



DIALOGUE DE CABRI SUR LA SANTÉ

Compte rendu principal n°2



SE CONNECTER • PARTAGER • RÉFORMER



Dialogue de Cabri sur la Santé

Compte rendu principal n°2
Planification de la politique de santé



Tables des matières

Liste des tableaux et des figures	1
Acronymes et abréviations	2
Note de synthèse	3
1. Introduction	4
2. Types de planification et outils associés	6
2.1 Planification des réformes de santé	6
2.2 Planification d'entreprise et de politique	8
2.3 Approches pour traiter les questions de planification en matière de santé	16
3. Exemples nationaux de planification	22
3.1 Kenya	22
3.2 Ouganda	23
3.3 Zambie	24
4. Établissement des priorités	25
4.1 Rôle dans le processus de planification	25
4.2 Compromis essentiels	26
4.3 Approches et outils d'établissement des priorités et de planification	27
5. Conclusion	32
Annexe A : Étude de cas du paludisme à Zanzibar	35
Références/Bibliographie	36



Liste des tableaux et des figures

Tableau 2.1	Processus de planification	10
Tableau 2.2	Structure de la matrice du cadre logique	19
Tableau 4.1	Matrice de la performance d'analyse décisionnelle multicritère	30
Figure 1.1	Optimisation des ressources	6
Figure 2.1	Arbre décisionnel pour l'allocation des ressources publiques au secteur de la santé	7
Figure 2.2	Le cycle de planification	11
Figure 2.3	Approche du cycle de vie de gestion axée sur les résultats	18



Acronymes et abréviations

ACL	Approche du Cadre logique
AMC	Approche matricielle combinée
APHRC	Centre africain de recherches sur la population et la santé
AusAid	Agence australienne d'aide au développement international (ou Programme du gouvernement australien d'aide à l'étranger)
AVCI	Années de vie corrigées de l'incapacité (ou du facteur incapacité)
BAfD	Banque africaine de développement
CDMT	Cadre de dépenses à moyen terme
DCB	Documents-cadres de budget
DFID	Ministère britannique du développement international
DSS	Système de surveillance démographique
EBP/EBR	Élaboration du budget axé sur les résultats/la performance
EGSP	Équipe de gestion de santé provinciale
FMI	Fonds monétaire international
FMRS	Forum mondial pour la recherche en santé
FNUAP	Fonds des Nations unies pour la population
GAR	Gestion axée sur les résultats
HSA	Harmonisation pour la santé en Afrique
MBB	Budgétisation des coûts marginaux face aux goulets d'étranglement
MDS	Ministère de la Santé
NHSSP	Plans nationaux stratégiques du secteur de la santé
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
ODI	<i>Overseas Development Institute</i> (Institut de développement pour l'outre-mer)
OMD	Objectifs du millénaire pour le développement
OMS	Organisation mondiale de la santé
OMS-WHO	Bureau Afrique de l'Organisation mondiale de la santé
ONG	Organisation non gouvernementale
ONUSIDA	Agence des Nations unies contre le VIH/Sida
OR	Optimisation des ressources
PNUD	Programme des Nations unies pour le développement
RHS	Ressources humaines pour la santé
SRE	Stratégie de relance (redressement) économique
STPH	Institut tropical et de santé publique suisse
SWAp	Approche sectorielle
TEHIP	Projet tanzanien d'intervention essentielle en matière de santé
UNMHCP	Programme national de soins de santé de base de l'Ouganda



Note de synthèse

La planification des services du secteur de la santé est une fonction cruciale dans tous les systèmes de soins de santé. Pour les pays restreints au niveau économique, il est d'autant plus important de se servir de la planification en tant que processus pour l'allocation de leurs ressources limitées. Ce processus est orienté vers l'avenir, afin de trouver des façons d'obtenir les résultats désirés. La planification cherche à identifier la vision, les buts ou les objectifs à atteindre, à formuler les stratégies nécessaires pour atteindre la vision et les buts, à déterminer et allouer les ressources (financières, physiques, humaines) requises pour réaliser cette vision et ces buts, à décrire les arrangements nécessaires à sa mise en œuvre, ce qui comprend les arrangements pour le suivi et l'évaluation des progrès vers l'accomplissement de la vision et des buts.

Ce document¹ examine les différents types de processus de planification et établit une distinction entre la planification politique et la planification d'entreprise. Dans ce contexte, la planification politique se concentre sur les questions de santé de la population et sur des problèmes de santé spécifiques. Par contre, la planification d'entreprise se compose d'une planification stratégique et d'une planification opérationnelle. Historiquement, la planification a toujours été centralisée, reposant entre les mains de quelques dirigeants. Les approches actuelles insistent sur l'importance de l'engagement des différents niveaux du système de santé (régions, districts et pouvoirs locaux). On constate également une recherche croissante de l'engagement du secteur non gouvernemental dans le processus de planification. Cet aspect est particulièrement important dans la mesure où le secteur public est de plus en plus impliqué en tant que prestataire de services de soins de santé et formateur de ressources humaines.

Les gouvernements doivent gérer de nombreuses questions relatives à la réforme du secteur de la santé. Elles comprennent la réforme de la fonction publique, les partenariats public-privé et la décentralisation. De nombreux outils ont été élaborés, au niveau national et international, afin de rassembler des informations qui permettent une prise de décision factuelle, impliquant mieux et davantage les parties prenantes.

Ce rapport présente plusieurs exemples de planification de pays montrant que l'un des objectifs de la planification de la santé est l'intégration des initiatives du secteur de la santé à des initiatives plus larges dans le cadre du développement national. Les exemples démontrent qu'il existe un mouvement vers la planification des résultats, dans le but d'optimiser les ressources. Les plans des pays révèlent que l'accent porte de plus en plus sur l'implication du secteur non gouvernemental et sur la collaboration avec les donateurs, pour une meilleure intégration de la planification et de l'élaboration des programmes et du budget.

Le besoin de renforcer la capacité nationale et locale en matière de planification et d'élaborer des outils appropriés est reconnu par les autorités nationales et par les agences internationales. Le renforcement des capacités ainsi que la collecte et l'utilisation des bonnes informations sont au cœur d'une planification et d'une prise de décision efficaces.

¹ Ce rapport a été préparé par Orville Adams pour le Dialogue de CABRI sur la Santé, en ce qui concerne les politiques et la planification dans le secteur de la Santé. Le Dialogue s'est tenu à Nairobi, les 4 et 5 avril 2011.



1. Introduction

Les pays sont confrontés à la nécessité de concilier la grande demande de services de la santé aux ressources limitées mises à leurs dispositions. Ils doivent décider de la manière dont leurs précieuses ressources seront utilisées et à quoi seront destinés les fonds. Selon Green (1995), avant les années 1970, ces décisions étaient souvent prises par un petit groupe de hauts fonctionnaires des ministères de la Santé ou des Finances. À la suite de cette période, les responsables de la planification au sein des ministères ont essayé d'étendre leurs processus de politiques et de planification pour faire participer les pouvoirs locaux et les autorités sanitaires locales (Lee et Mills, 1982). Plus récemment, comme nous le verrons plus loin dans ce document, les processus de planification ont cherché à inclure le secteur non gouvernemental et la société civile. La planification de santé formelle, perçue comme un moyen transparent, rationnel et systématique menant aux décisions concernant l'allocation des ressources, est définie de manière plus approfondie comme une « gamme d'activités qui partagent l'objectif d'améliorer les résultats de santé ou d'accroître l'efficacité de la prestation des services de santé ou les deux à la fois » (MLTHC 2006). Cependant, Green (1995) fait valoir qu'une planification gérée comme une activité technique, mise en œuvre par des experts de la planification, tend à exclure les prestataires de service du processus et peut mener à des plans qui sont moins pertinents qu'ils ne le pourraient. La planification est un processus politique s'intéressant à l'allocation de ressources précieuses, souvent rares, pour lesquelles les parties intéressées doivent lutter (Baum, 1998). Lee et Mills (1982) suggèrent que la planification est aussi sociale et qu'elle devrait prendre en considération les valeurs de la société. Elle se préoccupe de ce qui doit être fait pour parvenir à un avenir désiré possible.

Les considérations susmentionnées introduisent la notion que la planification de la santé est plus qu'un processus ; elle a des objectifs tout en accordant une attention aux coûts en termes de temps et d'efforts pour y parvenir. Ces considérations suggèrent également que la planification se doit de rendre explicite les mesures d'efficacité et les résultats voulus.

La planification peut aussi être définie comme une activité nécessaire visant à assurer l'optimisation des ressources (OR) dans les services de santé. L'OR demande que l'on sache quels sont les objectifs du système de soins de santé et que l'on soit capable de mesurer quelles sont les ressources nécessaires pour atteindre ces objectifs et résultats. Deux questions fondamentales se posent sur l'optimisation des ressources :

- Utilisons-nous bien les ressources pour fournir des services ?
- Utilisons-nous bien les services pour faire progresser la santé ?

L'introduction des concepts d'OR dans de nombreux pays est liée à l'utilisation des ressources apportées par les donateurs. Une partie significative du budget alloué à la santé dans les pays à faible revenu, provient d'ONG ou de donateurs. En 2007, par exemple, plus de la moitié des dépenses de santé du Rwanda provenait de telles sources (Logie, Rowson & Ndagije, 2008). Depuis les années 1990, la tendance de demander de rendre compte en matière de dépenses publiques et d'efficacité de l'aide, s'accroît. Parmi les partenaires au développement, le Ministère britannique du Développement international (DFID) s'est montré comme étant le plus grand promoteur de l'utilisation de l'OR lors de son soutien aux processus de planification, d'élaboration des budgets et de programmation des pays. Le DFID désigne par OR « l'utilisation optimale des ressources permettant d'atteindre les résultats souhaités » qui implique « l'évaluation qui permettra de savoir si le niveau des résultats réalisés reflète une bonne optimisation des ressources en comparaison aux coûts encourus : allant des résultats aux rentabilités » (OCDE, 2010a).



Deux principaux outils d'analyses économiques ont été utilisés dans l'évaluation de l'optimisation des ressources, à savoir :

- *L'analyse des coûts-avantages* (ou l'analyse de taux de rentabilité interne) qui estime les coûts et avantages économiques respectifs, puis exprime les avantages nets en fonctions du taux de rentabilité sur l'investissement ; et,
- *L'analyse coût-efficacité*, qui compare les coûts des diverses approches permettant d'accomplir un objectif déterminé.

Il est également souligné que l'OR n'a pas pour seule fin de réduire les coûts, mais offre également de procurer de meilleurs résultats et d'offrir une performance plus efficace. Dans une note d'orientation technique, le Fonds mondial de lutte contre le VIH/SIDA, le paludisme et la tuberculose, définit l'optimisation des ressources comme « l'utilisation des interventions les plus rentables, selon les besoins, à l'aboutissement des résultats désirés » (ONUSIDA, 2010). L'OR ne signifie pas les coûts les moins élevés ; l'objectif est d'atteindre l'impact le plus fort, compte tenu de l'argent dépensé, en équilibrant le coût et l'efficacité. La Note technique énonce que « peut-être, le concept le plus important de l'optimisation des ressources considère que les interventions coûteuses sont justifiables s'il est possible de démontrer de manière efficace quelles apportent de plus grands bénéfices avec le temps ».

Comme illustré à la Figure 1, l'OR concerne les rapports entre les intrants, les extrants et les résultats. Les intrants (professionnels, technologies, financement de la santé et compétences en matière de santé) sont les ressources qui sont utilisées pour fournir des services de santé. Les services comme les visites du médecin, les chirurgies, les médicaments et les soins de prévention sont fournis à la population de manière à produire des résultats de santé, tels que la réduction du taux de maladie, le contrôle de la douleur et le retour au travail. Les buts d'un système de santé peuvent être exprimés en fonction de la haute qualité des soins de santé et d'un système de soin de santé durable (Conseil canadien de la Santé, 2009). Dans le souci de recherche de l'OR, d'une équité, efficacité, efficacité et réactivité croissantes, les pays mettent plus de poids sur le développement d'un système de soins de santé primaire. Il est démontré que les systèmes de soins de santé dans les pays à faible revenu qui s'orientent plus fortement vers un système de soins de santé primaire ont tendance à être plus enclins à aider les pauvres, à être plus équitables et faciles d'accès. Au niveau opérationnel, la plupart des études comparant les services pouvant être offerts, soit sous forme de soins de santé primaires, soit sous forme de services de spécialistes, montrent que l'emploi de médecins de soins de santé primaires réduit les coûts et augmente la satisfaction du patient sans causer d'effets néfastes sur la qualité des soins ou des résultats du patient. Donner la priorité aux soins de santé primaires est une stratégie de l'OR (Atun, 2004).

Les pays industrialisés cherchent également à optimiser leurs ressources lors de la planification de leurs stratégies de distribution des soins. Des modèles intégrés de soins et l'utilisation de services de soins chez l'habitant sont des stratégies qui mènent à l'OR. Il a été démontré au Canada, en Italie et aux États-Unis que, lorsque des services sont offerts aux personnes âgées, les dispositifs suivants contribuent à la réussite du système :

- Les critères ciblés d'admission à un hôpital;
- Approche de cas géré par une équipe ;
- Accès à une grande gamme de services de santé et de soutien social pour satisfaire aux besoins du client ;
- Engagement actif des médecins (CHSRF, 2010).

Les pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) aimeraient bien évidemment adopter l'optimisation des ressources dans leur secteur de soins

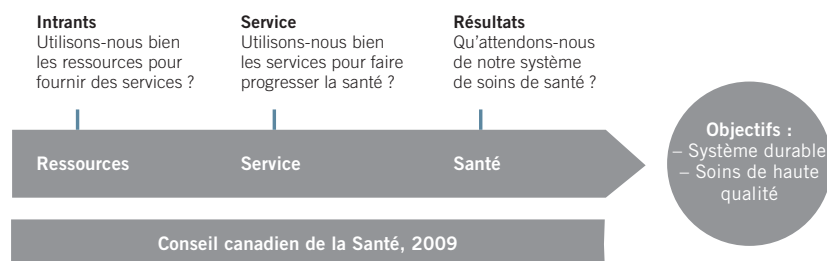


de santé. Un rapport de l'OCDE (2010b) révèle que les dépenses de soins de santé ont augmenté de plus de 70 % en termes réels depuis les années 1990. Dans les pays de l'OCDE, les dépenses publiques de santé, calculées par rapport aux dépenses publiques globales ont augmenté, passant de 12 % en 1996 à 16% en 2008. L'objectif général des pays de l'OCDE est d'améliorer les résultats de santé tout en gérant l'augmentation des dépenses publiques. Les stratégies qui peuvent contribuer à l'OR, comprennent :

- progresser vers de meilleures pratiques, de manière à parvenir à améliorer l'efficacité ;
- renforcer l'établissement des priorités ;
- garantir que les différents niveaux administratifs comprennent leurs responsabilités et leur obligation de rendre compte ;
- des régimes de prestataires plus équilibrés, (par exemple entre les paies liées à la performance et les salaires fixes) ;
- cibler les dépenses sur les problèmes touchant à la qualité des soins ;
- mieux informer les usagers sur la qualité et le prix pour qu'ils puissent prendre des décisions fondées ; et,
- un contrôle plus serré pour réduire le nombre de consultations et de références aux niveaux plus onéreux de prestation de services.

Dans les pays à faible revenu, une certaine pression est exercée sur les ministères de la Santé pour qu'ils développent des plans qui se traduiront en activités qui satisferont aux besoins de la population à des coûts raisonnables.

Figure 1.1 : Optimisation des ressources



Source : Conseil canadien de la santé (2009)

Cette introduction a déterminé que la planification est un processus systématique qui tend à impliquer plus que les autorités centrales en essayant d'assurer un meilleur lien entre les décisions envisagées et les objectifs futurs souhaités. La planification est toujours effectuée dans un environnement de ressources limitées, surtout dans les pays en développement. Il existe une demande croissante au niveau national et parmi les partenaires au développement, d'obtenir l'optimisation des ressources.

Ce document fera une distinction entre « la planification d'entreprise » et « la planification de la politique de santé » et traitera de leurs contributions potentielles au système de santé.

2. Types de planification et outils associés

2.1 Planification des réformes de santé

La plupart des pays en développement en Afrique prennent part à des initiatives de réformes du secteur de la santé, qui comprennent une réforme des institutions publiques, des réformes de la fonction publique, le renforcement des capacités de gestion ainsi que la consolidation



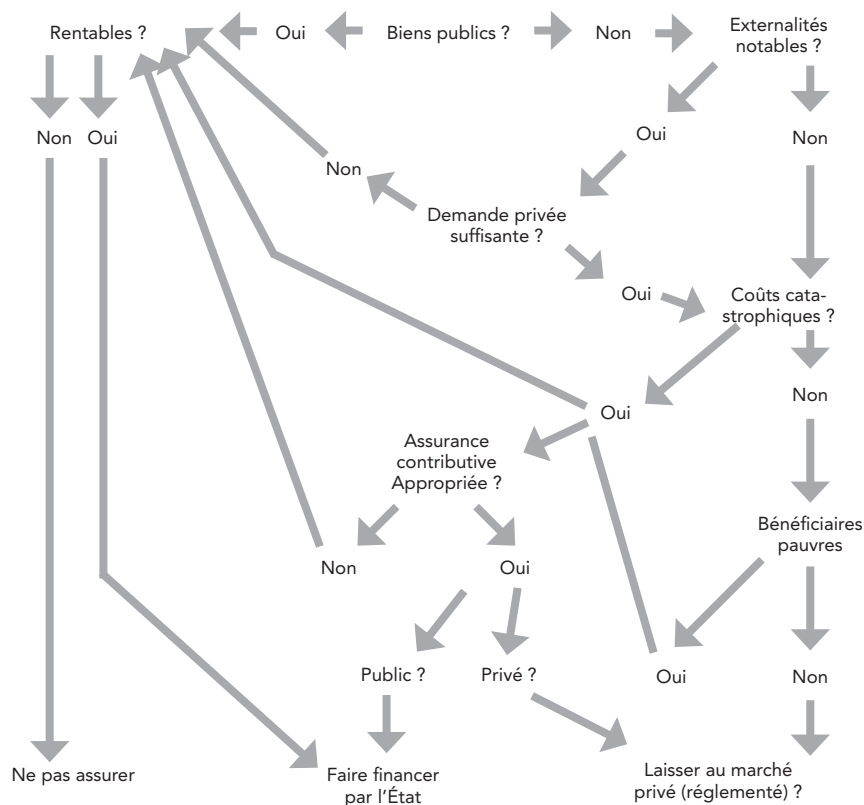
des fonctions de réglementation du Ministère de la Santé et de ses organismes. Ils ont adopté des stratégies de lutte contre la pauvreté en tant que priorités au sein de leurs directions macroéconomiques dans leur ensemble. Parmi les questions que se posent ces pays, on peut énumérer les questions suivantes : dans quelle mesure le secteur privé peut les aider à atteindre leurs objectifs et quel rôle peuvent jouer les niveaux infranationaux de l'administration publique, en tant que partenaires pour surmonter les contraintes auxquelles sont confrontés les pays. De plus en plus, le gouvernement passe d'un rôle de prestataires de services de santé à un rôle d'acheteur de services de santé pour la population, assurant des services de qualité fournis par le biais de dispositions d'achat, telles que la passation de contrats.

Bien que de nombreux pays aient une réglementation en place, ils ne disposent pas de mécanismes ou d'organismes pour les appliquer. En particulier, alors que le secteur privé joue un rôle important pour fournir et financer des services de santé dans un nombre croissant de pays, une pression grandissante est exercée sur le gouvernement par le biais du Ministère de la Santé pour assurer la qualité des services.

Public contre privé

Musgrove (1999) présente un arbre de décision intéressant, qui montre quand il est désirable pour l'État de financer une intervention et quand l'intervention doit être laissée entre les mains du secteur privé. Comme on peut le voir à la Figure 2.1, les fonds publics devraient être dépensés sur des interventions qui sont rentables et qui profitent aux pauvres de manière disproportionnée et sur des soins horriblement coûteux, surtout lorsqu'une assurance contributive, ne marchera pas de façon efficace. Les interventions qui ne satisfont pas à ces critères ne devraient pas être offertes ou fournies par le biais de marchés privés réglementés.

Figure 2.1 : Arbre décisionnel pour l'allocation des ressources publiques au secteur de la santé



Source : Musgrove (1999)



Décentralisation et planification

La décentralisation a été identifiée par la Banque mondiale (1993) comme la force potentiellement la plus importante pour améliorer l'efficacité et pour répondre aux conditions et demandes locales de la santé. Les autres bénéfices de la décentralisation mentionnés ci-après répondent aux approches de l'OR :

- Une efficacité technique par le biais d'une plus grande notion du coût au niveau local ;
- L'efficacité de la répartition est sensée s'accroître, parce que les décideurs locaux connaissent mieux les circonstances locales que les autorités centrales, et qu'ils utilisent cet avantage pour concevoir des services adaptés et pour construire des modèles de dépenses qui tiennent compte des besoins et des préférences au niveau local ; et,
- La qualité des services s'améliore parce que le public participe aux processus de prises de décisions locaux et tient les décideurs responsables de leurs actions.

Divers problèmes pourraient réduire l'impact potentiel de la décentralisation. Il existe des cas d'asymétrie de l'information où certains niveaux de l'Administration sont en possession de plus d'informations que d'autres et ne la partagent pas. Des groupes locaux puissants peuvent parfois distordre le processus de planification au profit de leurs propres intérêts. Quand la capacité administrative et les compétences des cadres des organes du gouvernement local ne sont pas adéquates, la décentralisation risque de ne pas atteindre ses objectifs souhaités parce que des agents gèrent mal les finances et gaspillent les ressources.

Smith (1997) soutient que les planificateurs de santé aux niveaux central et local, peuvent avoir différents buts et objectifs concernant le système de santé. Une telle divergence peut être causée par le fait que les besoins locaux sont interprétés différemment ou à cause de contraintes budgétaires, etc. Divers facteurs affectent la participation des responsables locaux et des membres de la communauté ; ceux-ci comprennent : « l'inégalité politique, l'analphabétisme, la pauvreté, les mauvaises communications, l'insécurité physique, l'hostilité professionnelle et bureaucratique ainsi que la centralisation politique et les gestes purement symboliques ».

En plus des participants des pouvoirs locaux et des communautés, les organisations non gouvernementales (ONG) prennent part de plus en plus au processus de planification décentralisée. Un tel engagement est soutenu par la communauté internationale qui a approuvé leur rôle dans des documents de stratégie de réduction de la pauvreté. La Banque mondiale requiert la participation des ONG, des collectivités locales et des fournisseurs aux processus de planification et d'élaboration de documents de stratégie de réduction de la pauvreté.

Kolehmainen-Aitken (2004) partage le point de vue de Smith (1997), à savoir que les pays peuvent avoir plusieurs modes de décentralisation au sein du même secteur. Cela rend la planification plus complexe et les lignes de responsabilité peuvent devenir confuses. D'autres questions épineuses de décentralisation comprennent les faibles compétences de planification et de gestion au niveau local, le manque de souplesse au niveau local pour ajouter de nouveaux postes ou changer le profil des postes existants, et, le changement rapide peut conduire à l'incertitude et porter atteinte au moral du personnel. Le processus de planification devrait envisager les coûts potentiels humains et financiers de la décentralisation.

2.2 Planification d'entreprise et planification de la politique

Cette partie du rapport aborde les différents types de planification, l'identité des planificateurs, le processus de planification et les approches spécifiques à la planification. Il faut faire une distinction entre la planification d'entreprise et la planification de la politique de santé. La



planification d'entreprise comprend la planification stratégique et la planification opérationnelle. La planification d'entreprise peut être considérée comme un processus qui élabore les stratégies nécessaires pour réaliser ou tenter de réaliser un futur organisationnel spécifique (Jaeger 1982). La planification stratégique s'appuie sur des tendances futures anticipées, des données et des hypothèses compétitives. Bien qu'elle utilise des données, elle tend à être déterminée par des idées et à être de nature qualitative. Le processus vise à produire une vision claire et des objectifs précis pour l'organisation. Qui plus est, la planification stratégique traite de l'élaboration de politiques et de sa traduction, par le biais de l'allocation d'activités, de politiques et de ressources, en des programmes de services (à la fois d'investissement et de fonctionnement). Les plans stratégiques ne devraient pas être liés aux structures budgétaires et au calendrier annuel mais devraient être rattachés aux décisions sur l'orientation et les priorités du système de santé.

La planification opérationnelle traite des activités à court terme et constitue un sous-ensemble d'un plan de travail stratégique. Elle explique comment et quelle partie du plan stratégique sera mise en œuvre dans un délai imparti. Les plans opérationnels sont souvent liés au cycle du budget annuel.

La planification de la politique est un processus permettant d'atteindre un objectif de santé donné. Les objectifs de la politique de santé sont généralement axés sur des questions portant sur l'amélioration de la santé (tels que les Objectifs du millénaire pour le développement) et de l'accessibilité aux services de santé, ainsi que sur la promotion de l'efficacité dans la prestation de services. Elle répond à quatre questions-clés :

- Où en est le système de service de santé actuellement (évaluation, analyse de la situation) ?
- Que voulons-nous que devienne le système de services de santé (priorités, buts, cibles, décisions) ?
- Que faut-il faire pour que le système de santé y parvienne (organisation et gestion) ?
- Comment saurons-nous ce que nous avons accompli (évaluation)?

Processus de planification

D'autres approches suggèrent quatre étapes légèrement différentes de la planification à la mise en œuvre, à savoir, l'analyse de la situation, l'évaluation des besoins, l'établissement de choix et la mise en œuvre. Le tableau ci-dessous présente les activités courantes associées à chacune des étapes principales.

La planification n'est pas toujours un processus rationnel et les planificateurs rencontrent souvent des difficultés associées aux affiliations politiques différentes, aux luttes pour le pouvoir et aux besoins contradictoires des diverses parties prenantes.

La planification comprend un nombre de processus différents qui incluent :

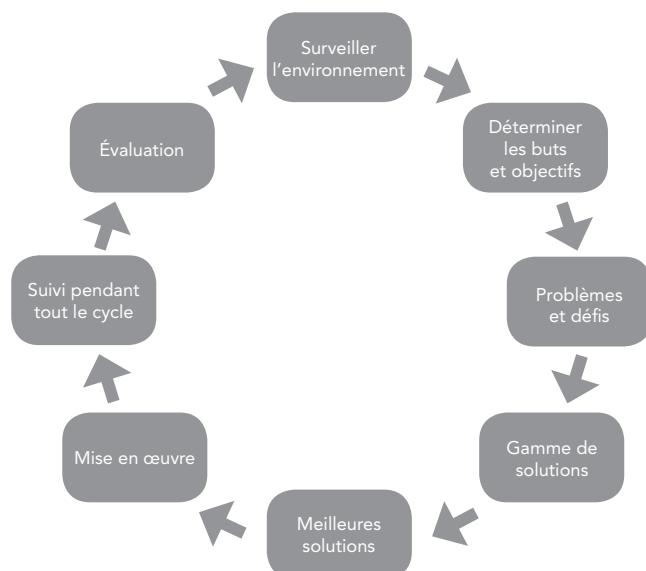
- L'identification de la vision, des buts ou des objectifs qui devront être atteints ;
- La formulation des stratégies nécessaires pour réaliser les visions et atteindre les objectifs ;
- La détermination et la répartition des ressources (financières et autres) requises pour réaliser les visions et atteindre les objectifs ; et,
- La brève description des dispositions de mise en œuvre qui incluent les dispositions du processus de suivi et l'évaluation des progrès accomplis pour réaliser la vision et atteindre les objectifs.

**Tableau 2.1** : Processus de planification

Étape	Actions associées
Analyse de la situation	<ul style="list-style-type: none"> Identifier les personnes qui doivent recevoir le service Examiner le contexte des services à donner Consulter les personnes intéressées compétentes Identifier qui sera responsable du budget et du plan de santé Passer en revue les ressources du secteur public actuellement disponibles pour les services Identifier d'autres ressources sectorielles pour les services Examiner l'utilisation actuelle des services.
Évaluation des besoins	<ul style="list-style-type: none"> Établir la prévalence, l'incidence et la sévérité des conditions prioritaires Ajuster les données de prévalence Identifier le nombre de cas prévus par an Estimer les ressources des services pour les besoins identifiés Chiffrer les ressources pour les services considérés.
Choix des cibles, élaboration des options, des décisions d'organisation et de gestion d'organisation et de gestion	<ul style="list-style-type: none"> Établir des priorités en identifiant les besoins insatisfaits ayant la priorité la plus élevée en considérant les lacunes qui existent entre la première étape et la deuxième étape Élaborer et évaluer les options Déterminer des cibles pour les planifications des services à moyen terme, c'est-à-dire de trois à cinq ans. Dresser des programmes de changements/d'actions/d'activités organisationnels nécessaires et d'exigences en matière de gestion
Mise en œuvre	<ul style="list-style-type: none"> La gestion du budget Le suivi et l'évaluation

La Figure 2.2 illustre une représentation du cycle de planification. La première étape, consistant à sonder l'environnement, nécessite le rassemblement d'informations sur le statut de santé de la population, sur la disponibilité des ressources et sur les dispositions institutionnelles. La deuxième étape, à savoir la mise en place de l'orientation, des buts et des objectifs, détermine quel sera l'état futur désiré. Cette étape établit les normes en fonction desquelles les profils de santé actuels ou la performance du système ou de l'organisation actuelle, seront comparés. La troisième étape, les problèmes et les défis, identifie les lacunes existant entre ce qui est et ce qui devrait être. La quatrième étape demande l'identification de la gamme de solutions à chaque problème ou défi identifié. La cinquième étape devrait comprendre l'évaluation de chaque solution possible en fonction de sa faisabilité, de son coût et de son efficacité pour que les solutions alternatives puissent être comparées entre elles. La sixième étape implique que le choix de la meilleure solution ou du meilleur ensemble de solutions soit fait et mis en œuvre pour relever les défis déjà identifiés. Le choix devrait prendre en compte les contraintes budgétaires, politiques et autres. L'étape de la mise en œuvre commence normalement avec le plan de mise en œuvre qui détermine ce qui doit être fait et qui le fera.

La Figure 2.2 identifie le suivi comme une étape séparée. En fait, le suivi est un processus continu qui fournit des rétroactions à toutes les parties prenantes. La dernière étape est l'évaluation qui demande des mesures strictes des résultats de la mise en œuvre, afin de déterminer si les solutions apportées permettent vraiment d'atteindre les objectifs fixés. Cela exige également que l'environnement soit de nouveau évalué afin de savoir s'il a changé. Cette étape devrait être planifiée bien avant que l'évaluation n'ait lieu. La planification est un processus d'apprentissage. Alors que la discussion précédente la présente comme linéaire, la planification est en réalité un processus dynamique qui passe par des boucles de rétroaction.

**Figure 2.2 :** Le cycle de planification

Passer en revue la palette des solutions est un élément important du cycle de planification et nécessite d'identifier les priorités pour lesquelles des solutions sont requises. Après avoir examiné l'environnement, établis les buts et objectifs et identifié les lacunes en passant en revue les problèmes et les défis, il devient nécessaire de décider quels seront les lacunes ou défis auxquels répondra le gouvernement avec les maigres ressources dont il dispose. Cette décision déterminera l'établissement des priorités, une tâche importante de la planification de santé pour la répartition des ressources des soins de santé (Segal & Chen, 2001).

Pourquoi la planification échoue et que faire pour y remédier

Même lorsque les planificateurs ordonnent leurs activités de planification en respectant les cycles idéaux de planification de la politique et d'entreprise, les plans ne sont pas toujours appliqués avec succès. Cette partie aborde les raisons principales de l'échec de la planification et présente une liste des domaines qui nécessitent une intervention susceptible d'assurer des plans efficaces, mis en œuvre avec des ressources limitées. Ces raisons seront développées dans la partie suivante, qui présente deux outils spécifiques qui abordent les domaines susmentionnés.

Les raisons pour lesquelles la planification échoue n'ont pas beaucoup changées depuis que Amonoo-Lartson et coll. (1984), ont discuté des causes des échecs de la planification dans leur livre intitulé « *Soins de santé de districts : défis de la planification, de l'organisation et de l'évaluation dans les pays en développement* ». Ces auteurs soutiennent qu'il existe un manque d'engagement de la part des directeurs exécutifs qui ne comprennent pas bien ce que veut dire « planification d'entreprise » et un manque d'acceptation de la part du personnel opérationnel qui doit mettre en œuvre la planification. Des processus de planification médiocres qui n'engagent pas les parties prenantes ainsi que la confusion existant entre la planification stratégique et opérationnelle sont cités parmi les raisons d'échecs. Des plans trop compliqués, mal formatés et difficiles à lire, font que les plans correspondants ne sont jamais utilisés. Le manque de compétences et de connaissances des planificateurs est aussi une des raisons fondamentales de l'échec de la planification. Les plans qui ne sont pas utilisés dans les prises de décision peuvent anéantir la motivation de tous ceux qui ont participé au processus de planification.

Plus récemment, des experts ont suggéré que les stratégies de santé actuelles et les plans nationaux ne se concentrent pas suffisamment sur la généralisation des programmes axés sur les éléments probants et orientés sur les résultats. En conséquence, ils se caractérisent par :



- l'absence d'une approche multisectorielle qui permettrait de réaliser les résultats de santé ;
- le manque d'attention prêtée aux goulets d'étranglements spécifiques au pays ; et,
- la mauvaise estimation des coûts des stratégies reposant sur des approches qui mettent l'accent sur les caractères normatifs et les maladies plutôt que sur l'analyse des coûts de la suppression des goulets d'étranglements systémiques spécifiques au pays en vue d'élargir la couverture des interventions qui sauvent la vie.
- (consulter, www.OMS.int/healthsystems/HSS_HIS_HHA_actionframework.pdf).

Au fil du temps, des experts ont proposé une gamme de facteurs critiques de succès, d'actions nécessaires, d'approches requises et de mécanismes de transparence et d'obligation de rendre compte pour s'assurer que la planification soit effective, dans un champ d'application approprié et, oriente l'action. Nous en présentons une vue consolidée ci-dessous.

Intégrer les processus de planification de santé : Les contraintes du système de santé pour améliorer les résultats liés à la santé, doivent être abordées de manière holistique, en vue d'obtenir de meilleurs résultats de façon durable et efficace (voir l'encadré ci-dessous sur l'harmonisation pour la santé en Afrique, HSA). Les plans doivent refléter le contexte du pays et être liés à d'autres processus tels que les approches sectorielles (SWap), les stratégies de lutte contre la pauvreté (CSLP ou DSRP) et les stratégies se rapportant aux Objectifs du millénaire pour le développement (OMD) (Barry et Mensah, 2005). Les plans devraient aborder les questions multisectorielles (par ex., dans les secteurs de la santé et de l'eau), planifier des interventions multisectorielles, et prendre en compte les secteurs public et privé ainsi que les ONG lors de la planification de la santé. Un dernier axe pour l'intégration de la planification de la santé concerne l'intégration de la planification et de l'élaboration du budget en matière de santé, en vue de s'assurer que les plans de santé soient abordables et réalisables, et que les budgets de la santé et l'utilisation des ressources soient orientés par les plans de santé.

Qualité du processus de planification : La boîte à outils du planificateur de santé (MLTHC 2006) propose six facteurs critiques qui ont une influence sur la réussite du processus de planification de santé, à savoir : définir la bonne question ; choisir le processus qui correspond à la tâche (stratégique ou opérationnelle) ; impliquer les parties prenantes ; établir une gestion de projets efficace ; planifier dans un cadre éthique (les hypothèses sur lesquelles les prises de décisions reposent sont clairement énoncées) ; et, évaluer et appliquer les informations pertinentes aux processus de planification. D'autres experts soulignent la nécessité d'une planification claire, afin d'éviter le double emploi et de veiller à ce que les plans soient chiffrés de manière réaliste, abordables suivant un calendrier (planification et élaboration du budget, 2007). D'autre part, la planification devrait être axée sur les processus, en mettant l'accent sur son efficacité à piloter la prestation des services de santé plutôt que d'exercer un conformisme qui se concentre sur la prestation d'un produit. Il a également été suggéré que la meilleure affectation des ressources puisse être réalisée avec une intégration des budgets d'investissement et de fonctionnement.

Renforcement des capacités : Le renforcement des capacités pour les processus de planification et pour établir un lien entre la mise en œuvre et la planification par le biais des processus d'élaboration du budget, de suivi et d'évaluation, est essentiel pour la qualité des plans et la probabilité qu'ils seront appliqués. L'initiative HSA a identifié plusieurs aspects de renforcement des capacités, y compris la nécessité de développer la capacité nationale de planification, d'établissement des coûts et d'élaboration du budget, grâce à la formation. L'initiative est liée aux efforts visant à établir des institutions intégrées et saines de planification, d'élaboration du budget et de gestion en matière de santé. Ce type d'initiative devrait être soutenu par la production, la promotion et la diffusion des connaissances, des directives et des outils dans les domaines techniques.



Se concentrer sur les résultats : Plusieurs experts ont constaté qu'un lien fragile entre les processus de planification et l'identification, le suivi et la réalisation des résultats cibles, contribuait fortement à l'échec des plans. Des interventions pour combler cette lacune incluent le développement de systèmes de financements axés sur les résultats et le renforcement des capacités afin d'effectuer le suivi de la performance des systèmes de santé (voir HSA, sans date).

Mécanismes de suivi, d'examen, de transparence et d'obligation de rendre compte : Barry et Mensah (2005), ont constaté qu'une bonne diffusion des plans est un élément essentiel à leur acceptation, appropriation et mise en œuvre. Cette diffusion devrait être associée à la participation des parties prenantes tout au long du processus (MLTHC, 2006) et à la publication des informations de suivi. À son tour, l'initiative HSA (s. d.) a souligné la nécessité d'entreprendre ou d'améliorer les examens de la politique nationale de santé. Une planification efficace exige également une amélioration dans les domaines d'obligation de rendre compte et de responsabilité et un processus d'audit fort et indépendant (Planification et élaboration du budget, 2007).

Gestion de l'aide : Un obstacle majeur à la planification intégrée et efficace dans le secteur de la santé dans les pays en développement est la fragmentation des fonds alloués à la santé et des interventions sanitaires liées à l'aide. L'initiative HSA se concentre en grande partie sur un ensemble de solutions communes visant à remédier aux échecs du secteur de la santé grâce à l'appui de l'aide harmonisée. Elle souligne notamment la nécessité d'harmoniser les interventions sanitaires ; de réunir le financement de tous les mécanismes mondiaux et d'élaborer des stratégies liées à l'efficacité de l'aide en faveur de la santé. L'intégration de programmes verticaux et horizontaux par des interventions dans le domaine de la gestion de l'aide destinée à la santé, est essentielle.

Harmonisation pour la Santé en Afrique

Pour résoudre les problèmes qui concernent la mauvaise gestion et/ou la gestion fragmentée du secteur de la santé dans les pays en développement, la Banque africaine de développement (BAfD), l'ONUSIDA, le Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP), l'OMS et la Banque mondiale, ont développé un Cadre d'action qui vise à s'attaquer aux barrières qui empêchent la généralisation en matière de santé, par le biais d'un mécanisme connu sous le nom d'Harmonisation pour la santé. Le Cadre est composé de six éléments principaux qui sont des axes du mécanisme, à savoir :

- soutenir les pays pour identifier, planifier et trouver une solution aux contraintes du système de la santé afin d'améliorer les résultats liés à la santé, de manière soutenable et efficace ;
- développer une capacité nationale grâce à la formation en matière de planification, d'estimation des coûts, d'élaboration du budget, d'harmonisation, de stimulation des échanges entre pairs, d'établissement d'une liste d'expertise technique dans la région et de développement de partenariats avec des institutions académiques situées en Afrique.
- garantir la responsabilité et aider à établir le suivi de la performance des systèmes de santé nationaux, de l'efficacité de l'aide et de la performance du Partenariat international de la santé ;
- renforcer la coordination en soutien aux plans nationaux et aux processus de mise en œuvre, aidant les pays à résoudre les problèmes de goulets d'étranglement dus aux contraintes régnant au sein des agences internationales.



Informations pour la planification

La disponibilité des données et des informations destinées à la planification est un autre problème critique qui compromet la bonne planification. Tous les processus de planification ont besoin de données et d'informations pour pouvoir analyser la situation actuelle, identifier les lacunes et établir les priorités. De nombreuses décisions doivent être prises tout au long du processus de planification. Il existe un grand nombre de parties prenantes, aux divers niveaux du système de santé et une multitude de ressources (physiques, humaines et financières) et d'activités. Les populations à servir diffèrent en fonction de leur sexe, de leur état de santé, de leur profil de maladie et de leur situation géographique. La planification et l'élaboration du budget exigent également l'accès à des données financières et à des coûts provenant de sources nationales et internationales.

L'utilisation de données factuelles dans la planification a été un élément fondamental du Projet d'interventions essentielles en santé en Tanzanie (PIEST). Les outils d'information de gestion utilisés pour planifier les interventions de santé fondées sur des données factuelles, comprenaient :

- un outil de profil de la charge de morbidité au niveau des districts, qui permet de regrouper des informations sur la santé de la population provenant du système de surveillance démographique (DSS), de telle sorte que les agents de districts puissent facilement les comprendre ;
- un outil de comptes de santé de districts qui permet d'analyser les budgets de façon standard pour générer des graphiques d'utilisation facile qui montrent comment les plans de dépenses s'intègrent au plan général ;
- un outil de cartographie des services de santé de districts qui permet aux agents de santé d'évaluer dans tout le district une représentation visuelle rapide de la disponibilité des services de santé spécifiques ou des visites à des établissements de santé pour diverses interventions ; et,
- des outils d'expression communautaire qui permettent de promouvoir la participation de la communauté et d'orienter la planification sanitaire ainsi que d'encourager l'appropriation (ODI, 2009).

L'étude de cas révèle que les outils ont fourni des informations qui ont donné lieu à une allocation plus appropriée aux besoins locaux.

Une étude de planification et d'élaboration du budget axée sur les données factuelles aux Philippines, a permis d'identifier les problèmes suivants :

- l'identification des buts du développement reposait sur des bases de données insuffisantes;
- les plans ont ignoré une situation particulière indiquant certaines tendances historiques qui auraient mis en évidence des préoccupations différentes moins évidentes mais tout aussi pressantes ;
- les plans auraient dû être validés par de meilleures données ;
- il n'existait aucune cible annuelle ;
- les plans ignoraient les différences entre les sexes ;
- les plans n'incluaient aucune méthode de suivi et d'évaluation qui aurait pu faciliter la mise en œuvre et la réalisation des cibles ;
- les partenariats au développement internationaux n'ont guère été considérés ; et,
- le manque de données économiques et liées à l'économie, aux niveaux infranational et local (Orbeta, 2006).



Des problèmes similaires peuvent être observés dans de nombreux pays. L'OMS signale que les efforts de planification sont souvent entravés par un manque d'informations. Il est donc suggéré que la planification devrait utiliser de simples indicateurs en mettant l'accent sur la facilité de la collecte de données (OMS, 2003).

Le type d'informations disponibles aura un impact sur la capacité des responsables financiers à prendre et exécuter les décisions de dépenses. Les propositions d'OR ont besoin de données qui peuvent être utilisées dans l'élaboration de la performance et des indicateurs de résultats. Schick (1998) fait valoir que, pour obtenir des résultats positifs en contrepartie des dépenses publiques, les informations, les incitations et les autres dispositions institutionnelles doivent être mises en place.

La collecte et la diffusion des informations sont onéreuses. Des décisions consciencieuses doivent être prises sur le type et la quantité de données qui sont requises et sur la manière dont elles seront recueillies. L'approche utilisée pour la collecte de données peut dépendre des niveaux d'analyses, individuels et organisationnels, communautaires ou sociaux. Des données peuvent être recueillies sur : les facteurs de risques ; les lacunes dans les services ; le manque de ressources ; les conditions de risques ; et, les menaces. Cette méthode a été qualifiée d'approche négative de la collecte de données. Une approche positive de la collecte de données comprendrait : la résilience et la force personnelle ; les services, les ressources, les possibilités de partenariats et de collaboration ; les actifs de la communauté et les opportunités sociétales. (SCS, 2001). Il est nécessaire d'élaborer un plan de collecte d'informations et de données visant à soutenir la planification et l'élaboration du budget ainsi que la détermination d'indicateurs.

Des initiatives ont été mises en place, notamment :

- L'HSA vise à soutenir les pays à améliorer les examens des politiques de santé nationales, à planifier et établir un budget, à fournir une aide, à mobiliser les ressources, ainsi qu'à développer des systèmes de santé et de gestion à long terme.
- La Troisième table ronde internationale, portant sur la gestion des résultats de développement s'est préoccupée de la réforme des processus de planification et budgétaires, dans le but d'améliorer la prestation des services dans les pays et d'utiliser de manière plus efficiente les ressources. Le document d'informations suggère que le lien entre la planification, les budgets et les résultats, reste fragile. Le document conclut que les processus de planification doivent être clairs et éviter le chevauchement des tâches. Les plans en résultant doivent comporter une estimation réaliste des coûts, un calendrier et doivent être abordables (Planification et élaboration du budget, 2007). Il a été également noté qu'une meilleure allocation des ressources peut être réalisée par l'intégration des budgets d'investissement et de fonctionnement. Les réformes demandent une amélioration qui se conforme à l'obligation de rendre compte et un puissant processus d'audit indépendant. La Table ronde a constaté que dans les pays fortement tributaires de l'aide, les mécanismes d'obligation de rendre compte sont souvent faibles. Il a été souligné que les améliorations importantes prennent du temps et qu'elles requièrent le soutien de décideurs et de gestionnaires de haut niveau. Des systèmes d'incitation appropriés peuvent contribuer à améliorer la capacité et l'habileté des planificateurs et des systèmes de planification. La Table ronde conclut que les systèmes de planification infranationaux doivent refléter les différents niveaux de gouvernement pour tenter d'améliorer la planification et l'élaboration du budget.
- Le réseau des métriques pour la santé (HMN), un partenariat mondial lancé en 2005, soutient le renforcement des systèmes d'information de santé nationaux pour la prise



de décisions. Le HMN a suggéré que les difficultés rencontrées dans la collecte de données fiables sur la santé publique sont le résultat non seulement de contraintes financières, mais aussi d'une insuffisance de méthodes de mesures exactes dans certains pays. Qui plus est, la présentation des données épidémiologiques vise généralement les spécialistes et autres experts. Il faut faire des efforts supplémentaires pour rendre l'information compréhensible pour les décideurs, le personnel de santé de première ligne, les spécialistes étrangers au secteur de la santé et pour le public (OMS, 2008).

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) et d'autres agences de l'ONU ainsi que des organismes bilatéraux ont collaboré avec des pays africains pour les soutenir dans leurs efforts de planification. Le Bureau régional de l'OMS (OMS-AFRO) a développé un guide pour l'élaboration d'un plan national de santé. Les sujets traités par le guide s'accordent avec ceux susmentionnés.

Qui sont les planificateurs ?

Les planificateurs étaient, traditionnellement, des employés du Ministère de la Santé qui occupaient des postes au niveau central. Quand les pays se sont engagés dans les activités de réformes au niveau du secteur de la santé, la décentralisation du système de la santé s'est trouvée au cœur du sujet.

Le district est devenu le centre de la planification décentralisée en Afrique et en Asie. L'OMS et d'autres partenaires au développement ont collaboré avec des pays afin de renforcer la formulation de leurs politiques, plans et stratégies de santé à l'échelon national. Tout le monde s'accorde pour dire que les planificateurs des services de santé doivent posséder les compétences et les connaissances qui leur permettront de participer aux activités de planification telles que la gestion de larges programmes sectoriels et l'économie de la santé, les examens des dépenses de la santé publique, les revues sectorielles en matière de santé ainsi que la planification et le suivi des programmes de santé. De nombreux pays ont établi des unités de planification de santé. Pour qu'elles soient efficaces, le personnel de ces unités devrait se composer d'équipes pluridisciplinaires. Des institutions nationales et internationales telles que le Centre africain de recherches sur la population et la santé (APHRC) et l'Institut tropical et de santé publique suisse (STPH) ont travaillé dans la perspective de renforcer les capacités de planificateurs de santé en Afrique. Le STPH a collaboré avec le Ministère de la Santé et de l'Aide Sociale, le Ministère des Finances et le Bureau du Premier ministre, les pouvoirs locaux et le Centre informatique de l'Université de Dar es Salam pour introduire des outils informatiques de planification qui incorporent la conception de Comptes de santé par district destinés aux planificateurs des services de santé au niveau des districts en Tanzanie. L'APHRC offre des ateliers couvrant les divers aspects de la planification de la santé et de la gestion de l'information (consulter www.aphrc.org/insidepage/). Nombre de gouvernements nationaux et leurs partenaires au développement investissent dans le renforcement des capacités de planification en matière de santé.

2.3 Approches connues pour traiter des questions de planification en matière de santé

Cette partie aborde un certain nombre d'approches qui sont utilisées pour fournir des moyens explicites de résoudre les questions complexes et de s'adresser aux parties prenantes associées à la planification du secteur de la santé. Chacune des approches se préoccupe des résultats et, par conséquent, intègre des concepts d'OR.



Approche du cycle de vie de gestion axée sur les résultats

Le financement et la prestation des services de santé dans de nombreux pays à faible revenu sont, en majorité, dépendants des partenaires au développement et de l'incidence qu'ils ont sur les processus de planification et d'élaboration du budget. Le PNUD (2009) a publié un Guide qui encourage une approche liant la planification, le suivi et l'évaluation aux résultats. Il soutient que les projets et les programmes ont une meilleure chance de réussir quand les objectifs et le champ d'application des programmes et/ou des projets sont bien définis et clairs parce que les défis surgissant lors de la mise en œuvre seront ainsi moindres. Cela concorde aussi avec les résultats trouvés précédemment, montrant que l'engagement de haut niveau, des utilisateurs, des clients et des parties prenantes aux programmes et projets, est essentiel à leur réussite. La communication entre parties prenantes est reconnue comme étant un facteur de réussite puisqu'elle aide à préciser les attentes, les rôles et les responsabilités. Les progrès et la performance devraient également être communiqués de manière à encourager un engagement continu des parties prenantes. Qui plus est, le guide soutient que le suivi et l'évaluation sont des facteurs de réussite essentiels car ils tendent à garder les choses sur la bonne voie. Le suivi permet de déterminer les problèmes potentiels très tôt, ce qui permet de les traiter et d'économiser de l'argent à long terme.

Il est également avancé qu'une bonne planification aide les ministères de la Santé à se concentrer sur les résultats qui comptent et que le suivi et l'évaluation fournissent des informations qui peuvent être utilisées pour améliorer la prise de décisions. La Gestion axée sur les résultats (GAR) est une stratégie générale de gestion dont le but est d'atteindre des performances plus élevées et des résultats démontrables. Le PNUD propose qu'une bonne GAR soit un processus continu de rétroaction constante, d'apprentissage et d'amélioration. La Figure 2.3 indique les étapes d'une approche de GAR. Les principes essentiels de la GAR sont l'appropriation, la participation des parties prenantes et l'intérêt porté aux résultats. L'accent est également mis sur la dimension hommes-femmes lors de la planification, du suivi et de l'évaluation. De nombreux pays à faible revenu, sont désormais davantage préoccupés par les questions d'égalité entre les hommes et les femmes lors de leur planification et de leur prestation de services.

Le cadre de la planification axée sur les résultats, exige des planificateurs qu'ils considèrent de manière explicite l'impact de leurs plans, les résultats de leurs actions et les extrants découlant des activités mises en œuvre. Afin de mesurer les résultats de la planification, des indicateurs sont mis au point et suivis. Des bases de référence sont établies pour les préoccupations critiques du plan et des cibles explicites sont choisies. Le cadre de la GAR implique également l'identification des moyens de vérification des résultats des diverses composantes du plan.

Le guide du PNUD met en évidence les considérations principales suivantes dans la planification axée sur les résultats :

- la planification devrait se concentrer sur les résultats, les vrais changements de développement qui servent à améliorer la vie des gens, et ne devrait pas servir uniquement à satisfaire les exigences des superviseurs ou du personnel du siège ;
- la planification devrait toujours être vue comme un processus dont le plan actuel est seulement un des produits ;
- le processus de planification devrait comprendre un plan et un mécanisme visant à gérer, suivre et évaluer, ainsi que des idées bien exposées sur le partenariat et la collaboration pour obtenir les résultats souhaités ;
- le processus de planification devrait être extrêmement participatif et très ouvert et devrait encourager la franchise, la créativité et l'innovation ;

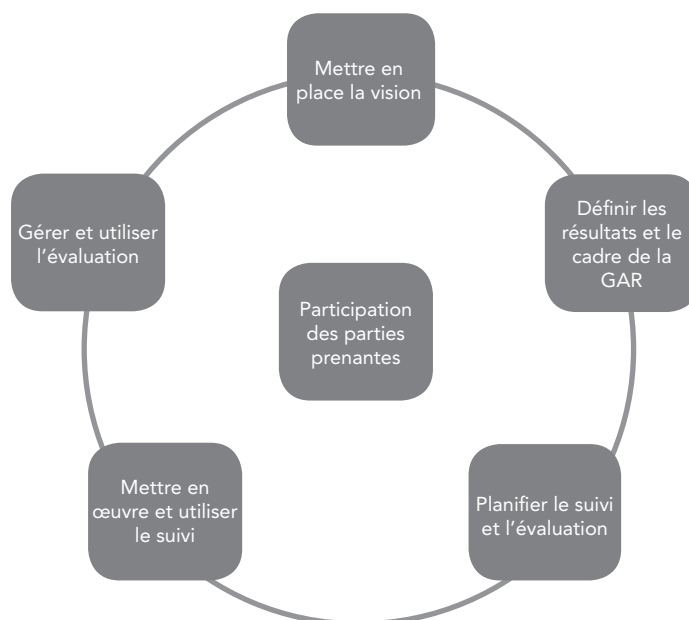


- la planification devrait être guidée par les principes de base de l'efficacité du développement ; et,
- les résultats les plus importants du processus de planification sont : la clarté des buts, des objectifs, et une vision de l'avenir, l'engagement et la motivation des parties prenantes et la clarté du processus pour compléter et gérer les plans ; et,
- le document de planification peut servir à garder la trace des points qui ont été convenus et sera un outil de communication avec les nouvelles parties prenantes (PNUD, 2009)

Le FISE (ou UNICEF) (2003), déclare que la Planification des programmes axés sur les résultats garantit que la somme des interventions est suffisante pour obtenir les résultats souhaités et, suggère qu'un cadre complet des résultats comprenne ce qui suit :

- les résultats stratégiques qui se rapportent à la jouissance de droits par les femmes et les enfants ou d'un changement de leurs statuts. L'obtention de tels résultats dépend généralement de nombreux facteurs, notamment des considérations d'autres partenaires ;
- les résultats liés au changement institutionnel, à la qualité ou la couverture d'un service ou au changement de comportement. Leur réalisation peut dépendre de la contribution d'autrui ; et,
- les résultats de projets, d'activités ou de produits réalisés. L'obtention de ces résultats est en grande partie sous le contrôle du gouvernement, du FISE et des partenaires.

Figure 2.3 : Approche du cycle de vie de gestion axée sur les résultats



L'approche du cadre logique

L'approche du cadre logique (ACL) est une méthode systématique visant à élaborer un concept de projets et à sélectionner une stratégie de projets. Cette approche est particulièrement utile lorsque la planification est utilisée pour résoudre un problème de politique particulier et limité. Le gouvernement australien et un certain nombre d'agences d'aide multilatérales et bilatérales, y compris le DFID et le FISE ont utilisé et promu l'ACL comme étant un outil significatif de leur arsenal de planification. L'AusAID (2005) a édité un guide facile à utiliser qui



décrit l'ACL comme une méthodologie de conception d'activités et un outil analytique, de présentation et de gestion qui peut aider les planificateurs et les gestionnaires à :

- analyser la situation existante durant la présentation des activités ;
- établir une hiérarchisation logique de moyens grâce auxquels les objectifs seront atteints ;
- identifier les risques qui pourraient entraver la réalisation des objectifs et l'obtention de résultats durables ;
- déterminer la manière dont les extrants et les résultats pourront être le mieux suivis et évalués ;
- présenter, lorsqu'il y a lieu, un résumé de l'activité dans un format standard ; et,
- suivre et examiner les activités pendant leur mise en œuvre.

L'ACL utilise l'analyse des problèmes, l'analyse des parties prenantes, l'analyse des objectifs et la sélection d'une stratégie de mise en œuvre préférée comme étant les quatre éléments analytiques principaux du processus de planification. La matrice du cadre logique est présentée au Tableau 2.2.

Les directives de l'AuSAID indiquent qu'il est important que les outils analytiques de l'ACL soient appliqués d'une manière participative. L'appropriation de ces processus et du plan est essentielle à la mise en œuvre efficace et à la durabilité des avantages pour les partenaires nationaux. Il est également admis que l'ACL n'est pas d'utilisation facile, même pour des agents expérimentés (AuSAID, 2005).

Tableau 2.2 : Structure de la matrice du cadre logique

Description des activités	Indicateurs	Moyen de vérification	Hypothèses
But ou impact : l'impact du développement à long terme (but politique).	Comment la réalisation sera mesurée, y compris les cibles appropriées (quantité, qualité, et délai).	Sources d'informations sur les indicateurs de buts, y compris qui les collectera et à quel rythme.	
Fin ou résultat : le(s) résultat(s) à moyen terme que l'activité tente de réaliser en termes de bénéfices pour les groupes ciblés.	Comment la réalisation du résultat sera mesurée, y compris les cibles appropriées (quantité, qualité, et délai).	Sources d'informations sur les indicateurs des résultats, notamment qui les collectera et à quel rythme.	Hypothèses concernant le lien entre le résultat et le but.
Objectifs de la composante ou résultats intermédiaires : ce niveau de la hiérarchisation des objectifs ou des résultats peut être utilisé pour établir un lien clair entre les extrants et les résultats (notamment pour les activités à plusieurs composantes plus larges).	Comment la réalisation des objectifs de la composante sera mesurée, y compris les cibles appropriées (quantité, qualité, et délai).	Sources d'informations sur les indicateurs des objectifs de la composante, y compris qui les collectera et à quel rythme.	Hypothèses concernant le lien entre l'objectif de la composante et l'extrant.
Extrants : les produits ou les services tangibles qui seront fournis par l'activité.	Comment l'accomplissement des extrants sera mesuré, y compris les cibles appropriées (quantité, qualité, et délai).	Sources d'informations sur les indicateurs d'extrants, y compris qui les collectera et à quel rythme.	Hypothèses concernant le lien entre l'extrant et l'objectif de la composante.



Élaboration du budget axée sur la performance

L'élaboration du budget axée sur la performance ou budgétisation axée sur la performance (BP) est utile en particulier dans le contexte de la planification d'entreprise et vise à améliorer l'efficacité et l'efficacités des dépenses publiques en liant le financement des organisations du secteur public aux résultats qu'elles fournissent, en utilisant systématiquement l'information sur la performance. La mise en œuvre des plans dépend en grande partie des processus de l'élaboration du budget. Le financement des programmes de santé n'est pas souvent considéré comme étant un élément contribuant à l'économie nationale et donc, ne fait pas partie des domaines prioritaires dans de nombreux pays. Dans une note technique du FMI, Robinson et Last (2009) recommandent que la BP ne soit pas envisagée dans les pays qui ont des systèmes dysfonctionnels de gestion fiscale publique et de gouvernance. Les exigences essentielles applicables à un système de base axé sur la performance sont supposées être les informations relatives aux objectifs et aux résultats des dépenses publiques sous forme d'indicateurs clés ; et, un processus de préparation du budget conçu pour faciliter l'utilisation de ces informations dans le cadre des décisions prises pour financer le budget. La note technique soutient que si le processus de planification est séparé institutionnellement du processus budgétaire, alors les résultats souhaités peuvent ne pas être obtenus. Certains pays ont des difficultés à faire en sorte que les priorités identifiées dans le processus de planification soient reflétées dans l'allocation des budgets annuels. Dans les pays où la BP est supposée améliorer la planification par le biais de l'utilisation de meilleures informations sur la performance, il se peut que le plan soit mieux respecté par ceux qui formulent le budget. Cependant, si les décideurs ne prennent pas au sérieux les priorités identifiées dans le plan, des conflits peuvent surgir entre les objectifs de l'élaboration du budget d'une part et les objectifs de la planification d'autre part, et ceci peut contribuer à l'affaiblissement de l'établissement des priorités politiques de l'État.

Budgétisation des coûts marginaux face aux goulets d'étranglement (MBB)

La Banque mondiale, le FISE et l'OMS ont collaboré étroitement pour mettre au point un outil qui aide les pays à identifier les contraintes de mise en œuvre affectant le système de santé, qui devraient être écartées pour optimiser les résultats de santé souhaités et, à estimer les coûts marginaux permettant de surmonter ces contraintes. Cet outil, à savoir la budgétisation des coûts marginaux face aux goulets d'étranglement (MBB), est conçu pour aider les gouvernements à formuler des plans de santé infranationaux ou nationaux à moyen terme. Knippenberg, Soucat et Vanlerberghe (2004) notent que l'outil peut faciliter un processus d'établissement des priorités à long terme pour les dépenses publiques de santé, qui commence par l'amélioration de l'efficacité de l'allocation des ressources nouvellement disponibles et fournit une base au dialogue politique et à la planification. Soucat et coll., (2002), constatent que l'approche MBB est désormais la base des décisions budgétaires annuelles au Mali, où elle a été utilisée pour élaborer le Cadre des dépenses à moyen terme (CDMT). Les budgets qui sont élaborés en utilisant l'approche MBB au Mali ont été suivis au fil du temps, d'un transfert au niveau des affectations entre intrants. Les ressources humaines pour la santé, les services de promotion à domicile et les populations les plus pauvres ont été identifiés comme des domaines qui bénéficieront de plus en plus d'un financement marginal. Soucat et coll., (2002), suggèrent que les budgets élaborés en suivant ce principe indiquent un impact marginal potentiel sur les résultats de santé et une contribution aux OMD qui peut être accrue en augmentant les ressources stratégiquement par quelques dollars US de plus par habitant et par an. L'approche MBB est considérée comme étant un outil en faveur des pauvres.

L'outil MBB pose les trois questions suivantes :



- Quels sont les plus grands goulets d'étranglement du système de santé qui empêchent la prestation des services de la santé, et quel est le potentiel d'amélioration ?
- De quelle somme a-t-on besoin pour réaliser les résultats escomptés ? Est-elle couverte par de nouveaux crédits disponibles sur la marge de la ligne de référence du budget ?
- Quel est le nombre de résultats supplémentaires en matière de santé que l'on peut obtenir quand les goulets d'étranglement sont supprimés ?

Il cherche à examiner :

- En quoi consistent les nouvelles interventions (soins à domicile, soins obstétricaux essentiels) ?
- Par qui (secteur public/privé) ?
- Comment (concentrées sur la demande ou sur l'offre) ?
- Pour qui (ciblage géographique/social) ?
- Avec quoi ? (mélange d'intrants) ?
- À quel prix (pour les médicaments, les salaires, la construction) ?
- Qui paie ? [paiements publics/complémentaires (non remboursés)] ?

Telles sont les questions que tous les planificateurs et les décideurs de la santé doivent aborder.

SWAp : intégration et coordination dans la planification

Un grand débat a eu lieu entre les décideurs, les financiers et les chercheurs sur le plan du financement et de la programmation horizontaux et verticaux. Heinz (2010) mentionne qu'au cours de ces dix dernières années, des augmentations substantielles des financements internationaux réservés au secteur de la santé ont été constatées. Cependant, une grande partie des financements a été acheminée vers des programmes dirigés par des donateurs qui ciblent certaines maladies en particulier et cette situation peut aller à l'encontre des priorités de santé au sein des pays bénéficiaires. Pour résoudre ce problème et permettre au pays de les prendre en charge, on utilise de plus en plus une approche qui est menée par le pays et qui associe les fonds provenant de plusieurs sources nationales et externes. Une telle approche fait l'objet de la discussion de cette partie.

Vaillancourt (2009) définit la SWAp comme étant « une approche de programme pris en charge localement pour un secteur cohérent de manière exhaustive et coordonnée, s'orientant vers l'utilisation des systèmes nationaux ». Les SWAP sont supposées apporter leur soutien conjoint aux programmes, définis et menés au niveau national, qui mettent l'accent sur les résultats. Un examen des approches sectorielles de santé dans six pays (le Bangladesh, le Ghana, la République Kirghize, le Malawi, le Népal et la Tanzanie), a conclu que les SWAP ont bien réussi à mettre en place les outils et les processus essentiels pour améliorer la coordination et la supervision du secteur. Ces outils comprennent : des plans de travail à court et moyen termes ; des plans de dépenses et de projections à moyen terme qui soulignent la disponibilité des ressources ; des structures et des processus pour établir et faciliter des partenariats tout spécialement entre les gouvernements et les partenaires au développement ; et, des outils d'évaluation des capacités de gestion financière. L'étude a aussi révélé que dans la plupart des cas, le suivi et l'évaluation n'étaient pas très élevés. En ce qui concerne la prévisibilité, le flux et l'utilisation des ressources du secteur de santé, l'étude a conclu que la prévisibilité des ressources a été faussée par des estimations incorrectes des coûts, du financement et des scénarios d'insuffisance du financement du programme de travail. De plus, le secteur non-gouvernemental n'a pas suffisamment participé à l'établissement des coûts et des enveloppes



de ressources. Finalement l'alignement entre la planification et l'élaboration des budgets des partenaires au développement ne correspond pas toujours aux cycles nationaux.

Le DFID a effectué une évaluation de l'impact de la SWAp au Malawi (Pearson, 2010) qui a révélé qu'il existait deux problèmes principaux ayant trait au système, à savoir la livraison d'un forfait santé prioritaire essentiel et les ressources humaines destinées à la santé. Grâce à la SWAp, ces questions sont maintenant traitées au moyen d'une approche d'un système plutôt qu'au moyen d'une approche verticale fragmentée axée sur les maladies. L'évaluation affirme que d'une bonne approche sectorielle dépendra la qualité du programme de travail qu'elle soutient. Le programme de travail, la planification axée sur les résultats, le suivi et l'établissement des rapports seraient axés sur les intrants. L'évaluation conclut que la SWAp a permis d'obtenir un plus grand appui financier de la part du gouvernement et des donateurs et a mis davantage l'accent sur les ressources humaines liées à la santé. L'alignement et l'harmonisation de l'appui des donateurs se sont améliorés, mais la durabilité du financement suscite des inquiétudes, surtout parce qu'elle dépend de la bonne volonté des donateurs. Les partenariats public-privé se sont améliorés, mais selon l'évaluation, des progrès peuvent encore être accomplis. En outre, le financement public a augmenté et s'intéresse davantage aux pauvres. Dans ce cas, l'approche sectorielle a été un instrument important pour la réalisation du programme de travail, ainsi que pour la planification et l'élaboration du budget qui la définit.

3. Exemples nationaux de planification

3.1 Kenya

Le Deuxième plan national stratégique du secteur de la santé du Kenya ou NHSSP II, pour la période 2005 à 2010 (Ministère de la Santé, République du Kenya, 2005) illustre la façon dont la planification du secteur de la santé est conduite dans beaucoup d'États africains. Ce programme de santé a pour objectif spécifique d'améliorer le système de santé par le renforcement de la planification sanitaire des districts. Des objectifs sanitaires par district sont intégrés au plan national et le budget est relié aux intrants annuels par le biais des plans sanitaires par district. Le NHSSP II a été conçu pour fournir un cadre permettant d'élaborer des programmes opérationnels annuels plus détaillés au niveau national. Ce plan sert à aligner les stratégies de santé sur des priorités plus larges en matière de développement, définies par le Ministère de la Planification et du Développement national, le Secrétariat de la Réforme du secteur public et, l'administration des affectations du budget kenyan, conformément à la Stratégie de relance économique (SRE), au CDMT et à l'Examen annuel des dépenses publiques pour le secteur de la santé. Il y a six objectifs conjugués de politique, visant à réduire les inégalités dans le domaine des soins de santé et à inverser la baisse tendancielle dans le domaine de la santé. Ces objectifs sont :

- augmenter l'accès équitable aux services de santé ;
- améliorer la qualité et la réactivité des services de ce secteur ;
- améliorer l'efficacité et l'efficience de la prestation des services ;
- accroître le pouvoir réglementaire du Ministère de la Santé ;
- promouvoir des partenariats améliorant la santé et la prestation des services ; et,
- améliorer le financement du secteur de la santé.

L'approche de planification recueille et collationne des informations et des plans de santé de tous niveaux, et les consolide en plans opérationnels annuels qui sont par la suite approuvés par toutes les parties prenantes. L'approche de planification est considérée comme étant au cœur de la SWAp du Kenya dans le domaine de la santé. Elle est surnommée « les trois principes directeurs » : un programme et un budget ; un système de suivi ; et, un cadre de



coordination. Le NHSSP II a été élaboré au moyen d'un processus participatif impliquant les Équipes de gestion de santé provinciales (EGSP), les Équipes de gestion de santé de districts (EGSD) ainsi que d'autres parties prenantes. Ce plan reconnaît l'importance de l'implication des autres parties prenantes, y compris le secteur privé (à but lucratif ou non) qui détient environ 49% des infrastructures de santé au Kenya, les guérisseurs traditionnels, les individus et les ménages ainsi que les Partenaires au développement.

Le principe premier dans la conception du Plan se détourne de l'attention portée au fardeau de la maladie, pour faire place à une approche axée sur le développement du capital humain. Cela est accompli en se concentrant sur la promotion de la santé et en apportant un soutien d'ensemble aux différentes phases de la vie humaine, tout en stimulant une approche fondée sur les droits de l'homme dans toutes les interventions.

3.2 Ouganda

En Ouganda, le processus de planification et d'élaboration du budget est dirigé par le Ministère des Finances et orienté selon les priorités nationales. Les cadres institutionnels de la planification et de l'élaboration du budget comprennent les SWAp, le CDMT, le Fonds de lutte contre la pauvreté (FLP) et le processus de décentralisation fiscale. Le budget national sert d'outil de politique économique pour allouer des ressources financières publiques conformément aux priorités des politiques, et pour utiliser ces ressources de manière efficace, afin d'atteindre les objectifs de la politique gouvernementale. La transparence, l'ouverture et la participation générale au processus budgétaire sont simplifiées par l'utilisation de Documents-cadres de budget (DCB) à tous les niveaux administratifs. Les plans glissants utilisent un horizon de planification de trois ans et énoncent les extrants prévus ainsi que les dépenses associées à moyen terme. Le cadre de planification comporte quatre niveaux :

- une planification et des prévisions de dépenses à long terme, au niveau du gouvernement central : celles-ci sont dictées par le Plan de développement Vision 2035 qui est géré par le biais du Cadre de dépenses à long terme ;
- une planification et des prévisions de dépenses à moyen terme, au niveau du gouvernement central : celles-ci sont orientées par le Plan d'action pour l'élimination de la pauvreté qui est géré par le biais du CDMT ;
- une planification à moyen terme, au niveau du gouvernement central et des secteurs : les plans sectoriels et les documents-cadres de budget sont utilisés à ce niveau ; et,
- une planification de court à moyen termes au niveau des districts : les plans de développement des districts et les documents-cadres de budget des pouvoirs locaux sont les outils utilisés. (Le Mécanisme mondial, 2008).

Pour le secteur de la santé, le but d'ensemble exprimé par le Ministère de la Santé en 1999 est de « parvenir à une bonne santé pour tous les citoyens de l'Ouganda, afin de promouvoir une vie saine et productive ». Odaga et Lochoro (2006) soutiennent que le secteur de la santé ne peut pas surmonter ses contraintes sans l'augmentation significative du budget. Le pays ne sera pas en mesure d'atteindre l'objectif du millénaire pour le développement qui se concentre sur la réduction de la mortalité infantile et maternelle d'ici 2015. En outre, ils suggèrent que le secteur de la santé est restreint par des plafonds gouvernementaux imposés du fait que le gouvernement se préoccupe de la stabilité budgétaire et craint que l'augmentation possible des financements apportés par les donateurs, pourrait entraîner l'évincement du secteur privé.

Comme cela est constaté dans d'autres pays, le secteur de la santé est souvent perçu comme inefficace, et par conséquent, il ne bénéficie pas du soutien prioritaire qu'il mérite. Au cours de l'élaboration du dernier Plan stratégique du secteur de la santé (PSSS III), tous les plans et



politiques relatifs à la santé ont été revus afin de permettre une meilleure harmonisation du PSSS III avec les plans existants aux niveaux sectoriel et intersectoriel (MdS, Ouganda, s. d.). Le PSSS III a été élaboré avec une large participation, organisée par un groupe d'étude du MdS qui comprenait : différents départements au sein du Ministère de la Santé, des universités, le secteur privé, des Organisations de la société civile et les sous-districts de santé. Le Programme national de soins de santé de base de l'Ouganda est divisé en quatre groupes :

- la promotion de la santé, la prévention de la maladie et les initiatives pour la santé communautaire ;
- la santé maternelle et infantile ;
- la prévention et le contrôle des maladies transmissibles ; et,
- la prévention et le contrôle des maladies non-transmissibles.

Pour mener à bien les domaines du programme susmentionné, les Ressources humaines pour la santé (RHS) sont l'un des éléments cruciaux requis. Comme d'autres pays africains, l'Ouganda souffre d'un sérieux manque de professionnels de santé, à la fois en nombre et en compétences. La politique des RHS et le Plan stratégique 2005-2010 ont été élaborés dans le cadre du Plan d'ensemble pour le secteur de la santé. Le secteur privé (à but lucratif ou non) engendre la majeure partie des professionnels de santé et emploie environ 40% de la main d'œuvre totale. Le besoin d'une planification étroite entre les secteurs public et privé a été clairement identifié dans le contexte ougandais.

3.3 Zambie

L'un des objectifs centraux grandissant pour beaucoup de gouvernements est le renforcement de l'équité au sein des systèmes de santé. La vision de la réforme en matière de santé en Zambie a été exprimée en tant que « l'équité de l'accès à des soins de santé de qualité rentable aussi proche de la famille que possible, pour tous les Zambiens ». ¹ Pour ce faire, une approche décentralisée et ascendante de l'élaboration des politiques a été initiée afin de prendre en compte les priorités et les besoins locaux.

Une étude a été mise en œuvre en 2004 par la Commission parlementaire sur la santé, le développement communautaire et l'aide sociale afin de déterminer si l'approche de planification et d'élaboration du budget fondée sur les principes de la direction (leadership), de la responsabilisation et du partenariat, ainsi que sur une approche ascendante engendre l'amélioration des résultats en matière de santé (Ngulube, Mdhluli & Gondwe, 2005). En utilisant l'approche d'une analyse des politiques qui se concentre sur les obstacles à la mise en œuvre efficace des politiques, le Centre de recherche sur la santé, les sciences et le domaine social (CHESSORE), a constaté qu'il existait trois obstacles majeurs à l'obtention de bons résultats en matière de santé. Les problèmes identifiés étaient les suivants :

- des chiffres de planification trop bas et irréalistes émis par les fonctionnaires chargés de la planification au niveau central ;
- des données sur la population inexactes, utilisées pour déterminer les fonds à allouer à chaque district ; et,
- des problèmes de ressources humaines qui se sont traduits par le constat suivant : personnel de santé surmené, peu performant et manquant de qualifications.

Chacun de ces problèmes est important mais ensemble, ils rendent les objectifs des soins de santé primaires très difficiles à atteindre. Les discussions avec les parties prenantes principales et l'analyse de leurs réponses ont permis les constatations suivantes :

¹ www.access2insulin.org/html/Zambia_s_health_system.html



- les parties prenantes communautaires n'ont pas suffisamment été formées pour participer activement à la planification et à l'élaboration du budget ;
- le manque de procédures pour parvenir à un consensus a provoqué une distorsion de la mise en œuvre des politiques ;
- certains partenaires pensent que des relations de pouvoir inégales ont conduit à un manque d'impartialité dans les priorités et la répartition du budget ; et,
- la relation entre l'échelon central et les échelons inférieurs est très inégale ; il en résulte que les problèmes exprimés par les niveaux inférieurs sont souvent ignorés.

L'étude soutient également que la Commission parlementaire sur la santé, le développement communautaire et l'aide sociale était trop occupée et ne disposait pas des ressources nécessaires pour superviser le budget de la santé et porter son attention sur les résultats (Ngulube et. coll., 2005). Elle a identifié l'importance de prêter attention aux relations de pouvoir et de reconnaître que les parties prenantes doivent être formées pour soutenir leur participation aux processus budgétaire et de planification.

À la différence du processus de planification et d'élaboration du budget en Ouganda, le secteur privé en Zambie ne participe pas beaucoup au processus. Bien que le Plan national stratégique du secteur de la santé 2006-2010 fait état d'une augmentation de l'implication du secteur privé et de l'établissement de quelques partenariats entre le public et le privé, l'Association des églises de la Zambie pour la santé reste le principal participant du secteur privé (Ministère de la Santé, Zambie, 2005).

4. Établissement des priorités

4.1 Rôle dans le processus de planification

Un bon processus d'établissement des priorités fournit le lien entre les plans et les budgets. Utiliser le cycle de planification discuté dans le chapitre 2 apportera aux décideurs une bonne compréhension de l'environnement actuel et historique, la formation explicite d'objectifs, et enfin, une analyse des problèmes et des défis. Analyser la différence entre les objectifs et les problèmes révélera les lacunes aux décideurs. Une série de solutions, de programmes et d'activités sera proposée pour résoudre ces lacunes (défis). En raison des ressources limitées, les décideurs sont contraints de faire des choix. L'établissement des priorités sert de méthode pour répondre aux exigences contradictoires des parties prenantes, ainsi qu'aux intérêts et besoins différents dans le cadre des contraintes dues aux ressources limitées.

Les décideurs se trouvent dans la position délicate de devoir faire un choix entre de nombreuses priorités en concurrence, et ce, avec des ressources très limitées. Par exemple, il leur faut décider des points suivants : quels programmes de santé subventionner, quels médicaments inclure dans le formulaire des médicaments remboursés, et quels patients placer en soins intensifs (Gibson, Martin & Singer 2002). Cela ne concerne que le domaine de la santé, mais ils doivent également faire des choix entre les soins de santé et les autres secteurs. Est-il plus important de subventionner l'éducation, d'améliorer la salubrité publique ou de fournir de l'électricité à des foyers – tous ces domaines ont un impact sur la prévention d'un mauvais état de santé – ou est-ce mieux de financer des services de santé qui guériront la population lorsqu'elle est déjà malade ?

Depuis des siècles, les décideurs résolvent ces problèmes implicitement, avec différents degrés de succès. Ces dernières années ont marqué un tournant en faveur d'un établissement explicite des priorités dans le domaine de la planification de la répartition des ressources. L'établissement explicite des priorités qui évite les approches heuristiques ou intuitives, a été



utilisé dans plusieurs pays africains comme l'Érythrée, le Kenya, l'Éthiopie, l'Ouganda et la Tanzanie, entre autres (Baltussen & Niessen, 2006).

L'établissement des priorités est tout simplement le processus de détermination de la façon dont les ressources des soins de santé doivent être affectées entre les différents programmes ou personnes en concurrence (Baltussen et coll., 2006). Il joue un rôle crucial dans l'optimisation d'un budget sous contraintes. Dans cette partie, nous explorerons les principaux compromis que les décideurs doivent considérer en allouant des ressources minimales, nous analyserons les types d'outils d'établissement des priorités qui sont disponibles, et, nous examinerons des exemples d'établissement des priorités en Afrique.

4.2 Compromis essentiels

Les décideurs font généralement face à plusieurs priorités en concurrence. Dans un tel cas, il est nécessaire de parvenir à un compromis. Tout compromis dans les dépenses publiques requiert de considérer les critères suivants : tout d'abord, l'efficacité économique, y compris le rapport coût-efficacité, les coûts élevés, et les biens publics ; puis, les considérations éthiques, y compris la réduction de la pauvreté, ainsi que l'équité verticale et horizontale ; et enfin, les considérations politiques, en particulier les exigences de la population (Musgrove, 1999). Des compromis peuvent être nécessaires entre les priorités des donateurs et celles des pays, entre les secteurs public et privé, et entre équité et efficacité.

La tendance actuelle en ce qui concerne l'efficacité de l'aide est d'instaurer une approche contractuelle pour les donateurs et les gouvernements bénéficiaires, avec un système clair de récompenses et de pénalités pour les deux parties, au sein d'une SWAp (Cruz & McPake, 2010). Toutefois, ce système est bien souvent fondé sur des accords non structurés, conclus avec les donateurs et manquant de critères de référence quantitatifs pour mesurer les progrès, en particulier lorsqu'il s'agit de la gouvernance et de l'obligation de rendre compte. Les fonds continuent souvent d'être déboursés malgré le manque de progrès accomplis pour atteindre les objectifs (Cruz & McPake, 2010). Par ailleurs, en raison du nombre croissant de donateurs dans de nombreux pays, la quantité des ressources et des priorités en concurrence a fortement augmenté (Sundewall et coll., 2010). Les donateurs doivent non seulement mieux se coordonner entre eux mais ils doivent aussi se coordonner sous la direction du gouvernement et être responsables devant les pouvoirs locaux.

Bien que les critères d'équité et d'efficacité puissent se rejoindre, on constate habituellement un compromis entre la santé générale de la société et la santé des populations les plus démunies. Inclure des critères d'équité comme l'âge, le lieu de résidence, le sexe et le niveau d'éducation dans les exercices de détermination des priorités doit entraîner des interventions favorisant les groupes les plus désavantagés d'une société. Les compromis entre l'équité et l'efficacité doivent être énoncés explicitement en spécifiant clairement les critères qui reflètent ces deux préoccupations afin qu'ils puissent être discutés ouvertement et rationnellement. Ils doivent être analysés afin de permettre de prendre des décisions fondées (James et coll., 2005). Les décideurs peuvent aller plus loin en instaurant des stratégies en faveur des populations pauvres, leur accordant ainsi un régime préférentiel (James et coll., 2005). Bien que cela entraîne parfois des solutions moins rentables, la plupart des maladies affectant les populations pauvres peuvent être facilement vaincues par des mesures de santé primaires peu coûteuses et efficaces (James et coll., 2005).

Un autre compromis existe entre les investissements dans les programmes verticaux ou horizontaux ou encore intégrés. Les programmes verticaux se rapportent aux situations où l'on résout un problème de santé donné en appliquant des mesures spécifiques, par un mécanisme spécialisé (à but unique). Les programmes intégrés cherchent à stopper les



problèmes de santé généraux à grande échelle et à long terme, en se dotant d'un système d'institutions permanentes connu sous le nom de services de santé généraux (Atun et coll., 2008). On estime que des services généraux faibles dans les pays en voie de développement ne parviennent souvent pas à assurer des interventions de haute priorité. Les organisations multilatérales, les agences bilatérales et les partenariats mondiaux ont ainsi souvent choisi d'investir dans des programmes de santé axés sur une maladie spécifique plutôt que dans le système de santé dans son ensemble. Ce compromis affecte la détermination des priorités d'un pays, la planification et l'élaboration du budget.

Nul ne conteste les mérites de prendre en considération les déterminants sociaux de la santé pour améliorer la santé globale de la population. Les politiques de promotion de la santé ne reçoivent néanmoins pas la priorité dans beaucoup de pays. De telles politiques requièrent une vision à long terme ainsi que la mise en place de stratégies et de mesures concrètes (Conseil de l'Europe, 2010). De puissants intérêts continuent de soutenir les investissements dans les soins curatifs (en particulier les soins hospitaliers) par opposition aux soins de santé primaires.

Les décideurs sont confrontés à ces compromis et bien d'autres encore. Des critères explicites de détermination des priorités peuvent donc les aider à prendre des décisions quant à l'affectation des ressources.

4.3 Approches et outils d'établissement des priorités et de planification

Déterminer (ou établir) des priorités peut être un processus complexe et il existe de nombreux outils différents pouvant être employés à cette fin. Avant d'analyser ces outils, nous passerons en revue quelques principes fondamentaux de l'établissement des priorités.

- *Principe A.* L'utilisation d'outils de détermination des priorités est importante, car ils aident les décideurs à choisir les problèmes sur lesquels ils se concentreront, à choisir entre plusieurs interventions en concurrence, et à considérer les ressources dès le départ
- *Principe B.* Les processus de détermination des priorités se composent de trois éléments importants :
 - l'identification des besoins ;
 - l'identification des interventions efficaces à considérer ; et,
 - l'affectation des ressources.
- *Principe C.* La détermination des priorités légitimes et justes doit bénéficier de la participation des parties prenantes. Le processus et les résultats doivent être annoncés publiquement afin de permettre des procédures d'obligation de rendre compte et il doit y avoir un mécanisme d'examen et de révision des décisions reposant sur les intrants des parties prenantes. Et enfin, une forme de suivi et d'évaluation doit être en place afin d'évaluer l'efficacité du processus et des interventions.

En gardant à l'esprit ces principes, il ne faut pas oublier que l'établissement des priorités peut se produire à différents niveaux, à savoir, au sein des secteurs de l'État, au sein des organisations de santé, au sein de l'évaluation de la technologie médicale (Noorani et coll., 2007), et au sein de domaines de la santé spécifiques, comme la santé maternelle et infantile (Edejer et coll., 2005).

Les méthodes d'établissement des priorités sont restées relativement stables au cours des 20 dernières années et peuvent être divisées en cinq domaines principaux :

1. le modèle implicite fondé sur l'histoire ;
2. les lignes directrices concernant les bonnes pratiques ;



3. les modèles et études fondés sur les besoins ;
4. le modèle de la charge de morbidité ; et,
5. les approches sectorielles.

Modèle implicite fondé sur l'histoire

Cette approche est très répandue et repose sur ce qui a été fait dans le passé, ainsi que sur des hypothèses implicites. Le problème majeur de cette approche est qu'elle part du principe que l'affectation actuelle des ressources est optimale et ne permet pas de changements importants ni la redistribution des ressources entre les programmes. Le décideur qui subventionne le budget de l'exercice en cours sur la base du budget de l'exercice passé, est un exemple de ce type d'approche.

Directives concernant les meilleures pratiques

Les directives (ou lignes directrices) sur les meilleures (ou bonnes) pratiques sont devenues de plus en plus appréciées ces dernières années. Bien qu'elles ne soient pas un outil de détermination des priorités en elles-mêmes, elles sont souvent utilisées pour prendre des décisions et allouer des ressources. Les directives de l'OMS pour « Choisir des interventions efficaces au meilleur coût » (WHO-CHOICE, <http://www.who.int/choice/>) sont un exemple de ce type d'approche qui fournit des estimations rentables pour des interventions de plus en plus nombreuses dans le domaine de la santé, dans 17 sous-régions du monde. Ces outils apportent des informations importantes, mais ils risquent de se concentrer sur un seul aspect. Par exemple, les directives de l'OMS-CHOICE sont fondées presque exclusivement sur les coûts. D'autres directives peuvent se fonder sur les années de vie ajustée sur la qualité de vie. Ce sont donc des outils importants, qui devraient être utilisés avec d'autres mécanismes d'établissement des priorités.

Modèles et études fondés sur les besoins

Les modèles fondés sur les besoins sont ceux qui prennent en compte les intrants des parties prenantes, en particulier de la communauté qui bénéficiera de l'intervention. Une évaluation est très importante pour établir les besoins des groupes désavantagés, comme les pauvres, les personnes n'ayant pas reçu d'éducation, les femmes et les personnes en zone rurale. L'utilisation d'outils d'évaluation des besoins est devenue sophistiquée au cours des dernières années et aujourd'hui, presque tous les outils de détermination des priorités incluent une forme d'évaluation des besoins ou des mécanismes d'engagement des parties prenantes.

Modèles de la charge de morbidité

Cette approche remonte au moins au Rapport de 1993 sur le développement dans le monde, qui cherchait à quantifier la maladie, les blessures et les risques de santé, en utilisant les Années de vie corrigées de l'incapacité (AVCI) comme unité de mesure. Le rapport mettait l'accent sur une couverture élémentaire des services de santé publics et personnels sur lesquels les fonds publics devraient se concentrer. Ce modèle établit les priorités en s'appuyant sur la taille du problème et sur la disponibilité d'interventions efficaces, mais il ne répond pas aux questions du financement ou de l'allocation des ressources.



Approches sectorielles

Les approches sectorielles (SWAp) se rapportent au passage d'un financement par projet à une gestion des programmes soutenant l'ensemble d'un secteur de l'État. Dans ce cas, les priorités sont déterminées en se fondant sur un budget sectoriel d'ensemble et en se servant de critères multiples. Les outils d'établissement des priorités requis dans ce cas sont légèrement plus compliqués que ceux qui s'appliquent à un certain élément seulement. Bien qu'il existe de nombreux outils, nous nous concentrerons sur trois d'entre eux qui peuvent s'avérer particulièrement utiles pour les décideurs se servant d'une SWAp : l'approche matricielle combinée ; l'analyse décisionnelle multicritère ; et, le modèle interdisciplinaire.

Approche matricielle combinée 3D

Cette approche se fonde sur trois piliers d'importance égale : *le processus, les outils et le contexte* (GFHR, 2009).

- *Pilier 1 (Processus)* : Il est important de suivre les cinq étapes décrites ci-dessous, afin d'assurer que le processus d'établissement des priorités soit inclusif, transparent et efficace.
 1. déterminer le sujet et le niveau de l'analyse (mondial, national et régional, etc...) ;
 2. sélectionner les parties prenantes, y compris les communautés, les professionnels de la santé, les gestionnaires, les bailleurs de fonds ;
 3. collecter des données et préparer un exposé documentaire : ce dernier doit être fondé sur des faits ;
 4. diriger un atelier d'établissement des priorités, avec les parties prenantes représentées, en utilisant la matrice de l'approche combinée ; et,
 5. diffuser les conclusions.
- *Pilier 2 (Outils)* : L'approche matricielle combinée 3D (AMC) est destinée à permettre la collecte, l'organisation et l'analyse de l'information. L'AMC a trois composantes différentes : la dimension de la santé publique, la dimension institutionnelle et la dimension de l'équité. Les directives de l'AMC fournissent une excellente critique collective sur la façon d'utiliser cet outil dans la pratique (GFHR, 2009).
- *Pilier 3 (Contexte)* : Le contexte se rapporte à la disponibilité des ressources ainsi qu'aux facteurs politiques affectant la détermination des priorités. L'exercice de l'établissement des priorités est chargé de valeurs et il est important de comprendre comment l'organisation du pouvoir affecte la société et agit réciproquement avec le domaine de la santé.

Analyse décisionnelle multicritère

L'analyse décisionnelle multicritère utilise une matrice qui permet aux utilisateurs d'indiquer explicitement le rapport coût-efficacité des interventions, la sévérité de la maladie, les considérations d'équité et l'âge des personnes affectées (Baltussen & Niessen, 2006). L'objectif est de classer le niveau d'importance des interventions en matière de santé en se servant de ces critères multiples. Le Tableau 4.1 présente un exemple simplifié de la façon dont cette matrice peut fonctionner. Comme nous pouvons le constater, différentes options peuvent être comparées selon leur rapport coût/efficacité, la gravité de la maladie, si la maladie affecte une personne défavorisée, ainsi que la tranche d'âge de la personne affectée. Une fois que ces critères sont explicites, une discussion sur les vues des parties prenantes peut avoir lieu pour assigner un niveau d'importance à chacun des critères. Il est important de noter que les vues des différentes parties prenantes peuvent être très contradictoires et qu'il arrive rarement qu'une option se démarque clairement comme étant la meilleure.

**Tableau 4.1** : Matrice de performance d'analyse décisionnelle multicritère

Options	Rapport coût/efficacité	Gravité de la maladie	Maladie affectant les pauvres	Âge
Traitement antirétroviral du SIDA	200 US\$ par AVCI	● ● ● ●	√	15 ans et plus
Traitement de la pneumonie infantile	20 US\$ par AVCI	● ● ● ●	√	0 à 14 ans
Soins cliniques de la schizophrénie aiguë	2000 US\$ par AVCI	● ●		15 ans et plus
Plâtre pour une fracture simple	50 US\$ par AVCI	●		Tous âges

Remarque : Une case cochée indique la présence de l'un des traits. La gravité est marquée par une échelle à quatre étoiles, où, plus il y a d'étoiles, plus la maladie est grave. AVCI signifie Années de vie corrigées de l'incapacité.

Le modèle de détermination des priorités interdisciplinaires

Ce modèle est une combinaison du modèle de l'obligation raisonnable de rendre compte fondée sur l'éthique et du « modèle du diamant (losange) empirique » (Gibson, 2002). Il est utilisé pour évaluer les priorités pour de nouvelles technologies du monde médical, mais son utilisation peut être généralisée à d'autres domaines. Ce modèle recommande de déterminer les priorités selon le processus suivant :

- *Étape n° 1.* Rassembler un comité de personnes objectives pour prendre les décisions relatives à l'établissement des priorités. Ce groupe doit inclure des individus très divers de l'organisation, ainsi que des patients et des membres du public. Ils doivent se concentrer sur le *caractère raisonnable* des justifications à l'origine de chaque décision.
- *Étape n° 2.* Instaurer des processus qui garantissent la *transparence* des activités de prise de décision (par ex., des publications et des discussions ouvertes dans les mairies) et qui garantissent que les justifications soient largement diffusées.
- *Étape n° 3.* Créer des méthodes pour entendre les appels quant aux justifications des décisions et *répondre* aux arguments ou aux preuves supplémentaires.
- *Étape n° 4.* Élaborer des mécanismes *d'obligation de rendre compte* institutionnels pour garantir que les trois premières étapes soient respectées.

Divers outils ont été mis au point pour déterminer de manière factuelle les priorités, souvent en collaboration, par des agences multilatérales et d'autres organisations. Citons entre autres : la Budgétisation des coûts marginaux face aux goulets d'étranglement (MBB), les directives CHOICE de l'OMS (Choisir des interventions efficaces au meilleur coût) et l'Outil de Vies Sauvées (LiST) (Rudan et coll., 2010).



Exemples d'exercices d'établissement des priorités

L'approche multicritère de l'établissement des priorités, appliquée au Ghana (Baltussen et coll., 2006).

Il a été demandé aux décideurs du Ghana de hiérarchiser les interventions en tenant compte du rapport coût-efficacité, de la réduction de la pauvreté, de l'âge du groupe cible, de la gravité de la maladie, des effets sur la santé et de l'impact sur le budget total. Pour ce faire, ils ont dû compléter une série d'expériences de choix discrets où ils sélectionnaient l'option qu'ils préféraient, parmi deux scénarios proposés, jusqu'à ce que les options soient classées par ordre de préférence. Cette étude a montré que, les interventions rentables qui réduisent la pauvreté, ciblent les maladies graves ou les jeunes, avaient une plus forte chance d'être choisies. De plus, la prévention de la transmission du SIDA de la mère à l'enfant et le traitement de la pneumonie et de la diarrhée infantiles, ont été identifiés comme hautes priorités au Ghana. Cette méthodologie pourrait donc être utilisée dans des circonstances similaires pour déterminer les domaines prioritaires.

Cadre de l'obligation raisonnable de rendre compte, appliqué à la planification de la santé par district en Tanzanie (Mshana et coll., 2007)

De nombreux pays comme la Tanzanie ont trouvé que les cadres traditionnels de détermination des priorités qui se concentraient sur des mesures de la charge de morbidité et sur des analyses du rapport coût-efficacité, étaient trop simplistes. On considérait que le Cadre de l'obligation raisonnable de rendre compte était empirique, et par conséquent capable d'établir des priorités légitimes et justes. En 2005, les chercheurs tanzaniens de l'Institut de soins primaires ont conduit six ateliers de renforcement des capacités avec des dirigeants de la santé, des planificateurs et des directeurs au niveau des districts, des représentants du Ministère de la Santé tanzanien, des bénéficiaires des services de santé et des organisations non gouvernementales afin de discuter des améliorations à apporter à l'établissement des priorités. Les participants des six ateliers ont montré un haut degré d'approbation et d'enthousiasme envers cette approche. Ils ont trouvé qu'elle permettait une plus large participation des parties prenantes, une plus grande transparence, ainsi que le contrôle et l'élaboration de critères de détermination des priorités pertinents. Cette approche a suscité certaines inquiétudes, à savoir qu'elle pourrait être trop technique et trop compliquée pour certains utilisateurs, que certaines parties prenantes n'auraient peut-être pas les connaissances, les compétences ou l'expérience pour participer pleinement, et enfin, que les critères utilisés pour établir les priorités pourraient être trop complexes dans la pratique. Dans l'ensemble, les participants ont trouvé ce cadre extrêmement utile car il répond directement à de multiples préoccupations des parties prenantes.

Cadre de l'obligation raisonnable de rendre compte, appliqué en Zambie pour orienter les décisions sur la prestation des services de lutte antipaludique (Tuba et coll., 2010)

La Zambie a utilisé le Cadre de l'obligation raisonnable de rendre compte pour engager les parties prenantes et évaluer la légitimité des décisions liées au traitement des cas de paludisme dans les établissements publics de santé, dans un district zambien particulier. Suite à des entretiens et à l'organisation de groupes cibles avec des dirigeants, des assistants pour les patients externes, et des décideurs impliqués dans l'établissement des priorités pour les services de lutte contre le paludisme, au niveau des districts, des établissements et des communautés, les points suivants se sont dégagés :



- les décideurs, les patients et les responsables avaient des critères contradictoires pour juger l'équité ;
- les décideurs trouvaient justes et équitables les services de traitement antipaludiques et la distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticides, sur la base d'une distribution jugée excessive de médicaments antipaludiques gratuits, de subventions pour les moustiquaires imprégnées d'insecticides et de la présence d'un prestataire de soins qualifié dans tous les établissements de santé ;
- les patients, eux, y voyaient une injustice due aux différences dans les temps d'attente, à l'éloignement des établissements de santé, à la distribution erratique des moustiquaires imprégnées d'insecticides, à l'absence de mécanismes de recours réactifs, à un accès inadéquat aux médicaments antipaludiques, aux moustiquaires imprégnées et aux intervenants en matière de santé, et à du personnel soignant indifférent ;
- les décideurs ne percevaient que les organismes publics ainsi que les donateurs et les ONG comme parties prenantes légitimes à impliquer dans la prestation ; et,
- les patients se considéraient comme une partie prenante légitime, au même titre que les organismes publics, les guérisseurs traditionnels, les chefs et les politiciens, au cours de la planification et de la prestation.

On constate donc que de nombreux points de vue divergents sont apparus durant les discussions sur la façon d'établir les priorités des interventions antipaludiques. La transition d'une approche descendante vers une approche ascendante de l'établissement des priorités peut être extrêmement difficile comme nous l'avons montré ici, mais l'approche de l'obligation raisonnable de rendre compte met en évidence les problèmes pour qu'ils puissent être discutés et résolus de façon juste et légitime.

5. Conclusion

Pour être efficaces, les processus de planification et d'élaboration du budget en matière de soins de santé doivent être orientés par un ensemble de directions et de principes clairs. L'optimisation des ressources et l'équité sont de plus en plus accentuées dans la prestation des soins de santé. Dans cette optique, les pays et les partenaires au développement tentent d'utiliser des approches communes pour une meilleure cohérence entre les planifications nationales et les plans des partenaires au développement. Les SWAp et les outils, tels que les examens conjoints et les cadres de planification convenus, sont utilisés afin de mieux aligner les priorités sur les cycles de financement.

Le présent rapport a abordé différents types d'approches de planification : la planification des politiques, la planification stratégique et la planification opérationnelle. Le processus de planification est plus que technique, il est politique et comme tel, il est nécessaire de reconnaître les intérêts des parties prenantes et de chercher à les faire participer activement au processus de planification.

Les prises de décision fondées sur des données factuelles exigent des investissements dans les données, les systèmes d'information et les outils pour la collecte, la diffusion et l'utilisation dans le processus de prise de décisions. Il est crucial que la capacité des planificateurs de recueillir et d'utiliser les données appropriées soit renforcée. Les partenariats mondiaux et les



partenaires bilatéraux ont mis au point des initiatives visant à aider les pays à renforcer leurs capacités en vue d'utiliser des données pour la planification et la prise de décisions fondée sur des données probantes.

L'approche de la planification de la santé se détourne de plus en plus des intrants pour se concentrer sur une planification et une élaboration du budget fondées sur les résultats ou les performances. Lors de l'élaboration d'un budget axé sur la performance, plusieurs questions clés se posent. Qui est responsable de déterminer l'objectif de performance ? Quand ces personnes doivent-elles rendre des comptes ? Comment la performance doit-elle être mesurée ? Quelles sont les conséquences si le niveau de performance souhaité n'est pas atteint ? Pour que la planification soit efficace, la direction (leadership) et l'obligation de rendre compte doivent être instaurées. Le Ministère de la Santé est l'entité généralement responsable au niveau central, et au niveau des districts, c'est souvent le conseil de santé du district (ou les Équipes de gestion de santé de districts).

Bien qu'ils identifient qui est responsable de rendre des comptes, les plans nationaux du secteur de la santé n'indiquent pas ce qui se passe lorsque les objectifs de performance ne sont pas atteints. L'optimisation des ressources est le concept sous-jacent de la performance. Les mesures sont souvent l'économie, l'efficacité, l'efficacité et l'intégrité du processus. L'optimisation des ressources est évaluée par les responsables des programmes ainsi que par des auditeurs internes et externes qui viennent souvent du Ministère des Finances. Les ONG et la société civile peuvent aussi jouer un rôle dans le renforcement de la responsabilité nationale. La transparence dans le processus de planification ainsi qu'une bonne compréhension de qui est responsable, donnera lieu à une planification et à une répartition des ressources plus efficaces.

La planification est plus efficace si, il existe une compréhension réaliste du cadre budgétaire. L'efficacité peut être améliorée si un accord existe entre le Ministère des Finances et le Ministère de la Santé quant au processus et au cadre économique à l'intérieur duquel la planification aura lieu. La planification et les systèmes de prestation sont dynamiques et influencés par les situations macroéconomiques et politiques. Il est donc important d'effectuer le suivi du processus de planification et de mise en œuvre du système de santé ainsi que de la performance qui en résulte. La Recherche nous apprend que la capacité de suivi des systèmes de santé et de l'évaluation des décisions résultant du processus de planification s'avère être une faiblesse dans de nombreux pays. Les ouvrages consacrés à ce sujet, suggèrent que l'établissement d'un lien plus fort entre les processus de planification et budgétaires peut être réalisé grâce à l'utilisation de telles approches comme le Cadre des dépenses à moyen terme.

L'une des stratégies clés de la réforme du système de santé est la décentralisation. La planification décentralisée est soutenue par les partenaires au développement multilatéraux et bilatéraux. La participation des parties prenantes est aussi plus importante à tous les niveaux du système de soins de santé. Ce fait est reconnu et fait partie de la politique de nombreux pays. Par exemple, le PSSS III ougandais énonce clairement que l'élaboration du plan, dirigée par le Ministre de la santé, est en grande partie participative. Dans ce cas, le secteur privé est également fortement impliqué. Les Équipes de gestion de santé de districts travaillent avec les Conseils de districts pour identifier les priorités locales et diriger l'affectation des ressources. Toutefois, des préoccupations persistent quant à l'efficacité des processus d'implication des parties prenantes qui pourraient être plus performants. De plus, les parties prenantes des niveaux inférieurs du système des soins de santé sont souvent peu disposées à contester les décisions des niveaux supérieurs du système. Elles craignent souvent que leur voix ne soit pas entendue car elles n'ont pas le pouvoir.



Les systèmes de santé sont confrontés à des questions très difficiles concernant la participation du secteur non gouvernemental dans la prise de décisions, la planification et la prestation des services de santé. Par exemple, la majeure partie du personnel de soins de santé primaires est formée dans le secteur privé à but non lucratif. Les études susmentionnées suggèrent que ce secteur n'est pas suffisamment impliqué dans la planification et la prise de décisions sur des questions telles que la formation des ressources humaines. Bien que des efforts grandissants soient faits pour impliquer le secteur privé et la société civile dans la planification, il reste encore beaucoup à faire dans ce domaine.

De nombreux outils sont disponibles pour aider à planifier ; cependant les compétences et les connaissances nécessaires manquent dans bien des services de planification qui ont été établis pour effectuer cette tâche. L'Organisation mondiale de la santé et d'autres agences aident les pays à développer ces capacités au sein des ministères respectifs. Dans des pays comme la Zambie, il existe des partenariats de plus en plus nombreux entre le Centre de recherche sur la santé, les sciences et le domaine social (CHESSORE) et le Ministère de la Santé. Ces partenariats sont essentiels pour le renforcement des capacités nationales en matière de planification. Des équipes nationales de planificateurs doivent être formées pour se servir des outils comme la budgétisation des coûts marginaux face aux goulets d'étranglement (MMB), afin de décider du choix de la meilleure option pour répartir leurs ressources limitées.

Dans la plupart des pays, la tendance penche vers des approches explicites, rationnelles et transparentes pour établir les priorités. Baltussen & Niessen (2006) citent des études menées en Afrique de l'Est (Érythrée, Kenya, Éthiopie, Ouganda et Tanzanie), du Nord (Algérie, Maroc et Tunisie), et en Inde (Andhra Pradesh). L'équité et les interventions qui bénéficient aux populations pauvres sont des objectifs de plus en plus au cœur des politiques et de la planification.

Dans le contexte de la décentralisation grandissante au sein des pays, le débat s'articule souvent autour de la question de savoir quels sont ceux qui devraient être impliqués dans les exercices de détermination des priorités et de la manière d'assurer leur participation. Matovu (2006) soutient qu'il faut mettre au point des outils pratiques qui développeront les compétences contribuant à une relation plus équilibrée entre la planification et l'élaboration des budgets participatifs ascendants et descendants. Par ailleurs, cette approche améliorera la coordination, la transparence et l'obligation de rendre compte dans la planification de l'action, l'établissement des priorités et l'affectation des dépenses. Il est suggéré que le renforcement des capacités devrait cibler les conseillers et les maires, les fonctionnaires supérieurs, les citoyens, les chefs de communauté, les ministres et les hauts responsables, ainsi que les associations des pouvoirs locaux. Il est communément admis que la planification, l'élaboration du budget et l'établissement des priorités requièrent davantage de soutien au niveau infranational.

Les pressions sur les gouvernements, les Ministères de la Santé, pour démontrer l'optimisation des ressources, alors qu'ils s'efforcent de tirer le meilleur parti de leurs ressources limitées, sont croissantes. Ils sont confrontés à des demandes concurrentes et objectives soutenues par des groupes d'intérêts souvent puissants. Les parties prenantes nationales en dehors du secteur de la santé, critiquent souvent le fait que la santé est un consommateur de ressources et ne contribue pas adéquatement au renforcement du développement économique du pays. Les partenaires internationaux doivent également prouver de plus en plus que leurs investissements dans les pays en développement sont optimisés. En raison de cette situation et d'autres pressions, les efforts de planification des politiques et d'élaboration du budget reçoivent une attention soutenue aux niveaux national et international.



Annexe A : Étude de cas du paludisme à Zanzibar

Pour illustrer le Dialogue de CABRI sur la santé et les finances : planification, financement et gestion des dépenses de santé, une étude de cas sur le contrôle et l'éradication du paludisme a été préparée afin d'identifier et de démontrer certains des problèmes complexes de la planification et de l'élaboration du budget que les ministères de la Santé rencontrent. L'étude de cas soulève la question politique de la continuation du contrôle du paludisme ou d'une transition vers une politique d'éradication du paludisme. L'étude nous explique que la lutte contre le paludisme en 2009-2010 était presque entièrement financée par des donateurs. Le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (FMLSTP) représentait environ 95% des financements. Dans les pays où les fonds des donateurs sont importants, les décisions de planification ne reposent plus entre les mains du gouvernement national. Le programme de lutte contre le paludisme de Zanzibar se trouve au sein du Ministère de la Santé mais le ministère intervient très peu dans sa mise en œuvre. Il s'aligne très peu sur les autres programmes ou activités du système de santé. Par exemple, l'étude indique que le Ministère de la Santé est préoccupé du fait que le personnel des établissements est constamment en formation ou occupé par des activités du programme de lutte contre le paludisme. Cette situation persiste malgré la mise en place par le MdS d'une Unité de coordination de l'aide extérieure, qui est censée aider à éviter le chevauchement et la répétition inutile des activités. De plus, le programme de lutte contre le paludisme est planifié en dehors du cycle budgétaire du Ministère de la Santé.

L'étude de cas soulève un certain nombre de questions comme :

- Qui est responsable de la décision du contrôle ou de l'éradication ?
- Quel est l'impact des options sur les autres activités du système de soins de santé ?
- Quel est le rôle des nombreuses parties prenantes dans le processus décisionnel ?
- Quelles sont les politiques principales et quels sont les instruments d'établissement des priorités que les décideurs doivent utiliser pour faire leur choix ?
- Doit-on inclure des questions d'équité dans la politique et dans le cadre de planification ?

L'étude de cas comprend plusieurs relations complexes, nationales et internationales, locales et nationales que le décideur doit gérer. Le besoin de données et d'outils pour assister les processus de planification et d'élaboration du budget est démontré dans cette étude.



Références/Bibliographie

- Amonoo-Lartson R, Ebrahim G, Lovel H & Ranken J (1984) *District health care: Challenges for planning, organization and evaluation in developing countries*. Londres : ELBS/Macmillan.
- Atun R (2004) *What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services?* Health Evidence Network report. Copenhague : Bureau régional de l'OMS pour l'Europe.
- Atun R, Bennet S & Duran A (2008) *When do vertical programmes have a place in health systems?* Genève : Organisation mondiale de la santé.
- AusAID (2005) *The logical framework approach*. Disponible à : <http://www.usaid.gov/ausguide/pdf/ausguideline3.3.pdf> [accédé le 18 juillet 2011].
- Baltussen R & Niessen L (2006) *Priority setting of health interventions: The need for multi-criteria decision analysis. Cost Effectiveness and Resource Allocation 4: 14.*[La nécessité d'une analyse décisionnelle multicritère. Rapport coût-efficacité et affectation des ressources 4 :14]
- Baltussen R, Stolk E, Chisholm D & Aikins M (2006) Towards a multi-criteria approach for priority setting: An application to Ghana. *Health Economics 15(7): 689–696*
- Barry S & Mensah O (2005) Health development planning in the African Region: A status report. *African Health Monitor* Janvier à juin. Disponible à : http://www.who.int/health_financing/documents/afhm-healthecon.pdf [accédé le 15 mars 2011].
- Baum HS (1988) Planning theory as political practice. *Society 26(1): 35–42*.
- Bossert, T. (1998). Analyzing the decentralization of health systems in developing countries: decision space, innovations and performance. *Social Science and Medicine 47(10): 1 513–27*.
- CHSRF (Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé) (2010) *Better with age: Health systems planning for the aging population (S'améliorer avec le temps : planifier des systèmes de santé adaptés à la population vieillissante) – Ottawa*. Disponible à : <http://www.chsrf.ca/PublicationsAndResources/article/11-06-08/345948b7-9dbc-4389-b2be-26f44f651a19.aspx> [accédé le 12 juillet 2011].
- Cruz O & McPake B (2010) The 'aid contract' and its compensation scheme: A case study of the performance of the Ugandan health sector. *Social Science and Medicine 71(7): 1 357–1 365*.
- ECA (CEA) (Commission économique pour l'Afrique) (2004) *Best practices in the participatory approach to delivery of social services*. Disponible à : <http://www.uneca.org> [accédé le 15 mars 2011].
- Edejer TT, Aikins M, Black R, Wolfson L, Hutubessy R & Evans DB (2005) Achieving the millennium development goals for health: Cost effectiveness analysis of strategies for child health in developing countries. *British Medical Journal 331(7 526): 1 177–1 180*.
- GFHR (Global Forum for Health Research) (2009) *The 3D combined approach matrix: An improved tool for setting priorities in research for health*. Disponible à : <http://www.globalforumhealth.org> [accédé le 15 mars 2011].
- Ghaffar A, Collins T, Matlen S & Olifson S (2009) *The 3D combined approach matrix: An improved tool for setting priorities in research for health*. Genève : Forum mondial pour la recherche en santé.
- Gibson JL, Martin DK & Singer PA (2002) Priority setting for new technologies in medicine: A trans-disciplinary study. *BMC Health Services Research 2:1–5*.



- Green A (1995) The state of health planning in the '90s. *Health Policy and Planning* 10(1): 22–28.
- HCU (SCS) (Service de communication de la santé) (2001). *Introduction to health promotion program planning, Version 3.0*. Centre de promotion de la santé, Université de Toronto, Canada.
- HHA (HSA) (Harmonisation pour la santé en Afrique) (s.d.) Harmonization for health in Africa: An action framework. Disponible à : http://www.who.int/healthsystems/HSS_HIS_HHA_action_framework.pdf [accédé le 15 juillet 2011].
- James C, Carrin G, Savedoff W & Hanvoravongchai P (2005) Clarifying efficiency-equity tradeoffs through explicit criteria, with a focus on developing countries. *Health Care Analysis* 13(1): 33–51.
- Knippenberg R, Soucat A & Vanlerberghe W (2004) *Concept note. Marginal budgeting for bottlenecks: A tool for performance-based planning of health and nutrition services for achieving millennium development goals*. Washington DC: Banque mondiale.
- Kolehmainen-Aitken R-L (2004) Decentralization's impact on the health workforce: Perspectives of managers, workers and national leaders. *Human Resources for Health* 2: 5.
- Lee K & Mills A (1982) *Policy making and planning in the health sector*. London: Croom Helm.
- Lethbridge J (2004) *Public sector reform and demand for human resources for health (HRH)*. *Human Resources for Health* 2. Disponible à : <http://www.human-resources-health.com/content/2/1/15> [accédé le 22 juillet 2011].
- Logie D, Rowson M & Ndagije F (2008) Rwanda's health system: Some concerns - authors' reply. *The Lancet* 372(9 651): 1 729–1 730.
- Matovu G (2006) Capacity building for participatory planning and budgeting in Africa: Initiatives and strategic perspectives. Conférence panafricaine des ministres en charge des gouvernements locaux.
- Mgomella G (n.d.) Centre de recherche sur la population africaine & la santé, Atelier tenu les 11 et 12 mars. Disponible à : www.aphrc.org/insidepage [accédé le 15 mars 2011].
- MLTHC (Ministère des soins de santé à long terme, Ontario) (2006) *The health planner's toolkit: Health system intelligence project*. Disponible à : http://www.health.gov.on.ca/transformation/providers/information/im_resources.html#health [accédé le 15 mars 2011].
- MOH (MdS) (Ministère de la Santé) République du Kenya (2005) *Reversing the trends: The second national health sector strategic plan of Kenya, NHSSPII 2005–2010*. Nairobi: MdS.
- MOH(MdS) Ouganda (s.d.) *Health Sector Strategic Plan III 2010/11–2014/15*. Disponible à : http://www.health.go.ug/docs/HSSP_III_2010.pdf [accédé le 19 juillet 2011].
- MOH (MdS) République de la Zambie (2005) *National health strategic plan 2006–2010*. Disponible à : <http://www.moh.gov.zm/?q=content/national-health-strategic-plan-2006-2010> [accédé le 19 juillet 2011].
- Mshana S, Shemilu H, Ndawi B, Momburi R, Olsen OE, Byskov J, Martin DK (2007) *What do district health planners in Tanzania think about improving priority setting using 'accountability for reasonableness'?* *BMC Health Services Research* 7: 180.
- Musgrove P (1999) Public spending on health care: How are different criteria related? *Health Policy* 47(3): 207–223.
- Ngulube J, Mdhluli L & Gondwe K (2005) *Planning and budgeting for primary care in Zambia: A policy analysis*. The Centre for Health Science & Social Research [Centre de recherche sur la santé, les sciences et le domaine social] (CHESSORE), Zambie - Document de réflexion EQUINET - 29 octobre.



- Noorani HZ, Husereau DR, Boudreau R & Skidmore B (2007) Priority setting for health technology assessments: A systematic review of current practical approaches. *International Journal of Technology Assessment in Health Care* 23(3): 310–315.
- Odaga J & Lochoro P (2006) *Budget ceilings and health in Uganda*. Caritas Uganda. Disponible à : http://www.who.int/rpc/evipnet/uganda_report%20Budget%20ceiling%20and%20health.pdf [accédé le 15 mars 2011].
- OECD(OCDE) (Organisation de coopération et de développement économiques) (2010a) *Health system priorities when money is tight*. Réunion ministérielle de l'OCDE sur la santé, les 7 et 8 octobre, Paris. Disponible à : <http://www.oecd.org/dataoecd/14/31/46098466.pdf> [accédé le 12 juillet 2011].
- OECD (OCDE) (2010b) *Health care systems: Getting more value for money*. [Améliorer le rapport coût-efficacité des systèmes de santé] Département des affaires économiques de l'OCDE, Note de politique économique N° 2. Disponible à : www.oecd.org/dataoecd/21/36/46508904.pdf [accédé le 12 juillet 2011].
- Pearson M (2010) *Impact evaluation of the sector-wide approach (SWAp), Malawi: Final report*. DFID, Human Development Resource Centre. Disponible à : <http://www.dfid.gov.uk/Documents/publications1/hdrc/imp-eval-sect-wde-appr-mw.pdf> [accédé le 15 mars 2011].
- Pillay Y, McCoy D & Asia B (2001) The district health system in South Africa: Progress made and next steps. Disponible à : www.doh.gov.za/docs/policy/dhsystem.html [accédé le 15 mars 2011].
- Planning and budgeting (2007) *Planning and budgeting: Linking policy, planning and budgeting*. A background paper. Third International Roundtable on Managing for Development Results, Hanoi, Vietnam, du 5 au 8 février.
- Pollitt C. (2001) Integrating financial management and performance management. *OECD Journal on Budgeting* 1(2): 7–37.
- Robinson M & Last D (2009) Technical notes and manuals: A basic model of performance-based budgeting. International Monetary Fund. Disponible à : <http://blog-pfm.imf.org/pfmblog/2009/09/a-new-imf-fiscal-affairs-departments-publication-the-technical-notes-and-manuals.html> [accédé le 18 juillet 2011].
- Rudan I, Kapiriri L, Tomlinson M, Balliet M, Cohen B & Chopra M (July 2010) Evidence-based priority setting for health care and research: Tools to support policy in maternal, neonatal, and child health in Africa. *PLoS Medicine* 7(7).
- Schick A (1998) *A contemporary approach to public expenditure management*. Washington DC: Institut de la Banque mondiale, Division gouvernance, réglementation et finances.
- Smith B (1997) The decentralization of health care in developing countries: Organizational options. *Public Administration and Development* 17: 399–417.
- Soucat A, Vanlerberghe W, Diop F, Nguyen S & Knippenberg R (2002) *Marginal budgeting for bottlenecks: A new costing and resource allocation practice to buy health results*. Washington DC: Banque mondiale.
- Sundewall J, Johnsson K, Cheelo C, & Tomson G (2010) Stakeholder perceptions of aid coordination implementation in the Zambian health sector. *Health Policy* 95(2/3): 122–128.
- Travis P, Egger D, Davies P & Mechbal A (2002). *Towards better stewardship: Concepts and critical issues*. Genève : Organisation mondiale de la santé.
- Tuba M, Sandoy IF, Bloch P & Byskov J (2010) Fairness and legitimacy of decisions during delivery of malaria services and ITN interventions in Zambia. *Malaria Journal* 9(1): 309.



- UNAIDS (ONUSIDA) (Programme conjoint des Nations Unies sur le VIH/SIDA) (2010) *Technical guidance note: Addressing value for money in round 10 proposals for the Global Fund to fight HIV/AIDS Malaria and TB*. Disponible à : http://data.unaids.org/pub/BaseDocument/2010/20100618_unaids_vfm_guidancenote_en.pdf [accédé le 15 mars 2011].
- UNDP (PNUD) (Programme des Nations Unies pour le développement) (2009) *Handbook on planning, monitoring and evaluating for development results. [Guide de la planification, du suivi et de l'évaluation axés sur les résultats du développement]*. Disponible à : <http://www.undp.org/evaluation/handbook/toc.html> [accédé le 15 mars 2011].
- UNICEF (FISE) (Fonds international des Nations Unies pour le secours à l'enfance) (2003) *Understanding results-based programme planning and management: Tools to reinforce good programming practice*. Bureau de l'évaluation et Division des politiques et de la planification. Disponible à : http://www.unicef.org/evaluation/files/RBM_Guide_20September2003.pdf [accédé le 18 juillet 2011].
- UNICEF (FISE) (2009) Evidence-based strategic planning approach (ESP). Bureau régional de l'Afrique orientale et australe- Réunion du Réseau élargi de santé, Rapport de synthèse.
- Vaillancourt D (2009). *Do health sector-wide approaches achieve results? Emerging evidence from six countries*. IEG Working Paper 2009/4. Washington DC: Banque mondiale.
- Vitsha X (n.d.) Promoting accountability in the budget cycle: The experiences of the public service accountability monitor in South Africa. Disponible à : www.psam.org.za [accédé le 15 mars 2011].
- WHO (OMS) (World Health Organisation) (1998) Première séance conjointe du comité consultatif de l'Asie du sud-est de la recherche en santé et des directeurs des conseils de recherche médicale ou d'organismes analogues et des foyers de recherche concernés au sein des ministères compétents. Disponible à : http://www.searo.who.int/LinkFiles/Technical_Documents_23-research_information_for_supporting_health_planning,_se%E2%80%A6.pdf [accédé le 15 mars 2011].
- WHO (OMS) (2008) *Framework and country standards for country health information systems*. Genève : le Réseau des métriques pour la santé/OMS.
- World Bank (Banque mondiale) (1993) *World development report 1993: Investing in health*. New York: Oxford University Press.
- World Bank (Banque mondiale) (1999/2000) *Decentralization: Rethinking government*. Washington DC: Banque mondiale.
- Ziria N (n.d.) Local revenue generation: Ugandan experience. Allied Management Consultants Ltd. Disponible à : http://www.ansa-africa.net/uploads/documents/Id/ANSA_conference_200805/Uganda_Revenue_Generation_Ziria_May2008.pdf [accédé le 15 mars 2011].



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.