



DIALOGUE DE CABRI SUR LA SANTÉ

Dialogue 1



SE CONNECTER • PARTAGER • RÉFORMER



Dialogue de Cabri sur la Santé

*Optimisation des ressources dans le secteur de la santé :
politique et planification du budget*

Dialogue 1

Le défi de santé en Afrique et son
contexte institutionnel



Table des matières

Liste des tableaux	1
Liste des figures	2
Acronymes et abréviations	3
1. Objectif et vue d'ensemble	4
2. Approches pour décrire le défi de santé en Afrique	4
2.1 Vue d'ensemble	4
2.2 Ghana 2001	5
2.3 Autres questions du côté de l'offre	7
2.4 Moteurs de la demande pour les soins de santé	7
2.5 Une vue d'ensemble des résultats, des extrants et des intrants	8
3. État de santé et charge de morbidité (résultats de santé)	8
3.1 Espérance de vie	9
3.2 Mortalité adulte	10
3.3 Mortalité infanto-juvénile	12
3.4 Mortalité maternelle	14
3.5 Charge de morbidité	14
4. Prestation de services de santé (extrants)	17
5. Financement de la santé et intrants	20
5.1 Dépenses globales de santé	20
5.2 Ressources humaines	23
6. Interaction entre les intrants, les extrants et les résultats	25
7. Contexte du système de santé	27
7.1 Fonction d'un système de santé	27
7.2 Généralités sur les types de systèmes de santé	30
7.3 Sources des dépenses de santé en Afrique	33
7.4 Questions relatives aux politiques et aux réformes en Afrique	36
7.5 Réforme de la gestion des finances publiques	40
8. Conclusion	42
Références/Bibliographie	44



Liste des tableaux

Tableau 3.1	Espérance de vie de 1990 à 2008 – pays africains sélectionnés (taux les plus faibles et les plus élevés) et les groupes de pays internationaux	10
Tableau 3.2	Mortalité adulte de 1990 à 2008 – pays africains sélectionnés (taux les plus faibles et les plus élevés) et les groupes de pays internationaux	12
Tableau 3.3	Mortalité infanto-juvénile de 1990 à 2008 – pays africains sélectionnés (taux les plus faibles et les plus élevés) et les groupes de pays internationaux	13
Tableau 3.4	Causes principales de la charge de morbidité (AVCI) dans la région africaine de l’OMS	16
Tableau 4.1	Indicateurs choisis de prestation de services de santé (enfants) – dans des pays africains sélectionnés (les plus faibles et les plus élevés) et les régions internationales de l’OMS	18
Tableau 4.2	Iniquités en matière de couverture par la vaccination anti-rougeole – pays africains sélectionnés (classés en fonction des ratios les plus élevés aux plus faibles)	19
Tableau 4.3	Indicateurs choisis de prestation de services de santé (santé maternelle et génésique) – dans des pays africains sélectionnés (les plus faibles et les plus élevés) et régions internationales de l’OMS	20
Tableau 5.1	Les dépenses de santé calculées par rapport au PIB et les dépenses publiques de santé en % du total des dépenses publiques, dans des pays africains sélectionnés (les plus faibles et les plus élevés) et les régions internationales de l’OMS	22
Tableau 5.2	Indicateurs de la disponibilité des professionnels de santé et des lits d’hôpitaux	24
Tableau 6.1	Indicateurs des résultats, de la prestation de service et des intrants en matière de santé : pays subsahariens et autres groupements de pays	26
Tableau 7.1	Dépenses de santé publiques et privées par rapport aux dépenses de santé – pays africains sélectionnés (les plus faibles et les plus élevés) et les régions internationales de l’OMS	34



Liste des figures

Figure 2.1:	La chaîne des résultats	8
Figure 3.1:	Composantes et déterminants de l'état de santé (chaîne causale des événements des résultats de santé – vaste schéma généralisé)	15
Figure 3.2:	Charge de morbidité par groupe de causes générales et par région	16
Figure 5.1:	Le défi de santé en Afrique : maladies, intrants et ressources comparées	21
Figure 5.2:	Forces agissantes et défis à relever au niveau du personnel de santé	23
Figure 5.3:	Nombre de médecins pour 10 000 habitants dans les pays africains	24
Figure 5.4:	Nombre d'infirmiers/infirmières et de sages-femmes pour 10 000 habitants dans les pays africains	25
Figure 7.1:	Fonctions et objectifs des systèmes de santé	28
Figure 7.2:	Types généraux de systèmes de santé	31
Figure 7.3:	Caractéristiques des systèmes de santé sélectionnés en mettant l'accent sur le financement (encaissement des recettes, mise en commun, achat) et la prestation de services	33
Figure 7.4:	Financement et prestation de services de santé en Argentine	33
Figure 7.5:	« Schéma simplifié d'un système de santé historique centralisé »	40
Figure 7.6:	Intervenants dans le processus de GFP et composantes du processus de GFP	41



Acronymes et abréviations

CABRI	Collaborative Africa Budget Reform Initiative
ADS	Aide au développement en matière de santé
AVAO	Années de vie ajustées en fonction de la qualité (Années de vie pondérées par la qualité de vie)
AVCI	Années de vie corrigées de l'incapacité (ou AVAI : Années de vie ajustée en fonction de l'incapacité)
AVI	Années de vie vécues avec une incapacité
AVPMP	Années de vie perdues par suite de mortalité précoce (ou prématurée)
CABRI	Initiative africaine concertée sur la réforme budgétaire
CGM	Charge globale de morbidité (Cadre)
EVS	Espérance de vie en santé
FMI	Fonds monétaire international
FMLSTP	Fonds mondial de lutte contre le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme
GFP	Gestion des finances publiques
IHME	Institut pour l'évaluation et les métriques de santé
IRIN	Réseaux intégrés d'informations régionales
OMS	Organisation mondiale de la santé
SFI	Société financière internationale
SWAp	Approche sectorielle
TB	Tuberculose
TRO	Thérapie par réhydratation orale
VIH/SIDA	Virus de l'immunodéficience humaine/Syndrome d'immunodéficience acquise



1. Objectif et vue d'ensemble

Ce document a pour objectif de présenter une vue d'ensemble du défi de santé auquel fait face l'Afrique, puis de passer en revue les grandes lignes d'options de politiques ou de réformes possibles pour aborder l'optimisation des ressources en matière de santé en Afrique.

Le chapitre 2 du présent document offre diverses perspectives sur le défi de santé en Afrique, exposant tout d'abord une étude de cas spécifique au Ghana, puis résumant quelques analyses récentes. Il introduit la notion de la chaîne des résultats, qui établit un lien entre les intrants, les extrants et les résultats. L'optimisation des ressources quant à elle, consiste à maximiser l'impact à l'aide de ressources limitées et, est déterminée par la relation qui existe entre les intrants, les extrants et les résultats.

Les chapitres 3 à 5 décrivent les défis de santé en Afrique de manière plus méthodique, à travers l'analyse des données disponibles qui comparent les résultats, les extrants et les intrants en matière de santé de l'Afrique à ceux d'autres régions. Ces chapitres soulignent également les différences importantes qui existent entre les pays africains en termes d'indicateurs de santé.

Le chapitre 6 résume et rassemble les analyses des parties précédentes, soulignant la charge de morbidité changeante et importante en Afrique. Bien que les faibles résultats de santé en Afrique puissent être associés aux niveaux relativement bas des intrants et du financement, il est tout à fait possible aussi, comme dans le secteur de la santé d'autres régions, de mettre l'accent sur l'efficacité et d'améliorer l'optimisation des ressources. Étant donné l'état de la santé en Afrique, cette orientation s'avère indispensable.

Le chapitre 7 examine une série de travaux récents sur l'optimisation des ressources dans le secteur de la santé et sur la réforme du système de santé en vue de fournir des cadres d'options de politiques ou de leviers pour aborder la question de l'efficacité dans ce secteur. Cette discussion s'appuie nécessairement sur une compréhension des principales fonctions d'un système de santé. En outre, les composantes de la fonction de financement de la santé sont étudiées et les aspects de la réalité africaine décrits.

La conclusion met en exergue les domaines clés et indique les thèmes de dialogues futurs.

2. Approches pour décrire le défi de santé en Afrique

2.1 Vue d'ensemble

La discussion sur les défis de santé en Afrique peut être appréhendée sous de nombreux angles différents. La communauté de la santé avance de façon régulière dans l'apport systématique des données portant sur la situation sanitaire et les systèmes de santé des différents pays, ainsi que dans l'établissement des bases de données comparatives.

Nous commençons à examiner un cas particulier au Ghana. Puis, nous nous concentrerons sur deux évaluations récentes : l'une réalisée par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et l'autre par deux chercheurs éminents, offrant ainsi des angles légèrement différents. Le chapitre présente ensuite une introduction aux indicateurs clés des résultats en matière de santé, de la prestation de services et du financement/des intrants, et examine les données factuelles les plus récentes pour l'Afrique.



2.2 Ghana 2001

Dans un article de *Lancet* en 2001, le rédacteur Richard Horton étudie les aspects du système de santé du Ghana ainsi que ses changements, et suggère dans le titre de l'article que les conditions qui y sont trouvées « définissent le défi africain ». Son « cas » introductif a été reproduit dans l'Encadré 2.1.

Encadré 2.1: Un cas de santé, au Ghana en 2001

« Unité D3, Hôpital d'enseignement Komfo Anokye, à Kumasi : le Prof T. C. Ankrah, professeur en médecine, et récemment élu Membre du Collège royal de médecine de Londres, mène son équipe à un patient, un garçon âgé de 16 ans, qui présente une enflure énorme du côté gauche du visage. Le garçon peut à peine parler. Il chuchote que l'enflure est présente depuis seulement 3 semaines. Il habite un village situé à 36 miles (58 km) de la ville et ne va plus à l'école depuis 4 mois. En l'examinant, on trouve une masse maxillaire déformante, et plusieurs masses abdominales sont visibles. Une cytoponction d'une de ces enflures superficielles avait révélé un mélange de petits et de grands lymphocytes. »

« Le traitement du lymphome de Burkitt devrait être simple. Le cyclophosphamide provoque habituellement une lyse rapide de la tumeur. Le Professeur Ankrah a commencé la dexaméthasone pour réduire l'œdème environnant. Cependant, il y a un problème. La pharmacie de l'hôpital n'a pas de cyclophosphamide. Les parents de ce garçon devront trouver et acheter ce médicament dans une des quelques centaines de pharmacies privées de la ville. Le traitement de base pour le lymphome de Burkitt est de 1 000 mg de cyclophosphamide par mètre carré toutes les 2 à 3 semaines, puis deux traitements supplémentaires après rémission complète. Cela fait approximativement 1 500 mg par traitement pour ce jeune homme ; il lui faudra au moins cinq traitements. »

« Nous allons voir le pharmacien dirigeant pour découvrir si la pharmacie recevra prochainement du cyclophosphamide. Si le médicament était disponible, il coûterait 24 000 cedis le gramme (5 000 cedis font environ 0,50 UK£). Le pharmacien nous dit qu'il n'en attend pas. Il est réticent à garder le cyclophosphamide en stock parce que la demande pour ce médicament est irrégulière. Le comptable de Komfo Anokye est à ses côtés. J'apprends que jusqu'à deux patients sur cinq s'enfuient de l'hôpital sans avoir payé. On a vivement conseillé aux cliniciens et aux pharmaciens de récupérer les frais avant de proposer des soins ou de faire des traitements. Un nouveau patient doit payer 100 000 cedis à l'hôpital avant d'être hospitalisé. Les infirmières notent l'utilisation de chaque pansement, seringue, aiguille et paire de gants jetables dans les dossiers du patient. »

« Les frais de logement, d'hygiène, d'alimentation et de tests diagnostiques doivent tous être couverts. C'est le monde pernicieux des frais de l'utilisateur – ou le « payé-empporté », tel que l'appellent les Ghanéens. Prof Ankrah nous conduit ensuite hors de l'hôpital, à deux pharmacies privées à proximité. L'une n'a pas de cyclophosphamide. L'autre en a – 1g du médicament coûte 35 000 cedis, élevant ainsi le prix minimum que les parents devront payer à plus de 250 000 cedis. Pour une famille agricole de village qui cultive des plantes et s'occupe de bétail pour un minimum de survie, et qui a déjà dépensé 100 000 cedis pour avoir le privilège d'occuper un lit à Komfo Anokye, cette somme supplémentaire pourrait bien être hors de leur portée. Est-ce que ce garçon recevra le traitement dont il a besoin ? L'équipe médicale convient qu'il a très peu de chances d'être soigné. »



Ce cas particulier fait référence à de nombreuses composantes du défi de la santé en Afrique. En premier lieu, le cas souligne le fait que beaucoup de gens en Afrique souffrent et meurent de maladies connues et dont le traitement est assez simple.

Dans ce cas, le garçon ne recevra peut-être pas de traitement pour sa maladie parce que le médicament qui lui convient n'est pas disponible dans le secteur public. Bien que le médicament soit disponible dans le secteur privé, son coût pourrait être prohibitif étant donné la situation socio-économique du garçon et de ses parents. Puis le cas indique les frais de l'utilisateur ou les paiements directs comme obstacle au traitement qui limite l'accès aux services de santé. Même si le médicament était disponible dans le secteur public, il est possible toutefois que les coûts aient présenté un obstacle. Si la famille était capable de payer, le coût des services médicaux pourrait imposer d'importantes contraintes aux finances du ménage et cela pourrait, en effet, s'avérer catastrophique. Les problèmes clés qui ressortent concernent les systèmes de distribution dans le secteur public, les niveaux de financement et les mécanismes de financement des services médicaux (dans le cas présent, dans un hôpital public, le traitement nécessite des paiements directs de la part du particulier).

Bien que le résultat de ce cas soit aléatoire, il montre que dans certains domaines, des éléments de services de santé sont disponibles. Dans le cas de ce garçon, il avait accès à l'hôpital et au personnel médical compétent, quoique à un prix qui aura un impact sur la famille. Dans de nombreuses régions du Ghana et, effectivement, de presque tous les pays d'Afrique, les établissements de santé et le personnel médical ne sont pas d'accès « faciles ». Une caractéristique clé que Horton distingue est l'inégalité d'accès aux établissements de santé et au personnel médical dans les différentes parties du Ghana. Les obstacles sont la distance des établissements (l'indisponibilité des établissements) et du personnel. Tandis que le sud du Ghana est mieux servi (mais pas de façon adéquate, comme l'illustre l'exemple de Horton) le nord, moins peuplé et plus rural, se porte moins bien.

Le directeur régional de la santé de la région du nord, avec qui Horton a eu une entrevue, a cité :

- le départ des médecins, des infirmiers et infirmières et des techniciens vers le sud du pays ;
- l'absence de moyens de formation pour le personnel dans le nord ;
- l'absence d'avantages concrets pour inciter les médecins à revenir ;
- l'absence d'équipement médical pour soutenir les médecins ; et,
- le besoin de décentraliser les ressources et de créer une structure professionnelle permanente pour les professionnels de santé.

La décentralisation des ressources requiert d'apporter des changements aux systèmes de financement et aux mécanismes d'affectation. Les raisons apparentes pour ne pas décentraliser davantage le financement (« la capacité administrative à gérer les larges budgets de santé n'existe tout simplement pas dans la région ») soulèvent aussi la question présumée ou réelle de la capacité et des systèmes de gestion.

Malgré l'indication d'autres obstacles à l'accès à la santé au Ghana (tels que le transport, le matériel, la formation aux professions de santé et la recherche), Horton fournit des données concrètes de progrès accomplis et de solutions innovantes. Il évoque en particulier l'établissement d'un système d'assistance mobile régional dans le nord, qui est devenu opérationnel et efficace, grâce à l'aide de membres de la communauté (dont certains ne savent pas lire ou écrire) pour enregistrer les cas de santé (les incidents, les traitements et les résultats) et évaluer l'impact des interventions. L'utilisation de motos pour se rendre dans les villages a été une innovation essentielle. En plus d'effectuer le suivi, ces bénévoles instruisent



également. Des accoucheurs traditionnels qui ont été formés assistent les bénévoles. Certains bénévoles signalent des progrès. Cependant, une amélioration dans l'accès aux services accroît les attentes et les dirigeants locaux se trouvent face au problème du transport inadéquat vers les établissements de santé de niveau supérieur.

Depuis 2001, de nombreux changements ont été constatés au Ghana et notre première étude de cas examine certains aspects des réformes introduites à travers l'intérêt accordé à la santé maternelle et infantile.

2.3 Autres questions du côté de l'offre

Kirigia et Barry (2008) exposent davantage des questions concernant l'aspect de l'offre que le cas du Ghana a révélé. Tandis qu'ils examinent les intrants individuels (tels que les professionnels de la santé), ils se concentrent aussi sur les différents aspects du système de santé dans son ensemble, qui vont au-delà des intrants mêmes. Ils classent les défis de la santé en Afrique en fonction des six catégories suivantes :

- les défis en matière de direction et de gouvernance ;
- les pénuries de (et les inégalités entre) professionnels de la santé ;
- la corruption et l'incompétence dans les systèmes de distribution (« La corruption endémique dans les systèmes d'acquisition de produits et de technologies médicaux, les systèmes de distribution peu fiables, les prix inabordables, l'emploi inconsidéré et les inégalités dans la qualité et la sécurité ») ;
- le manque de technologies de l'information et de la communication (TIC) et des compétences limitées pour développer des systèmes d'information pour la gestion sanitaire ;
- les problèmes de financement de la santé (le faible investissement, l'insuffisance de politiques et de plans stratégiques de financement, la fréquence des paiements directs, le manque de filets de sécurité sociale, la faible gestion financière) ; et
- le manque d'efficacité dans l'organisation et la gestion des services de santé et le manque d'accès aux services de santé de qualité et aux services publics de base/ services d'hygiène du milieu (assainissement, eau pure, etc.).

2.4 Moteurs de la demande pour les soins de santé

Un rapport de 2006 de l'OMS a enregistré « les progrès accomplis à ce jour dans la lutte contre la maladie et dans la promotion de la santé dans la région africaine », passant en revue les « réussites » et examinant « les domaines où des efforts supplémentaires sont nécessaires ». Le « message central » a soutenu que le développement socio-économique en Afrique est tributaire de l'amélioration de la santé des populations qui connaissent pour la plupart les interventions de santé nécessaires et, que la clé pour transmettre des services aux personnes qui en ont besoin, réside dans l'amélioration des systèmes de santé.

Le rapport a souligné les cinq grands domaines de progrès, d'obstacles et de stratégies clés (OMS, 2006) :

- « l'épidémie silencieuse » des décès maternels et infanto-juvéniles ;
- « une vaste gamme de maladies infectieuses évitables et traitables » ;
- des pressions sanitaires accrues de maladies non transmissibles, de la santé mentale et des blessures ;
- un environnement qui pose des risques importants pour la santé ; et,
- construire ou reconstruire les systèmes faibles ou dysfonctionnels de santé.



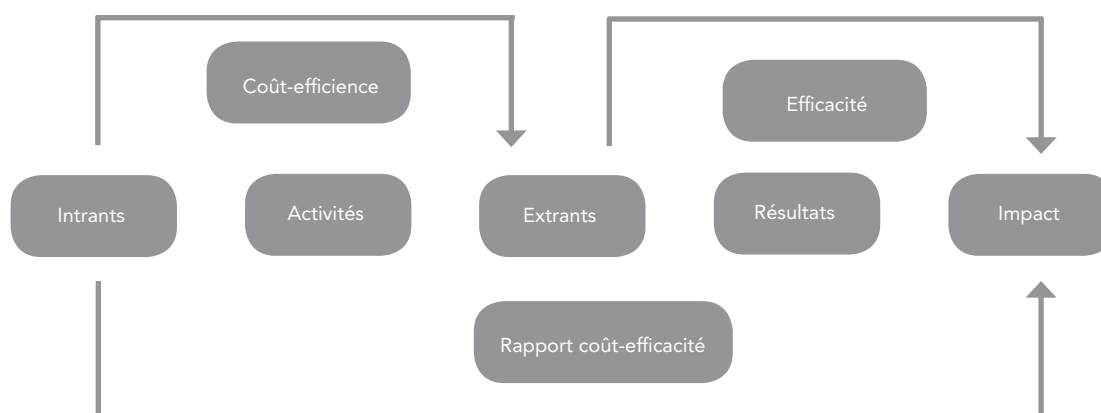
2.5 Une vue d'ensemble des résultats, des extrants et des intrants

Par conséquent, les défis de santé en Afrique représentent une liste exhaustive, et, comme le montre ce qui est susmentionné, il existe de nombreux points d'entrée différents. Des perspectives variables peuvent constituer un problème pour résoudre ces défis de santé. Communément, les ministères des Finances et les ministères de la Santé diffèrent d'opinion sur les problèmes importants. Tandis que les ministères de la Santé mettent l'accent sur le manque de financement et les prestataires sur l'absence d'autonomie, les ministères des Finances accordent de l'importance à la pénurie des capacités (ressources humaines, chaîne d'approvisionnement et gestion financière) et aux inefficacités qui selon eux, en découlent.

Afin d'établir un cadre commun, la prochaine partie met donc les composantes du défi de l'Afrique dans le cadre de « la chaîne de résultats » (voir la Figure 2.1) : le flux des apports financiers et autres dans les systèmes de santé (allocations budgétaires, ressources humaines, et intrants qui n'ont pas trait au personnel, tels que les médicaments) aux activités et extrants (par exemple, le nombre des visites aux hôpitaux, le nombre de visites aux centres médicaux et le nombre de vaccination) ainsi qu'aux résultats (état de santé de la population).

L'accent mis sur les composantes de la chaîne des résultats nous donne aussi une définition initiale de l'optimisation des ressources de santé publique – le rapport entre les intrants et les résultats, défini à la Figure 2.1 comme le rapport coût-efficacité.

Figure 2.1: La chaîne des résultats



Source : Alliance internationale contre le VIH/SIDA, 2010

3. État de santé et charge de morbidité (résultats de santé)

« Toute discussion sur la politique de santé doit commencer en ayant la notion de la dimension réelle des problèmes de santé ». (Banque mondiale, 1993)

La région africaine « a la charge de morbidité la plus élevée et l'espérance de vie moyenne la plus faible dans le monde » (Kirigia et coll., 2006).

L'état de santé d'une population est généralement mesuré en fonction de la mortalité, de la morbidité (maladie) et de l'espérance de vie.



3.1 Espérance de vie

En 1993, la Banque mondiale a rapporté que : « L'amélioration de l'espérance de vie a été plus forte, au cours des 40 dernières années que pendant toute l'histoire antérieure de l'humanité. En 1950, l'espérance de vie dans les pays en développement était de quarante ans ; en 1990, elle avait augmenté pour passer à soixante-trois ans ». Le rapport a également indiqué que « non seulement ces améliorations se traduisent en gains directs et significatifs pour le bien-être, mais qu'elles réduisent aussi le fardeau économique qui était la résultante des travailleurs en mauvaise santé et des écoliers malades ou absents. Ces succès sont en partie dus à la croissance des revenus et l'augmentation/l'amélioration de l'éducation dans le monde entier et, en partie dus à des efforts faits par les gouvernements pour développer les services de santé, qui, en outre, ont été améliorés par les progrès technologiques » (Banque mondiale, 1993).

Bien que l'Afrique subsaharienne ait montré la plus lente progression au cours de la période comprise entre 1950 et 1990, avec une espérance de vie passant de 39 à 52 ans, d'un point de vue historique cette amélioration était pourtant rapide. Bien que la hausse des revenus moyens soit associée de manière positive à l'amélioration de l'espérance de vie, la Banque mondiale (1993) a montré que l'ampleur de la pauvreté et les dépenses publiques en santé sont des vecteurs critiques pour déterminer l'espérance de vie. À partir d'une étude réalisée sur les pays en développement, la Banque mondiale a constaté qu'« environ un tiers de l'effet de la croissance économique sur l'espérance de vie résulte de la réduction de la pauvreté et les deux tiers restants sont dus à une augmentation des dépenses publiques en santé ».

L'augmentation de l'espérance de vie en Afrique s'est inversée dans les années 1990 : « l'espérance de vie à la naissance dans cette région était de 45 ans en 1970. Elle était passée à 49,2 ans dans les années 1980 puis était tombée durant les années 1990 et au début des années 2000 à tout juste 47 ans. L'espérance de vie dans son ensemble pour les personnes nées dans la région de l'Afrique en 2002 aurait été de 54 ans, sans la perte d'environ six années de vie en raison de la seule incidence du VIH/SIDA » (OMS, 2006b).

Le Tableau 3.1 présente les estimations de l'OMS pour l'année 2008 sur l'espérance de vie pour les différentes régions de l'OMS et pour certains pays d'Afrique. Il montre que par rapport à d'autres régions, l'espérance de vie en Afrique est faible et n'a augmenté que très lentement, après avoir chuté au milieu de cette période. Le tableau montre également la variation à travers l'Afrique. Alors que certains pays d'Afrique du Nord et certaines économies insulaires ont continué à faire de bons progrès, l'espérance de vie a chuté dramatiquement dans des pays tels que le Lesotho et le Zimbabwe.



Tableau 3.1: Espérance de vie de 1990 à 2008 – pays africains sélectionnés (taux les plus faibles et les plus élevés) et les groupes de pays internationaux

États membres de l'OMS	Espérance de vie à la naissance (années) Pour les deux sexes		
	1990	2000	2008
Tunisie	70	73	75
Maurice	69	71	73
Jamahiriya arabe libyenne	69	71	73
Maroc	65	70	72
Seychelles	69	72	72
Algérie	66	69	71
République démocratique du Congo	49	47	48
Somalie	46	48	48
Lesotho	61	50	47
Tchad	49	47	46
Angola	42	44	46
Zimbabwe	61	44	42
Régions de l'OMS			
Région africaine	51	50	53
Région des Amériques	71	74	76
Région de l'Asie du Sud-est	58	62	65
Région européenne	72	72	75
Région de la Méditerranée orientale	61	63	65
Région du Pacifique occidental	69	72	75
Groupes de revenus			
Faible revenu	54	55	57
Revenu moyen inférieur	62	65	67
Revenu moyen supérieur	68	69	71
Revenu élevé	76	78	80
Mondial	64	66	68

Source : OMS (2010a)

3.2 Mortalité adulte

La mortalité des adultes est généralement mesurée par la probabilité de décès entre 15 et 60 ans (également appelé le « quotient de mortalité 45q15 »), exprimée pour 1 000 habitants (OMS, 2006 ; Rajaratnam et coll. 2010a). Les estimations les plus récentes disponibles de l'OMS sont pour 2008 (OMS, 2010). Rajaratnam et coll. (2010a) fournissent de nouvelles estimations pour 187 pays avec des estimations publiées pour les années 1970, 1990 et 2010. La logique même de leur exercice est due à l'existence de « différences substantielles » entre les autres estimations, principalement du Programme des Nations unies pour le développement



(PNUD) et de l'OMS, et au manque de transparence et de potentiel de multiplication d'autres approches. Ils classent les pays d'Afrique subsaharienne en 5 groupes en fonction des profils épidémiologiques et de la géographie, à savoir Afrique centrale, de l'est, australe et de l'ouest. Les pays d'Afrique du Nord, que sont l'Algérie, l'Égypte et le Maroc sont classés avec le Moyen-Orient. Bien que les données de Rajaratnam et coll., soient plus récentes et qu'elles s'appuient sur de meilleures méthodologies, les moyennes régionales n'ont pas été publiées et nous nous sommes donc servis dans certains cas de la base de données de l'OMS. Enfin, un autre élément qui justifie l'utilisation des données de l'OMS est qu'elles offrent un plus large éventail.

D'après Rajaratnam et coll., (2010a), en 2010, la mortalité adulte pour les hommes dans le monde était la plus élevée au Swaziland (765 pour 1 000) et pour les femmes en Zambie (606 pour 1 000) reflétant le différentiel général des taux de mortalité adulte entre les hommes et les femmes. Cela contraste avec la mortalité adulte la plus basse dans le monde pour les hommes en Islande (65 pour 1 000) et pour les femmes à Chypre (38 pour 1 000). Les taux de mortalité féminine les plus faibles en Afrique en 2010 ont été observés en Tunisie (56 pour 1 000) suivis ensuite du Cap-Vert avec 93 pour 1 000, avec la plupart des taux allant de 200 pour 1000 à 606 pour 1 000 en Zambie. Les taux de mortalité masculine les plus faibles en 2010 en Afrique ont également été constatés en Tunisie (109 pour 1 000) suivis par Sao Tomé et Príncipe à 201 pour 1 000, avec la plupart des taux compris entre environ 300 pour 1 000 et 765 pour 1000 au Swaziland.

Le Tableau 3.2 présente des estimations de l'OMS sur la mortalité pour 1990, 2000 et 2008 pour les pays africains avec les taux de mortalité les plus faibles et les plus élevés et aussi pour les régions internationales et les groupes de pays de l'OMS. L'OMS a estimé la mortalité adulte moyenne pour l'Afrique subsaharienne en 2008 à 392 pour 1 000, ce qui dépasse la moyenne mondiale de 180 pour 1 000 et de tous les autres groupes de pays d'une marge importante. En 2008, la mortalité féminine est de 374 pour 1 000 par rapport à la mortalité masculine qui est de 412 pour 1 000.

Ce tableau indique également que bien qu'il y ait eu une amélioration régulière dans de nombreux pays africains au fil du temps, la mortalité adulte a empiré de manière significative dans certains pays, en particulier ceux de l'Afrique australe. Rajaratnam et coll. (2010a) concluent que, bien qu'« entre 1970 et 2010, une augmentation substantielle de la mortalité adulte se soit produite en Afrique subsaharienne en raison de l'épidémie de VIH ... dans toutes les régions de l'Afrique subsaharienne, la mortalité des hommes et des femmes adultes a commencé à décliner depuis 2005, du fait en partie d'une réduction du taux de séropositivité et en partie peut-être aussi de l'accès accru au traitement antirétroviral ».



Tableau 3.2: Mortalité adulte de 1990 à 2008 – pays africains sélectionnés (taux les plus faibles et les plus élevés) et les groupes de pays internationaux

États membres	Taux de mortalité adulte (probabilité de décès entre 15 et 60 ans pour 1000 habitants) Pour les deux sexes		
	1990	2000	2008
Tunisie	124	117	103
Maroc	164	135	118
Algérie	181	153	132
Jamahiriya arabe libyenne	178	156	138
Maurice	193	172	160
Zambie	352	632	515
Afrique du Sud	271	392	520
Swaziland	230	444	620
Lesotho	251	521	685
Zimbabwe	285	711	772
Plages des valeurs par pays			
Minimum	60	57	53
Médiane	206	197	175
Maximum	774	711	772
Régions de l'OMS			
Région africaine	371	421	392
Région des Amériques	162	140	126
Région de l'Asie du Sud-est	274	252	218
Région européenne	157	165	149
Région de la Méditerranée	242	217	203
Région du Pacifique occidental	165	132	113
Groupes de revenus			
Faible revenu	331	345	310
Revenu moyen inférieur	227	205	178
Revenu moyen supérieur	195	206	191
Revenu élevé	117	98	87
Mondial	210	200	180

Source : OMS (2010a)

3.3 Mortalité infanto-juvénile

En 2008, l'Afrique subsaharienne représentait près de 50 % des décès d'enfants. (Rajaratnam, 2010 b). Comme le montre le Tableau 3.3, la mortalité infanto-juvénile en Afrique reste élevée, avec une probabilité de 142 pour 1 000 décès avant 5 ans de naissances vivantes en 2009, par rapport à une moyenne mondiale de 63 pour 1 000 (ce qui est également proche du taux de l'Asie du Sud-est). Toutefois, comme à travers le monde, les taux de mortalité infanto-juvénile en Afrique sont à la baisse : de 182 pour 1 000 naissances vivantes en 1990, à 165 pour 1 000 en 2000, à 142 pour 1 000 en 2008. En outre, l'Institut pour l'évaluation et les métriques de santé (IHME, 2010a) a constaté, en étudiant le rythme d'évolution, ce qui suit :



- « dans 13 régions du monde, y compris dans toutes les régions de l'Afrique subsaharienne, on constate une progression rapide des baisses de 2000 à 2010 par rapport à 1990 et 2000 » ; et,
- « au sein de l'Afrique subsaharienne, les taux de baisse ont progressé de plus de 1 % en Angola, au Botswana, au Cameroun, au Congo, en République démocratique du Congo, au Kenya, au Lesotho, au Liberia, au Rwanda, au Sénégal, en Sierra Leone, au Swaziland et en Gambie. »

Tableau 3.3: Mortalité infanto-juvénile de 1990 à 2008 – pays africains sélectionnés (taux les plus faibles et les plus élevés) et les groupes de pays internationaux

États membres	OMD 4: Taux de mortalité infantile (probabilité de décès avant 1 ans pour 1 000 naissances vivantes)			Taux de mortalité juvénile (probabilité de décès avant 5 ans pour 1000 naissances vivantes)		
	1990	2000	2008	1990	2000	2008
Both sexes						
	1990	2000	2008	1990	2000	2008
Seychelles	15	12	10	17	14	11
Maurice	21	16	14	23	18	16
Jamahiriya arabe libyenne	33	22	15	38	24	17
Tunisie	40	23	18	50	27	21
Égypte	66	38	20	89	47	23
Guinée-Bissau	142	129	117	240	218	195
Somalie	119	119	119	200	200	200
Tchad	120	122	124	201	205	209
République démocratique du Congo	126	126	126	199	199	199
Angola	154	141	130	260	238	220
Plages des valeurs par pays						
Minimum	5	3	1	6	3	2
Médiane	37	28	21	46	34	23
Maximum	168	165	165	305	257	257
Régions de l'OMS						
Région africaine	108	98	85	182	165	142
Région des Amériques	33	22	15	41	27	18
Région de l'Asie du Sud-est	80	63	48	113	87	63
Région européenne	27	18	12	32	22	17
Région de la Méditerranée	77	66	57	105	90	78
Région du Pacifique occidental	36	28	18	46	34	21
Groupes de revenus						
Faible revenu	101	88	76	158	137	118
Revenu moyen inférieur	64	55	44	91	78	63
Revenu moyen supérieur	37	26	19	45	32	23
Revenu élevé	10	7	6	12	8	7
Mondial	62	54	45	90	78	65

Source : OMS, (2010a)



3.4 Mortalité maternelle

Dans une récente mise à jour sur les progrès mondiaux accomplis pour réduire la mortalité maternelle et infantile (OMD 4 et 5), l'institut IHME (2010a) a noté que :

« La mortalité maternelle exprimée en pourcentage, ne représente qu'une partie infime de l'ensemble de la mortalité adulte. Mais les chiffres s'avèrent troublants pour deux raisons. Premièrement, les décès maternels sont normalement évitables, même dans des milieux à faibles ressources. Deuxièmement la mortalité maternelle est une fenêtre ouverte sur la force globale du système de santé d'un pays...

Une grossesse permet de tester presque tous les aspects d'un système de santé : les soins préventifs, l'encadrement, la chirurgie, l'administration de médicaments, les soins de suivi et le traitement d'urgence. Le nombre de femmes décédant de causes maternelles a historiquement démontré que beaucoup trop de systèmes de santé nationaux échouaient à ce test. »

Les pays africains figurent de manière significative dans le groupe de pays avec une mortalité maternelle qui représente une part disproportionnée des causes de décès des femmes. Citons par exemple le Nigeria qui compte 4,4 % des naissances mondiales mais aussi 10,7 % des décès maternels en 2008, ou le Mali avec 0,4 % des naissances mondiales mais 1,1 % des décès maternels. En 2008, le Nigeria, l'Éthiopie et la République démocratique du Congo représentaient 20 % des décès maternels mondiaux.

Néanmoins, certains pays africains ont fait des progrès importants ces dernières années. L'institut IHME (2010a) prend pour exemple le Mali qui « avait un TMM de 831 décès pour 100 000 naissances vivantes en 1990. Au cours des 10 années suivantes, le TMM avait à peine changé, tombant à 807. Cependant, en 2008, le TMM du pays avait chuté à 670, certes un chiffre encore élevé selon les standards mondiaux mais une diminution totale tout de même de près de 17 % en moins d'une décennie » (IHME, 2010a).

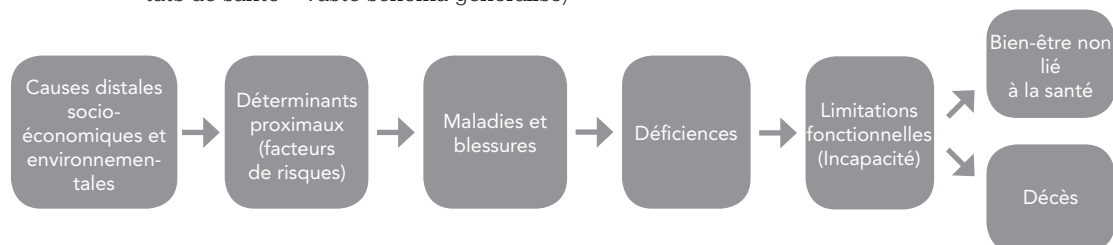
3.5 Charge de morbidité

Alors que la mortalité est communément utilisée pour évaluer l'ampleur des problèmes de santé, elle s'avère incomplète comme indicateur de l'état de santé, car elle ne prend pas en compte les pertes liées aux autres effets de maladies et de blessures tels que l'handicap, la douleur et l'invalidité (Banque mondiale, 1993). Le cadre de la charge globale de morbidité (CGM) « intègre des données sur les résultats de santé non mortelle dans des mesures synthétiques de la santé de la population » (Lopez et coll., 2006). Elle combine des « pertes dues à des décès prématurés » et la « perte de vie en bonne santé », dans la mesure de la perte des années de vie corrigées de l'incapacité (AVCI) (Banque mondiale, 1993).¹ D'après l'Institut pour l'évaluation et les métriques de santé, « une année de vie corrigée de l'incapacité mesure la charge globale de morbidité en calculant les années de vie en bonne santé perdues, en raison de maladies, d'invalidités ou de décès précoces ». En outre, le cadre de la CGM classe les sources de pertes de vie et d'incapacités selon les catégories diagnostiques de la Classification internationale des maladies et les associe aux principaux facteurs de risque. Le cadre qui sous-tend l'approche est présenté à la Figure 3.1.

¹ L'AVCI est donc la somme des années de vie perdues par suite de mortalité prématurée (AVP) et des années de vie vécues avec une incapacité (AVI).



Figure 3.1: Composantes et déterminants de l'état de santé (chaîne causale des événements des résultats de santé – vaste schéma généralisé)



Source: Lopez et coll., (2006)

L'étude initiale sur la CGM a été commandée par la Banque mondiale en 1992, avec les données de 1990, puis Lopez et coll., (2006) les ont actualisées en 2001. L'IHME coordonne actuellement l'étude 2010 sur la charge globale de morbidité des maladies, des blessures et des facteurs de risque, qui « a commencé au printemps 2007 et représente le premier effort majeur fait depuis l'étude sur la CGM de 1990, pour effectuer une évaluation complète et systématique des données sur toutes les maladies et les blessures, produisant des estimations exhaustives et comparables de la charge de morbidité, des blessures et des facteurs de risque pour les années 1990, 2005 et 2010 » (IHME, 2010b).

La CGM est considérée comme essentielle pour la planification de la santé stratégique, car elle fournit une estimation de « la charge comparable de morbidité, des blessures et les facteurs de risque qui les causent, et la manière dont cette charge est susceptible de changer avec l'adoption de diverses politiques et interventions comparatives » (Lopez et coll., 2006). Le développement des politiques de santé est soutenu de plusieurs façons par des études de charge de morbidité, qui :

- évaluent la performance en mesurant les progrès au fil du temps ;
- fournissent des informations en vue de clarifier les valeurs et les objectifs des systèmes de santé ;
- apportent l'un des nombreux intrants aux processus afin d'établir un ensemble de priorités de contrôle des maladies ; et,
- fournissent une base de données concrètes pour aider à l'affectation ou la réaffectation des ressources à des interventions de santé (Lopez et coll., 2006).

Les AVCI perdues sont liées aux catégories de maladies (109 dans l'étude de 1992) et aux facteurs de risque. Différentes maladies sont regroupées en trois grandes catégories : les maladies transmissibles (telles que la tuberculose et le paludisme, y compris les causes maternelles, périnatales et nutritionnelles), les maladies non transmissibles (comme le cancer et les carences nutritionnelles) et les blessures (accident de voiture, blessures intentionnelles et autres).

L'étude initiale sur la CGM a identifié un nombre limité de facteurs de risque et l'analyse des risques a été approfondie dans Lopez et coll., (2006). Certains des facteurs de risque identifiés dans la mise à jour de 2006 sont : la dénutrition maternelle et des enfants ; d'autres facteurs de risque liés à la nutrition et l'activité physique ; les substances toxicomano-gènes, la santé sexuelle et génésique (ou reproductive) et les risques liés à l'environnement.

L'étude sur la CGM de 2001 a révélé que dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire, 36,4 % des décès et 39,8 % des AVCI pouvaient être attribués au groupe comprenant les maladies transmissibles, appelées maladies du groupe I.2 Les maladies non transmissibles ont représenté 48,9 % des AVCI et les blessures, 11,2 % (Lopez et coll., 2006). Par comparaison,



dans les pays à revenu élevé, 5,7 % des AVCI pouvaient être attribuées aux maladies du groupe I, 86,7 % en raison de maladies non transmissibles et 7,5 % en raison de blessures.

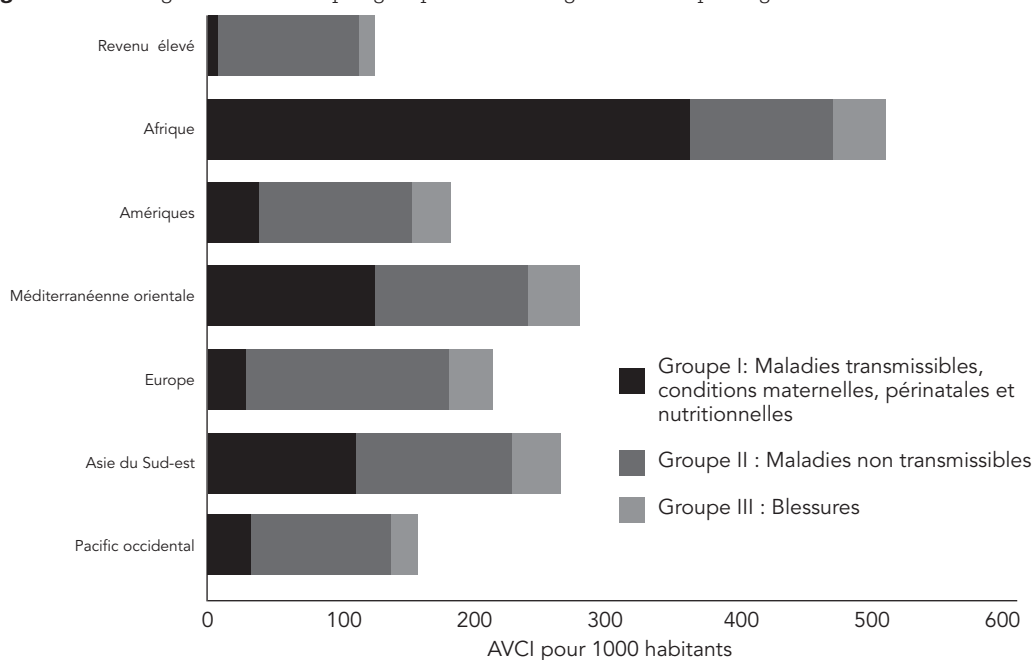
Alors qu'en Afrique l'accent est souvent mis sur les décès évitables dus aux maladies transmissibles et autres maladies du groupe I, l'OMS (2006) attire l'attention sur la charge croissante des maladies non transmissibles, faisant allusion à une double charge de morbidité menaçant l'Afrique : « les systèmes de santé dans la région africaine subissent un double fardeau, caractérisé par un taux élevé de mortalité et de morbidité dû aux maladies transmissibles associées à une augmentation des taux de maladies non transmissibles, y compris les blessures et les maladies mentales ». La base de données 2010 de l'OMS estime qu'en 2004, 80 % des années de vie perdues (AVP) étaient dues à des maladies transmissibles, 13 % à des maladies non transmissibles et 7 % à des blessures. Les principales causes de décès dans la région africaine de l'OMS sont indiquées au Tableau 3.4, tandis que la charge de morbidité par groupe de causes et par région est illustrée à la Figure 3.2.

Tableau 3.4: Charge de morbidité, AVCI, dans la région africaine de l'OMS

	AVCI (million)	% du total des AVCI
1. VIH/SIDA	46,7	12,4
2. Infections respiratoires inférieures	42,2	11,2
3. Maladies diarrhéiques	32,2	8,6
4. Paludisme	30,9	8,2
5. Infections néonatales et autres	13,4	3,6
6. Asphyxie et trauma à la naissance	13,4	3,6
7. Prématurité et faible poids à la naissance	11,3	3,0
8. Tuberculose	10,8	2,9
9. Accidents de la route	7,2	1,9
10. Malnutrition en énergie-protéine	7,1	1,9

Source : Base de données de l'OMS (2010)

Figure 3.2: Charge de morbidité par groupe de causes générales et par région en 2004



Source : OMS, (2006)



4. Prestation de services de santé (extrants)

L'idéal serait d'avoir une série d'indicateurs couvrant les différents niveaux des services de santé, des soins de santé primaires (principalement les cliniques et les centres de santé) aux services secondaires (hôpitaux de districts et régionaux) et tertiaires (hôpitaux spécialisés et de haut niveau) pour mesurer la prestation de services. En plus de l'accès et de la couverture, l'évaluation de la prestation de services de santé exige des informations sur la qualité des services. Toutefois, les données constituent un problème ; l'OMS (2006b) indique qu'il manque des données pour de nombreux pays. La disponibilité de données normalisées systématiques sur la qualité des services de santé est davantage problématique que ne l'est l'accès.

Aussi bien l'évaluation du défi de santé de l'OMS de 2006 que la base de données de l'OMS de 2010, comportent des indicateurs de couverture des services de santé. L'un des indicateurs que l'OMS suggère pour mesurer le service de santé est « la densité de lits pour patients hospitalisés » qui est considéré comme « l'un des quelques indicateurs disponibles d'une composante de niveau de prestation de services de santé ». Cet indicateur pourrait également être considéré comme un indicateur d'intrants, indiquant les infrastructures disponibles, et être pris en compte avec les effectifs de santé et les médicaments essentiels ci-dessous.

Les indicateurs communs de la disponibilité des services de santé sont :

- l'immunisation et la santé infantile et juvénile ;
- la santé maternelle ; et,
- les indicateurs spécifiques de maladies.

Le Tableau 4.1 fournit des informations sur les indicateurs de prestation de services sélectionnés se rapportant aux enfants. Comme le montre ce tableau, les données sur les interventions liées aux maladies spécifiques (paludisme et diarrhée dans ce cas) sont très inégales. Les données de couverture vaccinale sont assez complètes.

Les taux moyens de vaccination pour la région africaine de l'OMS ont fortement augmenté entre 1990 et 2008, passant de 57 % à 73 %, mais restent significativement en deçà des niveaux dans les autres régions de l'OMS, sauf dans la région de l'Asie du Sud-est (à 75 % en 2008). Dans un certain nombre de pays (dans le tableau, le Bénin, le Gabon et la Guinée équatoriale), les niveaux de vaccination ont diminué et ils restent très faibles dans certains pays (seulement 24 % et 23% en Somalie et au Tchad, respectivement).

Le Tableau 4.2 illustre certaines des iniquités dans les pays sur le plan de l'accès et de la couverture des services de base. Pour 11 pays, les données ne sont pas disponibles et pour d'autres pays, les données sont incomplètes. Vingt pays ont un faible écart rural-urbain (la Namibie, le Rwanda, le Swaziland, par exemple) avec des valeurs allant de 1 à 1,1. Pour le reste des pays, les ratios vont de 1,2 à un maximum de 2 au Tchad et en Éthiopie où la couverture urbaine est deux fois plus élevée que celle constatée en zones rurales.

Les colonnes du tableau qui enregistrent « le quintile de richesse » montrent que l'écart de couverture entre les pauvres et les riches est plus grand que l'écart entre zone urbaine et zone rurale, avec les 20 % des ménages les plus riches au Nigeria ayant un taux de vaccination contre la rougeole de 75 % en 2008, comparativement à 17 % parmi les 20 % des ménages les plus pauvres. D'autres données de l'OMS indiquent que la couverture sanitaire et l'accès aux soins de santé, mesurés par l'immunisation, sont aussi fortement influencés par le niveau d'études de la mère.



Tableau 4.1: Indicateurs choisis de prestation de services de santé (enfants) – dans des pays africains sélectionnés (les plus faibles et les plus élevés) et les régions internationales de l'OMS

États membres	Couverture par la vaccination chez les enfants d'1 an (en %)			Enfants de moins de 5 ans (en %)		
	OMD 4 Rougeole			OMD 6 Dormant sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide	OMD 6 Fiévreux et ayant reçu un traitement antipaludique	Souffrant de diarrhée et recevant une thérapie de réhydratation orale (TRO)
	1990	2000	2008	2000–2008	2000–2008	2000–2008
Seychelles	86	97	99	–	–	–
Jamahiriya arabe libyenne	89	92	98	–	–	–
Maurice	76	84	98	–	–	–
Tunisie	93	95	98	–	–	74,4
Cap Vert	79	78	96	–	–	99,8
Benin	79	72	61	20	54	30,1
Gabon	76	55	55	–	–	35,4
Guinée équatoriale	88	51	51	42	16	–
Somalie	30	38	24	9	8	20,8
Tchad	32	28	23	1	32	17,7
Régions de l'OMS						
Région africaine	57	56	73	17	–	–
Région des Amériques	80	92	93	–	–	–
Région de l'Asie du Sud-est	59	61	75	–	–	–
Région européenne	80	91	94	–	–	–
Région de la Méditerranée orientale	67	72	83	5	–	–
Région du Pacifique occidental	94	85	93	–	–	–
Groupes de revenus						
Faible revenu	58	61	76	18	–	–
Revenu moyen inférieur	76	71	82	–	–	–
Revenu moyen supérieur	77	92	94	–	–	–
Revenu élevé	83	91	93	–	–	–
Mondial	73	72	83	–	–	–

Source : OMS, (2010a)



Tableau 4.2: Iniquités en matière de couverture par la vaccination anti-rougeole – pays africains sélectionnés (classés en fonction des ratios les plus élevés aux plus faibles)

États membres	Année	Couverture par la vaccination des enfants de moins de 1 an (en %)							
		Lieu de résidence				Quintile de richesse			
		Milieu rural	Milieu urbain	Ratio urbain/rural	Différence urbain/rural	Le plus bas	Le plus élevé	Ratio le plus haut/le plus bas	Différence la plus haute/la plus basse
Tchad	2004	19	38	2,0	18	8	38	4,6	30
Éthiopie	2005	32	65	2,0	33	25	53	2,1	28
Nigeria	2008	34	59	1,8	25	17	75	4,3	58
Somalie	2006	23	40	1,8	17	22	47	2,1	25
Niger	2006	42	72	1,7	30	32	74	2,3	41
Namibie	2006–2007	82	86	1,0	4	70	95	1,4	25
Rwanda	2007–2008	90	92	1,0	2	89	92	1,0	3
Swaziland	2006–2007	91	95	1,0	4	89	93	1,0	4
Tunisie	2006	97	99	1,0	2	–	–	–	–
Mauritanie	2007	79	72	0,9	-7	67	79	1,2	12
Afrique du Sud	2003	68	59	0,9	-9	–	–	–	–

Source : Base de données de l'OMS, 2010

Une tendance générale montre que malgré des progrès importants faits dans certaines régions d'Afrique, l'Afrique subsaharienne accuse toujours un retard par rapport au reste du monde (sauf dans certains cas par rapport à la région de l'Asie du Sud-est de l'OMS) avec une marge importante. Les progrès ont également été inégaux sur le continent, et d'importants reculs ont été enregistrés dans certains pays. Tandis que les performances dans tous les pays restent inégales, il existe aussi de grandes iniquités au sein même des pays. Cette tendance se retrouve dans la plupart des indicateurs de prestation de services en matière de santé.

Le Tableau 4.3 fournit des données sélectionnées pour certains services se rapportant à la santé maternelle. Par rapport aux indicateurs du Tableau 4.1, les données sur les iniquités dans les services sont peu disponibles et montrent des iniquités plus importantes quant à l'accès aux soins de santé entre les zones urbaine et rurale et les tranches de revenu.



Tableau 4.3: Indicateurs choisis de prestation de services de santé (santé maternelle et génésique) – dans des pays africains sélectionnés (les plus faibles et les plus élevés) et régions internationales de l'OMS

États membres	OMD 5	OMD 5		OMD 5
	Couverture par les soins anténatals (au moins 1 visite)	Naissances assistées par du personnel de santé qualifié (en %)	2000–2008	Prévalence de la contraception
	2000–2009	1990–1999	2000–2008	2000–2008
Jamahiriya arabe libyenne	–	94	100	–
Maurice	–	99	99	75,8
Algérie	89	77	95	61,4
Botswana	97	–	94	44,4
Djibouti	92	–	93	17,8
Afrique du Sud	92	84	91	60,3
Somalia	26	34	33	14,6
Érythrée	70	21	28	8,0
Niger	46	18	18	11,2
Tchad	39	12	14	2,8
Éthiopie	28	–	6	14,7
Régions de l'OMS				
Région africaine	73	48	47	23,7
Région des Amériques	94	87	92	70,6
Région de l'Asie du Sud-est	75	40	49	57,5
Région européenne	–	95	96	68,4
Région de la Méditerranée orientale	65	43	59	42,8
Région du Pacifique occidental	90	85	92	82,7
Mondial	78	62	66	62,3

Source : Base de données 2010 de l'OMS, (consulter les qualifications des données dans la source)

5. Financement de la santé et intrants

5.1 Dépenses globales de santé

Comme il ressort des chapitres précédents, les résultats de santé en Afrique – l'incidence des maladies, des décès liés à la maladie et des décès prématurés, sont médiocres par rapport au reste du monde. Ces résultats de santé sont d'une part une composante des faibles niveaux de vie existants et d'autre part, un obstacle au développement. La mauvaise santé est à la fois un résultat et une indication de la pauvreté. En même temps, elle réduit les perspectives de développement en raison de son impact sur la productivité de la population africaine.

Toutefois, les résultats de santé en Afrique ne sont pas les seuls à être à la traîne du reste du monde. La Société financière internationale (SFI) a fait ressortir le contraste qui existe entre les besoins ou la demande, tels que mesurés par la charge de morbidité, et les ressources ou l'offre (voir la Figure 5.1).



Figure 5.1: Le défi de santé en Afrique : maladies, intrants et ressources comparées

Santé en Afrique
11% de la population mondiale
24% de la charge globale de morbidité
1% des dépenses mondiales en santé
3% du personnel de santé mondial

Source: IFC (2007)

Cette partie considère les dépenses de santé globales dans les pays africains, ces dépenses étant envisagées comme une proportion du PIB par habitant. Elle examine également un autre indicateur de la priorisation de la santé dans ces pays, à savoir la proportion des dépenses globales de l'État dédiée à la santé. Les diverses parts des dépenses de santé provenant de sources publiques et privées (et les différences dans la composition des dépenses publiques et privées) sont des aspects essentiels de la différenciation des systèmes de santé et ces questions sont traitées dans le chapitre suivant.

Les indicateurs globaux des dépenses de santé et de leur composition sont régulièrement publiés par l'OMS et le Fonds monétaire international (FMI). Récemment, l'IHME a publié une mise à jour sur les dépenses publiques pour la santé et pour l'Aide au développement en matière de santé. Une des conclusions principales à tirer était que « les données sur les dépenses de l'État pour la santé sont peu fiables du fait d'une grande variation entre les deux sources primaires de données : le FMI et l'OMS » (IHME, 2010c). Nous devons donc faire attention à l'interprétation des chiffres et comprendre que l'amélioration des données relatives aux dépenses de santé est un projet permanent.

Selon l'estimation de la base de données de l'OMS de 2010, les dépenses de santé dans le monde en pourcentage du PIB, sont passées de 9,2 % du PIB en 2000 à 9,7 % du PIB en 2007. Les dépenses moyennes dans la région africaine de l'OMS s'élevaient à 6,2 % du PIB, mais à 13,6 % dans les Amériques et à 8,8 % dans la région européenne. En 2007, les dépenses de santé en pourcentage du PIB dans la région de l'Asie du Sud-est (3,6 %) et de la Méditerranée orientale (4,1 %) étaient inférieures à celles de la région africaine.

Parmi les pays africains, les dépenses de santé en 2007, varient entre 13,9 % du PIB au Burundi et 2,1 % en Guinée équatoriale. Les pays qui dépensent beaucoup pour la santé en pourcentage de leur PIB sont toutefois des pays à faible revenu ; par conséquent, l'engagement élevé de ressources continue de se traduire par des niveaux de dépenses par habitant très faibles. À titre d'exemple, le Rwanda dépense 10,3 % de son PIB pour la santé, ce qui revient à 37 US\$ par habitant et le Malawi dépense 9,9 % de son PIB pour la santé, ce qui revient à 17 US\$ par habitant. Les pays d'Afrique qui dépensent le plus par habitant, sont les Seychelles (564 US\$ en 2007 ou 5,1% de son PIB) et l'Afrique du Sud (497 US\$ ou 8,6 % de son PIB). Au cours de la période 2000 à 2007, les dépenses de santé calculées par rapport au PIB, ont baissé dans 14 pays sur 51.

Les dépenses publiques générales de santé, calculées par rapport aux dépenses publiques totales, permettent de mesurer l'importance que les gouvernements accordent au secteur de la santé. Dans la déclaration d'Abuja signée en 2001, les dirigeants africains se sont fixés comme but d'affecter au moins 15 % de leur budget annuel au secteur de la santé (Preker et coll., 2006; OMS, 2006b). Dès 2007, selon les données fournies par l'OMS, 6 pays avaient atteint ou approchaient le montant cible (le Rwanda : 19,5 % ; la Tanzanie : 18,4 % ; le Liberia :



16,6 % ; Madagascar : 14,8 % ; et, la Zambie : 14,5 %). Les dépenses publiques de santé en pourcentage du PIB sont restées en-dessous de 5 % du PIB dans 4 pays (la Côte d'Ivoire, la Guinée, l'Érythrée et la Guinée-Bissau). L'OMS (2010b) observe qu'« il est décevant de constater qu'en 2007, 19 pays africains avaient affecté à la santé un pourcentage plus faible du total de leur budget national qu'avant la déclaration d'Abuja ».

Tableau 5.1: Les dépenses de santé calculées par rapport au PIB et les dépenses publiques de santé en % du total des dépenses publiques, dans des pays africains sélectionnés (les plus faibles et les plus élevés) et les régions internationales de l'OMS

États membres	Total des dépenses de santé en % du produit Intérieur brut		Total des dépenses de santé par habitant au taux de change moyen (en US\$)		Dépenses publiques générales de santé en % du total des dépenses publiques	
	2000	2007	2000	2007	2000	2007
Burundi	7,2	13,9	8	17	7,9	12,5
Liberia	9,2	10,6	18	22	9,0	16,6
Rwanda	4,2	10,3	9	37	8,2	19,5
Malawi	6,1	9,9	9	17	8,6	11,9
Zimbabwe	10,0	8,9	66	79	10,7	8,9
Afrique du Sud	8,5	8,6	251	497	10,9	10,8
Ghana	7,2	8,3	19	54	10,8	10,7
Jamahiriya arabe libyenne	3,7	2,7	238	299	7,2	5,4
Angola	2,4	2,5	15	86	3,2	5,3
Congo	2,1	2,4	22	52	4,8	5,1
Mauritanie	2,8	2,4	12	22	6,5	5,3
Guinée équatoriale	1,9	2,1	42	347	7,8	6,9
Régions de l'OMS						
Région africaine	5,9	6,2	35	76	8,7	9,6
Région des Amériques	12,0	13,6	1 849	2 911	15,5	17,1
Région de l'Asie du Sud-est	3,7	3,6	20	41	4,8	5,3
Région européenne	8,4	8,8	931	2 053	14,3	15,3
Région de la Méditerranée orientale	4,2	4,1	68	133	7,3	7,5
Région du Pacifique occidental	6,8	6,5	291	416	14,9	15,1
Groupes de revenus						
Faible revenu	4,7	5,3	14	27	7,6	8,7
Revenu moyen inférieur	4,4	4,3	34	80	7,5	7,8
Revenu moyen supérieur	6,2	6,4	221	488	8,9	9,4
Revenu élevé	10,2	11,2	2 657	4 405	15,6	17,2
Mondial	9,2	9,7	481	802	14,5	15,4

Source : Base de données 2010 de l'OMS, (consulter les qualifications des données dans la source)

Les conclusions quant à l'engagement des États en matière de santé sont positives dans l'ensemble ; avec l'OMS (2006b) notant que « les pays africains en tant que groupe, augmentent leur engagement vis-à-vis de la santé, et l'IHME (2010c) confirmant que



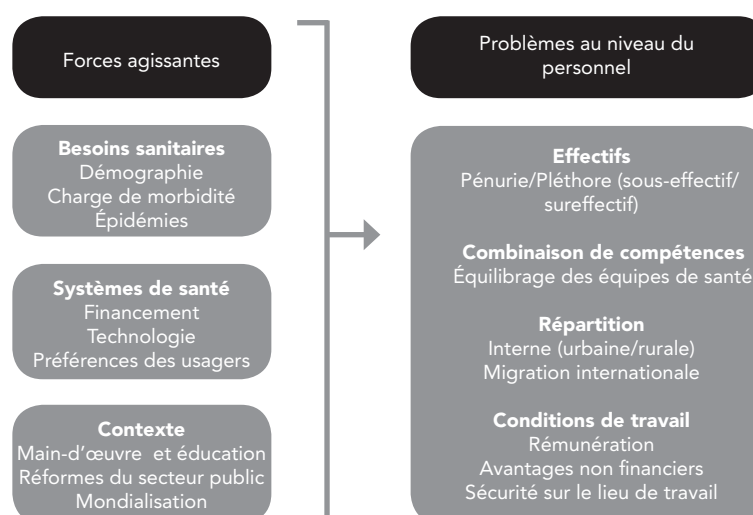
« L'importance accordée à la santé dans les pays en développement a connu un essor extraordinaire depuis les deux dernières décennies ». Toutefois, l'évaluation de l'Institut pour l'évaluation et les métriques de santé (IHME) indique que « la majorité des pays ayant le plus grand besoin de faire des dépenses de santé ont aussi réduit leurs engagements en matière de santé d'autant plus qu'ils ont reçu plus d'Aide au développement en matière de santé (ADS) ». Entre 1999-2002 et 2003-2006, dans les trois sous-régions de l'Afrique subsaharienne (centrale, orientale et australe) les dépenses publiques de santé provenant de ressources internes (qui sont appelées GGE-S), calculées par rapport aux dépenses publiques globales, ont décliné (IHME 2010c).

5.2 Ressources humaines

Le Rapport de l'OMS sur la santé dans le monde (OMS, 2006c) a décrit les difficultés rencontrées pour réunir une main d'œuvre suffisante afin de pouvoir relever les défis en matière de santé. En se basant sur des travaux antérieurs, le rapport a estimé que les pays disposant de moins de 2 ou 2,5 professionnels de santé pour 1 000 habitants (en ne tenant compte que des médecins, du personnel infirmier et des sages-femmes) ne pourraient pas réaliser une couverture médicale de 80 % pour certains services de base et qu'ils seraient par conséquent confrontés à une « pénurie critique ». Selon les estimations, 57 pays figuraient dans cette catégorie et 36 d'entre eux se trouvaient en Afrique australe. « Pour que tous ces pays puissent atteindre les niveaux cibles de disponibilité des professionnels de santé, il faudrait avoir un supplément de 2,4 millions de professionnels » (OMS, 2006c).

En outre, le Rapport a identifié toute une série de pressions qui affectent les professionnels de la santé et qui entraînent les pays les plus pauvres vers des « pénuries graves, des combinaisons de compétences inappropriées et des lacunes dans l'organisation et la distribution des services ». La Figure 5.2 est une représentation schématique qui illustre les pressions exercées sur la main-d'œuvre et les problèmes qui en résultent, comme présenté par l'OMS.

Figure 5.2: Forces agissantes et défis à relever au niveau du personnel de santé



Source : OMS (2006c)

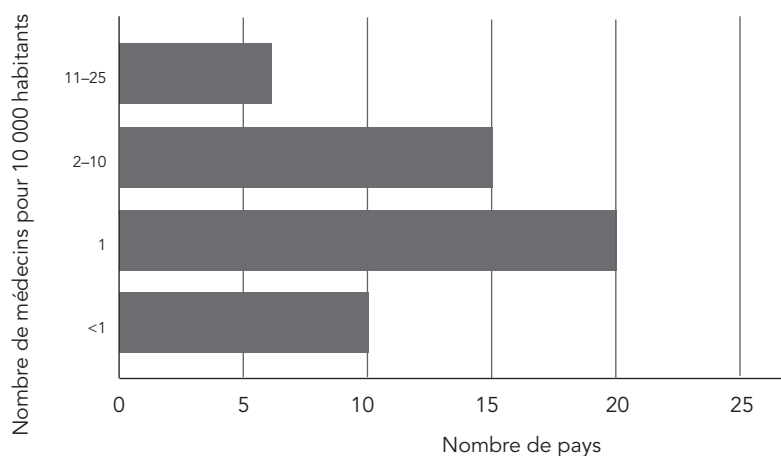
Le Tableau 5.2 présente une perspective comparative internationale sur la disponibilité des médecins, du personnel infirmier, des sages-femmes et des lits d'hôpitaux dans les diverses régions de l'OMS.

**Tableau 5.2:** Indicateurs de la disponibilité des professionnels de santé et des lits d'hôpitaux

Régions de l'OMS	Médecins Densité (pour 10 000 habitants)	Personnel Infirmier et Sages-femmes Densité (pour 10 000 habitants)	Lits d'hôpitaux (pour 10 000 habitants) 2000–2009
Régions de l'OMS			
Région africaine	2	11	9
Région des Amériques	23	55	24
Région de l'Asie du Sud-est	5	11	11
Région européenne	33	68	63
Région de la Méditerranée orientale	10	14	12
Région du Pacifique occidental	14	21	38
Groupes de revenus			
Faible revenu	4	10	15
Revenu moyen inférieur	10	14	29
Revenu moyen supérieur	24	40	39
Revenu élevé	28	81	58
Mondial	14	28	27

Source : Base de données 2010 de l'OMS (consulter les qualifications des données dans la source)

Alors que la moyenne mondiale est de 14 médecins pour 10 000 habitants, elle peut atteindre 33 médecins pour 10 000 habitants dans la région européenne. Dans la région africaine de l'OMS, on ne compte que 2 médecins pour 10 000 habitants. En ce qui concerne les infirmières/infirmiers et les sages-femmes, l'écart est moins marqué, mais demeure tout de même considérable ; 11 infirmières/infirmiers et sages-femmes pour 10 000 habitants dans la région africaine de l'OMS (et dans la région d'Asie du Sud-est) comparé à la moyenne mondiale de 28 infirmières/infirmiers et sages-femmes pour 10 000 habitants et un maximum de 68 pour 10 000 habitants dans la région européenne. Le tableau met en évidence également les disparités de disponibilité des infrastructures (nombre de lits d'hôpitaux pour une population de 10 000 habitants).

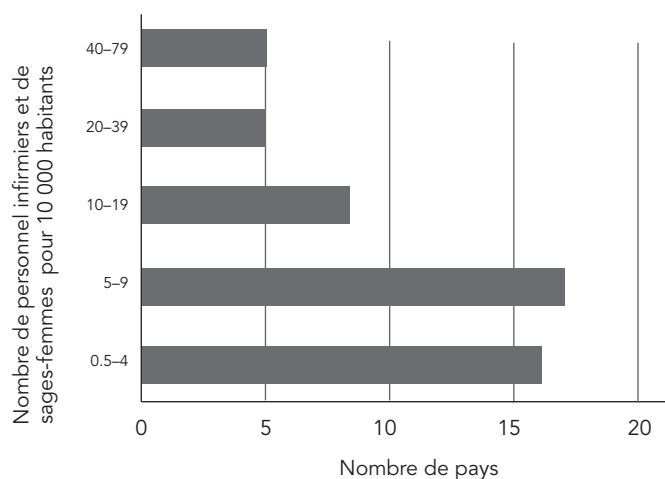
Figure 5.3: Nombre de médecins pour 10 000 habitants dans les pays africains

Source : Calculé à partir des données de l'OMS (2010a)



Les Figures 5.3 et 5.4 indiquent les différences sur l'ensemble des pays africains (y compris l'Afrique du nord). Alors que 6 pays ont entre 11 et 25 médecins pour 10 000 habitants, 20 pays ont environ 1 médecin pour 10 000 habitants et 10 pays disposent de moins de 1 médecin pour 10 000 habitants. De plus, 33 pays ont moins de 10 infirmières/infirmiers et sages-femmes pour 10 000 habitants.

Figure 5.4: Nombre d'infirmiers/infirmières et de sages-femmes pour 10 000 habitants dans les pays africains



Source : Calculé à partir des données de l'OMS (2010a)

Pour trouver des solutions aux problèmes de main-d'œuvre, l'OMS identifie trois domaines prioritaires :

- « entrée ou préparation de la main d'œuvre (planification, éducation, recrutement) » ;
- « main d'œuvre ou amélioration de la performance de la main d'œuvre (supervision, compensation, soutien informatique, apprentissage continu) » ; et,
- « sortie ou gestion de l'attrition (migration, choix de carrière, santé et sécurité, et, retraite » (OMS, 2006c).

6. Interaction entre les intrants, les extrants et les résultats

« Puisque la région africaine a la charge de morbidité la plus élevée et la durée moyenne de vie la plus courte au monde, la promotion de la santé et la protection contre l'appauvrissement lié à la maladie requièrent des ressources financières supplémentaires (afin d'améliorer la performance des systèmes et des programmes de santé), [ainsi que] des dépenses équitables et efficaces » (Kirigia et coll., 2006).

Les chapitres précédents ont examiné séparément différents indicateurs de résultats, d'extrants et d'intrants en matière de santé et les comparent aux autres continents et régions de l'OMS. Le Tableau 6.1 réunit certains de ces indicateurs pour les différents groupes de pays. Bien que provenant d'une source différente (le Rapport 2010 sur le développement humain), il confirme les faibles résultats en matière de santé de l'Afrique subsaharienne en termes de la mortalité maternelle et infantile et de l'espérance de vie à la naissance.

Par ailleurs, le Tableau 6.1 donne à penser, comme les parties précédentes, que ces piètres résultats au niveau de la santé pourraient être en partie dus aux faibles niveaux de la prestation de services et des intrants, ainsi qu'au faible niveau du financement de la santé. Les faibles



niveaux de la prestation de services et des intrants sont indiqués ici par les naissances assistées par du personnel de santé qualifié, et par le nombre de lits d'hôpitaux pour 10 000 habitants. Enfin, l'Afrique subsaharienne dépense sensiblement moins par personne pour les soins de santé que tous les autres groupes de pays, à l'exception de l'Asie du Sud.

Tableau 6.1: Indicateurs des résultats, de la prestation de service et des intrants en matière de santé : pays subsahariens et autres groupements de pays

Groupes de pays	Taux de mortalité maternelle (décès pour 100 000 naissances vivantes)	Taux de mortalité infantile (pour 1 000 naissances vivantes)	Espérance de vie à la naissance (années)	Naissances assistées par du personnel de santé qualifié (en %)	Lits d'hôpitaux (pour 10 000 habitants)	Dépenses de santé (Par habitant PPA en US\$)
	2003–2008	2008	2010	2000–2008	2000–2009	2007
Pays développés						
OCDE	8	5	80,3	99,5	62,9	4 221,5
Non-OCDE	16	5	80,0	99,9	39,7	1 807,0
Pays en développement						
États arabes	238	38	69,1	76,6	16,0	286,6
Asie de l'Est et Pacifique	126	23	72,6	91,0	20,2	207,3
Europe et Asie centrale	41	20	69,5	95,9	51,9	622,6
Amérique latine et Caraïbes	122	19	74,0	91,4	24,1	732,3
Asie du Sud	454	56	65,1	45,4	16,5	123,0
Afrique sub-saharienne	881	86	52,7	47,8	18,6	127,5
Monde	273	44	69,3	69,3	30,0	869,0

Source : PNUD (2010)

Plusieurs facteurs, cependant, donnent à penser que les niveaux de financement et de services disponibles, ne sont pas les seuls facteurs qui expliquent les résultats médiocres pour la santé. Premièrement, il y a de grandes différences entre les divers pays d'Afrique quant aux résultats et intrants pour la santé. Il semblerait que la variabilité des résultats en matière de santé ne puisse pas s'expliquer simplement en fonction des intrants et des dépenses, et que les différences en matière d'efficacités technique et d'affectation pourraient aussi contribuer à expliquer ce phénomène. Deuxièmement, le Tableau 6.1 indique également que l'Asie du Sud, avec légèrement moins de dépenses et d'intrants pour la santé, a cependant de bien meilleurs résultats pour la santé que l'Afrique. Bien que divers facteurs contribuent à ces résultats différents, on peut néanmoins se poser des questions quant à l'efficacité relative des divers systèmes de santé.

Bien que sur le plan relatif et absolu, le niveau des intrants pour la santé dans les pays africains reste faible, les données factuelles démontrent l'importance d'une approche axée sur l'optimisation des ressources et l'efficacité. En Afrique, les dépenses pour la santé n'ont cessé d'augmenter dans plusieurs domaines, et, il est prévu que cette augmentation s'amplifiera encore dans les décennies à venir (SFI, 2007)]. Il est impératif que ces fonds supplémentaires soient utilisés de manière efficace.



7. Contexte des systèmes de santé

Nous avons examiné dans les chapitres précédents, les défis auxquels se trouve confrontée l'Afrique dans le domaine de la santé, du point de vue de la demande (la charge de morbidité « disproportionnée » auquel il faut faire face)³ et quelques facteurs du point de vue de l'offre (le financement, les sources de financement et certains des intrants, notamment les ressources humaines).

L'évaluation de l'OMS (2006) sur le défi de l'Afrique en matière de santé, examine également ces divers aspects et conclut en disant que les « systèmes nationaux d'assurance-maladies » constituent « le grand défi de l'Afrique en matière de santé ».

Diverses descriptions ont été utilisées pour caractériser l'état des systèmes de santé en Afrique : Barbiero (2006) les décrit comme étant « fragiles et soumis à une pression croissante » tandis que l'OMS (2006) les décrit comme « faibles et pas entièrement fonctionnels ». La nécessité d'entreprendre de nouvelles réformes des systèmes de santé est généralement acceptée.

Ce chapitre examine les systèmes de santé et la réforme de ces systèmes, identifiant les fonctions et les composantes clés des systèmes de santé, ainsi que les mécanismes de réformes ou les domaines de politiques, puis étudie le rôle des ministères de la Santé et des Finances et le besoin d'un dialogue plus poussé. Comme l'indique succinctement Frenk (1994), « afin de mieux comprendre les tentatives de réforme, il est nécessaire de formuler une conception claire de l'objet de la réforme, à savoir, le système de santé ».

7.1 Fonction des systèmes de santé

Reposant sur les travaux de Murray et Frenk (2000) et de l'OMS (2000), on attribue communément quatre fonctions aux systèmes de santé. Un système de santé se définit de manière plus large que les seules personnes et organisations fournissant des soins médicaux. En effet, il comprend : les organisations qui pilotent le système de santé (par exemple, la détermination des politiques et la réglementation) ; les institutions de financement (comme la sécurité sociale et les fonds provenant des régimes privés d'assurance) ; et, les organisations qui génèrent divers intrants allant des ressources humaines (écoles de médecine et écoles d'infirmières, par exemple) aux médicaments et autres intrants essentiels.

Ainsi qu'il est montré à la Figure 7.1, les principaux objectifs des systèmes de santé sont (généralement) perçus comme des facteurs qui améliorent ou maintiennent la santé, répondent aux attentes et aux besoins des gens et assurent des contributions financières équitables :

- L'amélioration de la santé se traduit par l'accroissement du niveau moyen de la santé de la population et la réduction des inégalités sanitaires au sein d'une population ;
- La réactivité aux attentes légitimes de la population, comporte deux composantes principales, à savoir « le respect de la personne » (y compris le respect de la dignité et de la confidentialité) et le « sens du service au client » (y compris l'assistance immédiate et les services de base) ; et,
- L'équité s'articule autour de deux composantes : en premier lieu, les gens qui recherchent des soins de santé ne devraient pas être assujettis à des frais médicaux

³ Barbiero (2006), outre la charge de morbidité, souligne aussi d'autres facteurs qui s'ajoutent à la charge de morbidité pour accroître la demande des services de santé : la démographie (croissance continue de la population) et le changement social (urbanisation ou le « creuset urbain »). En ce qui concerne la charge de morbidité, il conclut qu'effectivement, l'Afrique est confrontée à une quadruple menace si l'on prend en compte la pandémie du VIH/SIDA, le taux croissant de décès et d'infirmes dus aux accidents et les décès causés par les maladies chroniques et infectieuses.

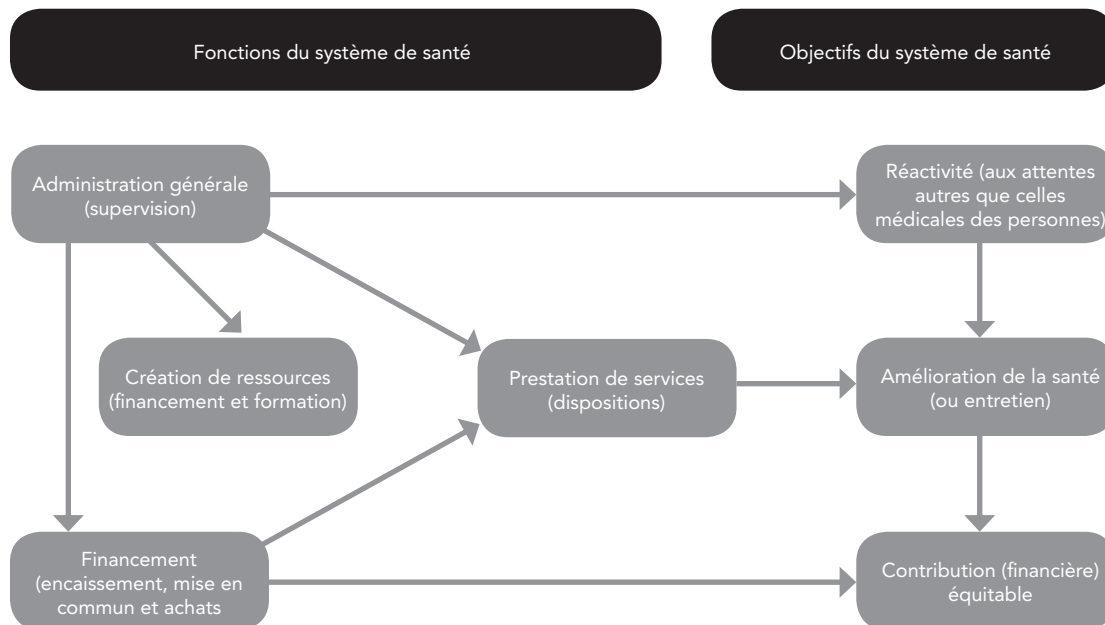


éventuels excessifs (en d'autres termes, il devrait y avoir une mise en commun des risques) et, deuxièmement, les « ménages pauvres devraient moins contribuer au système de santé que les ménages riches ». (Murray & Frenk, 2000).

L'Administration générale du système de santé qui a été identifiée comme un aspect négligé des systèmes de santé, a été divisée en 6 sous-fonctions :

- la conception générale des systèmes ;
- l'évaluation de la performance ;
- l'établissement des priorités ;
- le plaidoyer intersectoriel ;
- la réglementation ; et,
- la protection des consommateurs (usagers).(Murray & Frenk, 2000)

Figure 7.1: Fonctions et objectifs des systèmes de santé (WHO)



Source : OMS, (2000)

Le financement est habituellement partagé entre l'encaissement des recettes, la mise en commun des fonds et les achats. Les mécanismes de base pour l'encaissement des recettes peuvent être classés sous les rubriques suivantes :

- Les paiements privés proprement dits pour les transactions ou les dépenses non remboursées (Murray & Frenk, 2000) ou « les interactions à court-terme axées sur le marché entre les patients et les prestataires de services » (OMS, 2000) ;
- Les assurances, qu'elles soient volontaires ou obligatoires, qui revêtent le caractère « d'accords contractuels à court-terme assujettis dans une plus ou moins grande mesure, à un contrôle non-marchand » (OMS, 2000) ;
- Les recettes générales de l'État, y compris les recettes fiscales publiques générales et affectées ; et,
- Les dons des organisations privées/non gouvernementales et l'aide au développement pour la santé apportée par les donateurs.



La mise en commun a été décrite comme « l'accumulation et la gestion des recettes effectuées de manière à ce que le risque de devoir payer les soins de santé soit assumé par tous les membres du fonds commun et non par chaque cotisant individuellement » (OMS, 2000). La mise en commun permet donc la répartition des risques et l'assurance peut être explicite (les gens souscrivent volontairement à un régime d'assurance) ou implicite (c'est les cas des recettes fiscales) » (OMS, 2000). Comme le souligne l'OMS, « quand les gens paient entièrement de leur poche, il n'y a pas de mise en commun des ressources ».

À l'instar de la mise en commun, les achats peuvent être explicites ou implicites (« passifs » et « actifs ») et, prennent assez souvent (implicitement) la forme de dotations budgétaires dans le cadre de systèmes hiérarchiques et intégrés. Les contrats et les paiements effectués entre les institutions de financement (comme les assureurs de soins médicaux) et les prestataires de service (hôpitaux et cliniques) sont un exemple d'achat explicite.

Un aspect important dans les systèmes de financement de santé est la base sur laquelle les prestataires de services (les professionnels de santé, les hôpitaux, les fournisseurs de soins de santé primaires) sont remboursés, ou les « mécanismes de paiement des prestataires ». Les paiements à l'acte (un paiement versé pour un service spécifique au moment du service) restent courants surtout dans les systèmes avec un financement privé important provenant d'un fonds communs ou de paiements directs. À la suite de l'incitation à l'utilisation excessive des services inhérents au modèle de paiement à l'acte (ou honoraires privés), divers contrôles sont nécessaires dans cet environnement, tels que la réglementation des prix et des systèmes tickets modérateurs, où l'assurance joue un rôle.

L'alternative au paiement à l'acte dans le cadre de soins de santé primaires est le recours à la capitation « qui prévoit le paiement aux prestataires de santé, d'honoraires forfaitaires pour couvrir tous les besoins en santé de leur clientèle. Dans le cadre hospitalier, le paiement à l'acte peut être remplacé par un système basé sur les cas qui utilise un coût moyen forfaitaire pour des services particuliers. L'une des approches consiste à assigner un coût moyen forfaitaire selon les groupes de diagnostic. Dans un tel système, différentes pathologies sont regroupées dans des groupes de coûts homogènes qui se voient assigner un coût moyen forfaitaire pour le traitement. Un remboursement fixe est attribué à l'hôpital quelque soit le degré d'intensité du traitement des patients et la durée de leur séjour à l'hôpital. » (OMS, 2010b)

Borowitz et coll. (1999), adoptent une méthode légèrement différente dans la classification des mécanismes de financement de la santé. Ils ont identifié cinq niveaux différents de la « décision quant à l'affectation des ressources » qui soulignent les décisions essentielles que les sociétés doivent prendre quant à l'affectation des ressources en matière de santé. À l'instar de la mise en commun et des achats, ces décisions ne sont pas souvent prises de manière explicite mais peuvent être les résultats globaux d'une série d'autres décisions et activités. Les décisions identifiées par Borowitz et coll., concernent :

- le niveau global de ressources étatiques à affecter au secteur de la santé ;
- la répartition géographique des ressources entre toutes les régions ;
- l'affectation à tous « les niveaux du système de santé », y compris « les soins de santé primaires, les soins spécialisés en clinique externe et les tests de diagnostic, les soins cliniques, la santé publique, l'éducation et la recherche, le capital et l'administration » ;
- la ventilation entre les divers établissements de santé à chaque niveau ; et,
- l'allocation à travers les intrants et les extrants au sein de chaque établissement de santé.



La création de ressources (ou « génération de ressources ») à la Figure 7.1 se rapporte à « la production d'intrants pour les services de santé, par exemple les ressources humaines, les installations et les équipements, les médicaments et les connaissances ou la recherche ». Murray & Frenk (2000) incluent plusieurs organisations, comme « les universités et autres organismes d'enseignement, les centres de recherche, et les entreprises produisant des technologies spécifiques telles que les produits, dispositifs et équipements pharmaceutiques ».

La prestation de services (ou fourniture de services) à la Figure 7.1 se rapporte à « la combinaison des intrants dans un processus de production qui a lieu dans un cadre d'organisation spécifique et qui débouche sur la fourniture d'une série d'interventions » (Murray et Frenk, 2000). À cet égard, il est utile d'établir une distinction entre les services de santé individuels, « utilisés directement par un individu », et les services de santé non individuels, « actions qui sont appliquées soit à des collectivités (par ex., l'éducation de masse en matière de santé) soit à des composantes non humaines de l'environnement (par ex., la santé publique et l'assainissement de base).

7.2 Généralités sur les types de systèmes de santé

Les pays ont chacun des façons très différentes d'organiser leurs institutions et organisations afin d'exécuter les fonctions de santé susmentionnées. Comme Kutzin (2000) l'a souligné « les systèmes de santé sont souvent décrits en fonction de leur source principale de financement ». Bien que ce système soit inadéquat puisqu'il y a d'autres différenciateurs primordiaux des systèmes de santé, c'est souvent un bon critère initial. Dans cet ordre d'idées, l'OMS (2000) identifie « quelques modèles de base qui ont émergé et ont été perfectionnés depuis la fin du 19e siècle ».

- Le premier modèle peut s'appeler « assurance sociale » ou système « bismarckien ». L'OMS fait remonter ses origines à la fin du 19e siècle. Son but est « de couvrir tous ou presque tous les citoyens au moyen de paiements autorisés versés par les employeurs et les employés à des caisses d'assurance ou de maladie, tout en fournissant des soins de santé par l'intermédiaire de prestataires à la fois publics et privés ».
- Le deuxième modèle est appelé « systèmes nationaux d'assurance maladie » ou « système général de Beveridge financé par l'impôt » (Kutzin 2000) qui est d'origine « un peu plus récente » et dans lequel la planification et le financement sont centralisés, « s'appuyant principalement sur les recettes fiscales et les services publics. Les ressources sont habituellement ventilées par budgets, parfois sur la base de ratios fixes entre les populations et les professionnels de la santé ou les établissements de santé ». (OMS, 2000)
- Un troisième modèle appelé « modèle mixte » prévoit une participation plus réduite quoiqu'encore importante de l'État. Il prévoit de « fournir parfois une couverture pour certains groupes de population seulement alors que le reste de la population devra se contenter en grande partie de financements, de prestations et d'établissements privés ».

Comme l'a souligné l'OMS (2000) « des exemples relativement purs, dans lesquels un modèle ou l'autre représente la majeure partie des ressources ou des prestations, se trouvent généralement dans les pays riches ; les systèmes de santé dans les pays à revenu intermédiaire, notamment en Amérique latine, ont tendance à combiner deux types de systèmes voire même les trois systèmes ».



Figure 7.2: Types généraux de systèmes de santé



Source : OMS, (2000).

La Figure 7.3 s'éloigne de la simplicité de la typologie trifonctionnelle des systèmes de santé, pour souligner certaines complexités des systèmes de santé appliqués, en classant les systèmes spécifiques aux pays, en fonction des trois modes de financement et de la composition des prestataires de services. La Figure 7.4 (qui présente une évaluation pour l'Argentine) révèle une complexité supplémentaire, soulignant que dans la sphère publique il y a différents niveaux de l'administration qui jouent un rôle et que du côté des assurances sociales et du privé, l'assurance maladie personnelle et les paiements directs sont de mise.

À la différence du système appliqué au Royaume-Uni, les gouvernements des pays africains n'interviennent pas beaucoup dans le financement et la prestation de services, et la composante assurance est moins importante qu'au Chili. Par conséquent, la plupart des pays africains ressemblent plus à l'Égypte et au Bangladesh où, le gouvernement est une source importante de financement de la santé, mais où les cotisations à la sécurité sociales sont modestes ou insignifiantes ; l'assurance privée est également négligeable, mais les dépenses privées sont importantes et notamment les dépenses non-remboursées. Le financement apporté par les donateurs joue également un rôle important dans la plupart des pays africains voire très important dans certains pays d'Afrique (voir la partie 7.3 et Kirigia et coll., 2006).



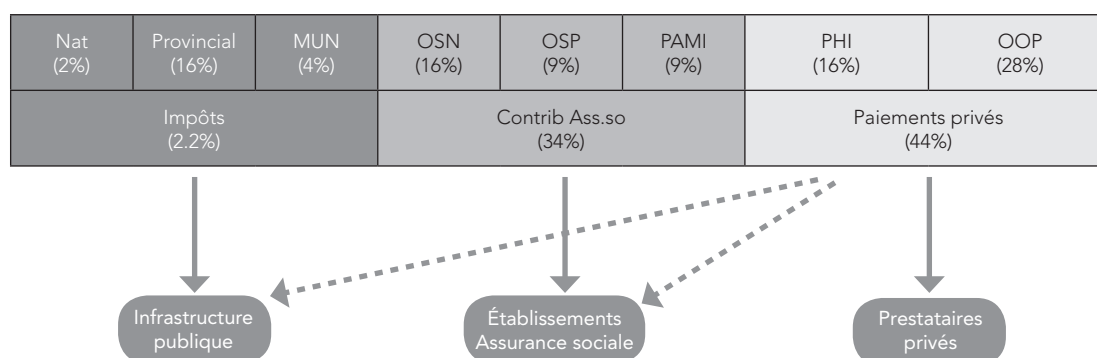
Figure 7.3: Caractéristiques des systèmes de santé sélectionnés se concentrant sur le financement (encaissement des recettes, mise en commun, achat) et la prestation de services

Bangladesh (1996/97)					
Encaissement des recettes	Impôts	Donateurs	Paiements directs	Autres	
Encaissement des recettes	Ministère de la santé		Pas de mise en commun		
Achats	Autres services publics		Achats individuels		
Prestation de services	Ministère de la santé		Prestataires privés		
Chili (1991-1997)					
Encaissement des recettes	Impôts		Assurance sociale	Paiements directs	
Encaissement des recettes	Fonds public d'Assurance Maladie (FONASA)		Assurance Privée (ISAPRE)	Pas de mise en commun	
Achats				Achats individuels	
Prestation de services	Autres services publics		Service national de santé	Prestataires privés	
Égypte (1994/95)					
Encaissement des recettes	Impôts	Donateurs	Assurance sociale	Paiements directs	
Encaissement des recettes	Ministère de la santé		Pas de mise en commun		
Achats	Autres services publics		Achats individuels		
Prestation de services	Ministère de la santé	Autres services publics	Prestataires privés		
Royaume-Uni (1994/95)					
Encaissement des recettes	Impôts			Assurance sociale	Paiements directs
Encaissement des recettes	Ministère de la santé			Assurance privée	
Achats	Autorités sanitaires			GP's	Achats individuels
Prestation de services	Service national de santé			Prestataires privés	

Remarque : Les largeurs sont proportionnelles aux flux financiers estimés

Source : Estimations des comptes de Santé nationale

Figure 7.4: Financement et prestation de services de santé en Argentine



Source : Cavagnero et coll., 2006



7.3 Sources des dépenses de santé en Afrique

Publiques contre privées

En 2007, les dépenses publiques générales constituaient en moyenne 45 % des dépenses totales en matière de santé et les dépenses privées, 55 % des dépenses totales en matière de santé (Tableau 7.1). À l'exception de la région de l'Asie du Sud-est de l'OMS (où les dépenses privées s'élevaient à 63 % des dépenses totales en matière de santé) ces pourcentages représentaient la plus grande part des contributions privées aux dépenses de santé enregistrées sur l'ensemble des régions de l'OMS.

Dans 14 pays africains, les dépenses privées constituaient plus de 60 % des dépenses de santé, dans 27 pays le pourcentage des dépenses privées se situait entre 30 à 59 % et dans 10 pays le pourcentage représentait entre 0 et 29 % des dépenses de santé. Au Nigeria et en Côte d'Ivoire, par exemple, les dépenses privées s'élevaient aux trois-quarts de l'ensemble des dépenses de santé. Par conséquent, on peut conclure de manière générale, que si le gouvernement joue effectivement un rôle très important dans les systèmes de santé africains, les paiements privés et, dans une grande mesure les paiements non remboursés (voir ci-dessous), sont plus importants.

Les dépenses de santé engagées par la Sécurité sociale, calculées par rapport aux dépenses publiques de santé

En 2007, 26 des 51 pays africains membres de l'OMS ne disposaient d'aucun mécanisme de sécurité sociale (régimes d'assurance sociale prépayés et obligatoires tels que les systèmes nationaux ou sociaux d'assurance maladie) pour les dépenses de santé, ce qui laisse entendre que les dépenses publiques dans ces pays proviennent uniquement des recettes publiques. Six pays, à savoir l'Algérie, l'Égypte, le Maroc, la Tunisie, le Cap-Vert et le Ghana, avaient mis en place des régimes de sécurité sociale qui contribuaient à plus de 25 % des dépenses publiques de santé. Le Ghana avait la proportion la plus importante de dépenses publiques provenant des fonds de la sécurité sociale (48,6%), suite à l'adoption en 2003 de la Loi relative au régime national d'assurance maladie.

Composition des dépenses privées pour la santé

L'un des thèmes principaux du Rapport mondial sur la santé (OMS, 2010b) qui a mis l'accent sur le financement de la santé, concerne le fait qu'outre la nécessité de procurer suffisamment de fonds pour la santé et de veiller à l'efficacité dans les dépenses, il faut à tout prix éviter de s'appuyer trop lourdement sur les paiements directs effectués par les patients au moment où ils ont besoin de soins de santé. Le Rapport affirme que « l'obligation de payer directement les services au moment-même du besoin ...empêche des millions de gens de recevoir les soins de santé lorsqu'ils en ont besoin. Pour ceux qui demandent néanmoins un traitement médical, cette obligation peut susciter de graves difficultés financières, voire l'appauvrissement ». Lorsque les dépenses privées constituent une part importante des dépenses de santé, la ventilation entre les dépenses non remboursées, les régimes privés d'assurance prépayés et les autres dépenses privées (comme la fourniture de services de santé par les employeurs et les organisations non-gouvernementales) est un bon indicateur de la capacité d'un pays à fournir l'accès équitable aux services de santé.



Tableau 7.1: Dépenses de santé publiques et privées par rapport aux dépenses de santé –pays africains sélectionnés (les plus faibles et les plus élevés) et les régions internationales de l’OMS

États membres	Dépenses publiques générales de santé en % du total des dépenses de santé ^b		Dépenses privées de de santé en % du total des dépenses de santé ^b	
	2000	2007	2000	2007
Algérie	73,3	81,6	26,7	18,4
Guinée équatoriale ^{d,g,m}	49,8	80,4	50,2	19,6
Angola ^g	79,2	80,3	20,8	19,7
Djibouti	67,8	76,6	32,2	23,4
Botswana	61,0	74,6	39,0	25,4
Nigeria ^d	33,5	25,3	66,5	74,7
Togo	29,9	24,9	70,1	75,1
Côte d’Ivoire	24,8	24,0	75,2	76,0
République démocratique du Congo	1,1	20,8	98,9	79,2
Guinée	12,4	11,1	87,6	89,0
Régions de l’OMS				
Région africaine	43,5	45,3	56,5	54,7
Région des Amériques	44,8	47,2	55,2	52,8
Région de l’Asie du Sud-est	31,2	36,9	68,8	63,1
Région européenne	75,3	76,0	24,7	24,0
Région de la Méditerranée orientale	52,8	55,5	47,2	44,5
Région du Pacifique occidental	72,7	67,8	27,3	32,2
Groupes de revenus				
Faible revenu	37,6	41,9	62,4	58,1
Revenu moyen inférieur	37,0	42,4	63,0	57,6
Revenu moyen supérieur	52,0	55,2	48,0	44,8
Revenu élevé	59,4	61,3	40,6	38,7
Mondial	57,9	59,6	42,1	40,4

Source : Base de données 2010 de l’OMS (consulter les qualifications des données dans la source)

En 2007, 60 % des dépenses privées chez les pays africains, membres de l’OMS, étaient des dépenses non remboursées dans un contexte où le financement privé pourvoit à environ 55 % des dépenses de santé. Cette constatation est une indication de l’importance du fardeau du coût direct de la santé (ou du « partage des coûts ») qui pèse sur les ménages privés. Afin de réduire la charge financière et les risques associés aux dépenses non remboursées, les entreprises choisissent de privilégier le financement des dépenses de santé par le recours aux recettes fiscales de l’État, ou de mettre en place des mécanismes de paiement anticipé et de mise en commun des risques – au moyen soit de régimes publics (sécurité sociale) soit de régimes privés d’assurance prépayés. Comme nous l’avons vu, les mécanismes de sécurité sociale pour le financement des dépenses de santé ne sont pas courants en Afrique et notamment en Afrique subsaharienne. Les régimes privés d’assurance prépayés jouent également un rôle limité en Afrique. Ce n’est que dans deux pays, l’Afrique du Sud et la



Namibie, qu'ils constituent une part importante des dépenses privées : en Afrique du Sud, ils représentaient 66,2 % des dépenses privées et en Namibie 64,4 %. Dans 11 pays, les régimes privés d'assurance prépayés contribuent à environ 10 à 30 % des dépenses privées, dans 20 pays, ce chiffre se situe entre 0 et 9 % et dans 18 pays il n'y avait aucune trace de régimes privés d'assurance prépayés (base de données de l'OMS, 2010).

Financement extérieur/aide au développement pour la santé

Dans la majorité des pays africains, le financement extérieur joue un rôle prépondérant dans le financement des services de santé. D'après les informations recueillies dans la base de données 2010 de l'OMS, en 2007, cinq pays (le Niger, le Malawi, le Mozambique, le Libéria et le Rwanda) dépendaient de sources externes pour plus de 50% de leurs dépenses de santé. Neuf autres pays dépendaient de sources externes à hauteur de 30 à 50 % de leurs dépenses de santé, et 18 pays étaient tributaires de sources externes à concurrence de 10 à 30 % de leurs dépenses de santé. Dix-neuf pays dépendaient de l'aide extérieure pour moins de 10 % de leurs dépenses de santé.

L'IHME (2010c) conclut que :

« la part relative d'Aide au développement en matière de santé (ADS) en Afrique subsaharienne a tellement augmenté que la région reçoit maintenant plus de fonds que toutes les autres régions réunies ». En 1990, l'Afrique subsaharienne a reçu 10 % de l'ADS, et de 1997 à 2000, elle a reçu une part moins importante d'Aide au développement en matière de santé (ADS) que l'Amérique latine. En 2008, cependant, sa quote-part était passée à 29 %, soit 6,92 milliards de dollars américains. Cette augmentation reflète principalement l'accroissement continu du financement pour le VIH/SIDA.

L'IHME conclut également :

« Depuis dix ans, les responsables mondiaux de la santé ont toujours considéré le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme comme les objectifs de santé prioritaires, et cette préoccupation se reflète dans les structures du financement de l'Aide au développement en matière de santé (ADS). Cependant, depuis certains événements comme la première conférence intitulée « Women Deliver » (les Femmes donnent la vie) en 2007, le financement des programmes pour la santé maternelle, du nouveau-né et de l'enfant (SMI) s'est intensifié. Plus récemment, les Nations unies (ONU) et d'autres organisations ont soulevé la question de l'émergence des maladies non transmissibles (MNT), telles que le cancer, les maladies cardiaques et le diabète dont la prévalence s'impose progressivement dans les pays en développement. Ces changements sont dus en partie à l'amélioration économique et à la réduction de la mortalité infanto-juvénile et adulte. Comme les gens vivent plus longtemps, la probabilité de contracter une maladie chronique augmente.

Si les faits attestent que l'Aide au développement en matière de santé (ADS) continue à s'accroître quoiqu'à un rythme moins rapide, notre analyse soulève néanmoins la question de savoir si l'Aide au développement en matière de santé (ADS) s'aligne toujours avec les besoins, comme on le voit dans la relation entre l'ADS et les années de vie corrigées de l'incapacité. Certains pays dont la charge de morbidité est relativement peu importante, continuent à recevoir un montant d'Aide au développement en matière de santé disproportionnellement élevée, alors que des pays ayant une charge de morbidité élevée, reçoivent moins d'aide (ADS) ».



7.4 Questions relatives aux politiques et aux réformes en Afrique

L'Afrique fait face à une charge de morbidité croissante et changeante avec des ressources financières et autres qui sont limitées. En outre, les systèmes de santé africains (organisations, institutions et mécanismes de financement regroupés qui permettent de faire face au défi et de combiner les ressources) sont faibles et ne peuvent pas répondre de manière adéquate aux demandes changeantes. Il en résulte de piètres résultats au niveau de la santé qui ont une influence néfaste sur la pauvreté et les perspectives de développement.

Les ministères de la Santé et des Finances doivent s'efforcer d'identifier et de se mettre d'accord sur les options pour la réforme et le choix des politiques qu'ils devront proposer conjointement afin de mieux relever le défi en matière de santé. Il est généralement reconnu que si le financement accru et les ressources supplémentaires sont bien nécessaires, ces deux éléments échappent souvent au contrôle des gouvernements (voir Kutzin, 2000) et qu'en outre il ne sert à rien d'augmenter le financement si les fonds ne sont pas utilisés de manière efficiente.

Les options pour la réforme sont très nombreuses et un des premiers défis à surmonter afin de pouvoir aller de l'avant, est de s'accorder sur le cadre conceptuel pour une réflexion sur les options de réforme. Ce document a déjà mis en avant le cadre des résultats et a fourni des outils pour l'évaluation de la charge de morbidité, a énuméré les principales fonctions des systèmes de santé et a décrit en termes généraux la différence entre les systèmes de santé. Cette partie résume brièvement plusieurs approches permettant d'identifier les options en matière de réforme. Elle fait également une brève allusion aux composantes du cycle de gestion des finances publiques et de la réforme budgétaire, un domaine de réforme clé, déterminé depuis quelques décennies par les ministères des Finances.

Orientations stratégiques et composantes des réformes

Frenk (1994) adopte une approche globale quant au « répertoire des options politiques ». Il identifie quatre sous-composantes de la réforme sur la santé, chacune correspondant à une orientation stratégique spécifique identifiée dans l'Encadré 7.1.

Encadré 7.1 : Composantes de la réforme et orientations stratégiques

1. **Restructuration** ou refonte au niveau systémique – rôles et responsabilités des acteurs principaux (par exemple, « principe de l'admissibilité de la population », dosage public/privé, agences publiques impliquées)
2. **Réorientation** ou Reprogrammation (re-priorisation) au niveau programmatique pour l'efficience allocative
3. **Réorganisation** au niveau organisationnel en vue de l'efficacité technique (productivité accrue)
4. **Renforcement** des compétences instrumentales au travers de systèmes d'information, de la recherche, du développement technique, et du développement des ressources humaines

Source: Frenk 1994

Frenk (1994), souligne que si les quatre composantes sont interdépendantes et que « par conséquent, une stratégie globale doit prendre en considération les quatre niveaux ». Il souligne toutefois, que si des changements à certains niveaux s'avéraient sans doute



impossibles ou impolitiques, il serait tout de même possible de progresser à d'autres niveaux. La méthode du « tout ou rien » n'est pas nécessaire même si les interactions entre les niveaux différents doivent faire l'objet d'une évaluation et peuvent faire obstacle aux réformes si cette évaluation n'est pas holistique.

Politiques macro et microéconomiques pour l'optimisation des ressources

L'OCDE (2010a), notamment dans le contexte de l'optimisation des ressources en matière de santé, établit une distinction entre deux grands types de réformes, à savoir, les politiques macroéconomiques pour maîtriser les dépenses et les réformes microéconomiques du côté de l'offre et de la demande afin d'accroître les efficacités. Une distinction est également établie entre ces deux « stratégies » globales (voir l'Encadré 7.2) :

- « des politiques à court terme visant à restreindre les dépenses et qui opèrent principalement au moyen de contrôles réglementaires suivant une méthode descendante » ; et,
- « des politiques à long terme dont le but est d'accroître l'efficacité en améliorant principalement les incitations financières pour les patients, les prestataires de services et les régulateurs » (OCDE, 2010b).

Les politiques à court terme ou de type « commandement et contrôle » permettent de restreindre les dépenses à court terme ; cependant :

« elles ne font presque rien pour modérer les pressions sous-jacentes qui poussent les dépenses de santé à la hausse à moyen terme. L'expérience des pays qui ont tout de suite réduit les dépenses de santé à la suite de récessions antérieures, donne à penser que les réductions des dépenses de santé qui suivent l'intensification de ces politiques sont de courte durée. Il est même possible que les mesures prises pour restreindre les coûts à court terme peuvent accroître les dépenses à la longue – si les investissements nécessaires sont retardés et que les politiques de prévention appropriées ne sont pas appliquées ».

Encadré 7.2 : Réformes macro et microéconomiques pour promouvoir l'optimisation des ressources en matière de santé

1. Politiques macroéconomiques visant à restreindre les dépenses
 - Contrôle des salaires et des prix
 - plafonnement des budgets
 - déplacement des coûts vers le secteur privé
2. Politiques micro-économiques pour l'efficacité
 - 2.1 Côté de la demande (prévention des maladies et promotion de la santé ; "gate keeping"/triage ; coordination des soins ; meilleur contact patient/médecin ; Accès à un logiciel de protection du PC hors des heures de bureau)
 - 2.2 Côté de l'offre (passage de l'hôpital aux soins ambulatoires ; valorisation du rôle des acheteurs de soins de santé ; amélioration de la négociation des contrats avec les hôpitaux ; des systèmes d'achats et de paiements des hôpitaux ; Accroître l'indépendance de la gestion ; Améliorer les méthodes de paiement/incitations financières pour les hôpitaux ; Superviser les changements technologiques et la fixation du prix des produits médicaux ; Utilisation accrue des TIC pour la transmission des informations).



Réforme du financement de la santé et élimination du gaspillage

Mettant l'accent sur le financement des services de santé et notant que selon diverses estimations « 20 à 40 % de toutes les dépenses de santé sont gaspillées à cause de l'inefficacité », l'OMS (2010b) identifie trois « défis dans le domaine du financement de la santé » :

- de mobiliser suffisamment de fonds pour la santé en améliorant l'efficacité de l'encaissement des revenus, la fixation de nouvelles priorités budgétaires, le financement novateur, le développement et le ciblage de l'aide pour la santé ;
- d'éliminer les risques et les obstacles financiers à l'accès, en adoptant un système de prépaiement et de mise en commun des fonds ; et,
- d'améliorer l'utilisation des fonds disponibles.

L'OMS (2010b) fournit une longue liste énumérant diverses formes de gaspillage qui peuvent être réparties en cinq grandes catégories :

- le gaspillage des médicaments et autres produits et services de soins de santé ;
- les professionnels de santé peu motivés et la combinaison inappropriée ou coûteuse des compétences ;
- les services de soins de santé peu économiques à cause d'admissions et de durée de séjour excessives à l'hôpital, la taille inappropriée de l'hôpital, les erreurs médicales et la qualité sous-optimale ;
- la corruption et la fraude ; et,
- la combinaison erronée des interventions en matière de santé et le niveau inapproprié des stratégies.

Bien que la liste d'interventions (« méthodes directes et pratiques pour réduire le gaspillage ... [que] les décideurs peuvent utiliser selon leurs propres besoins, en reconnaissant qu'il pourrait y avoir d'autres occasions d'éviter le gaspillage dans leur propre environnement ») soit longue, ces dernières peuvent être réparties entre les domaines de l'information et de la formation, de la réglementation et du suivi et, des incitations. Afin de promouvoir l'efficacité, les incitations suivantes ont été identifiées :

- l'amélioration des systèmes de paiement des prestataires ;
- une meilleure rémunération des professionnels de la santé ;
- l'augmentation des achats actifs ; et,
- les mesures visant à éviter la fragmentation des flux de financement.

Bien que les contrôles et la participation aux coûts aient été introduits de façon généralisée, pour enrayer la tendance au sur-traitement dans un environnement de paiement à l'acte, les limitations de ces mesures expliquent le recours croissant à la capitation (une prime forfaitaire qui couvre tous les besoins en santé d'une personne enregistrée auprès d'un prestataire de services) dans le cadre des soins de santé primaires et des systèmes basés sur les cas, ainsi que dans les services hospitaliers. Le système basé sur les cas fait allusion au paiement d'une somme moyenne pour un type de cas spécifique, abstraction faite du coût réel du cas. Dans le système de remboursement des groupes de diagnostic (DRG), des catégories de maladies et d'interventions différentes sont regroupées dans « des groupes homogènes au niveau du coût qui se voient assigner un coût moyen forfaitaire pour le traitement. Un remboursement fixe est attribué à l'hôpital quelque soit le degré d'intensité du traitement des patients et la durée de leur séjour à l'hôpital. » (OMS, 2010b).



Se référant aux exemples de salaires modiques dans le secteur public qui amènent le personnel à travailler au noir, l'OMS (2010b), avertit que le fait de « réduire l'inefficacité ne requiert pas forcément la réduction des dépenses ; l'inefficacité pouvant résulter de dépenses insuffisantes plutôt que de dépenses excessives ».

Réformes clés des systèmes dans le contexte d'un système centralisé

Ensor et Ronoh (2005), avec une orientation plus précise que celle des analyses précitées, ont cherché à évaluer l'impact des changements organisationnels sur les prestations de services de santé génésique. Ils situent ces changements organisationnels ou réformes dans le contexte d'un « schéma stylisé d'un système de santé centralisé historique » (voir la Figure 7.5). Les caractéristiques d'un système planifié et financé de manière aussi centralisée (le type de système appliqué dans beaucoup de pays à faible revenu, comme ils le soulignent), sont énumérées ci-dessous :

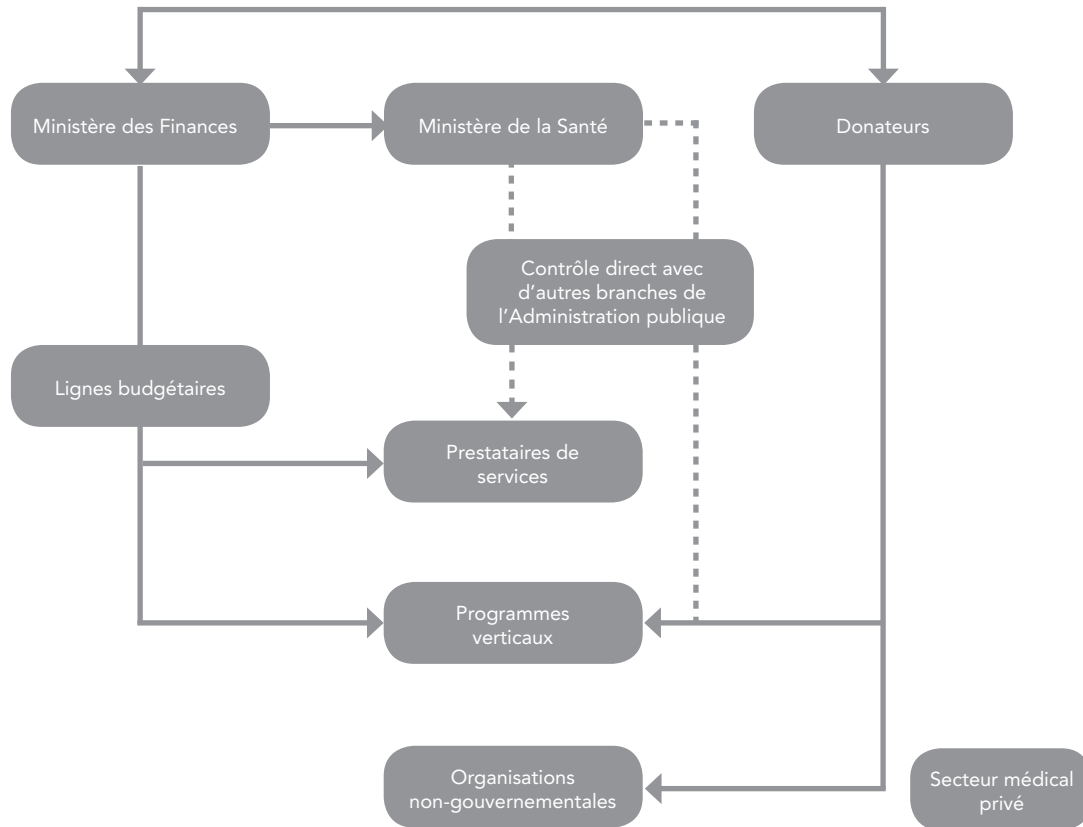
- le financement par l'État et la prestation de services dans les installations de l'État dans le cadre d'un système bureaucratique et hiérarchique qui implique le contrôle direct des bureaucraties centrales sur les prestataires de service, la planification centralisée et les restrictions imposées (par exemple, sur la politique de rémunération des prestataires) ;
- le financement habituellement au moyen de budgets par poste selon les catégories d'intrants, telles que le personnel, les autres dépenses courantes y compris les médicaments et les dépenses d'investissement, avec peu de flexibilité pour une nouvelle répartition entre les catégories en vue d'améliorer l'efficacité et de réagir à de nouvelles circonstances (les budgets sont habituellement ajustés par reconduction et ne correspondent pas au niveau réel des activités ni à la charge professionnelle) ;
- les programmes verticaux pour les interventions prioritaires ; et,
- le soutien financier important des donateurs, la plupart du temps des programmes verticaux existants ou de la collaboration avec des systèmes non gouvernementaux parallèles ;

Ce schéma stylisé définit le contexte et la nature de nombreuses réformes récentes du secteur de la santé. Ensor et Ronoh (2005) identifient « trois changements importants intervenus dans les systèmes centralisés...dans de nombreux pays à revenu faible et intermédiaire » :

- le contrôle décentralisé sur la gestion et l'élaboration du budget, est un moyen d'accorder à la main-d'œuvre et aux collectivités locales plus de contrôle sur l'utilisation des ressources pour la prestation des services, tout en maintenant l'obligation de rendre compte aux agences centrales ;
- la participation du secteur non-gouvernemental, à but lucratif et non-lucratif, dans la prestation aux collectivités de services prioritaires planifiés et financés par les services publics ; et,
- l'intégration, qui s'est efforcée de combiner la planification et le financement des services de planning familial, des services de protection maternelle et d'autres services de santé, alors que les approches sectorielles (SWAp) ont été introduites en vue de l'élaboration conjointe de programmes de financement externe et étatique pour le secteur.



Figure 7.5: « Schéma simplifié du système de santé historique centralisé »



7.5 Réforme de la gestion des finances publiques (GFP)

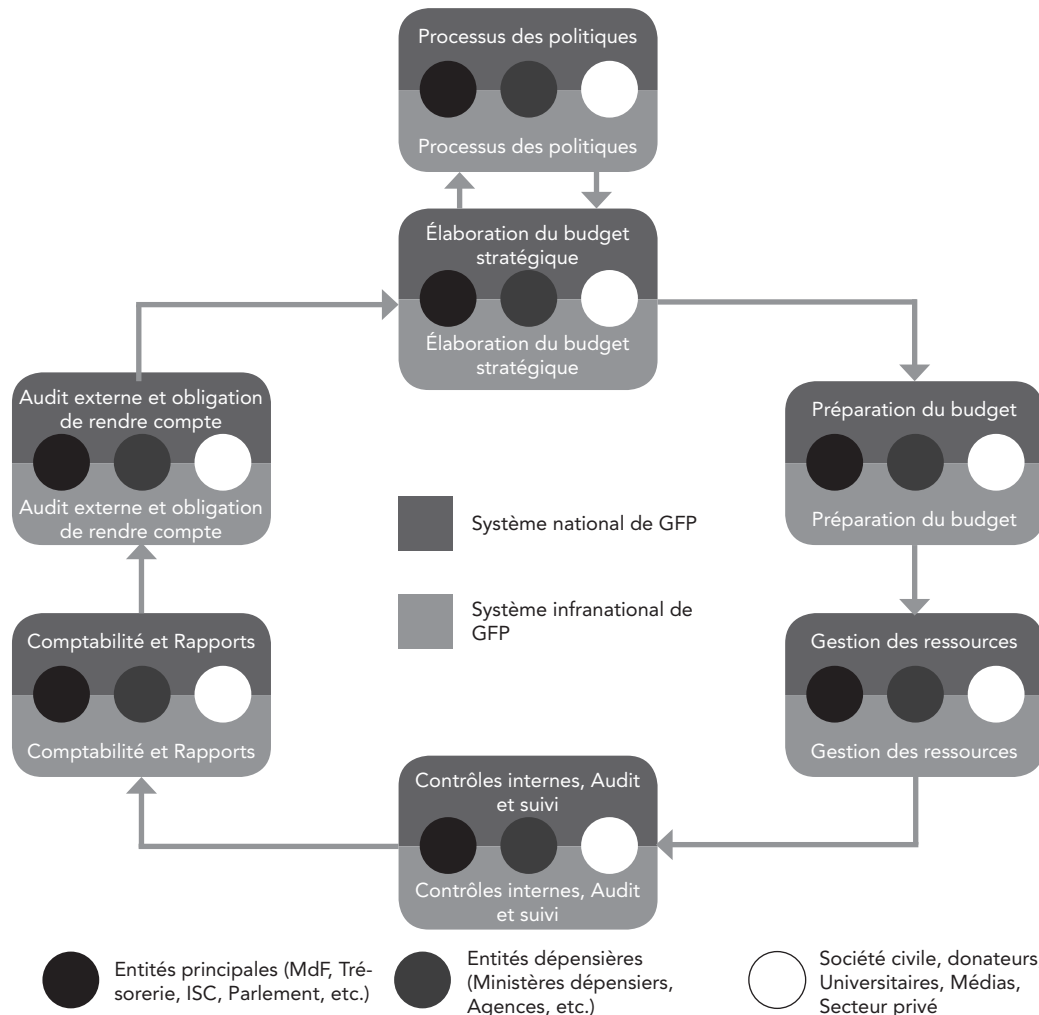
Afin de mettre en œuvre des politiques et des réformes, il est nécessaire d'avoir le financement. Le financement passe par les processus budgétaires ou de gestion des finances publiques. L'une des caractéristiques d'un système centralisé « classique » (comme illustré à la Figure 7.5) est que le financement est transmis aux fournisseurs sous forme de budgets par lignes budgétaires, identifiant les montants disponibles pour certaines catégories économiques (personnel, autres dépenses de fonctionnement et d'investissement). Dans la plupart des cas, ces budgets sont ajustés d'une année sur l'autre de manière incrémentielle ou « historique ». Comparé à ces « budgets axés sur les intrants » qui ne s'adaptent que trop lentement aux circonstances et priorités des politiques en constante évolution, la réforme de la GFP ou la réforme budgétaire cherche à mettre en œuvre des processus budgétaires et de gestion financière qui visent à :

- agréger la discipline budgétaire (les dépenses restent dans les limites) ainsi que la certitude et la stabilité des dépenses sectorielles ;
- aligner les dépenses sur les priorités sectorielles (répondre aux besoins réels) ; et,
- assurer l'efficacité et l'optimisation des ressources dans les dépenses (en partie en garantissant une meilleure planification, mais aussi à travers l'établissement d'un mécanisme d'examen des dépenses et de la prestation de services et donc, de l'obligation de rendre compte).

La Figure 7.6 fournit un aperçu schématique des processus de GFP.



Figure 7.6: Intervenants dans le processus de GFP et composantes du processus de GFP (de Pretorius et Pretorius, 2009)



Source : Andrews, (2009)

Andrews (2007) définit « l'élaboration du budget stratégique » comme se rapportant au « rapport entre la politique et le budget » et à la détermination de l'enveloppe des ressources et des plafonds. Comme l'illustre la Figure 7.6, l'idéal serait que l'élaboration du budget stratégique prenne en compte les processus politiques qui comprennent « les processus d'élaboration et d'examen des politiques nationales et sectorielles ». Afin que les « politiques soient efficaces », il est important d'avoir un « lien solide entre la politique et l'élaboration du budget » (Fölscher, 2006).

Cette interface politique-budget est essentielle pour un dialogue entre les ministères de la Santé et des Finances. Dans les deux « domaines » (politique sectorielle et réforme centrale) il y a eu des réformes importantes et le développement d'instruments. Les données et les instruments nécessaires à l'évaluation des options se sont multipliés dans le secteur de la santé. En même temps, la réforme en matière de GFP s'est poursuivie en Afrique (voir Fölscher, 2006) et très souvent a conduit des réformes sectorielles en matière de planification.



8. Conclusion

L'Afrique se trouve confrontée à une charge de morbidité importante et en constante évolution, ce qui fait dire à certains experts que la charge de morbidité est quadruple - en plus de la charge de morbidité permanente liée aux maladies transmissibles et de la prévalence croissante des maladies non transmissibles, le continent doit également faire face à l'épidémie du VIH/SIDA, à laquelle s'ajoutent les blessures, une composante également importante de la demande de services de santé.

L'Afrique doit relever ce défi avec des ressources limitées et des systèmes de santé qui ne se sont pas développés de manière dynamique et efficace pour répondre à la demande. Bien que la rareté des ressources demeure un problème important, les ressources bien souvent ne sont pas utilisées efficacement et donc, les impacts ne sont pas optimisés.

Il existe de nombreux avis pour la mise en place de réformes nécessaires à l'amélioration de l'optimisation des ressources ainsi qu'une longue liste d'options de politiques. Récemment, l'OMS (2010b) et l'OCDE (2010a, 2010b) ont dressé des inventaires à cet égard. En outre, et depuis quelque temps, une vaste gamme d'expériences continues en matière de réforme de systèmes de santé à travers le monde, a mis l'accent sur l'amélioration à la fois de l'équité et de l'efficacité des prestations de soins de santé. Les ouvrages consacrés à ce sujet fournissent de nombreux exemples et méthodes pour classer les options.

Des réformes de haut niveau, qui ont souvent été prescrites et mises en œuvre, également en Afrique, sont :

- la réforme des systèmes de financement (afin d'élargir les sources de financement, d'accroître le prépaiement et la mutualisation des risques et, d'améliorer les incitations à l'efficacité) ;
- la restructuration des responsabilités du secteur public et du secteur privé dans le système de santé ;
- donner une plus grande autonomie et davantage de responsabilité aux prestataires de services, accompagnés d'un contrôle public à des échelons inférieurs (décentralisation) ; et,
- une coordination accrue entre les différentes sources de financement (telles que celles de l'État et celles provenant des donateurs) et une meilleure intégration des programmes.

Outre ces réformes de haut niveau, appelées « réformes financières macroéconomiques », diverses « réformes de gestion microéconomiques » ont été mises en œuvre (Frenk, 2006). En effet, pour progresser dans la définition de l'optimisation des ressources en ce qui concerne le programme de la santé en Afrique, il sera important de faire une distinction entre les différents niveaux de changement ou de réforme du système de santé, en trouvant les points d'entrée les plus efficaces et en gardant à l'esprit les rapports entre les différents niveaux de réforme. La distinction établie par Frenk (1994) entre les changements systémiques (restructuration), les changements ayant trait aux programmes (réorientation), le changement organisationnel (réorganisation) et l'intelligence et le soutien (renforcement) institutionnels, est utile à cet égard.

Les pays en Afrique ont également fait l'expérience de réformes à de nombreux niveaux, et peuvent désormais utiliser cette riche expérience pour orienter les dialogues futurs de santé/finances. En particulier, dans le domaine des réformes de financement, il existe une gamme d'expériences plus ou moins réussies, récentes et de plus longue durée, des expériences avec



des systèmes de prépaiement et de mise en commun (notamment des assurances sociales ou des assurances maladie communautaires), auxquels s'ajoutent l'utilisation croissante de prestataires du secteur privé et quelques changements apportés à l'élaboration du budget et aux systèmes de remboursement dans le secteur de la santé. Ces stratégies de financement (le thème du deuxième Dialogue de CABRI sur la santé et les finances) s'appuient fortement sur des systèmes de gestion, de suivi et d'information, soulignant l'importance du troisième dialogue prévu de CABRI sur la santé et les finances qui mettra l'accent sur ces questions.



Références/Bibliographie

- Barbiero, V (2006) *Africa health trends : A 21st century imperative* (Les tendances de santé en Afrique : un impératif du XXIe siècle), *Woodrow Wilson International Center for Scholars*.
- Barry S & Mensah O (2005) Health development planning in the African Region: A status report, (Planification du développement de la santé dans la région africaine : un rapport d'étape) *Africa Health Monitor*, 6 (1) : 9-12
- Beattie A, Doherty J, Gilson Lucy, Lambo E & Shaw P (eds.) (1996) *Sustainable Health Care Financing in Southern Africa* (Financement durable des soins de santé en Afrique australe) – Documents d'un Séminaire sur la politique sanitaire d'EDI tenu à Johannesburg, Afrique du Sud. Washington DC : Banque mondiale
- Borowitz M et coll. (1999) *Program Report: Conceptual Foundations from Central Asian Republics Health Reform Model*, (Rapport de programme : fondements conceptuels du modèle de réforme en matière de santé des Républiques d'Asie centrale). Almaty : ABT Associates pour l'USAID.
- Cavagnero E, Carrin G, Xu K & Aguilar-Rivera A (2006) *Health Financing in Argentina: An Empirical Study of Health Care Expenditure and Utilization* (Financement de la santé en Argentine | : une étude empirique des dépenses de soins de santé et leur utilisation), Documents de travail : Innovations dans le financement de la santé (8: Fondation mexicaine pour la santé, A. C./Institut national de santé publique).
- Chatora R (2005) *Healthcare Financing in the African Region* (Financement des soins de santé dans la région africaine), *African Health Monitor*, 6 (1) 13-16.
- Chunling L, Schneider M, Gubbins P, Leach-Kemon K, Jamison D & Murray C (2010) *Public financing of health in developing countries: a cross-national systematic analysis* (Financement public de la santé dans les pays en développement : une analyse transnationale systématique). *The Lancet*, 375 (9 723) : 1375-87.
- Clarke G & Ostrowski C (2009) *Improving Ministry of Health and Ministry of Finance Relationships for Increased Health Funding* (Améliorer les relations entre le Ministère de la Santé et le Ministère des Finances pour un meilleur financement de la santé), *Global Health Initiative* (Initiative pour la santé mondiale) - Policy Brief (Note d'orientation). Washington DC: Woodrow Wilson International Center for Scholars.
- Ensor T & Ronoh J (2005) *Impact of organizational change on the delivery of reproductive services: a review of the literature*, (Impact du changement organisationnel sur la prestation des services génésiques : un examen des ouvrages consacrés à ce sujet) *The International Journal of Health Planning and Management*, (Le journal international de la planification et la gestion de santé) 20 (3) : 209-25.
- Frenk J (1994) *Dimensions of Health System Reform* (Dimensions de la réforme du système de santé), *Health Policy* (Politique de santé), 27 (1) : 19-34.
- Frenk J (2006) *Bridging the divide: Global lessons from evidence-based health policy in Mexico*. (Comblent le fossé: enseignements mondiaux à partir de la politique sanitaire fondée sur des données factuelles au Mexique) *The Lancet* 368(9 539): 954–961.
- Fölscher (2006) *Introduction: African Experience with Budget Reform* (Introduction : l'expérience africaine en matière de réforme budgétaire), dans la *Revue sur la gestion budgétaire de l'OCDE (Journal on Budgeting)*, Volume 6, numéro 2



- Gilson L & Mills A (1995) Health sector reforms in sub-Saharan Africa: lessons of the last 10 years (Réformes du secteur de la santé en Afrique subsaharienne : enseignements tirés au cours des 10 dernières années), *Politique de la santé*, 32 : 215-43.
- Gilson L et coll. (2003) The SAZA study: implementing health financing reform in South Africa and Zambia (L'étude SAZA : mettre en œuvre la réforme de financement de la santé en Afrique du Sud et en Zambie), *Health Policy and Planning* (Politique et planification en matière de santé). 18(1) : 31-46, 18 (1), 31-46.
- Gunilla B et coll. (2008) Health systems and the right to health: an assessment of 194 countries (Les systèmes de santé et le droit à la santé : une évaluation de 194 pays), *The Lancet*, 372 (9 655) : 2047-85.
- Horton R (2001) Ghana: defining the African challenge (Ghana : définir le défi africain), *Lancet*, 358 : 2 141-49.
- IHME (Institut pour l'évaluation et les métriques de santé) (2010a), Building Momentum - Global progress towards reducing maternal and child mortality (Donner une impulsion: Progrès mondiaux en faveur de la réduction de la mortalité maternelle et infantile-juvénile), (Washington DC : Institut pour l'évaluation et les métriques de santé).
- IHME (2010b) *Global burden of diseases, injuries, and risk factors study 2010* (l'étude 2010 sur la charge globale de morbidité des maladies, des blessures et des facteurs de risque). Disponible à : <http://www.healthmetricsandevaluation.org/research/project/global-burden-diseases-injuries-and-risk-factors-study-2010>. Accédé le 3 mars.
- IHME (2010c) *Financing global health 2010: Development assistance and country spending in economic uncertainty* (Financer la santé mondiale en 2010: aide au développement et dépenses nationales en période d'incertitude économique). Seattle: IHME.
- IFC (SFI) (Société financière internationale) (2007) *The business of health in Africa: Partnering with the private sector to improve people's lives* (Investir dans la santé en Afrique – le secteur privé : un partenaire pour améliorer les conditions de vie des populations). Washington DC: SFI.
- Kaseje D (2006) *Health care in Africa: Challenges, opportunities and an emerging model for improvement* (Les soins de santé en Afrique : défis, opportunités et un nouveau modèle pour leur amélioration). Washington DC: The Woodrow Wilson International Center for Scholars.
- Kirigia J, Preker A, Carrin G, Mwikisa C & Diarra-Nama A (2006) An overview of health financing patterns and the way forward in the WHO African region (Une vue d'ensemble des modèles de financement de la santé et la voie à suivre dans la région africaine de l'OMS). *East African Medical Journal* 83(9) Septembre (Supplément).
- Kirigia J & Barry S (2008) Health challenges in Africa and the way forward (Les défis en matière de santé en Afrique et la voie à suivre). *International Archives of Medicine* 1(1): 27.
- Kutzin J (2000) *Towards universal health care coverage: A goal-oriented framework for policy analysis* (Vers une couverture universelle des soins de santé : un cadre axé sur l'objectif pour une analyse politique). Document de réflexion GPE. Genève : OMS.
- Lopez A, Mathers C, Ezzati M, Jamison D & Murray C (eds) (2006) *Global burden of disease and risk factors* (Charge globale de morbidité et facteurs de risque). Washington DC: Banque mondiale.
- McIntyre D, Gilson L & Mutyambizi V (2005) *Promoting equitable health care financing in the African context: Current challenges and future prospects*, (Promouvoir un financement équitable des soins de santé dans le contexte africain : défis actuels et perspectives d'avenir) Equinet, Document de réflexion (27).



- Murray C & Frenk J (2000) A framework for assessing the performance of health systems, (Un cadre pour évaluer la performance des systèmes de santé) *Bulletin of the World Health Organisation* (Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé) 78 (6) : 717-31.
- Osewe P (2006) *Strengthening the Role of the Private Sector in Expanding Health Coverage in Africa*, (Renforcer le rôle du secteur privé pour accroître la couverture sanitaire) Washington DC : Woodrow Wilson International Center for Scholars.
- OECD (OCDE) Organisation de coopération et de développement économiques (2010a) *Value for money in health spending (Rapport coût-efficacité des dépenses de santé)*. Études de l'OCDE sur les politiques de santé. Paris: OCDE.
- OECD (OCDE) (2010b) *Health system priorities when money is tight* (Les priorités des systèmes de santé lorsque l'argent est rare). Réunion ministérielle de l'OCDE sur la santé. Paris: OCDE.
- Rajaratnam J et coll. (2010a) Worldwide mortality in men and women aged 15–59 years from 1970 to 2010: A systematic analysis (Mortalité dans le monde chez les hommes et les femmes âgés de 15 à 59 ans de 1970 à 2010 : une analyse systématique) *The Lancet*, 375 (9 727) : 1704-20.
- Rajaratnam J et coll. (2010b) Neonatal, postneonatal, childhood, and under-5 mortality for 187 countries, 1970–2010: A systematic analysis of progress towards Millennium Development Goal 4, (Mortalité néonatale, postnatale, infantile, et des enfants de moins de 5 ans dans 187 pays, de 1970 à 2010 : une analyse systématique des progrès accomplis pour atteindre l'Objectif 4 du millénaire pour le développement). *The Lancet*, 375 (9 730): 1988-2008
- Rusa L, Schneidman M, Fritsche G & Musango L (2009) Rwanda: Performance-based financing in the public sector (Rwanda: le financement axé sur la performance dans le secteur public). Dans Eischler et coll. (eds) *Performance incentives for global health: Potential and pitfalls* (Incitations à la performance pour la santé mondiale: potential et obstacles). Washington DC: Center for Global Development.
- UNDP (PNUD) (Programme des Nations Unies pour le développement) (2010) *Human Development Report* (Rapport sur le développement humain). New York: Palgrave Macmillan
- World Bank (Banque Mondiale) (1993), *World development report 1993: Investing in health* (Rapport sur le développement dans le monde, 1993 : Investir dans la Santé), Washington DC : Banque mondiale.
- World Health Organisation (Organisation mondiale de la santé) (2000) *World Health Report 2000 - Health Systems: Improving Performance* (Rapport sur la santé dans le monde, 2000 : Pour un système de santé plus performant). Genève : OMS.
- WHO (OMS) (2005) *World health report 2005: Make every mother and child count* (Rapport sur la santé dans le monde, 2005 : Donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant). Genève : OMS.
- WHO (OMS) (2006a) *Health situation analysis in the African Region: Basic indicators 2006*. (Analyse de la situation de santé dans la région africaine : indicateurs de base 2006) (Brazzaville : Organisation mondiale de la santé, Bureau régional pour l'Afrique).
- WHO (OMS) (2006b) *The African regional health report: The health of the people* (Rapport de santé dans la région africaine : La santé des populations) ((Brazzaville : Organisation mondiale de la santé , Bureau régional pour l'Afrique).
- WHO (OMS) (2006c) *The world health report 2006: Working together for health* (Rapport sur la santé dans le monde, 2006 : Travailler ensemble pour la santé). Genève : OMS.



WHO (OMS) (2007) *Everybody's business: Strengthening health systems to improve health outcomes – WHO's framework for action, (C'est l'affaire de tous : renforcer les systèmes de santé pour améliorer les résultats de santé)*. Genève : OMS.

WHO (OMS) (2010a) *World health statistics 2010, (Statistiques sanitaires mondiales 2010)*. Genève : OMS.

WHO (OMS) (2010b) *World health report 2010: Health systems financing – the path to universal coverage, (Rapport sur la santé dans le monde, 2010 : Le financement des systèmes de santé : le chemin vers une couverture universelle)*. Genève : OMS.



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



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