
le

Leader Humanitaire

**Le rôle du gouvernement local pendant une
pandémie mondiale : une leçon du Népal**

ANIL SIGDEL, UTSAV KHAREL ET THATCHER NG'ONG'A



LE LEADER HUMANITAIRE

Le rôle du gouvernement local pendant une pandémie mondiale : une leçon du Népal

PUBLICATION 038

AOÛT 2023

Détails des auteurs

Anil Sigdel

Anil est responsable de la recherche sur l'inclusion sociale à *Save the Children International*. Auparavant, il était le responsable stratégique et MEAL (Monitoring Evaluation, Accountability and Learning) à *World Vision International* au Népal. Il était en charge des aspects de recherche et de suivi ainsi que de la stratégie. Il a plus d'une dizaine d'années d'expérience dans les secteurs de l'humanitaire et du développement, principalement dans les domaines de la recherche, du suivi et de l'évaluation.

Utsav Kharel

Utsav est responsable du Laboratoire d'innovation pour *World Vision International* au Népal. Avec son équipe, il facilite le processus de formation des idées, de développement des prototypes, de pilotage des solutions et de mise à l'échelle des innovations à l'intérieur et à l'extérieur du pays. Pour relever les défis sociaux urgents, il utilise les principes de la pensée conceptuelle.

Thatcher Ng'ong'a

Thatcher est directrice des capacités des programmes à *World Vision*. Auparavant, elle était responsable du développement et de la qualité des programmes à *World Vision International* au Népal où elle dirigeait différentes unités (MEAL, l'acquisition de subventions, les équipes techniques et le Laboratoire d'innovation) et était principalement chargée d'assurer la qualité des programmes.

Remerciements

Nous tenons à remercier Abhilasha Gurung et l'équipe de *Oxford Policy Management* pour leur soutien tout au long de l'étude. Nous souhaitons également exprimer notre gratitude à toutes les personnes que nous avons interrogées, particulièrement les coordinateurs de santé et les représentants locaux, pour le temps qu'ils nous ont consacré et le soutien qu'ils nous ont apporté pendant la pandémie. Enfin, nous remercions les gouvernements provinciaux et le gouvernement fédéral pour leur soutien et leur contribution à l'étude.

Bureau de rédaction

The Centre For Humanitarian Leadership
Deakin University
221 Burwood Highway
Burwood 3125 VIC
Australia

Rédactrice en chef (version anglaise) : Dr Nazanin Zadeh-Cummings

Rédactrice en chef (version française) : Justine De Rouck

Éditrice de production : Cara Schultz

Traduction : Benoit Glayre et Isaline Doucot

Mise en page : Diana De León

ISSN : 2653-1011 (En ligne)

Vous trouverez ci-dessous la « Reconnaissance territoriale » faite par le Centre for Humanitarian Leadership et conservée dans sa version anglaise. La « Reconnaissance territoriale » est une manière de reconnaître, de respecter et de rendre hommage aux peuples des Premières Nations en tant que propriétaires traditionnels et gardiens permanents des territoires.

The Centre for Humanitarian Leadership acknowledges the Australian Aboriginal and Torres Strait Islander peoples of this nation. We acknowledge the traditional custodians of the lands on which we work. We pay our respects to ancestors and Elders, past and present.

Droits d'auteurs

Ces publications ont été préparées pour le *Centre for Humanitarian Leadership*. Les points de vue présentés sont ceux des auteurs et ne reflètent pas nécessairement le point de vue du *Centre for Humanitarian Leadership*. Ces publications sont distribuées afin de servir à la discussion et n'ont pas été examinées par des pairs.

© 2023 par Anil Sigdel, Utsav Kharel et Thatcher Ng'ong'a. Tous droits réservés.

Image de couverture : Un professionnel de la santé amène un échantillon d'un test COVID-19 au laboratoire du Sukraraj Hospital, à Teku, au Népal, en 2021. © Save the Children

Résumé

Cet article analyse la portée du leadership au Népal au niveau du gouvernement local dans le contexte de la pandémie de COVID-19 et de ses impacts plus larges. L'analyse se concentre plus particulièrement sur les prestations de services de santé conformément au cadre de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Des entretiens approfondis ont été menés auprès de 66 représentants de l'administration locale dans les provinces de Madhesh et de Sudurpashchim, ainsi qu'une analyse des données de routine provenant des systèmes d'information pour la gestion de la santé. Nous avons constaté que les services de santé maternelle et infantile des établissements locaux n'avaient pas été touchés, que les stocks de médicaments essentiels étaient toujours disponibles et que les administrations locales avaient fait preuve de détermination et d'une grande capacité à faire face à la crise, malgré des connaissances et des ressources limitées. Néanmoins, les visites dans ces services se sont considérablement réduites, créant alors des préoccupations de santé publique d'une autre nature. En ce qui concerne la capacité et la disponibilité des ressources humaines, les administrations locales n'étaient pas suffisamment préparées et il y a eu d'importantes lacunes en termes de coordination entre les trois niveaux de gouvernance ainsi qu'un manque de clarté des rôles, retardant ainsi la réponse à la pandémie au niveau local. Nos recommandations incluent un investissement continu dans les services locaux de santé maternelle et infantile, un renforcement des capacités des dirigeants locaux en mettant l'accent sur la gestion des ressources humaines dans les contextes d'urgence et une simplification des procédures d'approvisionnement, en particulier pendant les crises. Ceci permettait aux administrations et autres acteurs locaux d'accélérer l'approvisionnement des marchés et d'améliorer les délais de réponse.

Pertinence pour le leadership

Cet article met en lumière le rôle des autorités locales népalaises dans la gestion des situations d'urgence. Il explore également les capacités à répondre aux catastrophes, en particulier compte tenu des nouvelles structures de gouvernance mises en place dans cette démocratie émergente. De plus, l'article fournit des informations pour les pays à revenu modéré et faible, en identifiant les opportunités potentielles et les domaines d'amélioration lors des réponses aux catastrophes au niveau du gouvernement local.

Introduction

La pandémie du COVID-19 a engendré une urgence sanitaire sismique à travers le monde. Même les pays équipés de solides systèmes de santé ont éprouvé de la difficulté à gérer l'augmentation soudaine de la demande au niveau des unités de soins intensifs. De même, l'indisponibilité d'équipements essentiels et pourtant fondamentaux, tels que les équipements de protection individuelle et les respirateurs, ainsi que l'augmentation de la charge de travail des professionnels de la santé, ont mis certains systèmes de santé déjà en difficulté, à rude épreuve (Ferrara & Albano, 2020). Par conséquent, lorsque la pandémie de COVID-19 a frappé des économies à revenu modéré et moyen, comme le Népal, il est nettement apparu que les pays dotés de systèmes de santé fragiles allaient devoir se battre pour répondre à la nouvelle demande écrasante de soins de santé.

Le Népal a signalé son premier cas de COVID-19 le 23 janvier 2020 et depuis cette date, plus d'un million de personnes ont été infectées par le virus et plus de 12 000 décès ont été attribués au COVID-19 dans le pays (Worldometer, 2022b). Le 24 mars 2020, le gouvernement népalais décrétait une fermeture anticipée des frontières de tout le pays afin de freiner la transmission rapide du COVID-19. Il a limité les déplacements nationaux et internationaux, en imposant la fermeture des établissements publics, y compris les écoles, il a suspendu la plupart des activités commerciales et les frontières avec les pays voisins ont été fermées (CRISIS24, 2020). Bien que le gouvernement ait annoncé que les services de santé de base et d'urgence seraient assurés de manière ininterrompue, dans des régions du pays, certains services de base, tels que la vaccination, ont été fortement perturbés pendant cette période de confinement. (Mathema, n.d.)

À la suite de l'adoption de la nouvelle constitution, le Népal est passé d'un système unitaire à un système fédéral, mandatant la création de sept provinces et de 753 gouvernements locaux (Gouvernement du Népal, 2015). Cette crise d'une ampleur sans précédent était la première du genre depuis l'entrée en vigueur du fédéralisme¹ dans le pays et depuis l'adaptation de la nouvelle constitution à la fin de l'année. La nouvelle constitution stipulant que la santé est un droit fondamental humain pour chaque citoyen du pays (Gouvernement du Népal, 2015), la gestion de situation d'urgence, incluant une pandémie, relève de la compétence du gouvernement fédéral du Népal. Dans de telles situations d'urgence, le gouvernement fédéral élabore et coordonne des plans, des politiques et des programmes d'urgence avec le soutien des

gouvernements provinciaux et des organismes gouvernementaux locaux.

Dans le contexte de ces récents changements constitutionnels et structurels, cette nouvelle structure gouvernementale a dû faire face à une crise sanitaire de grande ampleur. Cet article vise à analyser le rôle des dirigeants des nouveaux organismes locaux dans la lutte contre la pandémie de COVID-19, en particulier du point de vue des prestations de services de santé conformément aux cadres de l'Organisation Mondiale de la Santé (Organisation Mondiale de la Santé, 2007).

Cet article vise à analyser le rôle des dirigeants des nouveaux organismes locaux dans la lutte contre la pandémie de COVID-19.

Méthodologie

Une étude qualitative a été adoptée pour atteindre les objectifs de la recherche. Outre les entretiens qualitatifs, les données provenant du Système de Gestion de l'Information Sanitaire népalais (HMIS) népalais ont été analysées pour compléter les résultats des données qualitatives. Les chercheurs ont également procédé à une analyse de documents afin d'étudier les politiques, les lignes directrices, les protocoles et les dispositions institutionnelles en place pour assurer l'efficacité du système de santé.

Cette étude s'est concentrée sur deux provinces du Népal - Madhesh et Sudurpashchim - choisies en raison de leur nombre élevé de cas de COVID-19 et de la présence locale de *World Vision International*. Cinq circonscriptions (deux de la province de Madhesh et trois de la province de Sudurpashchim) ont également été sélectionnées. Dans chaque circonscription, deux municipalités rurales ont été désignées, formant un total de dix municipalités rurales. Des entretiens approfondis ont été menés auprès de prestataires de services de santé, d'agents de quartier, de coordinateurs de santé et de responsables de la protection sociale au niveau local. Deux représentants du ministère du Développement social travaillant dans le domaine de la santé et de la protection sociale ont été interrogés au niveau provincial. De plus, au niveau fédéral, nous avons mené deux entretiens avec des représentants du ministère de la Santé et de la Population et du ministère des Affaires fédérales et de l'Administration générale et, dans le cadre de la collecte de données, quatre personnes liées à des OING ont également été interrogées. Au total, 66 entretiens approfondis ont été menés en suivant les lignes directrices de l'IDI (in-depth interviews). Les questions des entretiens ont été rédigées à l'aide des

¹ La constitution de 2015 était une restructuration fédérale du cadre de gouvernance et a été positivement reçue par la société népalaise comme permettant une meilleure gouvernance du pays.

outils pour l'évaluation des systèmes de santé en gestion de crises de l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé, 2012), ainsi que du cadre d'évaluation des systèmes de santé dans les contextes décentralisés de la Banque mondiale (Berman & Bitran, 2011).

L'analyse des tendances pour les données secondaires a été réalisée à l'aide de STATA 16. Tous les entretiens ont été transcrits et traduits en anglais. Une traduction inversée a également été effectuée pour garantir la cohérence du contenu et des informations. Un codage a été effectué et des thèmes ont été générés sur la base des codes. Toutes les personnes interrogées ont été informées des objectifs et des avantages de l'étude et leur consentement verbal a été obtenu avant de prendre part à l'étude. En outre, le volontarisme a été assuré tout au long de l'étude et aucun « identifiant personnel » n'a été utilisé dans le rapport.

Contexte

Au sens large, les systèmes de santé comprennent « l'ensemble des organisations, des institutions, des ressources, des personnes et des actions » et se composent de différentes parties prenantes telles que les patients, les familles, les communautés, les ministères de la Santé, les prestataires de soins et les organismes de financement de la santé, qui ont tous des rôles et des fonctions interconnectés dans le but principal d'améliorer la santé (Organisation Mondiale de la Santé, 2012). L'OMS affirme qu'une interaction efficace entre les six éléments fondamentaux d'un système de santé (à savoir la prestation de services, le personnel de santé, les systèmes d'information sanitaire, l'accès aux médicaments essentiels, le financement et la direction/gouvernance) crée l'environnement favorable nécessaire pour obtenir des résultats équitables et durables en

matière de santé (Organisation Mondiale de la Santé, 2007).

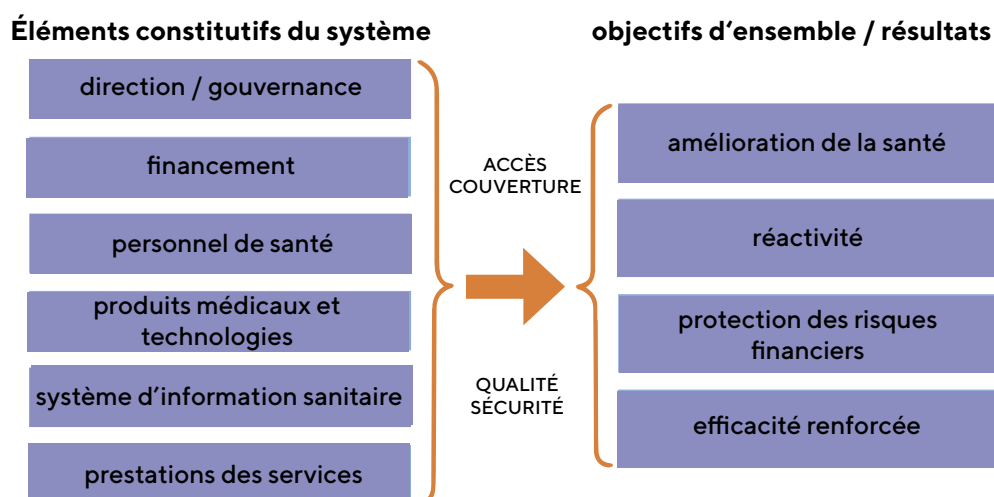
L'absence d'équilibre entre l'un ou l'autre des éléments mentionnés plus haut peut entraîner une perturbation des systèmes de santé et impacter négativement les résultats. La situation complexe de santé publique déclenchée par la pandémie de COVID-19 au Népal, par exemple, a entraîné une perturbation de la demande et de l'offre des services de santé. Les stocks de certains médicaments essentiels étaient épuisés, la logistique des soins de santé était défailante, les compétences du personnel qualifié de santé étaient insuffisantes et la coordination entre les différents niveaux d'organismes gouvernementaux était peu efficace. Notre analyse explore les six facettes des systèmes de santé par le biais de données primaires et secondaires.

Analyse des prestations des services liés à la santé

Les données récoltées de novembre 2019 à mars 2020 ont été extraites du Système de Gestion de l'Information Sanitaire et ont été analysées pour évaluer les prestations des services liés à la santé avant et pendant le début de la pandémie COVID-19. Les composantes des prestations de services comprenaient les consultations prénatales (CPN), l'accouchement en établissement de santé, la planification familiale (PF) et la vaccination.

Dans l'ensemble, les consultations prénatales des femmes enceintes ont diminué de 25 % après le début du COVID-19 au Népal.

Figure 1 : Le cadre du système de santé de l'OMS



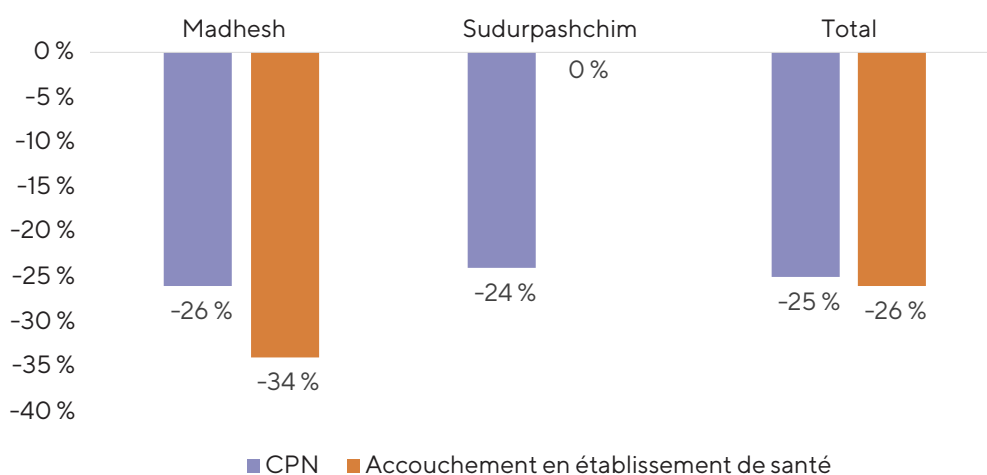
Source : Organisation Mondiale de la Santé, 2007

Dans l'ensemble, les consultations prénatales des femmes enceintes ont diminué de 25 % après le début du COVID-19 au Népal. De même, le nombre d'accouchements dans des établissements de santé a diminué de 26 %. L'incitation gouvernementale faites aux femmes enceintes pour les quatre consultations prénatales recommandées par l'OMS dans ses protocoles de soins prénataux, a également diminué de façon notable. Dans la province de Madhesh, cette dernière a diminué de 31 % et le programme qui encourage le transport des femmes enceintes pour un accouchement au sein d'un établissements de santé a diminué de 34 %, tandis que dans la province de Sudurpashchim une réduction de 1 % a été observée dans les incitations pour les quatre consultations prénatales et une réduction de 8 % pour celles concernant la possibilité d'un transport

aux établissements de santé étant sécurisé et pris en charge. Au total, la répartition des incitations pour le programme Four ANC a diminué de 21 %, tandis que les encouragements pour un transport aux établissements de santé ont diminué de 27 %, comme le montre la Figure 3.

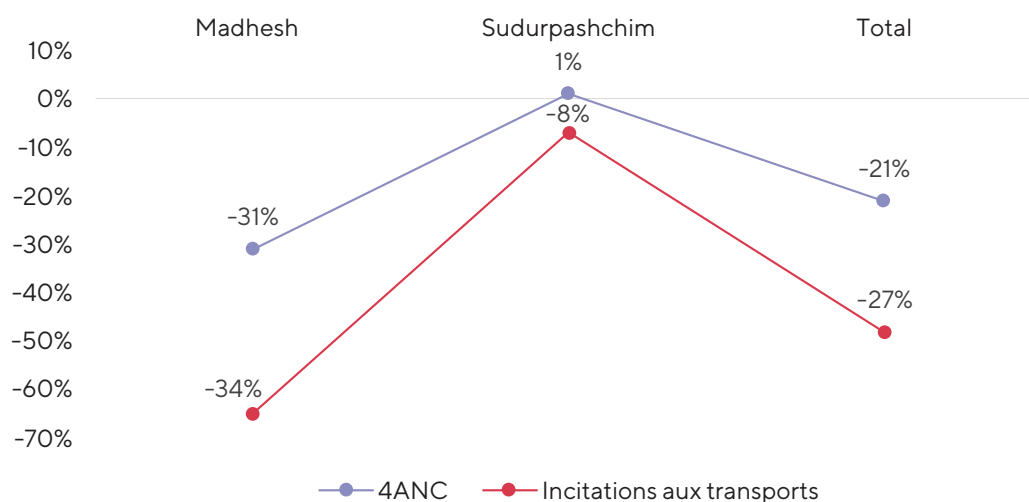
Pour évaluer les services de planning familial, nous avons recueilli des données en lien avec des personnes utilisant des mesures contraceptives et ceci avant et après la pandémie. Il convient de relever que l'utilisation de la pilule contraceptive et des injections contraceptives hormonales (connues sous le nom de « Depo » de la marque pharmaceutique d'injection contraceptive hormonale « Depo-Provera ») sont les formes les plus répandues de contraception temporaire au Népal

Figure 2 : CPN et accouchement en établissement de santé pendant le COVID-19



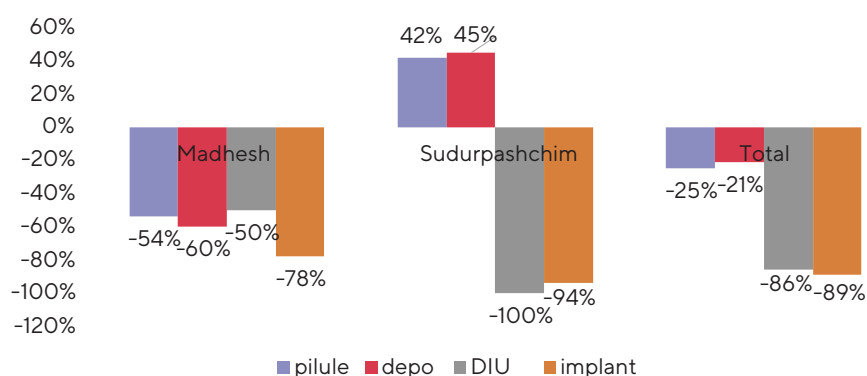
Source : HMIS

Figure 3 : Répartition des incitations pour le programme Four ANC et le transport aux établissements de santé



Source : HMIS (avant novembre 2019- février 2020; avant COVID: mars 2020-juin 2020)

Figure 4 : Nouveaux utilisatrices des services de PF pendant le COVID-19



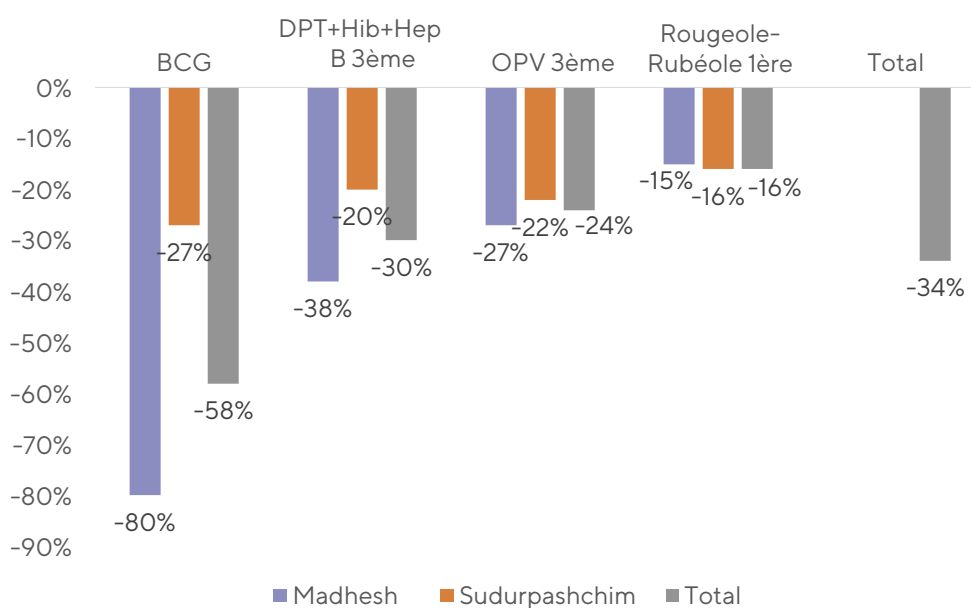
Source : HMIS (avant novembre 2019- février 2020; avant COVID: mars 2020-juin 2020)

(ministère de la Santé et de la Population (MoHP), 2017). Dans la province de Madhesh, les nouvelles utilisatrices de la pilule et de la « Depo » ont diminué de 54% et 60% respectivement, tandis que dans la province de Sudurpashchim, l'utilisation de la pilule et de la « Depo » a connu une hausse significative parmi les nouvelles utilisatrices (42% et 45% respectivement). Au total, l'utilisation de la pilule a diminué d'un quart, tandis que l'utilisation de la « Depo » a diminué de 21% (comme le montre la Figure 4).

En mars et avril 2020, les services réguliers de vaccination ont également été impactés. Après avoir comparé le taux de vaccination avant le COVID-19 et pendant la pandémie, nous pouvons constater que le taux de vaccination par le BCG a diminué dans les deux

provinces observées. Dans la province de Madhesh, le taux d'immunisation par le BCG a diminué de 80 % pendant la pandémie. La province de Madhesh a également enregistré une baisse de 38 % de l'utilisation de la troisième dose du vaccin DPT+hib+hépatite B. Le taux de vaccination du même vaccin dans la province de Sudurpashchim a diminué d'un cinquième. De même, l'administration de la première dose de vaccin contre la rougeole et la rubéole dans les provinces de Madhesh et de Sudurpashchim a diminué de 15% et de 16% respectivement. En ce qui concerne l'administration de la troisième dose de vaccin antipoliomyélitique oral (VPO), la province de Madhesh a enregistré une baisse de plus d'un quart (27 %), contre 22 % dans la province de Sudurpashchim (voir Figure 5).

Figure 5 : Couverture vaccinale pendant le COVID-19



Source : HMIS (avant novembre 2019- février 2020; avant COVID: mars 2020-juin 2020)

Plusieurs raisons, officielles ou sociales, à l'origine de ces résultats en baisse sont ressorties de nos entretiens :

« En avril et mai 2020, notre gouvernement local nous a demandé de suspendre temporairement le programme de vaccination en raison de la pénurie de vaccins. De plus, nous avons également interrompu le programme régulier de suivi de la croissance au mois de mars et il n'a pas encore été relancé à ce jour. Cela dit, les autres services réguliers sont maintenus ici. » -MISP

« Au début de la pandémie de COVID-19, le nombre de patients a considérablement diminué parce qu'ils ne se sentaient pas en sécurité dans les établissements de santé » -M5SP

Ressources humaines

La main-d'œuvre exerçant dans le secteur des soins en santé se compose de personnel clinicien et non clinicien engagé dans les soins de santé individuel ou de santé publique. Ce personnel joue un rôle essentiel si l'on souhaite atteindre un processus efficace de prestations de soins de santé. Au cours de l'étude, près de la moitié des fonctionnaires locaux interrogés ont déclaré qu'ils ne disposaient pas de personnel suffisant pour fournir des services de santé lorsque la pandémie a touché les communautés locales. En outre, aucun des fonctionnaires locaux interrogés ne disposait d'un plan solide de gestion des ressources humaines pour identifier rapidement les potentiels professionnels de la santé, les recruter, ou pour mobiliser des volontaires. Finalement, l'une des personnes interrogées au sein de l'administration locale a déclaré qu'en raison de la pénurie de personnel de santé, elle avait dû utiliser le même personnel de santé dans les centres de quarantaine et d'isolement que dans les établissements habituels de santé.

En outre, aucun des fonctionnaires locaux interrogés ne disposait d'un plan solide de gestion des ressources humaines pour identifier rapidement les potentiels professionnels de la santé, les recruter, ou pour mobiliser des volontaires.

« Le nombre du personnel de santé formé est insuffisant et il n'existe pas de plan RH d'urgence. Il n'existe pas de base de données concernant la disponibilité des professionnels qualifiés dans le secteur de la santé. De plus, le gouvernement local

n'a pas de plan en place pour exploiter les ressources internes pendant une crise d'une telle ampleur. » - M10

Afin d'atténuer les perturbations des services, le personnel de santé a souvent été engagé sur la base d'accords contractuels temporaires, lorsque les prestataires de services de santé existants étaient infectés (bien que peu de personnel temporaire sous contrat ait pu travailler dans les hôpitaux spécifiques au COVID-19 qui disposaient d'installations telles que des unités de soins intensifs ou des respirateurs). Les administrateurs des hôpitaux ont été informés par les gouvernements provinciaux qu'ils devaient demander un budget supplémentaire pour engager des ressources humaines sur la base de contrats temporaires. Les gouvernements provinciaux ont également donné des instructions claires pour que les médecins et les équipes techniques nécessaires soient engagés à titre temporaire en fonction des besoins pendant la crise du COVID-19. De telles pratiques de gestion des ressources humaines sont toujours en vigueur dans certaines provinces.

Le gouvernement a délégué aux gouvernements des provinces la responsabilité de fournir des programmes de formation concernant le conseil, le suivi et le traçage des cas (ministère de la Santé et de la Population, 2020). Par la suite, les gouvernements provinciaux ont fourni des programmes de formation aux gouvernements locaux. Pendant la pandémie, des formations spécialisées supplémentaires liées aux soins intensifs ont été organisées par le gouvernement fédéral, à la fois en présentiel et en ligne, en fonction de la nature de la formation et des besoins du personnel de santé. Il convient de noter que la pratique de la formation virtuelle est un concept relativement nouveau au Népal, mais que dans le cadre de l'enquête COVID-19, ces méthodes de formation étaient répandues. Dans le cadre de cette étude, certaines personnes interrogées ont déclaré que les formations virtuelles étaient inefficaces, tandis que d'autres fonctionnaires responsables de ces formations ont déclaré qu'ils ne disposaient pas d'un budget et de ressources suffisantes et qu'ils avaient surtout joué un rôle d'intermédiaire pendant la pandémie.

« Les sessions de formation virtuelles proposées par les agences gouvernementales n'étaient pas aussi efficaces que celles que nous avons l'habitude de suivre en personne. De nombreux participants utilisaient Zoom Meeting pour la première fois, et la plupart d'entre eux ne connaissaient même pas la fonction de mise en sourdine de l'outil virtuel, ce qui a entraîné de nombreuses perturbations pendant la formation. Pour être franc, je n'ai même pas pu entendre un seul des points abordés pendant la formation » - M7SP

Logistique et équipement

Dans les premiers jours de la pandémie, les gouvernements locaux n'avaient pas accès à suffisamment d'équipements de protection individuelle (EPI) pour les travailleurs de la santé. Au cours de nos entretiens, le personnel local chargé d'apporter des services de santé a indiqué qu'il suivait plutôt des règles de distanciation sociale, utilisait des masques, des gants jetables et des désinfectants. Les participants à l'étude ont déclaré que la raison principale de la pénurie d'EPI était la lenteur du procédé d'approvisionnement.

Les participants à l'étude ont déclaré que la raison principale de la pénurie d'EPI était la lenteur du procédé d'approvisionnement.

Alors que la pandémie progressait, le gouvernement fédéral a utilisé la modélisation épidémiologique pour anticiper le nombre de cas probables au Népal et élaborer un scénario de planification afin de remédier à la pénurie d'équipements essentiels de santé, notamment les EPI. Sur la base des résultats de cette modélisation, un plan logistique a été élaboré et les processus d'approvisionnement ont été rendus plus souples afin d'accélérer l'approvisionnement de matériel essentiel.

Néanmoins, les responsables locaux se sont montrés critiques à l'égard de ces processus :

« Le bureau de santé nous a fourni des équipements de protection individuelle, des kits de tests de diagnostic rapides et des désinfectants pendant la pandémie. Mais dans une situation aussi risquée, la quantité de ce matériel n'était pas suffisante pour nous permettre d'accomplir nos tâches. » -M4

« Notre processus d'approvisionnement est très long et compliqué. La loi prévoit des procédures d'approvisionnement dans les situations d'urgence, mais il y a beaucoup d'obstacles dans ce processus, ce qui rend les achats difficiles » -FG1

« Notre processus d'approvisionnement prend du temps et est très lourd. Bien qu'il existe une disposition légale pour les situations d'urgence, il y a de nombreux obstacles juridiques et procéduraux, ce qui rend le processus d'achat très frustrant. » -FG1

Au cours des entretiens, la majorité des participants des administrations locales ont déclaré qu'ils disposaient de quantités suffisantes de médicaments essentiels et qu'ils n'avaient pas rencontré de difficultés pour gérer les stocks. Quelques participants ont indiqué que la quantité de médicaments en stock était parfois insuffisante, mais qu'ils se coordonnaient avec les bureaux de santé pour obtenir des médicaments et d'autres formes de soutien logistique afin de garantir que les services de santé ne soient pas interrompus. Seul un représentant d'un des gouvernements locaux interrogés a indiqué qu'il n'était pas en mesure d'obtenir des quantités suffisantes de médicaments pour ses établissements de santé, ajoutant que les patients des services de consultation externe devaient se procurer leurs propres médicaments.

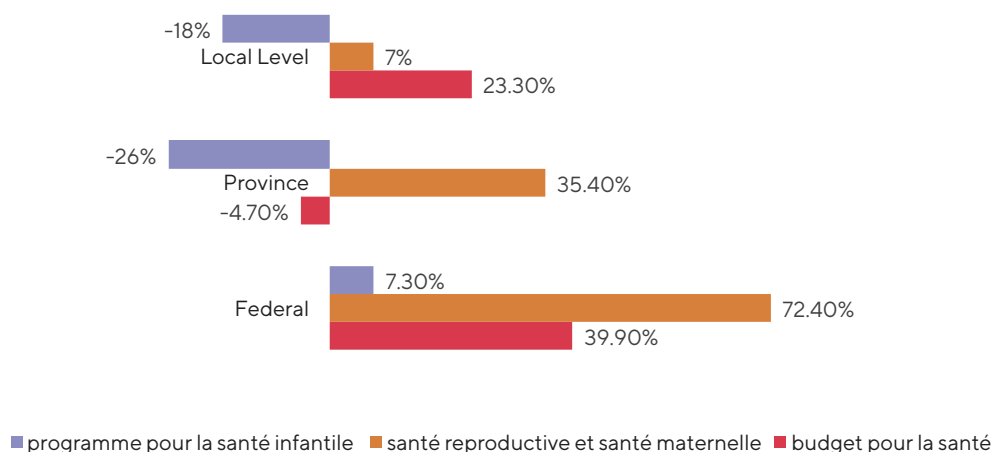
« Nous avons eu du mal à répondre à la demande de médicaments provenant de certains établissements de santé. Nous fournissions les stocks de médicaments que nous recevions des bureaux de santé, mais la quantité n'était pas suffisante. De ce fait, les patients bénéficiant des services OPD (Out Patient Department) ont dû se procurer des médicaments dans des pharmacies privées. » -M1

Budget

Le budget national total pour l'année fiscale 2020-21 était de 1 272 milliards de roupies népalaises, soit une baisse de 3,8 % par rapport à l'année fiscale 2019-20. Toutefois, la part du budget allouée au secteur de la santé pour l'année 2020-21 a bondi de 39,9 % pour atteindre 115 milliards de roupies népalaise, contrairement à l'année 2019-20 où le budget total alloué au secteur n'était que de 82 milliards de roupies népalaise (ministère des Finances, 2020) (ministère des Finances, n.d.). Le budget consacré à la santé reproductive et à la « maternité sans risque » (qui comprend les programmes de maternité sans risque, la planification familiale, les services d'avortement sans risque et la gestion de l'infertilité), a augmenté de 72,4 %. Le budget des programmes de santé infantile (qui comprend les programmes de vaccination, les services de traitement des enfants, la gestion des maladies infantiles, les services curatifs pour les enfants et les programmes nutritionnels) a augmenté de 7,3 %.

Au niveau provincial, les budgets totaux de la santé (un ensemble des budgets conditionnels et provinciaux de la santé) ont diminué de 4,7 % au cours de l'année 2020-21. Le budget total des services de santé reproductive et de « maternité sans risque » pour le niveau provincial a augmenté de 35,4%, tandis que le budget des programmes de santé infantile a connu une baisse significative de 26,4% de 2019-20 à 2020-21. En 2021-21, le budget total de la santé au niveau local a augmenté de 23,3 %, tandis que le budget de la santé reproductive et de la maternité sans risque a augmenté de 7,2 % et que le budget des programmes de santé infantile a diminué

Figure 6 : Budgets de la santé aux niveaux fédéral, provincial et local pendant le COVID-19



Source : Le Livre Rouge (niveau fédéral, provincial et local) pour les années 2019-2020 et 2020-2021.

de 17,5 %. Toutefois, ces diminutions budgétaires aux niveaux provincial et local pourraient être dues à l'absence de ventilation budgétaire pour les programmes de la santé maternelle et infantile. Ces diminutions doivent donc être interprétées avec réserve.

Les besoins budgétaires pour la gestion des services de santé sont apparus à la fin du dernier trimestre de l'année 2019-20. Comme il n'y avait pas de budget spécifique alloué à la gestion du COVID-19 au niveau local, la plupart des participants à l'étude ont déclaré avoir rencontré des difficultés dans la gestion des fonds nécessaires à la situation du COVID-19. En revanche, la majorité des représentants des gouvernements provinciaux et locaux ont reconnu qu'il existait une provision de budget non alloué dans le Livre Rouge (le compte courant du budget national du gouvernement népalais), et que ce budget pouvait être utilisé dans différentes situations selon les besoins. Cette réserve de budget, en plus du transfert de fonds provenant d'autres secteurs, a été utilisée pour aider à gérer la situation du COVID-19 (bien que ceci n'ait pas été suffisant compte tenu de l'ampleur de la crise). Afin de remédier à l'absence de budget adéquat pour la prestation de services de santé provoquée par le COVID-19, de nombreux gouvernements locaux ont transféré des budgets alloués au développement des infrastructures.

« L'année dernière, en transférant le budget d'autres secteurs à la gestion du COVID-19, environ 40 à 42 millions de roupies népalaises ont été accumulées au niveau provincial. En outre, le gouvernement local a utilisé un budget considérable pour les mesures de réponse au COVID-19 ! »-M1

« Comme le budget précédemment alloué aux projets d'infrastructure ne pouvait pas être utilisé dans le contexte du COVID-19, nous avons transféré le budget pour la gestion de la pandémie au cours de la dernière année fiscale. » -M5

Bien que les gouvernements locaux aient nié que le budget d'autres programmes de santé avait été compromis pour la gestion de COVID-19, les représentants des gouvernements provinciaux et du gouvernement fédéral ont, eux, mentionné que les budgets d'autres programmes de santé avaient été affectés dans une certaine mesure.

« Le gouvernement a créé un fonds distinct pour la gestion du COVID-19. De nombreux programmes de santé ont été compromis au cours de la dernière année fiscale et nous avons réorienté les fonds. Nous avons également mobilisé les fonds réservés à la préparation aux pandémies dans notre plan de travail et notre budget annuels. » FG1

Bien que le budget consacré à la gestion du COVID-19 n'ait pas été suffisant pour l'année 2019-20, 6 % du budget total de la santé a été consacré à la gestion du COVID-19 au cours de l'année suivante. Ce montant a été inclus dans le Livre Rouge du gouvernement fédéral, des gouvernements provinciaux et locaux (ministère des Finances, n.d.). Ce fonds COVID-19 a été principalement créé pour renforcer les capacités, pour l'achat d'équipements, la surveillance, les indemnités du personnel de santé, la recherche et d'autres aspects de la gestion du COVID-19. En outre, un budget supplémentaire a été alloué en 2020-21 pour créer un hôpital de 50 lits dans chaque province et des hôpitaux de 300 lits au niveau fédéral, ceci dans le but de mieux gérer les épidémies de maladies infectieuses (Shrestha et al., 2021).

Le Système de Gestion de l'Information Sanitaire

Il est impératif de mettre régulièrement à jour le Système de Gestion de l'Information Sanitaire (HMIS) afin de garantir l'efficacité et le bon fonctionnement des systèmes de santé. Toutefois, ce procédé comporte toujours des risques. Pendant la pandémie, le manque de personnel adéquat et l'augmentation de la charge de travail du personnel de santé existant ont constitué les principaux obstacles à la mise à jour du système. Néanmoins, la majorité des participants à l'étude ont déclaré que l'impact du COVID-19 sur le processus de déclaration dans le HMIS et le Systèmes d'Information de Gestion Logistique (LMIS) en place était très limité, voire inexistant. Seules quelques personnes interrogées ont déclaré que la pandémie avait eu un impact sur les rapports de ces deux systèmes.

« Tous les membres du personnel étaient occupés par la quarantaine et l'isolement, de sorte que, de Chaitra à Ashar, la saisie des données dans le HMIS et le LMIS a été perturbée » -M2

« Nous étions tous occupés à gérer les installations de quarantaine et d'isolement. En raison de la charge de travail et des engagements liés au COVID-19, il y a eu un impact sur notre processus normal de saisie des données dans le LMIS et le HMIS au cours des mois de mai et de juin. » -M2

Le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux ont mis en place des unités de gestion de l'information dans certains hôpitaux. L'objectif de ces unités était d'enregistrer les données des cas de COVID-19 devant faire l'objet d'un rapport. Des équipes pour le traçage et le suivi des cas ont également été constituées à tous les niveaux locaux, ces dernières n'existent plus aujourd'hui (Gouvernement du Népal, ministère de la Santé et de la Population, 2022).

Leadership et gouvernance

En raison de sa topographie et de ses conditions climatiques, le Népal est l'un des pays les plus exposés aux catastrophes dans le monde, les risques incluent inondations, glissements de terrain et tremblements de terre (Dangal, n.d.). Même avant l'apparition de la pandémie de COVID-19, des comités locaux de gestion des risques de catastrophes étaient en place dans la plupart des collectivités locales. Quelques-uns de ces comités disposaient également d'équipes d'intervention rapide (RRT), ayant un rôle majeur en cas de catastrophe. Après la prévalence endémique du COVID-19, certains gouvernements locaux ont transformé leurs comités RRT en comités de gestion de crise COVID-19 (CCMC), tandis que d'autres gouvernements locaux ont formé de nouveaux comités

pour répondre à la crise. Les CCMC locaux ont assuré la coordination avec les CCMC des circonscriptions, tandis que ces derniers ont assuré la coordination avec les CCMC provinciaux. Les CCMC provinciaux ont ensuite assuré la coordination avec le gouvernement fédéral.

Les participants à l'étude nous ont informés que les comités de gestion de crise COVID-19 étaient formés sous la direction du maire ou du président de l'administration locale et qu'ils étaient conformes aux directives émises par le gouvernement fédéral. Les membres des CCMC comprenaient également un président de l'administration locale, du personnel de sécurité et du personnel des services de santé de l'administration locale. Les présidents avaient la responsabilité de gérer les quarantaines et les isollements, tandis que le personnel de sécurité assurait la sécurité et mettait en place les centres de quarantaine et d'isolement. Le personnel de la section santé était responsable de la gestion des médicaments et des équipements nécessaires aux services de santé. De même, la circonscription envoyait des informations à la municipalité ou à la municipalité rurale (appelée Palika en népalais) concernant le nombre de personnes entrant dans leur quartier depuis les frontières, ce qui permettait de gérer la distribution de l'aide. La principale responsabilité de ce comité était de prendre des décisions afin d'avoir une gestion efficace du COVID-19, ce qui incluait principalement la gestion de la quarantaine et de l'isolement.

En ce qui concerne le mécanisme de coordination entre les trois niveaux de gouvernement et leur efficacité dans la gestion du COVID-19, les réponses des personnes interrogées étaient mitigées. La majorité des personnes interrogées ont indiqué qu'elles étaient en communication constante les unes avec les autres et qu'elles travaillaient en coordination. Néanmoins, quelques représentants des autorités locales se sont plaints du manque de soutien de la part de leur province et ont également souligné le manque de coordination à d'autres niveaux du gouvernement.

« Il n'y a pas eu de coordination entre les trois gouvernements. Seuls les gouvernements locaux et le gouvernement fédéral ont été impliqués dans la gestion de la pandémie COVID-19 » -M3

Le COVID-19 étant un nouveau type de maladie infectieuse, les informations et les recherches scientifiques ont constamment changé, ce qui a nécessité de fréquentes mises à jour des lignes directrices. Selon la majorité des personnes interrogées, les fréquentes modifications et le manque de clarté

quant aux rôles et aux responsabilités des trois niveaux de gouvernement ont entravé la gestion efficace de la pandémie. Les principales modifications apportées aux lignes directrices concernaient généralement les exigences en matière de test des patients positifs au COVID-19 après l'isolement, ces dernières ont parfois entraîné des conflits au sein de la communauté. En outre, bien que les fonctionnaires locaux aient indiqué qu'ils contrôlaient régulièrement les établissements de santé, les personnes interrogées au niveau provincial et fédéral ont déclaré qu'il y avait des faiblesses dans le contrôle.

« Nous avons déployé des équipes au niveau fédéral pour vérifier si les lignes directrices existent, si elles sont suivies/ respectées ou non et si elles ne sont pas respectées, pour quelles raisons, et également pour fournir un accompagnement dans le suivi des lignes directrices. Mais nous n'avons pas pu documenter les résultats de ces contrôles. La documentation est notre point faible. » -FG1

Conclusion et recommandations

Le COVID-19 est la première crise d'urgence à laquelle le Népal fait face depuis l'entrée en vigueur du fédéralisme en 2015. Cette étude a exploré les opportunités et les défis rencontrés par les gouvernements locaux dans l'apport de services de santé et de protection sociale au cours de la première année de la pandémie. La disponibilité des services de santé maternelle et infantile dans les établissements de santé a été relativement épargnée, mais nous avons constaté une baisse de l'utilisation des services en raison des problèmes d'accessibilité.

Les collectivités locales n'étaient pas préparées en termes de gestion des ressources humaines, notamment en ce qui concerne les effectifs, le renforcement des capacités, la motivation et le bien-être. La plupart des collectivités locales disposaient d'un stock de médicaments essentiels suffisant et n'ont pas eu de difficultés à le gérer. En revanche, au début de la crise, les EPI étaient rares, ce qui est compréhensible dans une situation sans précédent comme celle-ci. La lenteur des procédures d'approvisionnement a été l'un des défis importants à relever pour gérer cette pénurie.

Les gouvernements locaux ont également eu du mal à obtenir et à gérer les fonds disponibles pour le COVID-19, car la pandémie les a pris par surprise vers le

dernier trimestre de l'année 2019-20, toutefois, ils ont réussi à allouer des fonds provenant d'autres secteurs et à utiliser les réserves de budget non alloué.

Concernant le leadership et la gouvernance, les gouvernements locaux ont montré leur capacité et leur volonté à gérer la crise malgré des ressources et des connaissances limitées. Le manque de clarté dans les rôles et dans la coordination entre les trois niveaux de gouvernement est cependant un point à améliorer.

Concernant le leadership et la gouvernance, les gouvernements locaux ont montré leur capacité et leur volonté à gérer la crise malgré des ressources et des connaissances limitées.

Nos recommandations, pouvant s'appliquer à toute autre type d'épidémie, sont les suivantes :

- Un investissement continu dans les interventions qui soutiennent et améliorent l'accessibilité et l'utilisation des services de santé maternelle et infantile. D'autant plus qu'un récent rapport de l'UNICEF prévoit une augmentation de 16,7 % de la mortalité maternelle au Népal, avec 16 531 grossesses non désirées supplémentaires et une augmentation de 31,7 % d'avortements à risque en une seule année (Gutmacher Institute et CREHPA, 2017).
- Un renforcement des capacités sur mesure pour les dirigeants locaux, en mettant l'accent sur la gestion des ressources humaines et d'autres questions liées à la gouvernance, telles que l'allocation budgétaire et la collaboration et en mettant l'accent sur les contextes d'urgence. Ce renforcement des capacités peut se faire avant, pendant et après les situations d'urgence.
- Un engagement continu avec le gouvernement fédéral sur la simplification des procédés d'approvisionnement en particulier pendant les crises, permettant ainsi aux gouvernements locaux et aux autres acteurs locaux d'accélérer l'approvisionnement des marchés et d'améliorer les temps de réponse.

Bibliographie

- Berman, P., & Bitran, R. (2011). *The World Bank. Health Systems Analysis for Better Health System Strengthening*. The World Bank
- CRISIS24. (2020, March 25). *Nepal: Government announces nationwide lockdown from March 24-31 /update 4*. <https://Crisis24.Garda.Com/Alerts/2020/03/Nepal-Government-Announces-Nationwide-Lockdown-from-March-24-31-Update-4>.
- Dangal, R. (n.d.). *Country Profile: Nepal 1 Disaster Risk Management: Policies and Practices in Nepal*. Asian Disaster Reduction Center
- Ferrara, P., & Albano, L. (2020). COVID-19 and healthcare systems: What should we do next? *Public Health, 185*, 1-2. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2020.05.014>
- Government of Nepal. (2015). *Nepal's Constitution of Nepal 2015*. Government of Nepal.
- Government of Nepal Ministry of Health and Population. (2022). *Health Sector Response to COVID-19 Pandemic in Nepal*. Government of Nepal
- Guttmacher Institute and CREHPA. (2017). *Abortion and Unintended Pregnancy in Nepal*. <https://www.guttmacher.org/>
- Mathema, S. (n.d.). Perspective The Impact of COVID-19 on Immunization Services. *Med. Coll, 8*(1). <https://doi.org/10.22502/jlmc.v8i1.366>
- Ministry of Finance. (2021). Budget Speech of Fiscal Year 2020/21. Government of Nepal
- Ministry of Finance. (2020). Budget Speech of Fiscal Year 2019/20. Government of Nepal
- Ministry of Health and Population. (2020). *CICT_Facilitators_guide_revised_new*. Government of Nepal
- Ministry of Health and Population (MoHP), N. E. and I. I. Inc. (2017). *Nepal Demographic and Health Survey 2016*. Government of Nepal
- Shrestha, N., Mishra, S. R., Ghimire, S., Gyawali, B., Marahatta, S. B., Maskey, S., Baral, S., Shrestha, N., Yadav, R., Pokhrel, S., & Adhikari, B. (2021). Health system preparedness for COVID-19 and its impacts on frontline health care workers in Nepal: A qualitative study among frontline healthcare workers and policymakers. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*. <https://doi.org/10.1017/dmp.2021.204>
- World Health Organisation. (n.d.). *nCoV outbreak is an emergency of international concern*. <https://www.Euro.Who.Int/En/Health-Topics/Health-Emergencies/International-Health-Regulations/News/News/2020/2/2019-Ncov-Outbreak-Is-an-Emergency-of-International-Concern>.
- World Health Organisation. (2007). *Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action*. World Health Organisation.
- World Health Organisation. (2012). *Strengthening health-system emergency preparedness Toolkit for assessing health-system capacity for crisis management Part 1. User manual*. World Health Organisation
- Worldometer. (2022a). *COVID-19 CORONAVIRUS Pandemic*. <https://www.worldometers.info/coronavirus/>
- Worldometer. (2022b, December 1). *COVID-19 CORONAVIRUS Pandemic*. <https://www.Worldometers.Info/Coronavirus/>.

Cette publication est rendue possible grâce au généreux soutien du peuple américain par le biais de l'Agence des États-Unis pour le Développement International (USAID). Le contenu de cette publication engage uniquement la responsabilité de l'auteur et ne reflète pas nécessairement les points de vue d'USAID ou du gouvernement des États-Unis.

