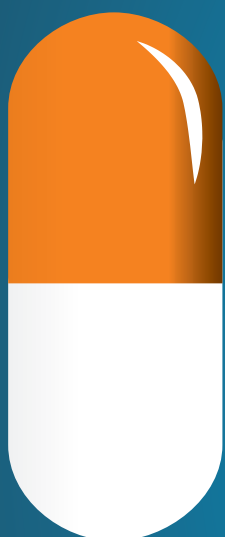


Améliorer l'efficacité technique des dépenses de santé en Afrique



Les ressources humaines pour la santé en Éthiopie



SE CONNECTER • PARTAGER • RÉFORMER

Améliorer l'efficacité technique des dépenses de santé en Afrique

Les ressources humaines pour
la santé en Éthiopie



SE CONNECTER • PARTAGER • RÉFORMER

Table des matières

Liste des tableaux et des figures	iv
Acronymes et abréviations	v
Remerciements	vi
1. Introduction	1
2. Contexte	2
2.1 Le système de la santé en Éthiopie	2
2.2 État de santé	2
2.3 Situation économique et financière	2
3. Ressources humaines dans le secteur de la santé en Éthiopie	4
3.1 Disponibilité du personnel	4
3.2 Répartition du personnel par région	4
3.3 Dépenses consacrées aux RHS	5
3.4 Principales préoccupations quant à l'OR	5
4. Conclusions	6
5. Questions à discuter	7
6. Discussion	8
Références	9
Annexe 1: Chaîne de valeur des ressources humaines en santé	10

Liste des tableaux et des figures

Tableaux

Tableau 1 :	Rapport population/professionnel de la santé, par type et par région	5
-------------	--	---

Figures

Figure 1 :	Chaîne de valeur des RHS et ses principaux déterminants immédiats	1
------------	---	---

Acronymes et abréviations

AVS	Agent de vulgarisation de la santé (ou vulgarisateur sanitaire)
MNT	Maladie non transmissible
OMS	Organisation mondiale de la santé
OR	Optimisation des ressources
PDSS	Programme de développement du secteur de la santé
PVS	Programme de vulgarisation sanitaire/de la santé
RHS	Ressources humaines en santé
RPA	Réingénierie des processus d'affaires (Réorganisation de la chaîne de valeurs)

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'Éthiopie a connu une croissance économique élevée au cours de la dernière décennie, mais reste un pays pauvre avec une forte charge de morbidité. Elle a réalisé des gains sanitaires considérables ces dernières années, principalement en ayant recours à des politiques de santé qui mettent l'accent sur la vulgarisation des soins de santé primaires, en ayant recours à des agents de vulgarisation sanitaire. Elle a tiré le meilleur parti des ressources existantes, mais fait peu de dépenses de santé (environ 21 dollars par habitant et un montant total de 4 % du PIB). L'Éthiopie possède un système fédéral, avec un financement de la santé décentralisé, qui prévoit d'attribuer des donations globales aux secteurs au niveau régional et au niveau des woreda (district). Le défi à relever maintenant, avec la transition épidémiologique (et le sentiment que les « cibles faciles » ont déjà été atteintes en ce qui concerne la santé publique), est de savoir comment l'Éthiopie qui est toujours pauvre, continue à investir dans les améliorations de la santé ?

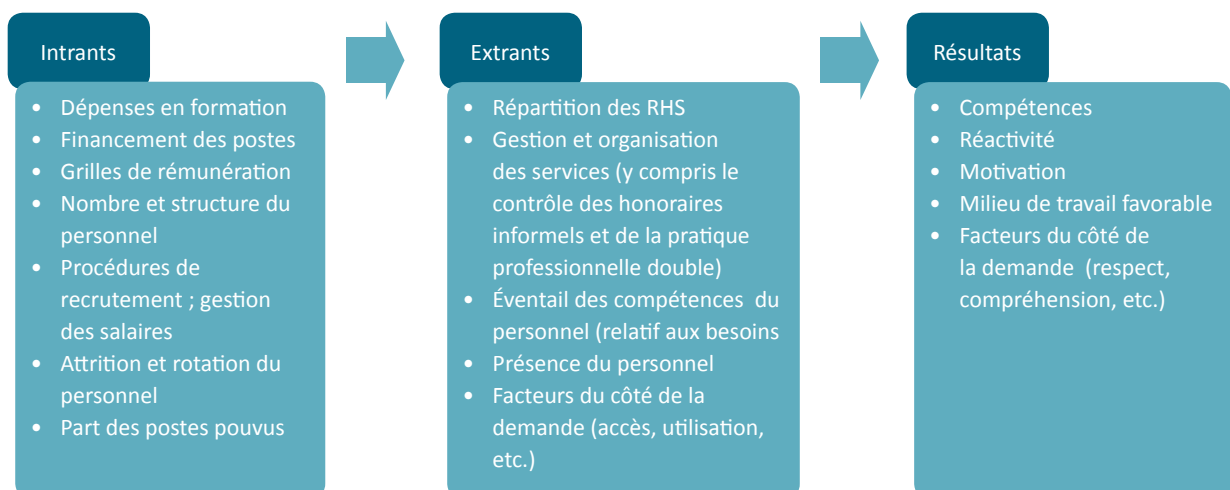
Les ressources humaines en santé (RHS) sont un pilier essentiel dans n'importe quel système de santé – le personnel de santé combine les intrants (moyens) pour fournir les services, ce qui affecte la manière dont toutes les autres ressources sont utilisées, et prend des décisions de première

ligne/opérationnelles (et d'arrière-guichet/administratives) qui sont d'importants déterminants de la qualité, de l'efficacité et de l'équité des services. Les RHS sont habituellement l'élément qui nécessite le plus de moyens au sein du système de santé – absorbant communément 50 à 70 % des dépenses publiques de santé, même si les proportions varient fortement d'un pays à l'autre et selon les régions. Du fait qu'elles font généralement partie de l'administration publique, les réformes des RHS font également partie d'une économie politique complexe dans la plupart des pays.

L'évaluation de l'optimisation des ressources (OR) en ce qui concerne les RHS est par conséquent complexe ; dans l'ensemble de la chaîne de valeur, de nombreux facteurs influencent la transformation des intrants en extrants et en résultats (voir Figure 1). Une description plus détaillée de la chaîne de valeur des RHS se trouve à l'Annexe 1.

Le Rapport sur la santé dans le monde 2010 de l'OMS identifie les inefficiences des RHS comme étant parmi les dix principales causes d'inefficiences du système de santé. Par conséquent, cette étude de cas examine en détail la situation des RHS éthiopiennes en mettant l'accent sur l'OR.

Figure 1 : La chaîne de valeurs des RHS et ses principaux déterminants immédiats



2. Contexte

2.1 Le système de santé en Éthiopie¹

Depuis 2004, le secteur éthiopien de la santé a été piloté par la réforme de l'ensemble du secteur public, dans le cadre de l'application d'un concept connu sous le nom de réingénierie des processus d'affaires (RPA). La RPA vise à repenser et à restructurer fondamentalement un système afin de mettre en place des institutions axées sur la clientèle, de renforcer rapidement les services de santé et d'améliorer la qualité des soins. Le secteur, pour y parvenir, a essayé une variété d'approches, notamment l'analyse comparative des bonnes pratiques, la conception de nouveaux processus et la révision des structures organisationnelles.² La RPA a également introduit un système à trois niveaux de prestation des soins de santé, où le premier niveau représente un système de santé de woreda (district) composé d'un hôpital de la catégorie un supérieure (qui couvre 60 000 à 100 000 habitants), de centres de santé (1 par tranche de 15 000 à 25 000 habitants) et de dispensaires satellites (1 par 3 000 à 5 000 habitants), connectés les uns aux autres par un système d'orientation. L'hôpital de la catégorie un supérieure, les centres de santé et les dispensaires satellites forment une unité de soins de santé primaires. Le deuxième niveau est un hôpital général qui couvre une population de 1 à 1,5 million d'habitants. Le troisième niveau correspond à un hôpital spécialisé qui couvre une population de 3,5 millions d'habitants. À tous les niveaux (fédéral, régional et de woreda), les processus décisionnels et les responsabilités sont partagés, même si le ministère fédéral de la Santé et les bureaux régionaux de la santé accordent plus d'importance aux questions de politiques et au soutien technique, tandis que les bureaux de santé de woreda gèrent et coordonnent le

fonctionnement d'un système de santé de district relevant de leur compétence.

Afin d'organiser efficacement le personnel de santé et les agents de santé communautaires, une « armée pour le développement de la santé » est formée dans chaque réseau/centre social important. Le terme décrit un groupe de personnes engagées/dévouées et enthousiastes qui sont capables d'utiliser les réseaux communautaires pour réaliser une tâche ou un objectif particulier (Programme de développement du secteur de la santé, PDSS, V). La plus petite unité comprend un responsable pour cinq ménages ; au niveau suivant, cinq de ces unités sont organisées en une équipe pour le développement de la santé (couvrant environ 25 ménages par village). De même, le Programme phare de l'Éthiopie, le Programme de vulgarisation de la santé (PVS), est une stratégie axée sur la communauté qui s'attache à assurer la promotion de la santé, la prévention des maladies et à fournir certains services de santé curatifs, repose sur les principes de soins de santé primaires. Seize ensembles de santé - dans les domaines de la promotion de l'hygiène et de l'assainissement de l'environnement, de la prévention et du contrôle des principales maladies transmissibles, des services de santé familiale ainsi que de l'éducation et de la communication sanitaires - sont fournis gratuitement. Le PVS est géré par des agents de vulgarisation de la santé (AVS) salariés, qui sont choisis au sein des communautés et qui reçoivent une formation d'une durée d'un an avant de commencer à travailler. Le PVS a très largement contribué à la plupart des progrès accomplis par l'Éthiopie dans l'état de santé, car il accroît l'accès aux soins de santé primaires et vise à créer des liens d'orientation plus harmonieux.

2.2 État de santé

L'Éthiopie compte actuellement une population estimée à 99 millions d'habitants. C'est un pays essentiellement rural, avec seulement 17 pour cent de la population vivant en milieu urbain et une structure démographique très jeune ; 40 pour cent des Éthiopiens sont âgés de moins de 15 ans (OMS, 2016). Les problèmes de santé qui touchent la population éthiopienne, sont dus en grande partie à des maladies transmissibles évitables et aux maladies liées à la malnutrition (PDSS IV/V). Ces dernières années, des améliorations considérables ont été

1 La plupart des informations de cette partie sont extraites de Witter, Sato & Murray (2014).

2 En particulier, huit processus principaux et cinq processus de soutien ont été identifiés. Les principaux processus fondamentaux sont : la prestation des soins de santé ; la gestion des situations d'urgence de santé publique ; la recherche et le transfert de technologie ; l'approvisionnement en produits pharmaceutiques ; la mobilisation des ressources et l'assurance-maladie ; la santé et les services liés à la santé et la réglementation des produits ; l'expansion et la réhabilitation des infrastructures sanitaires ; et, la politique, la planification, le suivi et l'évaluation. Les processus de soutien sont : la gestion/le développement des ressources humaines ; la passation des marchés (achat) ; les finances et les services généraux ; l'audit par programme ; les relations publiques ; et, les services juridiques.

réalisées en ce qui concerne les résultats de santé (par exemple entre 1990 et 2010, le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans a baissé de 5 pour cent chaque année, baisse qui s'est avérée plus rapide que la moyenne enregistrée pour l'Afrique subsaharienne) ; cependant, les niveaux de morbidité et de mortalité sont encore élevés et l'état de santé générale de la population est mauvais. L'espérance de vie en 2005 était de 54 ans (53,4 pour les hommes et 55,4 pour les femmes), mais plus récemment a atteint environ 64 ans. Les indicateurs liés à la santé maternelle et infantile reflètent les défis auxquels fait face le système de santé. Le rapport annuel de performance indique qu'en 2013, la couverture prénatale (au moins une visite) est passée de 89,1 pour cent à 97,4 pour cent, mais le nombre d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié est toujours très faible, à 23,1 pour cent. Environ 77,7 % des enfants sont totalement immunisés, – mais ce résultat est inférieur à l'objectif de 87 pour cent et la région de Gambela n'enregistre un taux de vaccination que de 26,4 pour cent.

2.3 Situation économique et financière

Au cours des dix dernières années, l'environnement macroéconomique éthiopien s'est nettement amélioré. En 2013/14, le PIB nominal a été multiplié par dix, atteignant 1 038 milliards ETB (soit, 52 milliards USD). La croissance réelle a été

en moyenne de 10,5 % au cours de ces dix dernières années, dépassant ainsi la moyenne de l'Afrique subsaharienne de 5,5 %. Toutefois l'inflation a représenté un défi, avec une moyenne à deux chiffres pendant longtemps, atteignant un maximum de 45 % en 2007/08. Cependant, les politiques récentes ont permis de réduire l'inflation à un seul chiffre, pour atteindre 6,2 % en 2013/14.

La forte croissance économique a été accompagnée par la volonté du gouvernement de privilégier les dépenses en faveur des pauvres. Cette orientation s'est traduite par une nette augmentation du revenu réel par habitant, qui est passé de 3 000 ETB en 2004/05 à près de 7 000 ETB en 2013/14 et, par conséquent, à une baisse du taux de pauvreté nationale de 60,5 % en 2005 à 30,7 % en 2011 (Indicateurs du développement dans le monde de la Banque mondiale, dans FMI 2013 : 4). Cependant, l'Éthiopie demeure l'un des pays les plus pauvres d'Afrique.

À la suite de la mise en œuvre de l'Initiative multilatérale d'allégement de la dette (IMAD) en 2005/06, la dette publique a été considérablement réduite à moins de 40 pour cent du PIB et se situe à 35 % en 2013/14. La dernière analyse de soutenabilité de la dette réalisée par le FMI indique que l'Éthiopie « reste à un faible risque de surendettement extérieur » (FMI, 2013 : 16).

3. Ressources humaines dans le secteur de la santé en Éthiopie

3.1 Disponibilité du personnel

La disponibilité du personnel – que ce soit celui qui fournit directement des services à la communauté ou les gestionnaires de santé et le personnel de soutien – est relativement faible. Pendant de nombreuses années, le nombre de travailleurs de la santé a été extrêmement limité, avec un nombre estimé de 100 à 200 médecins et de 25 à 30 sages-femmes déployés chaque année. Le maintien en poste du personnel de santé représente aussi un défi majeur, avec un quart des médecins (qui ont obtenu leur diplôme au cours des 50 premières années de l'enseignement médical) quittant la profession ou le pays. Bien que les données sur les RHS soient incomplètes et peuvent s'avérer peu fiables, en 2010, environ 34 382 agents de vulgarisation de la santé (AVS) ont été placés dans 12 000 dispensaires ruraux, et 3 401 AVS supplémentaires ont été déployés dans les centres de santé urbains. Le nombre de médecins est estimé à 1 544, tandis que 2 002 sages-femmes et 3 871 agents de santé sont disponibles. Ces chiffres impliquent le rapport de 1 médecin pour 42 706 habitants, alors que la norme minimale de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) est de 1 médecin pour 10 000 habitants. Il faudrait quelques 27 000 sages-femmes pour atteindre la norme OMS de une sage-femme pour 100 accouchements annuels (sur la base d'une estimation de 2,7 millions accouchements/an). Le nombre d'infirmières (rapport de 1 pour 5 000 habitants) se conforme aux normes internationales. Les autres insuffisances critiques en RHS comprennent la pénurie de professionnels de l'anesthésie (tant des anesthésistes que des infirmières anesthésistes), les fournisseurs de soins obstétricaux d'urgence complets et les professionnels formés à l'entretien des équipements médicaux.

Compte tenu de ces défis majeurs, le PDSS IV énonce les objectifs à atteindre d'ici à 2015, notamment :

- une amélioration du rapport personnel de santé/habitants de 0,7 pour 1000 habitants à 1,7 pour 1 000 ;
- une amélioration du rapport médecins/habitants de 1 pour 37 996 habitants à 1 pour 5 500 habitants ; et,
- une augmentation du nombre de sages-femmes formées et déployées de 2 002 à 8 635.

Les documents du ministère de la Santé indiquent une multitude d'initiatives qui ont été entreprises au cours de ces

dernières années, y compris l'augmentation de la capacité d'accueil de 11 universités existantes et de 13 nouvelles universités et facultés de médecine au titre d'une nouvelle initiative de l'enseignement médical. Ainsi, 11 291 étudiants en médecine ont été formés dans 24 facultés de médecine en 2013. Cependant, il faudra du temps pour que ces initiatives viennent alimenter les établissements sur le terrain. Le gouvernement a adopté une stratégie d'encouragement de vocations – former un nombre considérable de personnel en espérant par ce moyen pouvoir pourvoir tous les postes publics. Toutefois, un exode des cerveaux (hémorragie des compétences), en particulier, des médecins (de l'ordre de 15 à 30 pour cent) et des infirmières (environ 20 pour cent), est constaté. Des études de cohortes en Éthiopie montrent qu'au départ, le désir de migrer est relativement faible mais qu'il ne cesse de croître au fil du temps. Les travailleurs de la santé disposant des revenus les plus élevés et vivant en milieux urbains sont plus susceptibles de migrer, ce qui suggère que la pauvreté n'est pas le facteur principal. La possibilité d'obtenir des revenus plus élevés et d'échapper à l'instabilité locale semblerait plutôt être les principaux facteurs de cette fuite de la matière grise.

La plupart des postes des centres de santé sont pourvus par des agents sanitaires et, rarement, par des infirmières. En outre, selon une étude (Lindelov, 2008), la faiblesse de la capacité réglementaire laisse toute latitude aux professionnels de santé publique de travailler au noir en sa capacité privée pendant ses heures de travail dans le public, ainsi que de procéder à « l'auto-orientation » des patients du public vers leurs cabinets privés. L'étude de cohorte a constaté que, trois ans après leur sortie de l'Université, près de 20 pour cent des médecins travaillaient exclusivement dans le secteur privé et que 18 autre pour cent avaient un emploi secondaire dans une clinique privée. Les possibilités de la double pratique professionnelle pour les infirmières existent également, mais à un taux plus faible. Leur principale motivation était d'accroître leurs revenus. Des discussions qualitatives ont révélé que l'absentéisme et l'emploi privé non agréé étaient rarement punis.

Le personnel de santé éthiopien est majoritairement féminin aux échelons inférieurs (par exemple tous les agents de vulgarisation de la santé sont des femmes, tout comme 70 % du personnel infirmier). Cependant, à l'échelon supérieur, 11 %

Tableau 1 : Rapport de la population par travailleur de la santé, par type et par région

	Docteur	Agent de santé	Sage-femme	Infirmière
Tigré	45 109	16 245	273 306	1 729
Afar	100 419	51 941	-	8 142
Amhara	96 314	27 729	61 588	3 586
Oromia	107 602	30 225	43 515	3 309
Somali	62 266	44 808	19 490	3 381
Benishangul-Gumuz	61 088	17 454	19 182	1 622
SNNPR	74 161	22 922	35 629	4 188
Gambela	26 634	6 925	49 462	1 121
Harari	4 715	5 658	7 921	641
Addis	18 102	20 967	18 563	1 534
Dire Dawa	5 594	14 200	10 858	1 017
National	56 013	25 709	39 758	3 012

Source : Health Systems 20/20 Project (2012)

seulement des médecins sont des femmes (Soucat, Scheffler & Gebreyesus, 2013), ce qui peut limiter l'accès et l'acceptabilité.

En Éthiopie, le nombre de médecins travaillent dans le secteur privé à but lucratif a augmenté de 1 % en 1996 à 17 % en 2006 et ceux travaillant dans le secteur à but non lucratif a augmenté de 8 % à 23 % au cours de la même période (Ensor dans Soucat et coll., 2013), avec un plus grand nombre de médecins expérimentés risquant de migrer du secteur public vers le secteur privé. C'est l'un des facteurs qui fait que le personnel privilégie les placements urbains.

3.2 Répartition du personnel par région

Les professionnels de la santé publique, en particulier les médecins, sont inégalement répartis à travers le pays (les chiffres pour le secteur privé sont insuffisants mais il est fort probable que le personnel soit plus concentré dans les zones urbaines). En règle générale, les zones urbaines sont suffisamment dotées en personnel de santé, et certaines régions connaissent invariablement une pénurie chronique de personnel. En particulier, la région d'Afar souffre d'une pénurie de tout type de professionnels de la santé, tandis que la région d'Oromia a très peu de médecins par habitant et la région de Tigré compte très peu de sages-femmes compte tenu de sa population (voir tableau 1).

3.3 Dépenses consacrées aux RHS

Les dépenses publiques (y compris les fonds apportés par les donateurs extérieurs) consacrées aux RHS comprennent une faible part de dépenses ordinaires au niveau fédéral qui privilégie les dépenses en capital, mais une part élevée au niveau régional (71 pour cent) et au niveau des woreda (77 pour cent).

Le personnel au sein du secteur public est salarié. Une gestion de la performance très limitée et des données probantes indiquent que les niveaux de salaires sont faibles, surtout en comparaison avec ce qui est recommandé pour motiver les médecins et le personnel spécialisé à travailler dans les régions éloignées. Des études ont documenté les écarts de rémunération

entre le secteur public et le secteur privé et entre les zones urbaines et rurales, pour les médecins et les infirmières, par exemple (voir Jack dans Soucat et coll., 2013). Il s'agit là d'une contrainte bien connue dans les pays à faible revenu.

3.4 Principales préoccupations quant à l'OR

Les défis majeurs mentionnés dans le PDSS III incluaient ce qui suit : l'absence de programmes de perfectionnement professionnel standardisés et continus ; la capacité limitée de gestion des ressources humaines à tous les niveaux ; le manque de compétences en lecture et en écriture des AVS dans certaines des régions les plus pauvres ; le recrutement inapproprié des AVS ; la combinaison de compétences insuffisantes ; la faible capacité de formation et les mauvaises performances des principales catégories de RHS ; la mauvaise répartition du personnel de santé dans le pays ; l'inefficacité du personnel qui n'est pas lié à la charge de travail ; la mauvaise gestion des RHS ; l'absence de systèmes d'information organisés ; l'inadéquation du cadre réglementaire pour soutenir le développement des ressources humaines ; et, l'absence d'un cadre de suivi et d'évaluation du développement des RHS (ministère de la Santé, 2005).

Les initiatives prévues pour relever ces défis dans le PDSS IV comprennent : la formation et le perfectionnement en mettant l'accent sur certains professionnels de la santé clés ; l'intégration d'une formation de remise à niveau/perfectionnement pour les AVS ; des mécanismes de fidélisation (maintien) d'employés ciblés ; et des programmes de formation continue.

Pour de nombreux établissements de santé, la supervision de routine externe (définie comme au moins une visite de supervision effectuée par le niveau national, régional, zonal ou de district des établissements sanitaires au cours des six mois précédant l'évaluation) est une rareté : seulement 12 pour cent des hôpitaux et des centres de santé ont été supervisés. Les hôpitaux de référence (centraux) risquent davantage de recevoir une supervision de routine externe.

4. Conclusions

Cette étude de cas souligne le fait que les RHS sont indispensables à la création d'une optimisation des ressources dans un système de santé, mais que l'analyse est complexe, comporte de nombreuses difficultés en raison des lacunes en matière de données (dans la plupart des systèmes de santé) et qu'elle requiert une interprétation réfléchie. Néanmoins, la tâche ne peut être évitée. Les décisions sur les RHS ont des implications de coût considérables dépassant le secteur de la santé et pour l'avenir (par exemple, les engagements de retraite). En outre, il faut maintenir un dialogue permanent entre les ministères des Finances et de la santé sur les points à améliorer. Dans ce processus, le personnel n'est pas passif – il fait des choix pour lui-même qui reflètent les opportunités et

les coûts qui influent sur les performances globales du système, aussi est-il important d'impliquer le personnel de santé dans le cadre de tout processus de conception et de mise en œuvre de réformes.

L'étude de cas illustre le nombre important d'options pouvant exister pour améliorer l'optimisation des ressources de RHS, et c'est probablement vrai dans la plupart des contextes africains subsahariens typiques. La solution réside dans l'évaluation de la faisabilité de différents ajustements et de leurs retours éventuels ainsi que dans l'évaluation et l'apprentissage continus des coûts prévus et imprévus, des processus et des effets, en emmenant avec vous votre groupe de parties prenantes au fur et à mesure que vous agissez.

5. Questions à discuter

Question de discussion 1 : Compte tenu de ces informations d'ordre général, quels sont les aspects de l'OR par rapport aux RHS que vous soulignerez comme étant les plus importants à aborder ?

Question de discussion 2 : Comment ceux-ci pourraient être abordés ?

Question de discussion 3 : Comment les ministères des Finances et de la Santé peuvent travailler en partenariat pour identifier et résoudre les causes de la faible OR par rapport aux RHS ?

6. Discussion

L'étude de cas illustre la complexité de l'analyse des RHS – les nombreuses dimensions et interactions qui doivent être prises en compte. L'établissement des priorités dans les actions, leurs négociations avec les groupes d'intérêt, leur chiffrage, leur mise en œuvre et leur suivi, ne s'avèrent pas des exercices simples.

Dans ce cas, la pénurie de personnel clé et la mauvaise répartition (faible dotation en effectifs dans les zones difficiles à atteindre) pourraient être soulignées comme deux des principales contraintes dont il faut s'occuper. Il faut même permettre la délégation de tâches aux agents communautaires, surtout en ce qui concerne le travail des AVS ; il faut également davantage de médecins, de sages-femmes et d'autres cadres qualifiés. Les stratégies visant à traiter ces points, pourraient inclure l'amélioration des salaires des professionnels de santé qui sont en nombre insuffisant (la faible rémunération peut être une cause d'inefficience : le départ de professionnels de santé ou le fait que des professionnels de santé touchent un salaire alors qu'ils ne viennent pas travailler, représente des coûts énormes et des pertes de gains de santé pour le service). Des ensembles de mesures incitatives pour recruter et maintenir le personnel dans les zones mal desservies (n'étant pas uniquement financières, mais comprenant aussi le soutien au logement et au transport, par exemple) pourraient aussi être une option rentable.

De telles interventions ont des implications majeures pour les budgets de santé – et probablement aussi pour la masse salariale publique et les dépenses de personnel dans d'autres secteurs également – donc, de toute évidence, il faut que les ministères des Finances et de la Santé discutent dès le début et planifient conjointement les implications budgétaires actuelles et futures et le caractère abordable des réformes. Améliorer l'équité de la répartition des effectifs serait inefficace si elle ne s'accompagnait pas d'infrastructures, d'équipements, d'approvisionnement en médicaments appropriés et d'éducation adéquate du public, etc., dans les régions éloignées.

Le renforcement de la gestion des RHS, des normes de performance et de l'évaluation, ainsi que le perfectionnement professionnel continu du personnel, et leur rattachement aux incitations telles que les augmentations de salaires, la promotion, le logement et le transport, pourraient aussi s'avérer des possibilités importantes pour assurer un personnel de santé efficace, soutenu et réactif. Ces préconisations

semblent inciter à d'investir afin d'économiser – mais il est de notoriété publique que des effectifs de santé bien proportionnés et soutenus peuvent être plus rentables que des effectifs de santé pléthoriques, sous-payés et peu performants (McCoy et coll., 2008).

Des stratégies à plus long terme visant à améliorer l'efficacité de l'utilisation du personnel et des résultats de santé pourraient comprendre d'ajuster l'ensemble des services essentiels afin de tenir compte des changements épidémiologiques ; en particulier, lorsque l'Éthiopie atteindra le statut de pays à revenu intermédiaire, elle devra faire face à une hausse des maladies non transmissibles (MNT). Ces dernières sont mieux traitées au travers du système des soins de santé primaires, et l'ajout des maladies non transmissibles à la formation des AVS et des autres travailleurs de première ligne (soins de santé primaires) sera une priorité pour contrôler la montée des maladies non transmissibles, qui ont des implications de coût potentiellement élevées pour les ménages et la société. Une fonction de « gatekeeping » (contrôle d'orientation) plus forte pourrait également être introduite afin de s'assurer que l'utilisation accorde de l'importance au niveau primaire, selon les besoins. Étant donné que les médicaments représentent également une composante de coûts conséquents – non seulement pour le système de santé, mais aussi pour les utilisateurs – des cours de remise à niveau du personnel et des utilisateurs au sujet et en faveur de l'utilisation rationnelle des médicaments, peut assurer un rendement sociétal élevé.

Les fonctions de réglementation pourraient également être un secteur clé d'investissement, car elles touchent aussi bien le secteur public que le secteur privé. Le renforcement des processus réglementaires relatifs à l'organisation et à l'accréditation destinées aux fournisseurs, pourrait être efficace si les standards et les normes professionnels sont clairs et sont appliqués.

L'assurance-maladie est mise à l'essai en Éthiopie et pourrait, à moyen et à long termes, fournir à nouveau un système d'achat plus actif qui génère des informations régulières plus nombreuses sur la performance des fournisseurs et du personnel, ce qui actuellement s'avère une carence du système. Cette initiative pourrait devenir un outil important permettant de suivre et d'améliorer progressivement la productivité globale des RHS.

Références

- FMI (Fonds monétaire international) (2013) Rapport pays du FMI N° 13/308. The Federal Democratic Republic of Ethiopia: Article IV consultation. Washington (Consultations au titre de l'article IV des statuts du FMI) DC: FMI.
- Health Systems 20/20 Project (2012) *Health system assessment Ethiopia*. Bethesda MD: Abt Associates Inc.
- Lindelow, M (2008) Diagnosing governance issues in the health sector: Experiences from Ethiopia. Présentation à la Banque mondiale. http://siteresources.worldbank.org/EXTHDOFFICE/Resources/5485726-1239047988859/5995659-1239051886394/5996104-1239987975295/10.Nov_11_Lindelow_GAC_in_HD_Diagnostic_tools_panel.pdf
- Ministère de la santé (2005) Health sector strategic plan (HDP-III) 2005/6-2009/10. <http://can-mnch.ca/wp-content/uploads/2013/09/Ethiopia-Health-Sector-Development-PlanHSDP-III.pdf>
- McCoy D, Bennett S, Witter S, Pond B, Baker B, Gow J, Chand S, Ensor T & McPake B (2008) Salaries and incomes of health workers in sub-Saharan Africa. *The Lancet* 371: 677–683.
- OMS (Organisation mondiale de la santé) (2010) *Rapport sur la santé dans le monde. Le financement des systèmes de santé : Le chemin vers une couverture universelle*. Genève : OMS.
- OMS (Organisation mondiale de la santé) (2016) Ethiopia: WHO statistical profile. <http://www.who.int/gho/countries/eth.pdf?ua=1>
- Soucat A., Scheffler R & Gebreyesus T (eds) (2013) *The labour market for health workers in Africa: A new look at the crisis*. Washington DC : Banque mondiale.
- Van Leberghe W, Conceicao C, Van Damme W & Ferrinho P (2002) When staff is underpaid: Dealing with the individual coping strategies of health personnel. *Bulletin de l'OMS* 80(7): 581–584.
- Witter S, Ilboudo P, Cunden N, Boukhalfa C, Makoutode P & Daou Z (2016) Delivery fee exemption and subsidy policies: How have they affected health staff? Conclusions tirées d'une évaluation de quatre pays. *Health Policy and Planning* 31(10).
- Witter S, Sato A & Murray A (2014) *Ethiopia – health financing strategy: Situation analysis*. Oxford Rapport de gestion de la politique pour le ministère fédéral de la Santé.

Annexe 1: Chaîne de valeur des ressources humaines en santé

Intrants

Les dépenses en formation et les salaires, associés à la structure de la main-d'œuvre, sont les principaux facteurs influant sur les coûts des intrants, mais l'évaluation permettant de déterminer s'ils se situent au bon niveau, est plus compliquée. Les salaires, par exemple, doivent attirer le personnel qui convient, ce qui exige de bien connaître le nombre de personnel formé disponible sur le travail du marché, les autres opportunités d'emploi offertes aux personnes ayant leur profil sur le marché du travail considéré, les possibilités de migration (si les compétences sont transférables), l'option de travailler dans d'autres secteurs au sein du marché de la santé et les caractéristiques des emplois offerts (leur attrait en termes de choix des caractéristiques par rapport aux préférences des candidats). Les procédures de recrutement et de gestion non seulement influencent ces caractéristiques (par exemple les avantages des postes), mais représentent également des coûts, qui peuvent être bien ou mal gérés. Les contraintes budgétaires déterminent souvent les résultats obtenus qui peuvent fortement différer des résultats optimaux ou planifiés.

Les indicateurs de suivi des coûts de ces intrants comprennent habituellement le coût par cadre formé (de différentes sortes), les pourcentages relatifs des types différents de personnel et de grades, les dépenses de personnel par rapport aux dépenses totales du service de santé, le nombre de professionnels de santé par rapport à la population, les niveaux d'attrition par cadre et le pourcentage des différents postes occupés. Des comparaisons peuvent être faites entre les différentes unités du système de santé ou au fil du temps. Cependant, l'accès aux informations comparatives est souvent limité, et leur interprétation s'avère difficile. Par exemple, des comparaisons de salaires à travers les régions peuvent révéler de grandes différences (pour le même cadre) (Witter et al. 2016), mais celles-ci peuvent se rapporter à des différences légitimes de l'offre et de la demande. De les considérer comme un signe de mauvaise OR dans la région plus rémunératrice pourrait être une erreur stratégique. Il existe aussi quelques normes internationales ; par exemple, les niveaux d'attrition varient de manière importante entre les différents cadres et emplacements, et, il y a quelques références internationales sur ce qui est un niveau acceptable ou normal d'attrition, et,

bien qu'une faible attrition soit généralement souhaitable, elle pourrait aussi être le signe d'employés peu performants restant à leur poste.

Extrants

Les extrants, autrement dit, les services fournis par le personnel – montrent une complexité similaire, car ils sont influencés non seulement par les caractéristiques des RHS (telles que l'éventail des compétences et la répartition), mais aussi par la façon dont le système de santé est organisé et par la demande existante (si la population peut utiliser et utilise les services de types différents). Lorsque l'inefficience apparente est diagnostiquée (par exemple, le faible nombre de consultations de patients par professionnels de santé), la responsabilité en est communément attribuée aux obstacles liés à la demande (par ex., la faiblesse du besoin perçu de services de santé formels) ou aux facteurs organisationnels plus généraux (par ex., les soins de santé sont inabordables ou la population est incapable d'accéder facilement aux services de santé). Le nombre de professionnels de santé par consultation externe ou par journée d'hospitalisation (ou le nombre de sages-femmes par naissance vivante) sont couramment utilisés comme indicateurs d'efficacité, mais aborder toute inefficience apparente requiert de procéder à une évaluation plus large qui traite des facteurs contextuels plus globaux (organisation et communauté). De même, des indicateurs tels que l'absentéisme (qui nécessite des techniques de mesure spécifiques, puisque qu'il n'y a pas de données régulières à ce sujet) sont supposés avoir une échelle mobile (un absentéisme important est pire qu'un faible absentéisme) mais dans des contextes de salaires sous-financés, un niveau contrôlé de la double pratique professionnelle a été observé comme l'une des stratégies adoptées pour fidéliser les effectifs de la santé publique (Van Leberghe et al. 2002). Il convient donc de faire preuve de prudence dans l'interprétation de l'ensemble des indicateurs de RHS.

Résultats

Les résultats en matière de santé sont influencés directement par les extrants (services fournis) des professionnels de santé et par leurs compétences et leur motivation, ainsi que par des facteurs organisationnels (par exemple, avoir les outils et les

systemes nécessaires pour être efficace) et des facteurs communautaires (tels que la conformité à un avis médical). Les sources d'informations régulières ont tendance à être insuffisantes pour évaluer des aspects tels que les compétences. Bien qu'il existe des outils pour effectuer ces évaluations, notamment en comparant les connaissances du personnel à ses actions, ceux-ci sont relativement intensifs et (comme toujours) doivent être interprétés avec prudence. Il est rarement possible de relier directement les résultats de santé aux indicateurs de RHS, car de nombreux autres facteurs les influencent. Toutefois, comprendre les causes de la mauvaise qualité, des soins inappropriés ou irrévérencieux et prendre les mesures qui s'imposent, est indispensable à la réalisation des objectifs de santé.

Certains des facteurs mis en exergue en tant que causes courantes d'inefficience par rapport aux RHS (OMS, 2010) sont les « employés fantômes » (qui figurent sur les états de salaires mais qui ne travaillent pas), les taux élevés d'absentéisme du personnel (souvent lié à la double pratique professionnelle dans le secteur privé ou informel), l'éventail incorrect de dotation en effectifs (par ex. trop peu d'infirmières par médecin), le fait de ne pas s'être assuré que les tâches soient accomplies par le niveau le plus bas compétent pour les exécuter avec efficacité (délégation de tâches), les sureffectifs (dans certaines régions par ex., les taux élevés des effectifs par rapport à la charge de travail) et les honoraires informels demandés par le personnel aux patients.

