



Rapport de CABRI sur les pratiques et procédures budgétaires de santé publique en Afrique

Comment les pays africains budgétisent la santé

CABRI 

SE CONNECTER • PARTAGER • RÉFORMER

Table des matières

Liste des tableaux, figures et encadrés.....	3
Liste des abréviations.....	4
Remerciements	4
À propos de l'Initiative africaine concertée sur la réforme budgétaire (CABRI)	4
Note de synthèse.....	5
1 Introduction	6
2 Description de l'enquête et des pays	7
2.1 Contexte social et sanitaire des pays ayant répondu à l'enquête	8
2.2 Performance des systèmes de santé des répondants.....	10
2.3 Dépenses de santé.....	12
3 Crédits budgétaires destinés au secteur de la santé	15
3.1 Élaboration du budget de la santé	15
3.2 Mécanismes de budgétisation de la santé.....	20
3.3 Processus budgétaires	22
3.4 Budgétisation axée sur les performances	24
3.5 Conclusions.....	25
4 L'exécution du budget de la santé, l'achat et les paiements des prestataires	26
4.1 Structure institutionnelle des acheteurs de santé	26
4.2 Systèmes de paiement des prestataires	30
4.3 Pratiques de passation des marchés de produits pharmaceutiques	32
4.4 Conclusions.....	32
5 Suivi des budgets	34
5.1 Mécanismes de suivi des dépenses	34
5.2 Exécution du budget	36
5.3 Accords et évaluations de performances.....	38
5.4 Conclusions.....	40
6 Gestion de l'aide au développement en matière de santé.....	41
7 Financement des activités EAH	47
7.1 Rôle des ministères de la Santé dans les activités EAH.....	47
8 Conclusion.....	53
Références.....	54

Liste des tableaux, figures et encadrés

Figures

Figure 1 :	Pays ayant répondu à l'enquête par PIB par habitant, inégalité de revenu, espérance de vie et population	8
Figure 2 :	Structure institutionnelle de l'élaboration du budget de la santé.....	20
Figure 3 :	Processus budgétaire – d'autres crédits budgétaires et distinction entre les dépenses de fonctionnement et les dépenses en capital	24
Figure 4 :	Processus budgétaire – à l'abri des compressions, et budgétisation axée sur les performances.....	25
Figure 5 :	Principaux fournisseurs de soins aigus chez le patient hospitalisé	27
Figure 6 :	Principaux fournisseurs de soins préventifs.....	27
Figure 7 :	Principaux fournisseurs de soins de santé primaires.....	28
Figure 8 :	Principaux fournisseurs de soins spécialisés et de diagnostics	28
Figure 9 :	Principaux fournisseurs de produits pharmaceutiques	29
Figure 10 :	Principaux fournisseurs de santé publique	29
Figure 11 :	Passation des marchés de produits pharmaceutiques administrés en milieu hospitalier.....	33
Figure 12 :	Passation des marchés de produits pharmaceutiques administrés dans la communauté	33
Figure 13 :	Disponibilité des données à des fins de suivi.....	35
Figure 14 :	Raisons de la sous-utilisation des crédits budgétaires.....	36
Figure 15 :	Utilisation des examens des dépenses et d'autres mécanismes de compression ou d'accroissement des dépenses	40
Figure 16 :	Sensibilisation du gouvernement aux fonds provenant de l'aide au développement et aux projets financés par cette aide	41
Figure 17 :	Processus de gestion de l'utilisation de l'aide au développement	43
Figure 18 :	Établissement de structures supplémentaires pour les programmes et les projets.....	44
Figure 19 :	Emplacement de la fonction de gestion de l'aide au développement	44
Figure 20 :	Contenu fréquent dans les politiques de gestion de l'aide.....	45
Figure 21 :	Rôle des ministères de la Santé en matière d'hygiène	51
Figure 22 :	Coordination des activités EAH	51
Figure 23 :	Suivi des activités EAH et coordination avec les donateurs.....	52

Tableaux

Tableau 1 :	Caractéristiques descriptives générales des pays de l'échantillon	9
Tableau 2 :	Taux de mortalité dans les pays ayant répondu à l'enquête.....	11
Tableau 3 :	Dépenses de santé dans les pays ayant répondu à l'enquête	13
Tableau 4 :	L'administration centrale inscrit-elle les dépenses de santé à son budget ?.....	15
Tableau 5 :	Responsabilités institutionnelles dans le cadre de la budgétisation de la santé – niveaux globaux de santé	17
Tableau 6 :	Responsabilités institutionnelles dans le cadre de la budgétisation de la santé – capital et couverture.....	18
Tableau 7 :	Responsabilités institutionnelles dans le cadre de la budgétisation de la santé – paiements et salaires	19
Tableau 8 :	Notes PEFA sur l'utilisation du CDMT.....	23
Tableau 9 :	Processus budgétaires : crédits budgétaires à moyen terme.....	23
Tableau 10 :	Prestation de santé par l'intermédiaire de l'assurance maladie.....	30
Tableau 11 :	Nombre de pays utilisant chaque type de méthode de paiement.....	31
Tableau 12 :	Utilisation de plafonds applicables aux paiements effectués aux prestataires	31
Tableau 13 :	Pratiques de fixation des prix pharmaceutiques.....	33
Tableau 14 :	Responsabilité de suivi de l'exécution du budget	35
Tableau 15 :	Exécution du budget (en USD)	37
Tableau 16 :	Évaluations PEFA sur l'exécution du budget.....	37
Tableau 17 :	Accords de performance – qui choisit les indicateurs ?	39
Tableau 18 :	Conséquences de la non-réalisation des indicateurs de performances.....	39
Tableau 19 :	Résumé des mécanismes de coordination de l'ADS par pays	42
Tableau 20 :	Rôle du ministère de la Santé dans les activités EAH, eau et assainissement.....	48
Tableau 21 :	Rôle du ministère dans les activités EAH, eau et hygiène.....	49
Tableau 22 :	Financement des activités EAH	52

Encadrés

Encadré 1 :	L'assurance- maladie sociale au Nigéria et au Bénin.....	26
Encadré 2 :	Le processus de la Guinée-Bissau pour l'utilisation des fonds d'aide au développement.....	43
Encadré 3 :	La Côte d'Ivoire et la gestion de l'aide au développement.....	46

Liste des abréviations

ABC	Autorités budgétaires centrales
ADS	Aide au développement destinée à la santé
AVCI	Année de vie corrigée de l'incapacité
CABRI	Initiative africaine concertée sur la réforme budgétaire
CDMT	Cadre de dépenses à moyen terme
EAH	Eau, assainissement et hygiène (WASH en anglais)
GFP	Gestion des finances publiques
GHM	Groupe homogène de malades
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONG	Organisation non gouvernementale
ONUSIDA	Programme commun des Nations unies sur le VIH/SIDA
PEFA	Dépenses publiques et responsabilité financière
PIB	Produit intérieur brut
PNCFS	<i>Plateforme Nationale de Coordination du Financement de la Santé</i>
SIGFIP	<i>Système Intégré de Gestion des Finances Publiques</i>
SIGIF	Système Intégré de Gestion de l'Information financière
UCP	Unité des comptes publics
UEMOA	Union économique et monétaire ouest-africaine
UNICEF	Fonds des Nations unies pour l'enfance

Remerciements

CABRI tient à exprimer sa plus profonde gratitude aux fonctionnaires dévoués des ministères des Finances et de la Santé des 15 pays participants, à savoir, l'Afrique du Sud, le Bénin, le Cameroun, la Côte d'Ivoire, la Gambie, la Guinée-Bissau, le Lesotho, le Libéria, Maurice, le Nigéria, l'Ouganda, la République démocratique du Congo, les Seychelles, la Sierra Leone et le Tchad, qui ont diligemment répondu à l'enquête et dont les connaissances inestimables ont guidé ce rapport.

En outre, nous sommes particulièrement reconnaissants du rôle déterminant qu'a joué l'équipe d'*Oxford Policy Management*, dirigée par Owen Willcox, avec qui CABRI a collaboré pour réaliser l'Enquête sur les pratiques et procédures budgétaires de santé publique en Afrique. Enfin, nous adressons des remerciements tout particuliers à Girmaye Dinsa dont l'expertise en tant qu'économiste de la santé a grandement contribué à ce rapport.

À propos de l'Initiative africaine concertée sur la réforme budgétaire (CABRI)

CABRI est une organisation intergouvernementale, qui offre une plateforme d'échange et d'apprentissage entre pairs, aux ministères des Finances, du Budget et de la Planification/du Plan des pays africains. Depuis sa création, CABRI a examiné ce qui fonctionne, ce qui ne fonctionne pas et dans quelles circonstances, du point de vue du praticien. CABRI comprend que le contexte a de l'importance et agit en tant que catalyseur du changement au sein des pays.

Grâce à son travail, CABRI s'efforce de réaliser sa vision, à savoir que :

« À travers l'Afrique, les ressources des finances publiques sont gérées avec intégrité, transparence et responsabilité en vue d'assurer la prestation de services efficiente et efficace, ainsi que la croissance économique et le développement durables. »

Note de synthèse

L'Enquête sur les pratiques et procédures budgétaires de santé publique en Afrique, à laquelle ont participé 15 pays, a été administrée au cours du second semestre 2019. L'objectif était de fournir aux fonctionnaires africains des informations sur les processus budgétaires dans différents pays, en tant que point de référence pour la mise en œuvre de réformes budgétaires.

Les résultats de l'enquête révèlent une grande variété de pratiques budgétaires.

- Les ministères des Finances déterminent les enveloppes budgétaires tandis que les ministères de la Santé décident de l'affectation des ressources. Dans la plupart des pays, il existe un mécanisme formel de coordination du budget de la santé et de la prévention de certaines maladies. Tous les pays, à l'exception de la Guinée-Bissau, utilisent des cadres de dépenses à moyen terme (CDMT)) quoique leur utilisation diffère d'un pays et l'autre, et tous les pays font une distinction entre les dépenses de fonctionnement et les dépenses en capital.
- Les ministères des Finances effectuent le suivi de l'exécution du budget et l'un des principaux défis qu'ils doivent relever est le retard dans la disponibilité des données sur les dépenses. La norme PEFA (dépenses publiques et responsabilité financière) d'un mois est souvent dépassée de deux mois, voire plus. Au Nigéria, les longs retards sont dus à la nécessité d'auditer les états financiers, tandis que des pays comme l'Afrique du Sud et le Libéria indiquent des délais d'exécution plus courts en ce qui concerne les informations sur les dépenses. Suivre l'utilisation des ressources de manière ponctuelle est essentielle pour permettre l'utilisation efficace des ressources du secteur. Les données semblent indiquer que la sous-utilisation des crédits budgétaires est un problème plus important que l'excès des dépenses. Les problèmes opérationnels au sein des ministères de la Santé sont identifiés comme la principale cause de la sous-utilisation des crédits, bien que le lent déblocage des fonds de la part des ministères des Finances semble également être un facteur qui y contribue.

- La plupart des dépenses des donateurs ne sont pas acheminées par le processus régulier de gestion des finances publiques, bien que tous les pays effectuent le suivi des dépenses de santé des donateurs. La plupart des pays disposent d'un organisme qui coordonne les partenaires du développement. Bien souvent, les partenaires du développement mettent en œuvre des projets par l'entremise de leur propre personnel et par le biais de leurs propres systèmes internes et financiers ainsi que par l'intermédiaire de leurs propres systèmes de suivi et d'évaluation distincts. Cette situation pourrait se traduire par un désalignement entre les priorités et les structures gouvernementales et celles des donateurs.
- Les ministères de la Santé ne jouent aucun rôle dans la fourniture en gros de l'approvisionnement en eau, mais ils participent activement à la promotion de l'hygiène. Les activités EAH (eau, assainissement et hygiène) sont financées par les recettes de l'administration centrale avec le soutien des donateurs.
- Dans la plupart des pays, l'administration centrale est la principale fournisseuse des services de santé primaires et préventifs. Seuls le Bénin, la Côte d'Ivoire et le Nigéria utilisent un mécanisme d'assurance sociale. Huit pays ont recours à un processus d'appel d'offres pour s'approvisionner en médicaments. Dans le cas des grands pays, les appels d'offres peuvent bien fonctionner. Une étude de cas examine les approches adoptées par l'Afrique du Sud et le Nigéria et constate qu'il est important de tirer parti du pouvoir de monopole de l'État en centralisant la passation des marchés et en utilisant une seule liste standard des médicaments essentiels. Les petits pays, peuvent avoir besoin d'adopter d'autres approches, telles que l'approvisionnement groupé.

Les résultats impliquent la nécessité pour les ministères des Finances et de la Santé de travailler plus étroitement ensemble pour parvenir à une utilisation plus efficace des ressources en Afrique. De même, une meilleure coordination entre les ministères de la Santé et les donateurs sur les processus de budgétisation et d'exécution est susceptible d'améliorer l'utilisation des ressources. Enfin, les ministères de la Santé bénéficieront probablement d'un engagement régulier avec les départements ou les institutions responsables du développement des infrastructures et de l'approvisionnement en eau, dont dépend l'efficacité des programmes d'hygiène et d'assainissement.

1 Introduction

Au fil des ans, l'Initiative africaine concertée sur la réforme budgétaire (CABRI) a bâti un socle de connaissances fondées sur des données probantes concernant ce qui fonctionne ou ne fonctionne pas, ainsi que les circonstances qui les accompagnent. Le travail de CABRI dans le secteur de la santé se concentre sur les mécanismes de financement, le renforcement des liens entre les ministères des Finances et de la santé, les rôles complémentaires des différentes parties prenantes dans les cycles de politiques et budgétaires au sein du secteur, et l'optimisation des ressources en matière de dépenses de santé.

L'enquête sur les pratiques et procédures budgétaires de santé publique vise à tirer parti des connaissances de CABRI sur les systèmes de santé afin de guider les options de réforme ainsi que les considérations de politiques et leurs alternatives.

La prestation des services publics, dans un contexte de ressources insuffisantes, s'avère un défi pour bon nombre de pays africains. Ce problème se pose avec plus d'acuité dans le secteur de la santé, du fait de sa fonction importante. L'importance des systèmes de santé est plus grande en Afrique, compte tenu de la charge de morbidité et du fait que les sociétés les plus pauvres sont souvent plus malades. Le rôle du système budgétaire consiste à s'assurer que le système de santé dispose de fonds suffisants pour s'acquitter durablement de son mandat et utilise ces fonds de la manière la plus efficace et efficace possible.

Selon l'une des hypothèses sous-jacentes à cette étude, consacrer plus de ressources à la santé se traduira par de meilleurs résultats sur le plan de la santé. Makuta et O'Hare (2015) établissent qu'il en est ainsi dans une certaine mesure : si les infrastructures et les pratiques de gestion appropriées sont en place, alors des dépenses de santé supplémentaires devraient améliorer la santé des citoyens. Toutefois, dans certains contextes, en raison du manque de systèmes et

d'infrastructures, des fonds supplémentaires n'améliorent pas les résultats. Piatti-Fünfkirchen et Smets (2019) ont testé si l'amélioration de la gestion des finances publiques étaient associée à l'amélioration des résultats en matière de santé. L'amélioration d'une unité dans le cadre de l'évaluation PEFA (dépenses publiques et responsabilité financière) entraînait une diminution de la mortalité des enfants de moins de cinq ans de 14 décès pour 1 000 naissances vivantes. Il importe de noter que ces améliorations étaient plus marquées dans les pays qui acheminaient la plupart de leurs ressources par l'intermédiaire des systèmes de santé publique. Pour les pays où plus de 75 % des dépenses avaient lieu dans un système public, l'amélioration passait à 17 décès pour 1 000 naissances vivantes. Ce gain pourrait être lié à l'impact direct de l'amélioration de la gestion des finances publiques ainsi qu'aux avantages tirés de réformes plus vastes visant à améliorer la gouvernance. Si les économies africaines peuvent améliorer la gestion des finances publiques, de meilleurs résultats pourraient être obtenus sur le plan de la santé.

L'enquête a été conçue comme un instrument destiné à aider les gouvernements à apprendre les uns des autres et à comprendre les insuffisances potentielles et les divers moyens de combler les lacunes existantes dans les processus d'élaboration du budget et d'exécution. Bien qu'il n'y ait pas deux contextes identiques, les fonctionnaires des différents gouvernements africains peuvent examiner attentivement l'expérience d'autres pays qui se trouvent dans des situations similaires, confrontées à des problèmes comparables, et appliquant des solutions à leur propre pays.

Les résultats de l'enquête décrivent de façon détaillée le processus budgétaire de chaque pays. Ces précisions fourniront aux fonctionnaires ayant l'intention d'améliorer leur propre processus budgétaire les informations nécessaires pour comprendre comment des pays se trouvant dans des situations analogues ont résolu certains de leurs problèmes.

L'enquête sur les pratiques et procédures budgétaires de santé publique vise à tirer parti des connaissances de CABRI sur les systèmes de santé afin de guider les options de réforme ainsi que les considérations de politiques et leurs alternatives

2 Description de l'enquête et des pays

L'enquête CABRI sur les pratiques et procédures budgétaires de santé publique visait à obtenir des informations sur les processus budgétaires de divers pays d'Afrique. L'enquête a été administrée au cours du second semestre 2019. Quarante-deux pays ont été invités à participer à l'enquête. CABRI a reçu 15 réponses, à savoir celles de l'Afrique du Sud, du Bénin, du Cameroun, de la Côte d'Ivoire, de la Gambie, de la Guinée-Bissau, du Lesotho, du Libéria, de Maurice, du Nigéria, de l'Ouganda, de la République démocratique du Congo, des Seychelles, de la Sierra Leone et du Tchad. Le taux de réponse à l'enquête était de 35 %. Neuf fonctionnaires qui ont répondu à l'enquête provenaient des ministères des Finances, le reste provenant des ministères de la Santé, à l'exception du Bénin, où des responsables à la fois du ministère de la Santé et du ministère des Finances y ont répondu.

L'enquête est une adaptation de l'Enquête de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) menée auprès des responsables du budget et de la santé sur les pratiques de budgétisation en matière de santé. L'OCDE a mis en œuvre cette enquête dans les pays de l'OCDE et en Amérique latine. C'est la première fois que l'enquête est mise en œuvre en Afrique. L'adaptation de l'enquête de l'OCDE permet de comparer les régions. Certains aspects de l'enquête initiale, comme des questions détaillées sur

l'assurance maladie nationale, n'étaient pas pertinentes et ont été omises de l'instrument d'enquête final.

L'enquête s'est appuyée sur les données autodéclarées et, dans la mesure du possible, les données ont été validées à l'aide de documents budgétaires ou d'autres sources d'information, comme les rapports PEFA.

Afin d'éviter une mauvaise interprétation des questions, le questionnaire comprenait une liste complète des définitions de tous les termes. En outre, l'instrument d'enquête a été mis à l'essai en Afrique du Sud pour déterminer si les éléments étaient clairs et explicites. Les résultats du projet pilote ont indiqué que certains éléments de l'enquête devaient être ajustés afin d'améliorer la clarté et la spécificité des questions.

Les pays ayant participé à l'enquête n'ont pas répondu à tous les éléments du questionnaire, de sorte que tous les éléments n'auront pas 15 réponses. Le nombre de réponses nulles pour chaque élément est indiqué dans les données ci-dessous. Les éléments d'enquête sur les transferts intergouvernementaux et les régimes d'assurance maladie sociale ont eu peu de réponses ; ces résultats n'ont pas été communiqués. Dans certains cas, les réponses peuvent indiquer l'existence d'une politique gouvernementale pertinente, par opposition à ce qui se passe dans la pratique.

Pays participant à l'Enquête de CABRI sur les pratiques et procédures budgétaires de santé publique en Afrique

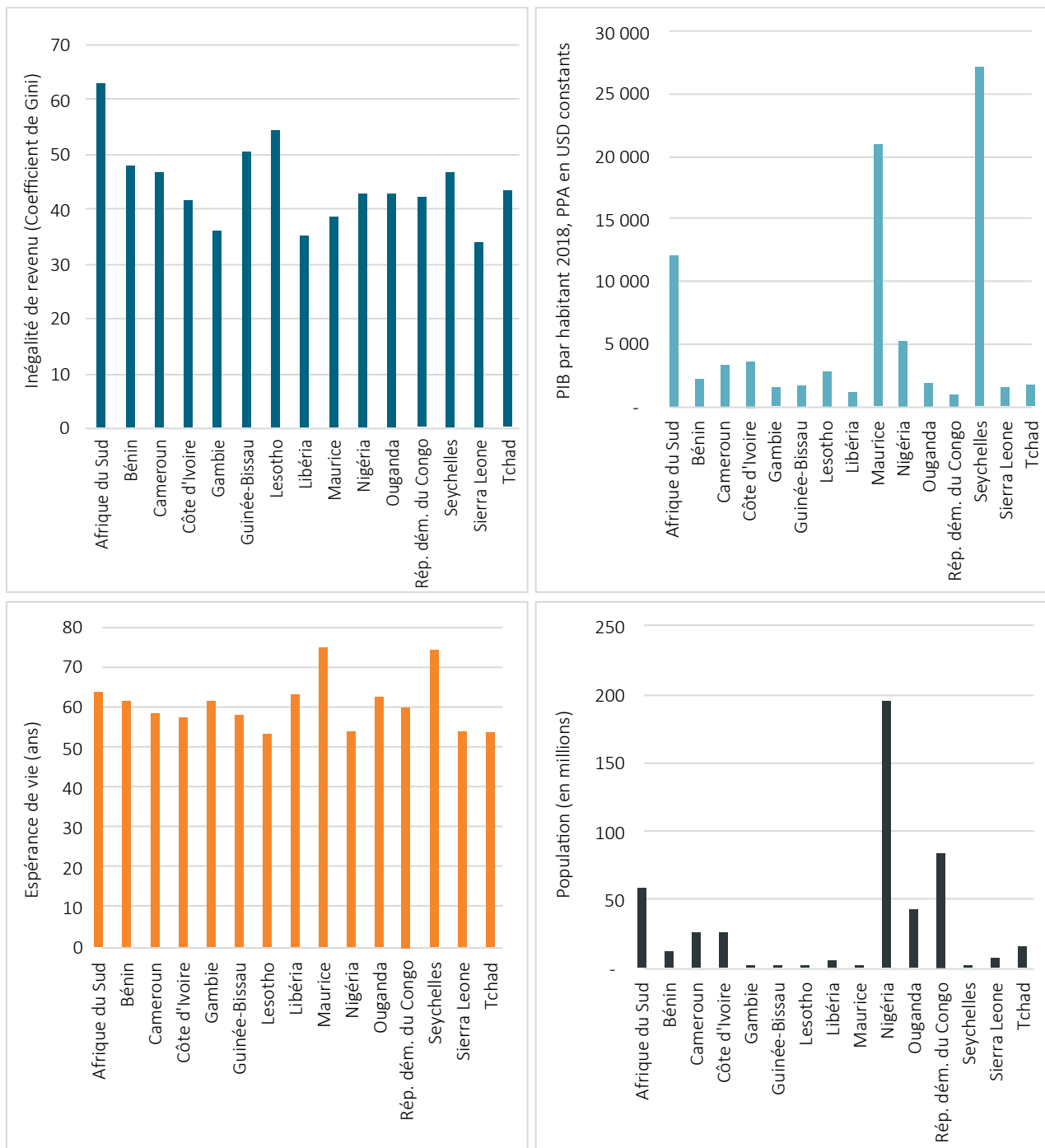


2.1 Contexte social et sanitaire des pays ayant répondu à l'enquête

Les pays ayant répondu à l'enquête (ou les répondants) sont hétérogènes pour ce qui est de la santé et des conditions socio-économiques (comme le montre le Tableau 1). Les données des Indicateurs du développement dans le monde de la Banque mondiale montrent qu'en 2017, l'espérance

de vie variait de 52,9 ans au Lesotho à environ 74,5 ans à Maurice et aux Seychelles. L'espérance de vie moyenne dans les pays de l'échantillon, était de 60,6 ans, ce qui est proche de la moyenne pour l'Afrique (61,2 ans), mais nettement inférieure à l'espérance de vie au niveau mondial (72 ans) estimée en 2016 par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). L'espérance de vie a augmenté en moyenne de 7,8 ans parmi les pays de l'échantillon depuis 2000, ce qui implique entre autres, des améliorations de la survie de l'enfant.

Figure 1 : Pays ayant répondu à l'enquête par PIB par habitant, inégalité de revenu, espérance de vie et population



Indicateurs du développement dans le monde de la Banque mondiale.

Tableau 1 : Caractéristiques descriptives générales des pays de l'échantillon

	Espérance de vie, 2017 (ans)	PIB par habitant 2018, PPA (en USD international constant 2011)	Population totale, 2018	Inégalité de revenu, Coefficient ¹ de Gini
Afrique du Sud	63,5	12 145	57 779 622	63,0
Bénin	61,2	2 152	11 485 048	47,8
Cameroun	58,5	3 352	25 216 237	46,6
Côte d'Ivoire	57,0	3 733	25 069 229	41,5
Gambie	61,4	1 517	2 280 102	35,9
Guinée-Bissau	57,7	1 596	1 874 309	50,7
Lesotho	52,9	2 865	2 108 132	54,2
Libéria	63,3	1 161	4 818 977	35,3
Maurice	74,5	21 075	1 265 303	38,5
Nigéria	54,0	5 316	195 874 740	43,0
Ouganda	62,5	1 807	42 723 139	42,8
Rép. dém. du Congo	60,0	827	84 068 091	42,1
Seychelles	74,3	27 114	96 762	46,8
Sierra Leone	53,9	1 425	7 650 154	34,0
Tchad	53,7	1 746	15 477 751	43,3
Valeur maximale de l'échantillon	74,5	27 114	195 874 740	63,0
Valeur minimale de l'échantillon	52,9	827	96 762	34,0
Moyenne	60,6	5 855	31 852 506	44,4
Médiane	60,0	2 152	11 485 048	43,0

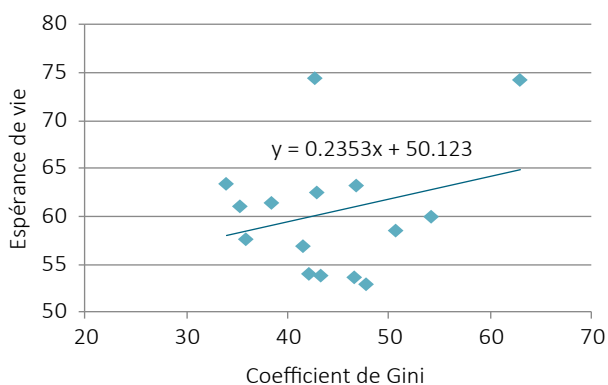
1 L'année la plus récente pour laquelle une estimation est disponible. Les estimations sont datées de 2016 pour le Libéria et l'Ouganda, 2015 pour le Bénin, la Côte d'Ivoire et la Gambie, 2014 pour le Cameroun et l'Afrique du Sud, 2013 pour les Seychelles, 2012 pour la République démocratique du Congo et Maurice, 2011 pour le Tchad et la Sierra Leone, 2010 pour le Lesotho et 2009 pour le Nigéria.

Il existe une forte variation des niveaux de produit intérieur brut (PIB) par habitant, les économies allant du revenu par habitant le plus faible au monde aux économies à revenu intermédiaire de la tranche supérieure. Parmi les dix pays ayant le PIB par habitant le plus faible au monde, quatre d'entre eux figurent dans l'échantillon, à savoir la République démocratique du Congo, le Libéria, la Sierra Leone et la Guinée-Bissau. Les niveaux de PIB par habitant peuvent refléter l'aptitude de l'État à percevoir les recettes et à les utiliser pour les dépenses de santé. Les pays dont le PIB par habitant est plus élevé pourraient être en mesure d'utiliser des fonds supplémentaires pour fournir d'autres biens publics tels que l'eau, l'assainissement et l'hygiène (EAH) qui ont également un impact sur les résultats en matière de santé. En revanche, les pays les plus pauvres devront faire face à la charge du traitement des maladies de la pauvreté, causées par la malnutrition.

En 2018, le PIB moyen mondial par habitant était de 15 914 USD, tandis que la moyenne de l'Afrique subsaharienne était de 3 536 USD. La moyenne de l'échantillon est de 5 855 USD, soit environ 65 % de plus que la moyenne de l'Afrique subsaharienne.

La taille de la population est un autre facteur de distinction entre les répondants. Les deux nations insulaires, les Seychelles et Maurice, ont de petites populations, respectivement de 97 000 habitants et d'un peu plus d'un million d'habitants. À l'autre extrémité de l'échelle, le Nigéria est le pays le plus peuplé d'Afrique.

Les différences de répartition des revenus sont probablement plus importantes pour le bien-être social que les différences du revenu réel entre les pays et à l'intérieur de ces derniers. Parmi les pays de l'échantillon, l'Afrique du Sud présente l'économie la plus inégale au monde, ainsi qu'en témoigne son coefficient élevé de Gini de 63 (un coefficient de Gini inférieur montre un faible niveau d'inégalité). La Sierra Leone, dispose d'une économie beaucoup plus équitable, son coefficient de Gini étant de 34. L'inégalité de revenu pourrait affecter la structure des systèmes de santé aux niveaux des communautés ainsi qu'aux niveaux des ménages et des particuliers. Truesdale et Jencks (2016) ont constaté qu'un PIB par habitant plus élevé et une inégalité de revenu plus faible étaient liés à de meilleurs résultats en matière de santé pour un pays.



Bien que les différences contextuelles ci-dessus entre les pays de l'échantillon aient des implications sur l'ampleur des opérations du système de santé, elles sont moins susceptibles d'impacter leurs processus budgétaires. À ce titre, il est possible de comparer les processus de budgétisation de ces pays et de tirer des enseignements de la façon dont leurs budgets de santé sont déterminés et exécutés.

2.2 Performance des systèmes de santé des répondants

La mortalité infantile et maternelle correspond simplement au nombre de décès qui surviennent par rapport à un certain nombre de naissances vivantes. Le taux moyen de mortalité infantile chez les répondants était de 51 pour 1 000 naissances vivantes, ce qui est proche de la moyenne de 52,7 en Afrique subsaharienne, mais nettement supérieur à la moyenne mondiale de 28,9. Maurice et les Seychelles ont des taux de mortalité infantile inférieurs à la moyenne mondiale, tandis que six pays ont des taux de mortalité de plus de 60 pour 1 000 naissances vivantes.

Il existe un modèle similaire pour le taux de mortalité maternelle. Le taux moyen de mortalité maternelle chez les répondants était de 55, ce qui est légèrement inférieur à la moyenne de 54 décès pour 100 000 naissances vivantes en Afrique subsaharienne, mais nettement supérieur à la moyenne mondiale de 211. Maurice et les Seychelles sont les deux pays les plus performants, tandis que la mortalité maternelle est élevée au Tchad et en Sierra Leone. L'Afrique du Sud, Maurice et les Seychelles ont obtenu de meilleurs résultats que la moyenne mondiale.

Le Tableau 2 examine les taux de mortalité infantile et maternelle dans les pays de l'échantillon pour déterminer l'efficacité des systèmes de santé. La perte d'année de vie corrigées de l'incapacité (AVCI) est une autre mesure utilisée comme indicateur de l'efficacité des systèmes de santé. D'après Neumayer et Plümper (2016), la mortalité est associée à plusieurs facteurs, dont l'efficacité du système de santé n'est qu'un facteur parmi d'autres. D'autres facteurs de corrélation, y compris le revenu, le niveau d'éducation, la nutrition, ainsi que l'hygiène et l'assainissement sont quelques-uns des déterminants importants des morbidités et des mortalités.

Le Tableau 2 répertorie la perte totale d'AVCI pour 100 000 personnes, ce qui permet de comparer tant la morbidité que la mortalité des pays. La perte d'années de vie à cause d'une incapacité montre que la qualité de vie pâtit lorsqu'une personne a un handicap ou une blessure. La perte d'AVCI la plus élevée est au Lesotho. Le niveau de perte d'AVCI pour les Seychelles et Maurice était d'environ un tiers de celui du Lesotho ; les deux nations insulaires ont obtenu des résultats légèrement meilleurs que la moyenne mondiale. La moyenne de perte d'AVCI dans les pays ayant répondu à l'enquête était d'environ 51 800, ce qui était proche de la moyenne subsaharienne de 51 979, mais nettement supérieure à la moyenne mondiale de 32 797. Le nombre d'AVCI perdues indique un modèle analogue aux autres mesures de la qualité de la santé.

Tableau 2 : Taux de mortalité dans les pays ayant répondu à l'enquête

	Taux de mortalité infantile (pour 1 000 naissances vivantes), 2017	Taux de mortalité maternelle (estimation modélisée, pour 100 000 naissances), 2017	Taux de mortalité, des hommes adultes (pour 1 000 hommes adultes), 2017	Taux de mortalité, des femmes adultes (pour 1 000 femmes adultes), 2017	Perte d'AVCI (pour 100 000 personnes), 2017
Afrique du Sud	29	119	379	258	45 453
Bénin	61	397	261	214	50 235
Cameroun	51	529	341	317	52 120
Côte d'Ivoire	59	617	406	364	57 691
Gambie	39	597	284	228	46 917
Guinée-Bissau	54	667	288	237	61 937
Lesotho	66	544	549	459	75 806
Libéria	54	661	250	210	51 220
Maurice	14	61	190	94	27 766
Nigéria	76	917	368	328	53 712
Ouganda	34	375	340	264	46 651
Rép. dém. du Congo	68	473	276	227	54 257
Seychelles	12	53	203	98	28 044
Sierra Leone	79	1 120	396	383	62 171
Tchad	71	1 140	380	335	63 127
Valeur maximale de l'échantillon	79	1 140	549	459	75 806
Valeur minimale de l'échantillon	12	53	190	94	27 766
Moyenne	51	551	327	268	51 807
Médiane	54	544	340	258	52 120

Indicateurs du développement dans le monde de la Banque mondiale et Université d'Oxford.

2.3 Dépenses de santé

Impact des dépenses de santé

L'impact des dépenses sur la santé est contesté. Filmer et Pritchett (1999) avait fait la célèbre constatation que les dépenses de santé avaient un impact quasi nul sur la mortalité des enfants de moins de cinq ans ; et, que des facteurs tels que le PIB par habitant, l'inégalité de revenu et les mesures de l'éducation des femmes étaient plus importants pour déterminer la mortalité infantile. Les résultats pour l'Afrique montrent toutefois que les dépenses de santé ont un impact important sur les résultats sanitaires. Novignon, Olakojo et Nonvignon (2012) ont examiné l'impact des dépenses de santé sur les résultats sanitaires en Afrique. Les résultats montraient qu'une augmentation de 1 % des dépenses de santé entraînait une augmentation de l'espérance de vie comprise entre 0,6 et 0,7 ans et une réduction des taux de mortalité de 0,5 à 0,6 pour 1 000 habitants. Fait important, les dépenses de santé publique semblaient avoir un impact plus important, réduisant les décès de 0,8 pour 1 000 habitants, contre 0,4 pour 1 000 habitants pour les dépenses privées, bien que l'efficacité des dépenses publiques dépende de nombreux facteurs socio-économiques et contextuels. S'agissant de la mortalité infantile, l'augmentation des dépenses publiques réduisait la mortalité infantile de quatre nourrissons pour 1 000 naissances vivantes, tandis que les dépenses privées la réduisaient de deux nourrissons pour 1 000 naissances vivantes.

Makuta et O'Hare (2015) ont constaté que la qualité de la gouvernance était un facteur important qui influençait l'impact des dépenses de santé. Si la gouvernance s'améliorait, les résultats en matière de santé pouvaient s'améliorer, même si les dépenses de santé n'augmentaient pas. Cette situation se produisait grâce à une meilleure utilisation des dépenses de santé et indirectement par l'impact d'une meilleure gouvernance sur la croissance économique. Les résultats de Makuta et O'Hare indiquent que l'augmentation des dépenses de santé dans un contexte de mauvaise gouvernance ne peut avoir pratiquement aucun impact sur les résultats sanitaires, tandis que dans les environnements de bonne gouvernance, l'impact moyen des dépenses de santé est doublé. Il s'agit-là d'une constatation importante pour l'enquête actuelle, qui vise à améliorer la gouvernance des processus de budgétisation et d'exécution. L'effet de la gouvernance peut également expliquer les conclusions paradoxales de Filmer et Pritchett (1999).

Part du PIB et des dépenses publiques consacrée aux dépenses de santé

Les dépenses de santé par habitant peuvent être un indicateur des ressources que les économies sont en mesure de mobiliser pour les dépenses de santé. Le Tableau 3 examine les ressources que les répondants de notre échantillon sont en mesure de consacrer à la santé. Dans l'échantillon, les dépenses de santé par habitant s'élevaient à 147 USD (ou 81 USD, en excluant les nations insulaires des Seychelles et de Maurice, à revenu relativement élevé). Les dépenses de santé sont liées au PIB par habitant, les économies les plus riches, comme les Seychelles et Maurice dans cet échantillon, étant en mesure de dépenser plus pour la santé. Les pays qui disposent d'un système fiscal efficace, à l'instar de l'Afrique du Sud, sont mieux placés pour lever davantage de recettes que les pays plus faibles qui ont un secteur informel plus important. Le fait qu'un pays relativement riche comme le Nigéria ne puisse dépenser que 79 USD par personne pour la santé est probablement le résultat d'une administration fiscale relativement pauvre. Les économies plus riches peuvent dépenser davantage pour d'autres biens publics qui améliorent la santé, comme l'EAH.

Les dépenses de santé représentent 6,2 % du PIB parmi les pays de l'échantillon. La Sierra Leone, avec une part de 16,5 % du PIB consacrée à la santé, occupe la première place, bien que comme indiqué plus haut, son PIB soit faible. En revanche, le Nigéria occupe la dernière place en ce qui concerne la part du PIB consacrée à la santé, avec une part représentant environ 3,6 %. En 2016, la part du PIB consacrée à la santé, était en moyenne de 5,1 % en Afrique subsaharienne et de 10 % au niveau mondial.

Dans la Déclaration d'Abuja de 2001, les pays africains ont convenu d'allouer 15 % de leurs budgets nationaux à la santé. L'OMS a constaté qu'en 2010, seule la Tanzanie et le Libéria avaient été en mesure d'atteindre ce niveau, mais que le Libéria l'avait fait en incluant les fonds apportés par les donateurs. Parmi les pays signataires de la Déclaration, dix-neuf avaient affecté moins de fonds à la santé en 2010 qu'ils ne l'avaient fait en 2001 lorsqu'ils avaient signé la Déclaration (OMS, 2010). La Stratégie africaine de la santé 2016-2030 a révélé que la plupart des États africains n'allouaient toujours pas suffisamment de fonds à la santé. La Stratégie a réitéré l'appel lancé aux gouvernements africains pour qu'ils honorent les engagements qu'ils ont pris à Abuja (Union africaine, 2016).

Si la gouvernance s'améliore, les résultats en matière de santé peuvent s'améliorer

Tableau 3 : Dépenses de santé dans les pays ayant répondu à l'enquête

	Dépenses courantes de santé (en % du PIB)	Dépenses courantes de santé par habitant, PPA (en USD courant), 2016	Dépenses de santé privée intérieures (en % des dépenses courantes de santé)	Dépenses de santé extérieures (en % des dépenses courantes de santé)	Dépenses directes (en % des dépenses courantes de santé)
Afrique du Sud	8,1	428	44,3	1,9	7,8
Bénin	3,9	30	49,0	30,5	43,5
Cameroun	4,7	64	77,3	9,3	69,5
Côte d'Ivoire	4,4	68	59,2	15,0	40,1
Gambie	4,4	21	37,6	43,8	23,6
Guinée-Bissau	6,1	39	35,4	20,3	35,4
Lesotho	8,1	86	18,9	17,3	18,9
Libéria	9,6	68	55,3	30,1	47,3
Maurice	5,7	553	55,7	0,2	48,2
Nigéria	3,6	79	76,7	9,8	75,2
Ouganda	6,2	38	43,1	40,4	40,3
Rép. dém. du Congo	3,9	21	44,4	43,4	37,4
Seychelles	3,9	597	2,2	1,9	2,1
Sierra Leone	16,5	86	47,8	41,0	41,6
Tchad	4,5	32	66,5	14,6	61,2
Valeur maximale de l'échantillon	16,5	597	77,3	43,8	75,2
Valeur minimale de l'échantillon	3,6	21	2,2	0,2	2,1
Moyenne	6,2	147	47,6	21,3	39,5
Médiane	4,7	68	47,8	17,3	40,3

Indicateurs du développement dans le monde de la Banque mondiale.

Dépenses de santé relatives aux actions extérieures

Les dépenses de santé relatives aux actions extérieures (ou dépenses de santé extérieures) sont une mesure du montant de la santé financé par l'aide et l'aide au développement. Les pays à faible revenu et les États fragiles, tels que les États sortant d'un conflit, ont besoin d'une aide extérieure pour la santé. La Gambie, la Sierra Leone, la République démocratique du Congo et l'Ouganda financent tous plus de 30 % de leurs dépenses de santé grâce à l'aide dont ils bénéficient, par rapport à Maurice qui reçoit une aide ne correspondant qu'à 0,2 % de ses dépenses de santé. En 2016, la part moyenne de l'aide humanitaire en Afrique subsaharienne correspondait à 11,6 % des dépenses courantes de santé. En ce qui concerne cette mesure, l'échantillon est plus tributaire de l'aide qu'un pays type sur le continent, les dépenses de santé extérieures moyennes correspondant à 21,3 % des dépenses courantes intérieures (voir Tableau 3). Bien que le niveau de l'aide soit inversement corrélé au niveau de développement socio-économique, il n'a aucune corrélation avec la charge de morbidité mesurée par les AVCI.

Dépenses directes de santé

Les dépenses directes de santé sont les dépenses de santé que le ménage doit engager pour obtenir des soins médicaux, en dehors des cotisations à l'assurance sociale ou à l'aide médicale. Des dépenses directes élevées de santé constituent un obstacle à l'accès de la santé pour les pauvres. Des dépenses directes élevées de santé peuvent indiquer que le public se méfie de la qualité des soins de santé publics et continuera d'utiliser les soins de santé privés même lorsque leurs coûts sont exorbitants.

Mugisha *et al.* (2002) ont constaté que les patients de la Guinée-Bissau rurale avaient engagé des dépenses directes de santé pour l'automédication du paludisme, même si cette maladie était la principale cause de morbidité et de mortalité. Lorsque les ménages n'avaient pas les moyens de payer les soins médicaux, ils avaient recours à la vente d'actifs. Plus de 90 % des dépenses directes de santé étaient consacrées aux médicaments. Nabonga Orem *et al.* (2013)

ont observé un modèle similaire en Ouganda : les patients tenteraient de se soigner eux-mêmes pour le paludisme, en achetant leurs propres médicaments, plutôt que d'aller consulter un professionnel de la santé privé ou public. Les dépenses directes de santé constituaient un obstacle aux soins de santé privés, mais les patients préféraient encore se soigner eux-mêmes plutôt que d'obtenir un traitement dans des établissements publics. L'étude note que les patients utilisaient les pharmacies parce qu'elles étaient faciles d'accès et qu'elles offraient la possibilité de crédit.

Les niveaux de dépenses directes de santé parmi les répondants sont élevés, représentant en moyenne, 39,5 % des dépenses courantes de santé. Toutefois, il existe une grande variation de la part des dépenses directes de santé, avec un minimum de 2,1 % aux Seychelles et un maximum de 75,2 % au Nigéria. Une grande partie des dépenses directes de santé constitue un obstacle à l'accès des pauvres à des soins de qualité. Trois pays de l'échantillon financent plus de 50 % des dépenses de santé provenant des dépenses directes, tandis que 9 pays en financent plus de 40 %. La part moyenne des dépenses directes de santé pour l'ensemble des pays d'Afrique subsaharienne est de 36,7 % des dépenses courantes intérieures consacrées à la santé, soit environ le double de la moyenne mondiale de 18,5 % (Indicateurs du développement dans le monde de la Banque mondiale, 2020).

Les répondants sont un groupe hétérogène qui reflète un certain degré de la dispersion des indicateurs socio-économiques observés dans l'ensemble de l'Afrique subsaharienne. Les deux nations insulaires, Maurice et les Seychelles, semblent être de légères valeurs aberrantes, avec un PIB par habitant plus élevé et de meilleurs résultats en matière de santé que les autres pays. La charge de morbidité semble être particulièrement aiguë au Lesotho. Sur le plan des dépenses de santé, les Seychelles et Maurice peuvent convertir un PIB élevé par habitant en dépenses de santé publique élevées ainsi qu'en de meilleurs résultats sanitaires. Les ouvrages consacrés à ce sujet indiquent que, dans les bonnes circonstances, une meilleure utilisation des ressources publiques peut se traduire par l'amélioration de la santé. La partie suivante examinera comment les pays budgétisent et dépensent leurs allocations de santé.

Bien que le niveau de l'aide soit inversement corrélé au niveau de développement socio-économique, il n'a aucune corrélation avec la charge de morbidité

3 Crédits budgétaires destinés au secteur de la santé

La nature technique de la tâche et le grand nombre d'acteurs impliqués dans le secteur de la santé, ne facilitent pas l'élaboration du budget de la santé. En outre, les pays font des choix politiques différents quant aux prestations de la santé, qui donnent lieu à des systèmes de santé différents selon les divers contextes. En Afrique, ces défis sont aggravés par une charge de morbidité élevée (VIH, par exemple), des niveaux de pauvreté élevés et, dans certains cas, par la fragilité et la reconstruction au sortir d'un conflit.

3.1 Élaboration du budget de la santé

Cette partie examine les méthodes d'élaboration des budgets de santé et l'interaction entre les diverses parties prenantes, notamment entre les ministères des Finances et les ministères de la Santé. Deux modèles principaux de prestation de la santé se dégagent de notre étude. Dans le premier modèle, l'administration centrale supervise l'intégralité du budget de la santé. Dans le deuxième modèle, l'administration centrale et les administrations infranationales se partagent la responsabilité du budget de la santé. Dans ce cas, une partie seulement du budget de la santé est inscrite au budget de l'administration centrale. L'administration centrale, dans cet exemple, correspond aux gouvernements nationaux,

par opposition aux administrations d'États fédérés ou aux administrations provinciales.

Dans le cas de l'Afrique du Sud, par exemple, la majeure partie des prestations de soin de santé sont effectuées au niveau provincial. Elles sont financées par des transferts de fonds de l'administration centrale et par l'allocation des fonds provenant de l'administration provinciale. Dans le cas de l'Ouganda, les administrations locales sont chargées de certaines fonctions de santé, et bénéficient en outre d'une subvention financée par l'État pour les salaires du personnel, les dépenses en capital et les dépenses de fonctionnement. Le système de santé de Maurice ressemble au système appliqué en Ouganda. Au Lesotho, le budget national qui comprend toutes les sources de recettes, est lié au niveau infranational, à savoir les districts et les administrations locales.

Selon les Comptes nationaux de la santé de 2017 à Maurice, le total des dépenses publiques de santé s'élevaient à 11 317 milliards MUR (ou roupies mauriciennes), dont 10 114 millions MUR dépensées par le ministère de la Santé et de la Qualité de la Vie, 97,49 millions MUR dépensées par le ministère de la Sécurité sociale, 23,12 millions MUR dépensées par le ministère de la Défense et de Rodrigues, 3,8 millions MUR dépensées par le ministère des Affaires étrangères, 684,4 millions MUR dépensées par les municipalités et les conseils municipaux et 393 millions MUR par la Commission de Rodrigues pour la santé et la sécurité sociale.

Tableau 4 : L'administration centrale inscrit-elle les dépenses de santé à son budget ?

Entièrement	Partiellement	Non
Cameroun Côte d'Ivoire Gambie Lesotho Libéria Maurice Ouganda Rép. dém. du Congo Seychelles Sierra Leone Tchad	Guinée-Bissau Nigéria Afrique du Sud	Bénin

Données sur l'élaboration du budget de la santé, issues de l'Enquête sur les pratiques et procédures budgétaires de santé publique en Afrique.

Les trois tableaux suivants examinent les établissements respectifs chargés de certains aspects du budget de la santé. Sur les 15 pays, 10 d'entre eux disposent d'une Autorité budgétaire centrale. Cette fonction est généralement assumée par le ministère des Finances, qui fixe les niveaux de dépenses pour les dépenses de santé. Une fois que l'enveloppe budgétaire des dépenses de santé est déterminée, il incombe au ministère de la Santé de décider quelle est la meilleure façon de dépenser ces crédits. La structure du Tchad ressemble à celle de nombreux autres pays : les dépenses de tous les ministères et institutions sectoriels sont centralisées par le ministère des Finances et par la Direction générale du budget. La Direction générale du budget affecte des crédits au cadre de dépenses à moyen terme (CDMT) qui sont adaptés par chaque ministère dépensier. Ensuite, le ministère affecte ces enveloppes budgétaires en fonction de ses besoins (personnel, biens et services, transferts et subventions, investissements intérieurs et extérieurs).

Le Tableau 5 montre les rôles respectifs assumés par les institutions dans l'élaboration du budget de santé. Les institutions qui jouent un rôle de premier plan, ont l'autorité de convocation et un pouvoir discrétionnaire pour prendre des décisions. Celles qui ont un rôle de soutien peuvent fournir une aide, mais ne sont pas autorisées à prendre des décisions. La prévision des dépenses de santé est un déterminant clé des crédits budgétaires futurs. Les autorités budgétaires centrales (ABC) ne jouent ce rôle de premier plan qu'au Tchad, alors que dans neuf autres pays elles exercent leurs fonctions en collaboration avec les ministères de Santé de ces pays. Les pouvoirs législatifs (ou Parlement ou assemblées législatives) jouent un rôle de soutien dans sept pays, et ne jouent aucun rôle dans quatre pays. Six pays n'ont attribué aucun rôle à l'agence d'assurance sociale (ou caisse de sécurité sociale) parce qu'elle n'existe pas dans ces pays.

Les ministères de la Santé et des Finances proposent conjointement les dépenses de santé souhaitables, ainsi que les exigences en matière d'intégration fiscale. Le rôle de premier plan revient aux ministères de santé dans quatre pays, et aux ministères des Finances dans deux pays, et ce rôle est exercé conjointement dans six pays. En Ouganda, le Parlement joue également un rôle de premier plan en parallèle avec les deux ministères. En Afrique du Sud, ces deux ministères jouent un rôle clé, ainsi que les autorités budgétaires dans les administrations infranationales provinciales. La raison en est qu'en Afrique du Sud, la santé est à la fois une fonction de l'administration centrale, et des administrations provinciales et locales. Les trois niveaux d'administration sont égaux en vertu de la Constitution, et par conséquent ces trois niveaux du gouvernement jouent chacun un rôle pour déterminer les fonds affectés à la santé. Les pouvoirs législatifs jouent un rôle de soutien dans huit pays.

Plus les fonctions deviennent techniques et se rapprochent du fonctionnement quotidien du système de santé, plus le rôle joué par les autorités budgétaires centrales est réduit. La proposition de dépenses en capital dans le secteur de la santé est avant tout le rôle des ministères de la Santé. Dans huit pays, le ministère de la Santé joue le rôle de premier plan et dans trois autres pays, le ministère de la Santé et l'ABC partagent cette fonction. La Sierra Leone fait participer les leaders traditionnels et la société civile dans cet aspect du budget de la santé, et dans de nombreux autres domaines.

Les pouvoirs législatifs jouent un rôle de soutien pour déterminer les dépenses en capital affectées à la santé, si tant est qu'ils jouent un rôle. À Maurice et au Tchad, les assemblées législatives ne jouent aucun rôle. Le calcul du coût de la couverture de santé est un facteur essentiel pour déterminer quelle est l'ampleur de la couverture de santé qu'un pays est en mesure d'assumer. Ce sont les ministères de la Santé qui sont chargés d'effectuer ce calcul. Dans 10 pays, le ministère de la Santé joue un rôle prépondérant pour déterminer le coût de l'augmentation de la couverture de santé, alors que dans trois autres pays, le ministère de la Santé joue un rôle prépondérant en parallèle avec l'ABC. Il s'agit d'un exercice très technique, ce qui limite la capacité des ABC à jouer un rôle très important, à moins qu'elles n'aient de l'expertise et de l'expérience dans le domaine de la santé. Il en va de même pour les pouvoirs législatifs, qui jouent un rôle de soutien dans huit pays.

Le Tableau 7 examine les organismes respectifs qui négocient les rémunérations payées au sein du système de santé publique et les salaires payés au personnel médical et aux autres prestataires (ou fournisseurs). Les taux de rémunération sont souvent déterminés par les ministères de santé, parfois en collaboration avec les ministères des Finances. Dans six pays, le ministère de la Santé joue ce rôle et dans cinq pays, ce travail est accompli en collaboration avec l'ABC. La Sierra Leone semble être dotée d'un processus inclusif impliquant le ministère de la Santé, l'ABC, les leaders traditionnels et la société civile. Les pouvoirs législatifs jouent un rôle de soutien dans cinq pays.

La négociation des salaires dans le secteur de la santé semble relever de la responsabilité conjointe des ministères de la Santé et des Finances. Dans quatre pays, la négociation des salaires dans le secteur de la santé est l'apanage des ministères de la Santé. Dans trois pays, ces négociations incombent à l'ABC et dans cinq pays, c'est une fonction conjointe. Dans deux pays, les deux ministères et le pouvoir législatif jouent le rôle prépondérant à cet égard. En Afrique du Sud, le ministère de la Fonction publique et de l'Administration négocie les salaires de tous les fonctionnaires subalternes pour le compte du gouvernement. Dans sept pays, le pouvoir législatif joue un rôle de soutien, comme on pourrait s'y attendre pour une fonction ayant des implications politiques importantes.

Tableau 5 : Responsabilités institutionnelles dans le cadre de la budgétisation de la santé – niveaux globaux de santé

	Projettent les dépenses de santé pour les prochaines années			Proposent un montant souhaitable de dépenses de santé (ou un montant souhaitable de compression des dépenses)		
	Rôle de premier plan ²	Rôle de soutien	Aucun rôle	Rôle de premier plan	Rôle de soutien	Aucun rôle
Afrique du Sud	Santé ABC Administrations infranationales	Pouvoir législatif ABC provinciale	Agence d'assurance sociale	ABC ABC provinciale	Pouvoir législatif Santé Santé au niveau provincial	Agence d'assurance sociale
Bénin	Santé ABC	Pouvoir législatif Agence d'assurance sociale		Santé ABC	Pouvoir législatif	
Cameroun	Santé	ABC	Pouvoir législatif	Santé	ABC	Pouvoir législatif
Côte d'Ivoire	Santé	ABC	Pouvoir législatif	Agence d'assurance sociale	Santé ABC	Agence d'assurance sociale
Gambie	Santé	Pouvoir législatif ABC	Agence d'assurance sociale	ABC	Santé Pouvoir législatif	Agence d'assurance sociale
Guinée-Bissau	Santé ABC	Agence d'assurance sociale		ABC	Santé	
Lesotho	Santé ABC	Pouvoir législatif ABC		Santé ABC	Pouvoir législatif ABC	Agence d'assurance sociale
Libéria	Santé ABC	Pouvoir législatif ABC	Agence d'assurance sociale	Santé	Pouvoir législatif ABC	Agence d'assurance sociale
Maurice	Santé ABC		Pouvoir législatif Agence d'assurance sociale	Santé ABC		
Nigéria	Santé			Santé		
Ouganda	Santé ABC Pouvoir législatif	Administration infranationale Société civile		Santé ABC Pouvoir législatif	Administration infranationale Société civile	
Rép. dém. du Congo	Santé		Agence d'assurance sociale	Santé ABC	Pouvoir législatif	Agence d'assurance sociale
Seychelles	Santé ABC	Pouvoir législatif Santé	Agence d'assurance sociale	Santé ABC	Pouvoir législatif Santé	Agence d'assurance sociale
Sierra Leone	Santé ABC	Pouvoir législatif Chefs des conseils locaux Administrateurs Société civile		Santé ABC	Pouvoir législatif Chefs des conseils locaux Administrateurs Société civile	
Tchad	ABC	Santé	Pouvoir législatif	Santé	ABC	Pouvoir législatif Agence d'assurance sociale

Données sur l'élaboration du budget de la santé, issues de l'Enquête sur les pratiques et procédures budgétaires de santé publique en Afrique.

2 Dans le tableau, « ABC » fait référence à l'autorité budgétaire centrale (généralement le ministère des Finances ou Trésor), et « Santé » se rapporte aux ministères de la Santé, même dans les cas où le ministère de la Santé remplit d'autres fonctions.

Tableau 6 : Responsabilités institutionnelles dans le cadre de la budgétisation de la santé – capital et couverture

	Proposent des dépenses en capital pour le secteur de la santé			Calculent le coût d'une augmentation de la couverture de santé		
	Rôle de premier plan ³	Rôle de soutien	Aucun rôle	Rôle de premier plan	Rôle de soutien	Aucun rôle
Afrique du Sud	Santé Santé infranationale	ABC ABC provinciale	Agence d'assurance sociale	Santé Santé infranationale	ABC ABC provinciale	Agence d'assurance sociale
Bénin	Santé	Pouvoir législatif ABC		Santé	ABC Pouvoir législatif Agence d'assurance sociale	
Cameroun	Pouvoir législatif	ABC		Santé	ABC	
Côte d'Ivoire	Santé	ABC Planification		Santé	Pouvoir législatif	ABC Pouvoir législatif Agence d'assurance sociale
Gambie	Santé ABC	Pouvoir législatif ABC	Agence d'assurance sociale	Santé	ABC	Agence d'assurance sociale
Guinée-Bissau	Santé	ABC		ABC	Santé	
Lesotho	Santé	Pouvoir législatif ABC	Agence d'assurance sociale	Santé	ABC	Pouvoir législatif Agence d'assurance sociale
Libéria	Santé	Pouvoir législatif ABC	Agence d'assurance sociale	ABC Santé	Pouvoir législatif	Agence d'assurance sociale
Maurice	Santé ABC		Pouvoir législatif Agence d'assurance sociale	Santé ABC		Pouvoir législatif Agence d'assurance sociale
Nigéria	Santé			Santé		
Ouganda	Santé Pouvoir législatif	ABC		Santé	ABC Pouvoir législatif	
Rép. dém. du Congo	Santé	Pouvoir législatif	Agence d'assurance sociale	Santé	Pouvoir législatif	ABC
Seychelles	Santé ABC	Pouvoir législatif Santé	Agence d'assurance sociale	Santé ABC	Pouvoir législatif Santé	Agence d'assurance sociale
Sierra Leone	Santé Pouvoir législatif Chefs des conseils locaux Administrateurs Société civile	ABC		Santé	Pouvoir législatif ABC Chefs des conseils locaux Administrateurs Société civile	
Tchad	Santé	ABC	Pouvoir législatif Agence d'assurance sociale	Santé		ABC Pouvoir législatif Agence d'assurance sociale

Données sur l'élaboration du budget de la santé, issues de l'Enquête 2019 sur les pratiques et procédures budgétaires de santé publique en Afrique.

3 Dans le tableau, « ABC » fait référence à l'autorité budgétaire centrale (généralement le ministère des Finances ou Trésor), et « Santé » se rapporte aux ministères de la Santé, même dans les cas où le ministère de la Santé remplit d'autres fonctions.

Tableau 7 : Responsabilités institutionnelles dans le cadre de la budgétisation de la santé – paiements et salaires

	Négocient les taux de paiement et les rémunérations payées aux établissements du système de santé publique			Négocient les salaires du système de santé publique		
	Rôle de premier plan ⁴	Rôle de soutien	Aucun rôle	Rôle de premier plan	Rôle de soutien	Aucun rôle
Afrique du Sud	Santé Santé infranationale	ABC	Pouvoir législatif Agence d'assurance sociale	Fonction publique et Administration	ABC Santé	Pouvoir législatif Agence d'assurance sociale
Bénin	Santé ABC	Agence d'assurance sociale	Pouvoir législatif	Santé ABC	Pouvoir législatif	Agence d'assurance sociale
Cameroun	Pouvoir législatif			ABC		
Côte d'Ivoire	Santé	ABC	Pouvoir législatif Agence d'assurance sociale	ABC	Santé	Pouvoir législatif Agence d'assurance sociale
Gambie	Santé	Pouvoir législatif ABC		Santé	ABC	Agence d'assurance sociale
Guinée-Bissau	ABC Santé	Pouvoir législatif		ABC	Santé Pouvoir législatif	
Lesotho	ABC	Pouvoir législatif Santé	Agence d'assurance sociale	Santé	ABC Pouvoir législatif	
Libéria				ABC Santé	ABC Pouvoir législatif	Agence d'assurance sociale
Maurice	Santé ABC		Pouvoir législatif Agence d'assurance sociale	Santé ABC		Pouvoir législatif Agence d'assurance sociale
Nigéria	Santé			Santé		
Ouganda	Santé	Pouvoir législatif		Santé ABC Pouvoir législatif		
Rép. dém. du Congo	Santé	Pouvoir législatif	Agence d'assurance sociale	ABC Santé Pouvoir législatif	Pouvoir législatif	
Seychelles	Santé ABC	Santé	Pouvoir législatif Agence d'assurance sociale	Santé ABC	Santé	Pouvoir législatif Agence d'assurance sociale
Sierra Leone	Santé Pouvoir législatif ABC Chefs des conseils locaux Administrateurs	Chefs des conseils locaux Administrateurs Société civile		Santé	Pouvoir législatif ABC Chefs des conseils locaux Administrateurs Société civile	
Tchad	Santé	ABC	Pouvoir législatif Agence d'assurance sociale	Santé ABC		Pouvoir législatif Agence d'assurance sociale

Données sur l'élaboration du budget de la santé, issues de l'Enquête 2019 sur les pratiques et procédures budgétaires de santé publique en Afrique.

4 Dans le tableau, « ABC » fait référence à l'autorité budgétaire centrale (généralement le ministère des Finances ou Trésor), et « Santé » se rapporte aux ministères de la Santé, même dans les cas où le ministère de la Santé remplit d'autres fonctions.

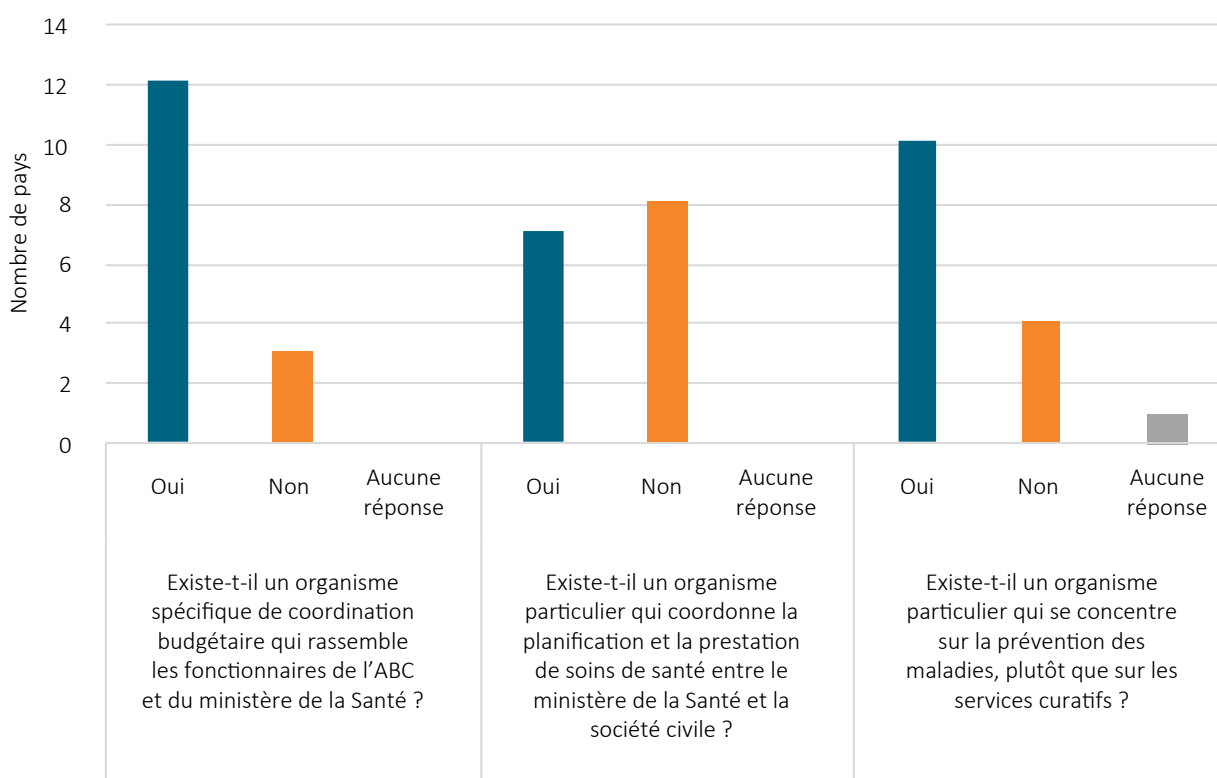
3.2 Mécanismes de budgétisation de la santé

La Figure 2 met l'accent sur la structure institutionnelle de l'élaboration du budget du secteur de la santé. La majorité des pays disposent d'un organisme spécifique pour coordonner l'élaboration du budget de la santé. Seuls, le Bénin, le Libéria et la Gambie, ne sont pas dotés d'un organisme de ce type. La structure du mécanisme de coordination varie selon les pays, en fonction de leur système de santé. Dans la République démocratique du Congo, le ministère du Budget organise un séminaire d'orientation budgétaire et des conférences budgétaires afin d'expliquer les hypothèses qui sous-tendent le budget. Le ministère présente les projections budgétaires en vue de parvenir à un consensus sur les plafonds indicatifs et le plaidoyer budgétaire, et pour obtenir des augmentations, afin de mieux répondre aux besoins sectoriels.

Dans le cas de la Sierra Leone, le ministère de la Santé et de l'Assainissement est doté d'un comité budgétaire

fonctionnel dont les membres incluent tous les directeurs et gestionnaires de programme, le responsable du vote de budget (responsable administratif), le chef des services médicaux et l'agent budgétaire du ministère des Finances (secrétaire du comité). Le comité se réunit tous les trimestres pour discuter des crédits budgétaires publiés par le ministère des Finances. Ils déterminent ensemble les activités réalisables principales et décident de l'affectation des fonds. Le comité actualise les informations sur l'exécution du budget et les livrables principaux deux fois par mois, afin de tenir informés la haute direction et le ministère de la Santé et de l'Assainissement. Le comité se réunit en outre pour planifier le budget de l'année suivante, encourageant bien souvent ses membres à se conformer à la Déclaration d'Abuja, qui cible des crédits budgétaires s'élevant à 15 % du budget de l'État pour le secteur de la santé. Les membres importants de la société civile qui travaillent dans le domaine de la santé, sont également cooptés au besoin.

Figure 2 : Structure institutionnelle de l'élaboration du budget de la santé



Données sur l'élaboration du budget de la santé, issues de l'Enquête 2019 sur les pratiques et procédures budgétaires de santé publique en Afrique.

La majorité des comités semblent être des structures du gouvernement sans assise juridique. En revanche, la Côte d'Ivoire a établi une Plateforme nationale de coordination du financement de la santé (PNCFS), qui a été créée par un Arrêté du Premier ministre. La PNCFS comprend des ministres du gouvernement, des représentants des partenaires du développement, la Banque mondiale, l'OMS, des représentants du secteur privé et des membres de la société civile.

L'Afrique du Sud a deux organismes de coordination. Lors d'un processus budgétaire, une réunion bilatérale se tient ordinairement entre la Trésorerie nationale (Trésor public) et le ministère de la Santé. Il y a en outre une « 10x10 » : une réunion avec le ministère de la Santé et la Trésorerie nationale, ainsi qu'avec les neuf ministères et trésors provinciaux de la santé.

Sept pays sur 15 disposent d'un mécanisme de coordination des activités menées avec la société civile ; huit pays ont déclaré qu'ils n'avaient pas de mécanisme de ce type. La République démocratique du Congo est un bon exemple de ce type d'organisme dans la pratique : plusieurs groupes de travail, dont six commissions techniques thématiques de 20 à 30 membres tirés des divers secteurs. Ces groupes se réunissent au moins une fois par mois. Ces commissions techniques se réunissent en Comité de coordination technique au moins une fois par trimestre, sous la présidence du Secrétaire général pour la santé. Un comité de pilotage national, constitué d'acteurs de santé publique, de l'administration centrale et des provinces, des partenaires techniques et financiers, et de la société civile se réunit une ou deux fois par an, sous la présidence du ministère de la Santé.

La Sierra Leone est dotée d'un comité de pilotage du secteur de la santé, qui comprend le ministre de la Santé et de l'Assainissement, le ministre des Terres, de l'Aménagement du Territoire et de l'Environnement, le ministre du Travail et de la Sécurité sociale et le ministre des Finances, entre autres.

Ce comité se réunit une fois par trimestre pour examiner les rapports envoyés au ministre de la Santé par le groupe de travail technique et qui détaillent les défis liés aux principaux projets phares, qui doivent être traités dans les meilleurs délais.

Les membres du groupe de travail technique incluent la Direction de la Planification du ministère de la Santé, des membres de la société civile, des partenaires du développement et des gestionnaires de programme. Une fois par mois, ils se réunissent pour discuter des pratiques exemplaires, des flux de financement et des interventions qui permettraient de réduire la duplication des activités, et de se concentrer sur le programme du Président et le co-financement des interventions des partenaires du gouvernement en matière de santé. Le ministère est doté d'une organisation non gouvernementale/bureau de liaison avec les donateurs qui communique régulièrement avec des ONG locales et internationales et avec d'autres partenaires au sujet des activités de chaque exercice financier.

La prévention de la maladie est une fonction importante de tout système de santé. Dix pays disposent d'un mécanisme spécifique portant sur le traitement prophylactique. Seuls le Libéria, l'Afrique du Sud, la Côte d'Ivoire et le Cameroun ont fait état de l'absence d'un tel mécanisme. Aux Seychelles, l'Autorité de santé publique (ASP) est un organisme légalement établi qui régleme et protège la santé de la population. L'autorité est dirigée par un conseil composé de représentants de divers secteurs, notamment la société civile. Le conseil se réunit tous les deux mois pour superviser la mise en œuvre d'interventions stratégiques. Des professionnels de la santé qualifiés mènent les opérations aux niveaux centralisés et décentralisés. Leurs fonctions incluent la surveillance et le contrôle des maladies, la santé environnementale, le contrôle des vecteurs et la sécurité alimentaire. L'Autorité de la santé publique collabore aussi avec d'autres entités nationales, telles que l'Agence nationale de gestion des catastrophes.

La prévention de la maladie est une fonction importante de tout système de santé. Dix pays disposent d'un mécanisme spécifique portant sur le traitement prophylactique. Seuls le Libéria, l'Afrique du Sud, la Côte d'Ivoire et le Cameroun ont fait état de l'absence d'un tel mécanisme

3.3 Processus budgétaires

Parmi tous les pays ayant participé à l'enquête, seule la Guinée-Bissau n'a pas de CDMT, malgré le fait que les documents budgétaires d'autres pays ne fassent pas tous état d'un CDMT. Le Tableau 8 compare ce résultat avec l'indicateur pertinent de l'évaluation PEFA (Dépenses publiques et responsabilité financière). Les résultats doivent être comparés par rapport à deux cadres PEFA (le Cadre de 2011 et le Cadre de 2016), ce qui ne simplifie pas les choses. Pour obtenir la note A, un pays doit faire des projections sur le niveau des dépenses pour l'exercice en cours et les deux exercices financiers suivants, ventilées par programme, classification économique ou administrative, comme les dépenses en capital et les dépenses de fonctionnement.

Des performances plus médiocres indiqueraient que les dépenses n'ont pas pu être ventilées selon une classification économique ou administrative. Une note « D » indique que la budgétisation à moyen terme n'est pas utilisée. Les données PEFA fournissent des informations qui complètent les résultats de CABRI et montrent que le Cameroun n'utilise pas de CDMT, tandis que l'Afrique du Sud et l'Ouganda l'utilisent pleinement. Certains autres pays ayant participé à l'enquête utilisent des CDMT, mais ils ne sont que partiellement développés. Une planification plus poussée du moyen terme permettra aux pays de mieux associer les objectifs stratégiques à long terme aux dépenses budgétaires, sans négliger la gestion macroéconomique du budget (Holmes et Evans, 2003).

Le Tableau 9 contient des informations sur les processus budgétaires des pays ayant participé à l'enquête. La colonne de gauche indique la question principale, et les quatre colonnes à droite du tableau présentent les réponses des pays ayant répondu affirmativement à la première question. Sur ces 14 pays, 10 d'entre eux incluent toutes les dépenses de santé en-dessous des plafonds budgétaires, et quatre n'incluent que certaines dépenses de santé.

Dix d'entre les 15 pays utilisent des fonctions de santé dans l'élaboration de leurs budgets. Sept pays utilisent ces catégories comme la base des crédits budgétaires. L'élaboration des budgets selon la fonction permet une plus grande flexibilité que l'élaboration du budget en fonction des coûts, tels que le personnel et les installations (Rajan, Barrow et Stenberg, 2016). Le Libéria utilise des programmes budgétaires « curatifs » et « préventifs ». Le Lesotho utilise des catégories comme « soins de santé primaires » (surtout les cliniques), « soins de santé secondaires » (les hôpitaux) et « maîtrise des maladies ». La Gambie utilise des catégories comme « épidémiologie et maîtrise des maladies », « contrôle des infections » et « éducation et promotion de la santé », même si ces catégories ne sont pas utilisées comme la base des crédits budgétaires.

Deux tiers des pays ayant participé à l'enquête prévoient des dotations budgétaires pour la prévention de maladies spécifiques, et huit d'entre eux utilisent ces catégories comme la base des crédits budgétaires. Les dotations budgétaires pour les maladies spécifiques permettent aux responsables du budget de transférer les fonds au sein des budgets au cours de l'exercice financier, si les fonds servent toujours à lutter contre cette maladie spécifique. Un processus de virement pour la réaffectation/ redistribution des fonds entre les divers

types de coûts n'est pas requis. Cette flexibilité permet une réponse plus rapide aux crises sanitaires. Le Nigéria alloue des fonds pour combattre le cancer, le VIH et le paludisme. Le VIH/SIDA et le paludisme sont spécifiquement mentionnés par cinq pays outre le Nigéria.

Douze pays utilisent des crédits budgétaires pour financer des établissements (ou structures) individuels de santé et dans neuf pays, ces catégories constituent la base des crédits budgétaires. Certains pays affectent des fonds à des hôpitaux spécifiques. La Sierra Leone, par exemple, affecte des fonds à Connaught Hospital et à l'hôpital public pour enfants (*Children's Government Hospital*). Le Bénin affecte des fonds au Centre National Hospitalier et Universitaire Hubert Koutougou MAGA de Cotonou. L'Afrique du Sud affecte des fonds aux grands hôpitaux tertiaires, alors que le Libéria affecte des fonds aux hôpitaux *John F. Kennedy Medical Center*, *Jackson F. Doe Hospital* et *Phebe Hospital*.

Les systèmes budgétaires sont relativement flexibles et permettent aux pays de spécifier d'autres affectations. La Figure 3 montre que 10 pays utilisent d'autres types de crédits budgétaires. La Côte d'Ivoire alloue des fonds à l'approvisionnement en médicaments. La République démocratique du Congo utilise des catégories comme la rémunération, les coûts de fonctionnement et les dépenses en capital. Le Cameroun alloue des fonds pour améliorer la gouvernance et pour soutenir les institutions. La Guinée-Bissau affecte des fonds à la masse salariale du personnel (de santé), à l'achat de biens et services, aux transferts et aux investissements. La Sierra Leone prend des dispositions pour le transfert de fonds à des conseils municipaux, à la psychiatrie et à la nutrition dans le cadre des crédits budgétaires affectés à la santé. L'Ouganda affecte des fonds spécifiquement aux produits pharmaceutiques.

Tous les pays ayant répondu à l'enquête font une distinction entre les dépenses de fonctionnement et les dépenses en capital, bien que leur terminologie puisse différer légèrement. Dans certains pays, le budget des dépenses ordinaires est séparé du budget des dépenses en capital.

Les pouvoirs législatifs adoptent les budgets avec des montants spécifiés affectés à certaines fonctions ou centres de coûts. Les ministères sont généralement autorisés à réaffecter une partie du financement de l'exercice en cours dans certaines limites, qui varient d'un pays à l'autre. Dans certains cas, les pouvoirs législatifs interdisent toute réaffectation de fonds de postes budgétaires spécifiques afin de protéger leur financement. Cette mesure est généralement une indication qu'ils considèrent ces dépenses comme une priorité nationale. Neuf pays ayant participé à l'enquête utilisent un mécanisme pour protéger certains types de dépenses des compressions budgétaires. Seuls, le Cameroun, Maurice, les Seychelles et le Libéria ont signalé l'absence de cet outil. Le Tchad a signalé que, sauf urgence, les crédits budgétaires liés aux coûts du personnel étaient irréductibles. En outre, dans le cadre du programme mené avec le Fonds monétaire international, le Tchad a indiqué les prestations tirées des dépenses de santé puisque c'est l'un des secteurs prioritaires.

La Sierra Leone a noté que l'approvisionnement en médicaments et en fournitures médicales, le VIH/SIDA, le paludisme, la tuberculose, la lèpre (maladie de Hansen), la santé génésique et les traitements et salaires sont protégés des

compressions budgétaires, indiquant par-là que ces éléments sont d'une importance primordiale pour le gouvernement. L'Afrique du Sud dispose de deux mécanismes pour protéger certaines dépenses : certains crédits budgétaires sont clairement indiqués comme étant « affectés exclusivement à des dépenses spécifiques » et ne peuvent être réduits que si le parlement adopte un nouveau projet de loi de finances. La Trésorerie nationale protège d'autres dotations par le biais

d'une affectation budgétaire interdisant la réaffectation de ces fonds sans l'autorisation préalable de la Trésorerie nationale. La Gambie a noté que les dépenses pour les médicaments, les pansements, les fournitures médicales et les vaccins ne peuvent être réduites. De même, au Lesotho, les affectations de fonds aux médicaments, pansements, vaccins et salaires sont rarement réduites.

Tableau 8 : Notes PEFA sur l'utilisation du CDMT

	Année de l'évaluation PEFA	Cadre PEFA	Résultat
Afrique du Sud	2014	2011	A
Bénin	2014	2016	C
Cameroun	2017	2016	D
Côte d'Ivoire	2019	2016	C
Gambie	2015	2011	C
Guinée-Bissau	2014	2011	D
Lesotho	2017	2016	B
Libéria	2016	2011	C
Maurice	2015	2011	B
Nigéria	Pas rendue publique		
Ouganda	2017	2016	A
Rép. dém. du Congo	2008	2011	C
Seychelles	2017	2016	B
Sierra Leone	2018	2016	B
Tchad	2018	2016	C

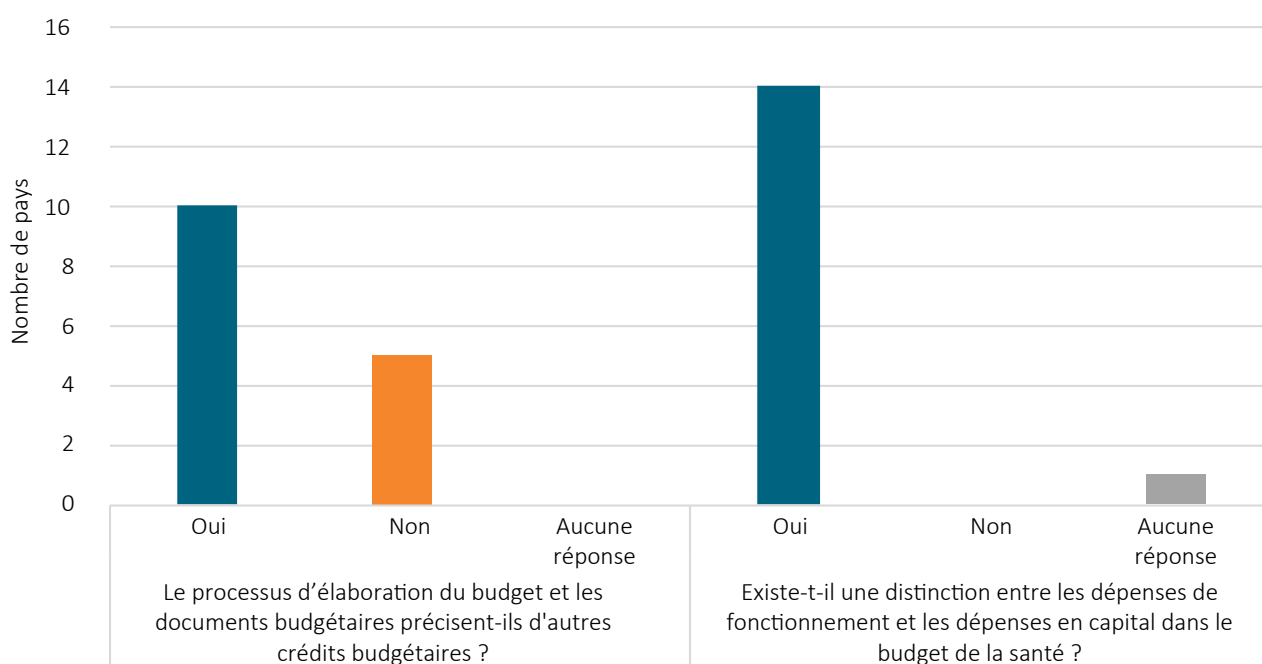
PEFA. Les éléments évalués sont PI-12.1 dans le Cadre 2011 et PI-16.1 dans le Cadre 2016.

Tableau 9 : Processus budgétaires : crédits budgétaires à moyen terme

	Oui	Non		Oui	Non
Votre pays dispose-t-il d'un cadre budgétaire et/ou d'un cadre de dépenses à moyen terme ?	14	1	Dans l'affirmative : toutes les dépenses de santé sont incluses dans les plafonds	10	Dans l'affirmative : non, les dépenses de santé ne sont pas toutes incluses dans les plafonds
Le processus d'élaboration du budget et les documents budgétaires précisent-ils les crédits budgétaires par fonction de soins de santé ?	10	5	Dans l'affirmative : ces catégories sont utilisées à titre indicatif (non contraignantes)	3	Dans l'affirmative : ces catégories sont à la base des crédits budgétaires
Le processus d'élaboration du budget et les documents budgétaires précisent-ils les crédits budgétaires pour des maladies spécifiques ?	10	5	Dans l'affirmative : ces catégories sont utilisées à titre indicatif (non contraignantes)	2	Dans l'affirmative : ces catégories sont à la base des crédits budgétaires
Le processus d'élaboration du budget et les documents budgétaires précisent-ils les crédits budgétaires destinés aux établissements sanitaires distincts/ individuels ?	12	3	Dans l'affirmative : ces catégories sont utilisées à titre indicatif (non contraignantes)	3	Dans l'affirmative : ces catégories sont à la base des crédits budgétaires

Données sur l'élaboration du budget de la santé, issues de l'Enquête 2019 sur les pratiques et procédures budgétaires de santé publique en Afrique.

Figure 3 : Processus budgétaire – d’autres crédits budgétaires et distinction entre les dépenses de fonctionnement et les dépenses en capital



Données sur l'élaboration du budget de la santé, issues de l'Enquête 2019 sur les pratiques et procédures budgétaires de santé publique en Afrique.

3.4 Budgétisation axée sur les performances

La budgétisation axée sur les performances (ou sur les résultats) utilise des indicateurs de performances et un cadre d'évaluation des performances (Robinson & Last, 2009) pour établir un lien plus étroit entre les fonds alloués aux organismes publics et les résultats obtenus par ce financement.

L'échantillon donne les résultats suivants : sept pays utilisent la budgétisation axée sur les résultats et sept pays ne l'utilisent pas. L'Ouganda n'a pas donné de réponse. Au Lesotho, le financement axé sur les résultats est un programme financé par la Banque mondiale qui récompense les résultats atteignant une norme prédéterminée. Si la norme n'est pas atteinte, il est procédé à une évaluation pour déterminer la cause de l'échec. Si, par exemple, l'échec est dû au manque d'équipements, l'équipement est mis à disposition. En outre, le personnel est récompensé par des compléments de salaires.

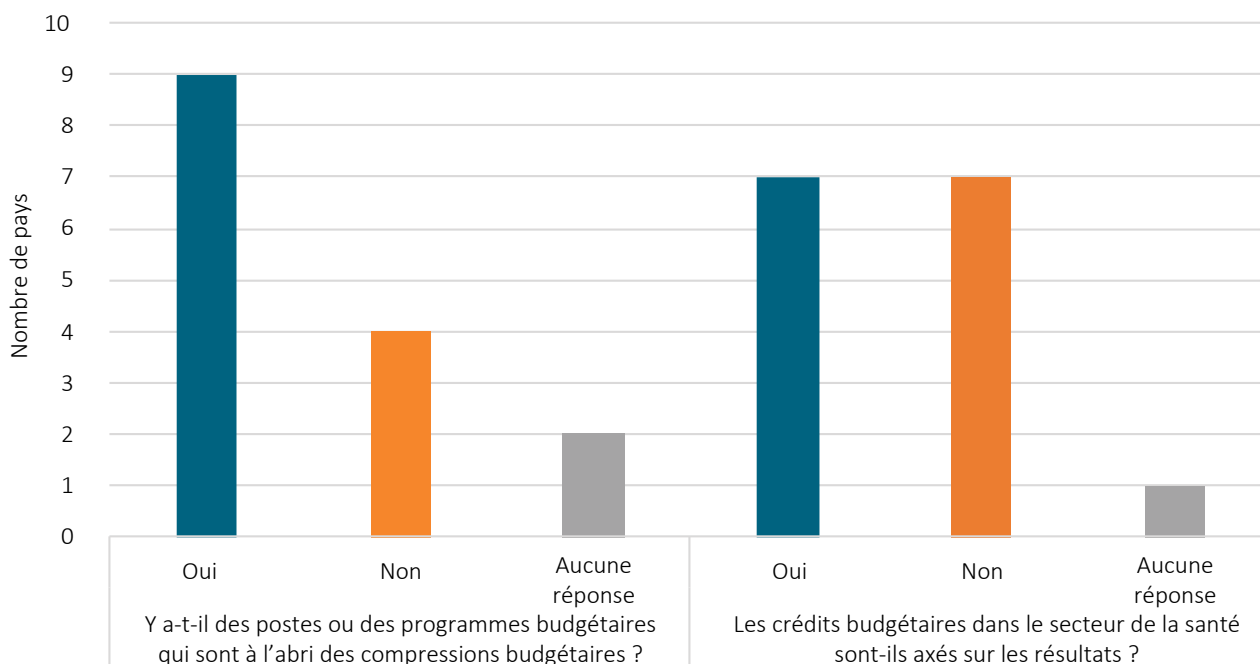
Le Tchad vient d'entamer un processus de budgétisation axée sur les performances et applique la méthode du budget-programme. En 2019, dans le cadre de la préparation au budget de 2020, des indicateurs de performances ont été retenus au titre des Projets annuels de performances (PAP), qui constituent les outils de programmation du budget. Toutefois, les indicateurs sont encore expérimentaux. Ils ne deviendront contraignants/obligatoires qu'en 2022, date à

compter de laquelle le Tchad est censé adopter le système du budget-programme.

En 2013, CABRI a noté que près de 80 % des économies africaines envisageaient de mettre en œuvre la budgétisation axée sur les résultats et sur les programmes, mais qu'aucune d'entre elles n'avaient pleinement appliqué le système. Maurice et l'Afrique du Sud sont désignés comme les pays les plus avancés dans la mise en œuvre de ce système. En 2018, plusieurs autres pays avaient commencé à adopter la budgétisation axée sur les résultats. Le Burkina Faso avait adopté la budgétisation axée sur les résultats, alors que le Mali et le Niger avait prévu de commencer la mise en œuvre en 2018 dans le cadre de l'engagement de l'Union économique et monétaire ouest-africaine (UEMOA) à mettre en œuvre la budgétisation axée sur les résultats avant janvier 2017, avec une période de transition quinquennale. En dehors de l'UEMOA, les Seychelles ont échelonné la mise en œuvre de la budgétisation axée sur les résultats, qui a commencé dans les domaines de l'éducation, de l'agriculture et des pêches en 2015, et s'est étendue à l'ensemble du gouvernement en 2017 (CABRI, 2019).

La Sierra Leone offre des incitations de performance au personnel. Les paiements destinés à la formation professionnelle, comme par exemple, les programmes de 2^e et 3^e cycle et les cours de formation pour cadres infirmiers, qui sont financés en fonction des rapports sur les progrès réalisés dans la formation et leur aptitude démontrée par les réussites obtenues après la formation, avant que des fonds supplémentaires ne soient accordés pour d'autres formations spécialisées.

Figure 4 : Processus budgétaire – à l’abri des compressions, et budgétisation axée sur les performances



Données sur l’élaboration du budget de la santé, issues de l’Enquête 2019 sur les pratiques et procédures budgétaires de santé publique en Afrique.

3.5 Conclusions

Les répondants utilisent divers processus budgétaires, mais ils ont certains points en commun que nous pouvons identifier. Les ministères de la Santé sont les principaux acteurs chargés de la prestation de santé et des aspects essentiels du processus budgétaire, une fois que l’autorité budgétaire centrale a été établie. Plus la fonction est opérationnelle, comme par exemple, la planification des dépenses en capital dans le secteur de la santé, et plus l’intervention d’institutions autres que le ministère de la Santé est réduite. La majorité des pays incluent quasiment toutes les dépenses dans le budget de l’État (budget du de l’administration centrale).

Le parlement joue un rôle important dans le processus budgétaire. Les parlements indiquent souvent quelles sont les priorités nationales relatives à la mise en œuvre des politiques de santé, par les mécanismes qu’ils utilisent pour éviter la compression de certains crédits budgétaires. Ces mécanismes étaient communs à tous les pays ayant participé

à l’enquête et dans certains cas, pouvaient être utilisés par l’autorité budgétaire centrale également.

Les décisions portant sur l’affectation des fonds peuvent avoir d’importantes implications sur la prestation de santé. La majorité des pays utilisent les crédits budgétaires pour des maladies ou des établissements/services spécifiques. Ces crédits permettent aux gestionnaires de la santé d’avoir plus de flexibilité, que si les crédits étaient affectés à des coûts spécifiques, comme le personnel ou le capital.

La planification à moyen terme est presque universellement appliquée. Des comparaisons avec les données provenant d’évaluations PEFA, montrent que la majorité des pays utilisent un CDMT, mais dans une mesure plus ou moins grande. La budgétisation axée sur les résultats est utilisée dans la moitié des pays ayant participé à l’enquête, et le nombre semble augmenter encore, conformément à la tendance observée dans d’autres pays.

La majorité des pays utilisent un CDMT, mais dans une mesure plus ou moins grande

4 L'exécution du budget de la santé, l'achat et les paiements des prestataires

Cette partie présente les stratégies de financement des pays et leurs méthodes de fourniture de biens et de services. Il existe plusieurs façons de payer pour les soins de santé, et chaque mécanisme de paiement impose des risques différents soit au payeur soit au prestataire de services. Dans cette partie, nous allons examiner les mécanismes de paiement et la structure des systèmes de santé que les pays ayant participé à l'enquête ont utilisés pour assurer une prestation efficace en matière de santé, en réduisant les risques et en limitant les coûts.

4.1 Structure institutionnelle des acheteurs de santé

Les résultats de l'enquête semblent indiquer que l'État est le prestataire (ou fournisseur) principal de quasiment tous les services de santé, et bien que l'administration centrale soit habituellement le canal principal, certains pays délèguent les fonctions de santé aux administrations régionales et locales. En Sierra Leone, les conseils municipaux assurent les soins primaires, et couvrent 25 % de la population.

Les Figures 5 et 6 montrent les acheteurs de santé des divers services dans les pays ayant participé à l'enquête. L'administration centrale est le prestataire principal des soins aigus pour les patients hospitalisés. Près de la moitié des pays disposent d'une assurance maladie privée. Au Tchad, la prestation de ces services est l'apanage de l'assurance maladie privée. Au Bénin, au Cameroun, en République démocratique du Congo, au Lesotho et en Afrique du Sud, les administrations locales ou régionales sont également des prestataires de ce type de soins. Par ailleurs, la Côte d'Ivoire est le seul pays doté d'une assurance-maladie sociale.

La Figure 6 présente les résultats pour les prestataires de services préventifs. Bien que l'administration centrale soit le prestataire principal dans tous les pays, elle travaille souvent en collaboration avec les administrations locales et régionales. C'est le cas pour le Bénin, la Côte d'Ivoire, la République démocratique du Congo, le Nigéria, la Sierra Leone, l'Afrique du Sud et l'Ouganda.

En Ouganda, tous les établissements (ou structures) de santé sont gérés par le ministère de la Santé national. Les établissements de santé primaires reçoivent des fonds de l'administration centrale et des autorités locales, mais les grands hôpitaux ne sont financés que par le ministère de la Santé. Les établissements au niveau des comtés ou des sous-comtés mettent l'accent sur les services de santé préventifs et curatifs, et sur les services de maternité et les services aux patients hospitalisés. Les administrations locales ne contribuent que le financement. La gestion et la réglementation des établissements relèvent du ministère de la Santé. Les établissements fournissent un ensemble de prestations standard, qui varie en fonction de leur taille. Les établissements les plus petits au niveau des paroisses fournissent l'Ensemble minimum d'interventions, qui est défini par le ministère de la Santé (OMS, 2017).

La Figure 7 présente les résultats pour les services de soins primaires, qui sont habituellement assurés par les administrations régionales ou nationales, ou conjointement par elles. Selon nos observations, c'est généralement l'assurance maladie privée qui assure ce type de service (dans sept pays). Le Bénin, la Côte d'Ivoire et le Nigéria utilisent l'assurance-maladie sociale.

Tous les pays ont indiqué que l'administration centrale était la fournisseuse principale des soins spécialisés et de diagnostics médicaux. Néanmoins, l'assurance maladie privée est également un prestataire important dans neuf pays sur 14, comme on le voit à la Figure 8. En outre, deux autres pays, le Bénin et la Côte d'Ivoire disposent également d'une assurance-maladie sociale.

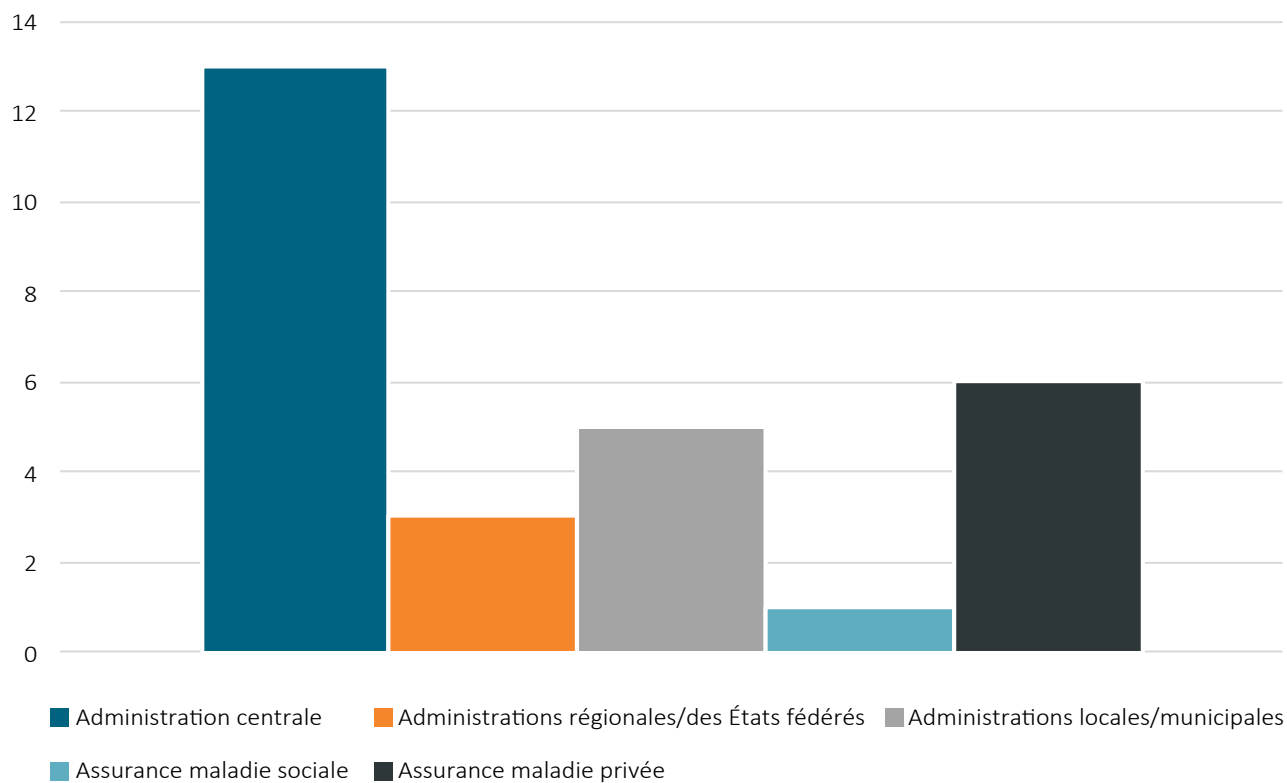
Les données sur la fourniture de produits pharmaceutiques (Figure 9) et les services de santé publique (Figure 10) n'étaient disponibles que dans cinq pays (Bénin, Côte d'Ivoire, Guinée-Bissau, Nigéria et Afrique du Sud). L'administration centrale est mentionnée comme prestataire dans tous les pays, et elle travaille souvent en collaboration avec l'assurance maladie privée.

Encadré 1 : L'assurance-maladie sociale au Nigéria et au Bénin

En 1999, le Nigéria a mis en place le Régime national d'assurance maladie du Nigéria. Jusqu'à présent, il est réservé aux fonctionnaires de l'État seulement, mais les contributions volontaires sont également acceptées. Le gouvernement fédéral contribue 5 % du salaire de tous les fonctionnaires d'État à cette caisse maladie. Son budget est déterminé à l'aide de projections des dépenses et des recettes, et de négociations avec l'ABC. Le budget doit être soumis au parlement pour approbation.

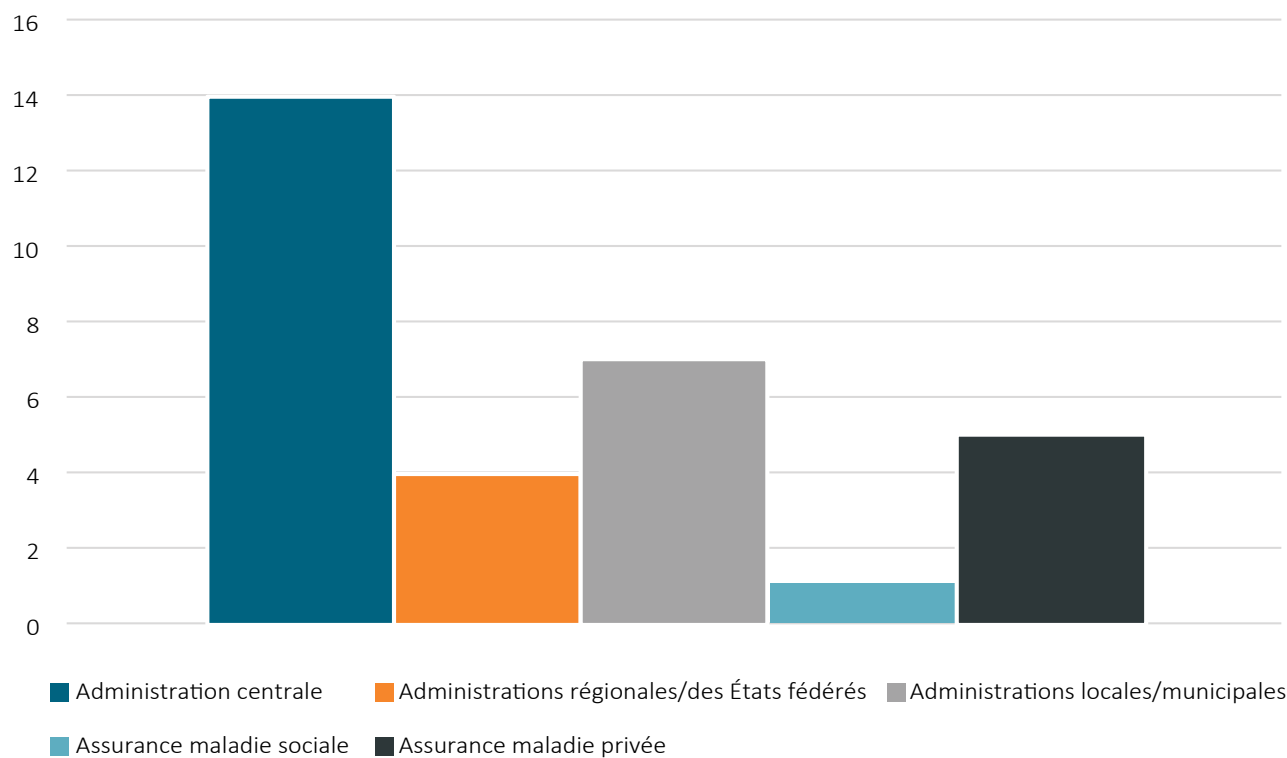
En 2016, le Bénin a mis en place le Régime de Couverture maladie universelle. Les cotisations sont obligatoires et cette assurance couvre la maladie, les accidents non professionnels et la santé maternelle. L'assurance ne couvre pas les accidents de la route, les accidents du travail et les maladies professionnelles qui sont déjà couverts par d'autres régimes de sécurité sociale. Les citoyens du Bénin qui vivent à l'étranger et les étrangers vivant au Bénin peuvent adhérer volontairement à l'assurance.

Figure 5 : Principaux fournisseurs de soins aigus chez le patient hospitalisé



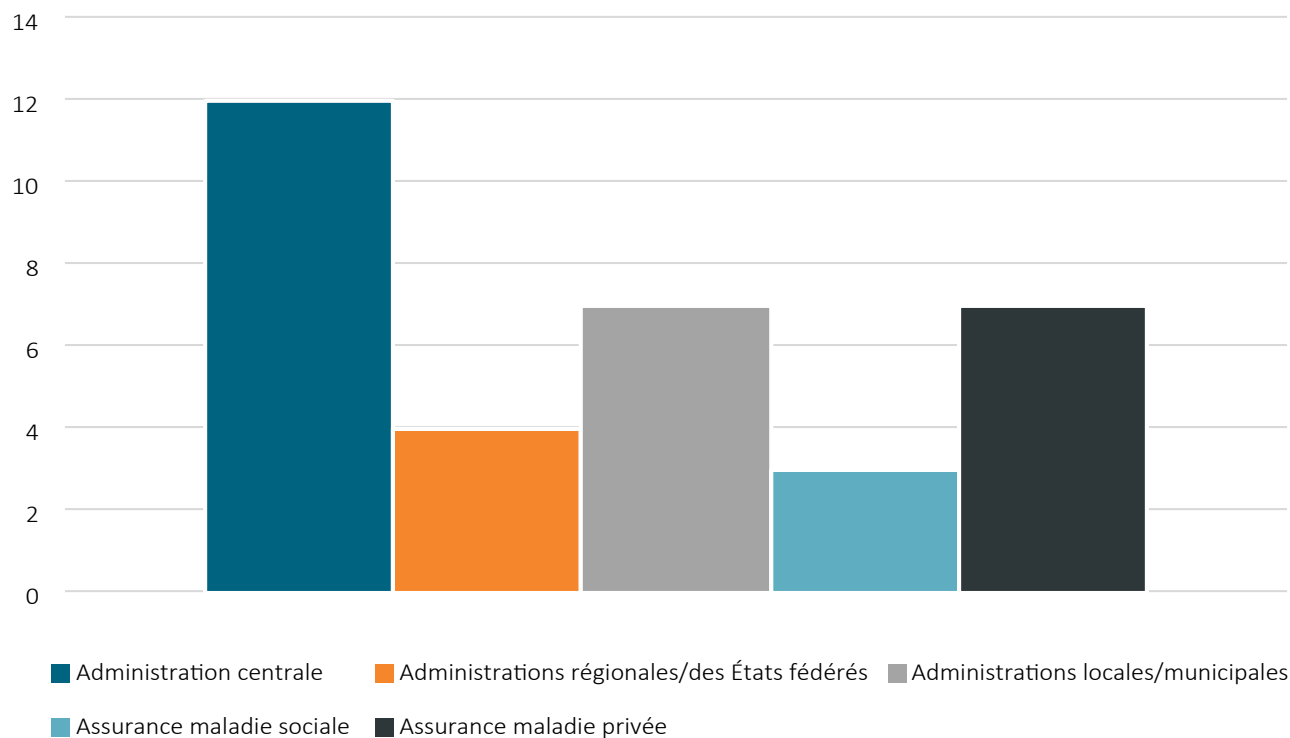
Données sur l'élaboration du budget de la santé, issues de l'Enquête 2019 sur les pratiques et procédures budgétaires de santé publique en Afrique.

Figure 6 : Principaux fournisseurs de soins préventifs



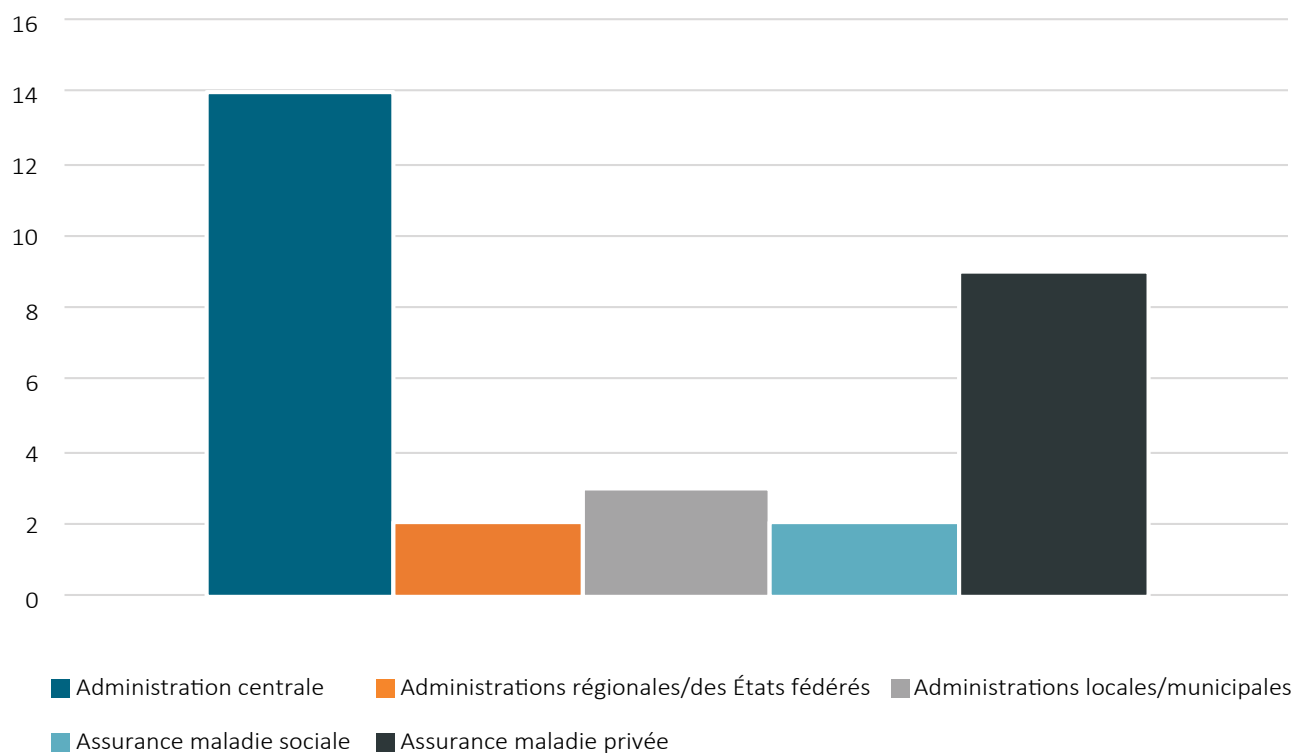
Données sur l'élaboration du budget de la santé, issues de l'Enquête 2019 sur les pratiques et procédures budgétaires de santé publique en Afrique.

Figure 7 : Principaux fournisseurs de soins de santé primaires



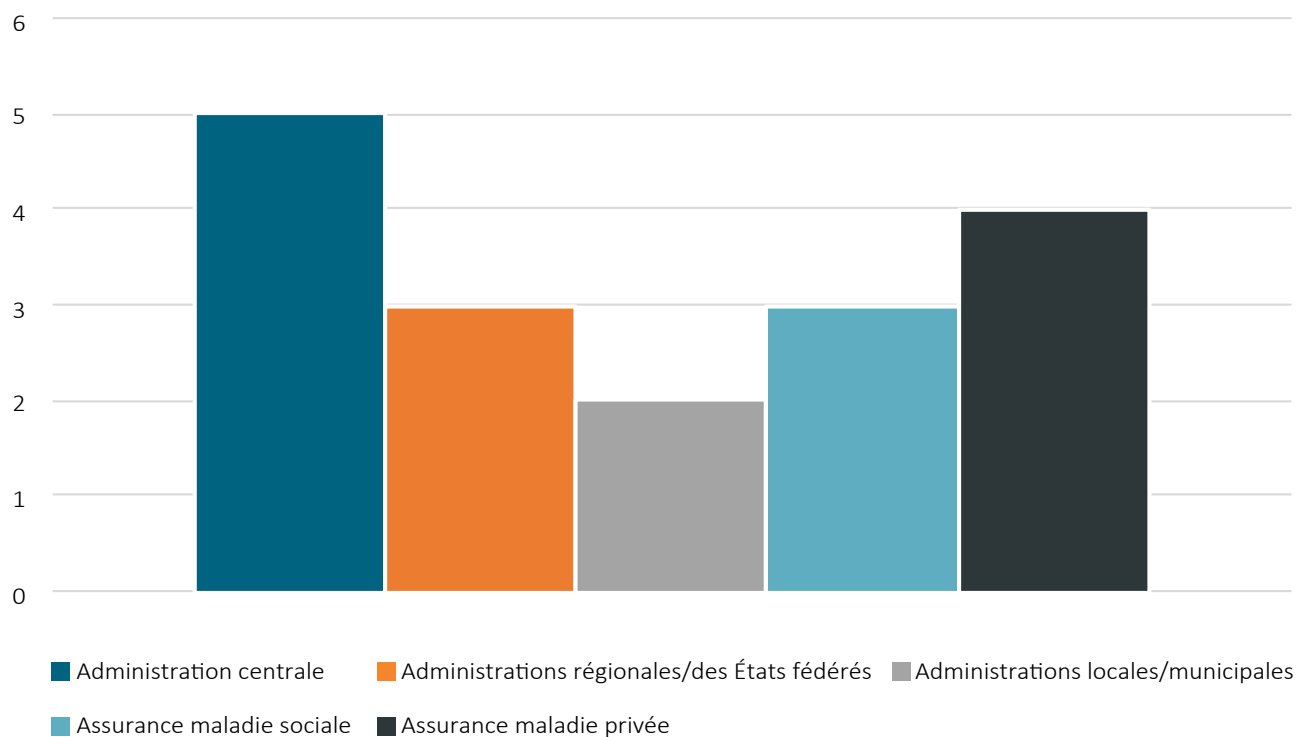
Données sur l'élaboration du budget de la santé, issues de l'Enquête 2019 sur les pratiques et procédures budgétaires de santé publique en Afrique.

Figure 8 : Principaux fournisseurs de soins spécialisés et de diagnostics



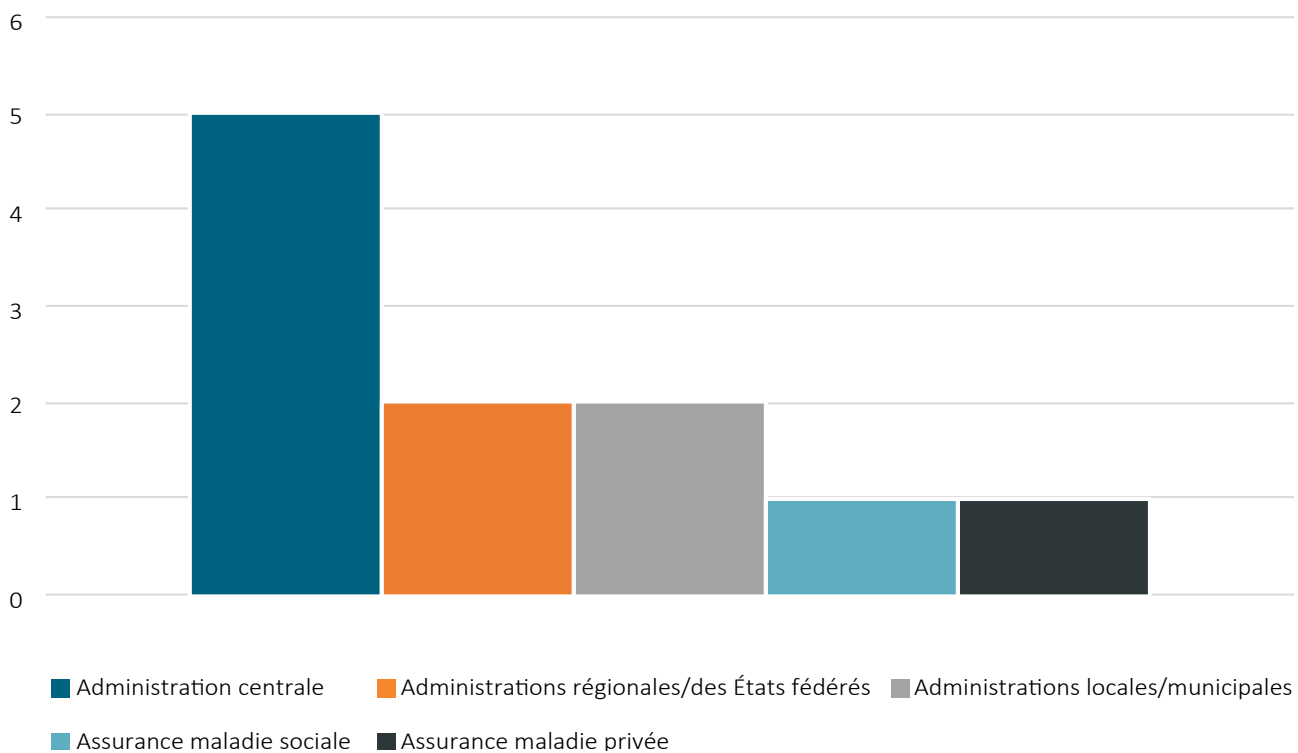
Données sur l'élaboration du budget de la santé, issues de l'Enquête 2019 sur les pratiques et procédures budgétaires de santé publique en Afrique.

Figure 9 : Principaux fournisseurs de produits pharmaceutiques



Données sur l'élaboration du budget de la santé, issues de l'Enquête 2019 sur les pratiques et procédures budgétaires de santé publique en Afrique.

Figure 10 : Principaux fournisseurs de santé publique



Données sur l'élaboration du budget de la santé, issues de l'Enquête 2019 sur les pratiques et procédures budgétaires de santé publique en Afrique.

Le Tableau 10, permet de déterminer si la prestation des services de santé est appuyée ou non par l'assurance maladie dans les pays ayant participé à l'enquête. L'assurance maladie est disponible dans tous les pays ayant participé à l'enquête, et l'assurance privée est disponible dans 10 pays, à l'exception du Cameroun, de la République démocratique du Congo, de la Gambie, de la Guinée-Bissau et du Libéria. Il convient de noter, toutefois, que ce type d'assurance est spécifiquement destiné à la prestation de soins spécialisés et aux diagnostics médicaux. En revanche, trois pays seulement, à savoir, le Bénin, la Côte d'Ivoire et le Nigéria, sont dotés d'une assurance-maladie sociale, mais ils s'en servent à des fins plus diverses, comme les soins préventifs et primaires.

4.2 Systèmes de paiement des prestataires

Il existe plusieurs méthodes de paiement que les acheteurs peuvent utiliser pour rémunérer les prestataires de santé. Alors qu'un budget par poste permet d'établir des offres groupées de services de santé, la rémunération à l'acte et le paiement par cas traité (appelé aussi, groupes homogènes de malades ou GHM) sont des méthodes où les services sont dégroupés et rémunérés individuellement. Pour les GHM, la rémunération se fait par cas traité. À la différence de la rémunération à l'acte où les services de santé sont

rémunérés en fonction des procédures utilisées pour traiter les patients, le paiement par capitation se réfère au paiement d'un taux fixe par patient, quel que soit le traitement reçu par ce dernier.

Le Tableau 11 montre que les acheteurs utilisent divers systèmes de paiement. Le poste budgétaire est l'affectation d'un montant fixe pour couvrir les soins de santé ou divers autres coûts comme par exemple, les salaires des travailleurs de santé. La rémunération à l'acte est un paiement effectué pour les services fournis. Habituellement le prix est convenu préalablement et le paiement intervient après le traitement. Un paiement par cas traité est un montant fixe versé à l'admission ou à la sortie de l'hôpital, en fonction de certaines caractéristiques cliniques. Par exemple, un frais fixe pourrait être payé par patient atteint de tuberculose sortant de l'hôpital. La capitation est le paiement d'une somme fixe versée à tous les prestataires pour certains services prescrits.

Le système de paiement le plus couramment utilisé par l'administration centrale, est le budget par poste, qui se retrouve dans 12 pays, et qui est souvent utilisé par les administrations régionales (dans quatre pays). La rémunération à l'acte et le paiement par cas traité (GHM) sont plus souvent utilisés par l'assurance maladie privée, avec six pays utilisant l'un ou l'autre système. La capitation, qui est utilisée dans six pays, est la méthode de paiement la plus courante pour l'assurance-maladie sociale.

Tableau 10 : Prestation de santé par l'intermédiaire de l'assurance maladie

	Assurance maladie privée	Assurance maladie sociale
Afrique du Sud	✓	
Bénin	✓	✓
Cameroun		
Côte d'Ivoire	✓	✓
Gambie		
Guinée-Bissau		
Lesotho	✓	
Libéria		
Nigéria	✓	✓
Ouganda	✓	
Rép. dém. du Congo		
Seychelles	✓	
Sierra Leone	✓	
Tchad	✓	

Données sur l'élaboration du budget de la santé, issues de l'Enquête 2019 sur les pratiques et procédures budgétaires de santé publique en Afrique.

Tableau 11 : Nombre de pays utilisant chaque type de méthode de paiement

	Budget par poste	Rémunération à l'acte	Paiement par cas traité	Autre paiement groupé	Capitation
Administration centrale	12	5	5	2	3
Administration régionale	4	2	4	1	2
Administration locale/municipale	2	4	3	2	1
Assurance maladie sociale	1	2	2	1	6
Assurance maladie privée	4	6	6	1	2

Données sur l'élaboration du budget de la santé, issues de l'Enquête 2019 sur les pratiques et procédures budgétaires de santé publique en Afrique.

Tableau 12 : Utilisation de plafonds applicables aux paiements effectués aux prestataires

	Plafonds stricts	Plafonds souples	Aucun plafond	Pas de réponse
Afrique du Sud			✓	
Bénin		✓		
Cameroun			✓	
Côte d'Ivoire	✓			
Gambie				✓
Guinée-Bissau				✓
Lesotho				✓
Libéria			✓	
Maurice				✓
Nigéria				✓
Ouganda				✓
Rép. dém. du Congo		✓		
Seychelles			✓	
Sierra Leone				✓
Tchad				✓

Données sur l'élaboration du budget de la santé, issues de l'Enquête 2019 sur les pratiques et procédures budgétaires de santé publique en Afrique.

La gestion des plafonds est un élément important de la mise en œuvre. Au Bénin, l'Agence nationale des soins de santé primaires a été créée par un décret pris en Conseil des ministres. L'agence jouit de l'autonomie financière et administrative. Les limites de la rémunération pour ses actes seront définies.

En République démocratique du Congo, les plafonds sont appliqués par le biais d'un forfait négocié. La Côte d'Ivoire gère les plafonds via une application de contrôle budgétaire appelée SIGFIP (*Système Intégré de Gestion des Finances Publiques*). SIGFIP est utilisé en Côte d'Ivoire, au Bénin, au Sénégal, en Guinée et au Togo (Banque mondiale, 2004).

4.3 Pratiques de passation des marchés de produits pharmaceutiques

La Figure 11 présente les résultats des pratiques de passation des marchés de produits pharmaceutiques (ou d'approvisionnement en produits pharmaceutiques) administrés en milieu hospitalier. Tous les pays utilisent habituellement l'unité centrale de passation des marchés en matière de santé pour cet approvisionnement. Les exceptions à cette règle sont le Nigéria, où l'approvisionnement est assuré par des hôpitaux individuels, ainsi que le Tchad et la Gambie, où ce sont les drogueries et les pharmacies qui assurent l'approvisionnement en produits pharmaceutiques.

L'approvisionnement en produits pharmaceutiques administrés/distribués dans la communauté ou en dehors des hôpitaux est plus diversifié. Toutefois, la majorité des pays ayant participé à l'enquête utilisent une unité centrale de passation des marchés en matière de santé à cet effet. Le Tchad, le Libéria et l'Ouganda distribuent les produits pharmaceutiques par le biais de prestataires de santé individuels (pharmacies communautaires ou centres ambulatoires), alors que le Bénin, la Côte d'Ivoire et la Guinée-Bissau utilisent les drogueries et les pharmacies. Ces résultats sont résumés à la Figure 12.

La fixation des prix est un facteur clé dans le processus de passation des marchés. Le processus d'appel d'offres est la pratique la plus répandue parmi les pays ayant participé à l'enquête, et huit d'entre eux adoptent cette méthode. Dans cinq autres pays, les prix sont réglementés. Enfin, les Seychelles sont le seul pays qui utilise des négociations individuelles pour déterminer les prix. Aucun pays n'utilise le prix du marché pour déterminer le prix des produits pharmaceutiques. Ces résultats s'appliquent aux produits pharmaceutiques administrés dans les hôpitaux et la communauté (bien que les données manquent dans le cas de la République démocratique du Congo, du Lesotho et du Nigéria pour les produits administrés dans la communauté) et ils sont résumés au Tableau 13.

L'enquête a aussi posé des questions à propos des institutions chargées de déterminer les prix des produits pharmaceutiques. Bien que tous les pays n'aient pas répondu à ces questions, des institutions spécifiques, dont le rôle est de coordonner et d'établir les processus, existent dans la majorité d'entre eux. En Ouganda, le processus d'appel d'offres est mené par les magasins de fournitures médicales, et au Bénin les prix sont réglementés par la Direction de la pharmacie, du médicament et des explorations diagnostiques, en collaboration avec la Centrale d'achat des médicaments essentiels et consommables médicaux. Aux Seychelles, c'est le ministère de la Santé qui négocie les prix, et en Côte d'Ivoire, le ministère de la Santé réglemente les prix en collaboration avec les ministères des Finances et du Commerce. L'étude de cas sur la passation des marchés

aux Seychelles, en Afrique du Sud et au Nigéria fournit des données supplémentaires en la matière.

La République démocratique du Congo dispose d'un processus centralisé avec une faible couverture. Généralement, les patients achètent les médicaments sur ordonnance. Toutefois, l'État commande certains médicaments essentiels au travers de la Fédération.

Au Cameroun, un organisme spécialisé supervise l'approvisionnement. Des structures comme la CENAME⁵, sont exclusivement chargées de l'approvisionnement en produits pharmaceutiques.

4.4 Conclusions

Bien que les prestataires varient selon le type de service fourni, l'administration centrale est le prestataire principal des services de santé dans les pays ayant participé à l'enquête. Compte tenu des retombées sur la prévention des dépenses de santé futures, en cas de soins de santé primaires médiocres, il n'est pas étonnant que l'administration centrale se charge d'assurer les soins de santé primaires. Les administrations locales sont des partenaires importants dans la prestation de soins de santé primaires, qu'elles assurent généralement dans les cliniques. Les services spécialisés, comme les diagnostics et les médecins spécialistes, sont assurés par l'administration centrale et les prestataires de soins de santé privés. En raison de niveaux élevés d'inégalité des revenus dans certains pays ayant participé à l'enquête, les personnes aisées ont recours aux prestataires de soins de santé privés, et notamment à des spécialistes, qui ne sont pas disponibles dans le secteur de la santé publique. Le Bénin et le Nigéria sont dotés de régimes d'assurance-maladie sociale.

Les pays ayant participé à l'enquête utilisent majoritairement les budgets par poste pour le paiement des services de santé, notamment lorsque l'organisme d'exécution est l'administration centrale. D'autres méthodes de paiement pourraient être examinées pour trouver des systèmes alternatifs qui permettraient de répartir les risques plus équitablement entre l'État et les prestataires. Le Bénin, la République démocratique du Congo et la Côte d'Ivoire ont plafonné la rémunération versée aux fournisseurs/prestataires, ce qui leur impose un risque plus important.

L'approvisionnement en médicaments pour le secteur public est généralement effectué au travers d'un processus centralisé mené par une agence de l'administration centrale. L'étude de cas sur la passation de marchés fait clairement ressortir le fait que l'approvisionnement centralisé peut augmenter ou réduire les coûts, en fonction de la façon dont le dispositif d'achat est structuré.

5 La CENAME est la Centrale nationale d'approvisionnement en médicaments et consommables médicaux essentiels.

Figure 11 : Passation des marchés de produits pharmaceutiques administrés en milieu hospitalier

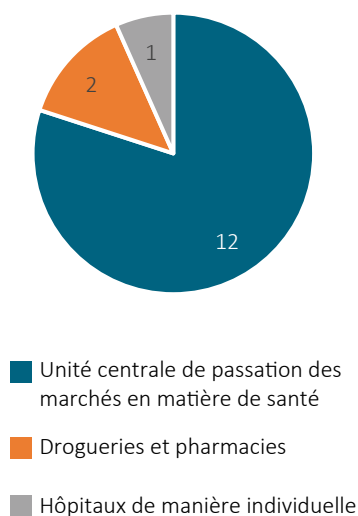
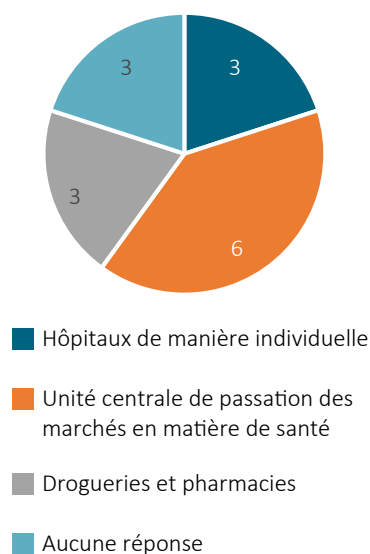


Figure 12 : Passation des marchés des produits pharmaceutiques administrés dans la communauté



Données sur l'élaboration du budget de la santé, issues de l'Enquête 2019 sur les pratiques et procédures budgétaires de santé publique en Afrique.

Données sur l'élaboration du budget de la santé, issues de l'Enquête 2019 sur les pratiques et procédures budgétaires de santé publique en Afrique.

Note : Les données ne sont disponibles ni pour la République démocratique du Congo, ni pour le Lesotho et le Nigéria.

Tableau 13 : Pratiques de fixation des prix pharmaceutiques

Processus d'appel d'offres	Prix réglementés	Négociations individuelles
Afrique du Sud	Bénin	Seychelles
Gambie	Cameroun	
Libéria	Côte d'Ivoire	
Maurice	Guinée-Bissau	
Nigéria	Tchad	
Ouganda		
Rép. dém. du Congo		
Sierra Leone		

Données sur l'élaboration du budget de la santé, issues de l'Enquête 2019 sur les pratiques et procédures budgétaires de santé publique en Afrique.
Note : Les données du Lesotho ne sont pas disponibles.

L'approvisionnement en médicaments pour le secteur public est généralement effectué au travers d'un processus centralisé mené par une agence de l'administration centrale

5 Suivi des budgets

Afin d'améliorer la planification budgétaire et l'exécution au fil du temps, les gouvernements doivent effectuer le suivi de la qualité et du rythme des dépenses. Ce suivi se fait sur deux échelles de temps différentes. Le suivi en cours d'exercice est principalement axé sur le rythme des dépenses afin de s'assurer que des dépenses excessives ne se produisent pas et que les ministères ne dépassent pas les plafonds de dépenses.

La qualité des dépenses est plus difficile à établir et demande plus de temps et de recherche pour l'analyser adéquatement. Cette approche pourrait aller de visites sur place à la commande de documents universitaires pour déterminer l'impact des dépenses. Les examens des dépenses formels peuvent aller jusqu'à examiner chaque transaction sur une certaine période afin d'établir si le financement était dépensé comme le voulait le législateur. Dans un monde idéal, la qualité des dépenses et de l'impact pourrait être établie par des essais de contrôle aléatoires des programmes publics, mais ceux-ci sont coûteux à réaliser, peuvent prendre des années et leurs conclusions sont limitées à des contextes spécifiques.

5.1 Mécanismes de suivi des dépenses

Sur les 15 pays ayant répondu à l'enquête, seul le Tchad ne dispose pas d'un mécanisme de suivi des budgets. Les systèmes de suivi fonctionnent principalement de la même manière. La Gambie a fait référence à un système intégré de gestion de l'information financière (SIGIF) et à l'analyse trimestrielle des dépenses budgétaires de santé publique effectuée par l'Unité de financement de la santé de la Direction de la planification et de l'information.

Le mécanisme de présentation des rapports de la Sierra Leone couvre également les activités des ONG. Le Bureau du budget au sein du ministère des Finances dispose d'un outil Excel de suivi des données pour établir mensuellement les dépenses réelles et les sommes à payer. Le ministère de la Santé et de l'Assainissement dispose d'une unité chargée des ONG qui suit les flux de fonds provenant des interventions d'activités des ONG internationales et nationales. En outre, le Système de comptabilité nationale arrête tout montant supérieur au budget et aux plafonds approuvés.

Les institutions ougandaises, quant à elles, sont toutes tenues de préparer des rapports trimestriels détaillant clairement les fonds reçus, les dépenses et les réalisations par rapport aux

extrants prévus. Par ailleurs, les agents chargés du budget du secteur suivent physiquement les projets afin de déterminer le statut fourni dans les rapports trimestriels de performance.

Le processus à Maurice est similaire. Le ministère des Finances effectue le suivi trimestriel des dépenses engagées sur tous les postes. Les dépenses excessives exigent l'autorisation conformément aux règles de la Loi sur les finances et l'audit et au Manuel de gestion financière.

Le Tableau 14 montre que les institutions qui ont pour mandat de suivre l'exécution budgétaire sont analogues d'un pays à l'autre. Dans tous les pays ayant répondu à l'enquête, à l'exception de la Gambie, les ministères des Finances jouent un rôle important. En Gambie, cette fonction est entreprise au sein du ministère de la Santé. Certains pays impliquent un éventail d'autres organismes, par exemple, au Lesotho, le Parlement, le Conseil des ministres ainsi que les ministères des Finances et de la Santé, sont tous impliqués dans le suivi de l'exécution du budget. Un comité des comptes publics est habilité à examiner les états financiers de tous les organismes publics. En outre, le ministère de la Santé relève de la commission parlementaire du groupe thématique, qui discute des écarts de dépenses.

La Figure 13 montre combien de temps il faut au ministère de la Santé pour communiquer les dépenses de santé. Conformément à la norme PEFA (PI-28), les rapports ont lieu dans un délai d'un mois (PEFA, 2019). La moitié des répondants rendent compte dans un délai d'un mois. Dans six cas, la préparation des rapports-pays peut prendre plus de trois mois. Un décalage aussi long constituera un obstacle au rôle de suivi efficace du ministère des Finances.

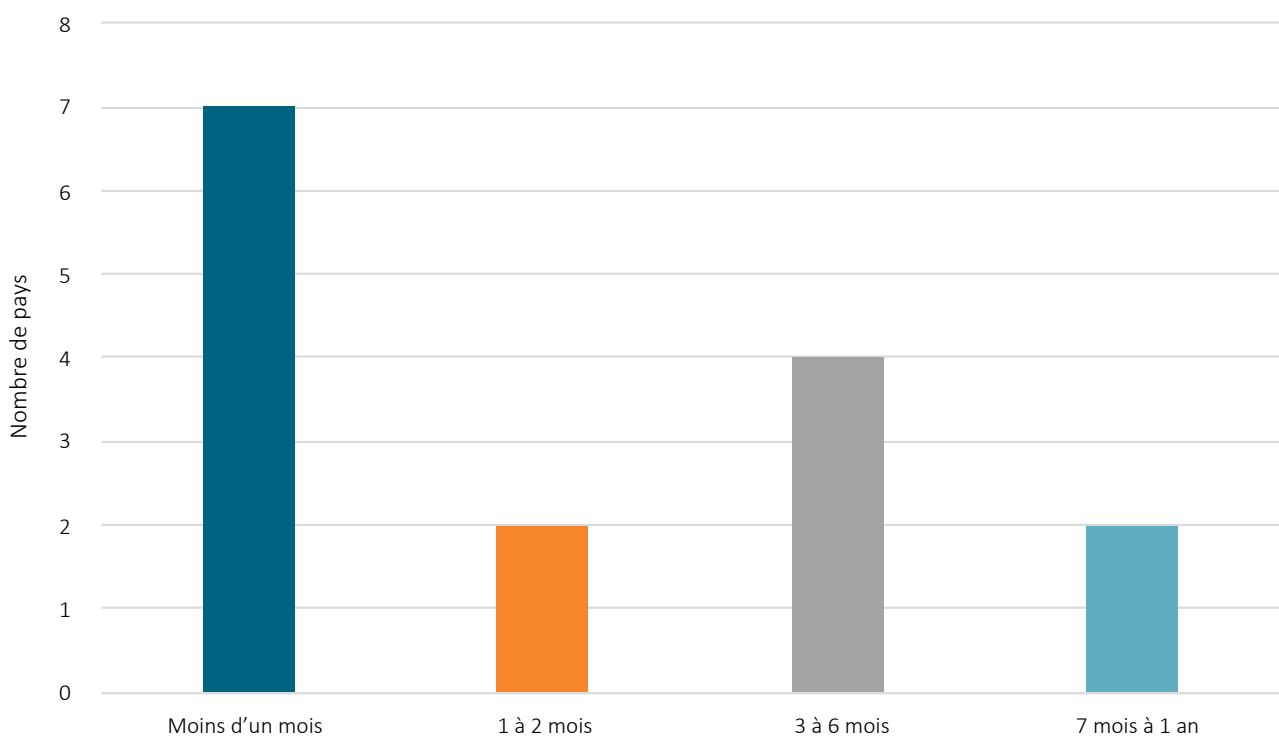
Plusieurs raisons expliquent ce retard de présentation des rapports. Au Nigéria, les retards sont causés par des audits, ce qui explique le décalage de plus de six mois dans la déclaration des dépenses. Au Lesotho, les retards de trois à six mois dans la présentation des rapports sont imputables au ministère de la Santé. Le Libéria a également signalé des délais de trois à six mois causés par les prestataires de santé. La Côte d'Ivoire a plusieurs explications aux retards de plus de six mois de la présentation des rapports. Ceux-ci sont imputables au ministère de la Santé et aux administrations infranationales qui présentent leurs rapports tardivement, au manque de technologie adéquate pour traiter les données, aux agences de financement internationales qui transmettent également leurs rapports tardivement et à l'insuffisance de capacités administratives.

Tableau 14 : Responsabilité de suivi de l'exécution du budget

	Parlement	Conseil des ministres	Ministère des Finances	Ministère de la Santé
Afrique du Sud			✓	
Bénin			✓	✓
Cameroun	✓		✓	✓
Côte d'Ivoire	✓	✓	✓	✓
Gambie				✓
Guinée-Bissau	✓	✓	✓	
Lesotho	✓	✓	✓	✓
Libéria	✓		✓	✓
Maurice			✓	✓
Ouganda	✓		✓	
Rép. dém. du Congo			✓	
Seychelles		✓	✓	✓
Sierra Leone			✓	
Tchad			✓	

Données sur l'élaboration du budget de la santé, issues de l'Enquête 2019 sur les pratiques et procédures budgétaires de santé publique en Afrique.

Figure 13 : Disponibilité des données à des fins de suivi



Données sur l'élaboration du budget de la santé, issues de l'Enquête 2019 sur les pratiques et procédures budgétaires de santé publique en Afrique.

5.2 Exécution du budget

De nombreux répondants ont rempli la partie de l'enquête qui demande des précisions sur les affectations budgétaires, les affectations corrigées et les dépenses effectives. Les informations qui ont été soumises figurent au Tableau 15. Les données révèlent que les taux d'exécution du budget sont assez faibles. La dernière colonne du tableau saisit le rapport entre les dépenses réelles et les crédits budgétés.

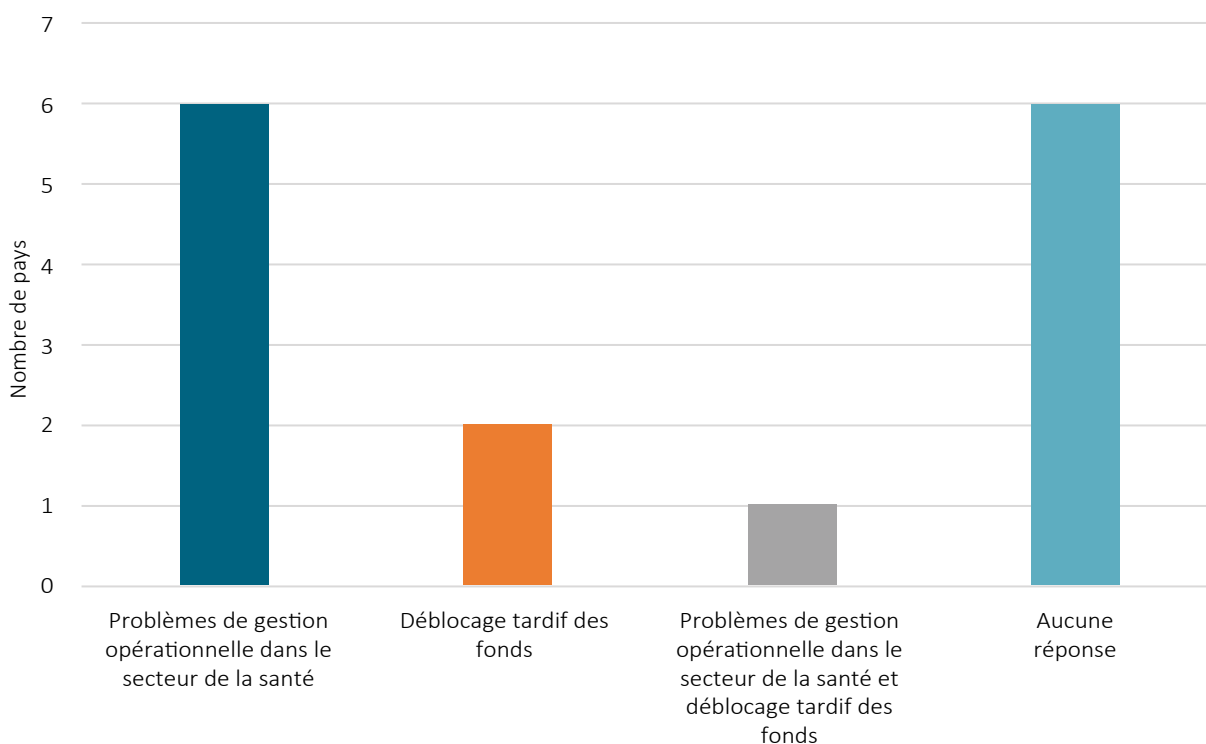
Ce ratio devrait être proche de « un ». Si le ratio est inférieur à « un », les gouvernements ne sont pas en mesure de dépenser leur pleine enveloppe, ce qui implique la non-réalisation d'objectifs de prestation de services en raison de lacunes opérationnelles, et, la renonciation aux fonds. D'autre part, si le ratio est supérieur à « un », ce résultat suggère un manque de contrôle des dépenses.

Les résultats indiquent que le Bénin, la République démocratique du Congo et la Côte d'Ivoire sous-utilisent leurs affectations budgétaires, parfois, dans une large mesure. Dans le cas du Bénin, les taux d'exécution du budget sont très bas. Le tableau ne contient que les données du dernier exercice. Le taux moyen d'exécution du budget du Bénin au cours des cinq dernières années était de 0,21. Ces résultats révèlent l'existence d'importants problèmes opérationnels dans le secteur de la santé qui compromettent la prestation des services et contribuent peut-être à la faible espérance de vie dans ces pays. La Sierra Leone a le problème inverse, les dépenses réelles dépassant l'enveloppe budgétisée. Ce résultat implique de mauvais contrôles financiers au sein du ministère de la Santé. Le Libéria et l'Afrique du Sud ont de bons taux d'exécution budgétaire.

Le Tableau 16 fait état des résultats de l'évaluation de l'exécution budgétaire à partir des rapports des pays interrogés. Dans le cadre de l'exécution budgétaire, pour obtenir la note « A » l'écart par rapport au budget devait être inférieur à 5 % ; moins de 10 % pour la note « B » et moins de 15 % pour la note « C ». Ces budgets se rapportent à des dépenses qui couvrent 75 % des dépenses publiques, et pas seulement à celles du ministère de la Santé. Néanmoins, les résultats figurant dans le tableau sont compatibles avec les résultats de CABRI dans le fait que les niveaux d'exécution du budget sont faibles. Les résultats PEFA indiquent que cette situation est probablement dû à des problèmes systémiques d'exécution budgétaire, plutôt qu'à des problèmes spécifiques aux dépenses de santé.

La Figure 14 fait état des causes de la sous-utilisation des crédits budgétaires. Ces données doivent être interprétées avec prudence, car la cause de la sous-utilisation des crédits budgétaires peut varier selon que le répondant travaille au ministère des Finances ou de la Santé. Les répondants des ministères des Finances sont plus susceptibles de mettre la sous-utilisation des crédits budgétaires sur le compte de questions opérationnelles dans le secteur de la santé, tandis que ceux du ministère de la Santé peuvent reprocher au ministère des Finances d'avoir tardé à débloquer les fonds. Six pays ont répondu que la sous-utilisation des crédits budgétaires était due à des problèmes opérationnels au sein du ministère de la Santé. Un pays a reconnu que les deux causes pouvaient être vraies - ce n'est probablement pas un hasard qu'il s'agisse du Bénin, le seul répondant où l'enquête a été complétée par des fonctionnaires à la fois du ministère des Finances et du ministère de la Santé.

Figure 14 : Raisons de la sous-utilisation des crédits budgétaires



Données sur l'élaboration du budget de la santé, issues de l'Enquête 2019 sur les pratiques et procédures budgétaires de santé publique en Afrique.

Tableau 15 : Exécution du budget (en USD)

	Affectations inscrites au budget ⁶	Affectations corrigées	Dépenses effectives	Dépenses effectives/Budget
Afrique du Sud	3 540 429 237	3 567 878 887	3 530 328 887	1.00
Bénin	120 187 488		23 771 291	0.20
Côte d'Ivoire	629 220 555	504 645 262	433 439 815	0.68
Libéria	404 460		360 995	0.97
Rép. dém. du Congo	435 461 271		335 651 885	0.77
Sierra Leone	112 899		127 049	1.12

Données sur l'élaboration du budget de la santé, issues de l'Enquête 2019 sur les pratiques et procédures budgétaires de santé publique en Afrique.

Tableau 16 : Évaluations PEFA sur l'exécution du budget

	Année de l'évaluation PEFA	Cadre PEFA	Résultat
Afrique du Sud	2014	2011	A
Bénin	2014	2016	D
Cameroun	2017	2016	D
Côte d'Ivoire	2019	2016	C+
Gambie	2015	2011	C
Guinée-Bissau	2014	2011	C
Lesotho	2017	2016	D+
Libéria	2016	2011	C
Maurice	2015	2011	C+
Nigéria	Pas rendue publique		
Ouganda	2017	2016	D+
Rép. dém. du Congo	2008	2011	D
Seychelles	2017	2016	C+
Sierra Leone	2018	2016	D
Tchad	2018	2016	D+

Source : PEFA. Les éléments évalués sont PI-02 dans le Cadre 2011 et PI-02 dans le Cadre 2016.

6 Les données sont fournies par les répondants et converties en dollars US. Ces données sont pour l'année la plus récente, généralement 2018.

5.3 Accords et évaluations de performances

Le suivi budgétaire doit évaluer non seulement les niveaux de dépenses mais aussi les performances et la qualité. Cette évaluation est nettement plus difficile à effectuer et diverses approches ont été utilisées.

Huit répondants utilisent des accords de performances. Le Tableau 17 examine comment ces accords de performances sont mis en œuvre. Dans six des huit pays, les objectifs de performances sont déterminés par l'exécutif du gouvernement, habituellement le cabinet du président ou du premier ministre. Le Cameroun implique plusieurs organismes dans la détermination des indicateurs de performances, y compris l'autorité budgétaire et le pouvoir législatif.

La gestion des conséquences est un processus important dans n'importe quel système. Un certain nombre de réponses sont possibles lorsque les indicateurs de performances ne sont pas atteints et celles-ci sont examinées au Tableau 18. Dans quatre des pays, il n'y a aucune conséquence si les indicateurs de performances ne sont pas atteints. Cette constatation illustre les difficultés de la budgétisation de la santé. Dans d'autres parties du gouvernement, la sous-utilisation des crédits budgétaires et la non-réalisation des objectifs de performances seraient résolus par la réduction de l'enveloppe, mais il ne s'agit pas d'une option viable en ce qui concerne la santé. Le Lesotho essaie de suivre cette voie en mettant en œuvre des gels budgétaires. L'Afrique du Sud adopte l'approche de punir les dirigeants en faisant connaître les mauvaises performances et en imposant des conséquences négatives sur l'évaluation des performances du dirigeant. Le Bénin, le Cameroun, la Guinée-Bissau, le Libéria et la Sierra Leone offrent davantage de formation au personnel qui n'a pas atteint les objectifs. Le Bénin et le Lesotho choisissent de remplacer les dirigeants précédents.

Il est difficile d'obtenir une bonne budgétisation axée sur les performances (ou résultats). La personne ayant répondu au nom des Seychelles a indiqué que le budget-programme a été pleinement introduit dans l'ensemble du gouvernement en

2018. Les avantages que peut en tirer le ministère de la Santé n'ont pas encore été évalués.

Les examens des dépenses sont utilisés par moins de la moitié de l'échantillon. Aux Seychelles, les examens des dépenses sont effectués sur une base annuelle. La Guinée-Bissau a effectué des examens des dépenses en 2018. Le Lesotho a effectué des examens des dépenses au cours de chacun des trois derniers exercices. La République démocratique du Congo a procédé à des examens des dépenses, mais le processus n'a pas été efficace. Un rapport annuel de performances a été rédigé depuis 2016, mais ce rapport constitue beaucoup plus un exercice avant le passage au mode budget-programme. Il n'a aucun effet sur les crédits budgétaires à affecter au secteur.

Sept pays utilisent d'autres mécanismes pour réduire ou augmenter les dépenses. En République démocratique du Congo, le niveau des dépenses est lié au niveau des recettes. S'il y a une insuffisance de recettes, alors toutes les dépenses, y compris celles de la santé, sont réduites. La Guinée-Bissau utilise le processus budgétaire même, pour réduire les dépenses, les fonds étant affectés là où les besoins sont les plus grands. Dans certains cas, des fonds destinés au financement de la santé pourraient être réaffectés à d'autres secteurs. Les Seychelles utilisent les budgets d'ajustement pour fournir des fonds supplémentaires ou pour réduire les fonds qui ne sera pas dépensés pendant l'exercice en cours. Au Bénin, les projections de dépenses de santé tiennent compte également des mesures envisagées dans le secteur. Il s'agit notamment de mesures visant à maintenir, augmenter ou supprimer des coûts qui peuvent conduire soit à une augmentation des dépenses soit à leur réduction.

Au Lesotho, les compressions dans certains domaines de la santé sont interdites, comme celles des subventions à la Christian Health Association du Lesotho, au *Baylor College of Medicine Children's Foundation Lesotho* et au *Queen Mamohato Referral Hospital*. Les postes budgétaires réservés aux médicaments, aux vaccins et à la formation ne sont pas non plus réduits. Toute autre allocation administrative générale peut être réduite.

Le suivi budgétaire doit évaluer non seulement les niveaux de dépenses mais aussi les performances et la qualité. Cette évaluation est nettement plus difficile à effectuer et diverses approches ont été utilisées

Tableau 17 : Accords de performance – qui choisit les indicateurs ?

	ABC	Exécutif du gouvernement	Pouvoir législatif	Agence exécutive
Afrique du Sud		✓		
Bénin	✓	✓		
Cameroun	✓	✓	✓	
Lesotho	✓			
Nigéria		✓		
Ouganda	✓	✓		
Seychelles				✓
Sierra Leone	✓	✓		✓

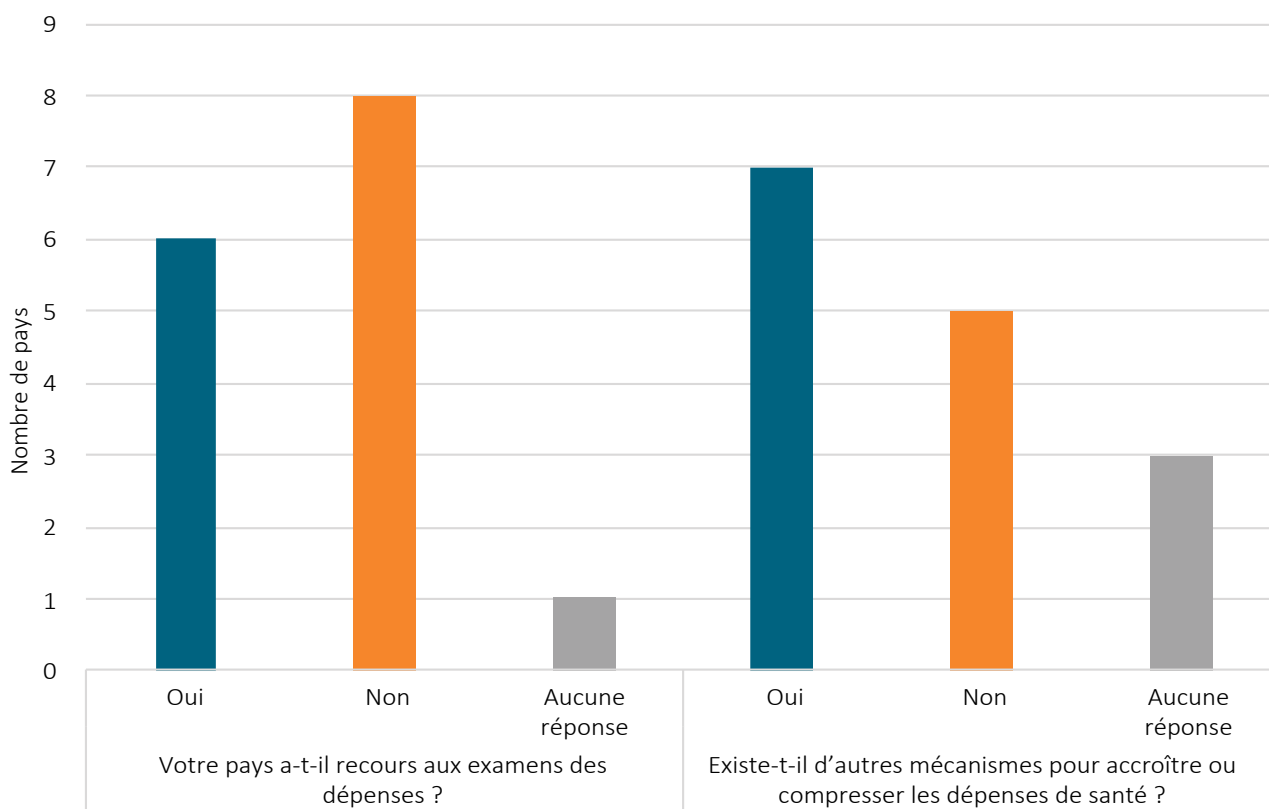
Données sur l'élaboration du budget de la santé, issues de l'Enquête 2019 sur les pratiques et procédures budgétaires de santé publique en Afrique.

Tableau 18 : Conséquences de la non-réalisation des indicateurs de performances

	Afrique du Sud	Bénin	Cameroun	Guinée-Bissau	Libéria	Maurice	Nigéria	Rép. dém. du Congo	Seychelles	Sierra Leone	Lesotho	Tchad
Aucune conséquence				✓				✓	✓			✓
Mauvaises performances sont rendues publiques	✓	✓				✓				✓	✓	
Suivi plus étroit à l'avenir		✓		✓	✓	✓				✓	✓	
Réductions du budget			✓								✓	
Renforcement de la formation du personnel concerné		✓	✓	✓	✓					✓	✓	
Augmentations du budget				✓								
Gels du budget											✓	
Renouvellement des dirigeants		✓									✓	
Accroissement des effectifs affectés au programme/à l'organisation											✓	
Suppression du programme											✓	
Conséquences négatives sur les évaluations du dirigeant	✓	✓			✓		✓					

Données sur l'élaboration du budget de la santé, issues de l'Enquête 2019 sur les pratiques et procédures budgétaires de santé publique en Afrique.

Figure 15 : Utilisation des examens des dépenses et d'autres mécanismes de compression ou d'accroissement des dépenses



Données sur l'élaboration du budget de la santé, issues de l'Enquête 2019 sur les pratiques et procédures budgétaires de santé publique en Afrique.

5.4 Conclusions

Les affectations consacrées à la santé, comme toutes les dépenses publiques, doivent être suivies pour s'assurer que le financement est bien dépensé. Tous les pays ayant répondu à l'enquête disposent de mécanismes de suivi des dépenses et ces derniers sont pour la plupart assez semblables, l'ABC y jouant un rôle central. Les pouvoirs législatifs sont également informés des dépenses et en particulier des écarts budgétaires. Ces rôles dépendent de la disponibilité des données. Si les résultats des dépenses ne sont disponibles que plus de six mois après l'événement, il est difficile de jouer un rôle actif lorsqu'il y a des écarts de budget.

Malgré les mécanismes de suivi, les niveaux d'exécution budgétaire constatés dans l'enquête étaient faibles et ceux-

ci ont été corroborés par les évaluations PEFA. L'exécution du budget La faible exécution budgétaire concernent les processus de l'État plutôt que la santé.

Plusieurs répondants ont eu recours à des accords de performances pour effectuer le suivi des performances. Les indicateurs figurant dans les accords sont généralement choisis par le pouvoir exécutif (souvent le cabinet du Président ou le cabinet du Premier ministre) ou l'ABC.

L'application des accords de performances peut constituer un véritable problème. Dans quatre pays, il n'y a pas de conséquences pour les mauvaises performances. Dans d'autres pays, les sanctions vont de la mauvaise publicité faite à l'endroit des dirigeants politiques, aux compressions de dépenses et au renforcement de la formation du personnel.

Les affectations consacrées à la santé doivent être suivies pour s'assurer que le financement est bien dépensé

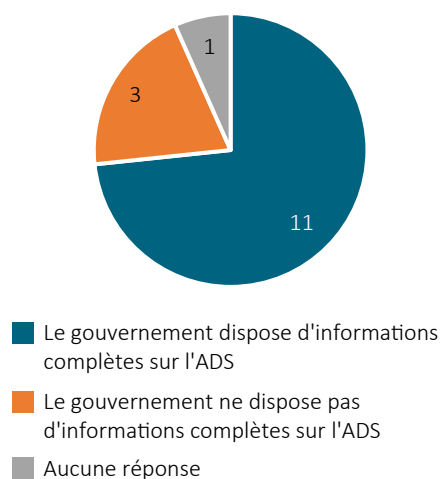
6 Gestion de l'aide au développement en matière de santé

L'aide au développement destinée à la santé (ADS) fait référence aux ressources, en nature ou financières, fournies par des donateurs internationaux aux pays à faible revenu et à revenu intermédiaire, dans le but d'améliorer leurs résultats en matière de santé. Cette partie présente les processus et les politiques de gestion de l'utilisation de l'ADS dans les pays ayant participé à l'enquête.

Comme il ressort de la discussion sur le financement de la santé, les apports des donateurs représentent une part importante du financement total de la santé pour certains répondants. Dans des pays comme le Bénin, la République démocratique du Congo, la Gambie et le Libéria, plus de 30 % des dépenses de santé provenaient des partenaires du développement. Toutefois ces apports représentaient moins de 2 % des dépenses de santé à Maurice, aux Seychelles et en Afrique du Sud.

La sensibilisation du gouvernement aux montants de fonds que reçoivent les pays est essentielle à l'efficacité de leur utilisation et de leur coordination. Les résultats de l'enquête sur la sensibilisation du gouvernement représentés dans la Figure 16 montrent que 11 des 15 répondants disposeraient d'informations complètes sur les montants de fonds engagés et décaissés par les institutions internationales et sur les projets qui sont financés. Néanmoins, trois pays, à savoir le Bénin, le Nigéria et la Sierra Leone, ne disposaient pas de toutes les informations. La Gambie n'a pas répondu.

Figure 16 : Sensibilisation du gouvernement aux fonds provenant de l'aide au développement et aux projets financés par cette aide



Données sur l'élaboration du budget de la santé, issues de l'Enquête 2019 sur les pratiques et procédures budgétaires de santé publique en Afrique.

Malgré les niveaux élevés de sensibilisation aux projets, sept pays sur dix ont indiqué que moins de 25 % des fonds de l'ADS étaient acheminés par le biais du processus budgétaire ordinaire ou par le biais du système de gestion des finances publiques (GFP), ce qui signifie que l'aide est rarement comptabilisée dans les plans de dépenses de santé de l'État. Le Cameroun, la République démocratique du Congo et la Guinée-Bissau ont indiqué qu'un pourcentage plus élevé, jusqu'à 50 %, était incorporé par un tel processus, et Maurice obtenait le meilleur résultat, avec plus de 75 % des aides étant comptabilisées dans le système de GFP.

Dans le cas de la République démocratique du Congo, l'Unité de soutien et de gestion financière gère les fonds apportés par l'Alliance Gavi (Alliance mondiale pour les vaccins et l'immunisation), par le Fonds mondial et la Banque mondiale. Les autres partenaires techniques et financiers ont leurs propres unités de gestion financière, qui ne présentent guère de rapports au gouvernement.

Maurice n'utilise l'aide au développement que pour certaines questions, ce qui peut expliquer pourquoi Maurice est en mesure d'acheminer une grande partie du financement par le biais du système de GFP. L'aide au développement n'est fournie par le Fonds mondial que pour la lutte contre le VIH/sida. Il existe un mécanisme national de coordination qui comprend des membres de la société civile, des ONG et des fonctionnaires de divers ministères. Le Fonds mondial a versé 1,8 million USD entre 2015 et 2017 et 2,4 millions USD entre 2018 et 2020.

Au Lesotho, diverses parties prenantes de l'administration publique sont impliquées : l'Unité des comptes publics (UCP) du ministère de la Santé relève de la direction du ministère de la Santé sur l'utilisation des fonds apportés par les donateurs, le ministère des Finances et le ministère de la Planification du développement, ainsi que les partenaires du développement directement.

La Guinée-Bissau utilise le Comité de coordination du secteur de la santé au sein du ministère de la Santé. Il vise à créer un espace de consultation, de planification stratégique, d'exécution des activités et de suivi des indicateurs clés qui contribuent à la réalisation des objectifs proposés au niveau national et international.

Il existe généralement des mécanismes en place pour coordonner et suivre l'utilisation de l'ADS avec les partenaires internationaux. Les ministères de la Santé ou des Finances ont des départements chargés de suivre l'utilisation des fonds et d'assurer une communication régulière avec les partenaires internationaux du développement. Le Tableau 19 ci-dessous décrit ces mécanismes pour les pays qui ont fourni des informations.

Tableau 19 : Résumé des mécanismes de coordination de l'ADS par pays

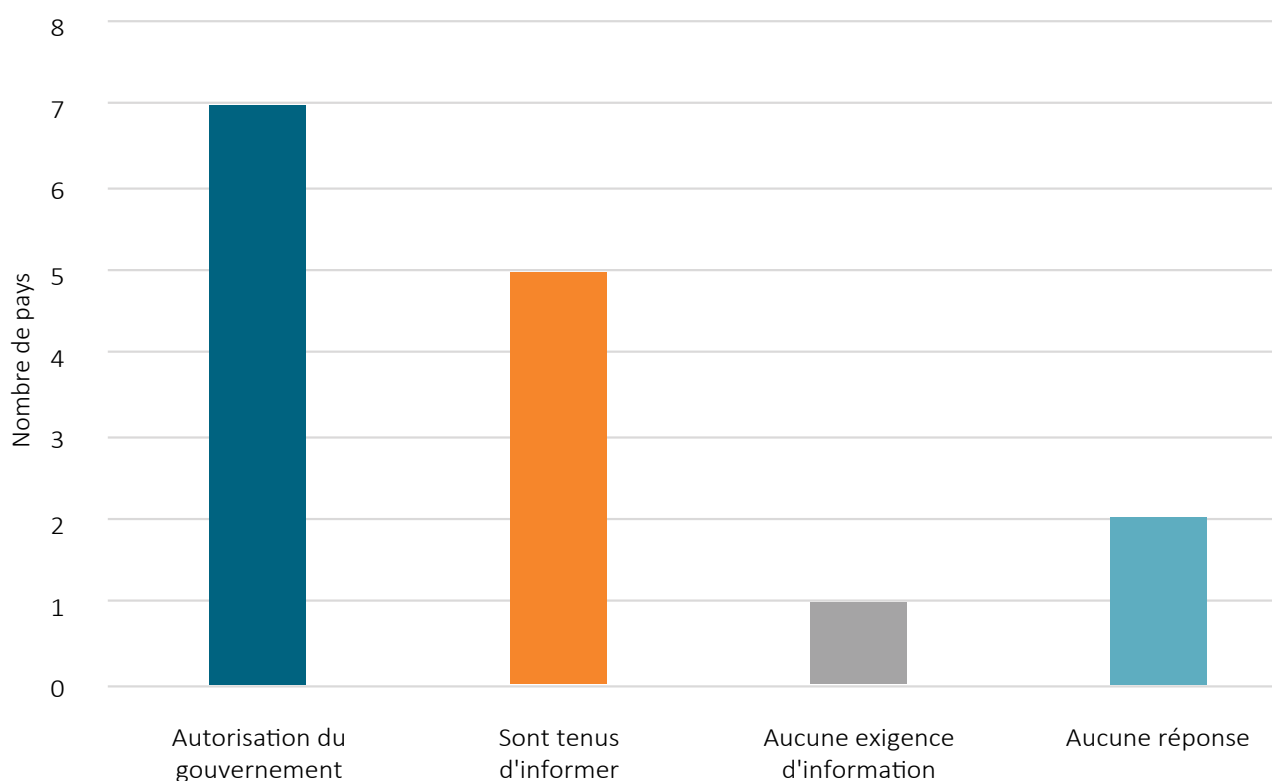
	Mécanismes
Afrique du Sud	Il y a des comités directeurs de programmes et des consultations annuelles entre le gouvernement et les partenaires du développement.
Bénin	Le mécanisme principal consiste en une réunion tenue entre les ministères des Finances, de la Santé, des Affaires étrangères et de la Coopération internationale, et de la Planification et du Développement, aux côtés des partenaires internationaux, pour la mise en œuvre d'accords de partenariat. Il existe un mécanisme secondaire qui consiste en des examens conjoints réguliers sur la gestion du secteur ou sur des sujets spécifiques.
Côte d'Ivoire	La Plateforme nationale de coordination du financement de la santé est formée par un comité de pilotage, avec le Premier ministre, des membres de divers ministères, de la société civile, des membres du secteur privé ainsi que des partenaires internationaux du développement. Son objectif est de s'assurer que les dépenses de santé s'alignent sur le Plan national de développement et sur le Plan national de développement sanitaire.
Guinée-Bissau	Un Comité de coordination du secteur de la santé se trouve au ministère de la Santé, qui supervise la planification stratégique du secteur et effectue le suivi des indicateurs clés pour atteindre les objectifs nationaux et internationaux.
Lesotho	Plusieurs mécanismes sont en place. Au ministère de la Santé, l'UCP négocie des accords avec les agences internationales de développement. Au ministère des Finances, l'Unité de gestion de la dette négocie les conditions de la dette. Au ministère de la Planification du développement, le Département de coordination de l'aide est responsable du développement et de la gestion de la politique d'aide.
Maurice	Il existe un mécanisme de coordination avec les membres de la société civile, les ONG et les fonctionnaires de divers ministères.
Nigéria	Le ministère des Finances compte deux départements qui se concentrent sur la coordination de l'aide, ce qui est particulièrement pertinent pour l'aide au financement de contrepartie.
Rép. dém. du Congo	Les partenaires techniques et financiers font également partie de la Commission de financement du secteur de la santé.
Sierra Leone	L'Unité intégrée de l'administration des projets de santé, au sein du ministère de la Santé et de l'Assainissement, est dirigée par des responsables de fonds spécifiques et dotée de professionnels dans les domaines de la comptabilité agréée, de la passation des marchés (approvisionnement), des systèmes d'information ainsi que du suivi et de l'évaluation, et, d'autres partenaires de la santé.
Tchad	Le mécanisme, appelé Réunion entre l'État et les partenaires techniques et financiers, favorise des discussions régulières entre le gouvernement et les partenaires du développement.

Données sur l'élaboration du budget de la santé, issues de l'Enquête 2019 sur les pratiques et procédures budgétaires de santé publique en Afrique.

Comme nous l'avons mentionné plus haut, les partenaires du développement font généralement partie de ces mécanismes. Les gouvernements et les partenaires du développement devraient travailler ensemble pour assurer la coordination de l'aide et l'utilisation efficiente des fonds. Comme le montre la Figure 17, tous les pays ont mentionné que, soit le gouvernement devait autoriser les activités et le financement

des partenaires du développement, soit les partenaires du développement étaient tenus d'informer le gouvernement de leurs activités. Une exception est les Seychelles, où aucune exigence d'information n'existe. L'Encadré 2 décrit le processus de la Guinée-Bissau pour l'utilisation de fonds extérieurs.

Figure 17 : Processus de gestion de l'utilisation de l'aide au développement



Données sur l'élaboration du budget de la santé, issues de l'Enquête 2019 sur les pratiques et procédures budgétaires de santé publique en Afrique.

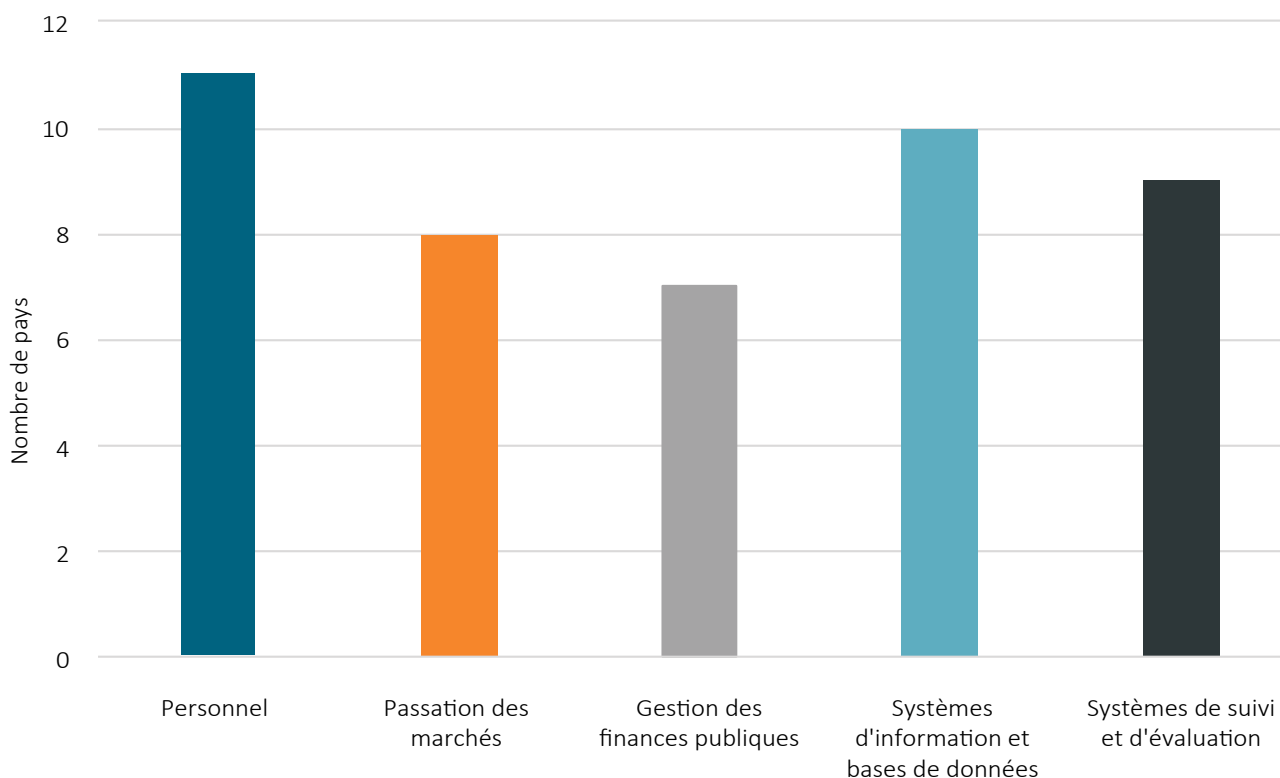
Encadré 2 : Le processus de la Guinée-Bissau pour l'utilisation des fonds d'aide au développement

Pour qu'un projet ou un programme soit financé, les impacts potentiels sont évalués en fonction des secteurs prioritaires du Plan stratégique et opérationnel « Terra Ranka », ainsi que des plans sectoriels des ministères. Dans le cas du secteur de la santé, il s'agirait du Plan national de développement sanitaire (PNDS III). Une fois que les impacts potentiels sont identifiés et si ledit projet ou programme est conforme aux lois et aux règles environnementales actuelles, les partenaires du développement peuvent négocier avec le gouvernement pour son approbation et son démarrage.

Données sur l'élaboration du budget de la santé, issues de l'Enquête 2019 sur les pratiques et procédures budgétaires de santé publique en Afrique.

Les gouvernements et les partenaires du développement devraient travailler ensemble pour assurer la coordination de l'aide et l'utilisation efficiente des fonds

Figure 18 : Établissement de structures supplémentaires pour les programmes et les projets

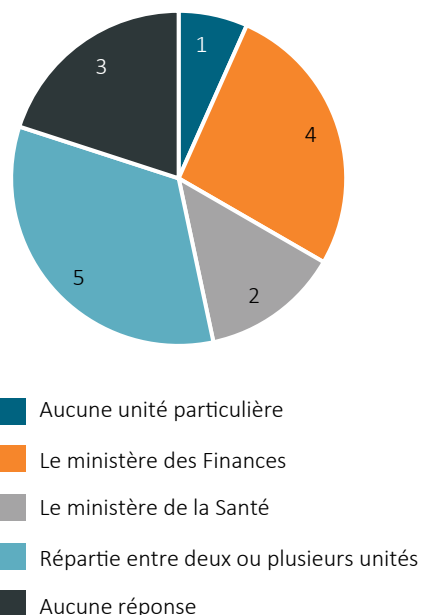


Élaboration du budget de la santé, données issues de l'Enquête 2019 sur les pratiques et procédures budgétaires de santé publique en Afrique.

Les partenaires du développement établissent souvent d'autres structures en plus des structures gouvernementales existantes, telles que la dotation en effectifs et les systèmes d'information. Il en est ainsi pour la plupart des pays, 11 mentionnant du personnel supplémentaire et sept indiquant des structures de GFP.

La fonction de gestion de l'aide au développement est souvent divisée entre deux unités ou plus, l'une au sein du ministère des Finances et l'autre au sein du ministère de la Santé. Lorsqu'il n'existe qu'une seule unité, elle se trouve le plus souvent au ministère des Finances. Une exception est les Seychelles, où la fonction n'existe pas. La Figure 19 décrit ces résultats.

Figure 19 : Emplacement de la fonction de gestion de l'aide au développement



Données sur l'élaboration du budget de la santé, issues de l'Enquête 2019 sur les pratiques et procédures budgétaires de santé publique en Afrique.

À part la République démocratique du Congo, le Tchad, le Libéria, Maurice et les Seychelles, il existe des politiques explicites de la gestion de l'aide au développement dans neuf pays sur 14. La Gambie n'a pas répondu à cette question. Lorsqu'il existe de telles politiques, il est courant qu'elles contiennent des directives/lignes directrices à l'intention des donateurs qui traitent avec le gouvernement, les préférences pour le type d'aide, ainsi que les mécanismes de suivi et d'évaluation de la mise en œuvre de la politique de gestion de l'aide. La fréquence de certains types de contenu dans plusieurs politiques de gestion de l'aide est décrite à la Figure 20.

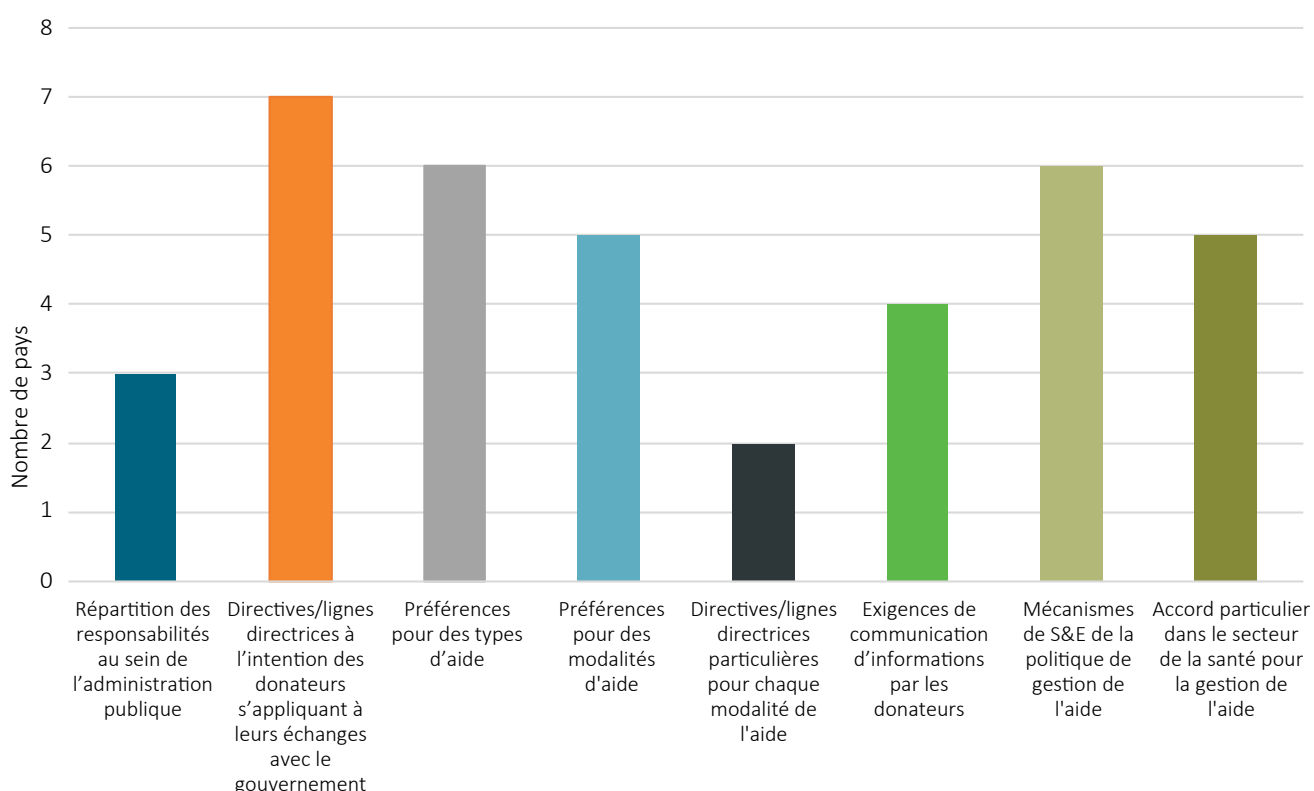
L'enquête semble indiquer qu'il existe une bonne disponibilité de données dans tous les pays, même si les institutions en charge de la coordination et de la gestion de l'aide varient d'un pays à l'autre. Elles effectuent toutes le suivi et disposent toutes également de bases de données sur les entrées de fonds pour la santé. Cela vaut également pour les pays qui ne disposent pas de toutes les informations sur les fonds décaissés et engagés.

En Sierra Leone, le Bureau de coordination de l'aide au développement, basé au ministère de la Planification et du

Développement économique, qui travaille en liaison avec l'Unité intégrée de l'administration des projets de santé, détient les données sur les fonds et leur décaissement. Au Lesotho, l'UCP, en collaboration avec l'Unité de passation des marchés du ministère de la Santé, partage cette fonction. En Ouganda, une base de données est conservée sur une plateforme appelée plateforme de gestion de l'aide. Aux Seychelles, une base de données est gérée par le Directeur de la coopération internationale au ministère de la Santé.

Les pays ayant répondu à l'enquête disposent de systèmes bien développés pour traiter avec les partenaires du développement. Les répondants ont indiqué que les pays avaient une bonne connaissance des projets qui se déroulaient dans leur pays. Les partenaires du développement exécutent habituellement des projets par l'intermédiaire de leur propre personnel, de systèmes internes et financiers, et de systèmes distincts de suivi et d'évaluation. Cette approche pourrait se traduire par un manque d'alignement entre les priorités du gouvernement et les priorités des donateurs, et par le fait que le gouvernement ne saurait guère en mesure de faire respecter ses priorités.

Figure 20 : Contenu fréquent dans les politiques de gestion de l'aide



Élaboration du budget de la santé, données issues de l'Enquête 2019 sur les pratiques et procédures budgétaires de santé publique en Afrique.

Encadré 3 : La Côte d'Ivoire et la gestion de l'aide au développement

Selon les réponses à l'enquête, la Côte d'Ivoire dispose d'informations complètes sur les fonds engagés et décaissés par les institutions internationales et sur tous les projets financés. Moins d'un quart de l'aide au développement qui est acheminé par le processus budgétaire en Côte d'Ivoire est soumis à la GFP locale. Selon les données des Indicateurs du développement dans le monde de la Banque mondiale, 15 % des dépenses intérieures brutes consacrées à la santé sont financées par des sources extérieures, principalement par l'aide. Entre 2015 et 2017, la Côte d'Ivoire a reçu une aide au développement d'environ 1 million USD par an de l'ONUSIDA (Indicateurs du développement dans le monde de la Banque mondiale, 2020).

Afin d'entreprendre des activités en Côte d'Ivoire, les partenaires internationaux du développement doivent informer le gouvernement de leurs plans et de toutes les dépenses. La Côte d'Ivoire accorde une grande latitude aux donateurs, permettant aux partenaires d'opérer en dehors des structures étatiques. Les donateurs peuvent embaucher du personnel en dehors des processus gouvernementaux, mener leur propre passation des marchés, établir leurs propres technologies de l'information et leurs propres bases de données, et, exécuter des processus de suivi et d'évaluation.

Il existe actuellement une unité au sein du ministère de la Santé, *l'Unité de coordination des projets-financements* extérieurs (qui effectue le suivi des activités des partenaires du développement et conserve une base de données de tous les apports d'aide).

La Côte d'Ivoire a une politique établissant les conditions dans lesquelles les partenaires du développement peuvent travailler dans le pays. Les éléments de la politique comprennent des règles pour les donateurs lorsqu'ils traitent avec l'administration publique, une préférence pour le type d'aide (les prêts contre les dons/subventions), un accord spécifique sur la façon dont l'aide peut aider dans le secteur de la santé, et des directives/lignes directrices sur la façon dont le gouvernement peut effectuer un suivi et une évaluation afin de faire respecter la politique de la gestion de l'aide. La politique n'inclut pas une quelconque exigence explicite pour la communication d'informations par les donateurs ou la répartition des responsabilités en matière d'aide dans l'ensemble de l'administration publique.

Fait intéressant, le gouvernement a mis en place un comité de haut niveau chargé d'améliorer la coordination avec les donateurs. En avril 2019, la Plateforme nationale de coordination du financement de la santé (PNCFS) a été créée par un arrêté du Premier ministre ivoirien. Elle est financée par des fonds du budget national, ainsi que par des fonds supplémentaires provenant des partenaires du développement. La PNCFS est présidée par le Premier ministre et ses objectifs sont les suivants :

- Établir des consensus sur les objectifs de dépenses de santé et s'assurer qu'ils s'alignent sur le Plan national de développement du pays et le Plan national de développement de la santé.
- Soutenir le ministère de la Santé en coordonnant le secteur et en utilisant de manière efficace les fonds intérieurs et extérieurs conformément aux priorités nationales.
- Recueillir des ressources supplémentaires auprès d'autres plateformes auprès des secteurs public et privé.

La PNCFS se compose de trois entités :

- Le Comité de pilotage est l'organe de décision composé de représentants du gouvernement, de la société civile, du secteur privé et des partenaires du développement
- Le Secrétariat technique est l'organe de mise en œuvre, chargé des tâches administratives et logistiques pour les réunions du Comité de pilotage.
- Les groupes de travail techniques sont désignés par le Comité de pilotage avec des sujets spécifiques d'étude et de missions.

Les membres de la PNCFS comprennent des fonctionnaires de 10 ministères et des représentants du secteur privé, de la société civile et de sept organisations de donateurs, à savoir :

- L'Organisation mondiale de la santé (OMS)
- L'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID)
- L'Agence française de développement (AFD)
- La Banque mondiale (BM)
- Le Fonds des Nations unies pour l'enfance (UNICEF)
- Le Fonds des Nations unies pour la population (FNUAP)
- Le mécanisme de coordination nationale du Fonds mondial.

7 Financement des activités EAH

Bien que la plupart des dépenses consacrées aux activités EAH ne soient pas des dépenses directes de santé, elles contribuent à la santé par le biais d'activités qui stimulent la santé de la population. Les maladies d'origine hydrique sont encore des facteurs importants qui entraînent la mortalité et la morbidité en Afrique. Un meilleur approvisionnement en eau, assainissement et hygiène jouera un rôle dans la réduction de cet impact. En 2016, l'UNICEF a noté que 663 millions de personnes n'avaient pas accès à l'eau salubre ; 2,4 milliards de personnes n'avaient pas accès à un assainissement amélioré et 946 millions de personnes déféquaient en plein air. Sept personnes sur dix n'avaient pas accès à un assainissement amélioré et neuf personnes sur dix déféquaient en plein air dans les zones rurales. (UNICEF, 2016)

Ces résultats donnent une idée de l'ampleur du problème. Pour que les gouvernements africains offrent à leurs citoyens une meilleure santé, il faudra consacrer des ressources non seulement à la santé, mais aussi aux programmes qui améliorent la santé, y compris les activités EAH et la nutrition.

7.1 Rôle des ministères de la Santé dans les activités EAH

Cette partie met l'accent sur les activités EAH et le rôle du ministère de la Santé dans leur fourniture, leur planification et leur mise en œuvre. Les questions sont fondées sur la définition *TrackFin* (Suivi du financement du secteur EAH) des activités EAH, qui définit les activités EAH à un niveau granulaire.

Le Tableau 20 indique le rôle du ministère de la Santé dans chacune des composantes EAH. Le ministère de la Santé peut, soit ne jouer aucun rôle, soit jouer un rôle dans la

politique, le budget ou la mise en œuvre. Le rôle dans la politique est présent si le ministère de la Santé a élaboré une politique concernant la façon dont un aspect particulier du secteur EAH est exécuté. Un rôle budgétaire existe si le ministère de la Santé dispose de crédits budgétaires pour les activités EAH. Le ministère de la Santé n'a pas besoin d'exercer la fonction elle-même - il peut utiliser les transferts pour financer d'autres organismes qui effectuent la mise en œuvre réelle. Le ministère de la Santé peut également avoir un rôle de coordination entre les entités chargées de la mise en œuvre. Le tableau ci-après répertorie la mise en œuvre comme le rôle du ministère de la Santé, s'il emploie lui-même du personnel et s'il dépense des fonds pour réaliser un certain aspect des activités EAH. Le ministère peut jouer plusieurs des rôles déjà mentionnés.

Le Tableau 20 se rapporte à l'approvisionnement en eau et en assainissement. D'autres aspects du secteur EAH sont abordés au Tableau 21. Les taux de réponse pour cette partie de l'enquête ont été assez faibles, avec entre 10 et 12 réponses à chaque question. Comme prévu, les ministères de la Santé contribuent peu à la mise en œuvre de l'approvisionnement en eau, seul le Bénin jouant un rôle de mise en œuvre. Dans neuf des 12 pays, les ministères de la Santé ne jouent aucun rôle dans l'approvisionnement en eau qui se produit par le biais de grands réseaux, ni dans l'approvisionnement en eau potable de base. Les ministères de la Santé ont un rôle plus important à jouer dans l'assainissement dans trois pays. En Afrique du Sud, le ministère de la Santé ne joue aucun rôle dans l'approvisionnement en eau ou en assainissement, car ces fonctions relèvent des compétences des gouvernements provinciaux et locaux. Comme constaté dans le rapport sur les questions précédentes, le système intergouvernemental sud-africain complique le suivi par les ministères nationaux des niveaux gouvernementaux infranationaux. Un système fédéral comme celui du Nigéria aurait pu fournir des réponses analogues.

Les maladies d'origine hydrique sont encore des facteurs importants qui entraînent la mortalité et la morbidité en Afrique. Un meilleur approvisionnement en eau, assainissement et hygiène jouera un rôle dans la réduction de cet impact

Tableau 20 : Rôle du ministère de la Santé dans les activités EAH, eau et assainissement

	Approvisionnement en eau par de grands systèmes de réseaux	Approvisionnement en eau potable – dispositif de base	Assainissement par de grands réseaux	Assainissement de base
Afrique du Sud	Aucun rôle	Aucun rôle	Aucun rôle	Aucun rôle
Bénin	Aucun rôle	Mise en œuvre	Politique Mise en œuvre	Politique Budget Mise en œuvre
Cameroun	Budget	Aucun rôle	Politique	Politique
Côte d'Ivoire	Aucun rôle	Aucun rôle	Aucun rôle	Aucun rôle
Gambie	Politique	Politique Budget	Aucune réponse	Aucune réponse
Guinée-Bissau	Aucun rôle	Aucun rôle	Budget	Budget
Lesotho	Aucune réponse	Aucune réponse	Aucune réponse	Aucune réponse
Libéria	Aucun rôle	Aucun rôle	Aucun rôle	Aucun rôle
Maurice	Aucun rôle	Aucun rôle	Aucun rôle	Aucun rôle
Nigéria	Aucune réponse	Aucune réponse	Aucune réponse	Aucune réponse
Ouganda	Aucune réponse	Aucune réponse	Aucune réponse	Aucune réponse
Rép. dém. du Congo	Politique	Politique	Aucune réponse	Aucune réponse
Seychelles	Aucun rôle	Aucun rôle	Aucun rôle	Aucun rôle
Sierra Leone	Aucun rôle	Aucun rôle	Politique Budget	Politique Budget
Tchad	Aucun rôle	Aucun rôle	Aucun rôle	Aucun rôle

Données sur l'élaboration du budget de la santé, issues de l'Enquête 2019 sur les pratiques et procédures budgétaires de santé publique en Afrique.

Le ministère de la Santé peut utiliser les transferts pour financer d'autres organismes qui effectuent la mise en oeuvre réelle

Tableau 21 : Rôle du ministère dans les activités EAH, eau et hygiène

	Services de soutien au secteur EAH	Protection des ressources en eau	Création de bassins hydrographiques	Promotion de l'hygiène	Activités d'hygiène au niveau des ménages
Afrique du Sud	Aucun rôle	Aucun rôle	Aucun rôle	Politique Mise en œuvre	Politique Mise en œuvre
Bénin	Politique Budget Mise en œuvre	Politique Mise en œuvre	Aucun rôle	Politique Budget Mise en œuvre	Politique Budget
Cameroun	Politique	Politique	Aucun rôle	Politique	Politique
Côte d'Ivoire	Aucune réponse	Politique	Aucun rôle	Politique Budget Mise en œuvre	Politique Budget Mise en œuvre
Gambie	Aucune réponse	Aucune réponse	Aucune réponse	Aucune réponse	Aucune réponse
Guinée-Bissau	Budget	Aucun rôle	Aucun rôle	Politique	Politique
Lesotho	Aucune réponse	Aucune réponse	Aucune réponse	Aucune réponse	Aucune réponse
Libéria	Aucun rôle	Aucun rôle	Aucun rôle	Aucun rôle	Aucun rôle
Maurice	Aucun rôle	Aucun rôle	Aucun rôle	Politique Budget	Politique Budget
Nigéria	Aucune réponse	Aucune réponse	Aucune réponse	Aucune réponse	Aucune réponse
Ouganda	Aucune réponse	Aucune réponse	Aucune réponse	Aucune réponse	Aucune réponse
Rép. dém. du Congo	Mise en œuvre	Mise en œuvre	Aucun rôle	Politique	Politique Mise en œuvre
Seychelles	Mise en œuvre	Aucun rôle	Aucun rôle	Mise en œuvre	Mise en œuvre
Sierra Leone	Politique	Aucun rôle	Aucun rôle	Politique Budget	Politique
Tchad	Aucun rôle	Aucune réponse	Aucune réponse	Politique Budget Mise en œuvre	Politique Budget Mise en œuvre

Données sur l'élaboration du budget de la santé, issues de l'Enquête 2019 sur les pratiques et procédures budgétaires de santé publique en Afrique.

Les ministères de la Santé contribuent peu à la mise en œuvre de l'approvisionnement en eau

Les ministères de la Santé ont un rôle beaucoup plus important à jouer dans les questions liées à l'hygiène. En ce qui concerne la fonction de promotion de l'hygiène, le ministère de la Santé joue un rôle d'élaboration des politiques dans neuf des 11 pays qui y ont répondu. Seul le Libéria n'y joue aucun rôle. Les résultats sont similaires pour la promotion des activités d'hygiène au niveau des ménages. Par ailleurs, les ministères de la Santé ne jouent aucun rôle dans la création de bassins hydrographiques, mais ils jouent un rôle de soutien au secteur EAH dans six des 10 pays. S'agissant de la fonction de protection des ressources en eau, les ministères de la Santé y jouent un rôle dans quatre pays.

Au Tchad, seule la composante hygiène est gérée par le ministère de la Santé, tandis que la composante eau et assainissement est gérée par le ministère de l'Eau.

Les responsabilités étant réparties entre différentes parties de l'administration publique, il paraît évident que les activités EAH devraient être coordonnées. Il existe un organe de coordination spécifique mis en place dans cinq des neuf pays qui ont répondu à cette question. Le Bénin, la Guinée-Bissau, les Seychelles et Maurice ne disposent pas de mécanisme de coordination.

Le Libéria est un bon exemple de la façon dont un tel mécanisme pourrait fonctionner. Le gouvernement libérien dispose d'une commission EAH pour suivre et coordonner toutes les activités EAH et connexes au Libéria. En Afrique du Sud, le mécanisme vient tout juste d'être mis en place. Le ministère national de la Santé et le ministère de l'Environnement, des Forêts et de la Pêche ont été chargés de mettre en place un comité national de coordination, mais il n'a pas été possible de confirmer si cet établissement avait eu lieu. Seules les Seychelles et la République démocratique du Congo ont mentionné d'autres mécanismes de coordination de la prestation des activités EAH. Aux Seychelles, l'Autorité de santé publique soutient le contrôle de la qualité de l'approvisionnement public en eau. Les agents de santé publique éduquent et soutiennent les ménages et les institutions en matière d'hygiène.

Le Tableau 22 rend compte de l'aptitude des pays à financer les activités EAH. Les recettes publiques nationales désignent le financement direct par l'administration centrale, en recourant à l'impôt ou à l'emprunt. Les recettes publiques

infranationales se rapportent aux recettes levées par les administrations des États fédérés ou des provinces. Les transferts de l'administration centrale ont lieu lorsque le financement de l'administration centrale est versé à un autre niveau de l'administration publique ayant le mandat de mettre en œuvre les activités EAH. Les transferts des gouvernements infranationaux sont similaires, mais le financement provient d'un gouvernement d'État fédéré ou de province. Les recettes municipales sont des fonds qu'une administration municipale lève elle-même, habituellement par le biais d'impôts locaux ou d'une taxe locale sur les sociétés. Les redevances d'utilisation sont des prélèvements basés sur la consommation du produit, par exemple, les frais payés par litre d'eau consommée.

Sur les 11 pays qui ont rempli cette partie du questionnaire, six ont indiqué que le financement des donateurs était utilisé pour les activités EAH. Il s'agit de la deuxième forme de financement la plus populaire signalée dans le tableau, derrière l'utilisation des recettes de l'administration centrale. La large utilisation des stratégies de financement par la Sierra Leone et l'Afrique du Sud est remarquable. La Sierra Leone achemine une grande partie de ses dépenses de santé (entre 21 % et 30 %) par l'intermédiaire des administrations infranationales et utilise manifestement une stratégie similaire pour les activités EAH.

La Figure 23 se rapporte au suivi des dépenses d'activités EAH. Les 10 pays qui ont répondu à cette question suivent les dépenses EAH. Il fallait s'y attendre, compte tenu du résultat indiqué au Chapitre 5 selon lequel seul le Tchad ne dispose pas d'un système de suivi des dépenses. Ces systèmes sont probablement utilisés pour toutes les dépenses, et pas seulement pour les dépenses de santé ou d'activités EAH.

Parmi les pays qui ont répondu à la question de la coordination avec les donateurs, seules les Seychelles et Maurice ne disposent pas d'un mécanisme pour coordonner le soutien aux activités EAH. En Sierra Leone, le mécanisme de coordination avec les donateurs semble également s'étendre au secteur EAH : le Bureau de coordination de l'aide au développement travaille avec les partenaires du développement dans la planification et l'exécution d'activités reliant les acteurs de secteurs tels que la santé. Il existe un bureau de liaison des donateurs.

Les ministères de la Santé ont un rôle beaucoup plus important à jouer dans les questions liées à l'hygiène. En ce qui concerne la fonction de promotion de l'hygiène, le ministère de la Santé joue un rôle d'élaboration des politiques dans neuf des 11 pays qui y ont répondu

Figure 21 : Rôle des ministères de la Santé en matière d'hygiène

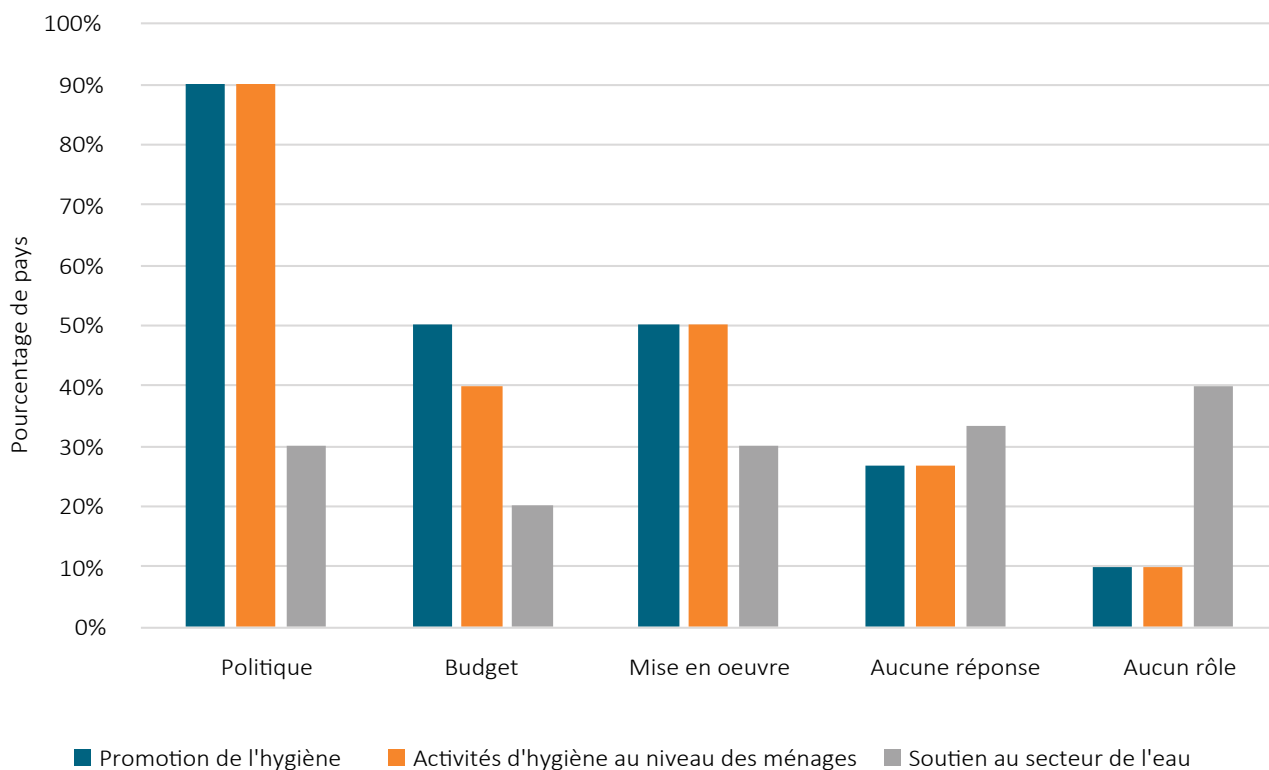
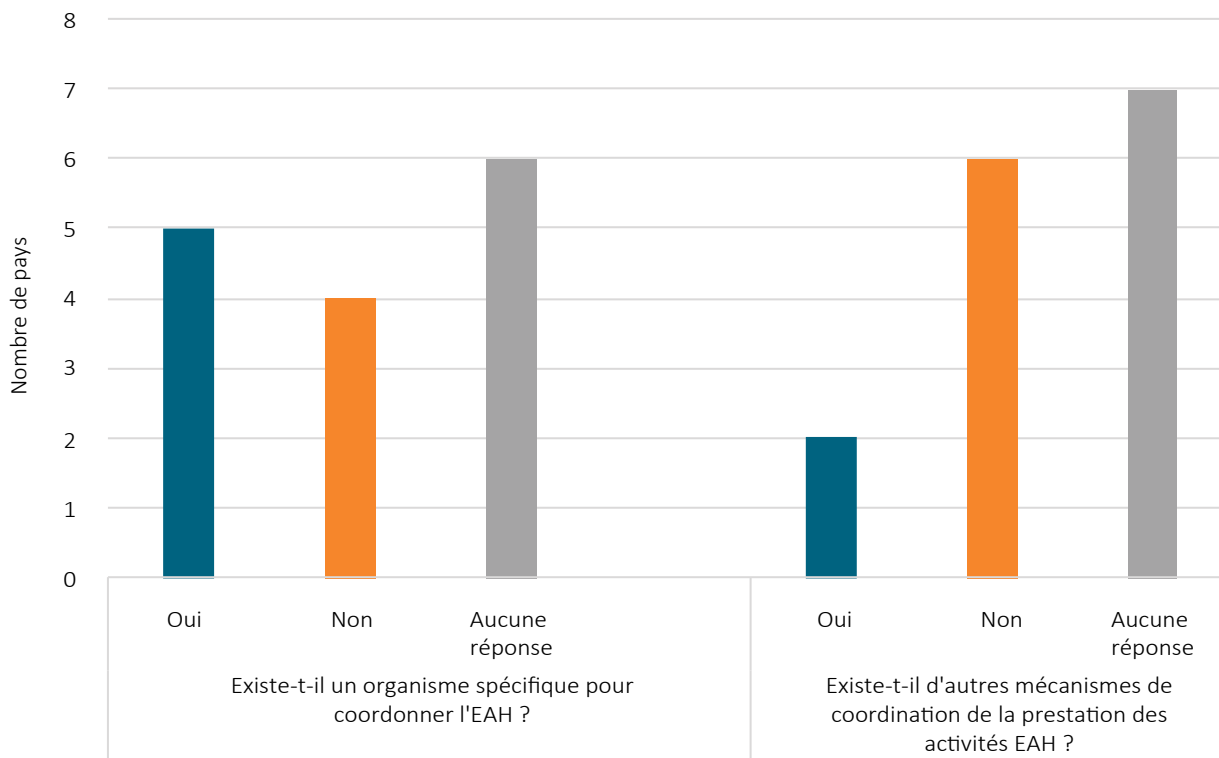


Figure 22 : Coordination des activités EAH



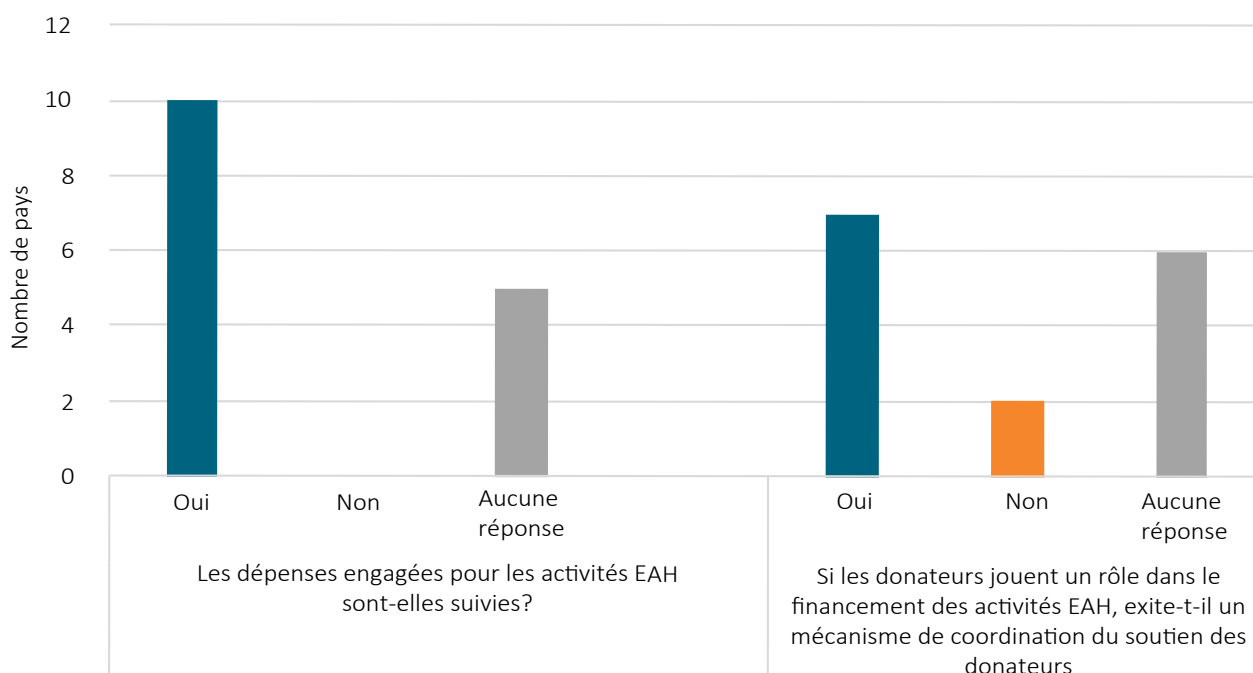
Données sur l'élaboration du budget de la santé, issues de l'Enquête 2019 sur les pratiques et procédures budgétaires de santé publique en Afrique.

Tableau 22 : Financement des activités EAH

	Recettes publiques nationales	Recettes publiques infranationales	Transferts de l'administration centrale	Transferts de l'administration infranationale	Recettes de l'administration municipale	Fonds apportés par les donateurs	Redevances d'utilisation
Afrique du Sud	✓	✓	✓		✓		✓
Bénin	✓		✓			✓	
Cameroun			✓				
Côte d'Ivoire						✓	
Gambie							
Guinée-Bissau	✓		✓			✓	
Lesotho							
Libéria							
Maurice	✓						
Nigéria							
Ouganda							
Rép. dém. du Congo						✓	
Seychelles	✓		✓				✓
Sierra Leone	✓	✓	✓			✓	
Tchad	✓					✓	

Données sur l'élaboration du budget de la santé, issues de l'Enquête 2019 sur les pratiques et procédures budgétaires de santé publique en Afrique.

Figure 23 : Suivi des activités EAH et coordination avec les donateurs



Données sur l'élaboration du budget de la santé, issues de l'Enquête 2019 sur les pratiques et procédures budgétaires de santé publique en Afrique.

8 Conclusion

Si les processus de gestion sont efficaces et s'il y a suffisamment d'infrastructures de santé, l'augmentation des dépenses de santé peut alors se traduire par de meilleurs résultats en matière de santé. Comme le montrent Piatti-Fünfkirchen et Smets (2019), l'amélioration de la gestion des finances publiques peut être associée à l'obtention de résultats nettement meilleurs en matière de santé.

Cette enquête visait à fournir des informations sur les processus de budgétisation et d'exécution de la santé en Afrique subsaharienne. Elle visait également à en apprendre davantage sur le suivi budgétaire, la façon dont les ressources des donateurs sont suivies et le rôle des ministères de la Santé dans les activités EAH. En utilisant les données de 15 pays, les résultats de cette étude constituent des approches diverses de la budgétisation de la santé. Les points clés de l'étude sont résumés ci-dessous :

- Dans l'ensemble, les ministères des Finances fixent les enveloppes budgétaires tandis que les ministères de la Santé décident comment dépenser ces budgets. Il existe dans la plupart des pays un mécanisme de coordination officiel pour le budget de la santé et la prévention de certaines maladies. Tous les pays utilisent des CDMT et font une distinction entre les dépenses de fonctionnement et les dépenses en capital.
- Les ministères des Finances sont responsables du suivi de l'exécution du budget. Le principal défi lié au suivi du budget est qu'il peut y avoir un décalage de trois mois, voire plus, pour l'obtention des données sur les dépenses par rapport à la norme PEFA d'un mois. Au Nigéria, les longs délais sont dus à la nécessité d'effectuer l'audit des états financiers. L'Afrique du Sud et le Libéria disposent de bons systèmes d'exécution budgétaire. La sous-utilisation des crédits budgétaires est principalement mise sur le compte de problèmes opérationnels au sein du ministère de la Santé.
- La plupart des dépenses des donateurs ne sont pas acheminées par le processus régulier de GFP, bien que tous les pays suivent les dépenses de santé des donateurs. La plupart des pays ont un organisme qui coordonne les partenaires du développement.
- Les ministères de la Santé ne jouent aucun rôle dans la fourniture en gros de l'approvisionnement en eau, mais ils participent activement à la promotion de l'hygiène. Les activités EAH sont financées par les recettes de l'administration centrale avec le soutien des donateurs.

Les résultats de cette étude mettent en lumière les rôles des ministères des Finances et de la Santé dans les processus budgétaires en Afrique. D'autres parties prenantes, comme les législateurs et les donateurs, semblent combler les lacunes tant dans la disponibilité des ressources que dans l'exécution. À l'avenir, il est crucial que les ministères des Finances et de la Santé travaillent en étroite collaboration afin d'améliorer l'affectation des ressources à la santé et d'utiliser de manière plus efficiente les ressources en Afrique. De même, une meilleure coordination des processus de budgétisation et d'exécution entre le ministère de la Santé et les donateurs est susceptible d'améliorer la disponibilité des ressources et leur utilisation. Enfin, les ministères de la Santé sont susceptibles de tirer parti de leur implication dans les unités responsables du développement des infrastructures et de l'approvisionnement en eau, ainsi que de leur réseautage avec ces dernières. En outre, l'efficacité des activités d'hygiène et d'assainissement est tributaire de ces unités.

Les pays de l'échantillon sont hétérogènes, à la fois dans leurs caractéristiques déterminantes et aussi dans leur approche de la budgétisation de la santé. En général, l'idée de base est que les ministères des Finances fixent les enveloppes budgétaires et que les ministères de la Santé déterminent comment les dépenser. Cependant, il existe de nombreuses approches différentes.

La plupart des pays ont l'administration centrale en tant que principale fournisseuse de services de santé primaires et de services de santé préventifs. Seuls le Bénin, la Côte d'Ivoire et le Nigéria utilisent un mécanisme d'assurance sociale. La plupart des pays acquièrent des médicaments au travers d'un appel d'offres.

Les répondants tentent de suivre toutes les dépenses des donateurs. Seule Maurice peut acheminer plus de la moitié des fonds des donateurs par le biais du processus régulier de GFP, mais ce résultat peut être dû au fait que les fonds apportés par les donateurs à Maurice se limitent uniquement au VIH/sida. La plupart des pays disposent d'un processus similaire pour gérer les relations avec les partenaires du développement, la plupart du temps impliquant un organisme formel qui rencontre les donateurs à intervalles réguliers. Les interactions avec les donateurs sont une partie importante des budgets des pays de l'échantillon, en raison de la quantité de ressources qu'ils injectent dans les systèmes nationaux.

L'enquête a cherché à s'informer sur le rôle des ministères de la Santé dans les activités EAH. Les ministères de la Santé ne jouent aucun rôle dans la fourniture en gros de l'approvisionnement en eau. Leur rôle dans la promotion de l'hygiène est beaucoup plus actif. Les activités EAH sont principalement financées par les recettes de l'administration centrale et l'aide apportée par les donateurs qui est suivie de la même façon que toute autre dépense publique.

Références

- Banque mondiale (2020) Indicateurs du développement dans le monde. <http://datatopics.worldbank.org/world-development-indicators/> [Consultée en février 2020].
- Banque mondiale (2004) « Bénin : Pour une plus grande efficacité de la dépense publique – Examen de trois secteurs clés », Banque mondiale. <http://documents.worldbank.org/curated/en/815941468198857001/pdf/296560FRENCH0G1h0coming0via0Eboard1.pdf> [Consultée en mars 2020].
- CABRI (2019) « Budget-programme : le déploiement d'une réforme complexe en Afrique », CABRI. <https://www.cabri-sbo.org/uploads/files/Documents/CABRI-Policy-Brief-Programme-Based-Budgeting-FRE-FINAL.pdf> [Consultée en avril 2020].
- CABRI (2013) « Le budget-programme axé sur les performances en Afrique : Un rapport d'état d'avancement », CABRI. www.cabri-sbo.org/uploads/files/Documents/Le-budget-programme-axe-sur-les-performances-en-Afrique-Un-rapport-detat-davancement_FR.pdf [Consultée en mars 2020].
- Filmer, D. & Pritchett, L. (1999). The impact of public spending on health: does money matter? *Social Science and Medicine*, 49(10), 1309–1323. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0277953699001501?via%3Dihub> [Consultée en février 2020].
- Hlafa, B., Sibanda, K. & Hompashe, D.M. (2019). The Impact of Public Health Expenditure on Health Outcomes in South Africa. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(16), 2993. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6720855/> [Consultée en avril 2020].
- Holmes, M. & Evans, A. (2003) A Review of Experience in Implementing Medium-Term Expenditure Frameworks in a PRSP Context: A Synthesis of Eight Country Studies. Overseas Development Institute. <https://www.odi.org/publications/1459-review-experience-implementing-medium-term-expenditure-frameworks-prsp-context-synthesis-eight> [Consultée en avril 2020].
- Low, M. (2019) 'Analysis: How a cutting edge medicine made it to SA's new ARV tender'. <https://www.spotlightnsp.co.za/2019/02/26/analysis-how-a-cutting-edge-medicine-made-it-to-sas-new-arv-tender/> [Consultée en février 2020].
- Makuta, I. et O'Hare, B. (2015) 'Quality of governance, public spending on health and health status in Sub Saharan Africa: a panel data regression analysis', *BMC Public Health* 15, p. 932. <https://bmcpubhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-015-2287-z> [Consultée en février 2020].
- Meyer-Rath, G. et al. (2017) 'Changing the South African national antiretroviral therapy guidelines: The role of cost modelling', *PLoS One* 12(10). <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0186557> [Consultée en février 2020].
- Mugisha, F. & Kouyaté, B. & Sauerborn, R. (2002). Examining Out-of-Pocket Expenditure on Health Care in Nouna, Burkina Faso: Implications for Health Policy. *Tropical Medicine and International Health*, 7(2), 187–96. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1046/j.1365-3156.2002.00835.x> [Consultée en février 2020].
- Nabonga Orem, J., Mugisha, F., Okui, A.P., Musango, L. et Kirigia, J.M. (2013) 'Health care seeking patterns and determinants of out-of-pocket expenditure for Malaria for the children under-five in Uganda', *Malaria Journal*, 12, p. 175. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23721217 [Consultée en février 2020].
- Neumayer, E. et Plümper, T. (2016) 'Inequalities of Income and Inequalities of Longevity: A Cross-Country Study'. https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3170546 [Consultée en mars 2020].
- Novignon, J., Olakojo, S.A. et Nonvignon, J. (2012) 'The effects of public and private health care expenditure on health status in sub-Saharan Africa: new evidence from panel data analysis', *Health Economics Review* 2, p. 22. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23232089 [Consultée en février 2020].
- OCDE (2013) « Enquête auprès de responsables du budget et de la santé sur les pratiques de budgétisation en matière de santé ». www.oecd.org/gov/Budgeting-Practices-for-Health-Survey-2013.pdf [Consultée en mars 2020].
- (OMS) Organisation mondiale de la santé (2017). *Primary Health Care Systems: Case Study from Uganda*. WOrganisation mondiale de la santé : Genève. https://www.who.int/alliance-hpsr/projects/alliancehpsr_ugandaabridgedprimasys.pdf?ua=1 [Consultée en mars 2020].
- (OMS) Organisation mondiale de la santé (2015) Ligne directrice OMS sur les politiques des prix de produits pharmaceutiques suivies dans les pays. <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/153920/1/> [Consultée en avril 2020].
- (OMS) Organisation mondiale de la santé (2010) Le financement des systèmes de santé : Le chemin vers une couverture universelle. Organisation mondiale de la santé. https://www.who.int/whr/2010/10_summary_fr.pdf?ua=1
- ONUSIDA (2020) 'Our Work in Lesotho', UNICEF. www.unaids.org/en/regionscountries/countries/lesotho [Consultée en février 2020].
- PEFA (2016) « Cadre d'évaluation de la gestion des Finances publiques », PEFA. https://www.pefa.org/sites/default/files/resources/downloads/092016-AFD-revisedFramework_PEFA_French_Web_Final_0.pdf [Consultée en mars 2020].
- PEFA (2011). Cadre de mesure de la performance de la gestion des finances publiques, PEFA. <https://www.pefa.org/resources/pefa-2011-cadre-de-mesure-de-la-performance-de-la-gestion-des-finances-publiques> [Consultée en avril 2020].
- Piatti-Fünfkirchen, M. & Smets, L. (2019). Public Financial Management, Health Financing and Under-Five Mortality. Série de documents de travail de la Banque interaméricaine de développement, IDB-WP-976. <https://publications.iadb.org/en/public-financial-management-health-financing-and-under-five-mortality-comparative-empirical> [Consultée en avril 2020].
- Rajan, D., Barroy, H. & Stenberg, K. (2016). Budgeting for Health. Dans Organisation mondiale de la santé (2016). Stratégies nationales de santé au XXI^e siècle : guide pratique. OMS. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/250221> [Consultée en avril 2020].
- Robinson, M & Last, D (2009). A Basic Model of Performance Based Budgeting. IMF. <https://www.imf.org/external/pubs/ft/tnm/2009/tnm0901.pdf> [Consultée en avril 2020].
- Truesdale, B.C. and Jencks, C. (2016) 'Income inequality and health: strong theories, weaker evidence', *Frontiers in Public Health Services and Systems Research* 5(5), pp. 30–7. <https://doi.org/10.13023/FPSSR.0505.05> [Consultée en mars 2020].
- UNICEF (2016) 'Impact of WASH', UNICEF. www.unicef.org/wash/3942_3953.html [Consultée en mars 2020].
- Union Africaine (2016) *Africa Health Strategy 2016-2030 (Stratégie africaine de la santé 2016-2030)*. <https://au.int/en/documents/30357/africa-health-strategy-2016-2030> [Consultée en mars 2020].