

EXERCICE SUR UNE ÉTUDE DE CAS TRAITANT DE LA NÉGOCIATION (NA3E)

Format
Présentation

Cette activité contribue aux objectifs d'apprentissage du module en demandant aux participants d'appliquer les principes de négociation discutés précédemment à une étude de cas sur une campagne de plaidoyer budgétaire.

Durée nécessaire

- 30-45 minutes (20-25 minutes de travail en petits groupes, 10-20 minutes pour une discussion en grand groupe)

Description de l'activité

Exercice individuel ou en petits groupes suivi d'une discussion en grand groupe. Cet exercice s'articule autour d'une étude de cas sur une campagne de plaidoyer budgétaire en Tanzanie et analyse ses « réussites » et ses échecs dans le contexte des principes de négociation précédemment discutés.

Les participants doivent lire l'étude de cas à l'avance, puis se réunir en petits groupes pour discuter des questions sur le document associé. Après une discussion en petits groupes, ils doivent se réunir de nouveau en tant que grand groupe pour partager leurs réponses (voir les réponses à la fin de ce guide du facilitateur).

Concept(s) d'apprentissage clé(s)

- Stratégies de négociation réussies et infructueuses appliquées à un exemple spécifique du processus d'élaboration des politiques.

Matériel nécessaire

- Polycopié de l'exercice NA3E, stylos

Sessions connexes

Préparation nécessaire : 20 minutes (lecture de l'étude de cas et préparation des questions de discussion) pendant le processus politique (NA1L)

- Les participants doivent lire l'étude de cas qui sera discutée pendant la session : Peter Bofin, "Maternal Health in Tanzania: Stuck Between Public Promises and Budgetary Realities," International Budget Partnership, 2015, disponible à l'adresse : www.internationalbudget.org/wp-content/uploads/case-study-full-tanzania-maternal-health-2015.pdf

Réponses aux questions de discussion

1. Quel était l'objectif de changement politique de la campagne Wajibike Mama Aishi (Être responsable pour qu'une mère puisse survivre) ? En quoi cet objectif de campagne était-il adapté ?

L'objectif du changement de politique était que 50% des centres de santé dans quatre districts puissent assurer des soins obstétricaux d'urgence, avec une ligne budgétaire spécifique.

L'objectif était spécifique, mesurable, réalisable, atteignable et réaliste (critères SMART). Il était également fondé sur un engagement gouvernemental non satisfait. Le fait de souligner l'engagement non satisfait a montré la manière dont le gouvernement n'assumait pas sa responsabilité vis-à-vis de son engagement.

2. Quelles preuves la campagne a-t-elle utilisé et comment celles-ci ont renforcé la crédibilité de l'objectif politique ?

Le réseau a commandé une évaluation exhaustive des capacités des centres de santé à Rukwa en utilisant une trousse d'outils de l'OMS qui a identifié neuf fonctions clés pour les soins obstétricaux d'urgence. Cette évaluation comprenait également des données qualitatives issues de la rétroaction des femmes et des agents de santé. L'évaluation a révélé que les services de soins obstétriques d'urgence étaient largement indisponibles dans la région de Rukwa. Cette recherche a rendu crédibles leurs objectifs stratégiques et a contribué à les intégrer autour de la responsabilisation, démontrant ainsi qu'un engagement pris par le gouvernement cinq ans plus tôt n'avait pas encore été rempli.

3. Quel engagement la campagne a-t-elle obtenue auprès du Premier ministre ?

Le Premier ministre a signé un discours qui promettait un budget spécial qui permettrait à la majorité des femmes pauvres d'accéder à des soins obstétricaux et néonataux complets dans les centres de santé à proximité de leurs domiciles. Il a également envoyé une directive aux autorités sanitaires régionales leur demandant d'allouer un budget approprié pour des soins d'urgence complets.

4. Pourquoi l'engagement du Premier ministre ne pouvait pas être satisfait ?

Bien que le Premier ministre ait pris un engagement verbal sur le budget à consacrer que la campagne demandait, cet engagement ne pourrait pas être pris dans le cadre des lignes directrices du processus budgétaire. Le gouvernement central n'aurait pu que dégager un budget spécifique si l'engagement avait été intégré dans le cadre de dépenses à moyen terme sur trois ans, ce qui n'était pas le cas. Au-delà de cette question, le gouvernement central ne propose aux régions que des orientations budgétaires. Lorsque le Premier ministre a envoyé sa directive aux régions peu de temps après l'engagement pris dans son discours, il a appelé à consacrer « un budget approprié » aux soins obstétricaux d'urgence, mais n'a pas mentionné de cibles spécifiques, de montant ou de budget dédié.

5. Quelles parties prenantes la campagne a-t-elle atteint et comment des relations positives se sont-elles établies avec ces parties prenantes ? Quelles parties prenantes n'ont pas été prises en compte par la campagne ?

MWA s'est impliqué avec : 81 députés qui étaient membres du Groupe Safe Motherhood (Maternité sûre) ; des dirigeants de la société civile ; des fonctionnaires locaux ; des équipes du Conseil de gestion de la santé.

Au lieu de se concentrer uniquement sur le ministère de la Santé et de la Protection sociale, les dirigeants ont cartographié le réseau des personnes décisionnaires pour atteindre leurs objectifs, et ce faisant, ont bien compris qu'il était important de s'engager avec le district et les entités régionales responsables de la budgétisation, ainsi qu'avec le bureau du Premier ministre, l'administration régionale et les autorités locales. La campagne a établi des relations positives en veillant à ce que la communauté politique reçoive un message et un cadrage cohérent sur la question. Une appropriation du problème a pu être réalisée entre les différentes parties.

Bien que la campagne ait été très utile pour former une large coalition et étendre sa portée au-delà du ministère de la Santé et de la Protection sociale pour inclure les autorités budgétaires nationales et locales, elle a omis d'impliquer la Commission des services sociaux, qui examine le budget annuel de la santé et les dépenses connexes. Cela est dû à une incompréhension du processus budgétaire complexe. Certains membres du gouvernement ne comprenaient même pas pleinement les règles et les règlements du processus budgétaire en lui-même. La campagne était composée d'une coalition très large, qui aurait pu être encore plus large.

6. De quelle manière le contexte budgétaire en Tanzanie a-t-il affecté les intérêts des décideurs ?

La crise financière de 2014 a obligé le gouvernement procéder à des coupes budgétaires notamment sur les services de santé. Ces coupes ont contraint les responsables gouvernementaux à prendre des décisions difficiles sur le choix des services qui recevraient le financement nécessaire.

7. Cet exemple peut-il être reproduit dans d'autres pays ou sur d'autres thèmes ? Quels enseignements sur la négociation peuvent être tirés de cette étude de cas ?

Encouragez une discussion sur la reproduction et les enseignements tirés de cette expérience. Certains points à prendre en compte :

- La Tanzanie est dotée d'un gouvernement fortement centralisé.
- La santé maternelle est une cause facile à appuyer.
- L'étude de cas a montré l'importance de bien comprendre le processus et le calendrier budgétaires afin de cibler les exigences du plaidoyer avec plus de précision.
- Le plaidoyer ne prend pas fin avec l'engagement initial — la négociation est nécessaire pour poursuivre la sensibilisation afin d'assurer que l'engagement se transforme en action.