement aux préoccupations et besoins des clients et des prospects.

Pour récolter ces bénéfices, la participation doit être effective et significative. La politique nationale doit activement promouvoir l'engagement de la communauté et donner aux organisations de la société civile, aux comités consultatifs de la communauté, aux leaders – officiels ou non – de la communauté, au gouvernement local et aux prestataires de soins basés dans la communauté un rôle indépendant dans les décisions concernant les services de santé. Pour remplir leurs rôles efficacement, ces groupes et ces individus doivent bâtir des compétences en planification, formation, supervision et suivi des activités et des fonds.

**Prestations de services de santé au niveau communautaire.** La prestation de services de santé au sein de la communauté est tributaire des agents de santé communautaire (ASC), à savoir les membres de la communauté motivés, intégralement formés, supervisés et qui gèrent les médicaments et les stocks nécessaires pour fournir à leurs voisins l'éducation et les soins de base en matière de santé.

Les ASC peuvent assurer un grand nombre de services. Ils peuvent promouvoir des modes de vie sains, fournir des soins préventifs, contrôler la santé de la communauté, détecter les patients courant un risque particulier, diagnostiquer et traiter les conditions habituelles, offrir des services curatifs de base et distribuer des préservatifs et réapprovisionner les stocks de contraceptifs oraux et injectables. Ils peuvent aiguiller des usagers vers les centres de santé et agir comme liaison essentielle entre la communauté et les centres, en interprétant le climat social pour les fournisseurs basés dans le centre et agissant comme une première alerte pour les questions de santé publique émergentes.

La gamme de services que les ASC sont autorisés à offrir est déterminée en grande partie par le gouvernement. Dans de nombreux pays, un manque d'efficacité en termes de leadership et de vision aux niveaux national et provincial a interdit aux ASC de fournir des soins susceptibles d'avoir un réel impact. Un exemple ? La réticence des gouvernements à autoriser

les ASC à traiter les enfants atteints de pneumonie avec des antibiotiques, et ce malgré une déclaration commune dans laquelle l’OMS et l’UNICEF ont entériné cette pratique (OMS/UNICEF 2004).

Un autre exemple : le refus de certaines autorités de permettre aux ASC d’administrer des injections contraceptives ou de réapprovisionner les stocks de contraceptifs oraux.

En cas d’indisponibilité des médecins ou des infirmières et d’inaccessibilité des centres de santé, ces restrictions privent les clients des services leur permettant de répondre aux besoins de santé classiques.

**Liens de la communauté avec les centres de santé.** Les centres de santé sont essentiels aux performances de plusieurs fonctions soutenant les soins intra-communautaires tels que la formation et la supervision des ASC, les recommandations et contre-recommandations, les tests de laboratoire et dans certains cas, la mise à disposition de produits pharmaceutiques et médicaux.

La qualité du travail des ASC dépend en grande partie de la qualité de la formation et de la supervision dispensées par le personnel du centre. Les formateurs et les superviseurs doivent maîtriser tous les volets de soins de santé de base pour lesquels les ASC sont responsables. Ils ont besoin de compétences spécifiques pour fournir des prestations d’apprentissage pratiques pour adultes en lien avec le niveau d’éducation et de culture ainsi que les valeurs des ASC.

Les formateurs et les superviseurs doivent aussi être capables d’offrir un accompagnement et un encadrement qui intègrent une communication à double sens ainsi que la planification et le suivi des performances. Par ailleurs, ils doivent posséder une source fiable de médicaments, de contraceptifs et d’autres produits, un lieu sûr où les stocker et des systèmes d’approvisionnement et de distribution tels que détaillés dans le chapitre 8 de ce guide.

Le centre de santé fonctionne également comme le dépositaire de l’orientation des patients pour les services plus complexes : contraceptifs longue durée, traitement des maladies graves et réponse aux symptômes sérieux. *Community Case Management Essentials: Treating Common Childhood Illnesses in the Community* (CoreGroup, Save the Children, USAID 2009) démontre que les systèmes d’orientation les plus efficaces se révèlent être ceux dans lesquels les ASC :

- fournissent le traitement initial préalable à l’orientation ;
- promeuvent la conformité en conseillant les familles sur la nécessité de l’orientation et comment la requérir par écrit ;
- contrôlent le processus d’orientation en :
  - répertorient les recommandations dans un registre ;
  - recevant une « contre-recommandations » de la part des agents de santé, une note aux ASC stipulant le résultat et expliquant le suivi attendu ;
  - traçant la recommandation et la contre-recommandation dans un système d’information de la santé et en discutant le processus lors de visites de contrôle ou de réunions mensuelles ;
- surmontent les obstacles géographiques et financiers à l’orientation en réalisant au choix :
  - la recherche de ces obstacles et le travail avec les familles pour y remédier ;
  - l’identification d’une source de fonds ou d’un transport d’urgence au niveau communautaire ;
  - l’accompagnement de la famille au centre de santé pour garantir les soins immédiats.

## SOINS DE SANTÉ AU NIVEAU COMMUNAUTAIRE : APPROCHES ET OUTILS

**Prise en charge communautaire (PCC).** La PCC est une stratégie visant à offrir des interventions curatives vitales pour les maladies infantiles communes lorsque l'accès aux prestations délivrées dans les centres est restreint. La publication citée plus haut, *Community Case Management Essentials: Treating Common Childhood Illnesses in the Community*, constitue un guide « du savoir-faire » pour les responsables de programmes à utiliser dès le début d'un nouveau programme PCC, pour en améliorer un existant ou pour étendre la PCC à de nouvelles zones géographiques. Il fournit des instructions opérationnelles dans la conception, la planification, la mise en place, le contrôle et le soutien de la PCC pour répondre aux besoins locaux (CoreGroup, Save the Children, USAID 2009).

*Community Case Management Essentials* a été créé par un réseau d'ONG partenaires qui développe une action et un apprentissage collaboratifs pour améliorer et étendre les pratiques de santé publique ciblant les femmes en âge de se reproduire et les enfants de moins de cinq ans dans les communautés. Ce guide s'inspire des expériences de 18 organisations membres du groupe CORE qui ont travaillé avec les ministères de la santé, USAID et les partenaires basés dans les communautés pour mettre en place les programmes PCC longue durée dans plus de 27 pays.

**Communauté COPE.** Cette approche est une adaptation de COPE (services axés sur l'utilisateur et fondés sur des prestataires efficaces) présentée dans l'[Élément 1 : fixer et maintenir une qualité optimale de service](#). Le dispositif Communauté COPE encourage la communauté à s'approprier l'amélioration de la qualité aux niveaux des centres et des communautés. Il aide les superviseurs et le personnel des sites de prestations de services à collecter l'information de la communauté quant aux points forts et aux points faibles des services dispensés dans les centres et il engage les membres de la communauté à s'efforcer de remédier à ces lacunes. Communauté COPE implique un processus participatif agrémenté d'outils pour chaque phase :

- rencontre avec les leaders locaux
- identification des groupes communautaires avec lesquels collaborer
- organiser des activités participatives
- élaborer, privilégier et instaurer un plan d'action
- garantir une qualité d'amélioration continue (EngenderHealth 2002)

**Cartographie des communautés au Bangladesh.** À la fin des années 1980, Technical Assistance Incorporated (TAI) et MSH ont travaillé avec des agents de terrain et des bénévoles des communautés au Bangladesh pour développer un type de cartographie communautaire appelé carte COEL, indiquant où les COuples ELigibles (couples mariés en âge de se reproduire) vivaient et quelle méthode de contraception ils utilisaient.

Plus de 33 000 bénévoles, la plupart analphabètes, ont été formés à parler avec leurs voisins de la planification familiale et de la distribution de contraceptifs. Pour recenser leurs efforts, ils ont tracé des cartes sommaires indiquant avec précision les besoins en planification familiale d'une communauté donnée. Les cartes COEL se sont avérées utiles à chaque niveau, depuis les bénévoles communautaires et leurs superviseurs aux professionnels de la santé et aux responsables gouvernementaux.

Cette technique a été par la suite adaptée en Inde pour permettre aux bénévoles de la santé communautaires de suivre les soins prénataux et postnataux, les immunisations et les services de santé infantile ainsi que la planification familiale. Les cartes COEL ont été utilisées pour indiquer les itinéraires les mieux adaptés aux visites à domicile, pour surveiller l'évolution

sanitaire des clients, pour motiver les clients à adopter des comportements sains et à utiliser les services de santé, et enfin pour assurer un suivi.

**Le miroir de santé communautaire en Guinée.** Dans le cadre du Projet PRISM de l'USAID en Guinée, MSH a lancé le *miroir de santé communautaire*, un outil qui permet aux communautés de contrôler leurs besoins sanitaires afin de pouvoir solliciter les prestations répondant à ces besoins.

Le « miroir » est un graphique utilisant les illustrations pour décrire les zones sanitaires que les membres de la communauté estiment les plus essentielles. Pour chaque zone, les activités sont comptabilisées chaque mois et reportées dans les colonnes. Ainsi, pour le secteur de la santé infantile, un miroir communautaire a fourni les colonnes indiquant le suivi des enfants atteints de diarrhée venus voir les ASC et la proportion d'entre eux qui a reçu des sels oraux déshydratants.

Chaque mois, des représentants de divers villages se réunissent pour compiler et comparer les informations de leurs miroirs communautaires et livrer les résultats au centre de santé régional. Le miroir communautaire est affiché dans le village afin que tous les habitants puissent le consulter et être avisés de l'évolution sanitaire de leur village. Ils peuvent alors utiliser les informations pour demander à leurs ASC et centres de santé des améliorations de services.

## Élément 6 :

### Travailler avec le secteur privé à but lucratif

*Le but est d'utiliser plus efficacement le secteur privé afin de répondre aux objectifs de santé publique en identifiant les politiques pouvant améliorer la qualité, la répartition et la rentabilité des services de santé développés dans le privé... Pour l'exprimer plus simplement, la combinaison idéale entre secteurs public et privé revient souvent, quand on l'évalue, à trouver l'équilibre entre l'efficacité et l'équité. De ce point de vue, le secteur privé est vu typiquement comme étant plus efficace et le secteur public comme plus équitable.*

Carlos J. Cuéllar, William Newbrander, and Gail Price  
Étendre l'accès aux soins de santé grâce  
aux partenariats public-privé : l'expérience ProSalud

### TRAVAILLER AVEC LE SECTEUR PRIVÉ : LE CONTEXTE

Le secteur privé couvre une large gamme d'entités (y compris les organisations de la société civile), les organisations non gouvernementales et les organisations professionnelles avec qui les gouvernements aux ressources limitées ont généralement passé un contrat de services. Cette section privilégie néanmoins le secteur à but lucratif qui présente un ensemble spécifique d'opportunités et d'enjeux, et qui comprend :

- les fournisseurs commerciaux, les distributeurs, les grossistes et les détaillants qui commercialisent et distribuent les produits de santé ou liés à la santé (savon, aliments fortifiés) ;
- les banques, les compagnies de téléphone et d'autres entités commerciales d'envergure qui soutiennent les services de santé ou leurs employés, leurs familles et d'autres groupes de population ;
- les prestataires privés de soins de santé qui diagnostiquent et traitent un grand nombre d'affections touchant les populations rurales et pauvres, ce qui inclut les participants du secteur de santé informel : guérisseurs traditionnels, sages-femmes et vendeurs de médicaments indépendants.

Parmi les populations les plus pauvres du monde, une proportion conséquente et croissante de soins de santé est fournie grâce au secteur privé à but lucratif. Le Global Health Council rapporte qu'en Afrique subsaharienne, plus de 40 pour cent des individus ont accès aux soins de santé par ce secteur. La proportion dépasse les 50 pour cent des populations rurales en Ouganda et au Nigéria (Global Health Council 2008).

Les prestataires privés sont parfois la seule source de soins de santé pour les pauvres. Ils sont souvent plus accessibles que les centres gouvernementaux et s'avèrent moins coûteux une fois le temps de travail, de déplacement et les faux frais déduits. Pourtant, la qualité de soins est irrégulière et les clients pauvres peuvent recevoir un service inadapté à leur investissement financier.

## TRAVAILLER AVEC LE SECTEUR PRIVÉ : ENJEUX ESSENTIELS

**Avantages du partenariat avec le secteur privé à but lucratif.** Compte tenu de la prévalence des soins par le secteur privé et les ressources limitées disponibles dans le secteur public, de nombreux gouvernements reconnaissent que la santé publique requiert des actions de la part de prestataires des deux secteurs via des partenariats public-privé (PPP). Il est généralement admis que le secteur public doit se recentrer sur les soins de santé essentiels envers les plus démunis tout en créant un environnement où le secteur privé peut aider l'État à atteindre ses objectifs de santé publique (Société Financière Internationale 2007).

La collaboration avec le secteur privé étend la portée du secteur public face aux sévères contraintes budgétaires. Les services du secteur privé sont intrinsèquement durables : ils ne nécessitent pas le soutien des donateurs ou des gouvernements. La collaboration public-privé permet au secteur public d'allouer ses ressources aux plus nécessiteux, en encourageant ceux qui peuvent payer à utiliser le secteur privé. Avec ce modèle, le gouvernement agit comme un intendant, en fournissant les instructions à suivre aux prestataires privés et aux utilisateurs de services privés.

**Obstacles aux PPP.** En dépit de la reconnaissance générale de la contribution importante que le secteur privé peut apporter à la santé publique, des obstacles conséquents existent qui empêchent le secteur public d'établir et de maintenir la qualité des services du secteur privé.

- Les ministères de la santé manquent souvent d'information sur la portée et la capacité du secteur privé. Le secteur privé de la santé tend à être morcelé et désorganisé, constitué d'associations professionnelles fragiles et de rares réseaux représentant les perspectives et les intérêts du secteur privé.
- Les prestataires du secteur privé manquent souvent d'informations sur les priorités sanitaires et les normes de soins du secteur public. Ils n'ont qu'un accès restreint aux possibilités de formation.
- Il est difficile de rendre compatible la motivation du profit avec la mission et les objectifs de la santé publique.
- Les secteurs public et privé entretiennent depuis longtemps des rapports de méfiance et de mauvaise communication.

Bien que le secteur privé à but lucratif cherche à faire du profit, ce peut être compatible avec la préoccupation de fournir des services de qualité et implique un intérêt pour le bien-être du client. Cette compatibilité avec les objectifs de santé publique n'est pas toujours comprise.

## Collaborations public-privé pour une meilleure santé en action – Exemples de pays (Tanzanie et Inde)

**Travailler avec les distributeurs de médicaments en Tanzanie.** Depuis de nombreuses années l'Autorité tanzanienne des denrées et médicaments a autorisé *Duka la dawa baridi* (DLDB), les détaillants de médicaments privés, à approvisionner le secteur privé de médicaments sans ordonnance. Avec environ 6000 magasins, DLDB représente les plus grands commerces officiels de vente au détail de médicaments en Tanzanie.

Le programme Accredited Drug Dispensing Outlets (ADDO) de MSH soutenu par l'USAID a été conçu pour améliorer les aspects essentiels des entreprises DLDB : locaux, suivi des stocks par le propriétaire, choix des consommateurs, interactions avec les distributeurs et traitements recommandés. De plus, les systèmes gouvernementaux hébergeant les entreprises DLDB (concession de licence, stock, formation et inspection) ont dû être consolidés.

Après avoir obtenu le soutien de la part des principales parties prenantes, l'Autorité des denrées et médicaments et le gouvernement régional ont collaboré avec MSH pour mettre en œuvre l'initiative ADDO, en associant l'intéressement commercial et la supervision de réglementation décentralisée. ADDO a fourni l'enseignement, la formation et la supervision pour les propriétaires de magasins indépendants et le personnel de distribution. La qualité des produits et des services a été garantie grâce à l'accréditation se basant sur la réalisation de critères préétablis. Le contrôle régulier de la part du gouvernement local et du district et des structures communautaires a renforcé et contribué à maintenir ces critères.

**Commercialiser les préservatifs en Inde.** Grâce au projet PSP-One de l'USAID, Abt Associates et son partenaire médias, LOWE India, ont mis sur pied une campagne publicitaire destinée à « normaliser » le préservatif en le positionnant comme un produit ordinaire. La campagne *Condom Bindaas Bol!* (Préservatif : dites-le simplement !) visait à intensifier l'usage des préservatifs et à développer le marché du préservatif. La campagne publicitaire comprenait des annonces humoristiques à la télévision, dans les journaux et au cinéma, et des concours intra-communautaires associés à des publicités télévisées.

Pour compléter ces campagnes médiatiques, *Bindaas Bol* a contacté plus de 40 000 pharmaciens et vendeurs de préservatifs au détail, ainsi que des médecins indigènes qu'ils ont invité à être des agents du changement comportemental en vendant des préservatifs ouvertement et sans gêne, et en encourageant les clients à demander des préservatifs sans hésiter. Le projet s'est associé aux vendeurs de ces préservatifs pour renforcer la visibilité et l'accès des commerces de détail, ainsi que pour valoriser l'utilisation correcte et systématique des préservatifs. Un concours très médiatisé a récompensé les détaillants présentant au mieux les préservatifs et parlant ouvertement des préservatifs avec leurs clients.

## TRAVAILLER AVEC LE SECTEUR PRIVÉ : APPROCHES ET OUTILS

**Répartition de l'activité entre le gouvernement et le secteur privé.** Pour déterminer la meilleure répartition de la mise à disposition et du financement des soins de santé publics et privés, il est nécessaire de définir quelles gammes de services chaque secteur peut prendre respectivement en charge, de s'assurer que le travail complémentaire est effectué pour les deux secteurs et de trouver un dosage public-privé qui atténue les différences des soins de santé superflus, évitables et inévitables.

Le dosage approprié peut varier d'un site à l'autre, selon la demande de services et la capacité et la volonté des consommateurs de payer pour ces soins. Cette répartition de l'activité est tributaire des objectifs communs et des ressources complémentaires. Les décideurs politiques du secteur public doivent rejoindre les associations et les réseaux professionnels pour convenir des objectifs de santé, des normes de soins et des indicateurs de réussite.

**Consolider le pouvoir du gouvernement.** Pour réussir malgré des ressources limitées, le secteur public doit allouer certaines de ses ressources pour permettre du mieux possible au secteur privé de répondre aux objectifs de santé publique. Les gouvernements peuvent être de bons intendants des contributions du secteur privé en appliquant des systèmes, des normes et des protocoles pour garantir la qualité des services du secteur privé.

La diffusion de l'information et la formation peuvent améliorer les pratiques de prise en charge des praticiens privés et des distributeurs commerciaux. Les mandats et les réglementations des gouvernements liés au renouvellement de permis et d'accréditations des praticiens et des centres peuvent être utilisés pour garantir la qualité des services de santé.

**Motiver les prestataires.** Des incitations appropriées peuvent motiver les prestataires du secteur privé à privilégier les soins essentiels face aux soins non essentiels, et les services préventifs face aux services curatifs. Le financement public peut inciter fortement les prestataires et les distributeurs privés à se conformer aux normes de traitement. Dans les services de santé infantile, le gouvernement pourrait étendre l'assurance à la couverture des services de vaccination offerts par les prestataires privés et rendre les vaccins gratuits accessibles aux prestataires du secteur privé qui dispensent les services de vaccination.

Une motivation non financière primordiale est l'intégration des prestataires et des distributeurs du secteur privé dans les programmes de formation appropriés du gouvernement. Toutes ces mesures nécessiteront des dispositifs pour évaluer les avancées face aux indicateurs de santé publique partagés.

## En résumé

---

Le système de prestations de santé est le point central de tous les autres systèmes de gestion centrés sur l'humain évoqués dans ce guide. Les éléments décisifs décrits dans ce chapitre sont les ingrédients cruciaux d'un système efficace de prestations de santé dans lequel :

- les services de santé intégrée de qualité supérieure sont disponibles pour tous, en particulier les populations démunies et marginalisées qui n'y ont pas accès ;
- les initiatives réussies sont largement connues et adoptées par les décideurs politiques dans de nouveaux cadres ;
- les agents de santé qualifiés de la communauté fournissent une palette de services avec le soutien des centres locaux de santé ;
- le secteur privé à but lucratif fournit des services qui répondent aux normes gouvernementaux.

L'opportunité et la responsabilité d'apporter ces conditions idéales reposent sur les épaules de nos lecteurs potentiels. Vous êtes les responsables et les fournisseurs de santé dont les lieux de travail sont physiquement près des communautés que vous servez, qui sont à l'unisson des besoins sanitaires et des préférences culturelles des membres de la communauté et qui possèdent l'engagement et les compétences pour instaurer le changement.

## Pratiques éprouvées

---

- En tant que responsable ou fournisseur de santé au niveau provincial ou municipal du gouvernement, au sein d'une ONG ou d'un centre du secteur public ou privé, vous pouvez vous allier avec vos collègues pour renforcer les systèmes de gestion essentiels qui contribuent aux résultats escomptés en matière de santé.
- Examiner attentivement les informations disponibles sur les meilleures pratiques en vigueur lors d'entretiens, d'observations et de consultations pour améliorer votre compréhension des systèmes de gestion de santé et vous guider dans vos efforts de renforcement des systèmes. De bonnes pratiques de leadership et de management vous aideront à adapter les services pour gérer les six éléments essentiels des services de santé : qualité supérieure, accès équitable, services intégrés, mise à échelle, soins de santé primaires au niveau communautaire et collaboration avec le secteur privé à but lucratif.
- Si vous approfondissez les approches, les références et les outils fondés sur les données probantes dans ce chapitre et dans les chapitres précédents de ce guide, vous êtes susceptible d'en trouver plusieurs que vous et vos collègues pouvez appliquer ou adapter pour répondre aux besoins de vos clients.

## Glossaire des termes de prestations de services

---

**analyse de genre** : approche systématique utilisée pour étudier les facteurs liés au genre dans l'utilisation des services ou pour élaborer, mettre en œuvre et évaluer les projets.

**approche d'amélioration concertée** : approche impliquant les équipes de différents sites dans une initiative conjointe en vue d'atteindre les objectifs communs et d'intensifier les améliorations en diffusant rapidement les pratiques avérées.

**assurance qualité** : approche systématique planifiée constituée de normes, de protocoles et de procédures donnant les moyens aux responsables et prestataires de santé d'apporter des services de santé de grande qualité à leurs clients en mettant à disposition les ressources.

**Autodiagnostico** : processus d'auto-évaluation utilisable en groupe dans le but de définir et d'évaluer préoccupations et questions et d'en planifier le traitement.

**Carte COEL (COUples ELigibles)** : type de cartographie communautaire indiquant l'emplacement des couples mariés en âge de se reproduire et les méthodes contraceptives utilisées.

**COPE Communauté** : adaptation du processus COPE incitant la communauté à s'approprier l'amélioration de la qualité dans les centres et la communauté.

**COPE (services axés sur l'utilisateur et fondé sur des prestataires efficaces)** : processus d'amélioration de la qualité qui permet aux prestataires de services et autres personnels des centres de santé de collaborer avec leurs superviseurs à l'évaluation de leurs services grâce à des guides d'auto-évaluation basés sur les normes internationales et les meilleures pratiques connues.

**financement basé sur les performances (FBP)** : dispositif d'amélioration de la qualité et d'accroissement de l'utilisation de services de santé par l'établissement d'objectifs de performance basés sur les normes et indicateurs convenus. Impose à l'entité d'organiser un ensemble complet d'actions ou de réaliser un objectif de performances mesurable avant de recueillir des fonds ou des biens.

**genre** : ensemble des caractéristiques, rôles et responsabilités attendus de la part des femmes et des hommes, des filles et des garçons par la société, basés sur les attitudes sociales plutôt que sur les différences biologiques.

**gestion basées sur les normes et la reconnaissance (GBN-R)** : méthode de gestion d'amélioration des performances et de qualité des services de santé centrée sur un niveau standardisé de performance et de qualité à atteindre.

**indicateurs de processus** : mesures d'exécution des activités.

**indicateurs de résultats** : mesure d'évolution d'une population bénéficiaire illustrée par les résultats d'un ensemble d'activités.

**indicateurs structurels** : mesures des caractéristiques (infrastructures physiques, médicaments et produits de santé, volume de personnel affecté, outils, technologies), des ressources organisationnelles et du financement des soins (niveaux de financement, programmes de paiement et d'intéressement).

**Miroir de santé communautaire** : outil permettant aux communautés de contrôler leurs besoins de santé afin de solliciter les services nécessaires

**mise à échelle** : « initiative d'intensification de l'impact des innovations de services de santé testées avec succès sur des projets pilotes ou expérimentaux pour en faire bénéficier plus de gens et adapter des politiques et des programmes de développement sur une base durable » (définition de l'OMS)

**Points de vente accrédités pour le commerce de médicaments (ADDO)** : programme tanzanien d'approvisionnement du secteur privé en médicaments.

**Prise en charge communautaire (PCC)** : stratégie de mise en place d'interventions curatives vitales appliquées aux maladies infantiles courantes en cas d'accès réduit aux centres de service.

**prise en charge intégrée des maladies infantiles et néonatales (PCIMIN)** : PCIMI à laquelle s'ajoute la santé néonatale.

**prise en charge intégrée des maladies infantiles (PCIMI)** : stratégie de lutte contre les cinq causes essentielles de décès des enfants de moins de cinq ans dans le monde en développement par la formation d'agents sanitaires visant à évaluer, cataloguer et traiter l'enfant dans son intégralité et non se focaliser sur une seule problématique de santé spécifique.

**Programme de développement du leadership (PDL)** : programme MSH renforçant les capacités des équipes sanitaires pour déterminer et relever les enjeux en matière de santé en utilisant les pratiques de leadership et de management.

**Qualité définie par le partenariat (QDP)** : outil permettant aux membres et prestataires de la communauté de développer une vision partagée de l'amélioration de la qualité impliquant l'acceptation de normes de performance et leur donnant les moyens de travailler ensemble pour concrétiser cette vision.

**services de santé intégrés** : disponibilité simultanée d'au moins deux services sur le même site qui peut aller de la combinaison de deux services initialement distincts en un seul service coordonné à un ensemble complet de services de santé préventifs et curatifs disponibles en un point polyvalent de prestations de services sous la supervision d'un seul manager.

## Références et ressources

---

- AIDSTAR-Two Project. *The PBF Handbook: Designing and Implementing Effective Performance-Based Financing Programs*. Version 1.0. Cambridge: Management Sciences for Health, 2011, [http://pdf.usaid.gov/pdf\\_docs/pnadz370.pdf](http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/pnadz370.pdf) (consulté le 10 mars 2014).
- Al Wakeel, Dina. “Male Involvement in Family Planning Yields Positive Results: Communication Programme Helps Change Male Attitudes Towards Reproductive Health.” Washington, DC: USAID, 2003.
- Brown, Lori DePrete, et al. *Quality Assurance of Health Care in Developing Countries*. Bethesda, MD: Quality Assurance Project, 1993, [http://pdf.usaid.gov/pdf\\_docs/PNABQ044.pdf](http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PNABQ044.pdf) (consulté le 12 mars 2014).
- CORE Group, Save the Children, USAID. *Community Case Management Essentials—Treating Common Childhood Illnesses in the Community: A Guide for Program Managers*. Avant-chapitre, Washington, DC: USAID, 2009, <http://www.coregroup.org/our-technical-work/initiatives/ccm> (consulté le 12 mars 2014).
- Creel, Liz C., Justine C. Sass, et Nancy V. Yinger. “Overview of Quality of Care in Reproductive Health: Definitions and Measurements of Quality.” Washington, DC: Population Reference Bureau, 2009, <http://www.prb.org/Publications/PolicyBriefs/OverviewofQualityofCareinReproductiveHealthDefinitionsandMeasurements.aspx> (consulté le 25 janvier 2010).
- Cuéllar, Carlos J., William Newbrander, et Gail Price. *Extending Access to Health Care through Public-Private Partnerships: The PROSALUD Experience*. Boston, MA: Management Sciences for Health, 2000.
- EngenderHealth. *Community COPE: Building Partnerships with the Community to Improve Health Services*. New York: EngenderHealth, 2002, <http://www.engenderhealth.org/files/pubs/qi/toolbook/commcope.pdf> (consulté le 12 mars 2014).
- . *COPE Handbook: A Process for Improving Quality in Health Service* rev. ed. New York: EngenderHealth, 2003, <http://www.engenderhealth.org/pubs/quality/cope-handbook.php> (consulté le 25 janvier 2010).
- Extending Service Delivery Project for USAID. “Partnership Defined Quality (PDQ).” *Best Practice Tools Series # 4*. Washington, DC: Extending Service Delivery Project, 2007, [http://www.esdproj.org/site/DocServer/Partnership\\_Defined\\_Quality\\_ESD\\_Final\\_Branding\\_Edited.pdf?docID=2181](http://www.esdproj.org/site/DocServer/Partnership_Defined_Quality_ESD_Final_Branding_Edited.pdf?docID=2181) (consulté le 25 janvier 2010).
- Farrell, Betty L. “Family Planning–Integrated HIV Services: A Framework for Family Planning and Antiretroviral Services.” New York: EngenderHealth/The Acquire Project, 2007, [http://www.acquireproject.org/fileadmin/user\\_upload/ACQUIRE/Publications/FP-HIV-Integration\\_framework\\_final.pdf](http://www.acquireproject.org/fileadmin/user_upload/ACQUIRE/Publications/FP-HIV-Integration_framework_final.pdf) (consulté le 25 janvier 2010).
- Gender and Health Group, Liverpool School of Tropical Medicine. *Guidelines for the Analysis of Gender and Health*. page Web non datée, <http://www.lstmliverpool.ac.uk/research/departments/international-public-health/gender-and-health-group/guidelines/> (consulté le 12 mars 2014).
- Global Health Council. “Funding by Sector.” page Web non datée, <http://www.globalhealth.org/resources/global-health-101/funding-by-sector/> (consulté le 12 mars 2014).

- Haddad, Lawrence. "Scaling Up for Health." Sommaire de la conférence, Brighton, UK: Institute of Development Studies, University of Sussex, 2008. <http://www.ids.ac.uk/go/news/scaling-up-for-health> (consulté le 24 janvier 2010).
- International Bank for Reconstruction and Development/Banque mondiale. *Disease Control Priorities in Developing Countries* 2nd ed. Chapter 70: "Improving the Quality of Care in Developing Countries." New York: Oxford University Press, 2006, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK10264/> (consulté le 12 mars 2014).
- International Finance Corporation, World Bank Group. *The Business of Health in Africa: Partnering with the Private Sector to Improve People's Lives*. Washington, DC: International Finance Corporation, World Bank Group, 2007, <http://documents.worldbank.org/curated/en/2008/01/9526453/business-health-africa-partnering-private-sector-improve-peoples-lives> (consulté le 12 mars 2014).
- Jhpiego. "Focus on: Standards-Based Management and Recognition: A Process for Improving the Quality of Health Services." Baltimore, MD: Jhpiego, page Web non datée, [http://reprolineplus.org/system/files/resources/sbmr\\_infosheet\\_0.pdf](http://reprolineplus.org/system/files/resources/sbmr_infosheet_0.pdf) (consulté le 24 janvier 2015).
- Kim, Young Mi et al. "The Quality of Supervisor-Provider Interactions in Zimbabwe." *Operations Research Results* vol. 1, no. 5 (2000). Bethesda, MD: The Quality Assurance Project, <http://www.popline.org/node/174762> (consulté le 12 mars 2014).
- Kolehmainen-Aitken, Ritta-Liisa, ed. "Myths and Realities about the Decentralization of Health Systems." Cambridge, MA: Management Sciences for Health Publications, 1999, <http://www.popline.org/node/527098> (consulté le 12 mars 2014).
- Kols, Adrienne J., et Jill E. Sherman. "Family Planning Programs: Improving Quality." *Population Reports* vol. 26, no. 3 (1998). Baltimore, MD: Population Information Program, Johns Hopkins University School of Public Health, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9926377> (consulté le 12 mars 2014).
- Lovich, Ronnie, et al. *Partnership Defined Quality: A Tool Book for Participatory Quality Improvement*. Washington, DC: Save the Children/US, 2003, [http://www.coregroup.org/storage/documents/Diffusion\\_of\\_Innovation/PDQ-Manual-Updated-Nigeria.pdf](http://www.coregroup.org/storage/documents/Diffusion_of_Innovation/PDQ-Manual-Updated-Nigeria.pdf) (consulté le 12 mars 2014).
- Management Sciences for Health. "Increasing Community Participation in Family Planning Programs." *The Family Planning Manager* (Boston) vol. 3, no.2, 1994a, <http://www.msh.org/resource-center/increasing-community-participation-in-family-planning-programs.cfm> (consulté le 25 janvier 2010).
- . "Managing Integrated Services." *The Family Planning Manager* (Boston) vol. 3, no. 3, 1994b, <http://www.msh.org/resource-center/managing-integrated-services.cfm> (consulté le 22 janvier 2010).
- . "Integrating STD/HIV Services into Reproductive Health Settings: Strategic and Management Issues." *The Manager* (Boston) vol. 7, no. 3, 1998, <http://www.msh.org/resource-center/integrating-std-hiv-services-into-reproductive-health-settings.cfm> (consulté le 25 janvier 2010).
- . "Managing Reproductive Health Services with a Gender Perspective." *The Manager* (Boston) vol. 9, nos. 3 & 4, 2000–2001, <http://www.msh.org/resource-center/managing-reproductive-health-services-with-a-gender-perspective.cfm> (consulté le 26 janvier 2010).

- . “Managing Performance Improvement of Decentralized Health Services.” *The Manager* (Boston) vol. 13, no. 1, 2004a, <http://www.msh.org/resource-center/managing-performance-improvement-of-decentralized-health-services.cfm> (consulté le 26 janvier 2015).
- . “Leading Changes in Practices to Improve Health.” *The Manager* (Boston) vol. 13, no. 3, 2004b, <http://www.msh.org/resource-center/leading-changes-in-practices-to-improve-health.cfm> (consulté le 25 janvier 2010).
- Nations Unies. “Youth and Youth Issues.” chapitre 4 dans *World Youth Report 2003*, New York: United Nations Publications, 2003.
- Organisation mondiale de la santé. “Integrated Health Services—What and Why?” *Technical Brief* no.1 (May 2008), [http://www.who.int/healthsystems/technical\\_brief\\_final.pdf](http://www.who.int/healthsystems/technical_brief_final.pdf) (consulté le 26 janvier 2010).
- . “Scaling Up Health Services: Challenges and Choices.” *Technical Brief* no. 3, draft 3 (June 2008), [http://www.who.int/healthsystems/topics/delivery/technical\\_brief\\_scale-up\\_june12.pdf](http://www.who.int/healthsystems/topics/delivery/technical_brief_scale-up_june12.pdf) (consulté le 26 janvier 2010).
- . *Practical Guidance for Scaling Up Health Service Innovations*. Geneva: World Health Organization Press, 2009.
- Organisation mondiale de la santé et UNICEF. “Management of Pneumonia in Community Settings.” Joint statement, 2004, [http://whqlibdoc.who.int/hq/2004/WHO\\_FCH\\_CAH\\_04.06.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2004/WHO_FCH_CAH_04.06.pdf) (consulté le 26 janvier 2010).
- Organisation mondiale de la santé, Conférence ministérielle européenne sur les systèmes de santé. “Health Systems, Health and Wealth.” Report, Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2008. <http://www.euro.who.int/en/publications/policy-documents/tallinn-charter-health-systems-for-health-and-wealth> (accessed consulté le 12 mars 2014).
- Pathfinder International. “Youth in Action.” Mozambique: Projects, page Web non datée, Watertown, MA: Pathfinder International, [http://www.pathfind.org/site/PageServer?pagename=Programs\\_Mozambique\\_Projects\\_YouthinAction](http://www.pathfind.org/site/PageServer?pagename=Programs_Mozambique_Projects_YouthinAction) (consulté le 25 janvier 2010).
- Pollock, John, et al. “Improving Health Outcomes through Performance-Based Financing.” Presentation at USAID Mini-University, Johannesburg, South Africa, 2008.
- Quick, Jonathan, et al. “Reversing the AIDS Epidemic through Third-Generation Health Systems: A Call to Action.” Cambridge, MA: Management Sciences for Health, 2009, <http://www.msh.org/resources/reversing-the-aids-epidemic-through-third-generation-health-systems-a-call-to-action> (consulté le 12 mars 2014).
- Rogers, Everett M. *Diffusion of Innovations*. New York: Free Press, 2003.
- Rohde, Jon, et John Wyon, eds. *Community-Based Health Care: Lessons from Bangladesh to Boston*. Cambridge, MA: Management Sciences for Health, 2002.
- Senderowitz, Judith, Gwyn Hainsworth, et Cathy Solter. “A Rapid Assessment of Youth Friendly Reproductive Health Services.” *Technical Guidance Series* no. 4 (2003), [http://www.pathfind.org/site/DocServer/YFS\\_TG\\_Final\\_web\\_version.pdf?docID=762](http://www.pathfind.org/site/DocServer/YFS_TG_Final_web_version.pdf?docID=762) (consulté le 25 janvier 2010).

- Sharma, Suneeta. *The Private Sector and Child Health Care*. Washington, DC: Futures Group International, 2001, [http://www.policyproject.com/pubs/countryreports/Final\\_-\\_WHO\\_2.pdf](http://www.policyproject.com/pubs/countryreports/Final_-_WHO_2.pdf) (consulté le 25 janvier 2010).
- Silimperi, Diana, Lynne Miller Franco, tiswa Veldhuyzen van Zanten, et Catherine MacAuley. "A Framework for Institutionalizing Quality Assurance." *International Journal for Quality in Health Care*, Vol. 14, Supplement 1 (2002), 67–73, [http://intqhc.oxfordjournals.org/content/14/suppl\\_1/67.full.pdf](http://intqhc.oxfordjournals.org/content/14/suppl_1/67.full.pdf) (consulté le 6 mars 2014).
- Simmons, Ruth, Peter Fajans, et Laura Ghiron, eds. *Scaling Up Health Service Delivery: From Pilot Innovations to Policies and Programmes*. Geneva: World Health Organization Press, 2007, [http://books.google.com/books?id=rswuy2UJM-QC&printsec=frontcover&dq=Scaling+Up+Health+Service+Delivery:+From+Pilot+Innovations+to+Policies+and+Programmes&source=bl&ots=WBoILVNiOi&sig=ssXC\\_EM2nYiqOHGfq4IgsGRR6rA&hl=en&ei=z1zkS5zYL8H68AbmyZygDw&sa=X&oi=book\\_result&ct=result&resnum=1&ved=0CBcQ6AEwAA#v=onepage&q&f=false](http://books.google.com/books?id=rswuy2UJM-QC&printsec=frontcover&dq=Scaling+Up+Health+Service+Delivery:+From+Pilot+Innovations+to+Policies+and+Programmes&source=bl&ots=WBoILVNiOi&sig=ssXC_EM2nYiqOHGfq4IgsGRR6rA&hl=en&ei=z1zkS5zYL8H68AbmyZygDw&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=1&ved=0CBcQ6AEwAA#v=onepage&q&f=false) (consulté le 25 janvier 2010).
- USAID. "STI Management: Fact Sheet on Youth Reproductive Health Policy." Washington, DC: USAID, 2007a, <http://www.youth-policy.com/index.cfm?page=STI> (consulté le 26 janvier 2010).
- . "Partnership Defined Quality (PDQ)." Extending Service Delivery Project: Best Practice Tools Series # 4. Washington, DC: USAID, 2007b, [http://www.esdproj.org/site/DocServer/Partnership\\_Defined\\_Quality\\_ESD\\_Final\\_Branding\\_Edited.pdf?docID=2181](http://www.esdproj.org/site/DocServer/Partnership_Defined_Quality_ESD_Final_Branding_Edited.pdf?docID=2181) (consulté le 26 janvier 2010).
- USAID Child Survival and Health Grants Program (CSHGP). "Quality Assurance." Documentation de référence technique. Washington, DC: USAID, 2007, télécharger le fichier à : [http://www.mchipngo.net/controllers/link.cfc?method=tools\\_cross](http://www.mchipngo.net/controllers/link.cfc?method=tools_cross) (consulté le 12 mars 2014).
- USAID Health Care Improvement Project. "Family Planning/HIV Integration: Technical Guidance for USAID-Supported Field Programs." Washington, DC: USAID, 2003, [http://pdf.usaid.gov/pdf\\_docs/pnacu444.pdf](http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/pnacu444.pdf) (consulté le 12 mars 2014).
- . "The Improvement Collaborative: An Approach to Rapidly Improve Health Care and Scale Up Quality Services." Bethesda, MD: University Research Co., LLC (URC), 2008, <http://www.urc-chs.com/resource?ResourceID=23> (consulté le 12 mars 2014).
- USAID/Rwanda. "TB and HIV Integration Saves Lives in Rwanda." USAID on-line Newsroom, 2006.
- Victora, Cesar G. *The State of the World's Children 2009*. Panel 2.4: "Towards Greater Equity in Health for Mothers and Newborns." New York, NY: UNICEF, 2008, <http://www.unicef.org/sowc09/docs/SOWC09-Panel-2.4-EN.pdf> (consulté le 26 janvier 2010).

## ANNEXE A. Cadre de l'analyse du genre

Différences sexospécifiques dans la santé	Femmes	Hommes	Filles	Garçons
<b>Comment l'environnement influence qui tombe malade et comment répondre à la maladie ?</b>				
Conditions de vie : propreté de l'eau, assainissement, ventilation, hygiène				
Conditions de travail : utilisation de l'équipement, ventilation, exposition au bruit, mesures d'hygiène, horaires de travail, exposition au risque				
Emplacement géographique et climat				
Alimentation et nutrition				
Conditions sociales et économiques générales				
<b>En quoi les activités des hommes et des femmes influent-elles sur leur santé et sur l'utilisation des services de santé ?</b>				
Ce que les hommes et les femmes font au quotidien				
Les risques sanitaires associés aux activités particulières				
Les risques sanitaires associés aux fardeaux de travail excessifs				
Les risques sanitaires associés au manque de travail				
<b>Comment le pouvoir de prise de décision des hommes et des femmes influe sur leur santé ?</b>				
Jusqu'où les hommes et les femmes peuvent prendre une décision en toute indépendance sur leur santé et sa protection				
Les différences sexospécifiques dans la capacité de négocier avec les autres sur la protection de leur santé				
<b>En quoi l'accessibilité et le contrôle des ressources influent-ils sur la santé des hommes et des femmes ?</b>				
Les différences hommes/femmes d'accessibilité et de contrôle des ressources financières et autres qui affectent leur santé ou leur capacité à protéger leur santé				
<b>En quoi les critères de genre influent-ils sur la santé ?</b>				
Attitudes envers la violence sexuelle				
Disparités éducatives				
Normes et pratiques culturelles				

Adapté de: "Guidelines for the Analysis of Gender and Health" The Gender and Health Group at the Liverpool School of Tropical Medicine.



# Index

## A

### actifs

- assurer le suivi des immobilisations, [7:35–7:36](#)
- dans le plan de comptes, [7:9](#)
- définition, [7:48](#)
- définition des immobilisations, [7:34](#)
- documenter les charges par type, [7:22](#)
- présentation, [7:34](#)
- sur modèle de bilan, [7:53](#)

### actifs immobilisés corporels

- définition, [7:50](#)
- outils de gestion des placements, [7:34](#)

### action prioritaire, pour l'obtention de résultats SMART, [2:27](#)

### activités

- choix pour plan opérationnel, [5:25–5:28](#)
- définition, [5:31](#)
- définition dans la comptabilité par activité, [7:17](#)
- détermination des coûts et budget pour, [5:28](#)

### activités sans rapport entre elles (agitation) et vers une action coordonnée et résolue, [2:23](#), [2:24](#)

### ADDO (points de vente accrédités pour le commerce de médicaments), [1:3](#), [10:37](#)

### adeptes précoces, pour l'élargissement des prestations de service de santé, [10:26](#)

### aérosols, élimination des, [8:70](#)

### Agence des États-Unis pour le développement international. *Voir* USAID

### agents du changement, [10:27](#)

### agent de santé communautaire (ASC), [10:30–10:31](#)

### agrément préalable des fournisseurs, [7:24](#)

### Alliance mondiale pour les personnels de santé, [6:3](#)

### allocation journalière

- directives, [7:78–7:80](#)
- normes et taux, [7:31–7:32](#)

### amélioration de l'approche collaborative

### définition, [10:38](#)

vers l'amélioration de la qualité de service, [10:9](#)

### amortissement, [7:48](#)

### ampoules, élimination des, [8:70](#)

### analyse

- analyse ABC (ou de Pareto), [8:31](#), [8:56](#)
- analyse coût-avantages, [9:32](#)
- analyse coût-efficacité, [9:32](#)
- analyse du genre, [4:3](#), [4:8](#), [4:10](#), [4:25](#), [10:15–10:16](#)

coûts des médicaments/produits de santé, [8:29–8:31](#)

de l'environnement dans le processus de planification, [5:10–5:11](#)

planification de courte vue menant à l'échec, [5:5](#)

### analyse coût-avantages, [9:32](#)

### analyse coût-efficacité, [9:32](#)

### analyse du genre

- approches en matière d'égalité des sexes, [10:15–10:16](#)
- cadre de travail pour, [10:43](#)
- dans le cycle de vie d'un programme, [4:10](#)
- définition, [4:8](#), [4:25](#), [10:37](#)
- outils, 4:8
- par les organes directeurs, [3:12](#)

### animateurs de réseaux, comme rôle de l'équipe, [5:9](#)

### animaux nuisibles et insectes

- liste de contrôles pour la prévention contre les animaux nuisibles et les insectes, [8:21](#)
- protection des produits médicaux stockés, [8:21](#)

### antinéoplastiques, [8:56](#), [8:70](#)

### apprendre à manager et à diriger. *Voir aussi* éducation, [2:2](#)

### apprentissage par l'action, appliqué au management et au leadership, [2:20–2:25](#)

approches collaboratives de démonstration,  
pour l'amélioration de la qualité de service,  
[10:10](#)

#### approvisionnementnements

cycle, [7:27](#)  
dans le cycle de gestion pharmaceutique, [8:4](#)  
demandes d'achats, [7:30](#)  
demandes de soumissions, [7:27-7:28](#)  
gestion de, [7:24-7:25](#)  
glossaire de termes, [7:51](#)  
instruments, [7:28-7:30](#)  
pratiques, [7:26](#)  
procédures, [7:25-7:26](#)

Arbre de décision pour le choix de l'activité,  
[5:27](#), [5:38](#)

Association pour les droits des femmes et le  
développement, [4:22](#)

#### assurance qualité (AQ)

définition, [10:38](#)  
liste de contrôle de la gestion du stock, [8:52](#)  
vue d'ensemble de, [10:4-10:5](#)

#### atténuation

des conflits d'intérêt, [3:27](#), [3:35](#), [7:23-7:24](#)  
gestion des risques et, [7:20](#)

#### attitudes

changements d'attitude requis par les leaders,  
[2:20-2:25](#)  
obstacles pour les managers, [2:17-2:19](#)

audit opérationnel, [7:51](#)

audit, pistes d'audit, [7:20](#)

autodiagnostico (Pérou), [10:14](#), [10:37](#)

auto-évaluation, gestion du stock, [8:72](#)

avances de fonds, [7:36-7:37](#)

avantages complémentaires, [7:59](#)

avantages sociaux, employés. *Voir*  
compensation et avantages sociaux

## B

Bibliothèque mondiale de la santé (OMS), [10:24](#)

#### bilan

définition, [7:49](#)  
modèle, [7:53](#)  
rapports comptables standard, [7:10-7:11](#)  
ressort du conseil d'administration et, [3:44](#)

blâme, comment relever les défis, [2:22-2:23](#)

BoardSource, [3:32](#), [3:46](#)

#### budgets

contrôle du stock et, [8:29-8:31](#)  
définition, [7:49](#)  
activités du plan opérationnel, [5:30](#)  
rapports comptables standard, [7:11-7:12](#)

buts. *Voir aussi* résultats mesurables

cadre logique, [9:13](#)  
définition, [9:40](#)  
se distinguent des indicateurs, [9:25](#)  
partagé, [3:3-3:4](#)

réalisation de la bonne gouvernance, [3:3](#)  
types de planification et, [5:7](#)

## C

#### cadre conceptuel

définition, [9:40](#)  
pour le suivi et l'évaluation (S&E), [9:14-9:18](#)

Cadre de leadership et de management (figure),  
[2:9](#), [5:4](#)

Cadre de travail des systèmes de santé (OMS),  
[1:4](#)

Cadre de travail pour le renforcement des  
systèmes de santé centrés sur l'humain  
illustration de, [1:6](#)  
management et leadership au centre de, [1:6](#)  
vue d'ensemble de, [1:6-1:7](#)

#### cadre logique

définition, [9:41](#)  
Exemple de la Banque Interaméricaine de  
développement, [9:46](#)  
figure illustrant, [9:13](#)  
pour programme de visite à domicile avec  
éducation parentale, [9:47](#)  
pour suivi et évaluation (S&E), [9:13-9:14](#)

#### cadre pour le suivi et l'évaluation (S&E)

cadres conceptuels, [9:14-9:18](#)  
cadre logique, [9:13-9:14](#)  
présentation, [9:12](#)

capacité de production non utilisée, réduire,  
[7:18](#)

#### capitaux propres

dans le plan de comptes, [7:9](#)  
définition (comptabilité), [7:50](#)  
définition (justice), [3:48](#)  
sur le modèle de bilan, [7:53](#)

cartons, élimination des, [8:70](#)

CARE International, [5:16](#)

cartographie communautaire, au Bangladesh,  
[10:32](#)

Carver, John, et Policy Governance®, [3:32](#)  
catégories thérapeutiques, organisation des  
approvisionnementnements médicaux par, [8:12](#)

cause-et-effet, diagrammes, [2:32](#)

causes profondes, des obstacles

diagramme en arête de poisson pour, [2:32](#),  
[2:33](#)

Modèle du défi pour, [2:26](#), [2:27](#)

technique des cinq pourquoi pour, [2:24](#)

CCV (contraception chirurgicale volontaire),  
[9:29](#)

ceux qui sont lents à changer, élargir les  
prestations de service de santé et, [10:26](#)

chaîne d'approvisionnementnements, mobilisation  
(exemple de Bolivie), [3:24](#)

chaîne du froid

définition, [8:56](#)

- chaîne de résultats**  
 définition, [9:42](#)  
 facteurs dans, [9:12](#)  
 niveaux dans, [9:12](#), [9:20](#)  
 approche du cadre logique, [9:13](#)  
 Cheminement vers le changement et, [9:15-9:16](#)
- chaîne des « de sorte que » pour une seule activité, dans le cheminement vers le changement (figure), [9:17](#)**
- chaleur, qualité des produits stockés et, [8:19](#)**
- changement**  
 élargissement et, [10:26](#)  
 la frustration comme force de, [1:2-1:3](#)  
 processus de, [10:29](#)
- charges. Voir aussi coûts**  
 analyse des dépenses en termes de médicaments/produits de santé, [8:29](#), [8:31](#)  
 dans le plan de comptes, [7:9](#)  
 définition, [7:50](#)  
 documentation par type, [7:20-7:22](#)  
 listé sur le modèle de compte de résultat, [7:54-7:55](#)
- charges consultants, documentation, [7:21](#)**
- Cheminement vers le changement**  
 avantages du, [9:15](#)  
 chaîne du « de sorte que » pour une seule activité (figure), [9:17](#)  
 création, [9:17](#)  
 figure illustrant, [9:16](#)  
 lecture de la carte Cheminement vers le changement, [9:16-9:17](#)  
 vérifier les cheminements, [9:17-9:18](#)
- chèques générés par ordinateur, [7:68](#)**
- cibler**  
 s'appliquant à GRH, [6:6](#)  
 dans la gestion de l'approvisionnement en médicaments, [8:5](#), [8:50](#)  
 dans la prestation de service de santé, [10:2](#)  
 en gestion financière, [7:2-7:3](#)  
 en rapport au leadership et au management, [5:4](#)  
 en tant que pratique de leadership, [2:10-2:11](#)  
 managers qui sont des leaders et, [2:5](#)  
 pratiques, [2:10-2:11](#)  
 suivi et évaluation, [9:5](#)  
 visites de supervision et, [8:51](#)
- clients**  
 les individus au centre des systèmes de santé, [1:7](#)  
 perspective sur la qualité de service, [10:5](#)  
 perspectives sur les services de santé intégrés, [10:20](#)
- code d'éthique, [7:23](#)**
- climat de travail**  
 attention à, [6:11](#)  
 définition, [2:3](#), [2:29](#), [6:23](#)  
 en tant qu'élément essentiel du succès pour une organisation, [2:2](#)  
 améliorer, [2:3](#)
- coefficient simplifié de coûts indirects, [7:58](#)**
- COEL (COuples ELigibles), carte**  
 cartographie communautaire (Bangladesh), [10:32](#)  
 définition, [10:37](#)
- collaboration**  
 améliorer l'approche collaborative pour élargir, [10:29](#)  
 consolider et maintenir des prestations de qualité avec, [10:9-10:10](#)  
 construire des relations à large assise, étapes pour, [3:11](#)  
 passer du leadership héroïque à, [2:20-2:21](#)  
 pour élargir, [10:26](#)
- collaboratives d'expansion , pour améliorer qualité de service, [10:10](#)**
- collecte de données**  
 pour le plan de S&E, [9:23](#)  
 simplifier (exemple de l'Afrique du Sud), [9:11](#)
- commande/accord permanent**  
 agrément préalable des fournisseurs, [7:24](#)  
 définition, [7:51](#)
- commande, contrat**  
 commande permanente, contrat permanent, [7:24](#)  
 instruments d'approvisionnements, [7:28-7:29](#)
- commande de stock**  
 calcul de la quantité de commande, [8:40-8:42](#)  
 commandes d'urgence, [8:41-8:42](#)  
 facteurs d'influence de la quantité de la commande, [8:36](#)  
 liste de contrôle de, [8:72](#)  
 liste de contrôle de gestion de stock, [8:52](#)  
 méthode de consommation et de morbidité pour estimation des besoins futurs, [8:32-8:33](#)  
 utilisation des registres de stock pour, [8:25](#)
- commentaires (en retour)**  
 demandes de la part de hauts responsables, [2:17](#)  
 informations sur les systèmes d'observations, [6:11](#)  
 obtention par les employés, [6:10](#), [6:11](#)
- communautés**  
 contrôle des soins de santé, [3:3](#)  
 gouvernance, rôle dans le secteur public, [3:23-3:24](#)  
 les individus au centre des systèmes de santé, [1:7](#)  
 les individus au centre des systèmes de santé

- gouvernance, [3:6](#)
- participation dans la gouvernance du secteur public, [3:23–3:24](#)
- participation aux services de santé, consolidation, [10:30](#)
- suivre les performances en termes de gouvernance, [3:15](#)
- comparables, indicateurs de performance, [5:22](#)
- compétence coûteuse, en gestion financière, [7:4](#)
- comportement contraire à l'éthique, conflit d'intérêt et, [7:22–7:24](#)
- comptables
  - compétences requises pour la gestion financière, [7:4](#)
  - contrôles, [7:39](#)
  - débets et crédits, [7:13–7:14](#)
  - définition, [7:48](#)
  - glossaire de termes, [7:48–7:51](#)
  - méthodologies, [7:14–7:15](#)
  - mise en œuvre de la comptabilité par activité, [7:16–7:17](#)
  - présentation de, [7:8–7:10](#)
  - rappports standard, [7:10–7:12](#)
  - sources des données pour les rapports, [7:12–7:13](#)
  - types de coûts, [7:15–7:16](#)
- comptabilité d'engagements, [7:14–7:15](#), [7:48](#)
- comptabilité par activité
  - définition, [7:48](#)
  - mise en œuvre, [7:16–7:17](#)
  - présentation de, [7:15](#)
- comptabilité de trésorerie, [7:14](#), [7:49](#)
- comptes de résultats
  - définition, [7:50](#)
  - modèle, [7:54–7:55](#)
  - rapport comptable standard, [7:11](#)
- conciliation des deux sexes
  - définition, [4:12–4:13](#)
  - exemple, en Zambie [4:14](#)
- confiance, trahison ou manque de en tant qu'obstacle du leadership, [2:18–2:19](#)
- conflit d'intérêt
  - atténuation de, [3:27](#), [7:23–7:24](#)
  - critères d'éligibilité au Fonds mondial et, [3:27](#)
  - définition, [7:49](#)
  - en tant que défi lié à la gouvernance, [3:45](#)
  - exemple, [3:35](#)
  - gérer, avec transparence, [3:26–3:27](#), [3:36](#)
  - gouvernance des organes multisectoriels et, [3:27](#)
  - politique du conseil pour, [3:35](#)
  - politique de rémunération du conseil d'OSC et, [3:36](#)
  - politiques de gouvernance et, [3:27](#), [3:35](#), [3:36](#), [3:45](#), [3:47](#)
  - politique, modèle d'OSC, [3:36](#)
  - présentation, [7:22–7:23](#)
  - transparence, utilisation dans la gestion, [3:26–3:27](#), [3:36](#)
  - types de, [7:23](#)
- connaissances médicales, appliquer aux systèmes de santé solides, [1:2](#)
- conseil d'administration, membres du
  - activités de levée de fonds, [3:33](#), [3:43](#)
  - compétences exigées, [3:31–3:32](#)
  - conflits entre, [3:45](#)
  - conflit d'intérêt, [3:35–3:36](#), [3:45](#)
  - de l'organisation de la société civile, [3:31](#)
  - défis liés à, [3:45](#)
  - descriptifs des membres, [3:28](#)
  - inefficace, [3:45](#)
  - inexpérimenté, [3:45](#)
  - mandats, [3:45](#)
  - manque d'engagement, [3:45](#)
  - orientation des nouveaux, [3:34](#), [3:38](#), [3:45](#)
  - recrutement et sélection de, [3:38](#)
  - rôles et responsabilités, [3:45](#)
  - sélection, critères, [3:34](#), [3:38](#), [3:45](#), [3:47](#)
  - sélection, processus de l'organe multisectoriel, [3:26](#)
- conseil (d'administration). *Voir aussi organes directeurs*
  - autoritaire vs. participatif, [3:37](#)
  - composition de, [3:31](#)
  - conflit d'intérêt, [3:45](#). *Voir aussi* conflit d'intérêt
  - descriptifs de poste pour les membres du conseil d'administration, [3:28](#)
  - difficultés rencontrées, [3:44–3:46](#)
  - directeur général et, [3:37](#)
  - efficacité de, [3:38–3:39](#)
  - équipe de direction, interface avec, [3:31](#), [3:32](#), [3:38](#), [3:45](#)
  - équipe de direction, responsabilités, [3:33](#)
  - lutttes de pouvoir au sein de, [3:45](#)
  - mandat, [3:45](#)
  - orientation de l'organisation définie par, [3:41–3:42](#)
  - performances, auto-évaluation de, [3:39](#)
  - politiques affectant, [3:35–3:36](#)
  - politique d'assiduité, [3:36](#)
  - politiques définies par, [3:35–3:39](#)
  - priorités de, [3:29](#)
  - pratiques éprouvées pour, [3:41](#)
  - raisons de, [3:31](#)
  - relations extérieures maintenues par, [3:39–3:40](#)
  - réunions, [3:39](#)
  - réunions du conseil d'administration, [3:39](#)
  - rôles et responsabilités de, [3:33](#)
  - rôle, différent de l'équipe de direction, [3:38](#)
  - rôle dans le plaidoyer pour les politiques

- publiques, [3:40](#)
- stabilité financière, garantir, [3:42-3:44](#)
- style de prise de décision, [3:37](#)
- Conseil national de lutte contre le Sida (CNLS), [3:29](#)
- conseil, requête de hauts responsables, [2:17](#)
- conseils communautaires, [3:24](#)
- conseils de santé citoyens (exemple), [3:24](#)
- consommation
  - annuelle, [8:35](#)
  - définition, [8:56](#)
  - moyenne mensuelle, [8:34-8:36](#), [8:40](#), [8:56](#)
- consommation annuelle de médicaments/ produits de santé, [8:35](#)
- consommation mensuelle de médicaments/ produits de santé
  - calcul, [8:32-8:35](#)
  - consommation moyenne mensuelle, [8:40](#)
- consommation mensuelle moyenne, [8:34-8:36](#), [8:56](#)
- contenants pour objets tranchants, méthodes d'élimination, [8:69](#)
- contingence, en gestion des risques, [7:20](#)
- continuum de l'intégration de la dimension du genre, [4:11-4:14](#)
- Continuum de la Planification opérationnelle et stratégique (figure), [5:5](#)
- contraception chirurgicale volontaire (CCV), [9:29](#)
- contraintes relatives à l'élargissement des services, [10:24](#)
- contrats de sous-traitants, comme instrument d'approvisionnement, [7:29](#)
- contrats de sous-traitance, remboursement des coûts, [7:29](#)
- contrats de sous-traitance à prix fixe, instruments d'approvisionnements, [7:29](#)
- contrôle, compétences requises pour la gestion financière, [7:4](#)
- contrôle du stock. *Voir aussi* gestion du stock
  - aperçu de, [8:25](#)
  - gestion du budget et, [8:29-8:31](#)
  - liste de contrôle pour, [8:71-8:72](#)
  - procédures de fin de mois pour, [8:42](#)
- contrôles administratifs, [7:39](#)
- contrôles de traitement des données, [7:39](#)
- contrôles internes
  - créer un environnement contrôlé, [7:41-7:43](#)
  - définition, [7:50](#)
  - documenter, [7:44-7:45](#)
  - éléments de, [7:39-7:41](#)
  - présentation, [7:38-7:39](#)
  - politiques et procédures en tant que, [7:45-7:47](#)
  - séparation des tâches et, [7:43-7:44](#)
- COPE. *Voir* services axés sur l'usager et fondés
  - sur des prestataires efficaces
- Covey, Stephen, [2:25](#), [5:6](#)
- coûts. *Voir aussi* charges
  - activités de fixation des coûts et de budgétisation, [5:28](#)
  - activités du plan opérationnel, [5:30](#)
  - analyse des coûts des médicaments/produits de santé, [8:29-8:31](#)
  - coefficient imputable aux coûts indirects, [7:58-7:60](#)
  - dans la gestion des déplacements, [7:33](#)
  - documenter les charges par type, [7:21-7:22](#)
  - de maintien de stock (coût du maintien), [8:56](#)
  - du maintien de stock, [8:24](#)
  - frais généraux, réduction, [3:43](#)
  - imputable, [7:56](#)
  - types, dans la comptabilité, [7:15-7:16](#)
  - types de, [7:50-7:51](#)
  - ventilable, [7:56-7:57](#)
- coûts de déplacement, gestion des déplacements, [7:33](#)
- coûts directs, [7:15](#)
- coûts encourus, [7:50](#)
- coûts entiers, [7:50](#), [7:57](#)
- coûts d'équipement, documentation des charges
  - par type, [7:22](#)
- coûts fixes, [7:50](#)
- coûts imputables
  - gestion financière/opérationnelle, [7:56](#)
  - types de coûts indirects, [7:16](#)
- coûts indirects
  - des activités techniques et de gestion liés à [7:16](#)
  - calcul, [7:57](#)
  - imputables et ventilables, [7:56-7:57](#)
  - management de, [7:60](#)
  - propositions, [7:60](#)
  - taux, [7:58-7:60](#)
  - types de coûts, [7:15](#)
- coûts irrécupérables, [7:51](#)
- coûts de logement, documentation des charges
  - par type, [7:21](#)
- coûts de possession, pour le stock, [8:56](#)
- coût des repas, dans la gestion des déplacements, [7:33](#)
- coûts ventilables
  - gestion financière/opérationnelle, [7:56-7:57](#)
  - types de coûts indirects, [7:16](#)
- Crainte, entraves au leadership, [2:17-2:18](#)
- crédits
  - définition, [7:49](#)
  - présentation, [7:13-7:14](#)
- critères de demande de soumissions, approvisionnements, [7:27-7:28](#)
- cycle de gestion pharmaceutique
  - aperçu, [8:4](#)

figure d'illustration, [8:5](#)  
 cycles d'information (figure) [9:4](#)  
 cycle de programme  
 intégration du genre tout au long, [4:9](#), [4:10](#)  
 cycles de gestion (figure), [9:4](#)

## D

### dates d'expiration

ajustement du stock quant aux articles  
 périmés, [8:29](#)  
 définition, [8:57](#)  
 méthodes d'élimination des articles périmés,  
[8:47](#), [8:49](#)  
 organisation des médicaments/produits de  
 santé, [8:9](#), [8:10](#)  
 organisation du stock, [8:12](#)  
 réception des approvisionnements, [8:14](#), [8:16](#)  
 surveillance, [8:16](#), [8:17](#)

### débits

définition, [7:49](#)  
 présentation, [7:13-7:14](#)

### décentralisation

appui à la bonne gouvernance, [3:19](#), [3:23](#)  
 définition, [3:48](#)  
 gouvernance et (exemple d'Afghanistan), [3:21](#)  
 organes multisectoriels formés pour appuyer,  
[3:25](#)  
 qualité, en amélioration dans les  
 environnements décentralisés, [10:7-10:8](#)

### décharge (aménagée), [8:48](#)

### décharges, pour élimination des articles

périmés, endommagés et obsolètes, [8:48](#)

### décideurs

faire pression, [3:40](#)  
 perspective sur la qualité des services, [10:5](#)  
 perspectives sur les services de santé intégrés,  
[10:20](#)

### Déclaration de mission de PROFAMILIA, [5:13](#)

### défis

de gestion des ressources humaines, [6:2](#)  
 de l'amélioration de la performance, [2:5-2:6](#)  
 liés aux conseils d'administration, [3:44-3:45](#)  
 liés à l'intégration du genre, [4:7](#)  
 prendre en charge, avec un changement  
 d'attitude, [2:20](#)

### dégâts des eaux et produits stockés, [8:21](#)

### délai

définition, [8:57](#)

### délégation, gestion du temps et, [2:17](#)

### délivrance de produits, tenir un registre de, [8:15](#)

### délivrance de services de santé, axés sur la

communauté. *Voir* délivrance de services

### demandes d'achat, approvisionnements, [7:30](#)

### demandes, équilibrer la concurrence, [2:15-2:17](#)

### demandes de propositions

définition, [7:51](#)

demandes de soumissions, [7:28](#)

### demandes de prix

définition, [7:51](#)

critères, demandes de soumission, [7:28](#)

### dépenses de déplacement,

documenter les charges par type, [7:22](#)

rapports, [7:34](#)

### dépréciation, [7:50](#)

### désinfectant, élimination de, [8:70](#)

### devoirs de l'organe directeur

devoir d'obéissance, [3:2](#)

obligations de diligence, [3:2](#)

obligation de loyauté, [3:2](#)

### DF. *Voir* directeur financier (DF)

### diagramme en arête de poisson, [2:32-2:33](#)

### différences entre les sexes

au sein du personnel de santé, [4:16-4:17](#)

charge de morbidité et, [4:2](#), [4:5](#)

médicaments, accès aux, [4:20](#)

### directeur financier (DF)

définition, [7:49](#)

suivi stratégique financier par, [3:43](#)

### diriger, être un leader

définition, [2:7](#)

pratiques de, [2:10-2:12](#)

### diriger et gérer, être un leader et un manager

apprendre à manager et à diriger, [2:2](#)

cadre de travail du leadership et du

management (figure), [2:9](#)

comme fonctions complémentaires, [2:6](#)

diriger sans manager, [2:7](#)

gouvernance, relation envers, [2:7](#)

intégrer le leadership et le management,

[2:14-2:15](#)

management contre leadership, [2:6-2:8](#)

manager sans diriger, [2:8](#)

principes de former des managers qui sont

des leaders, [2:7](#)

Processus intégré de leadership et de

management (figure), [2:14](#)

sans gouvernance de qualité, [2:8](#)

vue d'ensemble de, [2:1](#)

### discrimination, [6:23](#)

### disparités entre les sexes, définition, [4:25](#)

### distribution de médicaments/produits de santé

approvisionnement des agents de santé

communautaires, [8:45](#)

cycle de gestion pharmaceutique et, [8:44](#)

dans de petits centres de santé, [8:43](#)

en pharmacies hospitalières, [8:43](#), [8:45](#)

### documentation

des charges par type, [7:21-7:22](#)

des contrôles internes, [7:44-7:45](#)

de différences dans les marchandises livrées,

[8:16](#)

- d'installation du logiciel comptable, [7:65-7:66](#)
- des politiques et procédures, [7:45-7:47](#)
- des transactions financières et des pistes d'audit, [7:20](#)
- donateurs**
  - mobilisation de (OSC), [3:39-3:40](#)
  - perspectives de qualité de services, [10:5](#)
  - responsabilité devant, [3:26](#), [3:31](#), [3:34](#)
- données**
  - éléments de GRH, [6:20](#)
  - partage/utilisation du plan de S&E, [9:26-9:27](#)
  - sensibles au genre, [4:10](#), [4:19](#)
- données brutes**
  - collecte de données, [9:23](#)
  - définition, [9:41](#)
- données de routine**
  - définition, [9:42](#)
  - choisir des sources de données pour les évaluations, [9:33-9:34](#)
- données désagrégées par sexe**
  - définition, [4:26](#)
  - objections à, [4:19](#)
  - politique de santé et, [4:19](#)
  - suivi et, [4:20](#)
  - valeur de, [4:18](#)
- données initiales, données de référence**
  - définition, [9:40](#)
  - examiner pour rassembler, [2:27](#)
  - pour plan de S&E, [9:19](#), [9:23](#)
  - utilisation pour adapter les résultats, [9:25](#)
- données probantes, définition, [3:49](#)**
- données secondaires**
  - collecte de données et, [9:23](#)
  - définition, [9:42](#)
- données de suivi, pour plan de S&E, [9:23](#), [9:25](#)**
- drogues. Voir aussi médicaments/produits de santé**
  - gaspillage et éventuelles améliorations de la gestion des drogues (figure), [8:3](#)
  - méthodes d'élimination, [8:70](#)
  - prescription et utilisation rationnelles de, [8:46](#)
  - prévision des exigences, [8:24](#)
  - utilisation de drogues, définition, [8:57](#)
- E**
- économies d'échelle, [7:18](#)**
- éducation**
  - accès des femmes à, [4:16-4:17](#)
  - du conseil d'administration, [3:38](#)
  - Family Life Education Programme (FLEP), [6:19](#)
  - management et leadership manquant de, [2:6](#)
- éducation de la communauté, sur la santé reproductive, [10:17](#)**
- effets à payer**
  - dans la comptabilité d'engagements, [7:15](#)
  - définition, [7:48](#)
- effets à recevoir**
  - dans la comptabilité d'engagements, [7:15](#)
  - définition, [7:48](#)
- efficacité**
  - analyse coût-efficacité, [9:32](#)
  - définition, [3:48](#)
  - maintenir l'efficacité du conseil d'administration, [3:38-3:39](#)
  - maintenir l'efficacité organisationnelle, [3:37](#)
- égalité des sexes. Voir aussi intégration de la dimension du genre**
  - définition, [4:25](#)
  - et médicaments, accès aux, [4:20](#)
  - sur le lieu de travail, [4:17](#)
- égouts, en tant que méthode d'élimination, [8:48](#)**
- eHealth, définition, [3:48](#)**
- élargissement de la prestation de services de santé**
  - approches et outils, [10:27-10:29](#)
  - contexte pour, [10:23](#)
  - définition, [10:38](#)
  - enjeux fondamentaux en matière de, [10:24-10:27](#)
  - exemples du Sénégal et de l'Égypte, [10:28](#)
- éléments constitutifs du système de santé**
  - identification, [1:4](#)
  - intégration du genre dans, [4:15-4:21](#)
- élimination de médicaments/produits de santé**
  - aperçu de, [8:47](#)
  - élimination appropriée de produits pharmaceutiques, [8:23](#)
  - méthode de, [8:47](#), [8:49](#), [8:69](#), [8:70](#)
- élimination par combustion en conteneurs découverts comme méthode d'élimination, [8:48](#)**
- employés**
  - communication de participation de, [6:11](#)
  - définition de la satisfaction de l'employé, [6:15](#)
  - documenter les charges des salaires et avantages sociaux, [7:21](#)
  - embauche et fidélisation, au Kenya par exemple, [6:17](#)
  - occasions de croissance, [6:12](#)
  - pratiques d'amélioration de la satisfaction, [6:7](#), [6:8](#)
  - sondage sur la satisfaction des employés, [6:16](#)
- encapsulation, comme méthode d'élimination, [8:48](#)**
- encapsulation des déchets**
  - définition, [8:58](#)
  - méthodes d'élimination, [8:70](#)
- Echantillonnage pour assurance qualité par lot (EAQL), [9:35](#)**

- enquêtes à grande échelle, comme sources de données pour les évaluations, [9:33-9:34](#)
- entrepôt central  
dans liste de contrôle de l'état physique, [8:62](#)  
définition, [8:56](#)  
gestion du stock et, [8:10](#)
- entrepreneurs, [5:9](#)
- environnement  
analyse de l'environnement interne et externe, [5:10-5:11](#)  
création d'un environnement contrôlé, [7:41-7:43](#)
- équipes  
pour GRH, [6:19](#), [6:21](#)  
pour l'équipe de planification, [5:8-5:9](#)  
prise en charge des tensions des, [5:8](#)  
transformer un personnel démoralisé en, [1:2](#)
- équipes du changement, [10:27](#)
- équité, dans le milieu du travail, [4:16-4:17](#), [6:8-6:9](#)
- équité, dans l'accès aux services de santé  
besoins de la jeunesse, [10:16-10:18](#)  
cadre pour l'analyse de genre, [10:43](#)  
contexte pour, [10:12-10:13](#)  
différentiel de genre, [4:2](#), [10:13-10:16](#)  
indicateurs, sensible au genre, [4:20](#)
- équité entre les sexes, définition, [4:25](#)
- espoir, passer du désespoir et du pessimisme à l', [2:22](#)
- état des flux de trésorerie, [7:12](#), [7:49](#)
- état des pertes et profits, [7:50](#)
- état du stock  
évaluation, [8:35-8:36](#)  
définition, [8:58](#)
- étiquetage des médicaments/produits de santé, [8:9](#)
- éthique et intégrité, définition, [3:48](#)
- évaluation. *Voir aussi* examen de performance  
conception, [9:32-9:33](#)  
conception pour l'apprentissage, [9:30](#)  
définition, [9:40](#)  
écueils, [9:27](#)  
formative, [9:30-9:31](#)  
indicateurs utilisés pour, [9:25](#)  
sommativ, [9:31-9:32](#)  
sources de données, [9:33-9:37](#)  
suivi comparé avec, [9:4-9:6](#)  
systèmes de gestion de l'approvisionnement en médicaments, [8:50](#)  
types de, [9:32](#)
- évaluation des résultats, [9:31](#)
- évaluation de processus, [9:30](#)
- évaluation formative, [9:30-9:31](#), [9:40](#)
- évaluation participative, [9:41](#)
- évaluation rapide  
définition, [9:41-9:42](#)  
modèles d'enquêtes, [9:35](#)  
choisir des sources de données pour les évaluations, [9:33-9:34](#)
- évaluation sommative, [9:42](#)
- évaluations sommatives, [9:31-9:32](#)
- examens annuels des résultats, pour employés, [6:10](#)
- examen des résultats  
annuel, [6:9-6:10](#)  
définition, [6:23](#)  
éléments des systèmes de GRH, [6:6](#), [6:27](#)
- examiner attentivement  
accès équitable aux services de santé, [10:12](#)  
s'agissant des rapports de la planification au leadership et au management, [5:4](#)  
analyse éculée et de courte vue provoquant l'échec de la planification, [5:5](#)  
dans la phase d'analyse de la planification, [5:10-5:11](#)  
dans la gestion des approvisionnements, [8:5](#), [8:50](#)  
gestion financière, [7:2](#)  
GRH, [6:6](#)  
individus, détection pour les systèmes centrés sur l'humain, [1:7-1:8](#)  
managers qui sont des leaders et, [2:4](#)  
en (matière de) prestation de service de santé, [10:2](#)  
en tant que pratique de leadership, [2:9](#), [2:10](#)  
suivi et évaluation et, [9:5](#)  
visites de supervision et, [8:51](#)
- extincteurs, [8:68](#)
- ## F
- facteurs critiques, [5:32](#)
- faisables, indicateurs de performance, [5:22](#)  
familles, personnes dans les systèmes des centres de santé, [1:7](#)
- Family Life Education Programme (FLEP), [6:19](#)
- FBP. *Voir* financement basé sur la performance
- FEFO (premier expiré, premier sorti), gestion du stock, [8:10](#), [8:57](#)
- femmes. *Voir aussi* genre  
personnel de santé, [4:16-4:17](#)  
problèmes spécifiques aux différents sexes, [4:2](#)  
rôles définis par le genre, [4:5-4:6](#)
- fiabilité, indicateurs de performance, [5:22](#)
- fiche de casier, [8:14](#), [8:56](#)

- fiches de stock  
ajustement de l'inventaire pour articles périmés, cassés ou endommagés, [8:29](#)  
champs d'informations sur les fiches de stock, [8:26](#)  
définition, [8:58](#)  
enregistrement des informations/inscription des données, [8:27-8:29](#)  
figure d'illustration, [8:27](#)  
liste de contrôle pour, [8:71](#)
- FIFO (premier arrivé, premier sorti), gestion du stock, [8:10](#), [8:57](#)
- financement  
en tant que préoccupation majeure des OSC, [3:43](#)  
levée de fonds par les membres du conseil d'administration des OSC, [3:33](#), [3:43](#)
- financement basé sur la performance (FBP)  
consolider et maintenir des services de qualité avec, [10:8-10:9](#)  
définition, [10:38](#)  
exemple du Rwanda, [10:9](#)
- fixer des orientations communes. *Voir* planification stratégique
- fixer les prix, compétence requise pour la gestion financière, [7:4](#)
- FLEP (Family Life Education Programme), [6:19](#)
- fonds d'avance  
définition, [7:50](#)  
pour gérer les fonds de caisse, [7:37](#)
- fonds de caisse, [7:37-7:38](#), [7:51](#)
- Fonds mondial pour la lutte contre le Sida, la tuberculose et le paludisme  
et les ICN, [3:25](#), [3:26](#), [3:27](#)  
influence sur l'équité des salaires, [6:8](#)  
règlements des achats de, [8:6](#)
- forces, faiblesses, opportunités et menaces. *Voir* SWOT (forces, faiblesses, opportunités et menaces)
- forfait, gestion des déplacements, [7:33](#)
- format utilisable, pour information obtenue par le suivi, [9:10](#)
- formation  
au logiciel comptable, [7:68](#)  
inclure dans le système de GRH, [6:12](#), [6:20](#)
- formulaire de dosage, organisation par, [8:11](#), [8:19](#)
- formulaire d'autorisation de déplacement, [7:34](#)
- formulaire de logistique des déplacements, [7:34](#)
- formulation de la stratégie  
matrice pour, [5:21](#)  
dans le processus de planification, [5:20](#)
- fournisseurs, agrément préalable des, [7:24](#)
- fournitures, documentation des charges par type, [7:21](#)
- Frais généraux et administratifs (GA), [7:16](#), [7:55](#)
- frustration, la, comme force de changement, [1:2-1:3](#)
- ## G
- gaspillage  
coût du maintien du stock, [8:24](#)  
définition, [8:58](#)  
dans la gestion des médicaments, [8:3](#)  
expiration du produit et, [8:16](#)
- GBN-R *Voir* gestion basée sur les normes et reconnaissance
- générateur d'idées, comme rôle de l'équipe, [5:9](#)
- genre  
cadre pour [4:25](#), [10:43](#)  
construction sociale, [4:1](#), [4:23](#)  
définition, [4:25](#), [10:37](#)  
égalité, définition, [4:25](#)  
équité, [9:25](#), [10:13-10:16](#)  
gérer une liste de contrôle avec une perspective égalitaire, [10:15-10:16](#)  
glossaire des termes, [4:25](#)  
mythes et réalités relatifs à, [4:3](#)  
programme de réduction des obstacles à l'égalité des sexes (Afghanistan, Pérou, Jordanie), [10:14](#)  
sensibilité à, [10:13](#)  
soutenir les programmes d'égalité des sexes, [10:15](#)
- gérer et diriger. *Voir* diriger et gérer
- gestion basée sur des normes et reconnaissance (GBN-R)  
consolider et maintenir des services de qualité avec, [10:11](#)  
définition, [10:38](#)  
exemple du Malawi, [10:11](#)
- gestion de l'approvisionnement. *Voir aussi* stock  
gestion  
amélioration de la disponibilité et de l'efficacité des médicaments, [8:3-8:4](#)  
consolider les éléments constitutifs des systèmes de santé, [1:4](#)  
effectuer des visites de supervisions, [8:51](#)  
gestion du budget et, [8:29](#)  
liste de contrôle des conditions de stockage, [8:53-8:55](#)  
liste de contrôle de la gestion du stock, [8:52-8:53](#)  
pratiques de gestion et de direction en, [8:5-8:6](#)  
produits ayant fait l'objet de dons et, [8:13](#)  
programme de formation en, [8:50](#)  
rapport coût-efficacité de la fourniture de médicaments et, [8:1](#)

- registres de stock et, [8:25](#)
- gestion du changement**
  - comme éléments essentiels au succès de l'organisation, [2:2](#)
  - en tant que compétence de la gouvernance, [3:16](#)
  - principes de [2:3](#)
- gestion des déchets**
  - liste de contrôle de la gestion du stock, [8:53](#)
  - méthodes d'élimination des articles périmés, endommagés et obsolètes, [8:47-8:49](#)
  - élimination appropriée des produits pharmaceutiques, [8:23](#)
  - par type de déchet, [8:69-8:70](#)
- gestion des déplacements**
  - demande d'autorisation préalable de déplacement, [7:33](#)
  - directives sur les allocations journalières, [7:31-7:32](#), [7:80](#)
  - outils pour, [7:34](#)
  - présentation de, [7:30-7:31](#)
  - se protéger contre les excès et les abus liés aux déplacements, [7:32-7:33](#)
  - respect des lois et des réglementations, [7:31](#)
  - sécurité du personnel et des véhicules, [7:32](#)
- gestion financière/opérationnelle. Voir aussi**
  - intendance des ressources**
    - agrément préalable des fournisseurs, [7:24](#)
    - caractéristiques des demandes de soumissions, [7:27-7:28](#)
    - choix du logiciel comptable, [7:61-7:64](#)
    - coefficient imputable aux coûts indirects, [7:58-7:60](#)
    - et comptabilité, [7:8-7:10](#), [7:14-7:15](#)
    - conflits d'intérêt et conduite contraire à l'éthique, [7:22-7:24](#)
    - connexion des systèmes de gestion, [1:9](#)
    - consolider les éléments constitutifs des systèmes de santé, [1:4](#)
    - coûts imputables, [7:56](#)
    - coûts ventilables, [7:56-7:57](#)
    - cycle d'approvisionnement, [7:24](#)
    - débets et crédits, [7:13-7:24](#)
    - demandes d'achats, [7:30](#)
    - demandes de déplacement, [7:30-7:34](#)
    - directives sur les allocations journalières, [7:78-7:80](#)
    - documentation des transactions financières et des pistes d'audit, [7:20](#)
    - évaluation, [7:7-7:8](#)
    - exigences de contrôle interne et directives, [7:38-7:44](#)
    - gestion des actifs, [7:34-7:36](#)
    - gestion des approvisionnements, [7:24-7:25](#)
    - gestion des fonds de trésorerie, [7:36-7:38](#)
    - gestion des risques et, [7:19-7:20](#)
    - glossaire des termes de comptabilité, [7:48-7:51](#)
    - glossaire des termes d'approvisionnements, [7:51](#)
    - instruments d'approvisionnement, [7:28-7:30](#)
    - introduction, [7:1-7:4](#)
    - mise en œuvre de la comptabilité par activité, [7:16-7:17](#)
    - mise en œuvre du logiciel comptable, [7:65-7:69](#)
    - modèle de bilan, [7:53](#)
    - modèle de compte de résultat, [7:54-7:55](#)
    - modèle de politiques et procédures, [7:81](#)
    - plan d'action relatif au risque, [7:70-7:77](#)
    - politiques et procédures, [7:6](#)
    - politiques et procédures pour le renforcement des contrôles internes, [7:44-7:47](#)
    - pratiques avérées, [7:47-7:48](#)
    - pratiques d'approvisionnement, [7:24-7:25](#)
    - présentation, [7:4-7:7](#)
    - procédures d'approvisionnement, [7:25-7:26](#)
    - rapports comptables standard, [7:10-7:12](#)
    - références et ressources pour, [7:51-7:52](#)
    - ressources, usage efficace des, [7:17-7:19](#)
    - rôle du conseil dans, [3:43-3:44](#)
    - sources des données pour les rapports, [7:12-7:13](#)
    - sujet de, [7:1](#)
    - types de charges, [7:20-7:22](#)
    - types de coûts, [7:15-7:16](#)
    - vérités financières, [7:4](#)
  - gestion d'inventaire**
    - ajuster l'inventaire quant aux éléments périmés, cassés ou endommagés, [8:29](#)
    - aperçu de, [8:23-8:25](#)
    - auto-évaluation, [8:72](#)
    - avantages/coûts de, [8:36](#)
    - calcul de la consommation annuelle, [8:35](#)
    - calcul de la consommation mensuelle moyenne, [8:32-8:35](#)
    - calcul de la quantité de commande, [8:40-8:42](#)
    - calcul du stock maximal, [8:37-8:39](#)
    - commande de nouveau stock, [8:32](#)
    - contrôle du stock, [8:25](#)
    - contrôle du stock et gestion du budget, [8:29-8:31](#)
    - définition, [8:57](#)
    - évaluation de l'état du stock, [8:35-8:36](#)
    - factorisation influençant la quantité de commande, [8:36-8:37](#)
    - liste de contrôle pour, [8:71-8:72](#)
    - modèle idéal de contrôle du stock (figure), [8:37](#)
    - procédures de fin de mois, [8:42](#)
    - systèmes d'évaluation pour, [8:42-8:43](#)
    - systèmes de fiches de stock, [8:26-8:29](#)

- gestion des opérations**  
 objet de, [7:1](#)  
 présentation de. *Voir* de gestion financières/ opérations opérationnelles
- gestion de performance**  
 définition, [6:23](#)  
 éléments des systèmes de GRH, [6:6](#), [6:27](#)
- gestion des ressources humaines (GRH)**  
 aperçu de, [6:1-6:2](#)  
 avantages d'un système solide, [6:5](#)  
 Cadre de Human Resources for Health Action, [6:3-6:4](#)  
 consolider les éléments constitutifs des systèmes de santé, [1:4](#)  
 définition, [6:23](#)  
 défis de, [6:2](#)  
 donner un sens au travail, [6:11](#)  
 éléments de, [6:6](#), [6:27](#)  
 équipe diversifiée, [6:19](#), [6:21](#)  
 équité sur le lieu de travail, [6:8](#), [6:9](#)  
 exemples d'améliorations de pays, [6:17](#), [6:18](#)  
 évaluation, [6:18](#), [6:19](#)  
 gestion des bénévoles, [6:13](#), [6:15](#)  
 les gestionnaires qui dirigent et, [6:5](#)  
 glossaires de termes, [6:22-6:23](#)  
 identification du stade de développement de, [6:26-6:28](#)  
 importance de, [6:20](#)  
 observations sur les résultats, [6:10-6:11](#)  
 occasion de d'avancement des employés, [6:12](#)  
 piliers de l'efficacité, [6:4-6:5](#)  
 pratiques ayant fait leurs preuves, [6:22](#)  
 pratiques de leadership et de gestion pou, [6:5-6:7](#)  
 pratiques de satisfaction de l'employé, [6:7](#), [6:8](#)  
 programmes incitatifs, [6:13-6:14](#)  
 références et ressources pour, [6:23-6:25](#)  
 responsabilités inhérentes au poste et priorité de travaux, [6:9](#)  
 revitalisation par actions et exemples, [6:21-6:22](#)  
 sondage sur la satisfaction de l'employé, [6:16](#)  
 sondages utilisés pour améliorer les politiques et les pratiques, [6:15](#)
- gestion des risques**  
 documentation des transactions financières et des pistes d'audit, [7:20](#)  
 documentation par type de charge, [7:20-7:22](#)  
 planifier l'action, [7:70-7:77](#)  
 présentation de, [7:19-7:20](#)
- gestion du stockage**  
 aperçu de, [8:7](#)  
 contenants pour objets tranchants, [8:69](#)  
 gestion des déchets, [8:23](#), [8:69-8:70](#)  
 gestion de la rotation et l'expiration du stock, [8:16-8:17](#)  
 indicateurs de dommages aux produits, [8:20](#)  
 inventaire physique des produits, [8:18-8:19](#)  
 liste de contrôle de bonnes conditions de stockage, [8:65](#)  
 liste de contrôle de la condition physique de l'entrepôt, [8:62](#)  
 liste de contrôle de prévention contre les animaux nuisibles et les insectes, [8:65-8:66](#)  
 liste de contrôle de la prévention contre le vol, [8:66-8:67](#)  
 liste de contrôle des procédures de stockage, [8:63](#)  
 liste de contrôle de la réception des approvisionnements, [8:64](#)  
 liste de contrôle des tâches routinières de gestion du stockage, [8:67-8:68](#)  
 maintien de la qualité des produits stockés, [8:19](#), [8:21-8:22](#)  
 mise en place de l'entrepôt de la pharmacie, [8:7-8:10](#)  
 organisation des approvisionnements dans la zone de stockage, [8:11-8:13](#)  
 produits exigeant des conditions spéciales, [8:17-8:18](#)  
 réception et arrangement du stock, [8:13-8:16](#)  
 types d'extincteurs et utilisation, [8:68](#)
- gestion du temps, délégation et**, [2:17](#)
- gestion de trésorerie**  
 avances de fonds, [7:36-7:37](#)  
 fonds de caisse, [7:37-7:38](#)  
 présentation de, [7:36](#)  
 règlements, [7:37](#)
- gestion judicieuse des ressources. *Voir aussi* ressources**  
 comme pratique de gouvernance clé, [3:2](#), [3:4](#), [3:14-3:17](#), [3:19](#)  
 dans la gouvernance des organes multi-sectoriels, [3:29-3:30](#)  
 dans la gouvernance du secteur public, [3:19](#), [3:22](#), [3:23](#)  
 dans la gouvernance de la société civile, [3:33](#), [3:42-3:43](#)  
 en tant que responsabilité du conseil et de la direction, [3:33](#)
- gestionnaires, hauts responsables en tant que**, [2:15](#)
- gestionnaires/leadership. *Voir aussi* gestionnaires qui dirigent**  
 en appliquant des principes de leadership au GRH, [6:6](#)  
 apprendre à être un leader, [2:2](#)  
 attitudes et comportements constituant des obstacles pour les leaders, [2:17-2:19](#)

- Cadre de travail pour le renforcement des systèmes de santé centrés sur l'humain, [1:1](#)  
changements d'attitude requis par les leaders, [2:20-2:25](#), [2:28](#)  
changement effectué par, [1:3](#)  
consolider les éléments constitutifs des systèmes de santé, [1:4](#)  
essentiel à tous niveaux, [6:7](#)  
Exemple au Mozambique de leadership proactif de GRH, [6:17](#)  
GRH en tant que question de leadership, [6:5](#)  
hauts responsables demandant conseil, [2:17](#)  
leaders-serviteurs (Greenleaf), [2:3](#)  
piliers de GRH, [6:4](#)  
au plus haut niveau, [2:15](#)  
pratiques éprouvées, [2:28-2:29](#)  
Programme de développement du leadership, [6:18](#)  
programme pour les jeunes à Haïti, [10:18](#)  
rôle dans l'amélioration de la gestion du stock, [8:24](#)  
style héroïque, [2:20-2:21](#)
- GFATM. Voir Fonds mondial de lutte contre le Sida, la tuberculose et le paludisme**
- gouvernance. Voir aussi organes directeurs ; gouvernance, organisations de la société civile ; gouvernance, organes multisectoriels; gouvernance, secteur public**  
aperçu de, [3:2-3:3](#)  
bonne, caractéristiques de, [3:4](#)  
bonne, quatre pratiques clés, [3:2](#), [3:4](#), [3:19](#)  
changements nécessaires, [3:6](#)  
compétences pour, [3:16](#)  
une composante du leadership, [2:1](#)  
conséquences de la bonne gouvernance, [3:3](#)  
conséquences de la mauvaise gouvernance, [3:3](#)  
dans le secteur de la santé publique, [3:18-3:24](#)  
dans organisations de la société civile, [3:30-3:44](#)  
décentralisation, appui, [3:19](#), [3:23](#)  
définition, [3:4](#), [3:49](#)  
gestion responsable des ressources, [3:14-3:17](#)  
glossaire des termes, [3:48-3:49](#)  
gouvernance de la santé, définition, [3:49](#)  
groupes, processus de planification et, [5:3](#)  
intégrité, éthique, et morale, dans, [3:14-3:15](#)  
leadership et management, [2:15](#), [3:5](#)  
modèle conceptuel (figure), [3:5](#)  
modèle pour (figure), [3:5](#)  
nature collective de, [3:3](#), [3:5](#)  
populations marginales, attention aux, [3:12](#)  
principes clés de la gouvernance, [3:25-3:30](#)  
prise de décision dans, [3:6](#)  
références et ressources pour, [3:50-3:53](#)  
rôle des femmes dans, [3:6](#), [4:21](#)  
sélection des membres, [3:26](#)  
sensibilité au genre et, [3:12](#)  
et succès organisationnel, [2:2](#)
- gouvernance, gouvernemental. Voir gouvernance, secteur public**
- gouvernance, organes multisectoriels**  
communication et, [3:27](#)  
conflit d'intérêt dans, [3:26-3:27](#)  
élection des membres, [3:26](#)  
évaluation de l'efficacité de, [3:27](#)  
définition, [3:25](#)  
mobilisation des parties prenantes, [3:28](#)  
pratiques éprouvées, [3:46](#)  
responsabilité dans, [3:26-3:28](#)  
sélection des membres, [3:26](#)  
suivi stratégique des programmes et des finances, [3:29-3:30](#)
- gouvernance, organisations de la société civile. Voir aussi conseil d'administration, gouvernance**  
bonne gouvernance dans, [3:31](#)  
conseil d'administration, [3:31](#)  
gestion, interférence dans, [3:45](#)  
gestion, séparée de, [3:32](#)  
gouvernement, relations avec, [3:40](#)  
nécessité de, [3:30](#)  
pratiques éprouvées, [3:47](#)  
quatre pratiques de gouvernance dans, [3:32-3:33](#)
- gouvernance, secteur public**  
en Afghanistan (exemple), [3:21](#)  
communautés et, [3:23](#)  
décentralisation et, [3:19](#)  
défis, en général, [3:18-3:19](#)  
défis du secteur de la santé, [3:19](#)  
évolution de, [3:18](#)  
ministères de la santé et, [3:20-3:22](#)  
pratiques clés de la bonne gouvernance dans, [3:20-3:24](#)  
pratiques éprouvées, [3:46](#)  
systèmes provinciaux et de district et, [3:22-3:23](#)
- grand livre**  
définition, [7:50](#)  
Principes comptables généralement reconnus (PCGR), [7:9](#)  
sources de données pour les rapports, [7:13](#)
- graphique de suivi, pour mesurer la mise en œuvre, [5:23](#)**
- Groupe de travail sur la jeunesse inter institutions (IYWG), [10:17](#)**
- GRH. Voir gestion des ressources humaines (GRH)**

## H

### harmonisation et mobilisation

- accès équitable aux services de santé et, [10:12](#)
- comme pratique de leadership, [2:5](#), [2:9](#), [2:11](#)
- diriger et gérer et, [5:4](#)
- échecs de la planification provoqués par
  - l'absence d'aliment des leaders et managers, [5:5](#)
- gestion financière, [7:3](#)
- GRH et, [6:6](#)
- hauts responsables en tant
  - qu'harmonisateurs, [2:15](#)
- prestation de service de santé, [10:3](#)
- rôle de la gouvernance dans, [3:3](#)
- suivi et évaluation, [9:5](#)
- visites de supervision et, [8:51](#)

### haute direction, [2:15-2:16](#)

### haute direction, rôle dans la responsabilité financière, [7:47](#)

### hiérarchie des besoins en information (figure) [9:7](#)

### Human Resources for Health Action

- cadre
- éléments de, [6:4](#)
- figure illustrant, [6:3](#)

### humidité

- liste de contrôle pour la gestion du stock, [8:53](#)
- maintenir la qualité des produits stockés, [8:19](#)

## I

### ICN. *Voir* Instances de coordination nationales (ICN)

### immobilisations. *Voir aussi* actifs, [7:34-7:36](#), [7:49](#)

### immunisation, manipulation de produits sous régulation thermique, [8:18](#)

### impact

- chaîne de résultats et, [9:12](#)
- définition, [9:41](#)
- élaborer un plan de S&E et, [9:20](#)
- évaluation, [9:32](#)

### incendie, protection des produits médicaux stockés, [8:21](#)

### incinération, en tant que méthode d'élimination, [8:48](#)

### indicateurs. *Voir aussi* indicateurs de performance

- définition, [9:41](#)
- de performance, [9:21](#)
- de situation de santé, [9:21](#)
- spécifique du genre, [4:10](#), [4:20](#), [4:26](#)
- qualité des bons indicateurs, [9:22](#)
- utilisation pour évaluation, [9:25](#)

### indicateurs de performance

- définition, [5:32](#)
- mise en œuvre du plan et, [5:22-5:24](#)

### indicateurs de processus

- définition, [10:38](#)
- de qualité de service, [10:6-10:7](#)

### indicateurs de résultats, [9:31](#)

- définition, [10:38](#)
- de qualité de service, [10:7](#)

### indicateurs individuels de performance, [5:22](#)

### indicateurs sensibles au genre, définition, [4:25](#)

### indicateurs structurels

- définition, [10:38](#)
- de qualité de service, [10:6](#)

### indicateurs substitutifs

- dans le suivi, [9:10](#)
- définition, [9:41](#)

### indifférence au genre, [4:11](#)

### individualisme, passer à la générosité et au souci pour le bien commun, [2:24-2:25](#)

### inégalités entre les sexes

- développement entravé par, [4:3](#)
- impact sur l'état de santé, [4:2](#)

### inertisation des déchets

- définition, [8:58](#)
- méthodes d'élimination, [8:70](#)

### infections sexuellement transmises (IST)

### information. *Voir aussi* suivi et évaluation (S&E)

- besoins aux différents niveaux du système de santé, [9:6-9:7](#)
- consolider les éléments constitutifs des systèmes de santé, [1:4](#)
- gouvernance et partage, [3:7](#)
- hiérarchie des besoins d'information (figure), [9:7](#)
- politiques de gouvernance relatives à
  - l'utilisation de l'information, [3:36](#)
- principes de gestion de l'information, [9:7-9:8](#)
- systèmes de gestion et, [1:7](#)
- utilisation de, et conflit d'intérêt, [3:36](#)

### information exploitable, à partir du suivi, [9:9-9:11](#)

### innovateurs, dans l'élargissement des prestations de santé, [10:26-10:27](#)

### inspirer

- comme pratique de leadership, [2:8](#), [5:4](#)
- dans la prestation de santé, [10:3](#)
- en gestion financière, [7:3](#)
- en GRH, [6:6](#)
- hauts responsables fournissant, [2:11-2:12](#)
- managers qui sont des leaders et, [2:4](#)
- pratiques de, [2:10](#)
- suivi et évaluation et, [9:6](#)
- surmonter le manque de motivation, [5:3](#)
- visites de supervision et, [8:51](#)

- installations. *Voir* formations sanitaires
- installations, formations sanitaires
- distribution de médicaments/produits de santé aux petits centres, [8:43](#)
  - distribution de médicaments/produits de santé aux pharmacies hospitalières, [8:43](#), [8:45](#)
  - entrepôt de pharmacie, [8:7](#), [8:10](#)
  - gestion du stock au niveau du centre, [8:23](#), [8:24](#)
  - liens de la communauté avec, [10:31](#)
- Instance nationale de coordination (ICN)**
- base juridique de, [3:26](#)
  - conflit d'intérêt, possibilité, [3:27](#)
  - en tant qu'organe multisectoriel, [3:25](#)
  - Fonds mondial and, [3:26](#), [3:27](#)
  - gouvernance de, [3:25-3:30](#)
  - membres de la commission, [3:28](#)
  - Tableau de bord de subvention de l'ICN, [3:29-3:30](#)
- intégration de la dimension du genre**
- dans le secteur de la santé, [4:5](#)
  - dans les services de santé intégrés, [4:16](#)
  - dans les six éléments constitutifs des systèmes de santé, [4:15-4:21](#)
  - défis liés à, [4:7](#), [4:22-4:23](#)
  - définition, [4:4](#), [4:26](#)
  - manque de succès à ce jour, [4:23](#)
  - meilleures pratiques pour, [4:24](#)
  - objectifs, [4:6](#)
  - prestations de services et, [4:15](#), [4:20](#)
  - principes clés de, [4:5](#)
  - Quatrième Conférence mondiale sur les femmes et, [4:22](#)
- intégrité, éthique et morale, dans la gouvernance**, [3:14-3:15](#)
- intelligibilité (facilement compris), des indicateurs de performance**, [5:22](#)
- intendance, définition**, [3:49](#)
- Interagency Gender Working Group (IGWG)**, cadre du continuum de l'intégration du genre, [4:11-4:13](#)
- interdépendance, des systèmes de santé**, [1:10](#)
- International AIDS Alliance**, [5:13](#)
- International Planned Parenthood Federation (IPPF) (Fédération Internationale pour la Planification Familiale)**, [3:35](#)
- intrants**
- chaîne de résultats et, [9:12](#)
  - définition, [9:41](#)
  - élaboration du plan de S&E et, [9:20](#)
  - le manque de lien entre résultats et intrants provoque l'échec de la planification, [5:6](#)
- inventaire physique**
- définition, [8:58](#)
  - de médicaments/produits de santé, [8:18-8:19](#)
  - liste de contrôle pour la gestion du stock, [8:52](#)
- inventaire, stock**, [8:57](#)
- IPPF (Fédération Internationale pour la Planification Familiale)**, [3:35](#)
- J**
- jeunesse**
- approches et outils pour répondre aux besoins de, [10:17](#)
  - exemples de programmes pour (Haïti et Mozambique), [10:18](#)
  - fardeau de la santé reproductive de, [10:16-10:17](#)
- juste traitement, des employés**, [6:8-6:9](#)
- justificatifs**, [7:51](#)
- K**
- kit des ressources humaines**, [6:8](#), [6:9](#)
- kits de soins à domicile**, [8:45](#)
- L**
- leaders d'opinion, rôle dans l'élargissement des services de santé**, [10:27](#)
- leaders-serviteurs (Greenleaf)**, [2:3](#)
- leadership, management et gouvernance**
- appliquer les principes de la gestion du changement, [2:3](#)
  - attitudes et comportements constituant des obstacles pour les managers, [2:17-2:19](#)
  - Cadre de travail pour le renforcement des systèmes de santé centrés sur l'humain, [1:1](#)
  - changements d'attitude requis par les leaders, [2:20-2:21](#)
  - définition, [2:7-2:29](#)
  - diagramme en arête de poisson, [2:32-2:33](#)
  - équilibrer les demandes concurrentielles, [2:15-2:16](#)
  - élargissement (Égypte), [10:28](#)
  - enjeux de l'amélioration des performances, [2:5-2:6](#)
  - environnement de travail amélioré par, [2:3](#)
  - essentiel au succès de l'organisation, [2:2](#)
  - glossaire terminologique, [2:29](#)
  - Leadership, management et gouvernance pour un Modèle de résultats (figure), [2:5](#)
  - résultats améliorés dus à, [2:4-2:5](#)
  - planification liée à, [5:3-5:4](#)
  - pratiques de contrôle et d'évaluation, [2:9](#), [2:13](#), [9:5](#)
  - pratiques de gouvernance (*voir* figure), [2:5](#)
  - pratiques de leadership, [2:5](#), [2:10-2:12](#)
  - pratiques de management, [2:5](#), [2:12-2:13](#)
  - pratiques éprouvées, [2:28-2:29](#)

- pratiques de santé publique (Afghanistan, Brésil et Tanzanie), [1:3](#)
- questions que se posent les managers sur les pratiques de management, [2:3-2:4](#)
- références et ressources pour, [2:30-2:31](#)
- technique des cinq pourquoi, [2:34](#)
- Leadership, management et gouvernance pour un Modèle de résultats (figure), [2:5](#)**
- le désespoir, qui se mue en optimisme et en espoir, [2:20](#), [2:22](#)
- lesbiennes, gays, bisexuels, transgenres ( LGBT)
- équité dans le domaine de la santé, [3:12](#)
  - prestation de services pour, [4:16](#)
- lettres/contrats des consultants, comme instrument d'approvisionnement, [7:29](#)
- liquides, méthodes d'élimination de, [8:70](#)
- listes de contrôle
- de condition de stockage, [8:53-8:55](#), [8:65](#)
  - de contrôle des stocks, [8:71-8:72](#)
  - de l'état physique de l'entrepôt, [8:62](#)
  - de pratiques de délivrance, [8:73-8:77](#)
  - de prévention contre animaux nuisibles et insectes, [8:65-8:66](#)
  - de prévention contre le vol, [8:66-8:67](#)
  - de procédures de stockage, [8:63](#)
  - de réception des approvisionnements, [8:64](#)
  - des tâches de gestion du stockage, [8:67-8:68](#)
  - pour gérer avec une perspective égalitaire, [10:15-10:16](#)
  - pour la faisabilité du plan opérationnel, [5:25-5:26](#)
  - pour l'auto-évaluation de la gouvernance, [3:39](#)
  - pour la gestion d'inventaire, [8:52-8:53](#), [8:71-8:72](#)
- liste de contrôle de la faisabilité
- figure illustrant, [5:26](#)
  - pour les activités du plan opérationnel, [5:25-5:26](#)
- liste des médicaments admissibles
- changement influençant les données de consommation, [8:32](#)
  - définition, [8:57](#)
- livraison de services de santé. *Voir* livraison de services
- livres équilibrés, [7:10-7:11](#), [7:49](#)
- logement, documentation des charges par type, [7:21](#)
- logiciel comptable
- choix, [7:62-7:63](#)
  - conseils pour une mise à jour réussie, [7:63](#)
  - évaluation des besoins, [7:63-7:64](#)
  - identifier les besoins du système, [7:61](#)
- informer le personnel du calendrier des travaux pendant la mise en œuvre du nouveau, [7:67-7:68](#)
- mise en œuvre, [7:65-7:69](#)
- présentation de, [7:61](#)
- planifier la mise à niveau de, [7:61-7:62](#)
- lois, respects des lois et des réglementations sur les déplacements, [7:31](#)
- luttons de pouvoir, défis auxquels font face les conseils d'administration, [3:45](#)
- ## M
- main d'œuvre**
- consolider les éléments constitutifs des systèmes de santé, [1:4](#)
  - GRH et, [6:3](#)
  - femmes dans le secteur de la santé, [4:5-4:6](#), [4:16-4:17](#)
- majorité précoce, pour l'élargissement des prestations de service de santé, [10:26](#)
- majorité tardive, dans élargir les prestations de santé, [10:26](#)
- maladies sexuellement transmissibles (MST)
- fardeau de la santé reproductive pour la jeunesse et, [10:16](#)
  - programme pour les jeunes au Mozambique, [10:18](#)
- management, pratiques de
- mise en œuvre. *Voir* mise en œuvre
  - organisation. *Voir* organisation
  - planification. *Voir* planification
  - suivi et évaluation (S&E). *Voir* suivi et évaluation (S&E)
- Managers qui sont des leaders*, [2:3](#), [2:28](#)
- Managers qui sont des leaders, Boîte à outils*, [2:10](#), [2:11](#), [2:13](#), [2:16](#), [2:21](#), [3:12](#), [3:40](#)
- managers-leaders
- aspect de la gouvernance de, [2:7](#)
  - définition du concept, [2:6](#), [2:7](#), [2:29](#)
  - GRH et, [6:5](#)
  - principes de formation, [2:8](#)
- managers/management
- affaires publiques, assister le conseil dans, [3:40](#)
  - amélioration de la gestion du stock, [8:24](#)
  - application des principes de gestion au GRH, [6:6-6:7](#)
  - apprendre à manager et à diriger, [2:2](#)
  - attitudes et comportements constituant des obstacles, [2:17-2:19](#)
  - au plus haut niveau, [2:15-2:16](#)
  - Cadre de travail pour le renforcement des systèmes de santé centrés sur l'humain, [1:1](#)
  - intégrer le leadership et le management, [2:14](#)
  - interférence du conseil dans, [3:45](#)

- les individus au centre des systèmes de santé, [1:7](#)
- management contre leadership, [2:6-2:8](#)
- perspectives sur les services de santé intégrés, [10:20](#)
- piliers de GRH, [6:4](#)
- planification et, [5:3](#)
- pratiques éprouvées, [2:28-2:29](#)
- pratiques de management, [2:9](#) [2:12-2:13](#)
- principes de formation des managers qui sont des leaders, [2:8](#)
- questions que se posent les managers sur les pratiques de management, [2:3-2:4](#)
- remédier aux insuffisances et aux déviations par rapport aux plans, [7:18-7:19](#)
- rôle dans le dépassement de la frustration, [1:2](#)
- management, définition**, [2:6](#), [2:29](#)
- mandat, pour le conseil d'administration**, [3:45](#)
- manuel de politique de l'employé**, [6:23](#)
- manuels de comptabilité**, [7:66](#)
- Masaaki, Imai**, [2:34](#)
- masculins. Voir aussi genre**
- problèmes spécifiques aux différents sexes de [4:2](#)
- médicament/produits de santé**
- accès, différentiel du genre et, [4:20](#)
- aperçu de, [8:1-8:4](#)
- calcul de la consommation annuelle, [8:34-8:35](#)
- calcul de la consommation mensuelle, [8:34-8:35](#)
- calcul de la quantité de commande, [8:40-8:42](#)
- calcul du stock maximal, [8:37-8:39](#)
- consolider les éléments constitutifs des systèmes de santé, [1:4](#)
- contenants pour objets tranchants, [8:69](#)
- contrôle de stock et gestion du budget, [8:29-8:31](#)
- contrôle du stock, [8:25](#)
- contrôle qualité pour les produits stockés, [8:19](#), [8:21-8:22](#)
- cycle de gestion pharmaceutique, [8:4-8:5](#)
- distribution dans les petits centres de santé, [8:43](#)
- distribution dans les pharmacies hospitalières [8:43-8:45](#)
- évaluation de l'état du stock, [8:35-8:36](#)
- évaluation du système de gestion du stock, [8:42-8:43](#)
- facteurs influençant la quantité de commande, [8:36](#)
- former et améliorer les résultats du personnel de l'approvisionnement, [8:49-8:50](#)
- fournir les agents de santé communautaire, [8:45](#)
- gestion des approvisionnements, [8:51](#)
- gestion des déchets, [8:23](#), [8:69-8:70](#)
- gestion du stock, [8:23-8:25](#)
- gestion du stockage, [8:7](#)
- gestion efficace des approvisionnements, [8:5-8:6](#)
- glossaire de termes, [8:56-8:58](#)
- indicateurs de dégâts, [8:20](#)
- inventaire physique de, [8:18-8:19](#)
- kits de soins à domicile, [8:45](#)
- liste de contrôle des conditions physiques de l'entrepôt, [8:62](#)
- liste de contrôle des conditions de stockage, [8:53-8:55](#), [8:65](#)
- liste de contrôle du contrôle de stock, [8:71-8:72](#)
- liste de contrôle de gestion du stock, [8:52-8:53](#), [8:71-8:72](#)
- liste de contrôle des pratiques de délivrance, [8:73-8:77](#)
- liste de contrôle de prévention contre les animaux nuisibles et les insectes, [8:65-8:66](#)
- liste de contrôle de la réception des approvisionnements, [8:64](#)
- liste de contrôle de prévention du vol, [8:66-8:67](#)
- liste de contrôle de procédures de stockage, [8:63](#)
- liste de contrôle des tâches de gestion du stockage, [8:67-8:68](#)
- méthodes de calcul de la consommation, [8:32-8:34](#)
- méthodes d'élimination quant aux articles périmés, endommagés et obsolètes, [8:47-8:49](#)
- organisation des approvisionnements dans la zone de stockage, [8:11-8:13](#)
- organisation de l'entrepôt de la pharmacie, [8:7-8:9](#)
- pratiques ayant fait leurs preuves, [8:55-8:56](#)
- pratiques de délivrance, [8:46](#)
- pour les plateaux d'urgence, [8:44-8:45](#)
- prescrire et utiliser, [8:46](#)
- procédures de fin de mois pour le contrôle de stock, [8:42](#)
- produits exigeant des conditions de stockage spéciales, [8:17-8:18](#)
- réapprovisionnement du stock, [8:32](#)
- réception et arrangement des stocks, [8:13-8:16](#)
- références et ressources pour, [8:58-8:60](#)
- règlementations d'achats du Global Fund, [8:6](#)
- surveillance de la rotation et de l'expiration, [8:16-8:17](#)
- systèmes de cartes de stock, [8:26-8:29](#)
- types d'extincteurs et utilisations, [8:68](#)
- type de déchets et éventuelles améliorations

- de la gestion des médicaments (figure), [8:3](#)
  - médicaments antiinfectueux, méthodes d'élimination, [8:70](#)
  - médicaments contrôlés, élimination, [8:70](#)
  - médicaments essentiels
    - définition, [8:57](#)
    - liste OMS, [8:4](#)
  - membres de la commission des finances, [3:43](#)
  - mesure de la mise en œuvre du plan, [5:22–5:24](#)
  - méthode de consommation, pour estimation des besoins futurs, [8:32–8:33](#)
  - méthode de morbidité, pour estimer les besoins futurs de médicaments/produits de santé, [8:32–8:33](#)
  - méthodes participatives, choisir des sources de données pour les évaluations, [9:35](#)
  - mHealth, définition, [3:49](#)
  - milieu de travail, équité en, [6:8–6:9](#)
  - miroir de santé communautaire, en Guinée, [10:33](#), [10:37](#)
  - mise en œuvre
    - comme pratique de management, [2:9](#), [2:13](#)
    - diriger et gérer et, [5:4](#)
    - gestion de l'approvisionnement, [8:50](#)
    - gestion financière, [7:3](#)
    - GRH, [6:7](#)
    - logiciel comptable, [7:65–7:69](#)
    - plans, [5:22–5:24](#), [6:31](#)
    - pratiques de, [2:13](#)
    - prestation de services de santé, [10:3](#)
    - suivi et évaluation, et, [9:6](#)
  - mission
    - articuler la mission au processus de planification, [2:9](#), [2:25](#), [5:11](#)
    - besoin d'organisation [5:12](#)
    - conception de l'énoncé de mission, [5:12–5:13](#)
    - définition, [2:29](#), [5:32](#)
    - exemples d'énoncés de mission, [5:13](#)
    - Modèle du défi et, [2:25](#)
    - organe directeur en tant que champion of, [3:2](#), [3:41–3:42](#)
    - politiques pour atteindre les objectifs de l'organisation, [3:2](#)
  - mobilisation, en tant que pratique du leadership. *Voir* harmonie et mobilisation
  - mobilisation des organes de gouvernance des parties prenantes, [3:2](#), [3:4](#), [3:11](#)
  - du personnel de santé, [3:11–3:12](#)
  - mobilisation des parties prenantes
    - dans l'organisation de la société civile, [3:33](#)
    - dans la gouvernance des organes multi-sectoriels, [3:28](#)
  - mode de pensée stratégique, [5:7](#)
  - Modèle du défi
    - définition, [2:25](#), [2:29](#)
    - diagramme en arête de poisson et, [2:32–2:33](#)
    - figure illustrée, [2:26](#)
    - outil pour améliorer la performance, [2:25–2:28](#)
  - modèle de gouvernance des systèmes de santé (figure), [3:5](#)
  - modèle idéal du contrôle de stock (figure), [8:37](#)
  - modèles, pour la planification
    - Arbre de décision pour le choix des activités, [5:38](#)
    - planification opérationnelle, [5:37](#)
    - planification stratégique (figure), [5:36](#)
    - SWOT (forces, faiblesses, opportunités et menaces), [5:35](#)
  - mortalité infantile (exemple du Brésil), [1:3](#)
  - mortalité maternelle
    - accès aux soins de santé et, [4:20](#)
    - défis liés à la réduction, [4:6](#)
    - et OMD, [4:22](#)
  - MOST (Outil de gestion et de pérennité organisationnelle), [7:7](#)
  - motivation
    - incitations, et, [10:36](#)
    - manque de, provoquant l'échec du plan, [5:3](#)
  - multi-sectoriel, définition, [3:49](#)
- ## N
- NAC. *Voir* Conseil national de lutte contre le Sida (CNLS)
  - népotisme, [7:23](#)
  - nettoyage, contrôles qualité et, [8:19](#)
  - niveaux de résultat, [9:20](#), [9:42](#)
  - normes
    - de la performance, [10:7](#)
    - rôle dans la comptabilité financière, [7:47](#)
- ## O
- Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD)
    - dimension du genre et, [4:22](#)
    - élargir pour répondre à, [2:2](#)
    - gêné par les insuffisances des polices et des systèmes de GRH, [6:2](#)
    - leadership et management et, [2:5](#)
    - mortalité maternelle et, [4:22](#)
    - réalisations, [1:2](#)
  - objectifs stratégiques
    - définition, [5:32](#)
    - d'élaboration étape par étape, [5:17–5:18](#)
    - employés aidant à former, [6:11](#)
    - importance de, [5:17](#)
    - matrice d'élaboration, [5:19](#)
    - mesure, [3:16](#)
    - présentation de, [5:16–5:17](#)
  - objectifs

- opérationnels, [5:32](#)  
stratégique. *Voir* objectifs stratégiques
- objectifs opérationnels, [5:32](#)
- objet, planification avec, [5:2-5:3](#)
- obligations financières  
définition, [7:50](#)  
présentation, [7:18](#)
- obstacles comportementaux, de manager, [2:17-2:19](#)
- obstacles, surpasser en utilisant les critères SMART, [2:27](#)
- OMD. *Voir* Objectifs du Millénaire pour le Développement
- OMS (Organisation mondiale de la santé)  
Bibliothèque mondiale de la santé, [10:24](#)  
cadre de travail des systèmes de santé, [1:4](#)  
dans le développement du cadre d'action de RHS, [6:3](#)  
Guide pratique pour l'élargissement du service de santé par l'innovation, [10:27](#)  
indicateurs de performance, [5:22](#)  
liste des médicaments essentiels, [8:4](#)  
programme de formation à la gestion de l'approvisionnement en matière de médicaments, [8:50](#)  
prescription et utilisation rationnelle des médicaments, [8:46](#)  
à propos de l'élargissement, [10:23](#)
- organes multi-sectoriels. *Voir aussi*  
gouvernance, organes multi-sectoriels  
augmentation dans, [3:25](#)  
définition, [3:25](#), [3:49](#)  
exemples of, [3:25](#)  
gouvernance dans, [3:25-3:30](#)  
objet et rôle, clarification, [3:29](#)  
organisation de, [3:25](#)  
pratiques éprouvées de la gouvernance, [3:46](#)  
ressources financières et, [3:29](#)
- ONG, *Voir* organisations non gouvernementales (ONG) organisation de la société civile (OSC)  
bonne gouvernance dans, [3:30-3:31](#)  
contraintes juridiques de, [3:40](#)  
définition, [3:30](#), [3:48](#)  
efficacité du conseil d'administration, [3:38-3:39](#)  
forme juridique, [3:30](#)  
levée de fonds et, [3:43](#)  
mission, rôle du conseil d'administration (définition), [3:41](#)  
partenaires et, [3:39](#)  
parties prenantes, mobilisation, [3:39](#)  
plan stratégiques pour, et rôle du conseil d'administration, [3:41](#)  
pratiques éprouvées pour la gouvernance, [3:46](#)  
relations gouvernementales, [3:40](#)  
réunion du conseil d'administration et, [3:39](#)  
situation financière, protection et amélioration, [3:43](#)  
structure de gouvernance de, [3:31](#)  
valeurs, orientation, [3:42](#)
- ordonnances, prescription et utilisation rationnelles de médicaments, [8:46](#)
- organes directeurs. *Voir aussi* conseil d'administration  
aperçu du rôle des intendants, [3:14-3:15](#)  
auto-évaluation des performances, [3:16-3:17](#)  
coalitions, formation, [3:10](#)  
compétences nécessaires, [3:16](#)  
conflit d'intérêt et, [3:14-3:15](#). *Voir aussi* conflit d'intérêt  
définition des six politiques clés, [3:3](#)  
en tant qu'intendants des ressources, [3:14-3:17](#)  
femmes représentées dans, [4:21](#)  
intégrité en tant qu'intendants, [3:14-3:15](#)  
managers, relation avec, [3:2](#)  
mission, en tant que champion de, [3:2](#)  
obligation de diligence, [3:2](#)  
obligation de loyauté, [3:2](#)  
obligation d'obéissance, [3:2](#)  
orientation stratégique, définition, [3:12-3:13](#), [3:41-3:42](#)  
personnel des services de santé, appui, [3:11](#)  
relations avec les parties prenantes, [3:10-3:12](#)  
responsabilité et, [3:7-3:9](#)  
responsabilité externe, [3:8](#)  
responsabilité interne, [3:8](#)  
responsabilités juridiques, [3:2](#)  
responsabilité personnelle et, [3:7](#)  
responsabilité sociale de, [3:8](#)  
rôle de base de, [3:2](#)  
sélection des membres, [4:6](#)  
suivi par, [3:15](#)  
transparence et responsabilité maintenues par, [3:32](#), [3:34-3:35](#)  
visites de terrain de, [3:15](#)
- organisation des approvisionnements médicaux  
contrôler l'accès à, [8:12-8:13](#)  
par dates d'expiration, [8:12](#)  
gestion des produits ayant fait l'objet de dons, [8:13](#)  
méthode d'organisation de l'inventaire physique, [9:19](#)  
principes de bon stockage, [8:11](#)  
systèmes de classification pour, [8:11-8:12](#)

- organisations non gouvernementales (ONG),  
*Voir aussi* organisations de la société civile dans l'élaboration du cadre d'action du GRH, [6:3](#)  
 en tant qu'organisation de la société civile, [3:30](#)
- OSC. *Voir* Organisation de la société civile (OSC Outil d'évaluation de gestion financière, [7:7](#))
- Outil d'évaluation rapide à l'usage des organisations de la santé : Un guide visant à renforcer les systèmes de GRH  
 aperçu de, [6:29](#), [6:30](#)  
 application et interprétation des résultats, [6:28](#), [6:29](#)  
 élaboration et mise en application du plan d'action, [6:31](#)  
 éléments des systèmes de GRH, [6:27](#)  
 Exemple de l'Ouganda, [6:19](#)  
 identification des stades de développement des systèmes de GRH, [6:26](#), [6:28](#)  
 stratégies de priorités, [6:30](#)  
 zones de priorité, [6:29](#), [6:30](#)
- Outil de gestion et de pérennité organisationnelle (MOST), [7:7](#)
- P**
- PAC (soins post-avortement), [10:28](#)  
 papier, méthodes d'élimination de, [8:70](#)  
 parents, rôle au sein des systèmes de santé, [1:3](#)
- partenaires, développement  
 mobilisation de, [3:39](#)  
 répondre aux intérêts de, [3:33](#), [3:34](#)  
 représentation dans les organes multi-sectoriels, [3:28](#)
- partenariat dans la prestation de service de santé, secteurs public et privé, le, [10:34](#)
- Partenariat Halte à la Tuberculose, [5:16](#)
- partenariat public-privé (PPP), [10:34](#), [10:35](#)
- parties prenantes  
 analyse, [2:10](#)  
 embauche et fidélisation dans l'exemple du Kenya, [6:17](#)  
 engagement, [2:7](#), [2:15](#)  
 gouvernance dans l'organe multi-sectoriel et, [3:28](#)  
 gouvernance dans les OSC et, [3:38-3:39](#)  
 gouvernance dans le secteur public et, [3:19](#), [3:22-3:23](#)  
 intégration du genre et, [4:6](#)  
 mobilisation, en tant que pratique clé de la gouvernance, [3:2](#), [3:4](#), [3:10-3:12](#), [3:19](#)  
 moyens de mobiliser, [3:10](#)  
 identification, clés, [3:10](#)  
 information, partage, [3:7](#)
- reconnaître et équilibrer les intérêts de, [2:16](#)  
 responsabilité devant, en tant que pratique de gouvernance, [3:7-3:9](#)  
 du système de santé, [3:10](#)
- participation, définition, [3:49](#)
- passifs  
 dans le plan de comptes, [7:9](#)  
 définition, [7:50](#)  
 sur le modèle de bilan, [7:53](#)
- patient, délivrance à, [8:73-8:74](#)
- patients externes, médicaments pré-emballés pour, [8:43-8:45](#)
- PCIMI (prise en charge intégrée des maladies infantiles), [10:21-10:38](#)
- PDG. *Voir* président directeur général (PDG)
- PEPFAR. *Voir* Plan d'urgence du président des États-Unis pour la lutte contre le Sida (PEPFAR)
- pérennité, définition, [3:49](#)
- performances  
 améliorer la qualité en remplissant/excédant les critères, [10:7](#)  
 Cadre de travail pour le renforcement des systèmes de santé centrés sur l'humain, [1:5-1:7](#)  
 des organes directeurs, [3:16](#), [3:39](#)  
 du personnel d'approvisionnement, [8:49-8:50](#)  
 enjeux de l'amélioration, [2:5-2:6](#)  
 observations pour employés, [6:10-6:11](#)
- personnel  
 absence de motivation comme cause de l'échec du plan, [5:3](#)  
 coûts internes liés au, [7:39](#)  
 développer le savoir-faire dans le système comptable, [7:66](#)  
 développement général, [6:11-6:12](#)  
 élément de GRH, [6:20](#)  
 engagement dans les systèmes de santé, [1:2](#)  
 les individus au centre des systèmes de santé, [1:7](#)  
 obtenir un engagement avant de mettre en œuvre un nouveau logiciel comptable, [7:65](#)  
 politiques et pratiques, [6:20](#)  
 sécurité de, [7:32](#)  
 systèmes de santé totalement fonctionnels et, [1:3](#)
- perspective du genre, définition, [4:25](#)
- pertes, inventaire, [8:57](#)
- pessimisme envers, [2:22](#)
- pessimisme, passer à l'optimisme et à l'espoir du, [2:22](#)
- pharmacies  
 distribuant des médicaments/produits de santé à, [8:43-8:45](#)  
 mise en place de l'entrepôt de la pharmacie, [8:7-8:10](#)

- pharmacies hospitalières, distribution de médicaments/produits de santé à, [8:43](#), [8:45](#)
- plan de comptes  
sources des données pour les rapports, [7:12-7:13](#)  
définition, [7:49](#)  
présentation, [7:9](#)
- plan opérationnel  
activités de fixation de coût et de budgétisation, [5:28](#), [5:30](#)  
Arbre de Décision pour le Choix des Activités, [5:25](#), [5:27](#)  
choix d'activité dans, [5:25-5:28](#)  
composantes des (figure) [5:25](#)  
définition, [5:32](#)  
liste de vérification de la faisabilité (figure), [5:26](#)  
matrice d'identification des activités et stratégies correspondantes, [5:26](#)  
modèle (figure), [5:37](#)  
suivi, [5:28-5:29](#)  
planification de nouvelles initiatives, [5:30](#)  
pratiques éprouvées, [5:31](#)  
présentation de, [5:6](#), [5:24-5:25](#)
- plan de ressources humaines, [6:23](#)
- plan de suivi et évaluation (S&E)  
étape 1 : définir les résultats escomptés, [9:18-9:20](#)  
étape 2 : identifier les indicateurs, [9:21-9:22](#)  
étape 3 : identifier les sources des données, [9:22](#)  
étape 4 : déterminer les méthodes de collecte de données, [9:23](#)  
étape 5 : collecte des données initiales et des données de suivi, [9:23-9:26](#)  
étape 6 : partage et utilisation des données, [9:26-9:27](#)  
exemple de, [9:24](#)
- Plan d'urgence du président des États-Unis pour la lutte contre le Sida (PEPFAR), [3:25](#), [6:8](#), [10:20](#)
- plans de perfectionnement personnel  
définition, [6:23](#)  
examen des résultats et, [6:10](#)
- planification  
accès équitable aux services de santé et, [10:12](#)  
analyse des environnements externes et internes, [5:10-5:11](#)  
analyse du genre et, [4:8-4:9](#)  
s'appliquant à la GRH, [6:6](#)  
articulation de la mission (notre destination), [3:41](#), [5:11-5:13](#)  
élaboration d'une vision, [5:14-5:16](#)  
éléments d'un bon plan, [5:30](#)  
en tant que pratique de management, [2:6](#), [2:9](#), [2:12-2:13](#)  
formulation de stratégies en vue de, [5:20-5:21](#)  
gestion de l'approvisionnement en médicaments, [8:50](#)  
gestion financière et, [7:3-7:4](#)  
glossaire de termes, [5:31-5:32](#)  
intentionnelles, [5:2-5:3](#)  
lien au management et au leadership, [5:3-5:4](#)  
en matière de prestation de service de santé, [10:3](#)  
mesure de la mise en œuvre du plan, [5:22-5:24](#)  
mode de pensée stratégique comme base de, [5:7](#)  
modèle d'Arbre de Décision de choix des activités (figure), [5:38](#)  
modèle de matrice SWOT, [5:35](#)  
modèle de planification opérationnelle (figure), [5:37](#)  
modèle de planification stratégique, [5:36](#)  
monter une équipe en vue de, [5:8-5:9](#)  
objectifs stratégiques dans, [5:16-5:19](#)  
planification des activités, [5:7](#), [5:31](#)  
pratiques, [2:12](#)  
pratiques éprouvées, [5:31](#)  
présentation de, [5:1-5:2](#)  
rendre le plan opérationnel, [5:24-5:30](#)  
raisons expliquant l'absence de succès, [5:3](#), [5:5-5:6](#)  
références et ressources pour, [5:33-5:34](#)  
suivi et évaluation et, [9:6](#)  
types de, [5:6-5:7](#)
- planification des activités, [5:7](#), [5:31](#)
- planification familiale  
consolider des systèmes de santé fonctionnels et, [1:3](#)  
intégrer la prévention du VIH avec, [10:15-10:16](#)
- planification de l'action, pour la GRH, [6:31](#)
- planification stratégique  
analyse des environnements externes et internes, [5:10-5:11](#)  
articulation de la mission (où allons-nous), [5:11-5:13](#)  
élaboration d'une vision, [5:14-5:16](#)  
dans la gouvernance de la société civile, [3:33](#), [3:41](#)  
définition, [5:32](#)  
fixer des objectifs stratégiques, [3:13](#), [5:16-5:19](#)  
formulation de stratégies, [5:20-5:21](#)  
dimension du genre et, [4:10](#)  
dans la bonne gouvernance, en tant que pratique clé, [3:2](#), [3:4](#), [3:12-3:13](#), [3:19](#)  
mesurer la mise en œuvre du plan, [5:22-5:24](#)  
modèle (figure), [5:36](#)  
monter une équipe pour, [5:8-5:9](#)

- dans les organes multi-sectoriels, en tant que pratique de gouvernance, [3:29](#)  
 présentation du, [5:6](#)  
 pratiques éprouvées, [3:46](#), [5:31](#)  
 structure du plan stratégique, [5:24](#)  
 technologie comme outil pour, [3:16](#)
- plans statiques, échec de la planification en raison de, [5:5](#)
- plastique PVC, méthode d'élimination pour, [8:70](#)
- plateaux d'urgence, pour distribution de médicaments, [8:44-8:45](#)
- Plateforme d'action de Beijing, [4:22](#)
- point de prestation de service, [1:11](#)
- point de soins, systèmes de gestion à, [10:2](#)
- Points de vente accrédités pour le commerce de médicaments (ADDOS), [1:3](#), [10:35](#), [10:37](#)
- Policy Governance®, John Carver et, [3:32](#)
- politique de confidentialité, conseil d'administration des OSC, [3:36](#)
- politique publique  
 dimension du genre et, [4:5](#)  
 rôle du conseil dans, [3:40](#)
- politique de rémunération, conseils d'OSC, [3:36](#)
- politiques  
 application équitable de, [6:8](#)  
 confidentialité, pour les conseils d'administration, [3:36](#)  
 conflit d'intérêt, pour les organes directeurs, [3:26-3:27](#), [3:45](#), [3:47](#)  
 contrôles internes, [7:39](#), [7:44-7:47](#)  
 déplacement, [7:32](#)  
 documenter, [7:54-7:47](#)  
 financière, gouvernance et, [3:42-3:43](#), [3:44](#)  
 gestion financière/opérationnelle, [7:6](#)  
 modèle, [7:81](#)  
 organisationnel, rôle de l'organe directeur dans la définition, [3:11](#)  
 piliers de GRH, [6:4](#)  
 pour la bonne gouvernance, [3:35](#)  
 publique, gouvernance et, [3:40](#)  
 responsabilité financière et, [7:47](#)  
 santé, influencer les décideurs politiques, [3:41](#)  
 sondages sur l'amélioration de GRH, [6:15](#)
- postes, descriptifs de  
 fixation des responsabilités inhérentes au poste et des priorités de travail, [6:9](#)  
 membres du conseil d'administration, [3:28](#)  
 séparation des tâches et, [7:34-7:44](#)
- postes, système de classification des  
 définition, [6:23](#)  
 élément des systèmes de GRH, [6:6](#), [6:20](#), [6:27](#)  
 équité de, [6:8](#)
- pots de vin  
 définition, [7:51](#)  
 présentation, [7:24](#)
- PPC. *Voir prise en charge communautaire (PPC)*
- PPP (partenariats public-privé), [10:34](#), [10:35](#)
- Practical Guidance for Scaling Up Health Service Innovations* (WHO), [10:27](#)
- pratiques  
 approvisionnements, [7:26](#)  
 de la bonne gouvernance, [3:2](#), [3:4](#)  
 conseil d'administration, [3:47-3:48](#)  
 délivrance de produits de santé, [8:46](#), [8:73-8:77](#)  
 économies, [7:18](#)  
 GRH, [6:5-6:7](#), [6:22](#)  
 gestion financière/opérationnelle, [7:47-7:48](#)  
 du leadership, [2:9-2:11](#), [2:25](#)  
 du management, [2:12-2:13](#), [2:28-2:29](#)  
 des managers qui sont des leaders, [2:6](#)  
 médicaments/produits de santé, [8:55-8:56](#)  
 planification, [5:31](#)  
 satisfaction de l'employé et, [6:6-6:8](#)  
 sondage pour l'amélioration, [6:15](#)  
 suivi et évaluation (S&E), [9:39-9:40](#)
- pratiques de délivrance  
 liste de contrôle de, [8:73](#), [8:77](#)  
 définition, [8:56](#)  
 pour médicaments/produits de santé, [8:46](#)  
 pour patients externes et patients hospitalisés, [8:44](#)
- pratiques éprouvées  
 choisir et adapter, [10:24](#)  
 prise de décision basée sur des données probantes, définition, [3:48](#)  
 sources sur Internet relatives à/au/aux, [10:25](#)
- pratiques de leadership  
 alignement et mobilisation. *Voir alignement et mobilisation*  
 cibler. *Voir concentration*  
 inspirer. *Voir inspirer*  
 examiner attentivement. *Voir examen attentif*
- pratiques d'organisation  
 dans prestation de service de santé, [10:3](#)  
 gestion de l'approvisionnement en matière de médicaments, [8:50](#)  
 gestion financière, [7:3](#)  
 gestion du stock, [8:53](#)  
 pratique de, [2:9](#), [2:13](#)  
 rapport entre planification et leadership management, [5:4](#)  
 s'appliquant à GRH, [6:6](#), [6:7](#)  
 suivi et évaluation et, [9:6](#)
- précision, des indicateurs de performance, [5:22](#)
- Premier arrivé, premier sorti (FIFO), gestion du stock, [8:10](#), [8:57](#)
- Premier expiré, premier sorti (FEFO), gestion de stock, [8:10](#), [8:57](#)

- président directeur général (PDG)**  
 aperçu de, [3:32](#)  
 interférence du conseil dans, [3:44](#), [3:45](#)  
 responsabilités de, [3:32](#)  
 réunions du conseil d'administration et, [3:39](#)  
 rôle du conseil d'administration dans le recrutement, l'appui et l'évaluation, [3:32](#), [3:37](#)  
 style de prise de décision, [3:37](#)
- prestation de service**  
 accès équitable aux services de santé et. *Voir* équité, dans accès aux services de santé  
 comment le leadership, le management et la gouvernance contribuent à, [2:5](#)  
 consolider les éléments constitutifs des systèmes de santé, [1:4](#)  
 éléments essentiels au succès, [2:2](#)  
 éléments de, [10:3](#)  
 glossaire terminologique, [10:37–10:38](#)  
 gouvernance des systèmes de santé et, [3:4](#)  
 mise à l'échelle. *Voir* mise à l'échelle de la prestation de services de santé  
 pour la communauté LGBT (gays, lesbiennes, bisexuels, transgenre), [4:16](#)  
 pratiques éprouvées, [10:37](#)  
 qualité de service. *Voir* qualité de service  
 références et ressources pour, [10:39–10:42](#)  
 responsabilité du conseil pour la qualité de, [3:38](#)  
 résumé, [10:36](#)  
 secteur privé et. *Voir* secteur à but lucratif, rôle dans la prestation de services  
 services intégrés. *Voir* services de santé intégrés  
 soins de santé primaires au niveau communautaire (SSP). *Voir* soins de santé basés dans la communauté (CBHPC)  
 systèmes de gestion et, [1:9](#)  
 vue d'ensemble de, [10:1–10:3](#)
- prévisions**  
 calcul de la consommation mensuelle et, [8:32](#), [8:34](#)  
 définition, [8:57](#)  
 exigences en matière de médicaments, [8:24](#)
- prévisions de trésorerie**, [3:44](#)
- principes**  
 de la gestion du changement, [2:3](#)  
 de gestion de l'information, [9:7–9:8](#)  
 pour former des managers qui sont des leaders, [2:8](#)
- Principes comptables généralement reconnus (PCGR)**, [7:9](#)
- priorités**  
 fixer les priorités de travail, [2:23](#), [6:9](#)  
 rôle des organes directeurs dans la définition, [3:12–3:13](#)  
 zones de priorités de GRH et stratégies, [6:29–6:30](#)
- Prise en charge communautaire (PCC)**, [10:32](#), [10:37](#)
- prise en charge intégrée des maladies infantiles (PCIMI)**, [10:21](#), [10:38](#)
- prise de décision**  
 dans la bonne gouvernance, [3:4](#)  
 ménage, [4:8](#)  
 responsabilité personnelle et, [3:7](#)  
 transparence de, dans le secteur public, [3:18–3:19](#)
- procédures**  
 approvisionnements, [7:25–7:26](#)  
 contrôles internes, [7:40](#)  
 documenter, [7:45–7:47](#)  
 gestion financière/opérationnelle [7:6](#)  
 liste de contrôle des procédures de stockage, [8:63](#)  
 modèle de politiques et procédures, [7:81](#)  
 responsabilité financière, [7:47](#)
- processus**  
 chaînes de résultats et, [9:20](#)  
 définition, [9:41](#)  
 élaboration du plan de S&E, [9:20](#)
- Processus intégré de leadership et management (figure)**, [2:14](#)
- produit**  
 ressort du conseil d'élaborer des programmes pour l'augmentation, [3:43](#)  
 définition, [7:51](#)  
 sur le modèle de compte de résultat, [7:54](#)
- produits**  
 activités et, [5:22–5:23](#)  
 chaîne de résultats et, [9:12](#)  
 définition, [5:32](#), [9:41](#)  
 élaborer un plan de S&E et, [9:20](#)
- produits de consommation**, [7:49](#)
- produits endommagés**  
 ajuster le stock pour, [8:29](#)  
 méthodes d'élimination pour, [8:47](#), [8:49](#)  
 maintien de la qualité des produits stockés, [8:19](#), [8:21](#)  
 réception et arrangement du stock et, [8:14](#)  
 vérification lors de réception d'approvisionnements, [8:16](#)
- produits inflammables**  
 conditions spéciales de stockage, [8:17](#)  
 définition, [8:57](#)
- produits obsolètes, méthode d'élimination pour**, [8:47–8:49](#)
- produits pharmaceutiques. *Voir aussi* médicaments/produits de santé**  
 arrangement de l'entrepôt, [8:7–8:8](#)

élimination de, [8:23](#)  
 formation en matière de gestion de, [8:50](#)  
 génériques, [8:9](#), [8:57](#)  
 immobilisés, [8:48](#), [8:57](#)  
 non immobilisés, [8:58](#), [8:70](#)  
 organisation par noms génériques, [8:11](#)  
**produits pharmaceutiques génériques**  
 définition, [8:57](#)  
 organisation des approvisionnements  
 médicaux par noms génériques, [8:11](#)  
**produits pharmaceutiques immobilisés**  
 définition, [8:57](#)  
 gestion du gaspillage et, [8:48](#)  
**produits pharmaceutiques non immobilisés**,  
[8:58](#), [8:70](#)  
**produits de la santé. Voir aussi** médicaments,  
 produits de la santé  
**produits thermo commandés**, [8:18](#)  
**profit/pertes net**, [7:50](#)  
**programme d'audit financier**, [7:50](#)  
**Programme de développement du leadership**  
 (PDL)  
 définition, [10:38](#)  
 exemple égyptien, [6:18](#)  
**programme de formation à la gestion**  
 de l'approvisionnement en matière de  
 médicaments, [8:50](#)  
**programmes communautaires COPE**, [10:32](#),  
[10:37](#)  
**programmes de condoms (Inde)**, [10:35](#)  
**programmes d'incitation, GRH**  
 aperçu de, [6:13](#)  
 définition d'incitations, [6:23](#)  
 liaison aux examens de résultats, [6:10-6:11](#)  
 types de, [6:14](#)  
**programmes d'incitation, pour motiver les**  
**fournisseurs**, [10:36](#)  
**programmes transformateurs en matière de**  
**genre**  
 définition, [4:13](#)  
 exemple, au Kenya, [4:14](#)  
 manque de, [4:23](#)  
**Projet d'amélioration des soins de santé (HCI),**  
 USAID, [10:4](#)  
**Projet d'assurance qualité (PAQ), USAID,**  
[10:4-10:5](#)  
**protocoles de sécurité, pour le système**  
**comptable**, [7:67](#)

## Q

**QDP. (Qualité définie par le partenariat)**  
 consolider et maintenir les services de qualité  
 avec, [10:10](#)  
 définition, [10:38](#)  
**Qualité définie par le partenariat (QDP)**  
 consolider et maintenir les services de qualité  
 avec, [10:10](#)  
 définition, [10:38](#)  
**quantification**  
 consommation et méthodes de morbidité,  
[8:33](#)  
 définition, [8:58](#)  
**quantité de commande**  
 calcul, [8:40-8:42](#)  
 calcul au moyen des facteurs de stock  
 maximal et de réapprovisionnement, [8:71](#)  
 facteurs d'influence, [8:36](#)  
**quantité de réapprovisionnement**  
 calcul, [8:40-8:42](#)  
 détermination des facteurs de  
 réapprovisionnement, [8:40-8:41](#), [8:71](#)  
**qualité de service**  
 accès équitable aux services de santé et, [10:12](#)  
 approches et outils, [10:8-10:11](#)  
 assurance qualité (AQ), [10:4-10:5](#)  
 dimensions de la qualité, [10:6](#)  
 enjeux fondamentaux en matière de,  
[10:5-10:8](#)  
**Quatrième Conférence mondiale sur les**  
**femmes**, [4:4](#), [4:22](#)  
**QuickStart**  
 examen interne avec, [7:42](#)  
 outils pour vérifier les systèmes de gestion  
 financière, [7:7](#)

## R

**rapports**  
 comptabilité standard, [7:10-7:12](#)  
 liste de contrôle pour la gestion du stock, [8:52](#)  
 sources de données, [7:12-7:13](#)  
**rapprochement des comptes**, [7:48](#)  
**réception des approvisionnements**  
 aperçu de, [8:13-8:14](#)  
 démarches fondamentales pour, [8:14-8:16](#)  
 liste de contrôle pour, [8:64](#)  
**recherche opérationnelle (RO)**, [9:32](#)  
**recrutement**  
 des membres du conseils d'administration,  
[3:38](#)  
 définition, [6:23](#)  
 Exemple du Kenya, [6:17](#)  
 traitement équitable des employés, [6:8-6:9](#)  
 reçus, gestion des déplacements, [7:33](#)

- réduction de capacité de non production, comme pratique économique [7:18](#)
- réduire la capacité de production non utilisée, [7:18](#)
- réfrigération/congélateurs, dans la mise en place de l'entrepôt de la pharmacie, [8:8](#)
- registre des actifs, [7:35](#)
- registres. *Voir aussi* registres de stock
- gestion du stock, [8:52](#)
  - livraison de produits, [8:15](#)
- registres de stock
- coût du maintien du stock, [8:24](#)
  - définition, [8:58](#)
  - gestion du stock et, [8:25](#)
  - produits ayant fait l'objet de dons et, [8:13](#)
  - réapprovisionnement et, [8:40](#)
  - stock maximal et, [8:37](#)
- règlements, [7:37](#)
- Reina, Dennis et Michelle, sur la confiance, [2:19](#)
- relations extérieures, gouvernance et, [3:8-3:9](#), [3:40](#)
- rémunérations et avantages sociaux
- avantages complémentaires, [7:59](#)
  - définition, [6:22](#)
  - documenter les charges par type, [7:21](#)
  - équité de, [6:8](#)
  - satisfaction de l'employé et, [6:7](#)
  - système de GRH et, [6:5-6:6](#), [6:20](#)
- responsabilisation, responsabilité
- dans la gouvernance de la société civile, [3:33](#), [3:34-3:35](#)
  - dans la gouvernance multisectorielle, [3:26-3:28](#)
  - définition, [3:48](#)
  - et la confiance des bailleurs, [3:34](#)
  - fiches d'appréciation des citoyens et, [3:9](#)
  - gouvernance du secteur public, [3:20](#), [3:22](#)
  - organisationnel, externe, [3:8](#)
  - partage d'informations et, [3:7](#)
  - personnel, dans la gouvernance, [3:7](#)
  - principale pratique en matière de bonne gouvernance, [3:2](#), [3:4](#), [3:7-3:9](#), [3:19](#)
  - social, des organes directeurs, [3:8](#)
  - transparence comme caractéristique de, [3:7-3:9](#), [3:34](#)
  - Twaweza, initiative citoyenne (exemple), [3:9](#)
- responsabilité publique, des organes directeurs, [3:7-3:8](#)
- responsabilités, description du poste et, [6:9](#)
- responsabilité sociale des organes directeurs, [3:8](#)
- responsables de la santé. *Voir* managers/management
- ressources. *Voir aussi* gestion judicieuse des ressources
- consolider les éléments constitutifs des systèmes de santé, [1:4](#)
  - intendance, dans le secteur public, [3:22](#), [3:23](#)
  - intendance de, comme pratique clé de la bonne gouvernance, [3:3](#), [3:4](#), [3:14-3:17](#), [3:19](#)
  - planification et, [2:4](#), [2:6](#), [5:2-5:3](#)
  - rôle des organes directeurs dans l'obtention et le suivi, [3:14-3:17](#)
  - utilisation efficace de, [7:17-7:19](#)
- Ressources humaines pour la santé (RHS)
- accès à l'éducation et, [4:17](#)
  - continuum de l'intégration du genre et, [4:12-4:13](#)
  - créer une stratégie pour, [6:2](#)
  - éléments de, [6:4](#)
  - genre et, [4:5-4:6](#)
  - stratégie nationale pour, [6:3](#)
- résultat
- dans le plan de comptes, [7:9](#)
  - définition, [7:50](#)
- résultats mesurables
- définition, [5:32](#)
  - planification stratégique et, [5:6](#), [5:20](#), [5:22](#)
  - pour la qualité, [10:5-10:6](#)
- résultats (santé)
- activités et, [5:22-5:23](#)
  - bonne gouvernance et, [3:3](#), [3:5](#)
  - chaîne de résultats et, [9:12](#)
  - définition, [5:32](#), [9:41](#)
  - élaborer un plan de S&E et, [9:20](#)
  - focus sur les managers qui sont des leaders, [2:8](#)
  - leadership, management et gouvernance en progrès, [2:4-2:5](#)
  - mesurables, [5:20](#)
- résultats
- définition, [9:42](#)
  - l'absence de lien entre les résultats et les intrants provoque l'échec de la planification, [5:6](#)
  - résultats escomptés dans le plan de S&E, [9:18](#), [9:20](#)
- réunions, organes directeurs
- conduite de, [3:39](#)
  - déroulement, [3:39](#)
  - documentation, pour les organes multisectoriels, [3:27](#)
  - politique d'assiduité, [3:36](#), [3:45](#)
- RHS. *Voir* ressources humaines pour la santé (RHS)
- RO (recherche opérationnelle), [9:32](#)
- Rogers, Everett, [10:26](#)

- rôles associés au genre
  - patriarcat et, [4:2](#)
  - pour les femmes, [4:5-4:6](#), [4:17](#)
  - pour les hommes, [4:2](#), [4:12](#)
  - prestataire de services de santé, ménage, [4:5](#)
  - prestataire de services de santé, dans les systèmes de santé, [4:5-4:6](#)
  - ressources humaines pour la santé et, [4:5-4:6](#), [4:16-4:17](#)
  - risques sanitaires liés à, [4:2](#)
  - soignante, [4:5](#)
- rôles dans une équipe de planification équilibrée, [5:9](#)
- rôles de l'équipe, des soutiens, [5:9](#)
- rotation, de médicaments/produits de santé, [8:16-8:17](#)
- rupture de stock
  - consommation mensuelle et, [8:33-8:35](#)
  - contrôle du stock et, [8:24](#)
  - définition, [8:58](#)
- S**
- saisie des données, pour système comptable, [7:66-7:67](#)
- salaires
  - documentation des charges par type, [7:21](#)
  - traitement équitable des employés, [6:8-6:9](#)
- santé de la reproduction, santé génésique
  - condom program (Inde), [10:35](#)
  - fardeau de jeunesse et, [10:35](#)
  - jeunesse et, [10:16-10:17](#)
- santé publique éclairées par des données probantes, définition, [3:49](#)
- santé publique et pratiques de management, [1:3-1:5](#)
- secteur privé à but lucratif, rôle dans la prestation de service
  - approches et outils, [10:35-10:36](#)
  - contexte pour, [10:33-10:34](#)
  - enjeux fondamentaux en matière de, [10:34](#)
  - exemples de la Tanzanie et de l'Inde, [10:35](#)
- secteur privé à but lucratif, division du travail entre gouvernement et, [10:35](#)
- secteur public. *Voir aussi* gouvernance, secteur public
  - bonne gouvernance dans, [3:18-3:24](#)
  - définition, [3:18](#)
  - division du travail entre secteur privé et, [10:35](#)
  - pratiques éprouvées de la gouvernance, [3:47](#) (tirer parti de la) puissance du gouvernement, [10:36](#)
- sécurité, du personnel et des véhicules, [7:32](#)
- sélection, dans le cycle de gestion pharmaceutique, [8:4](#)
- sensibilité au genre, [4:12](#)
- sensibilité au genre, définition, [3:49](#)
- séparation des tâches, [7:43-7:44](#)
- services axés sur l'utilisateur et fondés sur des prestataires efficaces (COPE)
  - consolider et maintenir des prestations de qualité, [10:10-10:11](#)
  - programmes de communauté COPE, [10:32](#), [10:37](#)
- services de santé intégrés
  - approches et outils, [10:22-10:23](#)
  - contexte pour, [10:19](#)
  - définition, [10:38](#)
  - enjeux fondamentaux dans, [10:20-10:22](#)
  - intégration du genre dans, [4:16](#)
- services de santé verticaux
  - comparaison avec les services intégrés, [10:19](#)
  - fusionner avec les services intégrés, [10:20](#)
  - passer aux services intégrés, [10:21](#)
- sexe, définition, [4:26](#)
- SMART (spécifique, mesurable, approprié, réaliste et délimité dans le temps) critères lorsqu'on fixe un but, [7:10](#)
  - critères des résultats SMART, [2:27-2:29](#), [9:21](#)
  - définition, [2:29](#), [9:42](#)
  - établir des objectifs stratégiques, [2:15](#), [5:16](#)
  - obtenir des résultats SMART, [2:27](#)
- soignante, familiale
  - main d'œuvre gratuite, [4:17](#)
  - rôle des femmes en tant que, [4:5](#)
- soins post-avortement (PAC), [10:28](#)
- Soins de santé primaire (SSP). *Voir* soins de santé primaires au niveau de la communauté (SSPC)
- soins de santé primaires au niveau de la communauté (SSPC)
  - approches et outils, [10:32-10:33](#)
  - contexte pour, [10:29-10:30](#)
  - enjeux fondamentaux, [10:30-10:31](#)
- solides, méthodes d'élimination, [8:70](#)
- sondages
  - pour améliorer les politiques et les pratiques de GRH, [6:15](#)
  - satisfaction de l'employé, [6:16](#)
- sources de données
  - définition, [9:40](#)
  - pour l'évaluation, [9:33-9:37](#)
  - pour le plan de S&E, [9:22](#)
  - pour les rapports, [7:12-7:13](#)
- sous-systèmes, de systèmes de gestion de santé, [1:6](#), [1:11](#)
- sous-traitants, [7:21](#)
- Spécifique, Mesurable, Approprié, Réaliste et Délimité dans le temps. *Voir* SMART critères lorsqu'on fixe un but

- SSP (soins de santé primaire). *Voir* soins de santé primaire au niveau communautaire
- SSPC. *Voir* Soins de santé primaire au niveau de la communauté (SSPC)
- statistiques, relatives au genre, arguments contre, [4:19](#)
- statuts, définition, [3:48](#)
- statuts constitutifs, définition, [3:48](#)
- stock de sécurité, [8:38](#), [8:58](#)
- stock maximal
- calcul, [8:37-8:39](#)
  - calcul de la quantité de commande par, [8:71](#)
  - combiné aux facteur de réapprovisionnement dans le cadre d'une commande de stock, [8:41-8:42](#)
  - définition, [8:57](#)
- stock, médical. *Voir* médicaments/produits de santé
- stratégies, définition, [5:32](#)
- stratégies de type exploitateur
- définition, [4:12](#)
  - exemple, au Zimbabwe, [4:14](#)
- structure de codification, pour le système comptable, [7:66](#)
- style de leadership héroïque, [2:20-2:21](#)
- substances contrôlées, contrôler l'accès à, [8:12-8:13](#)
- substances corrosives
- définitions, [8:56](#)
  - exigences de conditions spéciales de stockage pour, [8:17](#)
- substitution, pratiques économiques, [7:18](#)
- succès des organisations, cinq éléments essentiels de, [2:2](#)
- suffisance, obstacles du leadership, [2:17](#)
- suivi
- caractéristiques des bons outils d'évaluation, [9:28-9:30](#)
  - comparer avec l'évaluation, [9:4-9:6](#)
  - dates d'expiration, [8:16-8:17](#)
  - importance du suivi de routine, [9:9](#)
  - information exploitable à partir du, [9:9-9:11](#)
- suivi et évaluation (S&E)
- accès équitable aux services de santé et, [10:12](#)
  - actions correctives menées par (exemple du Pakistan), [9:26](#)
  - améliorer la gestion de programme (exemple du Pérou), [9:10](#)
  - appropriation de, [9:6-9:8](#)
  - autres types d'évaluations, [9:32](#)
  - cadres conceptuels pour, [9:14-9:18](#)
  - cadres pour, [9:12](#)
  - cadres logiques pour, [9:13-9:14](#)
  - caractéristiques d'un bon outil de suivi, [9:28-9:30](#)
  - choisir des sources de données pour les évaluations, [9:33-9:37](#)
  - comparaison entre suivi et évaluation, [9:4-9:6](#)
  - concevoir une évaluation pour les besoins de l'apprentissage, [9:30](#)
  - concevoir un outil de S&E, [9:27-9:30](#)
  - considérations pour la conception d'évaluations, [9:32-9:33](#)
  - consolider les éléments constitutifs des systèmes de santé, [1:4](#)
  - dans le Cadre du Leadership et du Management (Figure), [2:9](#), [5:4](#)
  - dans la prestation de service de santé, [10:3](#)
  - définition, [9:41](#)
  - écueils, [9:27](#)
  - en tant que pratique de management, [2:13](#)
  - évaluations formatives, [9:30-9:31](#)
  - évaluations sommatives, [9:31-9:32](#)
  - exemple de cadre logique, [9:46-9:47](#)
  - forces et faiblesses des données de SIS, [9:38-9:39](#)
  - glossaire de termes, [9:40-9:42](#)
  - importance du suivi de routine, [9:9](#)
  - indicateurs spécifiques au genre, [4:10](#)
  - information exploitable provenant du suivi, [9:9-9:11](#)
  - information pour la gestion des services de santé, [9:2](#)
  - plan opérationnel et, [5:28-5:29](#)
  - pratiques avérées, [9:39-9:40](#)
  - pratiques de leadership et de management et, [2:13](#), [2:14](#), [9:5-9:6](#)
  - présentation, [9:1-9:2](#)
  - références et ressources pour, [9:42-9:45](#)
  - s'appliquant au GRH, [6:7](#)
  - suivi comparé avec l'évaluation, [9:4-9:5](#)
  - système d'information de la santé (SIS), [9:2-9:4](#)
- suivi, financier
- compétences requises par les directeurs financiers, [7:41](#)
  - environnement contrôlé résultant du, [7:41](#)
  - par les directeurs financiers, [7:3](#)
- suivi du processus
- définition, [9:41](#)
  - présentation, [9:41](#)
- suivi stratégique financier, gouvernance et, [3:14-3:15](#), [3:29-3:30](#), [3:43](#), [3:44](#)
- supervision, principes de, [8:51](#)
- SWOT (forces, faiblesses, opportunités et menaces)
- phase d'analyse de la planification, [5:10-5:11](#)
  - définition, [5:32](#)
  - figure illustrant, [5:35](#)
  - modèles pour, [5:35](#)

- système d'avance**  
 définition, [8:57](#)  
 fourniture de médicaments/produits de santé  
 via, [8:44](#)
- Système d'information de la santé (SIS)**  
 amélioration et utilisation des données de SIS  
 (exemple de Madagascar), [9:37-9:38](#)  
 définition, [9:41](#)  
 dimension du genre dans, [4:18](#)  
 données désagrégées par sexe, [4:12](#), [4:18](#)  
 forces et faiblesses des données de SIS,  
[9:38-9:39](#)  
 sous-systèmes communs (figure), [9:3](#)  
 sous-systèmes et cycles, [9:2-9:3](#)  
 suivi et évaluation (S&E), [9:2-9:4](#)  
 travailler avec le personnel, les managers et  
 les prestataires de service, [9:7](#)
- systèmes de santé**  
 cadre de travail pour renforcer, [1:6](#)  
 centré(s) sur l'humain, [1:5-1:7](#)  
 concevoir des systèmes de gestion axés sur  
 l'humain, [1:7-1:8](#)  
 consolidation fonctionnelle, [1:3-1:5](#)  
 définition, [1:11](#)  
 en tant qu'éléments fondamentaux du système  
 de santé, [1:4](#)  
 glossaire terminologique, [1:11](#)  
 intégration de la dimension genre dans, [4:16](#)  
 interventions pour renforcer, [1:8](#)  
 leadership, management et gouvernance et,  
[2:1-2:2](#)  
 ordinateurs et, [1:5](#)  
 pratiques de leadership et de management  
 (Afghanistan, Brésil, Tanzanie), [1:3](#)  
 pratiques éprouvées, [1:10](#)  
 références et ressources pour, [1:11](#)  
 rôle des systèmes de gestion dans, [1:9-1:10](#),  
[2:2](#)  
 spécificités de gestion partagées, [1:8](#)  
 systèmes de gestion et, [1:9](#), [2:2](#)  
 systèmes d'information. *Voir* systèmes  
 d'information de la santé (SIS)  
 vue d'ensemble de, [1:1-1:2](#)
- systèmes de santé centrés sur les êtres humains**  
 concevoir des systèmes de gestion axés sur  
 l'humain, [1:8-1:9](#)  
 gestion des ressources humaines et, [6:7](#)  
 gouvernance et, [3:6](#)  
 illustration d'un cadre de travail pour, [1:6](#)  
 les systèmes de gestion sont dirigés par des  
 individus, [1:9](#)  
 vue d'ensemble de, [1:5-1:7](#)
- systèmes de santé totalement fonctionnels**  
 consolidation, [1:3-1:5](#)  
 définition, [1:11](#)
- T**
- tableaux de bord de performance**  
 définition, [9:41](#)  
 présentation, [9:29-9:30](#)  
 pour les services de CCV (figure), [9:29](#)
- tableaux de bord, comme outil de gouvernance,**  
[3:29-3:30](#)
- taux de change,** [7:50](#)
- TB, intégrer les tests TB et les tests VIH**  
 (Rwanda), [10:22](#)
- technique des cinq pourquoi,** [2:34](#)
- technologie, utilisée pour renforcer la**  
**transparence de la gouvernance,** [3:9](#)
- technologies de la communication**  
 et pratiques de gouvernance éprouvées, [3:46](#)  
 recueillir des données, [3:9](#)  
 renforcer la responsabilité dans la  
 gouvernance, [3:9](#)
- téléphones mobiles**  
 comme outil de bonne gouvernance, [3:9](#), [3:17](#)  
 signaler les médicaments contrefaits, [3:22](#)  
 suivi et, [9:29](#)  
 en tant qu'immobilisations, [7:35](#)
- température, sur la liste de contrôle de la**  
**gestion du stock,** [8:53](#)
- Thisyakorn, Lers,** [5:3](#)
- transactions financières, documenter,** [3:44](#), [7:20](#)
- transfert des tâches, judicieuse utilisation de,**  
[6:9](#)
- transparence**  
 appui de la technologie (exemples), [3:9](#), [3:17](#)  
 bonne gouvernance, comme élément de, [3:4](#),  
[3:7-3:9](#)  
 conflit d'intérêt, utilisation dans la gestion,  
[3:27](#), [3:36](#)  
 dans la gouvernance des OSC, [3:34](#), [3:47](#)  
 dans la gouvernance des organes multi-  
 sectoriels, [3:26-3:27](#)  
 dans la gouvernance du secteur public,  
[3:18-3:19](#)  
 dans les pratiques d'engagement, [6:8](#), [6:12](#)  
 dans la prise de décision dans les OSC, [3:37](#)  
 définition, [3:49](#)  
 exemple du terrain, [3:35](#)  
 responsabilité et, dans la gouvernance,  
[3:7-3:9](#)
- travail santé non rémunéré**  
 définition, [4:17](#)  
 genre et, [4:17](#)
- Triangle de la qualité,** [10:4](#)
- Twaweza,** [3:9](#)

**U**

United Way International, [5:16](#)  
 USAID (Agence des États-Unis pour le développement international)  
 approche de cadre logique, [9:13](#)  
 dans l'élaboration du cadre d'action de RHS, [6:3](#)  
 fiche d'information sur la politique de santé reproductive de la jeunesse, [10:16](#)  
 intégrer la prévention du VIH et du SIDA dans la planification familiale, [10:22](#)  
 Projet d'assurance qualité (QAP), [10:4-10:5](#)

**V**

vaccins, [8:18](#)  
 valeur  
 obtenir la valeur optimale dans les approvisionnements, 7:26  
 par rapport au prix, 7:51  
 valeur optimale  
 définition, 7:51  
 obtenir, 7:26  
 valeurs, promotion dans l'organisation, 3:42  
 validité, indicateurs de performance, 5:22  
 VEN (vital, essentiel, non-essentiel)  
 classification  
 analyse des dépenses en matière de médicaments/produits de santé, [8:31](#)  
 définition, [8:58](#)  
 ventilation, liste de contrôle de la gestion de l'inventaire, [8:53](#)  
 vérités financières, [7:4](#)  
 verre, méthodes d'élimination, [8:70](#)  
 VIH et Sida  
 Approche de financement basé sur la performance envers (PBF), [10:9](#)  
 le fardeau de la santé reproductive pour la jeunesse et, [10:16](#)  
 influence sur GRH, [6:2](#)  
 intégrer la prévention à la planification familiale, [10:21-10:22](#)  
 intégrer la prévention aux tests TB (Rwanda), [10:22](#)  
 programme pour la jeunesse au Mozambique, [10:18](#)  
 vision  
 commencer par une vision ou un rêve, [2:25](#)  
 construire étape par étape, [5:15-5:16](#)  
 définition, [2:29](#), [5:32](#)  
 exemples de, [5:16](#)  
 fonction de, dans les OSC, [3:41](#)  
 hauts responsables fournissant et communiquant une vision commune, [2:15-2:16](#)

opinions avisées de, [5:14](#)  
 pratiques éprouvées, [5:31](#)  
 rôle du conseil dans le développement des OSC, [3:41](#)  
 visites de terrain par les membres des organes directeurs, [3:15](#)  
 vital, essentiel, non essentiel (VEN),  
 classification  
 analyse des dépenses en matière de médicaments/produits de santé, [8:31](#)  
 définition, [8:58](#)  
 vol  
 liste de contrôle de la prévention de, [8:66-8:67](#)  
 protection des produits médicaux stockés contre, [8:21](#)  
 vérification pour indications de vol à la réception des approvisionnements, [8:15](#)  
 volontaires, gestion, [6:13](#), [6:15](#)

**W**

Wyatt, Marilyn A., [3:39](#)

**Y**

YouthInfoNet, [10:17](#)

**Z**

zones desservies, [9:40](#)



# Management Sciences for Health

**Management Sciences for Health (MSH)** est une organisation de santé mondiale dont le but est de sauver des vies et d'améliorer la santé par le renforcement des systèmes de santé dans plus de 70 pays.

MSH œuvre pour sauver des vies en réduisant l'écart entre les connaissances et l'action en santé publique. Depuis 1971, nous collaborons avec les décideurs, les professionnels de la santé et des communautés dans plus de 150 pays pour améliorer la qualité, la disponibilité et l'accessibilité financière des prestations de santé. Pour plus d'informations sur MSH et notre action, rendez-vous sur notre site Web [www.msh.org](http://www.msh.org).

Management Sciences for Health  
200 Rivers Edge Drive  
Medford, MA 02155-5741 USA  
Telephone: +1 617.250.9500  
Email: [communications@msh.org](mailto:communications@msh.org)  
Website: [www.msh.org](http://www.msh.org)