

Améliorer l'efficacité technique des dépenses de santé en Afrique



Compte-rendu principal

Améliorer l'efficacité technique des dépenses de santé en Afrique

Compte-rendu principal



SE CONNECTER • PARTAGER • RÉFORMER

Table des matières

| | |
|---|-----------|
| Liste des tableaux, figures et encadrés | iv |
| Acronymes et abréviations | v |
| Remerciements | vi |
| 1. Introduction | 1 |
| 2. Pourquoi mettre l'accent sur l'accroissement de l'efficacité de la santé ? | 2 |
| 3. Définition de l'efficacité des systèmes de santé | 5 |
| 4. Optimisation des ressources dans le secteur de la santé | 7 |
| 5. Efficacité et piliers du système de santé | 9 |
| 5.1 Produits médicaux, vaccins et technologies | 9 |
| 5.2 Financement durable et protection sociale | 9 |
| 5.3 Personnel de santé | 10 |
| 5.4 Prestation de services de santé | 10 |
| 5.5 Leadership (Direction) et gouvernance | 10 |
| 5.6 Systèmes d'information | 10 |
| 6. Focalisation : les principales causes d'inefficacité du secteur de la santé | 12 |
| 7. Efficacité dans le cadre du cycle budgétaire | 15 |
| Références | 20 |

Liste des tableaux, figures et encadrés

Tableaux

| | | |
|-------------|---|----|
| Tableau 1 : | Les dix principales causes d'inefficience du système de santé | 12 |
| Tableau 2 : | Indicateurs d'efficience par pilier du système de santé | 14 |

Figures

| | | |
|------------|--|----|
| Figure 1 : | Croissance du PIB en Afrique d'un point de vue historique | 2 |
| Figure 2 : | « Cube » de la CMU | 2 |
| Figure 3 : | Losange d'espace budgétaire | 3 |
| Figure 4 : | Dépenses publiques de santé en pourcentage des dépenses publiques générales des pays africains (1995 à 2013) | 3 |
| Figure 5 : | Outils d'optimisation des ressources et processus de transformation | 7 |
| Figure 6 : | Points d'entrée dans le cycle budgétaire des activités d'amélioration des performances pluriannuelles | 17 |

Encadrés

| | | |
|-------------|--|----|
| Encadré 1 : | Amélioration des résultats infanto-juvéniles de l'Éthiopie, grâce à des investissements considérables dans la santé publique | 4 |
| Encadré 2 : | Écarts (différentiels) d'efficience entre districts et entre secteurs au Lesotho | 5 |
| Encadré 3 : | Efficience des systèmes de santé en Afrique – l'analyse de frontière | 6 |
| Encadré 4 : | Améliorer l'efficience des dépenses liées aux médicaments au Maroc | 12 |
| Encadré 5 : | Efficience et ressources humaines pour la santé | 13 |
| Encadré 6 : | Rôles des ministères de la Santé et des Finances qui se chevauchent et se différencient en matière de gestion de l'efficience du secteur de la santé | 15 |
| Encadré 7 : | Élaboration du budget de la santé au Kenya | 16 |
| Encadré 8 : | Une approche collaborative pour améliorer la programmation de la lutte contre le VIH en Ouganda | 17 |

Acronymes et abréviations

| | |
|-------------|---|
| AED | Analyse d'enveloppement des données |
| ANS | Accord de niveau de service |
| ASC | Agents de santé communautaires |
| CABRI | Initiative africaine concertée sur la réforme budgétaire |
| CDMT | Cadre de dépenses à moyen terme |
| CMU | Couverture maladie universelle |
| CNS | Comptes nationaux de santé |
| DFID | Ministère britannique du développement international |
| DPGS | Dépenses publiques générales de santé |
| DTS | Dépenses totales de santé |
| EDP | Examen des dépenses publiques |
| ICP ou IPC | Indicateur clé de performance (ou Indicateur de performance clé) |
| IHME | Institut des mesures et évaluations de la santé ou Institut pour l'évaluation et les métriques de santé |
| MdF | Ministère des Finances |
| MdS | Ministère de la Santé |
| OCDE | Organisation de coopération et de développement économiques |
| OMS | Organisation mondiale de la santé |
| ONUSIDA | Agence des Nations unies contre le sida |
| OPM | Oxford Policy Management (société de conseil) |
| OR | Optimisation des ressources |
| OSC | Organisations de la société civile |
| PD | Païement direct (ou débours des ménages) |
| PIB | Produit intérieur brut |
| POA | Plan opérationnel annuel |
| PRF-I | Pays à revenu faible ou intermédiaire |
| SIS ou SIGS | Système d'information (de gestion) sanitaire |

Remerciements

Les documents de référence du Dialogue politique de CABRI « Efficience des dépenses de santé » ont été préparés par Oxford Policy Management : Adrian Gheorghe, Nouria Brikci, Tafara Ngwaru, Tomas Lievens, Vimal Kumar, Alex Murray-Zmijewski et Sophie Witter. Nous tenons également à remercier Nana A Boateng (CABRI), Aarti Shah (CABRI) et Thomas Wilkinson (PRICELESS SA) pour leurs commentaires et leurs conseils fort appréciés. Auteur principal : tomas.lievens@opml.co.uk

Cette publication s'appuie sur des recherches financées en partie par la Fondation Bill & Melinda Gates et le Fonds mondial. Les constatations et les conclusions qui y sont exprimées sont celles des auteurs et ne reflètent pas nécessairement les positions ou les politiques de la Fondation Bill & Melinda Gates ou du Fonds mondial. Les rapports de CABRI, qui décrivent les recherches effectuées par les auteurs, sont publiés pour susciter un dialogue plus approfondi.

1. Introduction

L'Initiative africaine concertée sur la réforme budgétaire (CABRI), en collaboration avec la République-Unie de Tanzanie, l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (Fonds mondial), a accueilli la Conférence « Financement de la santé en Afrique » à Dar es-Salaam, en Tanzanie (du 30 novembre au 1er décembre 2015). La Conférence a réuni des fonctionnaires de la Santé et des Finances de 14 gouvernements africains, des partenaires du développement et des experts de l'industrie.

Les principaux messages de la conférence comprenaient :

- Il existe une entente sur la nécessité de se concentrer davantage sur l'uniformité et la coordination entre les secteurs de la santé et des finances pour progresser vers la réalisation de la couverture maladie universelle (CMU).
- La CMU est un objectif important qui requiert des ressources appropriées. Les objectifs de dépenses de CMU au niveau mondial sont des outils de plaidoyer utiles, mais n'ont qu'une pertinence limitée pour les décisions prises au niveau national. Des points de référence nationaux fourniraient une indication beaucoup plus affinée et utile du coût de la CMU.
- L'optimisation des ressources (OR) et les compétences analytiques exigent l'établissement de priorités et le développement dans le secteur de la santé.
- Il existe un sous-investissement généralisé dans les interventions rentables.
- Les ministères de la Santé doivent trouver des moyens d'intégrer les programmes verticaux aux activités de renforcement du système de santé.

Se fondant sur les discussions qui ont eu lieu lors de la conférence, il est apparu que d'importantes questions sur l'efficacité et l'efficacité des dépenses de santé en Afrique, restent à élucider. En particulier :

- Est-ce que les dépenses de santé sont efficaces et quels sont les facteurs d'inefficacité ?
- Comment les ministères des finances peuvent-ils jouer un rôle central dans l'OR ?
- Est-ce que les agences dépensières utilisent ces ressources de la manière la plus efficace et efficace possible (l'efficacité technique) ?

Ce document présente une approche pratique pour répondre à ces questions et concevoir des interventions politiques permettant d'accroître l'efficacité du système de santé.

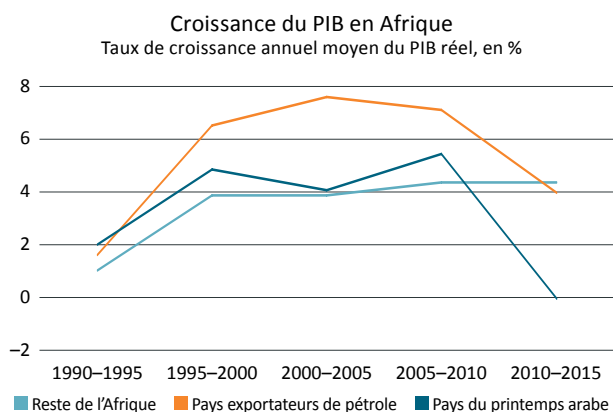
Ce document présente une approche pratique pour répondre à ces questions et concevoir des interventions politiques permettant d'accroître l'efficacité du système de santé.

La Partie 2 revoit la logique de l'attention accrue portée à l'efficacité du système de santé. La Partie 3 présente le contexte en fournissant certaines définitions communes liées à l'efficacité des systèmes de santé. Les Parties 4 et 5 introduisent deux cadres permettant d'analyser l'efficacité dans le secteur de la santé : une chaîne de transformation tenant compte de l'approche de l'OR ; et, les piliers du système de santé de l'OMS. La Partie 6 montre comment ces deux cadres peuvent être combinés pour donner une approche conceptuelle complète avec des domaines, indicateurs et outils, qui met l'accent sur l'intersection entre les trois E (économie, efficacité, efficacité) et les piliers du système de santé à l'égard desquels les interventions ciblées ont de fortes chances d'avoir un impact considérable, à savoir les médicaments et les fournitures médicales, le personnel de santé et le financement de la santé. La Partie 7 présente le cycle budgétaire et suggère des façons de l'intégrer avec le cadre conceptuel élargi pour servir de terrain d'entente entre les ministères de la Santé et les ministères des Finances afin qu'ils collaborent à l'amélioration de l'efficacité du secteur de santé.

2. Pourquoi mettre l'accent sur l'accroissement de l'efficacité de la santé ?

Les économies et les systèmes de santé africains sont en pleine évolution. Sur le plan économique, le continent se transforme rapidement et a réalisé entre 2000 et 2010, une croissance annuelle moyenne du PIB réel de 5,4 pour cent. Depuis le tableau est devenu plus nuancé, avec une croissance qui se tasse à 3,3 pour cent par an entre 2010 et 2015. Toutefois ce ralentissement s'applique principalement à l'exportation du pétrole et aux pays d'Afrique du Nord. Dans le reste de l'Afrique, le PIB réel a continué de croître à un taux annuel de 4,4 pour cent par an.

Figure 1 : Croissance du PIB en Afrique d'un point de vue historique



Source : IMF (2015) ; McKinsey Global Institute (2016)

Ces défis, les « lions africains » progressent toujours, alors que trois tendances importantes – l'augmentation de la population active, l'accroissement de l'urbanisation et l'accélération des changements technologiques – ont de fortes chances de maintenir la croissance économique de l'Afrique. Entre 2000 et 2009, la croissance économique a ajouté 78 milliards USD par an (et, entre 2010 et 2015, 69 milliards USD par an). Cet ajout à son tour s'est traduit par un espace budgétaire élargi pour les gouvernements et par des investissements dans la santé accrues, avec l'obtention de bons résultats.

Depuis 1990, les progressions les plus importantes de l'espérance de vie dans le monde entier ont eu lieu en Afrique

subsaharienne. Les quatre régions d'Afrique subsaharienne ont toutes enregistré une baisse d'au moins 10 pour cent de la mortalité adulte de 2004 à 2010 et les décès d'enfants de moins de cinq ans ont diminué dans 25 pays d'Afrique subsaharienne, occidentale, orientale et australe.

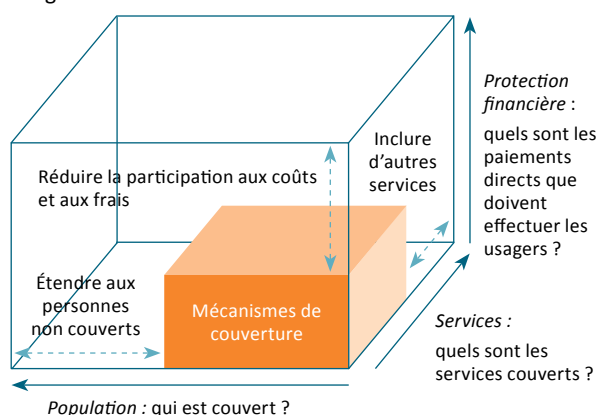
Bien que d'importants progrès aient été réalisés en Afrique en ce qui concerne la réduction du nombre d'années de vie perdues en raison de la mortalité prématurée due à des causes transmissibles, maternelles, néonatales et nutritionnelles, celles-ci représentent toujours 75 pour cent des décès prématurés. En même temps, les décès dus aux maladies non transmissibles sont apparus comme les principales causes du nombre d'années de vie perdues. Le profil de santé en Afrique subsaharienne se caractérise désormais par une double charge de morbidité liée aux maladies transmissibles et non transmissibles IHME (2013).

Tout individu doit pouvoir accéder aux services de santé sans être confronté à des difficultés financières.

Pour soutenir et tirer parti de ce succès de la santé publique, la communauté africaine de la santé a conçu quelques cadres de

Figure 2 : Cube de la CMU

Progression vers la couverture universelle

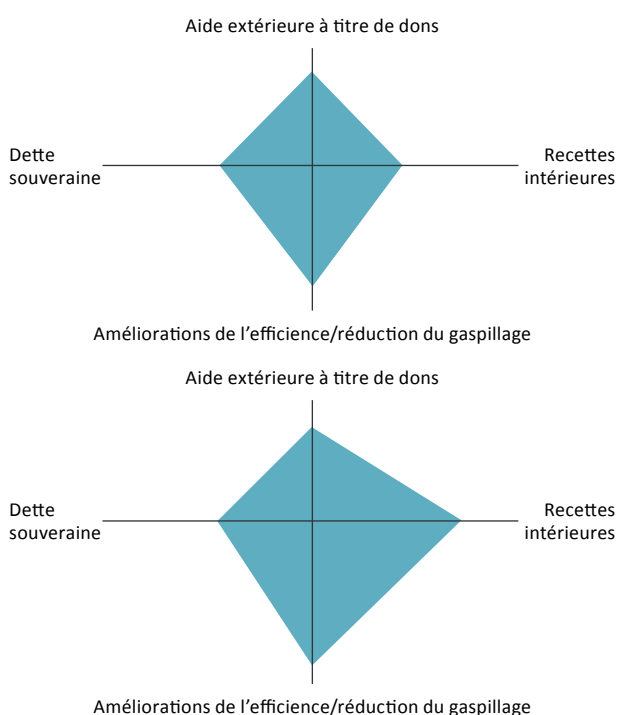


politiques puissantes dont la couverture maladie universelle (CMU) est devenue le point de mire. L'OMS a défini la CMU comme une couverture qui garantit que « tout individu doit pouvoir accéder aux services de santé sans être confronté à des difficultés financières »¹. Les trois dimensions de la CMU (la couverture de la population, l'ensemble de services fournis et le niveau de protection financière) sont souvent représentées par le cube de la CMU (Voir Figure 2).

L'expansion dans n'importe quelle direction du cube nécessite l'accroissement de l'espace budgétaire de la santé. L'espace

1 Extrait de la Résolution 58.33 de l'Assemblée mondiale de la Santé de 2005.

Figure 3 : Losange d'espace budgétaire



budgétaire de la santé peut facilement être illustré par un losange d'espace budgétaire, chaque coin, représentant une source de ressources financières potentielles pour la santé (Voir Figure 3). Ces quatre coins sont les recettes intérieures, l'aide extérieure en titre de dons, la dette souveraine et des améliorations d'efficacité/réduction du gaspillage (des pertes). Examinons tour à tour, chacun d'entre eux.

La source la moins courante est l'emprunt (la dette souveraine). Récemment, cependant, des arguments en faveur de l'emprunt pour lutter contre le VIH/SIDA ont été avancés de manière convaincante et le Fonds mondial et l'ONUSIDA étudient tous les deux la façon dont ils peuvent soutenir les gouvernements africains avec des obligations VIH/SIDA.

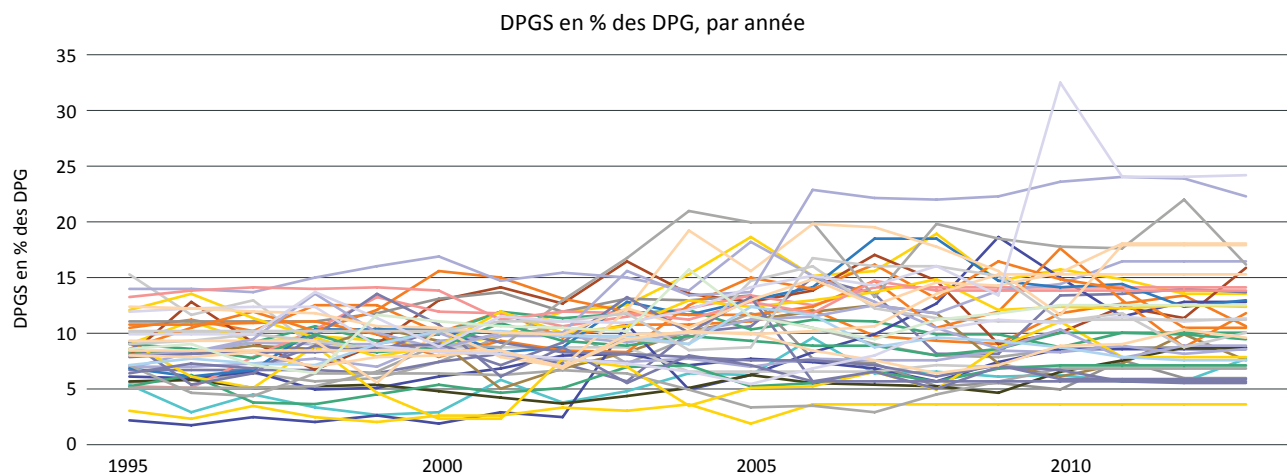
En valeurs absolues, les dépenses publiques générales de santé (provenant des recettes intérieures) se sont accrues considérablement et ont dépassé la croissance démographique en Afrique. Par exemple, en utilisant les meilleures données disponibles, les dépenses de santé publiques par habitant ont augmenté, passant de 25 USD à 35 USD entre 2003 et 2008².

Cette augmentation a été possible en raison d'une combinaison de facteurs, dont les plus importants sont : l'accroissement du PIB, l'augmentation du ratio impôt/PIB et l'affectation accrue des dépenses publiques à la santé, soutenue par l'aide publique au développement inscrite au budget. En termes relatifs, les dépenses publiques générales de santé ont augmenté au niveau régional d'un peu moins de 10 pour cent des dépenses publiques en moyenne, avec les gouvernements affectant progressivement plus de ressources à la santé au cours des deux dernières décennies (Figure 4). Alors que la déclaration d'Abuja (2001) a encouragé le fait que les dépenses publiques donnent la priorité à la santé, la plupart des pays étaient loin d'atteindre le seuil de 15 pour cent.

Toutefois, les dépenses publiques générales de santé sont restées relativement constantes en pourcentage des dépenses totales de santé (DTS). En moyenne, la tendance sur le rôle des

2 Les indicateurs des comptes nationaux de santé (CNS) de 28 pays africains ont été utilisés.

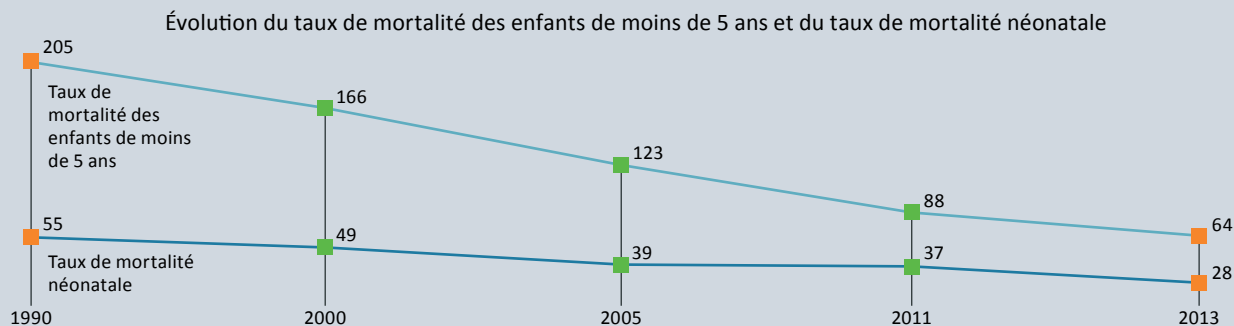
Figure 4 : Dépenses publiques générales de santé en pourcentage des dépenses publiques générales des pays africains (1995 à 2013)



Source : Analyse réalisée par OPM des données de l'Observatoire mondial de la santé de l'OMS

Encadré 1 : Amélioration des résultats infanto-juvéniles de l'Éthiopie, grâce à des investissements considérables dans la santé publique

L'Éthiopie a réalisé des réductions impressionnantes de la mortalité infanto-juvénile, en particulier du taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans. Bien que l'Éthiopie ait commencé en 1990 avec l'un des taux de mortalité les plus élevés dans le monde, elle a atteint l'Objectif 4 du millénaire pour le développement.



Les augmentations des dépenses de santé, encouragées par la croissance économique et l'aide internationale, ont largement contribué à cette progression. Les dépenses de santé par habitant ont augmenté de 4 USD (en 1995/1996) à 20 USD (en 2010/2011). Les investissements dans les ressources humaines et les infrastructures de santé, qui mettent l'accent sur l'amélioration de l'accès aux soins de santé dans les zones rurales, ont été un facteur déterminant de l'obtention de meilleurs résultats en matière de santé. Depuis 2001, plus de 35 000 infirmières et infirmiers, 35 000 agents de vulgarisation sanitaire, 2 000 centres de santé et 16 000 postes de santé ont été ajoutés au secteur de la santé.

Source : Institut éthiopien de la santé publique (2014)

gouvernements est légèrement à la hausse, cependant la variation est importante à travers la région. Dans des pays comme la Sierra Leone et le Soudan, la contribution du gouvernement aux DTS est inférieure à 30 pour cent, tandis que la contribution des gouvernements du Congo, Lesotho et Swaziland aux DTS est supérieure à 60 pour cent. Ce constat témoigne de la variété des dispositions de financement de la santé dans la région, qui est étayée par différents contextes socioéconomiques et culturels. En outre, ce résultat montre que la croissance économique durable de la région ne se traduit toujours pas par un rôle accru de l'État dans le financement de la santé où le financement extérieur et les contributions des ménages prévalent encore.

Les paiements directs (PD) demeurent une source importante de financement des dépenses de santé dans de nombreux pays. Cette remarque est vraie aussi bien pour l'Afrique que pour l'ensemble des pays à revenu faible ou intermédiaire (PRF-I). La part médiane de PD par rapport aux dépenses totales de santé n'a que légèrement diminué dans les PRF-I depuis 2000, passant de 42 pour cent à 36 pour cent de DTS. Bien que la plupart des pays aient réduit la part de PD des DTS au cours de la dernière décennie, de nombreux pays en Afrique centrale et occidentale continuent à financer plus de 40 pour cent des dépenses de santé par le biais des PD. Ce financement expose leur population à un risque considérable d'appauvrissement et rend extrêmement difficile la progression vers la CMU.

L'aide extérieure en titre de dons et de prêts continue de représenter une importante source de financement du secteur de la santé. En effet, la dépendance vis-à-vis des sources

extérieures a augmenté au cours des 15 dernières années, passant d'une moyenne continentale d'environ 6 % (en 2000) à 12 % (en 2011). Les sources extérieures représentaient moins de 20 % des DTS dans 32 pays en 2001 alors qu'elles concernaient 24 pays en 2010. À l'autre extrémité, le financement extérieur représentait plus de 40 % des DTS dans seulement deux pays en 2001 alors qu'il concernait 6 pays en 2010. Certains pays (par ex., le Malawi) ont bénéficié systématiquement d'un financement extérieur, tandis que dans d'autres (par ex., le Burundi), l'utilisation du financement extérieur a augmenté au fil du temps. Avec des perspectives d'aide extérieure qui devraient au mieux diminuer, plusieurs pays font déjà face à des pressions croissantes sur leur budget national.

Ce constat projette le tableau schématisé suivant : après une période de croissance économique soutenue, l'espace budgétaire a augmenté dans tous les pays. En même temps, les gouvernements africains ont augmenté la part des dépenses publiques de santé, ce qui a entraîné une augmentation des fonds disponibles pour la santé sur une base réelle par habitant. Toutefois, afin de réaliser la CMU, beaucoup d'efforts restent encore à faire. La part importante des DTS composée de PD entrave sérieusement la protection financière des populations, et la dépendance continue vis-à-vis des donateurs représente un risque pour la viabilité à long terme du financement de la santé. Bien que des variations importantes entre les pays persistent, ce tableau schématisé a attiré l'attention de la communauté africaine de la santé sur le coin restant du losange d'espace budgétaire, à savoir la création d'un espace budgétaire de la santé, grâce à l'amélioration de l'efficacité du système de santé.



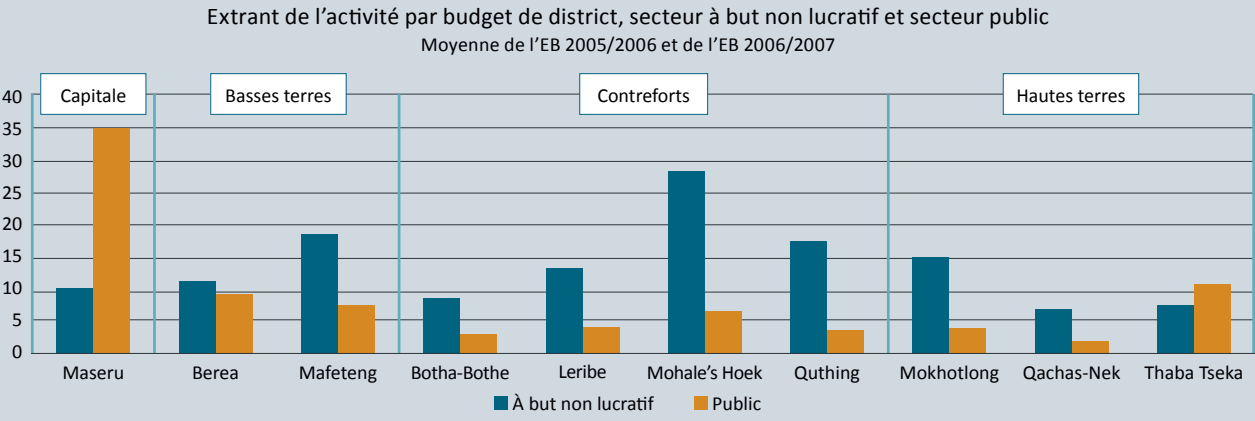
3. Définition de l'efficacité des systèmes de santé

En théorie économique, « efficacité » se rapporte à tout processus de production, en particulier à la relation entre les intrants (moyens ou ressources) et les extrants (produits). On peut distinguer plusieurs types d'efficacité – technique, économique et allocative. Dans le contexte de la santé, celles-ci peuvent être décrites comme suit :

- *L'efficacité technique* est réalisée lorsque des résultats (ou réalisations) de santé maximaux sont obtenus pour un niveau donné d'intrants. En d'autres termes, aucune autre combinaison d'intrants ne peut parvenir à un résultat de santé plus élevé. Le transfert de tâches est un exemple d'amélioration de l'efficacité technique, en veillant à ce

Encadré 2 : Écarts (ou différentiels) d'efficacité entre districts et entre secteurs au Lesotho

Le ministère de la Santé au Lesotho souhaitait mieux comprendre ce qui était perçu comme des différences importantes d'efficacité entre districts. Toutefois, pour mesurer l'efficacité, le ministère a été confronté à un défi de comparabilité : car dans l'ensemble des districts, il finançait, des établissements relevant de régimes de propriété différents (à but non lucratif ou publics) dont certains d'entre eux offraient soit des consultations internes (patients hospitalisés) soit des consultations externes, soit les deux. La figure ci-dessous montre une forme d'analyse de relation qui a fourni au ministère certains éléments préliminaires d'une réponse à ce défi. Pour effectuer l'analyse, l'activité externe et interne a été normalisée en supposant que les ressources nécessaires pour la consultation interne étaient cinq fois plus élevées à celles requises pour une consultation externe. Cette règle de conversion a permis le calcul de « l'extrant de l'activité » dans l'ensemble des établissements et des districts.



À l'exception de Maseru et de Thaba Tseka, les données montrent que les niveaux d'efficacité dans le secteur privé à but non lucratif sont plus élevés que dans le secteur public, avec des centres privés à but non lucratif en moyenne 1,5 fois plus efficaces que les centres publics. Cette constatation suggère que le gouvernement devrait accroître l'affectation des ressources au secteur privé à but non lucratif s'il veut maximiser l'efficacité. Toutefois, de telles conclusions justifient un examen plus approfondi avant de pouvoir tirer des conclusions fermes. Par exemple, on ignore si les coûts de supervision et de suivi des centres ne réduisent pas injustement les résultats d'efficacité du secteur public. Il se peut aussi que le service offert dans les établissements privés à but non lucratif soit de qualité inférieure (en ce qui concerne le temps passé, la fourniture gratuite des médicaments fournis, etc.). Il est donc important, de comprendre la raison pour laquelle des écarts d'efficacité se produisent entre types de fournisseurs, avant d'établir des priorités d'affectation des fonds à l'un plutôt qu'à l'autre.

Source : OPM (2008)

que la ressource comparativement plus coûteuse (par ex., un médecin) n'exécute pas les tâches qui pourraient être accomplies par la ressource relativement moins coûteuse (par ex. une infirmière).

- *L'efficacité économique (ou productive)* est atteinte lorsque le coût des intrants est minimisé pour un niveau donné de résultats de santé. Des gains importants en efficacité économique peuvent être obtenus en améliorant la passation de marchés des médicaments, en faisant baisser les prix médians grâce à des procédures d'appel d'offres ouvertes et équitables, ou en veillant à ce que les médicaments génériques soient prescrits dans la mesure du possible.
- *L'efficacité allocative* est réalisée lorsque la bonne combinaison des programmes de santé – par exemple, trouver un équilibre optimal entre les soins préventifs et curatifs, ou entre les soins primaires et hospitaliers – maximise la santé de la population.

Le choix de l'approche de la mesure de l'efficacité est essentielle, car il dicte aussi bien le type que la quantité de données requises pour l'analyse, ainsi que la solidité de l'analyse. Des méthodes simples (comme les méthodes de relation entre intrants et extrants) sont généralement faciles à calculer. Bien qu'elles peuvent s'avérer utiles pour identifier les questions d'efficacité, elles ne peuvent pas tenir compte des facteurs (ou variables) de confusion, et leurs résultats, par conséquent, peuvent être trompeurs, surtout dans l'environnement complexe du système de santé. Ce point est

illustré par le cas du Lesotho (voir Encadré 2), où la question était de savoir comment analyser les écarts d'efficacité (publique et religieuse) entre districts et entre secteurs.

Des méthodes plus avancées pour la mesure de l'efficacité reposent sur le concept de la « frontière de production », utilisé, par exemple, dans l'analyse d'enveloppement des données (AED), qui a été largement employée dans le secteur de la santé. L'AED permet d'examiner les déterminants d'efficacité au moyen d'un processus en deux étapes, dans lequel les scores (résultats) d'efficacité technique sont obtenus dans la première étape, puis font l'objet dans un deuxième temps d'une régression en fonction des caractéristiques pertinentes afin d'examiner leur influence sur l'efficacité (voir Encadré 3 qui donne un exemple de « l'analyse de frontière »).

Les définitions de l'efficacité ci-dessus fournissent un point de départ utile, ancrées dans la théorie économique, telle qu'appliquée au secteur de la santé. Afin qu'elles puissent être utiles aux ministères de la Santé et des Finances, à un niveau plus pratique, elles devraient être placées plus fermement dans le contexte de l'analyse des systèmes de santé et de la performance des dépenses. À cette fin, nous présentons deux cadres :

- le cadre d'OR désormais courant (voir la Partie 4) – nous montrons comment il s'applique au système de santé, et comment il se rapporte aux concepts d'efficacité (technique, économique et allocative) tels que définis ci-dessus ; et,
- les piliers du système de santé de l'OMS, qui facilitent une meilleure compréhension des questions d'efficacité (voir la Partie 5).

Encadré 3 : Efficacité des systèmes de santé en Afrique – l'analyse de frontière

Une analyse interne d'Oxford Policy Management a utilisé une AED en deux étapes afin d'estimer l'efficacité des systèmes de santé dans 173 pays, à partir de données couvrant la période 2004 à 2011. L'étude a examiné trois séries de variables issues de chaque pays : les intrants directs du système de santé (les dépenses de santé par habitant, en dollars 2012 Geary-Khamis ou dollars internationaux : Intl\$) ; trois types d'extrants du système de santé (le taux de mortalité infantile, le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans et l'espérance de vie à la naissance) ; et, les facteurs contextuels qui affectent l'efficacité (le revenu national brut par habitant, le taux d'urbanisation, les dépenses de sécurité sociale en pourcentage des dépenses totales de santé, les dépenses publiques de santé en pourcentage du budget total de l'État et l'indice de la primauté de droit ou d'état de droit).

Les résultats suggéraient que les pays africains avaient en moyenne l'efficacité la plus faible parmi les régions de l'OMS, avec un score d'efficacité moyenne de 67 pour cent. L'Asie du sud-est avec un score de 87 pour cent et le Pacifique occidental avec un score de 86 pour cent, étaient les régions les plus efficaces. La performance variait considérablement selon les pays, et encore davantage en Afrique. Par exemple, les scores de la Sierra Leone (19 pour cent), du Botswana (26 pour cent) et de l'Afrique du Sud (38 pour cent), les classaient parmi les pays les moins performants, tandis que les scores obtenus par le Kenya (69 pour cent), le Sénégal (69 pour cent) et Madagascar (93 pour cent) les faisaient figurer parmi les pays les plus performants.

Pour les pays africains dans leur ensemble, un score d'efficacité moyen de 67 pour cent signifie que les dépenses de santé pourraient être réduites de 33 % sans affecter les résultats de santé atteints s'ils étaient aussi efficaces que leurs pairs. En ce qui concerne les pays les moins performants, comme l'a souligné l'analyse, le potentiel d'économies liées au gain d'efficacité pourrait être beaucoup plus important (par ex., une réduction de 80 pour cent des dépenses de santé en Sierra Leone).

Cependant, ces conclusions ne signifient pas automatiquement que les économies monétaires liées au gain d'efficacité peuvent se faire à court terme, ou ne pas se faire du tout. Comparer l'efficacité du système de santé dans tous les pays au niveau mondial s'avère forcément difficile et présente des facteurs de confusion importants, tels que les écarts de la charge de morbidité (par exemple liée au VIH) ou les coûts de main-d'œuvre, qui influenceront sur les résultats. Par conséquent, les systèmes de santé les moins performants devraient être étudiés de manière plus approfondies afin d'identifier ce qui pourrait être précisément fait pour améliorer leur efficacité.

Source : Zeng (2014)

4. Optimisation des ressources dans le secteur de la santé

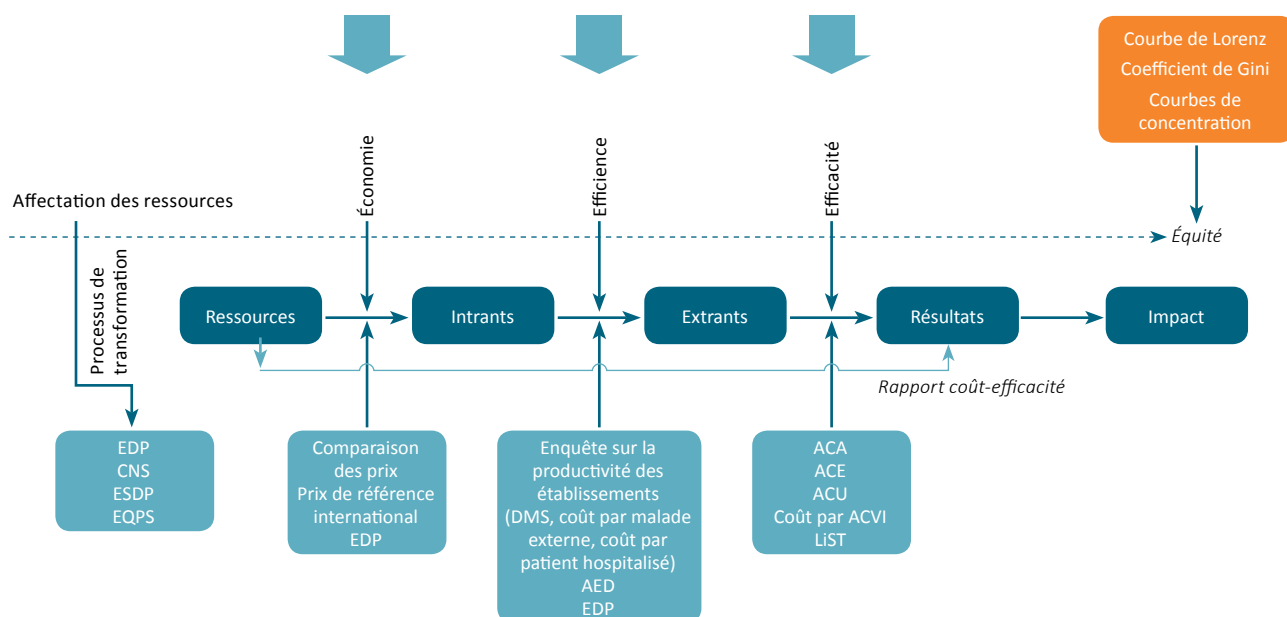
Depuis la Conférence internationale de Monterrey sur le financement du développement en 2002, et la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide au développement en 2005, la question de l'OR s'est trouvée de plus en plus au cœur du discours sur l'aide (Antinoja et coll., 2011). Au cours des dernières années, en particulier, l'OR a figuré sur les programmes nationaux et internationaux à la suite de l'augmentation des coûts liés à l'évolution des technologies de la santé et, surtout, à la suite de la dernière crise économique mondiale. Le cadre d'OR comprend l'efficacité technique mais s'étend bien au-delà de cette dernière.

L'OR, qui est généralement définie comme le meilleur résultat possible s'inscrivant dans un budget donné, peut fournir un cadre transparent sur lequel les responsables politiques peuvent fonder leurs décisions ; elle rassure aussi l'individu, le

patient comme le citoyen, que les décisions prises soient fondées sur des données probantes. L'OR fournit également aux différentes parties prenantes du secteur de la santé – les patients, la société civile, les ministères des Finances et les ministères de la Santé – un cadre ainsi que des outils pratiques et des indicateurs permettant d'évaluer les aspects qui sont particulièrement importants pour leur(s) mandat(s).

L'OR, qui est généralement définie comme le meilleur résultat possible s'inscrivant dans un budget donné, peut fournir un cadre transparent sur lequel les responsables politiques peuvent fonder leurs décisions.

Figure 5 : Outils d'optimisation des ressources et processus de transformation



Note : ACA = analyse coûts-avantages (ou ACB = analyse coût-bénéfice) ; ACE = analyse coût-efficacité ; ACU = analyse coût-utilité ; ACVI = année de vie corrigée du facteur invalidité (ou Espérance de vie sans incapacité : ESVI) ; DMS = Durée moyenne de séjour ; LIST = outil des vies sauvées (se rapportant dans son ensemble au rapport coût-efficacité) ; CNS = comptes nationaux de la santé ; EDP = examen des dépenses publiques ; ESDP = enquête de suivi des dépenses publiques ; EQPS = enquête quantitative sur la prestation de services.

Un cadre d'OR communément utilisé analyse la force des liens dans le parcours de la transformation des intrants aux résultats en se servant des « trois E » (DFID, 2011). L'équité, le « quatrième E », est une considération transversale pertinente pour tous les stades de la chaîne de transformation.

Des outils d'OR partielle peuvent être utilisés pour calculer *l'économie* avec laquelle des intrants physiques sont achetés, le degré d'association des intrants choisis dans une combinaison optimale, ou *l'efficience* avec laquelle les intrants physiques sont transformés en extrants physiques et le résultat final/l'impact ou la qualité des soins dispensés (son *efficacité*) (Smith 2009).

Les quatre « E » pour un processus de transformation donné peuvent être étudiés en utilisant des indicateurs spécifiques, qui peuvent être estimés en utilisant des outils méthodologiques particuliers. Par exemple, un indicateur de l'efficience de la prestation de services pourrait être le pourcentage des médicaments génériques utilisés par rapport aux médicaments prescrits, qui peut être mesuré par le biais d'enquêtes sur les établissements, en tant qu'outil. Pour prendre un autre exemple, le coût par journée d'hospitalisation (lit/jour) corrigée

pourrait être un indice de productivité au niveau des établissements ; la composante des coûts de cet indicateur pourrait être établie en utilisant les informations contenues dans les examens des dépenses publiques (EDP), les comptes nationaux de la santé (CNS) et dans les données de dépenses du ministère de la Santé et/ou du ministère des Finances³.

Afin d'améliorer l'efficience (technique, économique ou allocative) du système de santé, notre analyse se concentre sur l'économie, l'efficience et l'efficacité de la chaîne de valeur.

3 L'application pratique de cette approche afin d'éclairer les décisions du secteur de la santé présente plusieurs défis. Premièrement, calculer les coûts et évaluer les résultats, constitue un exercice complexe lorsque toutes les données sont disponibles et à plus forte raison en l'absence de données (Drummond et coll., 2005). Deuxièmement, incorporer des aspects de qualité et d'équité s'avère souvent une tâche complexe (Dawson et coll., 2005). Troisièmement, certains objectifs peuvent être difficiles à mesurer (par exemple faire davantage entendre la voix de la société civile dans un débat de politique nationale). Enfin, la « santé » comprend tellement de facteurs déterminants, qu'il est difficile d'attribuer l'impact à un facteur particulier ; les événements extérieurs (par ex., les niveaux élevés de pollution de l'air ou de stress) peuvent avoir un profond impact sur la santé et représentent des facteurs de confusion dans la relation de causalité entre les intrants et les extrants (ou les résultats) (OMS, 2003).

5. Efficience et piliers du système de santé

Dans la partie précédente, le système de santé a été décrit comme une chaîne de transformation, des intrants aux résultats et à l'impact, et il a été démontré que l'efficience du système de santé peut être améliorée en mettant l'accent sur l'amélioration de segments spécifiques de la chaîne de valeur, à savoir l'économie, l'efficience et l'efficacité.

Une autre façon courante d'analyser le système de santé consiste à utiliser les piliers du système de santé, qui sont considérés du point de vue de l'efficience. L'OMS encourage une compréhension commune de ce qu'est un système de santé et fournit un cadre d'analyse, de suivi et de renforcement. Elle a conçu un cadre unique composé de six piliers (ou *building blocks*) qui composent un système de santé : la prestation des services (ou interventions de santé) ; le personnel de santé ; l'information ; les produits médicaux, les vaccins et les technologies ; le financement ; ainsi que le leadership et la gouvernance (direction/gestion) (OMS, 2000, 2007).

Le Rapport 2010 sur la santé dans le monde « Le financement des systèmes de santé - Le chemin vers une couverture universelle » identifie les sources d'inefficience et les rattache aux piliers du système de santé (OMS, 2010 a). Chacun de ces piliers du système de santé, est décrit succinctement ci-après, puis des questions d'efficience sont identifiées et leur mesure discutée.

5.1 Produits médicaux, vaccins et technologies

Le bon fonctionnement d'un système de santé assure un accès équitable aux produits médicaux, vaccins et technologies essentiels de qualité, sécurité, efficacité et rentabilité garanties. Pour atteindre ces objectifs un pays doit disposer de politiques et de normes nationales, d'informations sur les prix, d'évaluations de la qualité, de systèmes qui minimisent les pertes et autres gaspillages et de systèmes qui soutiennent l'usage rationnel des médicaments.

Les dépenses de médicaments représentent plus de 25 % des dépenses de santé dans de nombreux PRF-I. Des données probantes récentes ont constaté que le coût des médicaments compte parmi les principaux obstacles au traitement dans les PRF-I (OMS, 2008). En Afrique subsaharienne, le prix médian de certains médicaments génériques est 6,5 fois plus élevé que le

prix de référence international dans les établissements publics et 2,5 fois plus élevé dans les établissements privés. Ce constat fournit l'occasion « rêvée » d'améliorer l'économie de la politique et de la gestion des médicaments.

Les causes d'inefficience liées aux médicaments, parmi les plus importantes, sont classées par l'OMS (2010a) comme suit :

- la sous-utilisation des génériques et prix plus élevés que les prix nécessaires des médicaments ;
- l'utilisation incorrecte et inefficace des médicaments ; et
- l'utilisation de médicaments de qualité inférieure et contrefaits.

5.2 Financement durable et protection sociale

La protection sociale et le financement de la santé concernent les fonctions de collecte et de mise en commun des recettes et l'achat des services. Ces fonctions sont organisées et interagissent différemment selon les pays et sont le résultat des développements institutionnels et politiques qui ont pris forme au fil des décennies, voire des siècles. La performance de financement de la santé a un impact direct sur les objectifs politiques de haut niveau, tels que l'efficacité, l'efficience et l'équité du système de santé (Kutzin, 2001 ; OMS, 2000 ; OMS, 2010a).

Dans un article déterminant, Joseph Kutzin (2001) donne un compte-rendu détaillé de chacune des fonctions du financement de la santé, de leurs interactions et de leur impact sur l'efficience, l'équité et l'efficacité du système de santé. La collecte des recettes est la manière dont le système de santé mobilise des fonds pour payer les services de santé. La mise en commun des recettes se rapporte à l'accumulation des ressources collectées dans différents fonds qui gèrent ces ressources au nom de groupes de population définis. Les membres du fonds commun bénéficient de droits aux soins de santé, qui protègent les membres individuels du fonds commun contre les dépenses de santé imprévisibles et parfois importantes. Dans le cadre de la mise en commun des ressources, la capacité de l'individu de payer n'est pas liée aux dépenses de santé prévues de l'individu ; à ce titre, elle permet une redistribution des ressources entre les individus ayant des

revenus et des profils de risque de santé différents. C'est cette fonction de mise en commun des ressources qui détermine en partie la mesure dans laquelle les systèmes de santé sont équitables.

L'achat des services de santé désigne les mécanismes utilisés par les gestionnaires des fonds mis en commun pour acheter les services de prestataires publics ou privés au nom des populations qu'ils couvrent. Du fait que les risques individuels de santé sont incertains et que la fourniture de services de santé comporte des niveaux élevés d'asymétrie d'informations (par exemple en ce qui concerne le choix des soins de santé appropriés), n'importe quel mécanisme d'achat précisera les niveaux de risques financiers inhérents qui sont supportés par l'acheteur d'une part et le fournisseur d'autre part, qui, à son tour, donne naissance à un cadre de mesures incitatives qui ont un impact sur le comportement du fournisseur. Par conséquent des mécanismes de paiement différents peuvent amener les fournisseurs à chercher à accroître les services qu'ils offrent, à maximiser le nombre de patients qu'ils inscrivent ou hospitalisent, à raccourcir ou rallonger le nombre de jours que les patients passent à l'hôpital et ainsi de suite. L'achat des services de santé, par conséquent, a une incidence directe sur l'efficacité technique du système.

La fonction « achat » du financement de la santé concerne également deux des principales sources d'inefficacité (OMS, 2010a) :

- la fourniture ou emploi excessifs de matériel, d'enquêtes et de procédures, suite à des incitations incorrectes des prescripteurs ; et,
- les admissions en milieu hospitalier et durée de séjour peu appropriées.

5.3 Personnel de santé

Le personnel de santé est essentiel à la capacité d'un système de santé à atteindre ses objectifs politiques de haut niveau. Il existe une relation directe entre le nombre de professionnels de la santé et les résultats de santé (OMS, 2010 b). Cependant, de nombreux pays, en particulier les plus pauvres, ont du mal à développer un personnel de santé adéquat pour un certain nombre de raisons, notamment la mauvaise répartition des professionnels de santé dans le pays, la migration internationale, le manque de motivation, un éventail de compétences insuffisantes au niveau des établissements.

L'OMS, dans son document « *Monitoring the Building Blocks of the Health System* (Suivi des piliers du système de santé) » insiste sur l'importance de disposer de données et d'informations de qualité sur le personnel de santé, en tant que préalable à son amélioration (OMS, 2010b). Deux des indicateurs fondamentaux proposés pour effectuer le suivi des performances du personnel de santé, concernent directement l'optimisation des ressources : le nombre de professionnels de santé pour 10 000 habitants, par groupe (cadre) ; et la répartition du personnel de santé par profession, région, lieu de travail et genre.

Les principales causes de l'inefficacité relative aux professionnels de santé sont :

- la combinaison de personnel inappropriée ou chère ; et
- des travailleurs non motivés.

5.4 Prestation des services de santé

Dans le document « L'affaire de tous – Renforcer les systèmes de santé pour de meilleurs résultats sanitaires », l'OMS affirme que « Les bons services de santé sont ceux qui assurent des interventions de santé personnelles et non personnelles efficaces, sûres et qualitatives aux personnes qui en ont besoin, s'il a lieu, avec un gaspillage de ressources minimum » (OMS, 2007). La prestation des services de santé se préoccupe de la transformation des intrants, tels que le financement de la santé, les ressources humaines et les médicaments en services de soins de santé répondant aux caractéristiques définies sur le plan de la qualité, de la sûreté, de la continuité des soins, de l'accès, et ainsi de suite. Elle traite des modèles de prestation de services et des réseaux de fournisseurs et accorde une attention particulière aux incitations qui soutiennent la transformation efficace et efficiente tout au long de la chaîne de transformation.

En raison de la complexité du pilier de la prestation des services de santé et de son rôle central dans la production des services de santé, les principales causes d'inefficacité qui lui sont associées sont les suivantes :

- la taille de l'hôpital peu appropriée ;
- les erreurs médicales et la qualité sous optimale des soins ; et
- des ensembles de prestation de services inefficaces (financement coûteux, interventions à effet limité lorsque des options à bas prix et à fort impact ne sont pas financées).

5.5 Leadership et gouvernance

Les principes fondamentaux de la bonne gouvernance (respect de la primauté du droit, transparence et redevabilité) sont indispensables à la garantie de l'OR dans les décisions d'allocation des ressources. En effet, « 10 à 25% des dépenses de santé publique liées à l'approvisionnement [...] sont perdus chaque année au profit des pratiques de corruption » (OMS, 2010a). Les outils d'OR peuvent aider à juger l'intégrité des processus décisionnels par rapport au risque fiduciaire et à la corruption, mais aussi à tester l'efficacité des processus d'allocation des ressources. Les EDP peuvent évaluer les dépenses publiques par source de financement, par exemple, mais peuvent également mesurer les dépenses budgétisées par rapport aux dépenses effectives, ou le montant dépensé par personne. Ces informations sont utiles pour ceux qui veulent tenir les agences publiques responsables de leurs actes – par exemple, la société civile désireuse de savoir si le ministère des Finances débourse vraiment les fonds affectés au secteur de la santé – mais cette redevabilité ne peut se réaliser que si les budgets des différents ministères sont partagés de manière transparente (ce qui n'est pas toujours la plus sûre des hypothèses).

5.6 Systèmes d'information

Un système d'information (de gestion) sanitaire (SIGS ou SIS) qui fonctionne bien est celui qui « assure la production,

l'analyse, la diffusion et l'utilisation d'informations sanitaires fiables et opportunes, en matière de déterminants de santé, de performances de systèmes de santé et d'états de santé » (OMS, 2007). L'OMS définit au sens large l'objectif d'un SIS comme consistant « à produire des informations pertinentes que les parties prenantes du système de santé peuvent utiliser pour prendre des décisions transparentes et fondées sur des données probantes concernant les interventions du système de santé » (OMS, 2008). Les SIS, sont donc naturellement complexes, englobant un grand nombre de besoins en données et de sources de données.

Les SIS, en tant que tels, ne figurent pas directement dans les « dix principales causes d'inefficience ». Toutefois, il faut des données de qualité pour évaluer les niveaux d'efficacité du système santé et pour améliorer le processus décisionnel en

vue d'assurer une plus grande efficacité. Ainsi, les SIS sont indispensables à toutes les mesures d'OR. Le réseau de métrologie sanitaire à l'OMS a évalué les SIS de 52 pays et a constaté qu'il existe encore de nombreuses possibilités d'améliorations (OMS, 2012). Les faiblesses communes dans l'ensemble des pays comprennent :

- l'absence d'une politique relative au SIS bien formulée et mise en œuvre, ce qui entraîne l'insuffisance de ressources ;
- le manque de compatibilité entre les systèmes d'information existants ;
- la non-utilisation des données lors de la prise de décisions ; et
- le manque d'actualité des données (qui a été révélé dans de nombreuses évaluations).

6 Focalisation : les principales causes d'inefficience du secteur de la santé

L'OMS (2010a) estime que 20 à 40 pour cent des dépenses de santé sont gaspillées au niveau mondial à cause de l'inefficience, ce qui met en évidence les économies considérables qui pourraient être faites. Elle décrit aussi dix causes principales d'inefficience du système de santé regroupées en cinq catégories : les ressources humaines ; les médicaments ; les services de santé ; les pertes du système de santé ; et la combinaison d'interventions (Tableau 1).

Tableau 1 : Les 10 principales causes d'inefficience du secteur de la santé

| Catégorie d'inefficience | Détails |
|-----------------------------|--|
| Médicaments | Sous-utilisation des génériques et prix plus élevés que les prix nécessaires des médicaments Utilisation de médicaments de qualité inférieure et contrefaits Utilisation incorrecte et inefficace Fourniture ou emploi excessifs de matériel, d'enquêtes et de procédures |
| Ressources humaines | Combinaison de personnel inappropriée ou chère, travailleurs non motivés |
| Services de santé | Admissions en milieu hospitalier et durée de séjour peu appropriées Taille de l'hôpital peu appropriée (faible utilisation de l'infrastructure) Erreurs médicales et qualité sous optimale des soins |
| Pertes du système de santé | Gaspiillage, corruption et fraude |
| Combinaison d'interventions | Combinaison inefficace/niveaux de stratégies inappropriés |

Source : OMS (2010a)

Bien que des inefficiences soient constatées dans tout le système de santé, l'analyse des « dix principales causes d'inefficience » suggère que les décideurs qui veulent mettre l'accent sur des interventions ciblées pour améliorer l'efficacité du système de santé pourraient commencer leur

analyse en se concentrant sur un sous-ensemble des piliers du système de santé. Il s'agit des « médicaments et fournitures médicales », des « ressources humaines pour la santé » et du « financement de la santé » (en particulier la fonction d'achat des services de santé). Cette approche est renforcée, à son tour, par le fait que généralement environ 75 pour cent du budget total de la santé publique est consacré seulement à deux piliers du système de santé, à savoir les ressources humaines ainsi que les médicaments et les fournitures médicales.

Encadré 4 : Améliorer l'efficacité des dépenses liées aux médicaments au Maroc

Le Maroc, dans le cadre de l'élaboration de sa stratégie de financement de la santé a examiné l'efficacité du système de santé et les moyens de l'améliorer. Les résultats d'une étude mondiale transnationale, suggèrent que le Maroc est un pays relativement inefficace dans l'utilisation de ses ressources. En effet, son taux d'efficacité des dépenses est de près de 75 pour cent par rapport aux pays les plus efficaces. Ce constat implique que le Maroc pourrait faire des économies régulières pouvant atteindre au maximum 1,5 milliard de dirhams (soit 200 millions USD), qui pourrait atteindre 30 milliards de dirhams (soit 3,7 milliards USD) d'ici à 2030. Les économies moyennes par an correspondraient à 0,6 % du PIB. Le ministère de la Santé, en collaboration avec le ministère des Finances, a également examiné les sous-secteurs où les économies les plus importantes liées au gain d'efficacité, pourraient être faites, qui comprenaient les médicaments et les fournitures médicales. À l'issue d'un travail analytique minutieux, ils ont convenu que les réformes suivantes devaient être mises en place au cours des prochaines années :

Élaborer un manuel de traitement : dans un premier temps, élaborer, mettre en place et appliquer des plans de traitement standard pour les maladies les plus fréquentes ; par la suite, pour toutes les maladies.

Développer un système d'information de gestion de logistique : actuellement, il y a peu d'informations fiables sur la consom-

mation des médicaments. Un système d'information de gestion logistique doit être mis en place et appliqué. Ce système enregistrera les mouvements de produits pharmaceutiques.

Améliorer le système de logistique : l'externalisation des activités logistiques est recommandée mais il faudra établir une réglementation stricte du secteur pharmaceutique privé et du secteur des transports. Les conditions de stockage dans les hôpitaux et les établissements de soins de santé primaires ne satisfont pas toujours aux normes de bonnes pratiques en matière de distribution telles que définies par l'OMS. Cette situation encourage le gaspillage des produits pharmaceutiques et doit être améliorée.

Encourager la prescription rationnelle : pour parvenir à une utilisation plus rationnelle des médicaments, il est essentiel de disposer de données sur l'utilisation des médicaments. Ces données renseignent le gouvernement, lui permettant ainsi d'affiner la manière dont il cible ses interventions.

Encourager l'achat de médicaments génériques et assurer leur promotion : le gouvernement pourrait tenter d'obtenir plus de médicaments en utilisant le même budget. En d'autres termes, il pourrait réduire le coût global d'achat des médicaments en encourageant l'achat de génériques plutôt que de médicaments de marque.

Ouvrir le marché aux fournisseurs internationaux : en 2008, le Maroc et l'Afrique du Sud étaient les deux seuls pays sur un échantillon de 18 pays qui couvraient tous leurs besoins en médicaments en lançant des appels d'offres locaux (laboratoires ou grossistes). Les pays qui ont ouvert leurs marchés à des fournisseurs internationaux, l'ont fait, entre autres raisons, pour obtenir des prix plus compétitifs.

Adapter la marge sur les médicaments : si les marges des grossistes ou des pharmacies sont fixes, ces derniers sont incités à vendre le produit le plus cher. La conduite des médecins peut également être influencée par l'industrie pharmaceutique. Dans ce cas, les patients sont souvent encouragés à acheter des médicaments de marque, qui sont plus chers.

Adapter le taux de TVA : certaines mesures clés visant à permettre l'adaptation du taux de TVA sont envisageables : adopter une réduction du taux de TVA actuel ; exonérer l'importation d'intrants utilisés dans la production locale de médicaments des droits de douane et de la TVA ; ou, appliquer deux taux de TVA (un pour les médicaments essentiels et les médicaments éligibles au remboursement et l'autre pour tous les autres médicaments).

Source : Royaume du Maroc (2015)

Encadré 5 : Efficience et ressources humaines pour la santé

Delanyo Dovlo (2005) propose de documenter le gaspillage constaté du personnel de santé en Afrique par source de gaspillage. Il s'agit là d'une approche pratique et simple de l'examen des dimensions d'efficience des ressources humaines pour la santé.

| Facteur | Facteur | Indicateurs possibles |
|---|---|---|
| Gaspillage direct | | |
| Passage du secteur de la santé à un autre secteur non sanitaire | Probablement peu conséquent : 2 à 20 agents par an (Ghana, Mozambique, Namibie) | % d'agents sanitaires ayant quitté leur emploi qui sortent complètement du secteur de la santé (entretiens de sortie) |
| Émigration vers le secteur de la santé en dehors du pays | 10 % du personnel infirmier mauritanien, 61 % des docteurs ghanéens | Taux de vérification des certificats/diplômes ; données régulières de départs, telles que les démissions |
| Décès, blessures et renvoi prématuré du personnel de santé | Grande importance du VIH/Sida ; Ghana 1,1 % des décès par rapport au Malawi (< 55 %) des professionnels qui partent | Taux de mortalité en pourcentage des professionnels de santé qui partent, ou taux de mortalité du personnel de santé |
| Politiques et systèmes administratifs inappropriés | Affecte d'autres pertes ; retards fait perdre du temps de travail et peut augmenter la probabilité d'émigration | Durée moyenne de recrutement ; taux de recrutement du personnel par rapport aux vacances |
| Gaspillage indirect | | |
| Gaspillage sous forme de chômage | Pas bien documenté en Afrique ; estimations des « travailleurs fantômes » | Professionnels de la santé au chômage en % de l'effectif total (pour chaque catégorie) |
| Gaspillage sous forme de sous-emploi | Données ne sont pas systématiquement rassemblées mais les indicateurs de charge de travail du personnel peuvent aider | Indicateurs de charge de travail du personnel, notamment du personnel ambulatoire et hospitalier par cadre |
| Gaspillage sous forme d'utilisation à mauvais escient | Important dans les pays où des médecins et infirmiers de haut niveau exercent des fonctions de gestionnaires. | % du personnel : technique ou professionnel qui exerce des fonctions managériales/administratives à plein temps |
| Gaspillage sous forme de catégories inappropriées | 4 à 6 catégories pour exécuter l'ensemble des services au Ghana | Composition des effectifs qualifiés et semi-qualifiés |

| <i>Gaspillage indirect</i> | | |
|---|--|---|
| Absentéisme, faible rendement | 2,3 jours de congé de maladie par agent sanitaire contre 1,7 jour d'absence pour tout le personnel (Ghana) | Nombre de jours d'absence par membre du personnel, par an |
| Mauvais déploiement et mauvaise répartition | Disparités dans la répartition des docteurs (Ghana) : meilleure 1 : 16 201 habitants, plus mauvaise 1 : 66 071 habitants | Ratio Docteur/infirmier- population dans différentes régions du pays |
| Gaspillage dû à la mauvaise gestion des ressources humaines pour la santé | Difficile d'évaluer quantitativement, tel que 100 % du personnel infirmier au Lesotho n'est pas recruté en 1998 | Taux de recrutement et de rétention des nouveaux diplômés des écoles de formation aux métiers de la santé |

Source : Dovlo (2005)

Les Encadrés 4 et 5 illustrent les mesures très diverses qui peuvent être envisagées pour améliorer l'efficacité des ressources humaines ainsi que des médicaments et des fournitures médicales. Ils soulignent de nouveau le fait qu'il n'y a pas d'approche « unique », et qu'il faut effectuer une analyse méticuleuse du sous-secteur dans chaque pays afin d'identifier les principales sources d'inefficacité.

Le Tableau 2 fournit quelques indicateurs courants d'efficacité, associés à ce sous-ensemble des piliers du système de santé, qui peuvent être calculés en utilisant les informations disponibles dans la plupart des États africains, à partir soit d'enquêtes de suivi régulières, soit d'enquêtes spécifiques.

| Tableau 2 : Indicateurs d'efficacité par pilier du système de santé | | | |
|---|---|---|--|
| Segment de la chaîne de valeur d'OR | Indicateur | Source d'informations/outil | Pilier du système de santé |
| Économie | Évaluation comparative internationale des prix des médicaments et des fournitures médicales | Listes de prix de référence internationale des médicaments et des produits médicaux Listes de prix de référence nationale des médicaments et des produits médicaux | Produits médicaux, vaccins et technologies |
| Efficacité | Nombre moyen de médicaments prescrits par comptoir Génériques en pourcentage des médicaments prescrits Pourcentage des médicaments prescrits à partir de la liste des médicaments essentiels | Enquête sur les établissements | Produits médicaux, vaccins et technologies |
| | Productivité de l'établissement <ul style="list-style-type: none"> Durée moyenne de séjour Coût par SCE/Coût par SCI Coût par journée d'hospitalisation corrigée Taux d'occupation des lits Consultation externe par agent sanitaire | Pour les données sur les activités : sources d'informations de routine/SIS, Enquête sur l'établissement Pour les données sur la détermination du coût (chiffrage): les données de dépenses des EDP, des CNS, du ministère des Finances et du ministère de la Santé | Financement de la santé et protection sociale Prestation des services |
| | Nombre de consultations externes pour 10 000 habitants par an Nombre de lits pour patients hospitalisés pour 10 000 habitants | Informations de routine/SIS | Prestation des services |
| Efficacité et rapport coût-efficacité | Coût par AVCI pour différentes conditions/interventions dans les limites des ensembles de prestations de base/des droits en matière de santé Coût par vie sauvée | Études adaptées (personnalisées) en utilisant des données nationales et internationales LIST | Leadership et gouvernance |

Note : SCE = Service de consultation externe ; SCI = Service de consultation interne (des patients hospitalisés) ; SIS = Système d'information sanitaire ; EDP = examen des dépenses publiques ; CNS = comptes nationaux de la santé ; AVCI = année de vie corrigée du facteur invalidité (ou Espérance de vie sans incapacité : ESVI) ; LIST = outil des vies sauvées.

7. Efficacité dans le cadre du cycle budgétaire

Les cadres décrits dans les parties précédentes sont utiles pour identifier les sources d'inefficacité et pour quantifier leur importance. L'étape suivante consiste à développer une approche systématique pour traiter ces inefficacités.

En fin de compte, remédier aux sources d'inefficacité s'avère une question d'affectation et/ou de réaffectation des ressources. Par exemple, ajuster la combinaison de professionnels de santé à un niveau optimal peut impliquer la réaffectation de certains d'entre eux entre fournisseurs, ainsi que d'en recruter un certain nombre supplémentaire. Si les ministères de la Santé et les

Encadré 6 : Rôles des ministères de la Santé et des Finances qui se chevauchent et se différencient en matière de gestion de l'efficacité du secteur de la santé

Le processus budgétaire est un instrument capital pour améliorer l'efficacité du secteur de la santé. Les ministères des Finances poursuivent trois objectifs de haut niveau en matière de gestion des finances publiques par le biais du processus budgétaire : la discipline budgétaire ; l'efficacité allocative (répartition des ressources entre les administrations publiques pour atteindre les objectifs de développement national) ; et, l'efficacité technique. L'efficacité technique est réalisée quand les politiques, les plans et les affectations budgétaires sont harmonisés et les dépenses de santé publique réalisent les objectifs de la politique sectorielle. Cependant, les fonctionnaires du ministère des Finances ne sont pas des experts du secteur de la santé, raison pour laquelle il incombe au ministère de la Santé de démontrer que les politiques, les plans et les dépenses atteignent les objectifs du système de santé de manière efficace et efficiente. L'efficacité du système de santé nécessite souvent un niveau important de détails auquel le ministère des Finances peut ne pas s'intéresser, surtout quand il s'agit des éléments opérationnels d'achat stratégique, des ressources humaines pour la santé et des médicaments et fournitures médicales. Les deux parties, doivent alors, en utilisant les points d'entrée du cycle budgétaire, déterminer le type et le niveau de détails des informations requises afin d'assurer un financement adéquat du système de santé, dans les limites des contraintes macro-budgétaires plus générales exercées sur le ministère des Finances.

ministères des Finances doivent travailler ensemble afin d'améliorer la performance du secteur de la santé, ils devront avoir également recours à un autre instrument conceptuel, mettant l'accent sur l'affectation des ressources, pour harmoniser l'action et servir de plateforme d'établissement des priorités. À cette fin, il convient de présenter le cycle budgétaire.

Le budget national détermine les recettes et les dépenses que le gouvernement aura à sa disposition au cours de l'exercice financier suivant. La plupart des pays africains ont adopté un cadre de dépenses à moyen terme (CDMT) pour étayer le processus budgétaire de planification et d'exécution, selon lequel les recettes et les affectations du prochain exercice sont accompagnées de projections pour les deux exercices suivants.

Le cycle budgétaire offre aux ministères d'autres occasions favorables d'améliorer l'efficacité du secteur de la santé, au-delà de leur implication habituelle dans les étapes classiques du cycle.

Par conséquent, le budget devient un outil indispensable pour la poursuite des priorités non seulement à court terme, mais aussi à moyen terme. On peut distinguer quatre étapes dans un processus budgétaire générique :

- *La formulation (préparation)* – le budget est élaboré, en général par le Bureau du budget du ministère des Finances, qui tient compte des contributions de chaque ministère ;
- *L'adoption (approbation)* – le projet de budget est discuté au Parlement, modifié puis adopté en tant que loi ;
- *L'exécution (mise en œuvre)* – le budget approuvé est mis en œuvre par le gouvernement qui décaisse des fonds et en effectue le suivi ;
- *L'audit* – les dépenses budgétaires sont comptabilisées et évaluées pour leur efficacité.

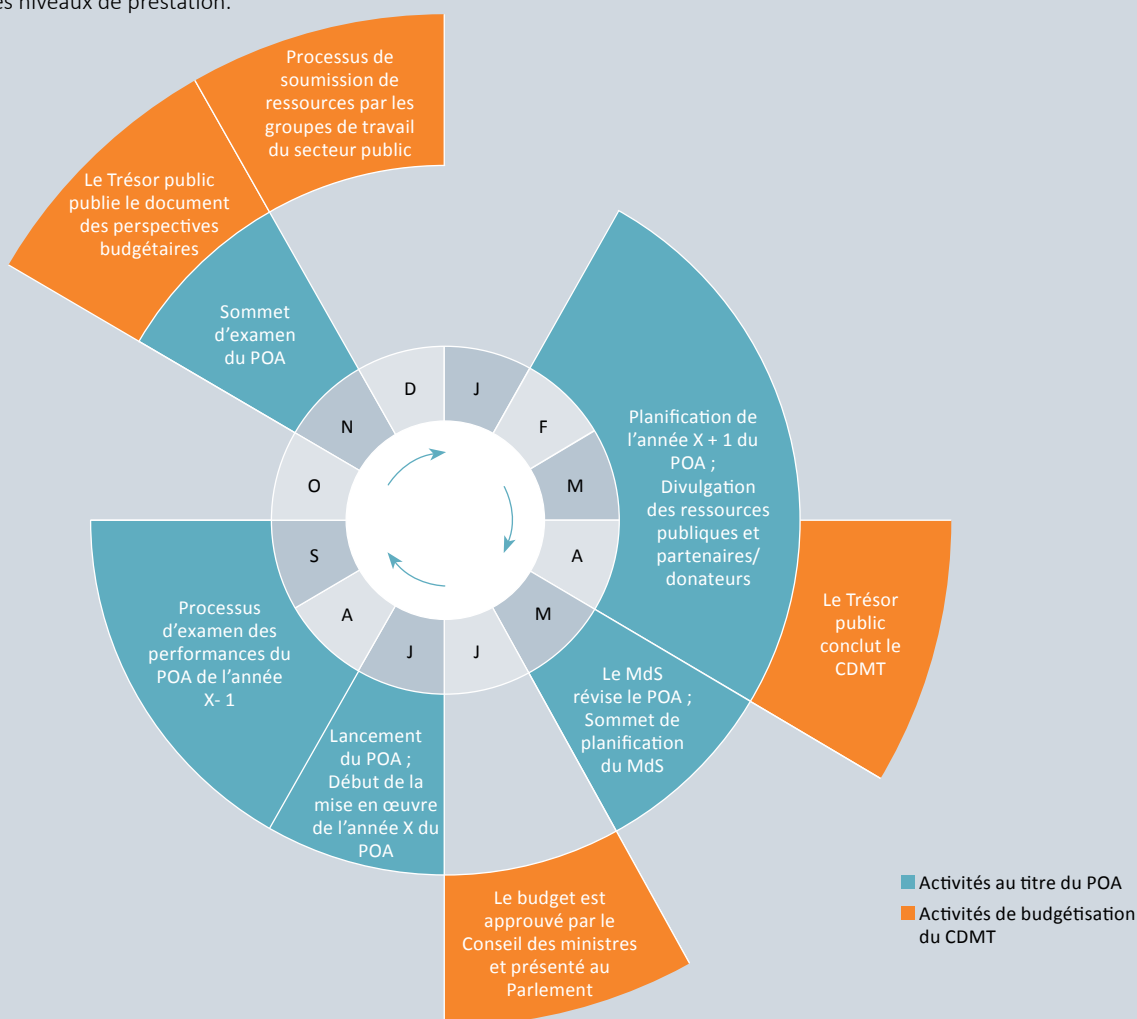
En général, le ministère des Finances et le ministère de la Santé collaborent au cours des différentes étapes du cycle

budgétaire, essentiellement lors de la formulation du budget. Cependant, le cycle budgétaire offre aux ministères d'autres occasions favorables d'améliorer l'efficacité du secteur de la santé, au-delà de leur implication habituelle dans les étapes classiques du cycle. Une première étape consiste à l'alignement

du calendrier des principaux processus de planification des deux ministères de la planification. On peut citer, à titre d'exemple, l'intégration de la planification opérationnelle du ministère de la Santé avec le CDMT au Kenya, qui s'avère riche en enseignements à tirer quant à la nécessité de la bonne

Encadré 7 : Élaboration du budget de la santé au Kenya

En 2005, le ministère de la Santé au Kenya a commencé à utiliser le plan opérationnel annuel (POA) en tant qu'instrument d'harmonisation de la planification et de la budgétisation dans le secteur de la santé et d'intégration avec le CDMT utilisé par le gouvernement. En théorie, le processus du POA (illustré dans la figure ci-dessous) est associé aux annonces de trésorerie et aux activités du CDMT. Sous la direction du ministère de la Santé, les priorités sanitaires sont identifiées et les activités sont prévues à tous les niveaux de prestation.

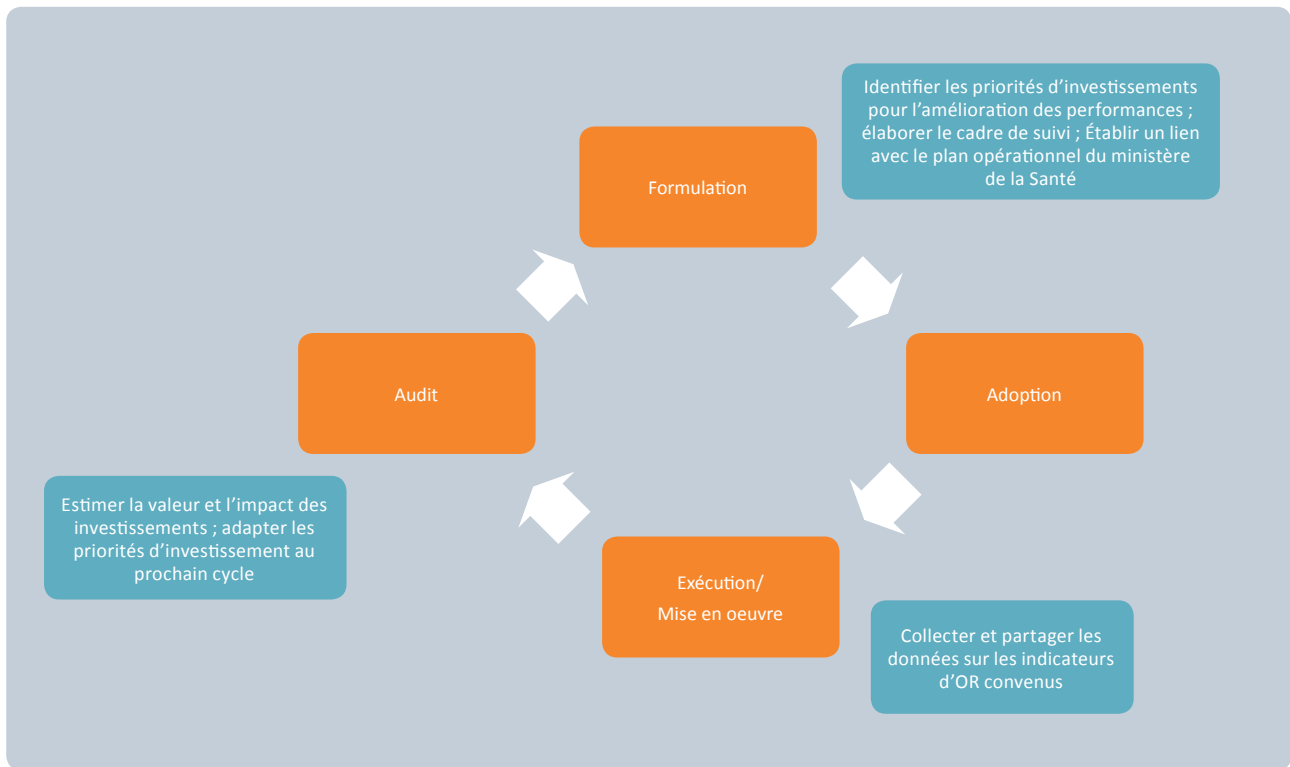


Source : Tsofa, Molyneux & Goodman (2015)

Dans la pratique, une analyse du processus du POA au cours de l'exercice budgétaire 2012/13 a montré que le processus avait été retardé et que les principales activités (par ex., l'examen de l'exercice précédent) n'avaient pas été accomplies, ce qui a conduit à un décalage de fait entre le POA et le CDMT, allant ainsi à l'encontre du but recherché de tout l'exercice. Parmi les raisons avancées de ce défaut d'alignement, on trouve :

- la séparation institutionnelle entre la planification du secteur de la santé et le processus du CDMT (différents services du ministère de la Santé, ayant des dispositions en matière de redevabilité différentes ont réalisé les deux composantes dans l'isolement) ;
- la sous-utilisation de données lors de l'établissement des priorités (prétendument en raison du manque de fiabilité) ; et,
- la participation « ascendante » insuffisante lors du processus de planification (par manque d'appui technique par l'équipe principale du POA aux sites périphériques).

Figure 6 : Points d'entrée dans le cycle budgétaire des activités d'amélioration des performances pluriannuelles



gouvernance et de la coordination, si ces exercices complexes veulent atteindre leurs objectifs (voir Encadré 7).

Une autre étape, afin de réduire directement l'inefficacité, consiste à aller au-delà de la planification opérationnelle et à élaborer un plan à moyen terme pour améliorer les performances du secteur de la santé. De manière analogue à celle par laquelle un CDMT sous-tend la planification et l'exécution budgétaires, les deux ministères peuvent convenir d'un cadre pluriannuel d'amélioration des performances du secteur de la santé selon lequel les principales réalisations de performance du système de santé peuvent être satisfaites par des affectations judicieuses dans le budget de la santé. Pour ce faire, il faudra introduire une couche distincte, mais connexe, au processus budgétaire habituel, qui permettra la formulation de priorités claires pour l'amélioration des performances et les reliera explicitement à des affectations budgétaires annuelles (voir Figure 6).

Relier le cadre d'amélioration des performances au cycle budgétaire permet l'utilisation des indicateurs d'efficacité décrits dans les parties précédentes afin d'améliorer l'utilisation des ressources dans le secteur de la santé. Par exemple :

- Au stade de la formulation, les priorités d'investissement sur lesquelles se sont mis d'accord les ministères de la Santé et des Finances devront déboucher sur des améliorations tangibles en matière d'efficacité. Un cadre commun de suivi et d'évaluation des investissements est développé en utilisant les indicateurs et les outils d'efficacité. Le plan d'investissement est lié au plan opérationnel du ministère de la Santé.
- Au stade de l'exécution, les données relatives aux indicateurs d'efficacité convenus sont collectées en utilisant les instruments et outils pertinents.

Encadré 8 : Une approche collaborative pour améliorer la programmation de la lutte contre le VIH en Ouganda

Historiquement, les programmes de VIH en Ouganda ont été financés en grande partie par des donateurs extérieurs. À l'avenir, cependant, ces programmes et leur intensification doivent être financés de plus en plus par des sources intérieures. Bien que les économies liées au gain d'efficacité représentent une occasion inestimable de financer l'intensification de la riposte au VIH, elles sont notoirement complexes à réaliser et prennent du temps à faire passer à travers le processus budgétaire.

Les ouvrages consacrés aux économies liées au gain d'efficacité en matière de VIH ont été examinés, et les informations existantes sur l'inefficacité dans le secteur du VIH en Ouganda ont été rassemblées. Lors d'une séance de rétroaction à Kampala impliquant différentes parties prenantes des ministères de la Santé, des Finances, du gouvernement local, des OSC et de la Commission SIDA de l'Ouganda, entre autres, les domaines suivants ont été identifiés comme des domaines potentiels à exploiter pour réaliser des économies liées au gain d'efficacité en Ouganda.

Tableau A: Domaines d'inefficience identifiés en Ouganda – Phase I

| Pilier | Domaine d'inefficience |
|--|--|
| Produits médicaux, vaccins et technologies | Choix des médicaments pour les établissements publics sanitaires |
| | Groupement des médicaments |
| | Erreurs de quantification des médicaments ce qui se traduit par un stockage excessif de médicaments et l'expiration des dates d'usage |
| | Prix d'achat (Prix au producteur) des médicaments |
| | Processus d'achat (de passation des marchés) des médicaments – médicaments de mauvaise qualité, mauvais flux de trésorerie destiné à l'achat |
| | Répétition inutile des dispositions de stockage et de distribution des médicaments |
| | Livraison inefficace des produits dans les régions isolées |
| Personnel de santé | Approche du diagnostic du VIH – diagnostic ciblé contre diagnostic de tout le monde |
| | Ordonnances inappropriées ou incorrectes par les médecins |
| | Productivité du personnel de santé |
| | Absentéisme du personnel |
| | Dotation en personnel inadéquate |
| Prestation de services | Supervision insuffisante |
| | Combinaison de personnel dans les hôpitaux publics inappropriée |
| | Sous-utilisation des agents de santé communautaires (ASC) |
| | Rotation (mouvement) du personnel dans le secteur de la santé |
| | Intégration des cliniques sanitaires contre le VIH et des cliniques générales |
| | Intégration des laboratoires de dépistage du VIH et des autres laboratoires |
| | S'assurer de l'utilisation appropriée des budgets affectés au VIH dans les entités semi-publiques (parastatales) ou publiques |

Suite à un processus qualitatif, chacun de ces domaines a été classé sur une échelle de 1 à 5 (où le score de 5 est le meilleur) pour les critères suivants : « éléments très coûteux (grosse dépense) » (s'il permet de réaliser d'importantes économies liées au gain d'efficience) ; « gain à plus court terme » (s'il se concrétise à court terme) ; « techniquement faisable » (s'il est relativement facile à mettre en œuvre d'un point de vue technique) ; et, « politiquement faisable » (s'il est relativement facile à mettre en œuvre d'un point de vue politique). Les éléments qui ont obtenu les scores les plus élevés sont surlignés en orange.

Le Tableau B présente les prochaines étapes clés. Tout d'abord, la liste des domaines d'inefficience à examiner sera affinée, puis les coûts monétaires et non monétaires des inefficience actuelles de ces domaines seront quantifiés. Ensuite une stratégie visant à aborder les inefficience sera élaborée. La mise en œuvre de cette stratégie et la réalisation des gains d'efficience devraient donc soutenir l'optimisation des ressources du secteur du VIH/SIDA et guider les affectations financières supplémentaires au secteur.

Tableau B : Résumé de l'approche proposée de la Phase II

| Étape | Extrant(s) |
|---|---|
| 1. Affiner les principaux domaines d'inefficience | Liste des domaines d'inefficience à examiner |
| 2. Estimer les gains d'efficience des principaux domaines | Estimation quantifiée des économies potentielles liées au gain d'efficience (monétaires et non monétaires) qui peuvent être faites à travers chacun des indicateurs d'inefficience affinés |
| 3. Élaborer une stratégie et un plan de travail pour l'amélioration de l'efficience | Rapport final sur les économies attendues à effectuer et stratégie détaillée sur la manière de réaliser des économies et de les mesurer Accord de niveau de service (ANS) entre le MdF et le MdS sur la façon dont le financement de la lutte contre le VIH évoluera si les Indicateurs clés de performance sont atteints. |

La Phase III comprendrait l'intégration des ICP dans le cycle budgétaire, par exemple, sous la forme suivante :

- *Formulation du budget* – les ministères de la Santé et des Finances conviennent d'un ensemble de réformes pour améliorer l'efficience de certains domaines programmatiques du VIH (par exemple la réduction des prix des médicaments et des produits médicaux) ;
- *Exécution du budget* – le ministère de la Santé met en œuvre et collecte des informations régulières sur les aspects de l'amélioration de la prestation des services (par ex., la documentation justificative des prix payés pour les médicaments et les produits médicaux) ;
- *Audit du budget* – le ministère de la santé analyse les données et montre le niveau des économies liées au gain d'efficience réalisées ; et,
- *Formulation du budget (année +1)* – le ministère des Finances augmente l'affectation budgétaire consacrée au VIH, et de nouveaux ICP d'efficience sont convenus.

Source : OPM (2016)

- Au stade de l'audit, les investissements sont évalués et les priorités établies pour le prochain cycle sont revues. Compte tenu du caractère pluriannuel de la plupart des activités d'amélioration des performances, les évaluations examineront les investissements faits tout au long des cycles précédents.

Travailler avec un cadre pluriannuel d'amélioration des performances permet aux deux ministères de suivre en toute

transparence la façon dont certaines affectations budgétaires contribuent à la réduction des inefficiences. Ce cadre offre un terrain d'entente aussi bien pour communiquer que pour agir. En outre, il repose sur des processus déjà établis dans le cycle budgétaire et la planification opérationnelle sectorielle. Comme le suggère l'exemple du Kenya, l'investissement à faire dans la structure de gouvernance de la collaboration entre les ministères, constitue dès le départ, un défi notable à relever.

Références

- Antinola E, Eskiocak O, Kjennerud M, Rozenkopf I & Schatz F (2011) *Value for money: Current approaches and evolving debates*. Londres : London School of Economics.
- Dawson D, Gravelle H, O'Mahony M, Street A, Weale M, Castelli A, Jacobs R, Kind P, Loveridge P, Martin S, Stevens P & Stokes L (2005) *Developing new approaches to measuring NHS outputs and productivity*. Document de recherche RP6 du Centre for Health Economics, Université de York.
- DFID (Ministère britannique du développement international) (2011) *DFID's approach to value for money (VfM)*. DFID.
- Dovlo (2005) Wastage in the health workforce: Some perspectives from African countries. *Human Resources for Health* 3:6.
- Drummond MF, Sculpher MJ, Torrance GW, O'Brien BJ & Stoddart GL (2005) *Methods for the economic evaluation of health care programmes*. Oxford : Oxford University Press.
- FMI (Fonds monétaire international) (2015) *Perspectives de l'économie mondiale : Croissance inégale – facteurs à court et long terme*. Washington : FMI.
- IHME (Institut des mesures et évaluations de la santé) (2013) *La charge mondiale de la morbidité : Génération de données factuelles, orientation des politiques*. Seattle : IHME.
- Institut éthiopien de la santé publique (2014), *Countdown to 2015: Ethiopia's progress towards reduction in under-five mortality*, 2014
- Kutzin J (2001) A descriptive framework for country-level analysis of health care financing arrangements. *Health Policy* 56(3): 171–204.
- McKinsey (2016) Global Institute, *Lions on the move II: realising the potential of African economies*, septembre 2016.
- OMS (Organisation mondiale de la santé) (2000) *Rapport sur la santé dans le monde. Pour un système de santé plus performant*. Genève : OMS.
- OMS (2003) *Making choices in health: WHO guide to cost-effectiveness analysis*. Genève : OMS.
- OMS (2007) *L'affaire de tous – Renforcer les systèmes de santé pour de meilleurs résultats sanitaires*. Genève : OMS.
- OMS (2008) *Framework and standards for country health information systems (Cadre et normes pour les systèmes d'information sanitaire des pays)*. Genève : OMS.
- OMS (2010a) *Rapport sur la santé dans le monde. Le financement des systèmes de santé- Le chemin vers une couverture universelle*. Genève : OMS.
- OMS (2010b) *Monitoring the building blocks of the health system*. Genève : OMS.
- OMS (2012) *Country health information system assessments*. Genève : OMS.
- Oxford Policy Management (2016), *Technical efficiency in HIV sector in Uganda*, document de cadrage (non publié), 2016
- Oxford Policy Management (2008) Ministère de la Santé, *Examen des dépenses publiques*, 2008,
- Royaume du Maroc (2015) *La stratégie de financement de la santé au Maroc*. Rabat : Ministère de la Santé.
- Smith PC (2009) *Measuring value for money in healthcare: Concepts and tools*. Quest for Quality and Improved Performance (QQUIP), Centre for Health Economics, Université de York.
- Tsofa B, Molyneux S & Goodman C (2015) *Health sector planning and budgeting in Kenya: Recommendations to improve alignment*. KEMRI Wellcome Trust Policy Brief.
- Zeng (2014), *Global health system DEA*, Oxford Policy Management (document non publié)