

# Le financement de la santé et la réforme des systèmes de santé

## Document de référence



Conférence internationale sur le financement de la Santé en Afrique : défis et opportunités

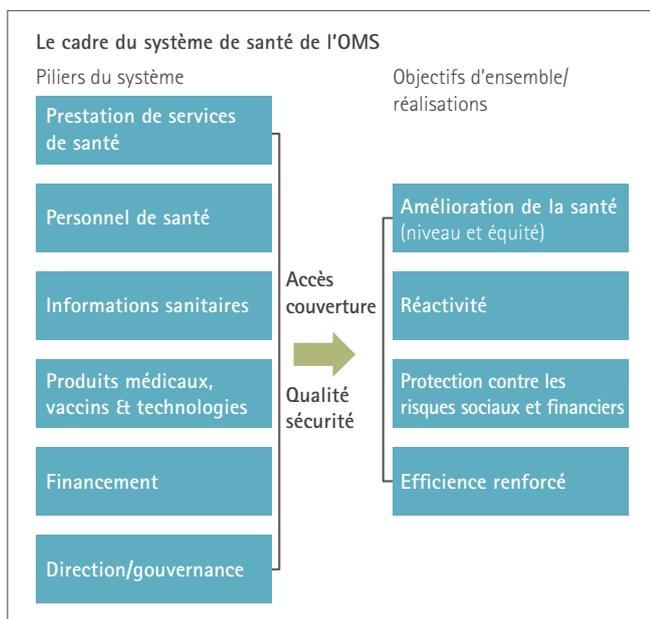
30 novembre au 1er décembre 2015, à Dar es-Salaam, Tanzanie

Le financement de la santé est le catalyseur le plus fondamental du système de santé ; il ne peut pas se comprendre de manière isolée. Dans ce document, nous discuterons de la façon dont les systèmes de santé sont conceptualisés, du rôle que le financement de la santé joue pour influencer les autres éléments du système, ainsi que de sa dépendance vis-à-vis de ces derniers pour réaliser une bonne performance du financement. Le financement de la santé peut, par exemple, influencer l'exécution des programmes, comme nous l'illustrons plus tard dans ce document, et ainsi être fragmenté ou intégré par l'organisation de prestation des services. Ce constat souligne la nécessité d'une planification et d'une évaluation qui abordent le système comme une entité dynamique et interconnectée.

## Le financement de la santé et le cadre du système de santé

La conceptualisation la plus courante des systèmes de santé est le modèle des piliers (*Building Blocks*) de l'OMS, où le financement de la santé constitue l'un des six piliers aux côtés de la prestation des services, du personnel de santé, du système d'information sanitaire, des technologies et produits médicaux et de la gouvernance (Figure 1). Tous contribuent aux objectifs ultimes du système : l'amélioration de la santé, un système de santé réactif, la protection contre les risques sociaux et financiers et une efficacité renforcée de l'utilisation des ressources.

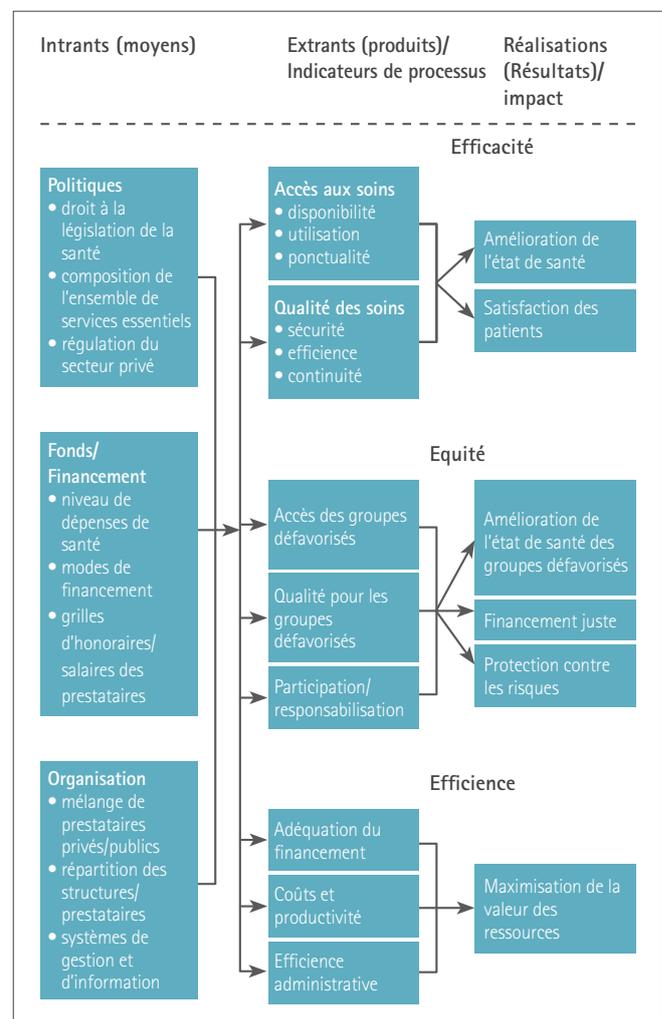
Figure 1 : Modèle du système de santé de l'OMS, 2007<sup>1</sup>



Il est clair cependant que ces piliers n'ont pas tous le même poids et que le financement de la santé est considéré, de manière plus appropriée, comme un intrant (moyen) clé, tandis que les autres « piliers » comme la prestation de services sont des extrants (produits). Le financement de la santé, au même titre que le cadre politique et organisationnel de ce secteur, est un moteur

essentiel qui détermine si le système de santé est en mesure de réaliser ses objectifs fondamentaux (Figure 2). Les réformes du financement de la santé peuvent améliorer la répartition des ressources humaines et accroître les incitations salariales ainsi que la motivation du personnel de santé, ce qui peut avoir un impact positif sur leur productivité et leur performance (voir l'Encadré 2). De même, les réformes du financement de la santé peuvent améliorer l'efficacité des dépenses en matière de médicaments, de technologies et de produits médicaux. En outre, elles peuvent non seulement améliorer la disponibilité des dépenses de santé et leur utilisation ainsi que les données associées au coût, mais elles peuvent aussi renforcer la base des données d'informations nationales unifiées sur la santé.

Figure 2 : Cadre pour l'évaluation de la performance des systèmes de santé<sup>20</sup>



La nature d'un système implique que ses parties soient liées de manière dynamique et interconnectée. Ainsi, l'efficacité des réformes du financement de la santé dépend d'autres composantes. Par exemple, améliorer la mobilisation des ressources n'améliorera pas les soins si les prestataires ne sont

1 OMS (2007) L'affaire de tous – Renforcer les systèmes de santé pour de meilleurs résultats sanitaires. Cadre de travail de l'OMS pour l'action.

2 M.E. Kruk, L.P. Freedman, Assessing health system performance in developing countries: A review of the literature (« Évaluation de la performance des systèmes de santé dans les pays en développement : examen de la documentation »). *Health Policy* 85 (2008) 263–276.

### ENCADRÉ 1 : AMÉLIORER L'EFFICACITÉ DES RESSOURCES PAR LE BIAIS DE L'INTÉGRATION – MOZAMBIQUE

En 2004, s'appuyant largement sur le financement des partenaires du développement (PD) destiné à une maladie particulière, le Mozambique a lancé une généralisation des soins en matière de traitements antirétroviraux (TARV) et de VIH au niveau national par l'intermédiaire d'une approche verticale « Hôpital de jour », ce qui a eu pour résultat direct l'augmentation du nombre de personnes traitées. Cependant, le modèle vertical souffrait d'importantes limitations, notamment le manque de liens avec les autres services spécifiques, ce qui a entraîné une perte de suivi (LTFU), l'augmentation des coûts humains et matériels des activités liées au VIH et un accès limité pour les populations rurales.

En 2005, en collaboration avec les ONG, le ministère de la Santé a commencé à utiliser le traitement du VIH/sida comme point d'entrée du renforcement des systèmes de santé, visant à intégrer les programmes de lutte contre le VIH aux services existants du secteur public.

Le programme d'intégration a été lancé dans deux provinces et incluait :

1. Le placement des services de soins ART au sein des unités de soins de santé primaires (SSP) existantes ;
2. La rééducation du personnel existant ;
3. Le renforcement des laboratoires, du dépistage et de l'aiguillage ;
4. L'élargissement du dépistage aux unités de traitement de la tuberculose ;
5. L'intégration du VIH aux services de santé prénatale ; et,
6. L'amélioration de la gestion au niveau des districts.

En 2008, le traitement était disponible dans presque 67 structures de santé dans 23 districts. Presque 30 000 adultes étaient sous TARV (par rapport à 4 000 au départ). Plus de 80 000 personnes s'étaient inscrites au programme de lutte contre le VIH/sida. La perte de suivi du dépistage prénatal et de la tuberculose au TARV(ou multithérapie) était passée de 70 % à moins de 10 % pour beaucoup des sites intégrés. La durée moyenne entre le dépistage du VIH et le début du TARV était considérablement plus courte, et l'observance du TARV était plus grande dans les cliniques périphériques plus petites que dans les hôpitaux de jour verticaux.

Cette approche d'intégration a permis au système des SSP du secteur public de dépister le VIH chez plus de patients, de placer un nombre accru de patients sous TARV plus rapidement et de manière plus efficace, de réduire la perte de suivi, et de parvenir à une couverture géographique des soins contre le VIH élargie par rapport au modèle vertical. Grâce au processus d'intégration, les ressources de la lutte contre le VIH étaient utilisées pour réhabiliter les infrastructures de soins primaires (notamment les laboratoires et les pharmacies), renforcer la supervision, combler les manques d'effectifs et améliorer le flux de patients entre les services et les établissements de manière à profiter à tous les programmes.

Source : Pfeiffer, J., Montoya, P., Baptista, A., Karagians, M., Pugas, M., Micek, M., Johnson, W., Sherr, K., Gimbel, S., Baird, S., Lamdin, B. et Gloyd, S. (2010). Integration of HIV/AIDS services into African primary health care: lessons learned for health system strengthening in Mozambique – a case study (« Intégration des services de traitement du VIH/sida aux soins de santé primaires en Afrique : enseignements tirés de la consolidation du système de santé au Mozambique – étude de cas »). *Journal of the International AIDS Society* 2010, 13:3. <http://www.jiasociety.org/content/13/1/3>

pas disponibles et bien formés, et s'il n'existe pas d'ensemble bien défini de services au niveau des structures. Réciproquement, pour être efficaces, les progrès réalisés dans les autres piliers du système nécessitent d'être articulés avec le financement de la santé. Par exemple, il est probable que l'élaboration d'une politique traitant des maladies non transmissibles, qui représentent un défi grandissant dans beaucoup de pays, nécessite une restructuration des budgets pour soutenir le

### ENCADRÉ 2 : L'INITIATIVE DE SOINS DE SANTÉ GRATUITS EN SIERRA LEONE

En 2010, le gouvernement de la Sierra Leone a introduit une politique pour fournir des soins gratuits aux femmes enceintes et allaitantes et aux enfants de moins de cinq ans, lorsqu'ils étaient dispensés dans les établissements de santé. L'objectif était d'améliorer les mauvais résultats de santé des mères et des enfants, et surtout de ceux qui devaient surmonter des obstacles financiers importants pour accéder aux soins. Même si cela constituait manifestement une réforme du financement de la santé, le président et le ministère de la Santé ont réalisé que cette démarche ne pourrait pas réussir sans résoudre les problèmes plus généraux du système de santé. Des groupes de travail ont ainsi été mis en place pour les résoudre avant et après le lancement de l'initiative en avril 2010. Ils se concentraient sur les points suivants :

- **Médicaments et équipement** : Veiller à la disponibilité continue de l'équipement, des médicaments et des autres produits de base essentiels ;
- **Personnel de santé** : Pourvoir un nombre adéquat de travailleurs de la santé qualifiés ;
- **Gouvernance** : Supervision renforcée et efficace des dispositions prises en matière de gestion ;
- **Infrastructures** : Des infrastructures adéquates pour fournir les services ;
- **Communication avec le public général** : Des informations plus nombreuses et de meilleure qualité, éducation et communication pour stimuler la demande de services de santé de qualité et gratuits ;
- **Suivi et évaluation (S&E)** : Un système complet de S&E ;
- **Financement** : Fonds suffisants pour financer l'initiative de soins de santé gratuits.

Ces aspects représentaient un obstacle à la prestation de services dans un système de santé qui se remettait à peine de la guerre civile, mais la vision globale du financement de la santé et la collaboration du système de santé et de la société œuvrant pour des objectifs clairs a aidé à mobiliser le soutien et les ressources nécessaires. L'évaluation complète est toujours en cours mais les premières analyses semblent indiquer que l'initiative des soins de santé gratuits a entraîné des gains dans certains domaines comme les ressources humaines de la santé.

Source : Witter, S., Wurie, H. et Bertone, M. (2015) The Free Health Care Initiative: how has it affected health workers in Sierra Leone? (« L'initiative de soins de santé gratuits : comment a-t-elle affecté le personnel de santé en Sierra Leone ? ») *Health Policy and Planning Journal*, 1-9.

personnel de première ligne ainsi que les activités de promotion de la santé communautaire.

L'approche axée sur le système de santé aide à comprendre le financement de la santé en tant que composante du système plutôt qu'élément autonome.<sup>3</sup> Elle élargit les possibilités de résolution des problèmes et des obstacles principaux de la couverture maladie universelle (CMU aussi appelée couverture santé universelle ou CSU), et elle améliore les politiques, stratégies et plans nationaux de santé. Par exemple, la question de l'efficacité de l'utilisation des ressources liée à la fragmentation des services de santé et aux programmes parallèles sur la tuberculose, le VIH/sida, le paludisme ou les maladies non transmissibles (MNT), peut être abordée en intégrant les services de santé et en finançant le droit aux prestations à partir des revenus mutualisés (voir l'Encadré 1). Toutefois, du fait que les données probantes de l'impact de l'intégration sur l'amélioration de l'efficacité des systèmes de santé varient selon les systèmes de santé, toute intervention de ce type doit être fondée sur une compréhension nuancée des paramètres à optimiser (par ex., l'échelle de prestation des services).

En somme, des politiques et pratiques efficaces en matière de financement de la santé sont indispensables aux systèmes de santé, et leur propre réussite dépend aussi du fonctionnement efficace d'autres éléments du système. Au-delà du système de santé, l'interaction globale avec la communauté et la société n'est pas non plus négligeable. Dans n'importe quelle région, les réformes ont tendance à avoir des implications (parfois positives, parfois négatives), qu'il faut anticiper autant que possible lors de la planification du changement. Outre une vision claire du système de santé et du financement de la santé, les systèmes réussis font preuve d'adaptabilité – c.-à-d., en apprenant de leurs expériences et en améliorant la performance progressivement au fil du temps.

Les ministères des Finances et de la Santé doivent adopter une compréhension commune non seulement de l'importance des ressources financières et des résultats en matière de santé, mais aussi des caractéristiques structurelles et systémiques qui peuvent convertir les ressources financières en résultats en matière de santé. En d'autres termes, il leur faut parvenir à une compréhension solide de la façon d'affiner le système de santé dans le temps, en corrigeant les manques d'efficacité et en renforçant les points forts. Ceci ne peut que reposer sur un respect mutuel de la sphère d'expertise de l'autre. Les stratégies de financement de la santé peuvent parfois aider à fournir un cadre axé sur la résolution de problèmes pour les systèmes de santé habituels et les revues et réformes du financement de la santé.

## Le Financement des programmes verticaux en Afrique

Cette partie commence par procurer un aperçu comparatif de l'évolution et des avantages des approches verticale et horizontale des programmes de santé. Elle soutient ensuite que

3 Kutzin, J., Witter et al. (à paraître) Health financing strategies for universal coverage: a reference guide (« Stratégies de financement de la santé pour une couverture universelle : un guide de référence »). Genève, OMS.

même si le renforcement des systèmes de santé a pris de l'élan au cours de la dernière décennie et qu'il devrait rester une priorité du programme mondial pour la santé, les programmes visant une maladie particulière resteront inévitablement importants en raison des programmes en cours, des priorités des donateurs et des difficultés méthodologiques d'évaluation des vastes interventions des systèmes de santé.

Le débat sur les modèles appropriés de financement de la santé et de prestation de services de santé pour optimiser les résultats en matière de santé dans les pays à revenu faible et intermédiaire, et en Afrique en particulier, dure maintenant depuis plus de cinquante ans.<sup>4</sup> La plupart des pays en question disposent de systèmes de santé faibles et font face à des problèmes complexes qui se chevauchent, et dont découle le défi d'améliorer la santé de la population de manière rapide, rentable et durable. Trois grandes conceptualisations de ces modèles composent le discours mondial sanitaire. L'approche horizontale se concentre sur la résolution des grands problèmes de santé en édifiant des services de santé généraux et fonctionnels. L'approche verticale repose sur des priorités de santé définies plus strictement, souvent axées sur une maladie spécifique ou un groupe de maladies apparentées, par le biais d'un financement ciblé, de prestation de services et de mécanismes d'information et d'évaluation qui contournent généralement les systèmes de santé nationaux. Enfin, l'approche « diagonale » cible des résultats spécifiques à une maladie par l'intermédiaire d'investissements généraux dans les systèmes de santé.

La verticalisation s'est avérée être un véhicule excellent de sensibilisation et de collecte de fonds pour les maladies prioritaires, en particulier depuis le début des années 1990 dans le cadre de la lutte mondiale contre le VIH, mais les discours alternatifs se sont multipliés au fil du temps.<sup>5</sup> Les programmes visant une maladie particulière rivalisent pour obtenir les ressources limitées au détriment des infrastructures générales de santé (exemple illustré dans l'Encadré 1) ; ils rendent la planification et la coordination des services difficiles pour les décideurs politiques ; ils aggravent la fragmentation et ils ont généralement tendance à affaiblir la capacité des systèmes de santé à répondre aux chocs. Néanmoins, des examens approfondis réalisés par la Commission Macroéconomie et Santé (2001) et le groupe de collaboration de l'OMS pour « Maximiser les synergies positives » (2009) n'ont pu identifier que quelques études de mauvaise qualité analysant les avantages comparatifs des deux approches. À ce titre, les preuves des mérites des programmes verticaux par rapport aux programmes horizontaux restent peu concluantes, et c'est pourquoi le débat reste polémique sur le plan politique.

Deux choses sont certaines : 1) les progrès réalisés dans

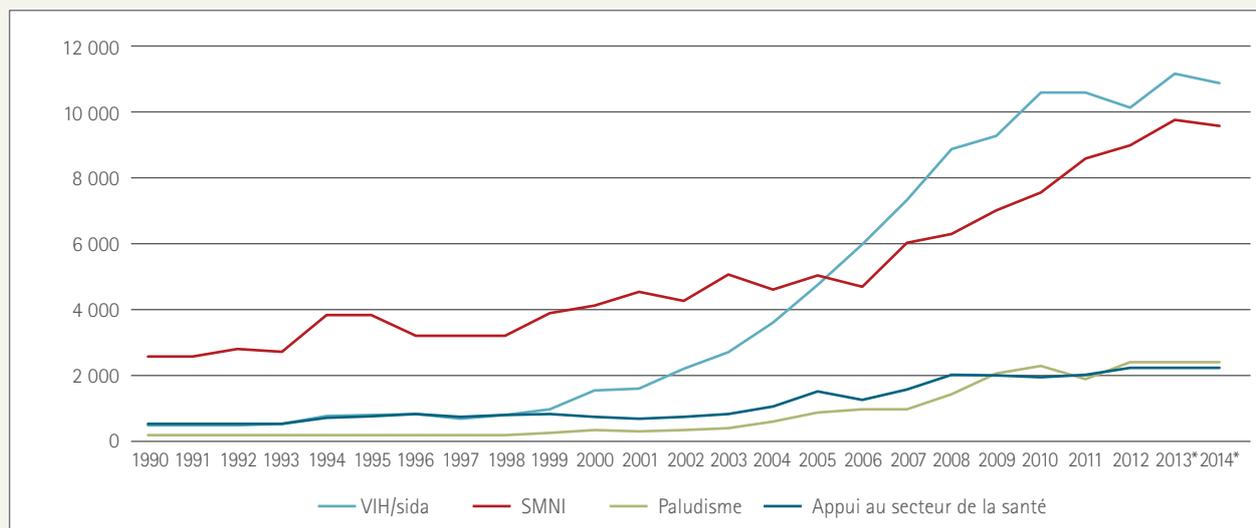
4 Mills A. (1983) Vertical vs horizontal health programmes in Africa: idealism, pragmatism, resources and efficiency (« Programmes de santé verticaux et horizontaux en Afrique : idéalisme, pragmatisme, ressources et efficacité »). *Social Science and Medicine*, 17(24): 1971-1981.

5 Biesma RG et al (2009) The effects of global health initiatives on country health systems: a review of the evidence from HIV/AIDS control (« Les Effets des initiatives mondiales pour la santé sur les systèmes de santé nationaux : examen des preuves tirées du contrôle du VIH/sida »). *Health Policy and Planning*, 24: 239-252.

### ENCADRÉ 3 : FLUX MONDIAUX DE RESSOURCES ET RAPPORT COÛT-EFFICACITÉ DE L'AIDE AU DÉVELOPPEMENT DE LA SANTÉ (ADS)

Les données de l'Institut pour l'évaluation et les métriques de santé (IHME) sur l'aide au développement de la santé révèlent la stagnation des principaux apports d'aide depuis 2010, en particulier concernant le paludisme et le VIH. En 2012, l'IHME a estimé que l'aide destinée aux pays à faible revenu et à revenu intermédiaire, s'élevait à presque 32,7 milliards USD, dont une part considérable (presque 36 %, soit 11,8 milliards USD) revenait à l'Afrique subsaharienne. En revanche, le deuxième plus grand bénéficiaire, l'Asie du sud, a reçu 2,3 milliards USD au cours de la même année.

Figure 3 : Apports d'aide au développement de la santé (ADS) 1990-2014



Pour ces domaines spécifiques du secteur de la santé, entre 2010 et 2014, le financement destiné au VIH a augmenté de 0,7 % ; le paludisme, de 0,9 % ; la SMNI (santé maternelle, néonatale et infantile), de 6 % et les approches sectorielles et le renforcement des systèmes de santé, de 45 % (1,9 milliard USD en 2010 ; 2,2 milliards USD en 2014).

#### Rentabilité des flux de l'ADS pour le paludisme, le VIH et la SMNI

Une étude récente (Bendavid, E., Duong, A. et Raikes, G.) fournit une estimation de la rentabilité de l'ADS dans les secteurs clé de la santé au moyen d'un rapport coût-efficacité différentiel (ICER) [mesuré soit en année de vie corrigée du facteur invalidité (AVCI) évitée ou en années de vie pondérées par la qualité de vie gagnées]. Le résumé des statistiques provenant d'études de rapport coût-efficacité pour 20 pays étudiés ayant reçu 58 milliards USD d'ADS entre 2000 et 2014 est présenté ci-dessous.

Tableau 1 : Rentabilité des MNT, tuberculose, paludisme, SMNI et VIH dans 20 pays à l'étude

Catégorie	N (nombre d'estimations ICER)	ICER moyen	ICER médian	Montant de l'aide (en m USD) pour les 20 pays
Maladies non transmissibles (MNT)	79	875.5	187.4	537
Tuberculose	31	75.4	8.2	2,552
Paludisme	69	46.4	9.7	4,007
SMNI	184	402.8	67.7	16,092
VIH	188	260.3	48.9	24,355

L'étude a trouvé un lien négatif entre le montant de l'aide et le rapport coût-efficacité différentiel, menant à penser que plus de fonds pour la santé sont dirigés vers des interventions relativement rentables. Les rapports coût-efficacité les plus élevés apparaissent pour les MNT et la SMNI. Cette étude analysait aussi les gains potentiels de la réallocation des dépenses existantes et conclut que la réallocation du financement de l'aide pour la santé peut entraîner des gains accrus en matière de santé, même sans augmentation des décaissements, et les plus grands gains peuvent être réalisés en réallouant une partie de l'aide destinée au VIH ou à la SMNI, au paludisme ou à la tuberculose.

(Liste des pays : Afghanistan, Afrique du Sud, Bangladesh, Botswana, Chine, RDC, Éthiopie, Ghana, Inde, Indonésie, Kenya, Malawi, Mozambique, Nigeria, Ouganda, Pakistan, Rwanda, Tanzanie, Vietnam et Zambie)

Sources : Bendavid, E., Duong, A., Sagan, C et Raikes, G. (2015). Health Aid is allocated efficiently, but not optimally: Insights from A review of Cost-effectiveness Studies (L'Aide pour la santé est allouée de manière efficace, mais pas optimale : idées tirées d'une revue des études de rapport coût-efficacité). Health Affairs, 34, n°7 (2015):1188-1195

certaines domaines pathologiques par le biais des programmes consacrés, comme le VIH et le paludisme, sont impressionnants, en termes relatifs, au cours de ces quinze dernières années ; et, 2) les crises récentes dans les pays à faible revenu (comme les catastrophes naturelles, les épidémies, les pénuries de personnel de santé) ont tristement renforcé les arguments mondiaux pour l'investissement dans des systèmes de santé qui soient capables de répondre à des chocs puissants et soudains. Le renforcement des systèmes de santé et leur gouvernance figurent maintenant en tête du programme mondial de santé, aux côtés des programmes de lutte contre le VIH et le paludisme, ce qui nécessitera des engagements considérables pour les vingt ans à venir, en vue de consolider les acquis actuels. Le Document 5 examine un thème apparenté et soutient que le renforcement des systèmes de santé est une intervention plus efficace pour la prévention des épidémies catastrophiques comme le virus Ébola.

Réduire le niveau de dépendance de l'aide vis-à-vis de la verticalisation implique de rechercher plusieurs options non exclusives, y compris celles d'investir dans le renforcement des systèmes de santé, d'intégrer les programmes visant une maladie particulière existants et d'intégrer les programmes verticaux au sein de leurs systèmes de santé respectifs. Le paysage mondial du financement de la santé a intégré cette tendance car plusieurs donateurs importants [le PEPFAR (Plan Présidentiel d'Urgence de lutte contre le SIDA du gouvernement américain), le Fonds mondial] financent de plus en plus les interventions des systèmes de santé pour appuyer leurs portefeuilles axés sur des maladies particulières. En outre, on constate un intérêt croissant pour la prestation de soins intégrés pour les patients souffrant de comorbidités complexes. Dans le domaine du VIH par exemple, une telle transition repose sur l'idée que le traitement du VIH peut être effectué avec plus d'efficacité par le personnel de santé au sein du système de santé général. Du fait que le VIH est en grande partie devenu une affection chronique pour presque la moitié des patients séropositifs en Afrique (en moyenne >40 % d'accès au TARV), la gestion des comorbidités complexes du VIH (comme VIH - santé mentale, VIH - tuberculose) devient une priorité essentielle.

Les approches horizontale et verticale de la programmation de la santé ne s'excluent pas mutuellement ; il faut plutôt qu'elles coexistent dans tout système de santé. Cependant, remettre en question le statu quo en s'éloignant de la verticalisation et en renforçant les systèmes de santé continuera de poser des défis en Afrique pour plusieurs raisons :

**1. L'aide étrangère a joué un rôle crucial dans le soutien des progrès réalisés par les pays africains vers les OMD, et toutes les prévisions suggèrent que ce sera toujours le cas pour les ODD.** Malgré les appels à augmenter le financement national pour la santé, la dépendance à l'aide au développement de la santé continuera de faire partie de la réalité de beaucoup de nations, surtout les pays à faibles revenus et ceux affectés par un conflit. Le paysage mondial

du financement de la santé a vu augmenter le nombre de donateurs philanthropiques privés, comme la Fondation Bill et Melinda Gates, dont les contributions sont maintenant comparables à celles des organes d'aide nationaux/supranationaux. Les valeurs et les priorités de ces donateurs sont très spécifiques et elles continueront de dominer leur approche programmatique.

- 2. Le volume et le contenu de plus en plus complexes des priorités en matière de santé ont poussé tous les donateurs à rechercher activement la preuve de l'optimisation des ressources de leurs programmes. L'apparition de ces considérations ne va pas immédiatement de pair avec un accent placé sur les interventions des systèmes de santé.**<sup>6</sup> Les coûts (comme celui de rassembler et regrouper plus de données auprès de plus de sources de données) et les difficultés méthodologiques (comme trouver des conceptions d'étude appropriées) associés à la démonstration de l'impact des interventions complexes des systèmes de santé sont plus importants que ceux des évaluations des programmes traditionnels, et représentent ainsi un obstacle à la progression de la transition. La recherche sur les systèmes de santé reste une discipline relativement jeune, bien plus que les évaluations économiques par exemple, d'où l'écart entre le tournant de la politique mondiale et la disponibilité des outils pour mettre en pratique ce tournant.
- 3. Malgré des progrès considérables au cours des dernières dix années, les systèmes d'information sur la santé en Afrique restent faibles, et freinent les évaluations des programmes verticaux.** Des systèmes de type Système d'information sur la santé au niveau des districts (*District Health Information System - DHIS*) ont maintenant été mis en œuvre dans plus de 20 pays (dont 13 où la mise en œuvre est achevée), mais les préoccupations en matière d'exhaustivité, de solidité et de validité des données sont omniprésentes.<sup>7</sup> Cette situation représente un obstacle à tout effort de S&E, crucial pour démontrer l'impact. Des systèmes de S&E parallèles aux systèmes nationaux d'information sur la santé ont souvent été mis en œuvre (comme pour le VIH/sida au Kenya) afin d'éclairer les évaluations des programmes verticaux. Si le déploiement d'un système de S&E spécifique aux programmes est une option envisageable, imiter tout un système national d'information sur la santé ne l'est pas du tout. La situation est encore pire en ce qui concerne les estimations des coûts unitaires des services de santé utilisées dans les analyses économiques : l'infrastructure

6 Barnighausen T, Bloom DE, Humair S (2012) Health Systems and HIV treatment in sub-Saharan Africa: Matching intervention and program evaluation strategies (« Systèmes de santé et traitement du VIH en Afrique subsaharienne : Faire correspondre les interventions et les stratégies d'évaluation des programmes »). Program on the Global Demography of Aging Working Paper No 86 [http://www.hsph.harvard.edu/program-on-the-global-demography-of-aging/WorkingPapers/2012/PGDA\\_WP\\_86.pdf](http://www.hsph.harvard.edu/program-on-the-global-demography-of-aging/WorkingPapers/2012/PGDA_WP_86.pdf)

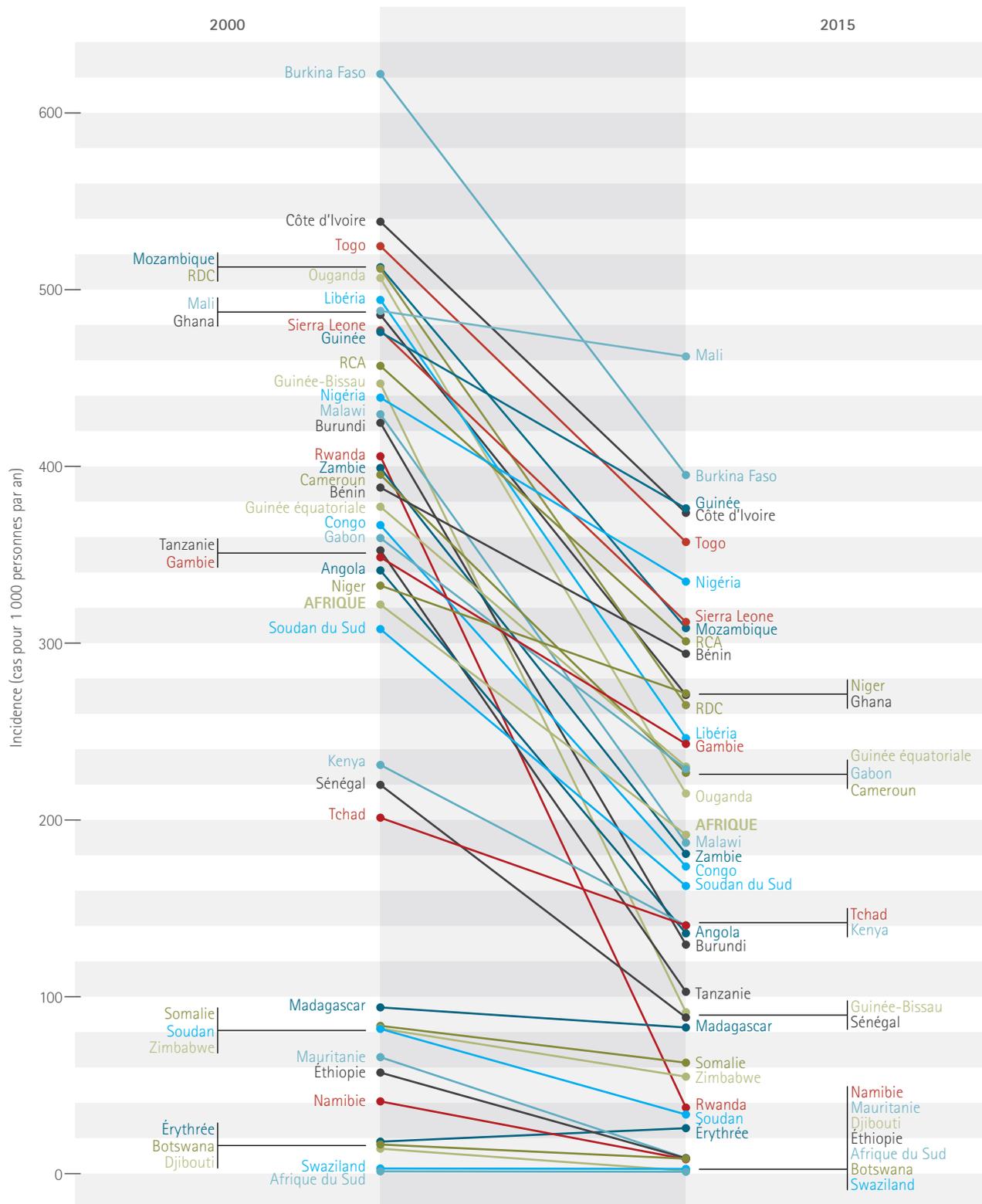
7 Karuri J, Waiganjo P, Orwa D, Many A (2014) DHIS2: The Tool to Improve Health Data Demand and Use in Kenya (« DHIS2 : l'outil pour améliorer la demande et l'utilisation des données sur la santé au Kenya »). *Journal of Health Informatics in Developing Countries*, 8(1): 38-60.

de données est presque inexistante et des études de coûts sur le terrain seront probablement nécessaires pendant de nombreuses années à venir. Ce casse-tête continuera certainement d'inciter à l'exécution de programmes visant une maladie particulière avec des évaluations intégrées, ou

du moins des évaluations seulement partielles des vastes interventions des systèmes de santé.

**4. Les résultats de l'intégration des programmes verticaux existants à ce jour sont mitigés.** Malgré l'attrait de la notion que la prestation de plusieurs types de services ensemble

### Annexe : Évolution du taux d'incidence du paludisme par pays, 2000–2015



Source : Bhatt et. coll. 2015. The effect of malaria control on Plasmodium falciparum in Africa between 2000 and 2015 (« L'effet de la lutte contre le paludisme à Plasmodium falciparum en Afrique entre 2000 et 2015 »). Nature, 526 (207-211):214 <http://www.nature.com/doi/10.1038/nature15535>

puisse générer des économies de coût grâce aux économies d'échelle et aux résultats de santé améliorés par les soins coordonnés, les preuves disponibles en Afrique ne révèlent pas encore d'avantages évidents. Pour prendre l'exemple du traitement de la tuberculose et du VIH en Afrique du Sud, habituellement prodigué par des programmes séparés, rien n'indique que l'intégration des services accroisse la prise du TARV<sup>8</sup> et les preuves sur l'amélioration des résultats du traitement contre la tuberculose sont contradictoires.<sup>9,10</sup> Si ces résultats peuvent s'expliquer par la mise en œuvre sous-optimale de l'intégration des services, ils suggèrent tout au moins qu'il faut en savoir plus sur les paramètres à optimiser (comme l'échelle de prestation des services) avant de pouvoir produire des acquis solides en matière d'efficacité.<sup>11</sup>

**5. Investir dans le renforcement des systèmes de santé requiert au moins autant de soutien politique et financier que les programmes individuels, mais avec des gains de santé bien plus difficiles à attribuer par rapport aux programmes verticaux.** Les estimations existantes du coût des initiatives de renforcement des systèmes de santé restent prudentes pour la plupart car elles omettent souvent le coût de la bonne gouvernance, ce qui signifie qu'elles excèdent probablement le coût total des principaux programmes verticaux (santé reproductive,

maternelle, néonatale et infantile ; paludisme ; et VIH). Par conséquent, les politiciens peuvent se montrer plus difficiles à convaincre, du moins au premier abord, de s'engager dans des réformes si vastes, coûteuses et longues.

Pour résumer, le renforcement des systèmes de santé est de plus en plus considéré comme le fondement des gains de santé de la population pour les décennies à venir et il a déjà été intégré aux dernières stratégies mondiales de lutte contre le VIH et le paludisme. Les interventions des systèmes de santé attireront de plus en plus d'investissements qui revenaient habituellement aux programmes verticaux. Pour les gouvernements africains, c'est une opportunité de renforcer leurs infrastructures nationales de santé en réaction aux besoins émergents de la population, par ex. le vieillissement et le besoin de parcours de soins chroniques, particulièrement pertinents pour les patients séropositifs.

Lorsqu'il sera temps d'étudier les façons de surmonter les défis soulignés ci-dessus, l'un des principaux éléments à retenir sera le maintien et l'accroissement de l'engagement politique pour l'amélioration de la santé. En effet, on s'attend à ce qu'aucun des programmes actuels pour la santé ne conduise à la convergence des résultats de santé en Afrique avec les autres régions en développement avant 2030. Plus précisément, au fur et à mesure que la pression d'augmenter le financement national pour la santé montera, il incombera de plus en plus aux ministères de la Santé de démontrer l'optimisation des ressources dans le secteur de la santé, surtout auprès des ministères des Finances, en concentrant leurs efforts sur l'amélioration de l'efficacité des dépenses et de la gouvernance de leur système de santé.

8 Ledibane TD et al (2015) Antiretroviral treatment among co-infected tuberculosis patients in integrated and non-integrated facilities (« Thérapie antirétrovirale chez les patients coinfectés par la tuberculose dans les structures intégrées et non intégrées »). *Public Health Action*, 5(2): 112-115.

9 Kaplan R et al (2014) Integration of TB and ART services fails to improve TB treatment outcomes: comparison of ART/TB primary healthcare services in Cape Town, South Africa (« L'intégration des soins contre la tuberculose et les ART n'améliorent pas les résultats du traitement de la tuberculose : comparaison des soins primaires ART/tuberculose à Cape Town, Afrique du Sud »). *South African Medical Journal*, 104(3): 204-209.

10 Jacobson KB et al (2015) Successful Tuberculosis Treatment Outcomes among HIV/TB Coinfected Patients Down-Referred from a District Hospital to Primary Health Clinics in Rural South Africa (« Résultats du traitement réussi de la tuberculose chez les patients coinfectés par le VIH/tuberculose passés de l'hôpital de district aux cliniques de soins primaires en Afrique du Sud rurale »). *PLoS One*, 10(5):e0127024. doi: <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0127024>.

11 Siapka M et al (2013) Is there scope for cost savings and efficiency gains in HIV services? A systematic review of the evidence from low- and middle-income countries (« Est-il possible de faire des économies et d'obtenir des gains en matière d'efficacité dans les services anti-VIH? Un examen systématique des éléments de preuve dans les pays à revenu faible et intermédiaire »). *Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé*, 92:499-511AD. doi: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.13.127639>



SE CONNECTER • PARTAGER • RÉFORMER

Pour tout renseignement sur l'Initiative Africaine Concertée sur la Réforme Budgétaire (CABRI) veuillez contacter : CABRI Secretariat, PostNet Suite 314, Private Bag X06, Pretoria 0001, South Africa  
Tel : +27 12 492 0022  
[www.cabri-sbo.org](http://www.cabri-sbo.org)

#### Remerciements

Les documents de référence de la conférence de CABRI « Financement de la Santé en Afrique : défis et opportunités » ont été préparés par Adrian Gheorghe, Alina Lipcan, Clara Picanyol, Nouria Brikci, Tafara Ngwaru, Tomas Lievens et Sophie Witter. Les commentaires et contributions de Nana Boateng (CABRI) ont été fort appréciés. Auteur principal : [tomas.lievens@opml.co.uk](mailto:tomas.lievens@opml.co.uk)  
Photo de couverture © Free Wind 2014 / Shutterstock.com