



Le district sanitaire en Afrique : Bilan et perspectives

25 ans après la Déclaration de
Harare

-- Note conceptuelle --
Conférence régionale sur le District sanitaire
Saly, Sénégal, Octobre 2013

(Version 29/03/2013)

Envoyez vos commentaires à Belma Malanda (drbelmalanda@yahoo.fr)

Contexte

La Déclaration de Harare

Du 3 au 7 août 1987, l'Organisation Mondiale de la Santé organisa une réunion interrégionale à Harare, sur le renforcement des districts de santé. Cette réunion – qui s'inscrivait en droite file de l'objectif de la Santé pour Tous adopté à Alma Ata – aboutit à ce qui est aujourd'hui appelé la «*Déclaration de Harare*» (Harare Declaration on strengthening district health systems based on Primary Health Care¹).

Dans cette déclaration, les experts des différents pays représentés s'accordaient sur différents points d'action pour mettre en place la stratégie des Soins de Santé Primaires, dont : i) la décentralisation de la gestion des ressources humaines et financières, ii) la mise en place d'un processus de planification décentralisé au niveau du district, iii) le renforcement de l'implication communautaire, iv) la promotion de l'action intersectorielle, v) le développement du leadership en matière de soins de santé primaires ainsi que vi) la mobilisation des acteurs et la redéfinition du rôle et du fonctionnement de l'hôpital.

Quelques semaines plus tard, plusieurs de ces propositions étaient également reprises dans le cadre de l'«*Initiative de Bamako*»².

En Afrique, tout au long de la décennie qui suivit, de nombreux acteurs – agences multilatérales, bilatérales et Organisations non-gouvernementales (ONG) internationales – unirent leurs forces à celles des ministères de la santé pour mettre en œuvre la stratégie des districts sanitaires.

Vingt-cinq ans après, il est indéniable que les systèmes de santé africains – en particulier en zone rurale – ont gagné en structure et cohérence et que la stratégie du district sanitaire a joué un rôle clé à cet égard. Ceci dit, s'il y a consensus sur l'analyse que les Soins de Santé pour Tous (SSP) doivent rester un élément central de la politique de santé des pays africains, il y a aussi questionnement.

En effet, le succès varie entre pays. Par ailleurs, la stratégie du district sanitaire a aussi révélé certaines faiblesses et n'a pas nécessairement pu relever tous les défis propres aux contextes, à la rareté des ressources, ou à certaines faiblesses structurelles des Etats. Tant au niveau national qu'au niveau régional, les expériences réussies n'ont pas toujours été bien analysées et exploitées pour nourrir les politiques de santé nationales. Certains enjeux – comme par exemple le rôle des hôpitaux ou les défis de la santé urbaine – ont également été négligés.

Un regard renouvelé

Vingt-cinq ans après la Déclaration de Harare, il s'avère opportun de faire un bilan, mais plus fondamentalement une mise à jour.

Cette mise à jour devra identifier ce qui a changé au niveau du contexte, des besoins et des pratiques et dégager les implications de ces changements pour la stratégie du district sanitaire en Afrique.

En ce qui concerne le **contexte**, il est indéniable que **les sociétés africaines ont fortement changé** en 25 ans : démocratisation et développement de la société civile, urbanisation, forte croissance

¹ Disponible sur <http://knowledge-gateway.org/hha/cop-hsd-pss-bilingual/library>.

² Ibidem.

économique depuis 10 ans, adoption accélérée des solutions technologiques... Parmi les changements contextuels, certains sont des opportunités, d'autres sont des contraintes (telle que la déliquescence de l'appareil public dans les pays en conflit).

En 25 ans, les **besoins sanitaires et sociaux** ont aussi changé. Certains problèmes, comme les maladies de l'enfance ou les diarrhées, ne sont toujours pas réglés. De nouveaux problèmes se sont ajoutés, le VIH/SIDA étant le plus notable. Le continent est également confronté de plus en plus aux maladies non transmissibles et aux autres défis sanitaires liés aux nouveaux modes de vie (accidents de la route...).

De nombreux changements ont eu lieu au cœur du **système de santé**, souvent en réponse à ces changements contextuels et défis sanitaires. D'une part, des solutions ont émergé, cf. les moustiquaires imprégnées ou les antirétroviraux. D'autre part, les acteurs se sont diversifiés, créant de nouveaux défis en matière de coordination. Parfois, le Ministère de la Santé a pu développer des stratégies pour 'garder la main' – comme avec les programmes verticaux, la contractualisation du secteur privé confessionnel ou le financement basé sur la performance, parfois il a lâché la bride aux acteurs (fort développement d'un secteur privé peu régulé).

Tous ces changements appellent à une vision renouvelée de la stratégie du district sanitaire. Dans une Afrique pluraliste, riche de ses nombreux acteurs, la lecture très administrative de la stratégie du district sanitaire (la « pyramide sanitaire ») est devenue contraignante.

La réussite des SSP passera par une vision systémique beaucoup plus « englobante » et ouverte. Il s'agit de bien mieux prendre en compte les possibles apports de tous les acteurs impliqués localement dans la santé : les différents secteurs sociaux, la société civile, les associations des patients, les prestataires privés, les communautés mais plus fondamentalement les ménages et utilisateurs eux-mêmes.

C'est pour faire ce bilan et, surtout, se projeter dans l'avenir avec les acteurs de terrain des pays africains et leurs partenaires, que la Communauté de Pratique sur la Prestation des Services de Santé organise une Conférence régionale sur les 25 ans de la Déclaration de Harare *du 21 au 23 Octobre 2013* à Saly, au Sénégal.

Organisateurs de la conférence

Les agences HHA

L'initiative Harmonisation pour la Santé en Afrique (*Harmonization for Health in Africa - HHA*) rassemble différentes agences d'aide active dans le secteur de la santé en Afrique sub-saharienne. Il s'agit de la Banque Africaine de Développement (BAD), l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), le Programme Commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (UNAIDS), le Fonds des Nations Unies pour la Population (FNUAP), le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (Unicef), , la *United States Agency for International Development* (USAid), la *Norwegian Agency for Development Cooperation* (NORAD), la *Japan International Cooperation Agency* (JICA), la France, le Fond Global de Lutte contre le SIDA, la Tuberculose et la Malaria et la *Global Health Workforce Alliance* (GHWA). L'Organisation Ouest

Africaine de la Santé (OOAS), comme organisation économique régionale, dispose d'un rôle d'observateur.

HHA a été conçue comme un mécanisme régional mettant l'accent sur l'appui aux différents pays Africains pour atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) liés à la santé. HHA a pour ambition de faciliter le soutien conjoint aux pays et de concentrer ce dernier sur la mise en œuvre à grande échelle des interventions à haut impact.

A ce titre, HHA facilite (i) l'élaboration des budgets, l'évaluation des coûts et la planification basées sur les preuves et menées par les pays, (ii) l'alignement et l'harmonisation des processus par rapport aux politiques des pays et (iii) l'analyse des goulots d'étranglement et l'appui pour les surmonter. L'initiative HHA s'est aussi donné des objectifs en matière de gestion des savoirs (*Knowledge management*).

La Communauté de Pratique 'Prestation des Services de Santé' (CoP PSS)³

En matière de gestion des savoirs, une des stratégies d'HHA est de soutenir la mise en place des *Communautés de Pratique* (CoP).

En effet, l'analyse est qu'il y a aujourd'hui, dans de nombreux domaines d'expertise, trop peu d'échanges entre les différents détenteurs de savoir. Réunir les différents experts sur une même plateforme devrait conduire à des politiques mieux conçues et mieux mises en œuvre.

La communauté de pratique 'Prestation des Services de Santé' s'est donnée comme objectif de réunir les professionnels de la santé, les planificateurs et leurs partenaires techniques et financiers (national, régional et international) et les décideurs dans un partenariat axé sur le partage des connaissances et d'expériences sur la mise en œuvre des services de santé en Afrique. L'ambition est de relier les gestionnaires des systèmes locaux de santé (districts sanitaires) et autres experts et assistants techniques travaillant pour les ONGs ou ayant de l'expérience en Afrique.

Pour 2013, la CoP PSS veut se concentrer sur les rôles et la gestion des systèmes locaux de santé ainsi que la participation communautaire. Une série de documents liés aux deux thèmes précités seront produits et diffusés via les différentes plateformes d'échange en ligne ainsi que sur le nouveau blog dédié à cette Communauté des pratiques.

Ainsi, le blog www.health4africa.net, propre à la CoP PSS a retenu les 25 ans de la Déclaration de Harare et de l'Initiative de Bamako comme un des fils rouges éditoriaux pour l'année 2013. Il va assurer la visibilité internationale des « produits » et des participants à cette conférence. Il s'agit de créer un espace virtuel mais dynamique où les professionnels peuvent partager des expériences, des connaissances, de la littérature et des meilleures pratiques dans le domaine de la prestation des services de santé au niveau local.

³ « Community of Practice Health Service Delivery (CoP HSD) » en Anglais.

BeCause Health

BeCause Health est une plate-forme informelle et pluraliste des organisations belges actives dans le secteur de la santé. Elle est ouverte à des membres institutionnels ou individuels qui sont engagés pour le droit sur la Santé pour Tous, essentiellement ceux actifs et intéressés par les problématiques de Santé Publique internationale.

Cette plate-forme s'est engagée à apporter sa contribution dans les préparatifs de la conférence en co-facilitant, notamment, les réunions préparatoires au sein de son groupe de travail « Service Delivery », en collaboration avec la CoP PSS.

Les différents membres de BeCause Health intéressés pour participer aux réunions préparatoires produiront du contenu et/ou des présentations qui seront partagées lors de la conférence (p.ex. expériences pertinentes d'organisation des districts sanitaires).

Partenaires et sponsors de la conférence

Cette activité et la CoP Prestation des Services de Santé bénéficient du généreux support du Ministre Français des Affaires Etrangères, au travers de UNICEF BRAOC et du Fonds Français Muskoka, qui cible 11 pays africains francophones et Haïti pour l'accélération des progrès vers les OMD 4 et 5.

Axes de la conférence

Il est proposé que la conférence d'octobre 2013 parte des principes et constats suivants :

- Assurer à chacun un accès à des soins de qualité en fonction de ses besoins est, pour chaque gouvernement, une responsabilité majeure envers ses citoyens – ce principe qui, par le passé, était défendu sous la bannière de la Santé pour Tous, est aujourd'hui repris sous celle de la Couverture Universelle.
- La mise en place d'une couverture universelle passe par la *prestation de services santé*. Celle-ci requiert une gestion efficiente et équitable des ressources ; celle-ci passera par une prise en compte des spécificités des différentes interventions prioritaires (cliniques, programmables...) et des implications qui en découlent quant au profil du prestataire (médecin, infirmier, agent communautaire, parent...).
- Dans l'exécution de sa mission, un gouvernement doit prendre en compte le fait que sa société est plurielle dans ses préférences et ses initiatives. Il doit se préoccuper du bon usage des ressources tant collectives que privées.
- La stratégie du district sanitaire a été adoptée par les pays africains comme un des axes centraux en matière d'organisation des services de santé. Cette stratégie a eu des résultats variables. Un certain décalage entre l'adoption d'une stratégie et le résultat de sa mise en œuvre est un phénomène courant. Ce fossé peut avoir différentes causes telles que des malentendus conceptuels, une prise en compte insuffisante de certains prérequis, un manque d'attention aux contraintes du contexte (qui évolue), ou encore un problème d'articulation avec les autres stratégies adoptées par les gouvernements, leurs partenaires ou les acteurs privés dans la santé

ou en dehors. La définition des stratégies et politiques nationales de santé devrait en tenir compte.

S'inscrire dans la continuité historique des engagements, mais oser la radicalité dans une réflexion renouvelée

Les expériences de plusieurs pays ont pu démontrer que le système de santé de district offre les meilleures chances de mettre en œuvre les Soins de Santé Primaires (SSP) conformément aux résolutions arrêtées à Alma-Ata en 1978.

La faible qualité actuelle de services de santé – et plus particulièrement des services publics – dans la plupart des pays africains est le reflet de la situation globale des sociétés dans laquelle ils fonctionnent (crises socio-économiques, leadership lacunaire et mauvaise gestion politique). De ce fait, l'Afrique n'a pas pu atteindre les objectifs mondiaux tels que « Santé pour tous en l'An 2000 », et il en sera de même pour les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) pour la plupart des pays africains.

La conférence d'Octobre 2013 sera l'occasion de rappeler la pertinence et la force de la Déclaration de Harare. Elle s'inscrira aussi dans le fil des engagements qui ont suivi tels que la *Déclaration de Ouagadougou (2008)*⁴, la *Déclaration de Tunis (2012)*⁵ et la *récente résolution des Nations Unies pour la Couverture Universelle*. Mais elle veillera à se concentrer une vision renouvelée dans l'organisation des Soins de Santé Primaires au niveau local (district sanitaire).

Sans faire l'impasse sur les défis qui demeurent (ex : offrir des soins de base de qualité à tous), la vision renouvelée intégrera les nouveaux défis (ex : transition épidémiologique), les changements au niveau du contexte (ex : décentralisation de l'Etat, urbanisation, explosion du secteur privé) et les nouvelles préoccupations (ex : l'équité, la bonne gouvernance). Elle identifiera ainsi de nouvelles priorités. La réflexion collective devra aboutir à identifier ce que ces nouvelles priorités signifient concrètement en termes d'action, d'interventions et d'organisation des services de santé.

Il s'agira notamment d'identifier en quoi les politiques et pratiques doivent être revues, tant au niveau national qu'au niveau des districts de santé. Donnons trois exemples à titre d'illustration.

- (1) Dans de nombreux pays africains, d'un secteur de santé essentiellement basé sur des services organisés par l'Etat, nous sommes passés à des soins assurés par une grande variété de prestataires, aux appartenances institutionnelles très diverses (états, régions, communes, églises, associations communautaires, privés, etc.). Quelles sont les stratégies et leviers disponibles pour mieux coordonner ces acteurs, pour mieux les aligner sur les objectifs de la couverture universelle ?
- (2) En milieu urbain africain, le pluralisme médical et la proximité d'une offre de soins variée dans un rayon relativement faible rendent difficile la définition géographique de la population de responsabilité, l'organisation du système de référence ainsi que l'application des notions

⁴ Déclaration de Ouagadougou sur les soins de santé primaires et les systèmes de santé en Afrique : Améliorer la santé en Afrique au cours du nouveau Millénaire.

⁵ Déclaration de Tunis sur l'optimisation des ressources, la durabilité et la redevabilité dans le secteur de la santé, Déclaration conjointe des ministres des Finances et de la Santé d'Afrique, 5 juillet 2012.

d'aire/zone de responsabilité et/ou de structure responsable. Comment passer d'une vision administrative à une vision prenant mieux en compte les comportements des ménages dans leur recours aux services de santé ?

- (3) La réponse aux maladies non transmissibles (MNT) requiert de services de santé qui soient intégrés et coordonnés afin d'assurer un continuum de soins⁶. Ceci passe aussi par une implication active et une responsabilisation de la communauté dans la prévention. Ainsi, pour s'adapter à cette transition épidémiologique, il faudra un changement de mentalité et de pratiques en matière de programmation et de collaboration intersectorielle tant au niveau national que du district sanitaire. Comment adapter la lutte contre les MNT au niveau du district sanitaire ?

La conférence veillera à illustrer ce qui est possible de faire en termes de politique nouvelle ou stratégies revues en mettant en valeur des expériences originales potentiellement pertinentes pour le continent africain.

Un axe central: le sous-système Santé comme acteur majeur du processus de changement

Un des axes de la conférence sera de promouvoir une vision d'un système sanitaire s'inscrivant dans le système social global. Il s'agira de reconnaître que, à côté du système de santé, existe un système social très développé sans lequel le système de santé ne pourrait assurer son rôle ; le secret résidant dans la mise en place d'une bonne coordination entre acteurs sociaux et sanitaires.

Cette conférence devrait aussi être une opportunité pour confirmer et constater que : i) les personnes/individus sont les acteurs principaux de leur propre santé ; ii) un ensemble de processus peuvent influencer leur santé, et iii) le sous-système « services de santé » n'est qu'une ressource parmi d'autres qu'ils peuvent mobiliser.

Un des points de « radicalité » de notre événement sera de promouvoir une vision où les individus sont acteurs de leur santé. Nous réfléchissons comment une telle vision peut être mise en œuvre : quelle place pour les différents acteurs travaillant sur les déterminants de la santé et quelles sont les stratégies pour les coordonner au niveau local?

Thèmes et Objectifs

L'objectif global de la conférence de 2013 sera donc de « ***revisiter (fresh look sur) le rôle du District Sanitaire dans l'atteinte de la Couverture Sanitaire Universelle (CSU) et ses implications*** ».

Cette célébration des 25 ans de la Déclaration de Harare servira à confirmer le district sanitaire comme une stratégie -clé pour atteindre la CSU.

La conférence apportera un souffle nouveau en termes de valeurs (droits à la santé). Elle devra s'inscrire dans le fil historique mais en projetant les participants vers le futur. Cela indique que la conférence devra inclure un rappel sur la Déclaration de Harare, dresser un bilan de ce qui a été réalisé, mais rapidement basculer vers les enjeux futurs. Les enjeux futurs seront introduits par des présentations de cadrage par des experts du domaine concerné.

⁶ Il s'agit de proposer des soins et des services adéquats à la bonne personne, au bon moment, au bon endroit avec les bons moyens et les bons experts.

Comme la conférence mobilisera de nombreux acteurs du niveau décentralisé (médecins chef de district de santé), il est important d'avoir des approches tournées vers les enjeux opérationnels (réelle fonctionnalité des districts), tout en identifiant les facteurs favorables/défavorables à des niveaux supérieurs.

Cette conférence devra permettre le partage d'expériences diverses, notamment sur les aspects plus radicaux du programme (l'équité, l'individu comme acteur de sa santé, la réforme du secteur de la santé, etc).

Ainsi, les objectifs spécifiques suivants seront poursuivis :

1. Analyser et réévaluer le contexte, les problèmes, les opportunités et les défis inhérents au faible développement des systèmes locaux de santé africains;
2. Réévaluer le rôle respectif des acteurs locaux – personnes, ménages, communautés, prestataires, autorités locales - dans les systèmes locaux de santé;
3. Partager des expériences (documentées et) prometteuses pour résoudre les problèmes des systèmes locaux de santé;
4. Dégager des axes/leviers d'actions au niveau local, national, régional et international;
5. Renforcer le partage et la gestion des savoirs à travers la CoP Prestation des services de santé.

Une liste définitive de tous les thèmes retenus sera élaborée après réception de tous les abstracts et acceptation finale des propositions de communication. Toutefois, voici plus bas quelques sujets de cadrage identifiés et regroupés de manière non-exhaustive.

- a) La planification de l'offre des services et des soins au niveau du district sanitaire: la Couverture Sanitaire Universelle pour qui (notions d'équité) ? Qui décide, et sur quelles bases? Quelles perspectives d'avenir ?
- b) La régulation, l'incitation et la coordination des acteurs santé au niveau du système local de santé: par qui et comment?
- c) La population, les ménages et les individus comme co-producteurs de leur santé: un potentiel inexploité?
- d) La médicalisation des prestataires des soins de première ligne: potentiel et défis ;
- e) La relation du secteur santé avec les autres secteurs: pour une gestion participative des déterminants sociaux de la santé;
- f) Qualité des soins: les soins centrés sur le patient - obstacles et perspectives.

Résultats attendus

- Une réflexion générale sur la stratégie du district sanitaire avec mise à jour ;
- Les délégations des pays participants retournent avec une vision renouvelée vers leurs systèmes de santé ;
- Les problématiques de gestion d'un district sanitaire nécessitant plus d'attention et les axes stratégiques sur l'opérationnalisation des systèmes locaux de santé en Afrique sont identifiées ;
- La communauté de pratique « prestation de services » est consolidée autour des problématiques abordées durant la conférence ;
- Les priorités en termes d'agenda de gestion des savoirs (Knowledge Management) et de recherche sur les systèmes locaux de santé sont identifiées par les acteurs opérationnels ;
- Eventuellement : une déclaration finale est produite.

Notons que cette conférence ne devrait être qu'une étape majeure dans la réflexion sur les systèmes locaux de santé et non une fin en soi ; la dynamique devra continuer après.

Format de la conférence

Des **interventions de cadrage et de mise en contexte** – par exemple sur les changements dans la société africaine (urbanisation, transition épidémiologique et poids des maladies chroniques, émergence d'une classe moyenne, développement du secteur privé, bouleversement technologique, réchauffement climatique, etc.) ; avec une catégorisation éventuelle des situations (distinguer le cas des pays stables en croissance et ceux coincés dans l'instabilité et les problèmes de gouvernance). Cela se fera par des spécialistes de ces questions (expert de la santé urbaine, économiste, expert des Etats fragiles,...).

Des **interventions historiques et théoriques** sur le district sanitaire et les systèmes de santé, y compris sortant des sentiers battus (par exemple, présentation d'expérience de coordination de prestataires dans les pays du Nord).

Des **illustrations avec des expériences pays** originales. Ces dernières seront identifiées via un appel à communication et sélectionnées par un jury international.

Si nécessaire, des **séances en groupe de travail ou des sessions parallèles**, éventuellement après regroupement des participants par 'cluster'. Au vu du grand nombre des participants attendus, des techniques telles que le « Fish Bowl » seront utilisées pour assurer la participation de tous lors des travaux en groupe.

Une **visite terrain si possible** (de préférence au deuxième jour). L'approche de la conférence mettra l'accent sur l'apprentissage entre pairs et tâchera de promouvoir des échanges approfondis à la fois entre les pays, mais aussi entre les différents acteurs au sein d'un pays. Des visites sur le terrain dans des districts sanitaires pilotes du Sénégal sont envisagées.

Des **séances de synthèse** conduites par des experts régionaux.

La conférence pourrait être précédée d'une pré-conférence pour finaliser certaines interventions (par ex. pour les intervenants moins expérimentés).

Public-cible

La conférence réunira des délégations de plusieurs pays africains (anglophones et francophones) et des experts individuels. Les participants auront une expertise avancée en organisation des services de santé et une expérience dans les systèmes locaux de santé. Il s'agira entre autres de :

- Chefs de district sanitaire (2 par délégation pays : 1 rural, 1 urbain) ; éventuellement des directeurs d'hôpitaux de district ;
- Directeurs provinciaux de la santé ;
- Cadres du niveau central en charge des districts sanitaires ou du développement des soins de santé primaires ;
- Assistants techniques en charge de ces problématiques.

- Experts internationaux (intervenants, facilitateurs ou participants).
- Représentants de la Société civile (Confessionnels, Associations des malades, ONG, Mutuelles de santé, etc.).
- Représentants du Secteur privé (Gestionnaires des cliniques privées, dépôt pharmaceutiques, etc.)
- Chercheurs.

Un nombre maximum de participants sera fixé (une centaine de participants serait l'idéal pour des échanges productifs). Ceci pour des raisons logistiques d'abord (capacités d'accueil et de transport), mais aussi pour assurer des échanges de qualité entre les participants.

Le nombre final de participants dépendra aussi des moyens financiers reçus pour l'organisation de cette activité et de la pertinence des candidatures soumises.

D'autres facteurs seront pris en compte dans la sélection des délégations participantes : la disponibilité d'un financement pour la prise en charge de la participation et l'équilibre entre les pays anglophones et francophones. La participation des délégations des pays du Sud sera essentiellement prise en charge par les agences et institutions qui co-organisent la conférence.

Les pays ayant accompli des progrès notables dans la coordination et la prestation des services de santé seront particulièrement encouragés à participer.

Les experts internationaux de la prestation des soins de santé seront soigneusement choisis par les organisateurs. Ils seront prioritairement sélectionnés parmi les membres de la CoP PSS en provenance du Sud ou affiliés à des agences HHA. Ils serviront de modérateurs lors des travaux.

A ce jour, les organisations suivantes ont déjà marqué leur intérêt à participer et à contribuer dans l'organisation de cette conférence : l'Ambassade de France au Sénégal, ESP de l'ULB, IRSS de l'UCL, CTB, Memisa, AEDES, Pan American Health Organization, IRSP Bénin, CESAG Dakar, WAHO, Unicef, IMT Anvers, ESP de Liège, Solidarité Santé et Développement (SSD), Hera et le réseau des Alumni de l'Institut de Médecine Tropicale d'Anvers (IMT). Plusieurs experts indépendants en Santé Publique ont aussi marqué leur enthousiasme à participer. D'autres contacts sont en cours et/ou prévus.

Agenda de la conférence

A titre indicatif, l'agenda pourrait se présenter ainsi (l'agenda détaillé sera disponible au deuxième trimestre 2013) :

- **Jour 1** : consacré au cadrage de l'évènement (étude comparative, concepts, enjeux) et au partage d'expériences entre les pays participants sur les différentes expériences de coordination des acteurs.
- **Jour 2** : Bilan et analyse des défis de la stratégie « district sanitaire » en 2013, identification des défis et opportunités, partage d'expériences innovantes et travaux en groupes.
- **Jour 3** : Expériences innovantes, présentation des résultats des travaux de groupe, activités de panel et clôture de la conférence.

Des visites de terrain (visite des districts de santé pertinents) pourraient être organisées le deuxième jour. On procéderait par une répartition des participants en 8 ou 10 groupes, avec un participant de chaque délégation dans chacun des groupes. Cela donnerait alors un total de 4 jours pour la conférence.

Langues de la conférence

Français et Anglais avec traduction simultanée pour tous les intervenants en séance plénière. Une possibilité de traduction en Portugais est envisagée (à confirmer). Les sessions parallèles et travaux de groupe seront unilingues.

Comité organisateur

Un comité organisateur rassemblant les différents acteurs mobilisés par la thématique de la conférence est en cours de constitution. Le rôle principal de ce comité sera d'identifier le contenu des différents points qui feront l'objet des présentations ou des sujets des groupes thématiques lors de la conférence. Il se chargera aussi de préparer la matrice de base de la synthèse des travaux.

A titre provisoire, le comité organisateur est composé de la manière suivante:

- CoP PSS (Belma Malanda, drbelmalanda@yahoo.fr)
- Institut de Médecine tropicale d'Anvers (Bruno Meessen, bmeessen@itg.be)
- UNICEF / WCARO (Mariame Sylla, msylla@unicef.org et Jean Servais, jservais@unicef.org)
- OOAS (Namoudou Keita, namoudouk@yahoo.fr)
- Ambassade de France au Sénégal (Dr Jean Pierre Bellefleur, Conseiller Santé Régional, MAEF, jean-pierre.bellefleur@diplomatie.gouv.fr)
- BeCause Health (Karel Gyselinck, karel.gyselinck@btcctb.org)
- OMS Afro (Bocar Touré) – à confirmer
- USAID (Troy Jacobs tjacobs@usaid.gov)
- Autres – à confirmer

Budget

En fonction du nombre de participants.