



DIALOGUE DE CABRI SUR LA SANTÉ

Étude de cas

Santé maternelle et infantile au Ghana



SE CONNECTER • PARTAGER • RÉFORMER



Dialogue de CABRI sur la santé

Étude de cas

Santé maternelle et infantile au Ghana



Table des matières

Liste des tableaux et des figures	1
Acronymes et abréviations	2
Préface	4
1. Introduction	4
2. Offrir des services de santé maternelle et infantile au Ghana	6
2.1 Structure et financement du secteur de la santé au Ghana	6
2.2 Structures de santé maternelle et infantile au Ghana	8
3. Réformer la prestation de services et le financement au Ghana pour obtenir des résultats	11
3.1 Décentralisation	11
3.2 Réformes organisationnelles : intégration de la prestation de services	12
3.3 Réformes du financement	12
3.4 Réforme de la gestion des finances publiques	15
4. Problèmes liés à la réforme	16
4.1 Autonomie et exhaustivité	16
4.2 Effets des réformes sur l'établissement des priorités	17
4.3 Exécution et transferts budgétaires	18
4.4 Capacités et mesures incitatives	18
4.5 Coopération	20
4.6 Informations et données	20
5. Questions clés faisant l'objet de discussions	21
Références/Bibliographie	22
Annexe A: Liste des personnes consultées	24



Liste des tableaux et des figures

Tableau 2.1	Allocations nominales du Cadre de dépenses à moyen terme (CDMT) au secteur de la santé, de 2006 à 2009	6
Tableau 2.2	Allocation du budget du MdS par source et par classification économique en 2009	7
Tableau 2.3	Financement des « Services » par fonction et par source, en 2009	8
Tableau 2.4	Allocations budgétaires identifiables destinées à la SMI par source, en 2009	10
Tableau 2.5	Estimations récentes des tendances concernant la mortalité maternelle et des enfants de moins de 5 ans au Ghana	11
Figure 2.1	Sources de financement du secteur de la santé au Ghana	7
Figure 2.2	Organigramme des divisions chargées de la santé familiale du SSG	8
Figure 4.1	L'ABS devenant plus prééminent dans le secteur de la santé ghanéen (paiements des partenaires au développement, en millions de SSG)	17



Acronymes et abréviations

ABMD	Appui budgétaire multi-donateurs
ABS	Appui budgétaire sectoriel
ADS	Administration de district de santé
ARS	Administration régionale de santé
ASD	Agent de santé communautaire
CABRI	Initiative africaine concertée sur la réforme budgétaire
CDMT	Cadre des dépenses à moyen terme
CGB	Centre de gestion du Budget
CHAG	Association chrétienne de santé du Ghana
CNAM	Caisse nationale d'assurance maladie
CSC	Complexe de santé communautaire
EDGS	Équipe de district de gestion de la santé
EDS	Enquête démographique et de santé
ERGS	Équipe régionale de gestion de la santé
FGN	Fonds générés au niveau national
GdG	Gouvernement du Ghana
GIMI	Gestion intégrée des maladies infantiles
MdFPE	Ministère des Finances et de la Planification économique
MdS	Ministère de la Santé
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
OMD	Objectifs du millénaire pour le développement
PPTE	Pays pauvres très endettés
RNAM	Régime national d'assurance maladie
SMI	Santé maternelle et infantile
SOI	Soins obstétricaux intensifs
SPCS	Services et planification de la santé communautaire
SSG	Service de santé du Ghana
TMM	Taux (ou Indice) de mortalité maternelle
TMM5	Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans
USAID	Agence des États-Unis pour le développement international



Préface

Cette étude de cas a été élaborée afin d'être utilisée dans le cadre du Dialogue de CABRI sur la Santé. L'équipe réunie pour soutenir le dialogue est dirigée par John Kruger. Elle comprend également les membres suivants : Orvill Adams (expert dans le domaine de la santé), Ramlatu Attah (chercheur dans le cadre de l'étude de cas) et Clara Picanyol (chercheuse pour la même étude de cas). Tim Ensor et Alex Matheson ont prodigué des conseils et se sont chargés de l'assurance qualité.

Les études de cas réalisées pour ce dialogue n'ont pas la prétention de présenter un rapport de recherche mais plutôt de permettre aux participants d'appliquer aux situations réelles, les approches, les concepts, les cadres et les outils présentés dans les rapports principaux. Les études de cas ont pour objet d'exposer un véritable problème aux participants que ceux-ci devront aborder et résoudre, en utilisant les informations présentées dans cette étude, la connaissance acquise à partir de la présentation faite pendant le séminaire et en faisant également appel à leur expérience.

L'étude de cas a été élaborée par le truchement d'un premier examen de recherche documentaire et d'une mission effectuée dans le pays pour s'entretenir avec le personnel qui a participé à la conception et à la mise en œuvre de la politique relative au secteur de la Santé au Ghana.

L'auteur¹ remercie toutes les personnes qui se sont rendues disponibles pour fournir des informations et faire part de leurs réflexions pour cette étude de cas. L'auteur est particulièrement reconnaissant envers Emmanuel Adjorlolo pour son soutien tout au long de la mission. Une liste de toutes les personnes interrogées peut être consultée en Annexe 1.

Les erreurs d'interprétation ou de faits n'engagent que la responsabilité de l'auteur.

1 Ramlatu Attah



1. Introduction

Alors que le Ghana a été considéré comme le modèle illustrant les défis que doit relever le secteur de la santé en Afrique (Horton, 2001), il a également été à l'avant-garde de la mise en œuvre d'une série de réformes visant à améliorer la prestation des services dans le secteur. Ces réformes comprennent : l'intégration des programmes et la coordination des financements apportés par les donateurs ; la décentralisation de la prestation de services ; la mise en place de nouveaux mécanismes de financement, principalement un financement commun par le biais de la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) ; et, la réforme importante de la gestion des finances publiques.

Par conséquent, le Ghana, fournit des exemples concrets de diverses stratégies de réforme visant à améliorer la performance et la prestation de services et, donne l'occasion d'examiner le lien entre ces mesures et le niveau ainsi que l'efficacité de la prestation des services dans un domaine spécifique de services, à savoir la santé maternelle et infantile (SMI).

L'accent mis sur la SMI, est en partie motivée par l'importance internationale et politique de ce domaine. Les Objectifs du millénaire pour le développement (OMD) 5 et 4 demandent une réduction de 75 % et de 66 % du taux de mortalité maternelle (TMM) et du taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans (TMM5) respectivement entre 1990 et 2015. La SMI reste un indicateur du défi à relever par l'Afrique en matière de santé : le risque de mourir pour des causes de santé maternelle est d'environ 881 pour 100 000 naissances vivantes dans les pays d'Afrique subsaharienne, comparés à seulement 16 pour 100 000 naissances vivantes dans les pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). De même, le TMM5 s'élève à 144 pour 1 000 naissances vivantes en Afrique subsaharienne comparé à un taux de mortalité de 6 pour 1 000 dans les pays de l'OCDE (PNUD, 2010).

En outre, la SMI est considérée comme un domaine représentant un bon baromètre de la force (ou de la faiblesse) du système de santé. Il a été dit que :

la mortalité maternelle est une fenêtre ouverte sur la force du système de santé d'un pays... Une grossesse permet de tester presque tous les aspects d'un système de santé : les soins préventifs, l'encadrement, la chirurgie, l'administration des médicaments, les soins de suivi et le traitement d'urgence. Le nombre de femmes décédant de causes maternelles a historiquement démontré que beaucoup trop de systèmes de santé nationaux échouaient à ce test » (IHME, 2010).

Dans le cas du Ghana, le domaine de la SMI présente un intérêt particulier, parce qu'après la reconnaissance d'améliorations importantes jusqu'en 2000 à peu près, les experts ont noté une stagnation des progrès, ou du moins un ralentissement, et ce, malgré l'importante réforme du secteur de la santé et l'accent mis sur la planification et le financement.

La partie suivante, présente certaines caractéristiques essentielles du système ghanéen de santé et les dispositions prises au Ghana concernant la SMI. Par la suite, l'étude de cas décrit les réformes mises en place. La quatrième partie aborde certaines questions liées aux réformes telles que soulevées dans les ouvrages consacrés à ce sujet et par celles soulevées par les intervenants interrogés au cours de l'étude. Le débat sur ces problèmes et questions vise à se concentrer sur l'identification des aspects positifs et des lacunes éventuelles des réformes ayant trait à la SMI.



2. Offrir des services de santé maternelle et infantile au Ghana

2.1 Structure et financement du secteur de la santé au Ghana

2.1.1 Responsabilités principales

Au Ghana, le ministère de la Santé (MdS) est chargé de la formulation des politiques, de la réglementation, de la coordination, de la mobilisation des ressources, du financement ainsi que du suivi et de l'évaluation. Les services sont fournis par le Service de santé du Ghana (SSG), l'Association chrétienne de santé du Ghana (CHAG), les hôpitaux universitaires et les prestataires de services privés. Le SSG est le prestataire principal de services du secteur public et il est chargé de gérer la prestation des services et l'élaboration des directives de mise en œuvre pour les régions et les districts.

En plus de ce « partage » entre l'acquéreur (le MdS) et les prestataires, la prestation de services de santé au Ghana est décentralisée. Les Équipes régionales de gestion de la santé (ERGS) assurent une coordination et une assistance aux districts en vue de développer et de réaliser des plans de mise en œuvre au niveau des districts. Elles fournissent également des services de communications entre le niveau national et le niveau des districts. Au niveau des districts, des Équipes de districts de gestion de la santé (EDGS) ont été créées pour planifier et mettre en œuvre la prestation des services de soins de santé. Les EDGS ont également le pouvoir de mobiliser des fonds supplémentaires provenant de donateurs. La gestion financière est assurée par les Centres de gestion du Budget (CGB) au niveau des districts (Service des statistiques du Ghana, SSG et Macro international, 2009).

2.1.2 Financement de la santé

Bien que les dépenses de santé, calculées par rapport au PIB, aient légèrement diminué ces dernières années (voir Tableau 2.1), les allocations ont été voisines de l'objectif fixé par la Déclaration d'Abuja, qui était de consacrer 15 % des dépenses publiques à la santé. Le secteur de la santé a reçu 14,4 % du total du budget national en 2009 (MdS, 2010).

Tableau 2.1: Allocations nominales du Cadre de dépenses à moyen terme (CDMT) au secteur de la santé, de 2006 à 2009

	2006 (En 000 de GH¢)	2007 (En 000 de GH¢)	2008 (En 000 de GH¢)	2009 (En 000 de GH¢)
CDMT – Santé	478 655	563 756	752 233	921 929
CDMT – Total	2 948 398	3 869 832	5 059 868	6 446 157
Pourcentage alloué à la santé	16.2%	14.6%	14.9%	14.4%

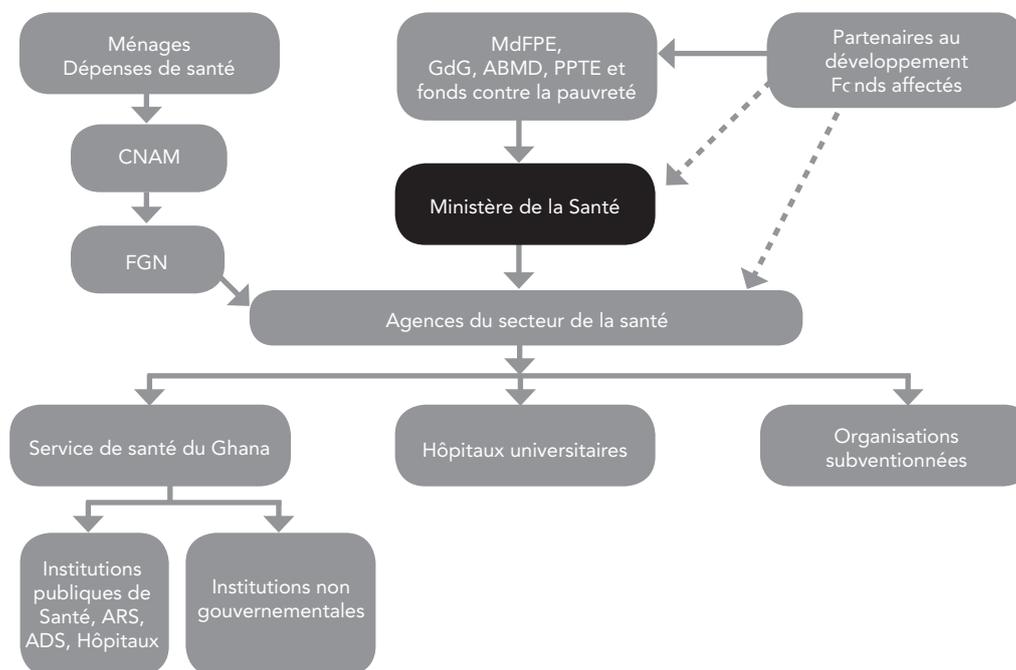
Source : MdS (2010)

Le secteur de la santé est financé par quatre sources principales :

- Le budget du gouvernement du Ghana (GdG) ;
- Le financement des partenaires au développement (dons et prêts) ;
- Le régime national d'assurance maladie (RNAM), la principale composante des fonds générés nationalement ; et,
- La participation aux frais (ou frais d'utilisation ou encore ticket modérateur).

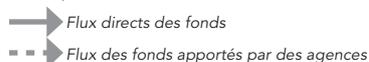


Figure 2.1: Sources de financement du secteur de la santé au Ghana



Source : Bempah, 2007

Remarque :



Quantifier les différentes sources du financement des soins de santé au Ghana est compliqué par la fragmentation du budget aux niveaux national et sectoriel ; en outre, cette démarche est entravée par les niveaux significatifs de financement hors budget dans le secteur de la santé (MdS, 2009a). Ceci dit, en 2009, il a été estimé que la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) était le principal contributeur au budget du secteur santé, ses contributions représentant 37 % de l'enveloppe totale des ressources du secteur de la santé (MdS, 2010). Le deuxième plus gros contributeur était le gouvernement, à 35 %. Les fonds des donateurs qui aident le secteur par le biais de l'appui budgétaire sectoriel (ABS) représentaient un peu plus d'un cinquième (21 %) de l'enveloppe totale des ressources.

Tableau 2.2 : Allocation du budget du MdS par source et par classification économique en 2009

	GdG (En milliers de GH¢)	Donateurs ABS (En milliers de GH¢)	CNAM (En milliers de GH¢)	Donateurs Fonds affectés (En milliers de GH¢)	Participation aux frais (En milliers de GH¢)	Total (En milliers de GH¢)
Émoluments du personnel	278 991	-	10 320	-	10 583	299 894
Administration	11 119	123	13 490	-	17 777	42 509
Services	11 974	49 837	287 220	102 271	-	451 302
Investissement	7 000	5 500	10 620	24 547	24 547	72 214
Total	309 084	55 460	321 650	126 818	52 907	865 919

Source : MdS (2010)



Tableau 2.3 : Financement des « Services » par fonction et par source, en 2009

	GdG (GH¢ '000)	Donateurs- ABS (GH¢ '000)	PPTÉ (GH¢ '000)	CNAM (GH¢ '000)	Participation aux frais (GH¢ '000)	Donateurs- Fonds affectés (GH¢ '000)	Total (GH¢ '000)
Santé maternelle et infantile	600	21 150	-	-	-	30 273	52 023
Maladies transmissibles	460	4 657	-	-	-	63 698	68 815
Maladies non transmissibles	750	2 420	-	-	-	-	3 170
Gestion des finances publiques	195	910	-	-	-	-	1 105
Renforcement du secteur de la santé	809	2 020	-	-	-	1 536	4 365
Frais de fonctionnement	9 160	18 670	-	287 220	-	6 770	321 820
Total	11 974	49 827	-	287 220	-	102 277	451 298

Source : MdS (2010)

2.2 Structures de santé maternelle et infantile au Ghana

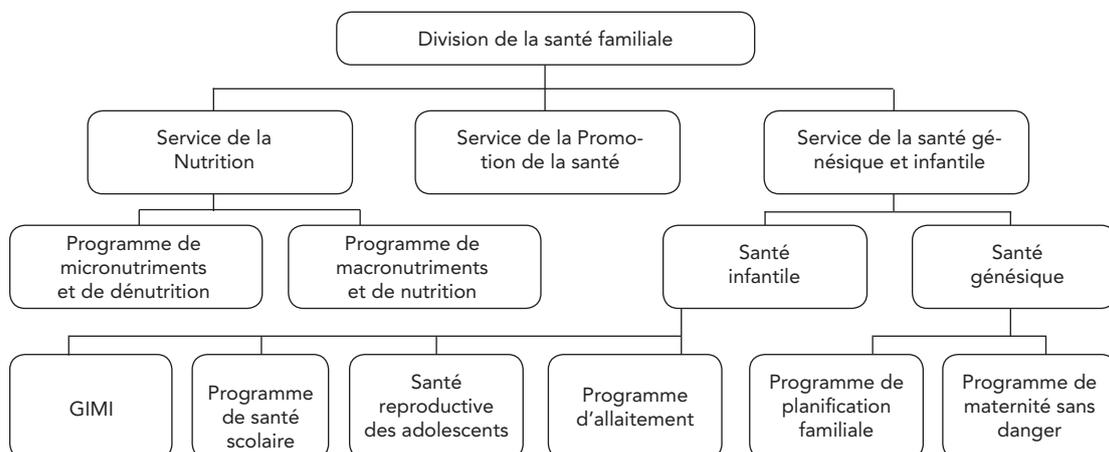
2.2.1 Cadre institutionnel pour la santé maternelle et infantile

La division santé familiale du SSG est responsable de la SMI, de la planification familiale (ou planning familial) et des activités de santé en matière de sexualité.

La division est chargée de coordonner la mise en œuvre des activités de santé génésique (ou reproductive) et infantile au niveau national et elle est constituée de trois principaux services (Santé génésique et infantile ; Nutrition ; et, Promotion de la santé) qui ont chacun des agents de programme qui sont aidés par les autres membres du personnel de santé. La division collabore avec les directions régionales de santé qui sont dirigées par des directeurs régionaux des services de santé.

Chaque direction régionale dispose d'une division de santé familiale qui veille à la mise en œuvre des activités de santé reproductive et infantile. Les directions de districts ont des structures similaires à celle des régions. Les districts envoient des comptes-rendus aux régions, qui à leur tour, transmettent des rapports à l'échelon nationale. Au niveau national, la division de la santé familiale travaille avec d'autres divisions et directions du SSG.

Figure 2.2: Organigramme de la division chargée de la santé familiale du SSG



Source : SSG, 2009



2.2.2 Programmes de SMI au Ghana

Deux politiques distinctes ou documents de stratégies, l'un portant sur la santé maternelle (santé génésique et sexuelle) et l'autre sur la santé infantile, précisent la prestation de services qui doit être offerte à cet égard au Ghana. Les rapports annuels du service de la santé génésique et infantile contiennent une liste plus limitée des services rendus que ceux figurant dans les documents de politiques plus générales (comprenant la maternité sans danger et la santé infantile, la planification familiale, la prévention et la gestion des IST/VIH/Sida, les soins après avortement ainsi que la prévention et la gestion des cancers de l'appareil génital) et le FNUAP conclut qu'au niveau du district, un ensemble beaucoup plus restreint de services, se concentrant uniquement sur les trois premières activités de la liste, est offert en réalité.

En plus des activités principales, les programmes suivants ont récemment été institués pour accélérer les améliorations inhérentes à la SMI (Service des statistiques du Ghana & coll., 2009).

- *Programme relatif à la nutrition et au mode de vie régénérateur.* Ce programme met l'accent sur les maladies non transmissibles comme l'obésité et l'hypertension ainsi que sur la SMI. Il identifie, forme et soutient des agents de santé au niveau communautaire afin qu'ils transmettent des messages de mode de vie sain pour promouvoir les services et le comportement favorisant la santé.
- *Programme « Impact élevé et prestation rapide » (HIRD).* Le programme HIRD encourage des interventions prioritaires et rentables visant à améliorer la SMI au niveau des districts. Ce programme apporte un financement spécifique à la prestation de services dans le but de se concentrer davantage sur les services de santé reproductive et infantile et d'en accroître leur financement, par le biais des EDGS (Mds, 2009b).
- *Programme de services et planification de la santé communautaire (SPSC).* Le SPSC est une stratégie qui vise à accroître l'accès aux services de SMI. Le SPSC porte sur un processus spécifique pour apporter des services de santé dans les régions mal desservies grâce à la mobilisation communautaire. La première étape à l'adoption du SPSC dans un district est d'obtenir l'approbation des dirigeants communautaires traditionnels et de commencer le processus de planification. Les collectivités doivent soutenir et participer activement à l'initiative. Les dirigeants communautaires et les bénévoles coopèrent pour mobiliser des ressources et de la main-d'œuvre pour construire un simple centre de santé, connu sous le nom de complexe de santé communautaire (CSC), constitué d'un emplacement pour un centre médical et d'un logement pour un prestataire de soins de santé. Les CSC sont pourvus d'agents de santé communautaire (ASC), qui sont des infirmières et infirmiers formés spécifiquement pour ce rôle. Une fois que le CSC est établi, un ASC est détaché auprès de la collectivité. Les responsabilités de l'ASC comprennent des séances cliniques au CSC, des visites aux ménages pour effectuer des services de planification familiale, d'éducation à la santé ainsi que des soins ambulatoires et services de sensibilisation à la vaccination. Le soutien de la communauté au CSC est organisé sous forme d'un Comité de santé communautaire et d'aides de santé communautaire qui travaillent avec l'ASC de manière bénévole.

2.2.3 Financement de la santé maternelle et infantile au Ghana

Le Tableau 2.4 montre l'allocation identifiable aux activités de SMI par source de financement et l'activité financée. En 2009, un total de 52 millions de cedis ghanéens (GHc) a été affecté aux activités de SMI. Quelques points observables valent la peine d'être soulignés. Tout d'abord, l'importance relative des fonds affectés aux activités de SMI est remarquable.



Cet examen a été incapable de parvenir à un consensus concernant les incidences des fonds importants affectés, pour le secteur. D'une part, les fonds d'affectation spéciale s'assurent que les activités de SMI demeurent judicieusement une priorité dans les plans de districts. Toutefois, un des inconvénients liés à ces fonds affectés est de constater, que bien souvent, en raison de leur attachement aux priorités des donateurs, ils ne sont pas en harmonie avec les calendriers de planification et d'activités du personnel régional et de districts. En particulier, les fonds affectés seraient versés sporadiquement aux divers programmes tout au long de l'année, ce qui entrave la planification et la mise en œuvre des programmes prioritaires.

Deuxièmement, les fonds apportés par les donateurs par le biais de l'ABS représentent une contribution de 40 % au budget de SMI. Cela est défini dans le cadre de l'ensemble du secteur dans lequel l'ABS est en train de retrouver sa prééminence par rapport aux fonds d'affectation spéciale. En 2009, les donateurs ont versé 108,6 millions de GHc destinés au secteur de la santé dont 37,2 millions (34 %) ont été affectés à des programmes spécifiques du MdS. Ce montant est inférieur à celui de 2008, où près de la moitié des contributions des donateurs, inscrites au budget (48 %) représentaient des fonds affectés, la majeure partie (71 %) correspondant aux contributions du Fonds mondial.

Tableau 2.4: Allocations budgétaires identifiables destinées à la SMI par source, en 2009

	GdG (GHc '000)	Donateurs- AB (GHc '000)	PSTE (GHc '000)	CNAM (GHc '000)	Participation aux frais (GHc '000)	Donateurs- Fonds affectés (GHc '000)	Total (GHc '000)
Contraceptifs	400	2 500	-	-	-	1 103	4 003
Initiative maternelle gratuite pour l'accouchement	-	10 000	-	-	-	-	10 000
Équipe spéciale sur l'OMD 5	-	50	-	-	-	-	50
Vaccins	-	2 000	-	-	-	7 078	9 078
MII	-	1 600	-	-	-	11 747	13 347
Programmes d'alimentation complémentaire	200	-	-	-	-	1 802	2 002
Campagne de SMI	-	5 000	-	-	-	7 581	12 581
Total	600	21 150	-	-	-	29 311	51 061

Source: MdS (2009b)

2.2.4 Services de santé maternelle et infantile et preuves des résultats

Un Rapport 2008 de l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID) sur la SMI au Ghana mentionne « peu d'améliorations dans les résultats de santé du Ghana au cours des 10 dernières années ... malgré des ressources importantes allouées par les donateurs » (USAID, 2008). Cette mention concerne les « services limités connexes atteignant le niveau communautaire et les ménages » et « à la qualité des services de santé maternelle et infantile ».

D'autres évaluations, comme l'Indice des composantes du programme maternel et néonatal (MNPI), soulignent toutefois un niveau plus élevé des services que dans d'autres pays. Le Ghana obtient un résultat de 65 sur un indice composite (ou agrégatif) par rapport à une



moyenne de 56 pour 50 pays évalués. L'indice met l'accent sur des caractéristiques telles que la capacité de services des établissements de santé, l'accès aux services, les soins reçus, la planification et la politique familiales et, les fonctions de soutien (USAID, 2006).

Tableau 2.5: Estimations récentes des tendances concernant la mortalité maternelle et des enfants de moins de 5 ans au Ghana

	1980	1990	2000	2010
Mortalité maternelle pour 100 000 naissances vivantes	731	549	538	409
TMM5 pour 1 000 naissances vivantes	149:4	122:2	98:6	77:5

Remarque : La mortalité des enfants de moins de 5 ans est la probabilité de décès entre la naissance et 5 ans

Source : Hogan & coll. (2010) ; Rajaratnam & coll. (2010)

L'analyse récente effectuée par l'Institut pour l'évaluation et les métriques de santé (IHME) souligne des intervalles d'incertitude importants pour les données mais suggère la reprise d'une progression plus importante à partir de 2000, après une période de stagnation, surtout en ce qui concerne l'amélioration de la mortalité maternelle. Les estimations de l'IHME (exception faite des intervalles d'incertitude) sont présentées au Tableau 2.5. Les taux annualisés de mortalité des enfants de moins de 5 ans baissant de 2,2 % par an, entre 1990 et 2000 et, de 2,4 % entre 2000 et 2008, peuvent indiquer des progrès constants. Cependant, certaines projections montrent que si les tendances actuelles en TMM et TMM5 continuent, il est peu probable que le Ghana atteindra ses cibles OMD, à moins qu'il ne prenne des mesures pour accélérer le rythme des interventions de SMI (PNUD, 2010).

Les raisons suivantes ont été invoquées pour expliquer les progrès relativement lents à l'égard de la santé maternelle : manque d'accès à une accoucheuse qualifiée ; insuffisance d'équipements hospitaliers ; insuffisance d'infrastructures de transports ; et, faible fréquence contraceptive, qui entraîne un besoin non satisfait de planification familiale, conduisant à des grossesses non désirées et non calculées.

Le rapport d'activités du Ghana sur les OMD (2010) reconnaît les interventions de politiques telles que la politique et la stratégie relatives à la santé infantile, la stratégie alimentaire du nourrisson et du jeune enfant, la politique et la stratégie de prévention de la transmission de la mère à l'enfant (PTME), la dissociation des enfants de leurs parents pour une couverture du RNAM et, la couverture importante de vaccinations pour l'amélioration des indicateurs de santé infantile.

3. Réformer la prestation de services et le financement au Ghana pour obtenir des résultats

Le système de santé du Ghana a entrepris plusieurs initiatives de réformes depuis les années 1980. Des aspects de quatre séries de réformes sont décrits ci-après : la décentralisation ; l'abandon des programmes verticaux ; la coordination de toutes les sources de financement ; et, les réformes de gestion des finances publiques. Les réformes de décentralisation, d'organisation et de financement revêtent une importance particulière pour les processus de planification et d'octroi de priorité en matière de SMI.

3.1 Décentralisation

En permettant aux organisations locales de se prononcer sur la gestion et l'utilisation des ressources, la décentralisation a été considérée comme un moyen d'améliorer la prestation des services en augmentant les efficacités techniques (plus faibles coûts en raison de solutions



locales) et les efficacités d'allocation (prestation de services appropriés en raison des connaissances locales).

La décentralisation a été un élément clé de la réforme du secteur de santé au Ghana. Elle a impliqué le transfert du pouvoir décisionnel et de la gestion des services de santé, du MdS à un organisme indépendant, le SSG, et de là, à des niveaux régionaux et de districts. Dans ce processus, le SSG, l'ERGS et l'EDGS sont des acteurs clés. Les EDGS, basées sur les conditions du niveau local ont le pouvoir de réaffecter des fonds au sein des lignes budgétaires pour des activités et des programmes spécifiques. En outre, les EDGS peuvent aussi mobiliser des fonds supplémentaires de donateurs pour soutenir les activités de SMI.

Cependant, malgré les structures décentralisées de coordination et de prestation des services, le secteur de la santé dans son ensemble est souvent décrit comme étant « partiellement décentralisé ». Cela tient au fait que certains systèmes d'allocation restent centralisés. Par exemple, le personnel est encore payé par le truchement d'un système de trésorerie centralisé tandis que les budgets pour l'administration sont alloués par le biais d'un système local de trésorerie ; en conséquence, les districts ne peuvent pas réaliser des économies sur le personnel, en vue de les réaffecter à d'autres lignes. Ce processus pourrait compromettre l'appropriation des districts et la souplesse dans la planification et la mise en œuvre (Ensor & Ronoh, 2005).

Des informations anecdotiques circulent sur le fait que les capacités au niveau du district demeurent généralement faibles, ce qui nuit au processus de planification et d'élaboration du budget. Ensor et Ronoh (2005) notent que les avantages de la décentralisation peuvent être réduits lorsque des investissements insuffisants sont faits pour renforcer les capacités qui doivent gérer des processus complexes de planification et d'élaboration du budget.

Compte tenu du partage entre l'investisseur (MdS) et le prestataire de services (SSG), la communication et la collaboration entre les organismes sont indispensables pour assurer les priorités sectorielles communes, les buts et les objectifs des politiques, ainsi que pour créer les synergies nécessaires entre les organismes afin d'améliorer l'efficacité et l'efficacités. Un Comité de direction interagences existe à cette fin. Cependant, l'efficacité du Comité aurait été entravée, entre autres, par le manque de participation des organismes clés, tels que le SSH et le RNAM (MdS, 2010).

3.2 Réformes organisationnelles : intégration de la prestation de services

Un autre élément clé du processus de réforme a été l'abandon des programmes verticaux en faveur des programmes intégrés. Avant les réformes, le secteur de la santé comprenait 14 programmes verticaux. Chaque programme fonctionnait du niveau régional vers le niveau national avec très peu de coordination. Les programmes avaient également des budgets et des plans indépendants. Toutefois, dans le cadre des réformes, les systèmes de soutien de gestion (y compris les systèmes de gestion de la passation des marchés et les systèmes de gestion financière), ont également été réorganisés fonctionnellement pour soutenir la prestation intégrée des services de santé (FNUAP, 2006).

Le défi de l'intégration est de s'assurer que l'attention requise soit donnée aux programmes individuels (FNUAP, 2006. Ensor & Ronoh, 2005). Toutefois, au Ghana, dans le cas de la santé maternelle ou génésique par exemple, la façon dont la prestation de services est organisée aux points de prestation de services, semble minimiser cette menace pour certaines composantes de l'ensemble de la santé reproductive. Par exemple, toutes les infrastructures de santé publique ont des unités de santé maternelle qui fournissent des services de planification familiale et de maternité sans danger. Ceci assure une attention continue à ces



composantes de la santé génésique dans la planification et la prestation des services de santé. (FNUAP, 2006).

3.3 Réformes du financement

Les réformes du financement du secteur de la santé, visent à garantir :

- des augmentations de ressources globales destinées au secteur de la santé ;
- l'allocation équitable des ressources ;
- l'utilisation efficace des ressources ;
- la mise en œuvre de stratégies durables de financement qui protègent les pauvres ;
- et,
- une réduction des obstacles financiers aux services de santé (Addai, 2005).

Les éléments clés de ces réformes financières comprenaient la participation aux frais des bénéficiaires, la politique d'exonération, le RNAM, les approches sectorielles et plus récemment le passage à l'appui budgétaire sectoriel.

3.3.1 Participation aux frais (ticket modérateur), exemptions et le RNAM

Visant à réduire l'écart de financement en fournissant des services de santé adéquats et de qualité, la participation aux frais couvrait tous les services, à l'exception des grossesses et de la planification familiale. Afin de réduire les obstacles financiers aux services, tout en conservant le programme de financement par la participation aux frais, une série d'exemptions par la suite, a été instituée en parallèle à la participation aux frais. Les soins prénataux, l'accouchement, la planification familiale et la vaccination, comptaient parmi les services bénéficiant d'exonérations de frais (Population Council et coll., 2006).

En ce qui concerne le processus de planification au sein du secteur de la santé, bien que les recettes provenant de la participation aux frais, soient faibles, surtout dans les districts pauvres, il peut être considéré comme améliorant la prise de décisions décentralisée, puisqu'il dépend toujours du ressort des districts et des établissements de santé (Mayhew, 2003).

Depuis 2004, le Ghana a institué le RNAM qui vise à se substituer à la participation aux frais (paiements non remboursés) mettant ainsi fin au besoin d'un système d'exonération élaboré. Les services de maternité couverts par le RNAM comprennent les soins prénataux, les césariennes, la gestion des conditions obstétricales d'urgence et les soins postnataux (Population Conseil et coll., 2006). Le président du Ghana a déclaré, le 1er juillet 2008, que les femmes enceintes seraient dispensées du paiement de primes du RNAM (Services des statistiques du Ghana, 2009).

3.3.2 Mécanismes de financement : de l'approche sectorielle à l'appui budgétaire sectoriel

En 1997, le secteur de la santé a adopté les approches sectorielles, afin de mettre en place une méthode de travail entre le MdS et les donateurs, dans laquelle le financement du secteur soutenait une seule politique sectorielle et un seul programme de travail. En conséquence, le gouvernement et les donateurs se sont employés à mettre au point un programme commun de travail (pour 2002-2006) qui énonçait la vision, les priorités, les stratégies, l'enveloppe des ressources des cibles et les critères d'affectation pour le secteur [Fonds des Nations Unies pour les activités en matière de population (FNUAP), 2006]. Cependant, les donateurs principaux pour la santé génésique et sexuelle au Ghana, tels que l'USAID et le FNUAP, sont



restés en dehors de la SWAp (approche sectorielle) et ont continué de décaisser les fonds par l'intermédiaire de canaux affectés distincts. En effet, Mayhew (s.d) soutient que l'existence parallèle de ces deux mécanismes de financement peut compromettre la planification coordonnée, affectant la santé sexuelle et reproductive, du fait que ce domaine est considéré comme l'apanage d'un groupe particulier de donateurs plutôt que comme une question générale de santé. Les mêmes arguments peuvent être avancés pour les questions de santé infantiles.

Qui plus est, dans le cadre de la SWAp, « le fonds de santé » grâce auquel les donateurs acheminent leurs fonds, a été affecté non pas par dotations aux services mais par classifications économiques, (c-à-d., les salaires, les dépenses d'investissement et les dépenses se rapportant à l'administration et aux services). Les districts ne pouvaient pas réaffecter entre les lignes budgétaires, bien que des transferts puissent être effectués au sein d'une même ligne budgétaire, permettant ainsi une plus grande souplesse dans la planification et l'établissement des priorités. Toutefois, chaque ligne venait d'un mécanisme de décaissement différent, ce qui a créé des problèmes pour les agents chargés de la planification des districts (Mayhew, 2003).

Ces dernières années, le pays a opté pour les mécanismes d'appui budgétaire pour le secteur. Au cours des discussions, l'ABS a été loué pour la souplesse, la certitude et le degré d'appropriation qu'il donne aux EDGS au cours du processus de planification et de la détermination des priorités. L'ABS place également le gouvernement aux commandes, tout en améliorant la supervision des ressources du secteur de la santé par le MdS. Toutefois, ces résultats positifs sont contrebalancés par les réserves inhérentes aux retards qui sont constatés lorsque les ressources des donateurs sont acheminées par le biais des systèmes financiers du gouvernement ghanéen.

Encadré 3.1 Régime national de l'assurance maladie

Le RNAM du Ghana a été créé par la Loi nationale relative à l'assurance maladie de 2003. Le RNAM est réglementé par le Conseil national de l'assurance maladie. Les bureaux régionaux et de districts du Conseil national d'assurance maladie ont été mis en place pour décentraliser les opérations du régime. Le Conseil gère la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) par l'intermédiaire de l'encaissement, de l'investissement, des décaissements et de l'administration des ressources du régime. Le Conseil s'engage également à octroyer des licences aux prestataires de services, ainsi qu'à les réglementer et à les agréer.

Les cotisations du RNAM sont généralement calculées en fonction des revenus des clients. Les Comités d'assurance maladie de districts identifient et classent les résidents en quatre groupes sociaux principaux : les plus pauvres ou les indigents ; les pauvres et très pauvres ; la classe moyenne ; et, les riches et très riches — et varient leurs contributions respectives en conséquence. Les plus pauvres ou les indigents, les personnes âgées de plus de 70 ans et les anciens contributeurs au Trust de sécurité sociale et d'assurance nationale (SSNIT) qui sont déjà à la retraite, sont exemptés de cotisations.

Alors que les cotisations varient légèrement d'un district à l'autre, les membres paient habituellement pas moins de 7,2 cedis ghanéens (GH¢) (soit 8,00 US\$) par an. Pour les membres du secteur formel, 2,5% de leur contribution au SSNIT est déduit mensuellement en tant que leur cotisation d'assurance maladie. Les travailleurs du secteur formel sont



automatiquement membres du RNAM, mais ils doivent encore s'inscrire auprès de leur régime d'assurance maladie de districts respectif. Les membres du secteur informel, ainsi que les travailleurs autonomes, payent entre 7,2 et 48 GH¢ annuellement, selon leur revenu. Les cotisations de tous les contributeurs couvrent leurs enfants et les personnes à charge, âgés de moins de 18 ans.

En 2004, le gouvernement a introduit une taxe sur les ventes de 2,5 % (autrement dit, une taxe assurance maladie) sur certains biens et services pour aider à financer le RNAM. D'autres sources notables de financement du régime comprennent des crédits du budget de l'État et des contributions des donateurs. L'ensemble des avantages comprend les services généraux des patients non hospitalisés et hospitalisés, la santé bucco-dentaire, les soins ophtalmologiques, les soins d'urgence et de maternité, y compris les soins prénataux, l'accouchement normal et certains accouchements compliqués. Les maladies couvertes comprennent le paludisme, la diarrhée, les infections des voies respiratoires supérieures, les maladies de la peau, l'hypertension, l'asthme, le diabète – soit au total, environ 95 % des problèmes courants de santé au Ghana sont couverts.

À la mi-2007, environ 47 % de la population nationale totale s'était inscrite auprès du RNAM. Le plus grand nombre d'inscrits venait de la région d'Ashanti (2 millions).

Source : Mensah, Oppong & Schmidt (2009)

3.4 Réforme de la gestion des finances publiques

Ces dix dernières années, le Ghana a entrepris une série de réformes de gestion des finances publiques (GFP). Les éléments principaux de la préparation de budget et de son élaboration ont été :

- un passage de l'élaboration du budget par ligne budgétaire et marginal à un cadre des dépenses à moyen terme ;
- l'adoption de plans sectoriels à moyen terme (changement d'une perspective annuelle à une perspective de trois ans) ;
- une base plus analytique pour l'affectation des ressources ; et,
- l'incorporation de fonds de donateurs et de fonds générés au niveau national (Adjei-Mensah, 2007).

Parmi les objectifs types de telles réformes de GFP figurent : un renforcement de la collaboration entre les divers acteurs (tels que les ministères de la Santé et des Finances) pour élaborer les budgets ; l'exhaustivité du budget (notamment toutes les sources de financement) ; l'alignement des budgets sur les priorités ; et, fournir une plus grande certitude pour la planification prévisionnelle.

Le processus budgétaire au Ghana est, à présent, un processus annuel géré de près qui a pour but de fixer les plafonds et les grandes priorités selon une approche descendante et les affectations et la détermination des priorités selon une approche ascendante. Les étapes principales dans le processus comprennent :

1. Une demande de contributions de la part du public, notamment de la société civile et des groupes du secteur privé.
2. Mettre à jour le cadre macroéconomique, notamment les plafonds de dépenses



- globales et la distribution de fonds provenant de l'État et des donateurs.
3. Un examen précoce des politiques, réalisé par les ministères, services et agences (MDA). Au cours de cet examen, le ministère de la Santé (MdS) cherche à ce que ses objectifs, politiques et ses activités correspondent à ses besoins de dépenses compte tenu des politiques et des priorités.
 4. Des réunions intersectorielles (menées par le MdFPE) pour identifier : les domaines de chevauchements et de double emploi des résultats, objectifs et extrants clés, les domaines où la collaboration entre les MDA et la coordination s'avèrent nécessaires pour la planification et la mise en œuvre des activités, et, les commentaires et rétroactions sur l'établissement des priorités des objectifs entre les MDA se trouvant dans le même secteur général.
 5. Examen et finalisation des plafonds par le MdFPE comprenant les prévisions des dépenses de services, les dépenses d'investissements, du personnel et administratives.
 6. Fournir, par le biais de directives budgétaires, les plafonds définitifs aux MDA après l'approbation du Conseil des ministres.
 7. Élaboration des propositions des MDA et des plans opérationnels détaillés de la première année qui font l'objet d'une discussion dans les délibérations politiques et techniques avec le MdFPE. Après la finalisation, le MdFPE consolide le budget national.
 8. L'allocation définitive par les MDA, des plafonds se situant entre les centres de coûts et les objectifs. (Adjei-Mensah, 2007)

La publication des plafonds indicatifs initiaux par le MdFPE, déclenche un processus de planification intense au sein des organisations de santé. Par exemple, le SSG envoie des directives de planification et de politiques aux districts. Les directives sont destinées à aider à la préparation de divers plans régionaux et de districts, mettant l'accent sur les politiques et les priorités du secteur de la santé. Elles reflètent l'orientation stratégique et les priorités du SSG (et du secteur de la santé dans son ensemble), comme indiqué dans le plan stratégique 2007 à 2011 du SSG. Ces directives comprennent la formule d'allocation pertinente du budget pour les sources de financement.

Au niveau du district, des ateliers de planification sont alors organisés pour guider les gestionnaires concernant les priorités de l'année et savoir quels seront les outils et les processus de planification à utiliser. Les districts rédigent leurs plans et budgets de manière à ce qu'ils correspondent à leur programme régional de travail respectif. Au cours du processus de planification, les districts passent en revue les diverses composantes de la prestation de services, telles que les soins cliniques, les services de santé publique, notamment la santé reproductive et les services essentiels de soutien. Les districts examinent également les progrès et les défis de l'année précédente, définissent leurs objectifs compte tenu des priorités et des cibles nationales, identifient les activités à mettre en œuvre et leurs coûts.

Après ces processus sectoriels, le MdS consolide les plans et les budgets pour le secteur entier, puis il les soumet au MdFPE (étape 7 ci-dessus).

4. Problèmes liés à la réforme

4.1 Autonomie et exhaustivité

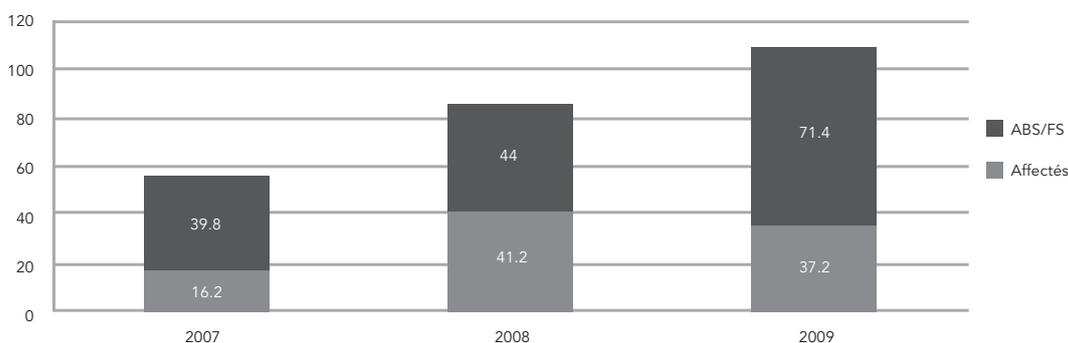
Dans au moins deux domaines de réformes, à savoir, la décentralisation et la coordination accrue (ou l'exhaustivité des processus budgétaires) la réforme est perçue, bien qu'elle ait fait du chemin, comme incomplète et ceci limite son impact.



C'est le cas de la décentralisation où la volonté effective des autorités régionales et locales demeure limitée par les mécanismes centraux d'affectation (comme celui du personnel). Par conséquent l'autonomie et la flexibilité sont plus illusoirs que réelles.

Quant à la coordination entre les divers contributeurs [y compris les diverses entités de l'État, telles que le MdS et le RNAM et, les donateurs] de nombreux experts parlent du processus budgétaire comme étant moins que suffisant, malgré les SWAp mises en place depuis longtemps au Ghana et l'adoption de l'ABS.

Figure 4.1: L'ABS devenant plus proéminent dans le secteur de la santé ghanéen (paiements effectués par les partenaires au développement en millions de GHC)



Source : MdS, 2009b

Bempah (2007) indique que les contributions financières de certaines sources ne sont pas connues au stade de la formulation du budget et ne figurent donc pas dans la formulation et l'analyse budgétaires (Bempah, 2007). En outre, le MdFPE envoie certains fonds directement aux régions et districts. Cela réduit la transparence et l'obligation de rendre compte des unités de services puisqu'il devient difficile pour le MdS de surveiller l'utilisation de ces fonds. De telles actions vont aussi à l'encontre des principes de l'exhaustivité du budget et de l'efficacité d'allocation (Bempah, 2007). Abekah-Nkrumah, Dinklo & Abor (2009) soutiennent que le MdS sans avoir recours au MdFPE, peut obtenir de ses partenaires au développement, le financement supplémentaire nécessaire pour fournir des services, ce qui entraîne une situation où le MdS dialogue davantage avec ses partenaires au développement qu'avec le MdFPE.

4.2 Effets des réformes sur l'établissement des priorités

Alors que des progrès substantiels ont été réalisés au Ghana grâce aux SWAp et à l'ABS, des allocations substantielles sont encore réservées, comme on le voit dans le financement de la SMI, ce qui limite le pouvoir du processus budgétaire et la capacité des régions et des districts de répondre aux besoins perçus et d'essayer d'être efficace.

L'examen indépendant du secteur de la santé de 2008 (MdS, 2009a) confirme que le financement du secteur de la santé change de deux façons : la répartition relative des diverses sources change, et la facilité d'accès à ces sources change également. Sur le plan des sources, le financement se caractérise par un infléchissement de la part attribuée au Gouvernement et une augmentation significative des finances allouées par l'Assurance maladie nationale. On ne sait pas quel sera l'effet de l'augmentation du financement du RNAM dans les divers domaines prioritaires mais on craint que cela ait un effet négatif sur le financement des services préventifs par rapport aux services curatifs car le financement du RNAM pourrait être dirigé par les activités favorisant la santé des patients plutôt que par les preuves de l'impact



bénéfique des mesures préventives. Alfery (2009) fait remarquer qu'un accent notable est mis sur la santé génésique de la femme dans l'ensemble des avantages (du RNAM).

Les craintes émises au départ, que la décentralisation et l'importance accordée au fardeau de la maladie pourraient avoir une incidence négative sur la priorité relative des services de santé génésique et de santé infantile, semblent ne pas s'être concrétisées, principalement en raison de la nature profondément ancrées de ces services dans les politiques et dans les structures de santé de districts.

4.3 Exécution et transferts budgétaires

Des commentaires dans les ouvrages consacrés à ce sujet et les entrevues traitant des retards pris pour débloquer les fonds sectoriels par le MdFPE et certaines autres institutions privilégiées à cet égard, pourraient indiquer des problèmes apparentés à certains aspects de l'exécution du budget qui pourraient empêcher une mise en œuvre selon le plan.

L'augmentation des contributions des partenaires au développement destinées au secteur est accompagnée par le fait que l'ABS prend à nouveau le dessus par rapport aux fonds affectés (voir la Figure 4.1). Ce développement est encourageant et en conformité avec les principes de la Déclaration de Paris, ce qui permet une plus grande exhaustivité et flexibilité dans le processus de planification. Cependant, du fait que les fonds de l'ABS sont canalisés par le biais des systèmes publics, il a été estimé qu'il pourrait y avoir des retards plus importants pour le déblocage de fonds nécessaires à la mise en œuvre des interventions-clés, que lorsque les fonds étaient débloqués par le biais de systèmes parallèles. Les paiements effectués au mauvais moment peuvent aussi mener à une planification négative, et peuvent compromettre la crédibilité du budget et retarder la création de contrats de performance pour effectuer le suivi.

4.4 Capacités et mesures incitatives

L'opinion a été émise que le processus réformé de l'élaboration du budget au Ghana « fournit les instruments nécessaires aux ministères pour franchir l'étape essentielle qui mène à des allocations de plus en plus réalistes pour l'année budgétaire et à une meilleure planification prévisionnelle »... « certains MDA ont bien su saisir cette opportunité mais d'autres l'ont ignorée. Certains MDA ont élaboré des documents de planification très détaillés au niveau des coûts, ordonnés et avec des priorités établies. D'autres ne l'ont pas fait ». (Adjei-Mensah, 2007).

Des examens précédents soulignent le fait que le MdS n'est pas toujours capable de défendre ses intérêts de manière efficace contre le MdFPE et le Conseil des ministres (Abekah-Nkrumah et coll., 2009 ; MacCarthy, 2009). D'autres ont soutenu, que le MdS a besoin d'une capacité supplémentaire pour développer les instruments nécessaires qui permettront de trouver des arguments irréfutables lors des discussions avec le MdFPE. Le budget est un instrument clé, utilisé par les MDA pour engager le MdFPE sur des sujets traitant de la politique et de l'allocation des ressources, surtout pendant le processus d'audience budgétaire. Certains soutiennent qu'un personnel mieux qualifié doit être embauché pour soutenir son point de vue avec conviction au cours des processus budgétaires.

Bien que la présente étude de cas n'ait pas pu considérer en détail les outils utilisés pour l'estimation des coûts et les méthodes pour évaluer l'efficacité ou les avantages des programmes, il a été suggéré que les consultants prenaient trop en charge certaines de ces activités (avec une appropriation insuffisante de la part des ministères) et qu'une « boîte à outils » appropriée n'est en général pas disponible.



Le Ghana a adopté l'approche « des soins obstétricaux intensifs » (SOI) en 2005, tout spécialement pour la planification et la budgétisation de la santé maternelle et infantile. L'approche HIRD est une stratégie ou un outil conçu pour réduire la mortalité maternelle et infantile. Il aide à identifier les priorités essentielles et les interventions rentables qui permettront d'atteindre les OMD 4 et 5 (SSG, 2007). L'Encadré 4.1 montre les processus impliqués dans la planification et l'identification des priorités dans le cadre des SOI.

Après un examen de l'expérience du Ghana avec l'approche SOI, Aboagye (2008) a identifié plusieurs limitations de son efficacité, y compris l'insuffisance de données pour la planification et l'établissement des objectifs en raison de l'absence de lignes de référence, en particulier de données de lignes de référence spécifiques aux districts pour les indicateurs clés ; le déblocage inadéquat et tardif des fonds pour la mise en œuvre ; la participation limitée des parties prenantes dans les réunions de planification et de plaidoyer ainsi que dans la mise en œuvre d'activités ; et, les retards dans l'achat de matériel de soins obstétricaux d'urgence. Les discussions avec des informateurs clés ont également souligné la perte de mémoire institutionnelle et de la participation limitée des autres intervenants du secteur social.

Encadré 4.1 : Neuf étapes dans le développement des plans SOI

- L'énoncé de la vision pour la région/le district en matière de SMI
- Comparaison des niveaux actuels de la couverture en vue des interventions de SMI avec les cibles énoncées
- Énumération des interventions dont les niveaux actuels de la couverture sont inférieurs aux objectifs fixés
- Identification des goulets d'étranglement qui empêchent d'atteindre les cibles fixées, énumération des causes sous-jacentes des goulets d'étranglement
- Élaboration de stratégies pour la suppression des causes sous-jacentes des goulots d'étranglement
- Identification des ressources potentielles au sein et en dehors du secteur de santé.
- Élaboration d'un plan de mise en œuvre des stratégies
- Estimation du coût supplémentaire requis pour la mise en œuvre du plan
- Élaboration du cadre de suivi et d'évaluation pour effectuer le suivi de la performance

Source : SSG, 2007

Comprendre le processus budgétaire et ses diverses composantes peut aussi s'avérer être un problème. Par exemple, la planification à moyen terme est destinée à donner une indication approximative de la disponibilité du financement destiné aux priorités. Un procédé supplémentaire de redéfinition des priorités et de planification détaillée se déroule une fois que les plafonds définitifs sont fixés. Cependant, au cours des discussions, on s'est rendu compte que ce processus de « re-budgétisation » est souvent perçu comme une répétition inutile. Les centres de gestion du budget (CGB) savent que le budget « réel » est fait à un stade ultérieur, une fois que les plafonds finaux sont approuvés. Les plafonds indicatifs initiaux ne sont donc pas crédibles pour eux (dans leur ensemble et en termes de répartition) et, au fil du temps, cette partie du processus d'élaboration du budget est devenue un exercice de remplissage de formulaires, plutôt qu'un processus de planification stratégique réelle.



Les fonctionnaires du secteur de la santé ont souligné qu'ils ne comprennent pas comment les plafonds sont déterminés et comment l'élaboration du budget peut avoir une incidence sur leurs besoins et leurs défis. Ce processus a été vu par les responsables du secteur de la santé comme « descendant ». Les responsables du secteur de la santé considèrent également les directives et les plafonds comme un affaiblissement de l'appropriation, en particulier au niveau du district. La poursuite des priorités nationales mène parfois à ignorer les priorités au niveau des districts. À l'égard des audiences budgétaires, les responsables du secteur perçoivent ce processus comme une formalité plutôt qu'une opportunité de négociation véritable.

4.5 Coopération

Abekah-Nkrumah et coll., (2009) décrivent la relation entre le MdS et le MdFPE comme suit: « le MdS considère le MdFPE comme un corps très puissant qui définit les plafonds sans se soucier de ce que fait le MdS. En revanche, le MdFPE a l'impression que le MdS ne cherche pas à dialoguer ». Les auteurs ont fait valoir que le MdS n'est pas vraiment incité à dialoguer avec le MdFPE, parce qu'environ 80 % du financement fourni par le ministère des Finances sert à payer les salaires ou à financer des investissements et échappe donc entièrement au contrôle du MdS.

Cet examen a soulevé plusieurs points associés importants, concernant le niveau de coopération entre le MdS et le MdFPE. Il semble que les relations entre les deux ministères se soient améliorées au fil des années en raison du passage du financement commun à l'ABS, ce qui force les deux ministères à dialoguer. Quand les districts reçoivent des appuis hors budget, ils sont encouragés à le signaler. En outre, l'installation récente d'un agent chargé du programme de santé au ministère des Finances aurait amélioré le dialogue entre les deux ministères.

En plus de l'amélioration de la coopération entre le MdS et le MdFPE, les personnes interrogées ont aussi souligné la nécessité d'un meilleur dialogue entre le MdS et ses propres organismes. La décentralisation peut rendre la coordination sectorielle plus difficile. La plupart des personnes interrogées pour cette étude pensent qu'il existe encore une opportunité pour que les membres du secteur engagent un dialogue entre eux plus bénéfique que celui qui existe pour l'instant.

Un autre niveau de dialogue a été jugé nécessaire, à savoir celui entre le MdS et les autres secteurs sociaux. Il semblerait qu'un manque de processus d'identification du double emploi et de zones de collaboration intersectorielle existe dans la pratique. Au cours de discussions avec les représentants du SSG et les principaux donateurs, il est apparu que la réalisation des OMD 4 et 5 est freinée par une planification intersectorielle faible entre le secteur de la santé et d'autres secteurs sociaux comme l'éducation et le transport, ce qui mène à un processus d'établissement de priorités manquant de coordination. Par exemple, la collaboration entre le secteur de la santé et le secteur des transports pourrait aider à surmonter un obstacle principal, comme celui de pouvoir se rendre chez des sages-femmes qualifiées.

Enfin, le niveau de dialogue dans le processus de planification et de préparation du budget entre le secteur et l'administration politique décentralisée dans les régions et les districts, est connu pour être faible (Abekah-Nkrumah et coll., 2009).



4.6 Informations et données

La capacité de déterminer les priorités et les coûts des activités de manière efficace est souvent limitée par le manque de données. Cela est particulièrement vrai pour la santé maternelle au niveau du district, avec un manque d'accès aux indicateurs permettant de suivre les progrès réalisés et d'identifier les goulets d'étranglement. Les sources de données actuelles, telles que l'Enquête de santé démographique (ESD) et l'Enquête de santé maternelle (ESM) n'offrent pas une perspective au niveau du district. La capacité de gestion financière faible limite également l'analyse coût-efficacité d'autres options pour satisfaire aux objectifs de la politique.

5. Principales questions à des fins de discussions

1. Le processus de planification et d'élaboration du budget : est-ce que la structure décentralisée engendre des résultats de santé optimaux ? Que pourrait-on améliorer ?
2. Financer les réformes : est-ce que le MdF du Ghana a examiné de manière adéquate, le financement de la santé, prenant en compte la participation aux frais des utilisateurs, le RNAM, etc. ? Ces mécanismes sont-ils appropriés ? Quels enseignements peuvent être tirés d'autres pays ?
3. L'efficacité d'allocation : est-ce que le MdS dépense ses crédits dans des domaines prioritaires ? Que peut-on dire des indicateurs de la SMI dans le contexte du secteur de la santé qui reçoit 14,4 % du budget ?
4. Quels sont les avantages et les inconvénients du soutien des donateurs et du soutien hors-budget ? Comment les autres pays gèrent cette situation ?
5. Le processus de planification, l'établissement des coûts et l'analyse des options (comme l'analyse coût-efficacité) sont souvent réalisés par des consultants externes. Quelles seraient les alternatives pour créer plus de capacités et d'appropriation au niveau des MDA ? Est-ce que les ministères des Finances allouent suffisamment de ressources pour la planification ? Existe-t-il des directives à cet égard ?
6. Les données servant à l'établissement des coûts, à la planification et à l'établissement des priorités posent souvent un problème, surtout pour planifier au niveau décentralisé. Que peut-on faire pour résoudre ce problème ? Est-ce que certains pays ont trouvé une solution ?



Références/Bibliographie

- Abekah-Nkrumah G., Dinklo T., Abor J., (2009) 'Financing the health sector in Ghana: A review of the budgetary process' (Le financement du secteur de la santé au Ghana : un examen du processus budgétaire) *European Journal of Economics*, (Journal européen de l'économie) *Finance and Administrative Sciences* (Sciences des finances et de l'administration), Numéro 17
- Addai, E., (2005) 'Budget Support: How far or how fast? Experiences from the Ghana Health SWAP' (Appui budgétaire : dans quelles limites et dans quels délais (jusqu'où et à quel rythme)? Les expériences de l'approche sectorielle en matière de santé au Ghana)
- Adjei-Mensah K (2007) 'Ghana: Process discipline and policy effectiveness drive the new budget process' (Ghana: La discipline des processus et l'efficacité des politiques dirigent le nouveau processus budgétaire). CABRI (Initiative africaine concertée sur la réforme budgétaire) 4e Séminaire Annuel de CABRI. Pretoria: CABRI.
- Alfers L (2009) *The Ghana National Health Insurance Scheme. WIEGO Social Protection Case Study*. (Le Régime national d'assurance maladie du Ghana. Étude de cas de la protection sociale de WIEGO). Disponible à : <http://wiego.org/sites/wiego.org/files/publications/files/alfers-ghana-nhis-case-study.pdf> [accédé le 8 août 2011]
- Bempah B., (2007) 'Planning, budgeting and performance management: An appraisal of the Ghana health sector' (Planification, élaboration du budget et gestion des performances: une appréciation du secteur de la santé du Ghana). Université de Bradford
- Ensor, Tim and Ronoh, Jeptepkeny (2005), 'Impact of organizational change on the delivery of reproductive services: a review of the literature', (Impact du changement organisationnel sur la prestation des services génésiques : un examen des ouvrages consacrés à ce sujet) *The International Journal of Health Planning and Management*, (Le journal international de la planification et de la gestion de santé) 20 (3), 209-25.
- FNUAP (Fonds des Nations Unies pour les activités en matière de population) (2006) 'Priority Setting for Reproductive Health at the District Level in the context of Health sector reforms in Ghana' (Établissement des priorités pour la santé génésique au niveau des districts dans le cadre des réformes de la santé au Ghana). Accra : UNFPA. Disponible à : http://www.popcouncil.org/pdfs/frontiers/FR_FinalReports/Ghana_Reform.pdf [accédé le 5 août 2011].
- Hogan, M.C. et al. (2010) 'Maternal mortality for 181 countries, 1980-2008: a systematic analysis of the progress towards Millennium Development Goal 5', (Mortalité maternelle dans 181 pays, 1980 à 2008: une analyse systématique des progrès accomplis pour atteindre l'Objectif 5 du millénaire pour le développement) *The Lancet* 375:1609-23.
- IHME (Institut pour l'évaluation et les métriques de santé) (2010) *Building momentum: Global progress towards reducing maternal and child mortality*. (Donner une impulsion: Progrès mondiaux en faveur de la réduction de la mortalité maternelle et infanto-juvénile) Washington DC: IHME
- Mayhew S., and Adjei S., (2004) 'Sexual and reproductive health; Challenges for priority setting in Ghana's health reforms', (Santé sexuelle et reproductive: les défis pour déterminer les priorités dans les réformes de santé au Ghana) *Health Policy and Planning* (Planification et politique en matière de santé) 19(10)
- Mayhew S., (2003) 'Impact of decentralization on sexual and reproductive health services in Ghana,' (Impact de la décentralisation sur les services de santé sexuelle et génésique au Ghana) *Reproductive health Matter* (Affaires de santé reproductive) 11 (21)



- Mayhew, S., (sans date) *'Sexual and reproductive health in Ghana and the role of Donor Assistance: A case study'* (Santé sexuelle et reproductive au Ghana et rôle de l'aide apportée par les donateurs – Une étude de cas)
- McCarthy M., (2009) *'Study of the relationship between ministry of health and ministry of finance'. A presentation at the Global Health Initiative'*, (Études des relations entre le ministère de la Santé et le ministère des Finances – Une présentation de l'Initiative mondiale de la santé) *Woodrow Wilson International Conference for Scholars* (Conférence internationale Woodrow Wilson pour les universitaires).
- Mensah J., Oppong J., Schmidt C., (2009) *'Ghana's National Insurance Scheme in the Context of the Health MDGs: An empirical Evaluation using propensity Score Matching'* (Le régime national d'assurance du Ghana dans le contexte des OMD de santé: une évaluation empirique à l'aide de la méthode d'appariement par score de propension). Document n° 157. Disponible à : http://repec.rwi-essen.de/files/REP_09_157.pdf [accédé le 8 août 2011].
- MdS (Ministère de la Santé (2009a) *'Independent review of the health sector Programme of Work 2008'* (Examen indépendant du programme de travail 2008 du secteur de la santé)
- MdS (2009b) *'Programme of Work: Change for better results-Improving maternal and neonatal health'*. (Programme de travail : le changement pour améliorer la santé maternelle et néonatale)
- MdS (2010) *'Independent review of the health sector Programme of Work 2009'* (Examen indépendant du programme de travail 2009 du secteur de la santé)
- National development Planning commission and UNDP (Commission nationale de planification du développement et PNUD (2010) *'2008 Ghana Millennium Development Goals Report'* (Rapport 2008 sur les Objectifs du millénaire pour le développement). Disponible à : http://www.pdaghana.com/images/stories/ReferenceMaterials/ghana_april2010.pdf [accédé le 8 août 2011].
- OPM (2003) *Ministry of Health Programme of Work 2002: Report of the External Review Team for the Ministry of Health. Accra.* (Programme de travail 2002 du Ministère de la Santé : Rapport de l'équipe d'examen externe pour le ministère de la Santé. Accra. OPM.
- PNUD (Programme des Nations Unies pour le développement) (2010) *'Human Development Report'* (Rapport sur le développement humain). New York. PNUD.
- Rajaratnam, Julie et coll. (2010), *'Neonatal, post-neonatal, childhood, and under-5 mortality for 187 countries, 1970-2010: a systematic analysis of progress towards Millennium Development Goal 4'*, (Mortalité néonatale, postnatale, infantile, et des enfants de moins de 5 ans dans 187 pays, de 1970 à 2010 : une analyse systématique des progrès accomplis pour atteindre l'Objectif 4 du millénaire pour le développement). *The Lancet*, 375 (9730), 1988-2008
- Reichenbach L., (2002) *'The Politics of Priority Setting for Reproductive Health: Breast and Cervical Cancer in Ghana'* (Les politiques pour l'établissement des priorités en matière de santé reproductive: Cancer du sein et de l'utérus au Ghana) *Reproductive Health Matters* (Affaires de santé génésique) 10(20)
- Services des statistiques du Ghana (2008) Enquête démographique et de santé
- Services des statistiques du Ghana, Service de santé du Ghana (SSG), Macro International (2009) *'Ghana Maternal health Survey 2007'* (Enquête 2007 de santé maternelle). Calverton : GSS, GHS & Macro internation



Soucat A., Lerberghe W., Diop F., Nam Nguyen S., Knippenberg R.,(2002) '*Marginal Budgeting for Bottlenecks: a new costing and resource allocation practise to buy health results*', (Budgétisation des coûts marginaux face aux goulets d'étranglement: une nouvelle pratique de détermination des coûts et d'affectation des ressources pour obtenir des résultats de santé), OMS

SSG (Service de santé du Ghana) (2007) '*Reproductive Health Strategic Plan*' [Plan stratégique de santé génésique (ou productive)] (2007-2011)

SSG (2008) '*High Impact Rapid Delivery: Policy Briefing Paper*' (Soins obstétricaux intensifs : Note d'information en matière de politique)

USAID (2006) '*Maternal and neonatal programme effort 2005: Ghana*' (Programme 2005 de santé maternelle et néonatale au Ghana). Disponible à: http://www.usaid.gov/our_work/global_health/mch/countries/africa/ghana.pdf [accédé le 8 août 2011].

USAID (2008) '*MCH program description: Ghana*' (Description du programme SMI au Ghana). Disponible à: http://www.usaid.gov/our_work/global_health/mch/countries/africa/ghana.pdf [accédé le 8 août 2011].



Annexe A : Liste des personnes consultées

Nom	Organisation	Poste
Simon Kyei	Ministère des Finances et de la Planification économique	Directeur du Budget
Emmanuel Adjorlolo	Ministère des Finances et de la Planification économique	Officier du point focal de santé
Sally Lake	Ministère de la Santé	Économiste en santé
Sylvester Anemana	Ministère de la Santé	Directeur en chef
George Dakpalla	Ministère de la Santé	Directeur de la politique, de la planification, du suivi et de l'évaluation
Herman Dusu	Ministère de la Santé	Contrôleur financier
Samuel Boateng	Ministère de la Santé	Chef du département de passation des marchés
Isabella Sagoe-Moses	Service de santé du Ghana	Coordinateur de santé infantile
Frank Nyornator	Service de santé du Ghana	Directeur de la planification
Dan Osei	Service de santé du Ghana	Directeur du budget
Ramatu Ude	Service de santé du Ghana	Contrôleur financier
Gloria Quansah	Service de santé du Ghana	Chef de la santé maternelle et infantile
Irene Agyepong	Direction régionale de la santé de l'Agglomération d'Accra	Direction régionale de la santé
Charles Fleisher -Djoleto	Organisation mondiale de la santé	Conseiller national en matière de santé familiale et de la population
Daniel Yeyemain	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance	Spécialiste en santé infantile



Cette publication a été produite avec l'aimable assistance du Ministère fédéral allemand de la Coopération économique et du Développement (BMZ) par l'intermédiaire de Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) GmbH.



La GIZ ne partage pas forcément les opinions exprimées dans cet ouvrage. La responsabilité du présent contenu repose entièrement sur CABRI.