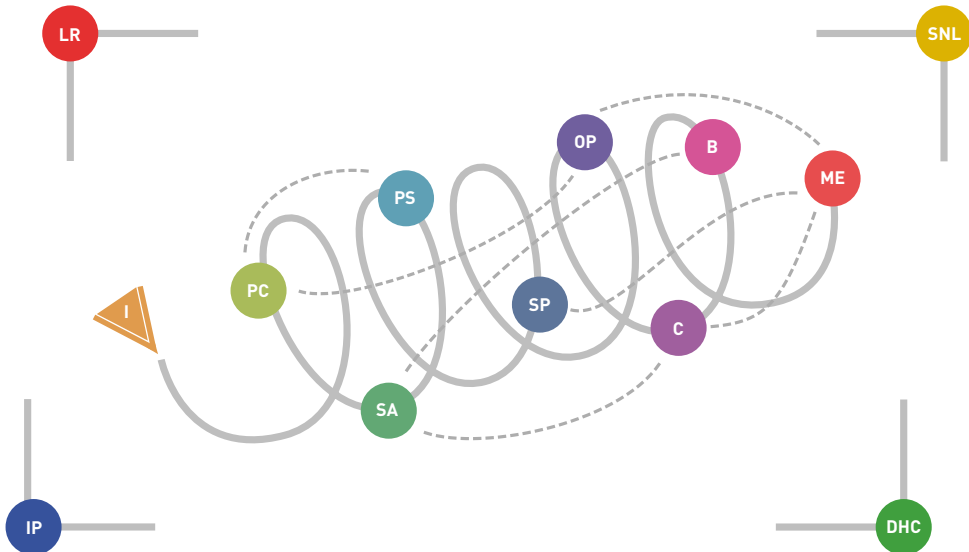




Organisation
mondiale de la Santé

Stratégies nationales en santé au XXI^e siècle - Guide pratique



Edité par

Gerard Schmets – Dheepa Rajan – Sowmya Kadandale



Organisation
mondiale de la Santé

Stratégies nationales en santé au XXIe siècle - Guide pratique

Edité par

Gerard Schmets

Dheepa Rajan

Sowmya Kadandale

Stratégies nationales en santé au XXIe siècle : guide pratique [Strategizing national health in the 21st century: a handbook] / Gerard Schmets, Dheepa Rajan, Sowmya Kadandale, éditeurs

ISBN (OMS) 978-92-4-005716-6 (version électronique)
ISBN (OMS) 978-92-4-005717-3 (version imprimée)

© Organisation mondiale de la Santé 2022

Certains droits réservés. La présente œuvre est disponible sous la licence Creative Commons Attribution – Pas d'utilisation commerciale – Partage dans les mêmes conditions 3.0 IGO (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/deed.fr>).

Aux termes de cette licence, vous pouvez copier, distribuer et adapter l'œuvre à des fins non commerciales, pour autant que l'œuvre soit citée de manière appropriée, comme il est indiqué ci-dessous. Dans l'utilisation qui sera faite de l'œuvre, quelle qu'elle soit, il ne devra pas être suggéré que l'OMS approuve une organisation, des produits ou des services particuliers. L'utilisation du logo de l'OMS est interdite. Si vous adaptez cette œuvre, vous êtes tenu de diffuser toute nouvelle œuvre sous la même licence Creative Commons ou sous une licence équivalente. Si vous traduisez cette œuvre, il vous est demandé d'ajouter la clause de non-responsabilité suivante à la citation suggérée : « La présente traduction n'a pas été établie par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). L'OMS ne saurait être tenue pour responsable du contenu ou de l'exactitude de la présente traduction. L'édition originale anglaise est l'édition authentique qui fait foi ».

Toute médiation relative à un différend survenu dans le cadre de la licence sera menée conformément au Règlement de médiation de l'Organisation mondiale de la propriété intellectuelle (<https://www.wipo.int/amc/fr/mediation/rules/index.html>).

Citation suggérée. Schmets G, Rajan D, Kadandale S, éditeurs. Stratégies nationales en santé au XXIe siècle : guide pratique [Strategizing national health in the 21st century: a handbook]. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2022. Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Catalogage à la source. Disponible à l'adresse <https://apps.who.int/iris/?locale-attribute=fr&>.

Ventes, droits et licences. Pour acheter les publications de l'OMS, voir <https://www.who.int/publications/book-orders>. Pour soumettre une demande en vue d'un usage commercial ou une demande concernant les droits et licences, voir <https://www.who.int/fr/copyright>

Matériel attribué à des tiers. Si vous souhaitez réutiliser du matériel figurant dans la présente œuvre qui est attribué à un tiers, tel que des tableaux, figures ou images, il vous appartient de déterminer si une permission doit être obtenue pour un tel usage et d'obtenir cette permission du titulaire du droit d'auteur. L'utilisateur s'expose seul au risque de plaintes résultant d'une infraction au droit d'auteur dont est titulaire un tiers sur un élément de la présente œuvre.

Clause générale de non-responsabilité. Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'OMS aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les traits discontinus formés d'une succession de points ou de tirets sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux ne signifie pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'OMS, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'OMS a pris toutes les précautions raisonnables pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'OMS ne saurait être tenue pour responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

Les opinions exprimées dans la présente publication n'engagent que les éditeurs cités nommément.

Présentation graphique: Valerie Assmann.

Table des matières

Remerciements	xv
Chapitre 1 Introduction	1
1.1 Pourquoi ce guide pratique ?	3
1.2 Contexte au XXIe siècle	4
1.2.1 Objectifs de développement durable, renforcement des systèmes de santé et couverture sanitaire universelle	4
1.2.2 Le sous-financement chronique et l'importance des ressources nationales	8
1.2.3 Une approche de dialogue politique associant l'ensemble des gouvernements et de la société	10
1.2.4 Différentes stratégies de RSS selon le contexte et le pays	16
1.3 PSPNS au XXIe siècle	19
1.3.1 Bonne pratique pour l'élaboration de PSPNS solides	19
1.3.2 Un processus dynamique au XXIe siècle	29
1.4 Portée et contenu de ce guide pratique	31
1.4.1 Portée	31
1.4.2 Contenu	31
Références bibliographiques	34
Chapitre 2 Consultation de la population sur ses besoins et ses attentes	35
Vue d'ensemble	37
Résumé	39
2.1 Qu'entendons-nous par « capturer les besoins et opinions de la population » sur les questions de santé ?	41
2.1.1 Qu'est-ce qu'une consultation de la population ?	41
2.1.2 Quand, sur quoi et qui est-il opportun de consulter ?	43
2.2 Pourquoi est-il souhaitable de capturer les attentes de la population ?	44
2.2.1 Une source d'information clé pour l'élaboration des politiques	44
2.2.2 Une composante essentielle pour influencer la politique	45
2.2.3 Accroître le sentiment d'appropriation dans la population	45
2.2.4 Accroître la redevabilité et la transparence	46
2.2.5 Favoriser le suivi et l'évaluation	46
2.2.6 Soutenir les décisions du ministère de la Santé en matière d'affectation des ressources	46
2.3 Quand procéder à une consultation de la population ?	47
2.4 Qui doit être impliqué dans une consultation de la population ? Rôles et responsabilités	48
2.4.1 Multiplicité des parties prenantes	48
2.4.2 Rôle du ministère de la Santé	49
2.4.3 Rôle des facilitateurs indépendants	49

2.4.4 Rôle des médias	50
2.5 Approches méthodologiques	53
2.5.1 Face-à-face avec un(des) vaste(s) échantillon(s) de population	58
2.5.2 Méthodes de consultation avec des participants invités venant de groupes de populations différents	61
2.5.3 Divers méthodes d'enquêtes auprès de groupes de population invités/sélectionnés, et les instruments correspondants	65
2.5.4 Le référendum	67
2.6 Les facteurs de réussite : traduire les approches théoriques en réalités pratiques	68
2.6.1 Accéder à la population « difficile à atteindre »	68
2.6.2 Souligner la pertinence des résultats	72
2.6.3 Assurer la communication et la restitution des résultats (ou feed-back)	75
2.7 Comment mesurer la réussite d'une consultation de la population	77
2.8 Et si ... ?	79
2.8.1 Et si votre pays est doté d'une organisation décentralisée ?	79
2.8.2 Et si la division et/ou la fragilité posent un problème dans votre pays ?	82
2.8.3 Et si votre pays est fortement dépendant de l'aide ?	88
2.9 Conclusion	91
Références bibliographiques	92
Lectures complémentaires	95
Annexe 2.1	96
Annexe 2.2	100
Annexe 2.3	101
Chapitre 3 Analyse de situation du secteur de la santé	103
Vue d'ensemble	105
Résumé	107
3.1 Qu'entendons-nous par analyse de situation du secteur de la santé ?	109
3.1.1 Qu'est-ce qu'une analyse de situation ?	109
3.1.2 Le champ de l'analyse de situation	110
3.2 Pourquoi entreprendre une analyse de situation ?	111
3.2.1 Une étape cruciale du cycle de planification	111
3.2.2 Permettre à chacun de s'exprimer, y compris la population	111
3.2.3 Favoriser la transparence et la responsabilisation	112
3.2.4 Soutenir et renforcer le suivi et l'évaluation	115
3.2.5 Une contribution à la concrétisation des rôles et des responsabilités	116
3.2.6 Une contribution à l'établissement d'un consensus sur la situation sanitaire dans le pays	118
3.3 Quand faut-il procéder à une analyse de situation ?	119
3.4 Qui doit participer à l'analyse de situation ?	120
3.4.1 Le rôle du ministère de la Santé	121
3.4.2 Le rôle des autorités de santé infranational ou autorités de santé régionales ou de district	121

3.4.3 Le rôle de la société civile, y compris les associations professionnelles et les groupes d'intérêts particuliers	122
3.4.4 Le rôle du secteur privé	122
3.4.5 Le rôle du Parlement	123
3.4.6 Le rôle des médias	123
3.4.7 Le rôle des partenaires du développement	123
3.5 Méthodologie : organisation et conduite d'une analyse de situation	125
3.5.1 Organisation de l'analyse de situation	125
3.5.2 Trois volets d'analyse	134
3.5.3 Estimer le temps de réalisation d'une analyse de situation, véritablement participative	142
3.5.4 Lien entre les volets 2 et 3	144
3.5.5 Lien entre l'analyse de situation et la définition des priorités	146
3.6 Certains points à considérer	147
3.6.1 Facteurs de réussite	147
3.6.2 Diffusion des résultats de l'analyse de situation	148
3.7 Et si... ?	149
3.7.1 Et si votre pays est doté d'une organisation décentralisée ?	149
3.7.2 Et si la division et/ou la fragilité posent un problème dans votre pays ?	151
3.7.3 Et si votre pays est fortement dépendant de l'aide ?	152
3.8 Conclusion	155
Références bibliographiques	156
Lectures complémentaires	157
Chapitre 4 Définition des priorités des politiques, stratégies et plans nationaux de santé	159
Vue d'ensemble	161
Résumé	163
4.1 Qu'entend-t-on par « définition des priorités » ?	165
4.1.1 Définition des priorités dans le contexte de la couverture santé universelle (CSU)	167
4.1.2 Principes essentiels de la définition des priorités	168
4.2 Pourquoi définir des priorités ?	171
4.2.1 La définition des priorités est nécessaire pour s'adapter à un contexte en mutation	171
4.2.2 La définition des priorités porte sur les problèmes soulignés lors de l'analyse de situation	171
4.2.3 La définition des priorités met en évidence les grands défis de demain	174
4.2.4 Les priorités seront implicitement définies si elles ne sont pas fixées de façon explicite et délibérée	174
4.3 Quand procéder à un exercice de définition des priorités ?	175
4.3.1 Périodicité et portée de la définition des priorités	175
4.3.2 La définition des priorités dans le cadre du développement global du secteur de la santé	177
4.4 Qui doit participer à la définition des priorités ?	178
4.4.1 Clients/citoyens	179
4.4.2 L'État : politiques et décideurs	179

4.4.3 Prestataires	180
4.4.4 Les médias soutiennent les trois groupes d'intervenants	182
4.5 Comment procéder à la définition des priorités	183
4.5.1 Critères pour définir les priorités	183
4.5.2 Facteurs contextuels	191
4.5.3 Approches, méthodes et outils	193
4.5.4 Processus	206
4.6 Difficultés fréquentes et facteurs de réussite	209
4.6.1 Obstacles et difficultés	209
4.6.2 Facteurs de réussite	210
4.7 Et si ... ?	212
4.7.1 Et si votre pays est doté d'une organisation fortement centralisée ?	212
4.7.2 Et si votre pays est doté d'une organisation décentralisée ?	213
4.7.3 Et si la division et/ou la fragilité posent un problème dans votre pays ?	215
4.7.4 Et si votre pays est fortement dépendant de l'aide ?	217
4.8 Conclusion	222
Références bibliographiques	224
Annexe 4.1 Méthodes et outils pour la mise en oeuvre d'approches techniques	225
Annexe 4.2 Méthodes et outils pour des approches fondées sur les valeurs	231
Chapitre 5 Planification stratégique : traduire les priorités en plans nationaux	235
Vue d'ensemble	237
Résumé	239
5.1 Qu'entend-t-on par « planification stratégique » ?	241
5.1.1 Définitions	241
5.1.2 La planification stratégique en relation avec les autres phases du cycle décisionnel et de planification	242
5.1.3 Présentation succincte des approches de la planification stratégique	247
5.2 Pourquoi est-il important de traduire les priorités en plan ?	248
5.2.1 Pour concrétiser les priorités	248
5.2.2 Pour rester concentré sur le moyen et le long terme	248
5.2.3 Pour éviter la fragmentation du secteur de la santé	249
5.2.4 Pour contribuer à centrer le dialogue politique sur les priorités du secteur de la santé	249
5.3 Quand faut-il recourir à la planification stratégique ?	251
5.4 Qui doit prendre part à la planification stratégique ?	253
5.4.1 L'État : politiques et décideurs	254
5.4.2 Les clients/citoyens	254
5.4.3 Les prestataires	255
5.5 Comment traduire les priorités en plans ?	257
5.5.1 Comment s'assurer que les PSPNS sont réellement utilisés comme un texte essentiel d'orientation ?	258

5.5.2 Quelques notions de planification stratégique	259
5.5.3 L'approche multisectorielle	262
5.5.4 Limiter les risques	262
5.5.5 Les approches d'élaboration des politiques	263
5.5.6 Le processus et les étapes de développement des PSPNS	264
5.6 Les problèmes courants dans le développement des PSPNS, erreurs et solutions possibles	273
5.6.1 Les problèmes courants dans le processus de développement des PSPNS et solutions possibles	273
5.6.2 Les erreurs courantes observées dans les PSPNS	276
5.6.3 La gouvernance du secteur de la santé	278
5.6.4 Action intersectorielle et PSPNS	279
5.7 Et si ... ?	281
5.7.1 Et si votre pays est doté d'une organisation décentralisée ?	281
5.7.2 Et si la division et/ou la fragilité posent un problème dans votre pays ?	282
5.7.3 Et si votre pays est fortement dépendant de l'aide ?	284
5.8 Conclusion	285
Références bibliographiques	286
Lectures complémentaires	288
Annexe 5.1	289
Annexe 5.2	290
Annexe 5.3	290
Annexe 5.4	291
Annexe 5.5	291
Chapitre 6 Planification opérationnelle : transformer les plans nationaux en actions	293
Vue d'ensemble	295
Résumé	295
6.1 Qu'entend-t-on par planification opérationnelle ?	297
6.1.1 Concepts et définitions	299
6.1.2 Planification stratégique vs planification opérationnelle	301
6.1.3 Planification opérationnelle et budgétisation	303
6.1.4 Participation et intégration dans le cadre de la planification opérationnelle	303
6.2 Pourquoi la planification opérationnelle est-elle essentielle dans la stratégie en santé ?	305
6.3 Quand faut-il procéder à une planification opérationnelle ?	305
6.4 Comment fonctionne la planification opérationnelle ?	308
6.4.1 Quelques questions de planification opérationnelle à considérer	308
6.4.2 Les étapes de la planification opérationnelle	312
6.5 Qui sont les principaux acteurs intervenant dans la planification opérationnelle ?	321
6.5.1 Les personnes qui appliqueront les plans sont les mieux placées pour procéder à la planification opérationnelle	321
6.5.2 Diversité des parties prenantes	321

6.6 Et si... ?	325
6.6.1 Et si votre pays est doté d'une organisation décentralisée ?	325
6.6.2 Et si la fragmentation et/ou la fragilité posent problème dans votre pays ?	327
6.6.3 Et si votre pays est fortement dépendant de l'aide ?	328
6.6.4 Et si votre pays dispose de solides programmes de santé verticaux ?	329
6.7 Conclusion	331
6.7.1 Messages clés à l'intention de l'autorité centrale de planification sanitaire	331
6.7.2 Principaux points à retenir pour les instances chargées de la planification opérationnelle	331
Références bibliographiques	332
Lectures complémentaires	333
Chapitre 7 Estimation des coûts des politiques, stratégies et plans nationaux de santé	335
Vue d'ensemble	337
Résumé	339
7.1 Qu'entend-on par « estimation des coûts » des PSPNS ? Quelle est sa place dans le contexte plus large du financement de la santé ?	341
7.1.1 Qu'entend-on par « estimation des coûts » dans le présent guide pratique ?	342
7.1.2 Comment s'intègre l'estimation des coûts des PSPNS dans le contexte plus large du financement de la santé ?	345
7.2 Pourquoi estimer les coûts des PSPNS ?	346
7.2.1 Parce que l'estimation du coût des PSPNS est une base nécessaire pour le dialogue sur les politiques concernant l'accessibilité financière des PSPNS	346
7.2.2 Parce que l'estimation des coûts peut aider à promouvoir un appui cohérent aux PSPNS	350
7.2.3 Parce que les projections de coûts des PSPNS mettent le ministère de la Santé dans une position renforcée pendant le stade de négociation budgétaire	350
7.2.4 Parce que l'estimation des coûts renforce la redevabilité	352
7.2.5 Parce que l'estimation des coûts peut aider à choisir les priorités pertinentes en fonction des fonds disponibles	354
7.2.6 Parce que l'estimation des coûts peut être une approche utile pour alimenter les discussions sur l'efficacité	354
7.2.7 Résumé des raisons plaidant en faveur de l'estimation des coûts des PSPNS	355
7.3 Quand procéder à l'estimation des coûts des PSPNS ?	356
7.4 Rôle et responsabilités des parties prenantes des PSPNS dans le processus d'estimation des coûts	358
7.4.1 Le ministère de la Santé	358
7.4.2 Les autres ministères, y compris les ministères de la Planification et des Finances	358
7.4.3 Les autorités de santé infranationales, niveau communautaire inclus	359
7.4.4 Les parlementaires	359
7.4.5 Le secteur privé	360
7.4.6 Les partenaires de développement	361
7.4.7 La société civile, les associations professionnelles, les établissements universitaires, les think tanks et les groupes d'intérêts spéciaux	362

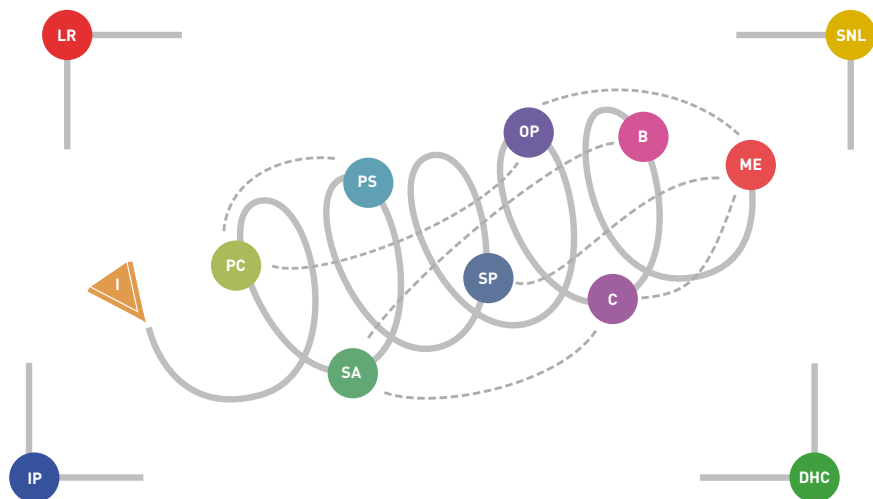
7.5	Comment estimer les coûts des PSPNS : approches méthodologiques	363
7.5.1	La mise en route de l'estimation des coûts des PSPNS : fixer des objectifs et définir une approche	363
7.5.2	L'estimation des coûts des PSPNS en 20 étapes	366
7.5.3	Différentes approches, méthodes et divers outils pour alimenter l'estimation des coûts des PSPNS : certaines questions à prendre en considération	372
7.5.4	Garantir des estimations de coûts de qualité	381
7.6	Et si ... ?	384
7.6.1	Et si votre pays est doté d'une organisation décentralisée ?	384
7.6.2	Et si votre pays est fortement dépendant de l'aide ?	385
7.6.3	Et si votre pays est en situation de fragilité ?	385
7.7	Conclusion	387
	Références bibliographiques	388
	Lectures complémentaires	389
	Annexe 7.1	390
	Annexe 7.2	391
	Chapitre 8 Budgétisation du secteur de la santé	393
	Vue d'ensemble	395
	Résumé	397
8.1	Qu'entend-on par budgétisation du secteur de la santé ? Quelques grands concepts	399
8.1.1	Qu'est-ce qu'un budget ?	399
8.1.2	La gestion des finances publiques	399
8.1.3	Le cadre de dépenses à moyen terme	399
8.1.4	La budgétisation du secteur de la santé par poste	400
8.1.5	La budgétisation axée sur la performance	400
8.1.6	Espace budgétaire et marge budgétaire allouée à la santé	401
8.1.7	Les stratégies d'achat	402
8.2	Pourquoi est-ce important de comprendre le processus de budgétisation du secteur de la santé ?	403
8.3	Quand a lieu le processus de budgétisation ?	405
8.3.1	Les étapes du cycle budgétaire – un bref aperçu	405
8.3.2	Année budgétaire versus année civile	406
8.4	Qui sont les personnes impliquées et engagées dans le processus de budgétisation du secteur de la santé ? Rôle des différentes parties prenantes	407
8.4.1	Ministère de la Santé : son engagement dans l'élaboration et l'exécution du budget de la santé	407
8.4.2	Rôle des organisations de la société civile dans le processus d'élaboration du budget de la santé	412
8.5	Comment le processus de budgétisation fonctionne-t-il du point de vue des parties prenantes à la PSPNS ?	415
8.5.1	Élaboration du budget	416
8.5.2	Adoption ou promulgation du budget	420
8.5.3	Exécution du budget	420

8.5.4	Évaluation du budget	420
8.6	Questions opérationnelles importantes à prendre en compte par les parties prenantes de la planification sanitaire lors du processus de budgétisation du secteur de la santé	421
8.6.1	Considérations juridiques	421
8.6.2	Comment les pays peuvent-ils introduire et entreprendre efficacement une budgétisation pluriannuelle ?	422
8.6.3	Comment les pays peuvent-ils passer d'une budgétisation par poste budgétaire à une budgétisation axée sur la performance ?	425
8.6.4	Quand et comment les pays doivent-ils évaluer l'espace budgétaire alloué à la santé ?	428
8.6.5	Comment collecter les données nécessaires ?	429
8.6.6	Comment les pays devraient-ils comprendre et influencer la budgétisation du secteur de la santé sous l'angle de l'économie politique ?	431
8.6.7	Au-delà du budget : l'importance des systèmes de finances publiques pour le financement de la santé et la CSU	433
8.7	Et si ... ?	434
8.7.1	Et si votre pays est doté d'une organisation décentralisée ?	434
8.7.2	Et si votre pays est fortement dépendant de l'aide ?	438
8.7.3	Et si la division et/ou la fragilité posent problème dans votre pays ?	440
8.8	Conclusion	441
	Références bibliographiques	442
	Lectures complémentaires	444
	Chapitre 9 Suivi, évaluation et revue des politiques, stratégies et plans nationaux de santé	447
	Vue d'ensemble	449
	Résumé	451
9.1	Qu'entend-t-on par « suivi, évaluation et revue des PSPNS » ?	453
9.1.1	Quelles sont les différences entre suivi, évaluation et revue ?	453
9.1.2	Le suivi, l'évaluation et la revue nécessitent une solide plateforme de S&E de pays	453
9.2	Pourquoi le suivi, l'évaluation et la revue sont importants ?	455
9.2.1	Parce que les progrès et la performance de la stratégie nationale en santé doivent être surveillés	455
9.2.2	Parce que le suivi régional et mondial des questions de santé prioritaires repose sur le suivi national	455
9.2.3	Parce que faire part des progrès de la réalisation des ODD liés à la santé nécessite des systèmes de S&E solides	455
9.2.4	Parce qu'il faut assurer un suivi des inégalités en santé	456
9.2.5	Parce que chaque pays a besoin de mécanismes de surveillance opérationnels	456
9.2.6	Parce que la redevabilité repose nécessairement sur le suivi, l'évaluation et la revue	456
9.2.7	Parce que les données de qualité font l'objet d'une demande et d'un intérêt croissants pour la prise des décisions et la redevabilité	457
9.3	Quelles sont les composantes d'une plateforme S&E ?	459

9.3.1 Un environnement politique et institutionnel sains pour le S&E	459
9.3.2 Sources de données opérationnelles	468
9.3.3 Fortes capacités institutionnelles en matière de collecte, de gestion, d'analyse, d'utilisation et de diffusion des données	471
9.3.4 Des mécanismes solides pour la revue et l'action	473
9.4 Comment renforcer une plateforme de S&E de pays ?	476
9.5 Qui doit participer au suivi, à l'évaluation et aux examens ?	478
9.6 Quand mettre en oeuvre le suivi, l'évaluation et la révision ?	479
9.7 Et si ... ?	481
9.7.1 Et si la division et/ou la fragilité posent un problème dans votre pays ?	481
9.7.2 Et si votre pays est doté d'une organisation décentralisée ?	482
9.8 Conclusion	485
Références bibliographiques	486
Lectures complémentaires	487
Annexe 9.1	490
Chapitre 10 Droit, réglementation et stratégies en santé	491
Vue d'ensemble	493
Résumé	495
10.1 Qu'entend-t-on par réglementation, droit et législation?	497
10.1.1 Quelques concepts essentiels	497
10.1.2 Utilisation des règles de droit dans le secteur de la santé	502
10.2 L'utilité de la règle de droit dans le processus de planification nationale de santé	506
10.2.1 Une feuille de route pour la planification nationale de la santé	507
10.2.2 Normes juridiques, dispositif essentiel de mise en oeuvre des politiques et des plans de santé	511
10.2.3 Droit et contraintes sur les pouvoirs du gouvernement	514
10.3 Quand recourir à la règle de droit ?	514
10.4 Qui doit participer à l'élaboration des règles de droit ? Quels sont les rôles et les responsabilités des différents acteurs ?	515
10.5 Comment procéder à l'intégration des règles de droit dans le contexte de la planification nationale de la santé ?	520
10.5.1 Questions spécifiques liées aux règles de droit à prendre en compte à chaque étape de la planification nationale de la santé	520
10.5.2 Obstacles et contraintes juridiques à considérer dans la planification nationale de la santé	523
10.6 Conclusion	537
Références bibliographiques	538
Lectures complémentaires	539

Chapitre 11 Élaboration d'une stratégie en santé au niveau décentralisé	541
Vue d'ensemble	543
Résumé	545
11.1 Qu'est-ce que l'élaboration d'une stratégie au niveau décentralisé ?	547
11.1.1 Qu'entend-t-on par « infranational » ?	547
11.1.2 Qu'entend-t-on par « élaboration d'une stratégie au niveau infranational » ?	547
11.1.3 Qu'entend-t-on par « décentralisation » ?	548
11.1.4 En pratique, à quoi ressemble la décentralisation ? Exemples de quelques pays	550
11.1.5 La planification infranationale dans un système décentralisé	550
11.1.6 La planification infranationale dans un système centralisé non réactif	555
11.1.7 Les causes sociales et les dynamiques politiques de la décentralisation	557
11.2 Pourquoi est-il important d'élaborer une stratégie en santé au niveau infranational ?	559
11.2.1 Les effets positifs d'une plus grande redevabilité des politiques publiques envers les bénéficiaires des services de santé	559
11.2.2 Une mobilisation et une participation (communautaires) accrues	559
11.2.3 Une flexibilité accrue	560
11.2.4 Une meilleure résorption des déséquilibres géographiques et sociaux	560
11.2.5 Une meilleure collaboration ascendante, intersectorielle et multipartite	561
11.2.6 Une obligation légale	561
11.3 Quand faut-il envisager une planification à l'échelle infranationale au cours du cycle de planification ?	565
11.4 Qui doit prendre part à la planification infranationale ?	566
11.5 Comment élaborer une stratégie en santé au niveau infranational ?	568
11.5.1 Consultation de la population	568
11.5.2 Analyse de situation	570
11.5.3 Définition des priorités	572
11.5.4 Planification stratégique	574
11.5.5 Planification opérationnelle	577
11.5.6 Estimation des coûts et budgétisation	578
11.5.7 Suivi & évaluation (S&E)	580
11.5.8 Aspects généraux à prendre en considération à l'échelle infranationale à chaque étape du cycle de planification	584
11.5.9 Questions générales à prendre en considération pour la mise en place de structures de planification infranationales au cours d'un processus de décentralisation	588
11.6 Conclusion	591
Références bibliographiques	592
 Chapitre 12 Planification intersectorielle et équité en santé	 597
Vue d'ensemble	599
Résumé	601
12.1 Qu'est-ce que la planification intersectorielle et l'équité en santé ?	603

12.1.1 Équité en santé et déterminants sociaux de la santé - quel lien avec la planification nationale de santé ?	603
12.1.2 Les objectifs de développement durable - une connotation marquée d'intersectorialité	606
12.1.3 Comprendre la planification intersectorielle : la Nouvelle-Zélande et de la Norvège, des exemples à suivre	608
12.1.4 La planification intersectorielle, élément central de ce chapitre	609
12.2 Pourquoi une planification intersectorielle est-elle nécessaire ?	610
12.2.1 La charge de morbidité	611
12.2.2 Les déterminants sociaux	612
12.3 À quel stade faut-il mobiliser les autres secteurs ?	616
12.4 Qui doit être associé ?	618
12.5 Comment planifier et mettre en oeuvre une action intersectorielle ?	623
12.5.1 Un bon point de départ : l'analyse de situation du cycle de planification nationale en santé	624
12.5.2 Dialogue politique et négociation	626
12.5.3 Suivi et responsabilisation (ou redevabilité)	630
12.6 Conclusion	634
Références bibliographiques	635
Lectures complémentaires	637
Annexe 12.1	638
Chapitre 13 Stratégie en santé en situation de crise	641
Vue d'ensemble	643
Résumé	645
13.1 Le contexte d'États « fragiles »	647
13.2 L'aide dans les États fragiles	650
13.3 Politiques, stratégies et plans en santé en situation de crise	653
13.3.1 Contexte et acteurs	653
13.3.2 L'information, fondement du processus de politique et de planification	654
13.3.3 Principes généraux	658
13.3.4 Apprendre de l'expérience internationale	664
13.3.5 Situations spécifiques appelant une approche adaptée	667
13.3.6 Principaux aspects à prendre en considération pour certains sous secteurs de la santé	672
13.4 Conclusion	681
Références bibliographiques	682
Lectures complémentaires	684
Annexe 13.1	688



I	CHAPITRE 1 Introduction : stratégies nationales en santé au XXI ^e siècle	■
PC	CHAPITRE 2 Consultation de la population sur ses besoins et ses attentes	■
SA	CHAPITRE 3 Analyse de situation du secteur de la santé	■
PS	CHAPITRE 4 Définition des priorités des politiques, stratégies et plans nationaux de santé	■
SP	CHAPITRE 5 Planification stratégique : traduire les priorités en plans nationaux	■
OP	CHAPITRE 6 Planification opérationnelle : transformer les plans nationaux en actions	■
C	CHAPITRE 7 Estimation des coûts des politiques, stratégies et plans nationaux de santé	■
B	CHAPITRE 8 Budgétisation du secteur de la santé	■
ME	CHAPITRE 9 Suivi, évaluation et revues des politiques, stratégies et plans nationaux de santé	■

Thèmes transversaux à la planification nationale de la santé

LR	CHAPITRE 10 Droit, réglementation et stratégies en santé	■
SNL	CHAPITRE 11 Élaboration d'une stratégie en santé au niveau décentralisé	■
IP	CHAPITRE 12 Planification intersectorielle et équité en santé	■
DHC	CHAPITRE 13 Stratégies en santé en situation de crise	■

Remerciements

Nous tenons à remercier tout spécialement Agnès Soucat pour ses conseils d'orientation générale.

Nous remercions également Alyssa Muggleworth Weaver pour son soutien à l'ensemble de la recherche documentaire.

Nous sommes sincèrement reconnaissants à l'Union européenne et au Grand-Duché de Luxembourg pour leur soutien financier.



Chapitre 1. Introduction (Gérard Schmets, Sowmya Kadandale, Denis Porignon et Dheepa Rajan)

Les informations et graphiques utilisés pour les encadrés ont été fournis par Maryam Bigdeli, Jim Campbell, David Clarke, Carmen Dolea, Edward Kelley, Marie-Paule Kieny et Nuria Toro Polanco.

Chapitre 2. Consultation de la population sur ses besoins et ses attentes (Katja Rohrer et Dheepa Rajan)

Elisabeth Paul a fourni les tableaux annexes. Olaitan Awonusi a apporté un appui pour une recherche de fond, spécifique à ce chapitre.

Le présent chapitre a été revu par Mohamed Lamine Dramé, Jane Dyrhaug, Ann-Lise Guisset, Sowmya Kadandale, Theadora Koller, Joe Kutzin, Franziska Meier, Elisabeth Paul, Paolo Piva, Denis Porignon et Gérard Schmets.

Pour leurs commentaires et avis sur un premier jet qui leur avait été soumis en juin 2014, nous remercions Kodzo Mawuli René Adzodo, Osman Niyazi Cakmak, Claudia Castillo, Tessa Edejer, Mounir Farag, Johana Hanefeld, Xu Ke, Aysha de Lorenzo, Martin Ekeke Monono, Amalia del Riego, Daniel Rodríguez, Archana Shah, Alaka Singh, Maria Skarphedinsdottir, Juan Tello, Phyllida Travis, Prosper Tumusiime, Soledad Urrutia, Pushpa Wijesinghe.

Les personnes désignées ci-après ont fourni un apport précieux au stade du projet révisé du présent chapitre, lors de l'atelier de réflexion qui a eu lieu en août 2015 : Maryam Bigdeli, David Clarke, Casey Downey, Sowmya Kadandale, Thomas O'Connell, Denis Porignon, Gérard Schmets, Archana Shah, Karin Stenberg, Finn Schleimann, Frank Terwindt, Kavitha Viswanathan et Olaitan Awonusi.

Chapitre 3. Analyse de situation du secteur de la santé (Dheepa Rajan)

Olaitan Awonusi et Romain Oguey, stagiaires à l'OMS, ont contribué à l'élaboration de ce chapitre. Frank Terwindt a fourni des informations pour le Tableau 3.2, les Encadrés 3.6 et 3.12 et la Figure 3.5 et Elisabeth Paul, des informations pour les Encadrés 3.1 et 3.2.

Ce document a été révisé par Frank Terwindt, Gérard Schmets, Qaiser Pasha et Humayun Rizwan.

Les participants à l'atelier de réflexion sur le guide pratique organisé en août 2015 ont apporté des éléments importants pour l'élaboration de ce chapitre : Olaitan Awonusi, Maryam Bigdeli, David Clarke, Casey Downey, Sowmya Kadandale, Thomas O'Connell, Denis Porignon, Finn Schleimann, Gérard Schmets, Archana Shah, Karin Stenberg, Frank Terwindt, et Kavitha Viswanathan.

Chapitre 4. Définition des priorités des politiques, stratégies et plans nationaux de santé

(Frank Terwindt, Dheepa Rajan et Agnes Soucat)

Des recherches spécifiques sur les méthodes, les approches et les outils de définition des priorités ont été menées par Marpessa Arnault et Victoria Bakare, sous la supervision de Denis Porignon.

Sowmya Kadandale a fourni des informations pour l'Encadré 4.1 sur la Sierra Leone.

Ce document a été revu par Jordi Carbonell, Annie Chu, Luke Elich, Rochelle Eng, Xu Ke, Eun Gyo Kim, Jeremy Lauer, Yeiji Lee, Lachlan McDonald, Élisabeth Paul, Gérard Schmets, Marlon Sison et Ronald Tamangan.

Chapitre 5. Planification stratégique : traduire les priorités en plans nationaux (Frank Terwindt et Dheepa Rajan)

Ce chapitre a été révisé par Hermès Karemere, Denis Porignon et Gérard Schmets.

Oriane Bodson a, quant à elle, mené la revue de la littérature.

Les informations relatives à la base de données des cycles de planification des pays ont été transmises par Casey Downey.

Chapitre 6. Planification opérationnelle : transformer les plans nationaux en actions

(Dean Shuey, Maryam Bigdeli et Dheepa Rajan)

Ce chapitre a été révisé par Mohamed Lamine Dramé, Anne Johansen, Tolib Mirzoev, Denis Porignon et Gérard Schmets.

Oriane Bodson a, quant à elle, mené la revue de la littérature.

Chapitre 7. Estimation des coûts des politiques, stratégies et plans nationaux de santé

(Karin Stenberg et Dheepa Rajan)

Le présent chapitre a été révisé par Hélène Barroy, Melanie Bertram, Elina Dale, Tessa Edejer, Odd Hanssen, Sowmya Kadandale, Joseph Kutzin, Tania Lourenco, Laurent Musango, Susan Sparkes, Jean-Marc Thomé, Gérard Schmets et André Zida. Kahsu Bekuretsion, Nejmudin Bilal, Tania Lourenco et André Zida ont prêté un précieux concours pour les exemples de pays présentés dans les Encadrés.

Chapitre 8. Budgétisation du secteur de la santé (Dheepa Rajan, Hélène Barroy et Karin Stenberg)

Le présent chapitre est le fruit d'une collaboration entre les unités suivantes du Département pour la Gouvernance et financement des systèmes de santé : Gouvernance des systèmes de santé, politique et efficacité de l'aide ; Financement de la santé ; Analyse et évaluation économiques. Tessa Edejer, Joseph Kutzin et Gérard Schmets ont fourni des orientations et des éléments sur la budgétisation du secteur de la santé.

Chapitre 9. Suivi, évaluation et revue des politiques, stratégies et plans nationaux de santé

(Kathryn O'Neill, Kavitha Viswanathan, Eduardo Celades et Ties Boerma)

Le présent chapitre est inspiré du document « Suivi, évaluation et revue des stratégies sanitaires nationales - Plateforme de pays pour l'information et la redevabilité » (https://www.uhc2030.org/fileadmin/uploads/uhc2030/Documents/Tools/M_E_Framework/S%26E%20de%20strag%C3%A9gies%20sanitaires%20nationales.2011.pdf), élaboré grâce à la contribution des principaux partenaires de l'action sanitaire et d'experts nationaux. Une version actualisée est actuellement sous presse.

Les experts suivants, dont les observations ont été précieuses, ont été invités à contribuer à la rédaction du présent chapitre : Jun Gao, Derege Kebede, Mark Landry, Juliet Nabyonga, Sam Omar et Hongy Xu.

Des informations très utiles pour les exemples de pays présentés dans les Encadrés ont été fournies par Issac Dambula, Francis Magombo, Rhino Mchenga, Maganizo Monawe et Simon Ndira (Malawi) ; Hillary Kipchumba Kipruto et Isabel Maina (Kenya) ; Claud Kumalija (République-Unie de Tanzanie) ; et Catherine Flagothier, Nelitta Nassone, Siv Nygaard et Daisy Trovoada (Mozambique).

Ce document a été revu par Denis Porignon, Dheepa Rajan et Gérard Schmets.

Chapitre 10. Droit, réglementation et stratégies en santé (David Clarke)

Riku Elovainio a apporté sa précieuse contribution sur les aspects relatifs à la contractualisation. Des recherches documentaires complémentaires ont été assurées par Olaitan Awonusi.

Les participants à l'atelier de réflexion sur le guide pratique organisé en août 2015 ont apporté des éléments importants pour l'élaboration de ce chapitre : Maryam Bigdeli, Casey Downey, Sowmya Kadandale, Thomas O'Connell, Denis Porignon, Dheepa Rajan, Katja Rohrer, Gérard Schmets, Archana Shah, Karin Stenberg, Finn Schleimann, Frank Terwindt, Kavitha Viswanathan et Olaitan Awonusi.

Début 2016, une version préliminaire de ce document a été révisée par Gwenaël Dhaene, Luke Elich, Sowmya Kadandale, Benn McGrady, Dheepa Rajan, et Gérard Schmets.

Chapitre 11. Élaboration d'une stratégie en santé au niveau décentralisé (Katja Rohrer)

La rédaction de ce chapitre a bénéficié d'importantes contributions de Maryam Bigdeli, Tarcisse Elongo, Sowmya Kadandale, Denis Porignon, Dheepa Rajan, Gérard Schmets et Frank Terwindt.

Maryam Bigdeli a réalisé l'encadré 11.10 sur le processus de décentralisation au Pakistan. Inke Mathauer a fourni de précieuses informations sur l'achat stratégique dans un contexte de décentralisation (section 11.5.8).

Chapitre 12. Planification intersectorielle et équité en santé (Erik Blas, Nathalie Roebbel, Dheepa Rajan et Nicole Valentine)

Des recherches complémentaires de fond ont été effectuées par Kawselyah Juval.

Le présent chapitre a été revu par Patricia Frenz, Denis Porignon, Gérard Schmets et Eugenio Villar.

Chapitre 13. Stratégie en santé en situation de crise (Enrico Pavignani et Sandro Colombo)

Une précieuse contribution a été apportée par les participants suivants, lors du séminaire d'août 2015 : Maryam Bigdeli, David Clarke, Casey Downey, Sowmya Kadandale, Thomas O'Connell, Denis Porignon, Dheepa Rajan, Katja Rohrer, Gérard Schmets, Archana Shah, Karin Stenberg, Finn Schleimann, Frank Terwindt, Kavitha Viswanathan et Olaitan Awonusi.

Chapitre 1

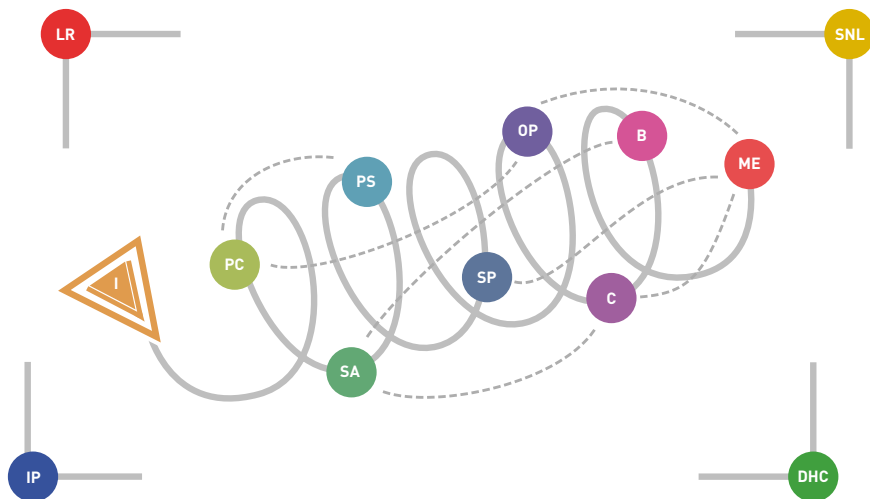
Introduction

Gérard Schmets

Sowmya Kadandale

Denis Porignon

Dheepa Rajan



I CHAPITRE 1 Introduction : stratégies nationales en santé au XXI^e siècle

PC CHAPITRE 2 Consultation de la population sur ses besoins et ses attentes

SA CHAPITRE 3 Analyse de situation du secteur de la santé

PS CHAPITRE 4 Définition des priorités des politiques, stratégies et plans nationaux de santé

SP CHAPITRE 5 Planification stratégique : traduire les priorités en plans nationaux

OP CHAPITRE 6 Planification opérationnelle : transformer les plans nationaux en actions

C CHAPITRE 7 Estimation des coûts des politiques, stratégies et plans nationaux de santé

B CHAPITRE 8 Budgétisation du secteur de la santé

ME CHAPITRE 9 Suivi, évaluation et revues des politiques, stratégies et plans nationaux de santé

Thèmes transversaux à la planification nationale de la santé

LR CHAPITRE 10 Droit, réglementation et stratégies en santé

SNL CHAPITRE 11 Élaboration d'une stratégie en santé au niveau décentralisé

IP CHAPITRE 12 Planification intersectorielle et équité en santé

DHC CHAPITRE 13 Stratégies en santé en situation de crise

1.1 Pourquoi ce guide pratique ?

L'environnement sanitaire mondial devient de plus en plus complexe. La mondialisation, l'urbanisation et le vieillissement de la population contribuent à des transformations sociales, démographiques et épidémiologiques à l'origine de problèmes dont l'ampleur n'a pas été anticipée il y a 30 ans. En outre, les menaces pour la sécurité sanitaire mondiale apparues récemment, comme la maladie due au virus Ébola ou l'épidémie du virus Zika, et les faibles performances des systèmes de santé, de moins en moins adaptés aux attentes grandissantes des sociétés, deviennent une source de préoccupation politique croissante. Ainsi, les pays s'emploient souvent à donner ou à redonner la priorité aux efforts visant à renforcer les systèmes de santé, vers la couverture sanitaire universelle (CSU) et à prendre en compte la santé dans toutes les politiques.¹

Les pays reconnaissent que ces appels au renforcement efficace des systèmes de santé et à l'amélioration de la sécurité sanitaire doivent se traduire en politiques, stratégies et plans de santé solides, réalistes, complets, cohérents et équilibrés. Dans le sillage des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD), ils reconnaissent aussi que, dans le cadre de systèmes de santé mixtes et pluralistes associant le public et le privé, ces politiques, stratégies et plans doivent s'appliquer à l'ensemble du secteur de la santé, et qu'ils ne peuvent plus se limiter à des plans directifs destinés au seul secteur public.

La principale priorité des gouvernements est d'instaurer des systèmes de santé fonctionnels qui offrent des services de qualité à la population. À cette fin, il est nécessaire de se doter de processus permanents, bien structurés et dynamiques, permettant de faire en sorte que

l'offre et la demande de services coïncident vraiment, et qu'il existe un réel consensus entre les pouvoirs publics, les prestataires de services et la population. Au XXI^e siècle, la seule manière d'y parvenir est de mener un dialogue politique solide, fondé sur des données probantes.^{2,3,4}

En outre, il est désormais largement reconnu que les politiques, stratégies et plans nationaux de santé (PSPNS¹) vont bien au-delà des « soins de santé », à savoir, des services cliniques individualisés, et qu'ils couvrent les questions de santé publique au sens large, y compris la préparation aux catastrophes, la gestion des risques et le Règlement sanitaire international, qui englobent des mesures visant à agir sur les déterminants sociaux de la santé et à favoriser l'interaction entre le secteur de la santé et d'autres secteurs de la société.

Compte tenu des changements graduels et profonds survenus ces dix dernières années, il est nécessaire d'adapter les PSPNS, et, plus important encore, leurs processus d'élaboration, et redéfinir leur objet. Le présent guide vise à répondre à cette nécessité.

Eu égard aux principes définis à Paris, Accra et Busan pour une coopération efficace au service du développement, personne ne doute que dans les pays qui bénéficient d'une aide extérieure conséquente, les PSPNS sont de plus en plus souvent considérés comme déterminants pour rendre cette aide plus efficace.

Il est admis qu'à l'époque des OMD, les plans ou les politiques n'ont pas toujours atteint leurs objectifs, car leur conception ou leur mise en œuvre présentait souvent des lacunes. Les plans nationaux étaient rarement inclusifs et souvent incomplets ; ils étaient souvent mal

¹ Les termes « politique », « stratégie » et « plan » sont utilisés de manière interchangeable par l'OMS, à la suite d'une réunion et d'une décision du Groupe de la politique mondiale de 2009.

1.2 Contexte au XXIe siècle

1.2.1 Objectifs de développement durable, renforcement des systèmes de santé et couverture sanitaire universelle

équilibrés, sans rapport avec la diversité des problèmes sanitaires à régler, et les politiques de développement étaient en décalage avec les cadres politiques nationaux généraux, les stratégies de financement de la santé et les politiques macroéconomiques.

Ce guide pratique vise à démontrer que l'élaboration de stratégies - c'est-à-dire la conception de plans et de politiques pour atteindre un objectif sanitaire donné dans un pays - est indispensable au XXIe siècle. L'établissement de stratégies est non seulement recommandé par les États membres de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), mais peut également être mené à bien dans tous les pays, et ce, quel que soit le contexte.

Ce guide pratique s'appuie sur l'expérience de l'OMS et de partenaires à l'époque des OMD. Il présente les modalités d'élaboration des PSPNS dans une perspective nouvelle et pluraliste, et préconise le dialogue politique pour associer les prestataires de services et la population et les faire participer aux débats et au processus décisionnel avec les pouvoirs publics, ainsi qu'au suivi, à la surveillance et à l'évaluation de la mise en œuvre de ces PSPNS.

À l'heure où les objectifs de Développement durable (ODD) prennent la suite des OMD, les gouvernements disposent d'une occasion unique de mieux organiser le développement de leur pays. C'est particulièrement vrai pour le secteur de la santé, où les pays progressent vers la CSU qui consiste « à veiller à ce que l'ensemble de la population ait accès aux services de prévention, de soins, de soins palliatifs, de réadaptation et de promotion de la santé dont elle a besoin et à ce que ces services soient de qualité suffisante pour être efficaces, sans que leur coût n'entraîne des difficultés financières pour les usagers. »⁵ En d'autres termes, cela implique une réduction de l'écart entre l'accès, le besoin et l'utilisation des services, ainsi qu'une amélioration de la qualité et une meilleure protection financière (voir Figure 1.1).

L'établissement de stratégies désigne l'élaboration de plans et de politiques pour atteindre un objectif sanitaire donné dans un pays.

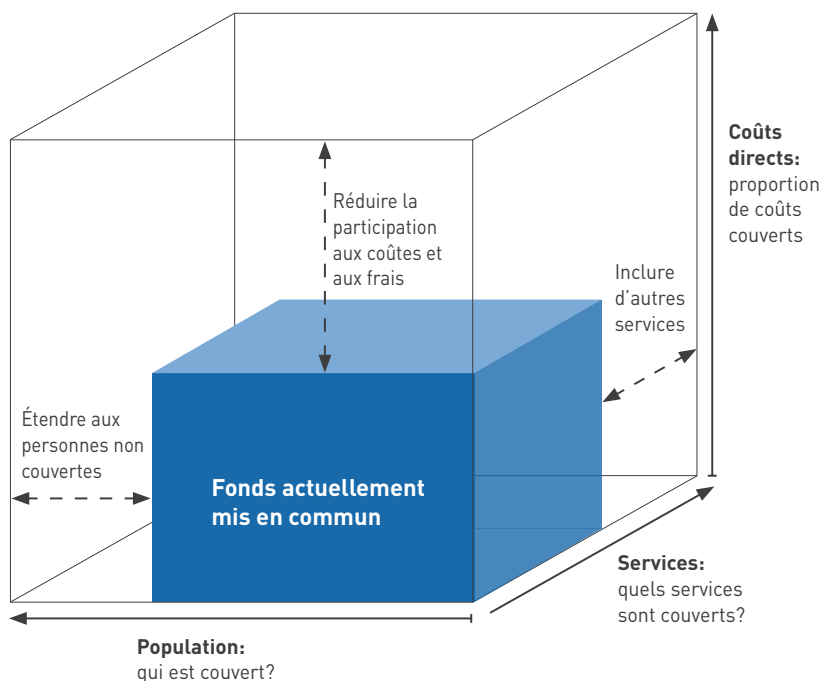


Figure 1.1 Progresser vers la CSU⁶

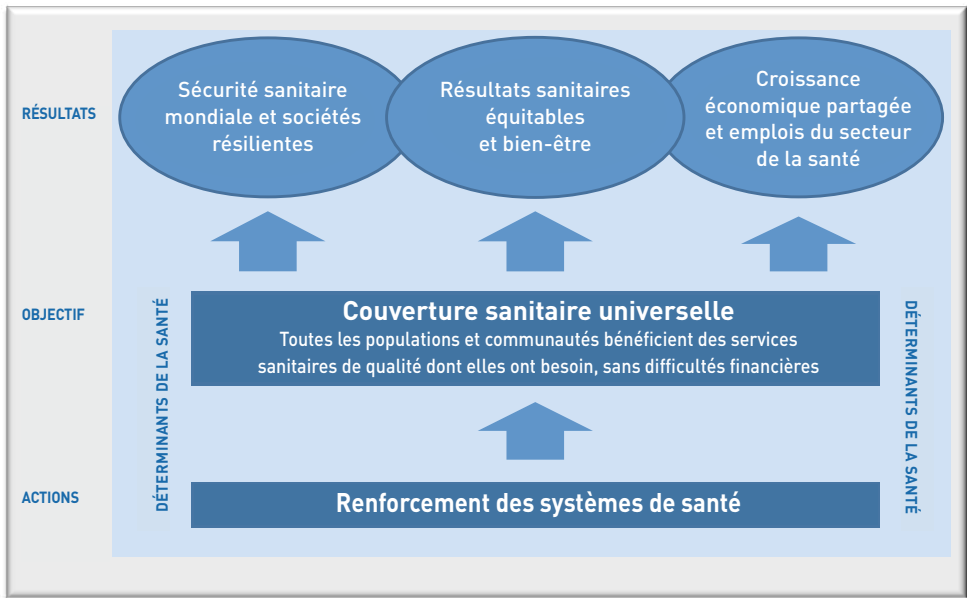
La CSU ne peut être concrétisée d'ici 2030, date fixée pour sa réalisation, que grâce à la mise en place de systèmes de santé cohérents et complets permettant d'obtenir les résultats sanitaires voulus et d'assurer le bien-être des populations desservies. La solidité des systèmes de santé est essentielle pour assurer la pérennité de la santé publique tant individuelle qu'à l'échelle mondiale. Comme l'ont clairement montré les situations d'urgence sanitaire récentes en Afrique de l'Ouest, ou les catastrophes naturelles survenues au Népal ou aux Philippines, les systèmes de santé doivent également être élaborés de sorte à garantir la sécurité sanitaire des populations et la résilience des sociétés.

Les efforts apportés au renforcement des systèmes de santé (RSS) doivent donc être intensifiés sans délai. Le RSS est un processus consistant à identifier et à mettre en œuvre les changements à apporter aux politiques et aux pratiques d'un système de santé national (institutions, population et actions) afin que le pays soit plus à même de relever ses défis sanitaires et de faire face aux problèmes de son système de santé.⁷ Le RSS implique une mobilisation des ressources financières pour la santé, ou une meilleure définition des priorités pour l'allocation de ces ressources, ainsi qu'un renforcement des capacités des systèmes de santé dans des contextes institutionnels, économiques, fiscaux et politiques divers.

Les stratégies de santé renvoient à l'ODD 3 (bonne santé et bien-être), mais aussi à d'autres objectifs stratégiques tels que l'ODD 1 (pas de pauvreté), l'ODD 4 (éducation de qualité), l'ODD 5 (égalité entre les sexes) ou l'ODD 8 (travail décent et croissance économique).

Les systèmes de santé et le renforcement de ces systèmes représentent l'ensemble des politiques, institutions, mesures, stratégies et outils considérés comme essentiels pour atteindre les objectifs de la CSU et les ODD. La réalisation de ces objectifs sera une contribution essentielle pour assurer la sécurité sanitaire mondiale, la résilience des populations, l'équité en matière de gains sanitaires et de bien-être, ainsi qu'un partage de la croissance économique - il s'agit d'une dynamique illustrée dans la Figure 1.2. Pour développer des stratégies de santé de manière réaliste, il faut s'appuyer sur de solides données financières et disposer d'une perspective financière stable, éléments abordés dans la section qui suit.

Figure 1.2 Cadre pour la CSU dans l'optique des ODD



Adaptation d'une présentation de Kieny, MP, Réunion des réseaux de catégories, Genève, janvier 2015

Encadré 1.1

Principaux concepts d'un programme de RSS

- ▶ Un **système de santé** est l'ensemble des organisations, institutions et ressources publiques et privées qui ont pour finalité l'amélioration, le maintien et ou le rétablissement de la santé. Sont inclus les services à la personne et à la population, ainsi que les activités visant à influencer les politiques et les mesures prises par d'autres secteurs pour agir sur les déterminants politiques, sociaux, environnementaux et économiques de la santé.
- ▶ Le **renforcement des systèmes de santé** désigne les efforts significatifs et ciblés visant à améliorer les performances des systèmes de santé existants.
- ▶ La **résilience** témoigne de la capacité des systèmes et des institutions de santé, et des sociétés populations à faire face aux perturbations, à s'adapter et à réagir à l'évolution des besoins et au changement de contexte en général. Il s'agit d'un objectif dynamique qui s'inscrit dans la durée, au fur et à mesure que les systèmes renforcent leurs capacités pour faire face efficacement aux futurs chocs.
- ▶ La **sécurité sanitaire** comporte deux dimensions distinctes : la sécurité sanitaire individuelle et la sécurité sanitaire collective. L'amélioration de la sécurité sanitaire individuelle vise à réduire la vulnérabilité des individus aux risques sanitaires en assurant un accès fiable à des services, des produits et des technologies de santé sûrs et efficaces. Au niveau mondial, la sécurité sanitaire collective vise à réduire la vulnérabilité des populations aux menaces sanitaires qui s'étendent au-delà des frontières d'un pays.
- ▶ La **couverture sanitaire universelle** vise à s'assurer que toutes les personnes et communautés bénéficient des services de santé de qualité dont elles ont besoin (services de prévention, de promotion de la santé, de soins curatifs, de réadaptation et de soins palliatifs) sans rencontrer de difficultés financières.

1.2.2 Le sous-financement chronique et l'importance des ressources nationales

Les PSPNS doivent se fonder sur une utilisation plus judicieuse et plus rationnelle des ressources nationales existantes et sur une allocation très stratégique et bien réfléchie des ressources internes supplémentaires attendues. Cela suppose une responsabilisation accrue de l'ensemble des parties prenantes concernées et un dialogue politique fort, mené au plus haut niveau.

D'après les estimations, les ressources nécessaires pour renforcer les systèmes de santé font cruellement défaut. En 2015, l'OMS estimait que pour réaliser les ODD à l'horizon 2030, les pays devaient investir au moins 55 milliards de US\$ par an dans le secteur de la santé.^{II} D'après le Groupe spécial sur le financement international novateur des systèmes de santé, deux tiers à trois quarts de ce montant annuel - soit 40 milliards de US\$ - devraient être consacrés aux initiatives de RSS.⁸

Pour réunir le montant annuel de 40 milliards de US\$ en vue de l'initiative mondiale de RSS, il faut trouver des ressources supplémentaires et allouer différemment les ressources actuelles. On ne peut pas s'attendre à ce que ce montant, dont l'essentiel sera utilisé dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, provienne de l'aide extérieure. En effet, en 2013, le montant total cumulé des financements réunis pour le RSS provenant de l'ensemble des sources internationales dépassait à peine 2,3 milliards de US\$, alors que les financements consacrés à des programmes de lutte contre certaines maladies comme le VIH/sida, la tuberculose ou le paludisme s'élevaient à 34 milliards de US\$.⁹ Il est peu réaliste de penser que le montant de l'aide extérieure consacrée au RSS soit multiplié par vingt pour atteindre les objectifs de financement annuels requis. En conséquence, le montant nécessaire doit provenir d'un financement national (contributions des pouvoirs publics et des ménages).

Comme l'indique le Programme d'action d'Addis-Abeba de 2015,¹⁰ le recours croissant aux ressources nationales pour financer le secteur

de la santé conduit les gouvernements à devoir faire des choix rationnels pour décider comment investir et dans quels domaines. En 2013, 75 % des dépenses totales de santé étaient financées par des ressources nationales dans les États fragiles et les pays à faible revenu. Dans les pays à revenu intermédiaire, cette proportion dépassait 95 %.^{III} Il convient toutefois de noter que ces ressources nationales étaient rarement réparties de façon optimale, que ce soit sur le plan géographique ou entre les différents quintiles de revenus. Les frais à la charge des patients restaient beaucoup trop élevés.^{III} Cette tendance suggère également la nécessité de réduire la fragmentation et les doubles emplois entre les différents programmes, ce qui permettrait d'accroître l'efficacité dans le secteur de la santé et dans d'autres secteurs.

Dans de nombreux pays à revenu faible ou intermédiaire, les ressources nationales n'étant pas allouées ni utilisées de façon rationnelle, il est indispensable d'élaborer de meilleures stratégies concernant ces ressources et de mieux les planifier afin d'améliorer la santé et le bien-être des populations. Les PSPNS doivent se fonder sur une utilisation plus judicieuse et plus rationnelle des ressources nationales existantes et sur une allocation très stratégique et bien réfléchie des ressources internes supplémentaires attendues. Cela suppose une responsabilisation accrue de l'ensemble des parties prenantes concernées et un dialogue politique fort, mené au plus haut niveau. Comme le montrent les questions abordées dans la section suivante, l'élaboration d'une stratégie nationale en matière de santé au XXI^e siècle doit associer tous les acteurs et secteurs intéressés.

II Estimations de l'OMS de 2016, fondées sur les documents de la Conférence internationale sur le financement du développement de 2009.

III En 2013, les frais à la charge des patients représentaient 49 % des dépenses de santé totales pour ce groupe de pays, alors que les dépenses publiques n'étaient qu'à 39 % des dépenses de santé totales.



Encadré 1.2

Pourquoi la solidité des PSPNS est-elle si importante ? Éléments de réponse à partir de constats en Afrique

Dans son rapport de 2016 intitulé « Public financing for health in Africa: from Abuja to the SDGs »¹² (Financement public de la santé en Afrique : d'Abuja aux ODD), l'OMS est parvenue à la conclusion que « **sur 100 US\$ qui entrent dans les caisses de l'État en Afrique, 16 US\$ en moyenne sont alloués à la santé, 10 US\$ seulement sont effectivement dépensés et moins de 4 US\$ arrivent dans le service de santé auquel ils sont destinés** ». Pour remédier à cette situation, les auteurs estiment nécessaire d'aborder ces quatre points clés :

1. la relégation de la santé au second plan dans un contexte d'augmentation des recettes ;
2. l'incohérence du financement et le manque de prévisibilité des ressources nationales et extérieures consacrées à la santé ;
3. la sous-utilisation du budget ;
4. la mauvaise affectation des ressources.

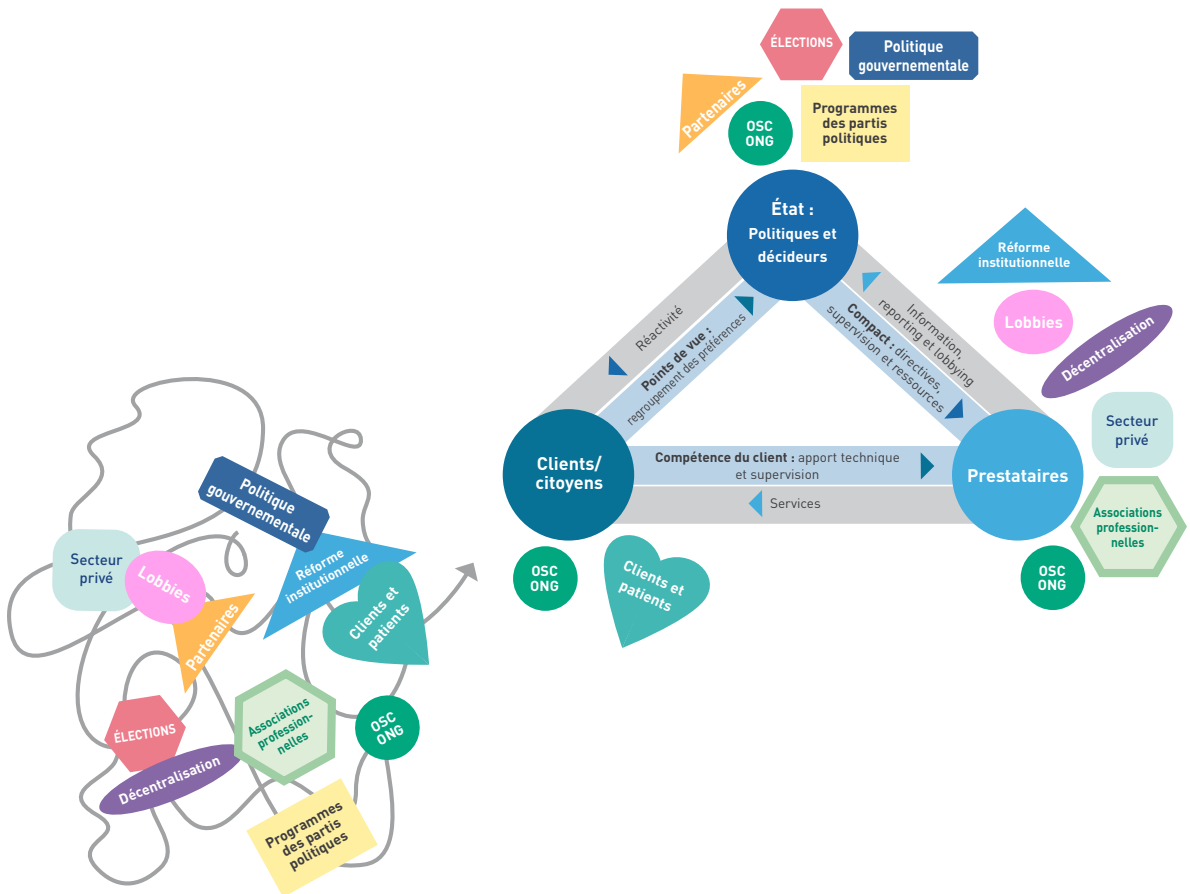
L'élaboration de politiques et de stratégies sanitaires saines via un dialogue politique intersectoriel (avec l'ensemble des pouvoirs publics) et intra-sectoriel, incluant l'ensemble des parties prenantes à la santé (et l'ensemble de la société), est la voie à suivre. En d'autres termes, pour aborder les points ici mentionnés, il est nécessaire d'élaborer des PSPNS solides qui reflètent la vision choisie, officialisent les accords et consignent les aspects liés à la mise en œuvre. Ils doivent s'appuyer sur des priorités bien définies et tenir compte des besoins et de la demande de services de santé, les ressources étant allouées dans l'optique de la CSU. Ils doivent mentionner clairement les objectifs du secteur de la santé et se fonder sur des accords politiques fermes pour améliorer la cohérence et la prévisibilité. Les PSPNS doivent se traduire par des plans et des budgets opérationnels permettant une mise en œuvre complète. Ils doivent également faire l'objet d'une évaluation et d'un suivi rigoureux pour améliorer la redevabilité et la transparence.

1.2.3 Une approche de dialogue politique associant l'ensemble des gouvernements et de la société

Comme la place des valeurs démocratiques et des droits de l'homme a évolué dans le cadre des débats nationaux et qu'à l'ère d'Internet les médias offrent des possibilités de communication plus rapides, et même en temps réel, les méthodes de gouvernance ont évolué vers une approche associant l'ensemble des gouvernements et de la société (voir Encadré 1.3). L'amélioration de la santé et du bien-être ne relève plus uniquement du secteur de la santé publique, ni du ministère de la Santé (voir Encadré 1.4). En d'autres termes,

tous les secteurs contribuent à une instauration réussie de la CSU ; toutes les parties prenantes, les bénéficiaires, les prestataires de santé et l'État doivent être associés à sa conception, à sa mise en œuvre et à son suivi. En jouant un plus grand rôle dans la définition des mesures (le quoi ?) et des modalités (le comment ?), les acteurs de la santé acceptent d'assumer une responsabilité accrue et une obligation de rendre compte dans l'obtention de résultats en fonction des objectifs fixés.

Figure 1.3 Organisation du dialogue politique¹³



Encadré 1.3

Le dialogue politique : un processus fondamental pour développer des PSPNS qui associent réellement l'ensemble de la société et des pouvoirs publics ?¹⁴

Le dialogue politique peut se définir comme un « ensemble d'échanges formels et informels qui visent à faciliter les changements de politique, à influencer la conception des politiques et à favoriser d'autres processus décisionnels auxquels les parties prenantes des différents niveaux des systèmes de santé participent et contribuent ». Il s'agit d'un processus participatif et itératif établissant un lien entre les aspects techniques et politiques, tenant compte des aspirations de la population et impliquant de multiples parties prenantes, qui vise à remettre en cause et à modifier une politique, une stratégie et des plans, formels ou informels, ou à examiner certaines questions sanitaires spécifiques afin d'avoir un impact maximal sur la santé (publique) grâce à un dialogue en face à face et interactif.

Dans le secteur de la santé, les points d'entrée permettant d'entamer un dialogue politique peuvent être très variés. Le point d'entrée peut être une question posée au cours d'un processus d'élaboration d'une politique et qui provoque un dialogue, souvent (mais pas toujours) en raison du caractère sensible ou des conséquences importantes de cette politique. Il peut s'agir de la nécessité d'engager des réformes, de débats politiques nationaux ou infranationaux, de problèmes techniques voire opérationnels liés aux systèmes de santé ou aux activités de surveillance des maladies. La réforme du système de santé, la politique fiscale, les stratégies de financement de la santé, la coordination des parties prenantes au sein et à l'extérieur du secteur de la santé, les comptes de la santé, les ressources humaines pour la santé, les modèles de prestation de

services et la stratégie de fixation du prix des médicaments sont des exemples de points d'entrée parmi tant d'autres.

Dans l'idéal, un dialogue politique solide aboutit à des décisions politiques clés avec l'adhésion et l'appropriation d'un large éventail de parties prenantes. Cela est primordial, car l'application d'une politique dépend de l'adhésion, au moins des parties prenantes impliquées dans sa mise en œuvre. L'appropriation est précieuse et découle notamment de la possibilité de s'exprimer dans le cadre du processus d'élaboration des politiques. Le dialogue politique inclut toutes communications (consultations informelles, échange de courriels ou échanges fortuits dans les couloirs, entre autres) ainsi que tous contacts avec des personnes qui, en fin de compte, contribuent d'une façon ou d'une autre à un processus aboutissant à une décision politique. Le dialogue politique est un moyen d'améliorer la compréhension mutuelle des problèmes et de renforcer la confiance entre les partenaires en offrant la possibilité de préciser les attentes et de définir des engagements sur des plateformes de discussion. Il permet également d'améliorer la redevabilité, de mettre en œuvre des politiques plus efficacement et de surmonter plus rapidement les obstacles ou les difficultés qui doivent idéalement être abordés de façon collective et dans un esprit de collaboration.

En vue d'assurer une participation continue de tous les acteurs, il faut innover pour permettre de mener un dialogue en dehors des cadres et des espaces utilisés pour les processus de dialogue formels.

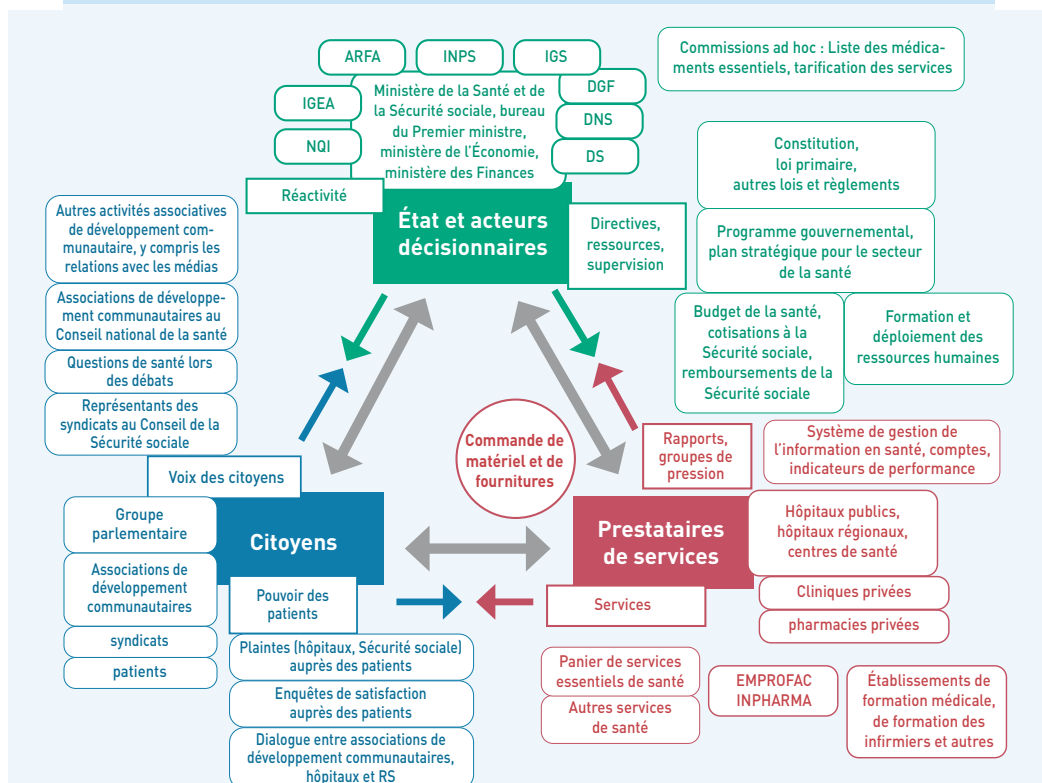


Les processus de dialogue politique menés récemment dans les pays ont montré que la flexibilité était essentielle pour contribuer aux interventions stratégiques. Le ministère de la Santé doit être en mesure d'adapter les orientations de sa politique en fonction de l'évolution de la situation nationale et des transformations du monde extérieur.



Encadré 1.4

Aperçu de la gouvernance du système de santé au Cap-Vert en 2016¹⁵



Comment fonctionnent la participation et l'intégration en pratique ? Une analyse récente, consacrée aux acteurs de la santé et aux principales questions de gouvernance en matière de santé au Cap-Vert, met en évidence le grand nombre d'acteurs qui interviennent dans ce domaine. Le schéma ci-dessus, à l'aspect surchargé, illustre bien l'ampleur que peut prendre la politique de santé. Il montre

comment une simple analyse consacrée aux parties prenantes peut devenir complexe, les acteurs et les intérêts étant multiples, de même que les liens qui les mettent en rapport. Il permet également de comprendre que la politique de santé n'est plus nécessairement l'apanage du secteur public et que la participation et l'intégration doivent être structurées et encadrées.



© OMS / Stéphane Saporito

Les parties prenantes nationales et, dans certains cas, internationales, doivent convenir de valeurs de référence et de cibles, de méthodes et de stratégies pour atteindre ces cibles, de plans destinés à mettre en œuvre les stratégies, et de mécanismes de suivi et de correction de ces stratégies. Le tout s'inscrit dans un environnement dynamique où les stratégies initiales seront orientées et redéfinies en fonction des conditions extérieures afin de ne pas perdre les objectifs de vue en cours de route.

Les parties prenantes doivent être présentes à tous les niveaux, partout où un processus décisionnel est nécessaire. Dans les pays où la décentralisation est poussée, cela peut impliquer la participation d'acteurs variés au sein de différents conseils d'administration, comités directeurs/de gestion ou instances consultatives en matière de santé. Dans tous les cas, il s'agit manifestement d'un processus dynamique qui doit être pérennisé. Pour être efficace et assurer une responsabilisation, le dialogue politique n'est pas un exercice ponctuel ; il s'agit d'un processus permanent censé donner des orientations aux pays en vue de la CSU (voir Encadré 1.5).

Encadré 1.5

Mettre les crises à profit pour améliorer la planification sanitaire

En 2014 et 2015, la flambée de maladie à virus Ébola survenue en Afrique de l'Ouest a mis en évidence d'importantes lacunes des systèmes de santé des pays touchés. Avant cette période, la Sierra Leone avait engagé un train de mesures destiné à améliorer la planification sanitaire nationale : le Plan national stratégique de santé (PNSS) 2010-2015 qui définissait le cadre général des orientations stratégiques du pays ; le Programme de travail et de financement conjoint 2012-2014 qui harmonisait les interventions et les principales priorités du secteur ; le panier de soins de base des services de santé essentiels 2010-2015 qui permettait de donner des orientations pour la prestation de services de santé ; enfin, le Cadre de résultats et de redevabilité 2010-2015 qui énonçait les conditions de suivi et d'évaluation pour une meilleure gestion des services de santé. L'épidémie de maladie à virus Ébola a entravé la mise en œuvre d'un grand nombre de ces mesures. Toutefois, après l'épidémie, le terrain était propice à une planification sanitaire plus rationnelle, tenant compte des enseignements tirés des expériences passées et de l'épidémie pour améliorer la santé et le bien-être de la population. Avec l'aide de ses partenaires, le gouvernement sierra-léonais a défini une série d'interventions ciblées et prioritaires dans tous les secteurs pour redynamiser le pays. En matière de santé, une initiative

soutenue a été menée dans les six à neuf mois qui ont suivi la flambée pour s'atteler au problème de la sécurité des patients et relancer les services essentiels. À moyen terme (au cours des 10 à 24 mois suivant l'épidémie), les principaux résultats des analyses de l'information sanitaire ont permis d'identifier des domaines pour réduire la mortalité maternelle et infantile, maintenir une « incidence zéro » - caractérisée par l'absence de nouveaux cas de maladie à virus Ébola - et dispenser des soins aux survivants. Grâce à ces interventions prioritaires, le gouvernement et ses partenaires ont pu faire un usage rationnel de ressources limitées, et procéder à une planification, un financement et un suivi ciblés.

De même, les enseignements tirés de l'expérience de la Tunisie illustrent l'impulsion que les crises peuvent donner au renforcement des processus de planification. En 2012, après la révolution, le gouvernement a instauré un « dialogue sociétal » qui a joué un rôle déterminant en servant de base à la définition des priorités du secteur de la santé.^{IV}

L'expérience de la Sierra Leone et de la Tunisie montre que les pays reconnaissent de plus en plus la nécessité de recourir à des mesures novatrices pour améliorer la planification sanitaire, notamment lorsque ces pays ont fait face à une situation de crise.

^{IV} Pour plus de précisions, voir le chapitre 2 « Consultation de la population sur ses besoins et ses attentes » de ce guide pratique.

1.2.4 Différentes stratégies de RSS selon le contexte et les pays

En matière de planification nationale et de dialogue politique, le contexte revêt une importance primordiale. Aussi, les approches fondées sur des schémas directeurs types ne seront sans doute pas d'une grande utilité. Heureusement, des connaissances approfondies ont été accumulées pour identifier les éléments de bonnes pratiques. L'expérience montre que le dialogue politique nécessaire à l'élaboration de PSPNS complets est un processus aussi bien politique que technique. Le dosage entre vision d'avenir, politique, détails opérationnel et modalités de mise en œuvre varie considérablement d'un pays à l'autre, ainsi qu'à l'intérieur d'un pays au fil du temps.

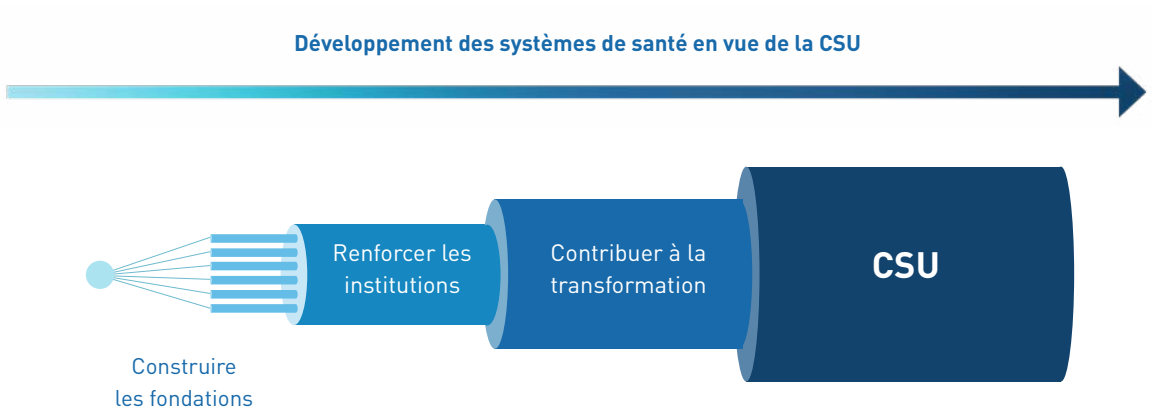
En matière de planification nationale et de dialogue politique, le contexte revêt une importance primordiale.

S'agissant du processus, certains pays ont déjà réalisé des avancées, alors que d'autres sont encore confrontés à de graves lacunes qu'il est nécessaire de combler pour améliorer la santé de la population. Les modalités de renforcement des systèmes diffèrent selon le contexte national, différence qui apparaîtra dans les PSPNS. L'OMS a établi trois catégories de contextes nationaux généraux dans l'optique spécifique du RSS, envisagé comme un moyen de parvenir à la CSU (voir Figure 1.4).

Décrites ici, ces catégories présentent un intérêt pour définir le contenu des PSPNS.

1. Stratégie 1 : « F » : Renforcer les **fondations** des systèmes de santé dans les pays les moins avancés et les pays fragiles qui disposent de systèmes de santé peu performants et d'une marge budgétaire très limitée pour augmenter les dépenses publiques consacrées à la santé.
2. Stratégie 2 : « I » : Renforcer les **institutions** des systèmes de santé dans les pays les moins avancés lorsque les fondations de ces systèmes sont en place.
3. Stratégie 3 : « T » : Contribuer à la **transformation** du système de santé dans les pays où il est arrivé à maturité, mais où l'instauration de la CSU et de la sécurité sanitaire reste problématique.

Figure 1.4 Contextes des systèmes de santé et stratégies « FIT » de l'OMS¹⁶





1.3 PSPNS au XXIe siècle

1.3.1 Bonne pratique pour l'élaboration de PSPNS solides

Les différents éléments contextuels résumés plus haut se traduisent par un regain d'intérêt pour le renforcement de la capacité des pays à élaborer des stratégies en santé et des PSPNS solides, efficaces et fondés sur des bases factuelles, qui permettent de :

- ▶ répondre aux appels de plus en plus pressants en faveur du RSS en tant que moyen pour atteindre la CSU ;
- ▶ donner des orientations valables pour l'ensemble du secteur de la santé plutôt que de se limiter à des plans directifs s'adressant au seul secteur public ;
- ▶ sortir du cadre des systèmes de santé pour tenir compte des déterminants sociaux de la santé et de l'interaction entre le secteur de la santé et les autres secteurs de la société ;
- ▶ fournir une base pour les négociations des pouvoirs publics concernant la marge budgétaire et l'exécution du budget ;
- ▶ apporter des pistes essentielles pour améliorer l'efficacité de l'aide au développement, notamment dans les pays où les fondations des systèmes de santé restent problématiques, et où l'aide extérieure joue un rôle important.

Le contexte actuel est favorable à une meilleure exploitation des PSPNS, et l'on s'attend de plus en plus à ce qu'ils reposent sur une évaluation réaliste des capacités et une vision audacieuse

de l'avenir, l'accent étant davantage mis sur la responsabilité des intervenants. De plus, dans le contexte de la mondialisation, l'espoir est de plus en plus grand que les PSPNS contribuent à la mise en place de systèmes de santé résilients offrant davantage de sécurité, d'équité et de santé.

Les éléments de bonne pratique servant à l'élaboration de PSPNS solides sont exposés ci-après.¹⁷

(a) La CSU comme perspective d'ensemble

La CSU est généralement reconnue comme un objectif global qu'il faut s'efforcer d'atteindre ; en pratique, cela signifie que dans tous les débats et discussions, il faut s'assurer :

- ▶ de couvrir l'ensemble de la population - personne ne doit être laissé pour compte ;
- ▶ de proposer une protection financière en matière sanitaire et d'éviter les dépenses catastrophiques ;
- ▶ d'offrir un ensemble complet de services de santé de grande qualité, intégrés et centrés sur la personne (voir Encadré 1.6).

Des PSPNS solides, efficaces et fondés sur des bases factuelles doivent permettre de donner des orientations à l'ensemble du secteur de la santé, et de fournir des pistes essentielles pour les négociations des pouvoirs publics concernant la marge budgétaire et l'exécution du budget.

Encadré 1.6

Cadre pour des services de santé intégrés centrés sur la personne

Plus de 400 millions de personnes dans le monde n'ont pas accès aux soins de santé essentiels. Par ailleurs, en raison de l'allongement de la durée de vie et de la charge croissante des affections chroniques qui nécessitent des interventions complexes s'étalant sur de nombreuses années, les exigences vis-à-vis des systèmes de santé ne sont plus les mêmes.

Adopté par les États membres à l'Assemblée mondiale de la Santé de mai 2016, le Cadre pour des services de santé intégrés centrés sur la personne (*Integrated people centered health services- IPCHS*) vise à aborder ces questions en préconisant un changement radical des modes de financement, de gestion et de prestation des services de santé. Le Cadre présente une vision claire, à savoir que toute personne a accès à des services de santé coordonnés de façon à répondre à ses besoins, respectant ses préférences, ces services étant sûrs, efficaces, fournis au moment voulu, d'un coût abordable et d'une qualité acceptable. Il propose cinq stratégies interdépendantes :

1. autonomiser et associer les personnes et les communautés ;
2. renforcer la gouvernance et la redevabilité ;
3. réorienter le modèle de soins ;
4. coordonner les services au sein d'un même secteur et entre les secteurs ; et
5. créer un environnement favorable.

D'une portée universelle, le Cadre peut être adapté à tous les pays, quel que soit leur niveau de revenu - élevé, intermédiaire ou faible -, que leur système de santé soit fragile ou arrivé à maturité.

Liens sur ces questions :

Site de l'OMS sur le Cadre : https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_39-en.pdf

Plateforme Integratedcare4people : <https://www.integratedcare4people.org/>

(b) Le contexte international

Les PSPNS doivent être conformes au Règlement sanitaire international¹⁸ (RSI - voir Encadré 1.7), à la Convention-cadre mondiale pour la lutte antitabac¹⁹, ainsi qu'aux autres recommandations de l'OMS ou résolutions des Nations unies.

Les recommandations de la Commission de haut niveau sur l'emploi en santé et la croissance économique, créée en 2016 par le Secrétaire général de l'Organisation des Nations unies, en sont un exemple (voir Encadré 1.8).

Encadré 1.7

Le Règlement sanitaire international

Le RSI (2005) est un instrument juridique international qui a force obligatoire dans 196 pays, notamment dans l'ensemble des États membres de l'OMS. Le RSI (2005) a pour objet de prévenir la propagation internationale des maladies, de s'en protéger, de les contrôler et d'y réagir par une action de santé publique proportionnée et limitée aux risques qu'elle présente pour la santé publique, en évitant de créer des entraves inutiles au trafic et aux échanges commerciaux internationaux.

Entré en vigueur le 15 juin 2007, le RSI (2005) instaure les procédures que l'OMS et les États Parties doivent suivre pour assurer la sécurité sanitaire mondiale. En vertu du RSI (2005), les États Parties sont tenus d'évaluer et de notifier à l'OMS les événements de santé publique susceptibles de constituer une urgence de santé publique de portée internationale, conformément aux critères définis, notamment la gravité de l'événement, ses caractéristiques inhabituelles ou imprévues, son risque de propagation internationale et le risque de restrictions aux voyages ou aux échanges commerciaux internationaux. L'OMS est tenue de demander aux pays concernés

de vérifier les événements détectés grâce à ses activités de surveillance, ces pays devant répondre à ces demandes en temps voulu. Les notifications et les informations sont communiquées par un point focal national RSI à un point de contact RSI à l'OMS, l'ensemble des points focaux constituant un réseau de communication unique et efficace entre les pays et l'OMS. Les États Parties sont en outre tenus de veiller à ce que leurs capacités nationales de surveillance sanitaire et d'intervention répondent à certains critères fonctionnels, et de présenter à l'Assemblée mondiale de la Santé un rapport annuel sur la mise en œuvre du RSI.

Afin d'assurer une action coordonnée et efficace face aux menaces mondiales pour la santé publique, il est essentiel de créer des synergies entre les principales capacités requises par le RSI et de renforcer les systèmes de santé et les fonctions essentielles de la santé publique.

Site de l'OMS sur le RSI : <https://www.who.int/health-topics/international-health-regulations>

Dans le discours prononcé devant l'Assemblée Générale des Nations unies en septembre 2016, les vice-présidents François Hollande, Président de la République française, et Jacob Zuma, Président de la République sud-africaine, ont invité

toutes les parties prenantes à se joindre à eux pour mettre en œuvre les dix recommandations formulées dans le rapport final de la Commission et à les inscrire au cœur des plans nationaux, régionaux et internationaux. Selon eux, ce n'est

Encadré 1.8

Commission de haut niveau sur l'emploi en santé et la croissance économique

Mise en place par le Secrétaire général de l'Organisation des Nations unies en mars 2016, la Commission de haut niveau sur l'emploi en santé et la croissance économique vise à stimuler et guider la création de 40 millions de nouveaux emplois dans le secteur sanitaire et social et à réduire la pénurie annoncée de 18 millions de professionnels de santé, principalement dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire de la tranche inférieure, d'ici à 2030. Présidée par les présidents français et sud-africain, la Commission a présenté le rapport « S'engager pour la santé et la croissance - Investir dans les personnels de santé » au Secrétaire général des Nations unies le 20 septembre 2016. La Commission est une initiative politique stratégique qui encourage la mise en œuvre de la Stratégie mondiale de l'OMS par la publication « Ressources humaines pour la santé : stratégie mondiale à l'horizon 2030 ».

La vision de la Commission est celle d'une main-d'œuvre en santé diversifiée, transformée et pérenne, servant l'ensemble des ODD (« pas de pauvreté », « Bonne santé et bien-être », « Éducation de qualité », « Égalité entre les sexes », « Travail décent et croissance économique » par exemple). La Commission propose six recommandations destinées à transformer la main-d'œuvre en santé mondiale pour répondre aux exigences liées aux ODD ; elles mettent l'accent sur la création d'emplois, l'égalité

hommes-femmes, l'éducation, la formation et les compétences, la prestation et l'organisation des services de santé, les technologies et les crises et situations humanitaires. Quatre autres recommandations, portant sur le financement et l'environnement fiscal, les partenariats, les migrations internationales, les données, les informations et la redevabilité visent à favoriser cette transformation.

Soulignant la nécessité d'agir sans délai, la Commission identifie cinq actions immédiates qui doivent être menées entre octobre 2016 et mars 2018 et être articulées avec les processus nationaux, régionaux et mondiaux. Il s'agit notamment d'accélérer les actions en faveur des formations professionnelles et techniques, de la mobilité de la main-d'œuvre, des comptes nationaux des personnels de santé et du renforcement de la redevabilité. En outre, l'Organisation internationale du travail (OIT), l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE), l'OMS et les vice-présidents de la Commission sont chargés de réunir les parties prenantes concernées d'ici à la fin de 2016 afin d'élaborer un plan quinquennal de mise en œuvre des dix recommandations. Toutes les parties prenantes sont invitées à intégrer ces recommandations dans leurs plans nationaux, régionaux et internationaux.

Site de l'OMS consacré à la Commission : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/250132>

qu'en alignant les efforts consentis avec les autres initiatives internationales menées sur ces questions qu'il sera possible d'atteindre les ODD.

(c) Contenu exhaustif, équilibré et cohérent des PSPNS

La formulation de politiques et de stratégies ainsi que la planification doivent reposer sur une consultation large et participative de la population et des parties prenantes concernant les problèmes du secteur de la santé, afin de décider de façon mesurée et cohérente les questions à aborder ou à laisser de côté eu égard au contexte. Il convient de prendre en considération l'ensemble des éléments et structures ci-après.

- ▶ Il faut entreprendre une analyse complète des enjeux actuels et futurs du secteur de la santé, portant idéalement sur la position des parties prenantes, les déterminants sociaux de la santé et les besoins sanitaires, la demande de services et les attentes de la société, l'efficacité et les lacunes du système de santé, y compris sa capacité à réagir et anticiper.
- ▶ Le contenu des PSPNS doit être équilibré tant au niveau des ressources financières et d'intrants, qu'au niveau de l'analyse des principales questions de santé du pays. En d'autres termes, chaque orientation stratégique doit être élaborée selon le même niveau de précision que les autres, et se voir allouer des ressources qui correspondent à son étendue et à sa portée. Sur le plan financier, cela suppose que les ressources et les dépenses nécessaires à la mise en œuvre des PSPNS soient acceptables et s'inscrivent dans la marge budgétaire prévue pour la santé.
- ▶ Il faut assurer une cohérence avec les autres secteurs et le plan national de développement ; avec les plans spécifiques à des programmes

ou des sous-secteurs ; avec le contexte épidémiologique et socioéconomique ; et avec les ressources, qu'il s'agisse de ressources disponibles actuellement ou d'estimations pour l'avenir.

- ▶ Les scénarios et les orientations politiques doivent avoir pour objectif la réalisation de la CSU, grâce à des services de santé qui se doivent d'être intégrés et centrés sur la personne,²⁰ à la protection et la promotion de la santé communautaire, et au renforcement des capacités pour relever les défis à venir.
- ▶ Il faut encourager la collaboration entre secteurs ; cela suppose que les gouvernements et les autres parties prenantes s'attaquent résolument aux déterminants d'inégalités en matière de santé en identifiant et en promouvant l'action intersectorielle, envisagée comme un élément essentiel faisant partie intégrante du processus national de planification sanitaire.
- ▶ Les coûts associés et leurs incidences en termes de mobilisation des ressources doivent être soigneusement pris en compte.
- ▶ Il convient d'accorder une attention particulière aux dispositifs d'encadrement et de gouvernance pour la mise en œuvre de la stratégie, en fonction des rôles des différentes institutions et parties prenantes, aux cadres réglementaires et juridiques visant à assurer sa pérennité, à la collaboration avec d'autres secteurs, à l'interaction avec la communauté des donateurs et au suivi des résultats.

(d) Un processus rigoureux

Comme expliqué dans l'Encadré 1.3, le dialogue politique a plus de chances d'aboutir à de meilleurs résultats, tels que l'amélioration de la prestation de services, s'il associe tous les acteurs intéressés des domaines sociaux, techniques et politiques,

La formulation de politiques doit reposer sur une consultation large et participative afin de décider de façon mesurée et cohérente des questions à aborder en priorité eu égard au contexte.

au sein du secteur de la santé comme dans les autres secteurs. La qualité du processus du dialogue politique est essentielle à la formulation des objectifs, des valeurs et des orientations politiques générales qui orienteront l'élaboration de stratégies, la planification et la prise de décisions. Ce processus doit contribuer à la recherche d'un consensus à différentes étapes de la planification, y compris l'analyse de situation, la définition des priorités, la conception, l'application et la révision des PSPNS. Un processus rigoureux comprend des mécanismes permettant d'obtenir un retour d'information sur la mise en œuvre, d'engager des mesures correctives et de faire approuver les orientations politiques par les instances de haut niveau. Il est essentiel que le calendrier soit bien pensé pour assurer une harmonisation avec les cadres de développement plus larges et les cycles politiques et institutionnels du pays.

(e) Réalisme

Les PSPNS ont davantage de chance d'être mis en œuvre s'ils sont réalistes et s'ils prennent en considération les capacités, les ressources et les contraintes rencontrées dans le secteur de la santé. Ils ont plus de chances d'aboutir à des résultats durables si l'engagement et les orientations politiques donnent lieu à un encadrement juridique. Ils sont généralement plus efficaces si le lien entre planification stratégique et planification opérationnelle est suffisamment souple pour permettre des adaptations en cas d'événements économiques, politiques et sanitaires imprévus. Enfin, on parviendra sans doute à un engagement plus solide en tenant compte des préoccupations des personnes qui jouent un rôle clé pour la mise en œuvre.

Les PSPNS doivent être reliés aux plans opérationnels régionaux ou de district.

(f) Lien avec les plans opérationnels

Les PSPNS doivent être reliés aux plans opérationnels régionaux ou de district. La portée des liens dépend du niveau de précision des PSPNS et du degré d'autonomie au niveau décentralisé. Certains pays choisissent une approche plus centralisée dans laquelle les liens entre le plan national et le plan infranational sont clairs et étroits ; cela permet d'assurer une cohérence entre les plans de différents niveaux, mais présente le risque de contrôles excessifs et d'une adaptation insuffisante au contexte. D'autres pays optent pour une approche plus décentralisée, qui laisse une liberté d'interprétation bien plus grande aux niveaux décentralisés ; cela permet d'être flexible et créatif, mais peut nuire à la cohérence. De nombreux pays établissent un lien entre le plan stratégique national et les plans opérationnels grâce à des plans évolutifs et continus à moyen terme et à des cadres de dépenses.

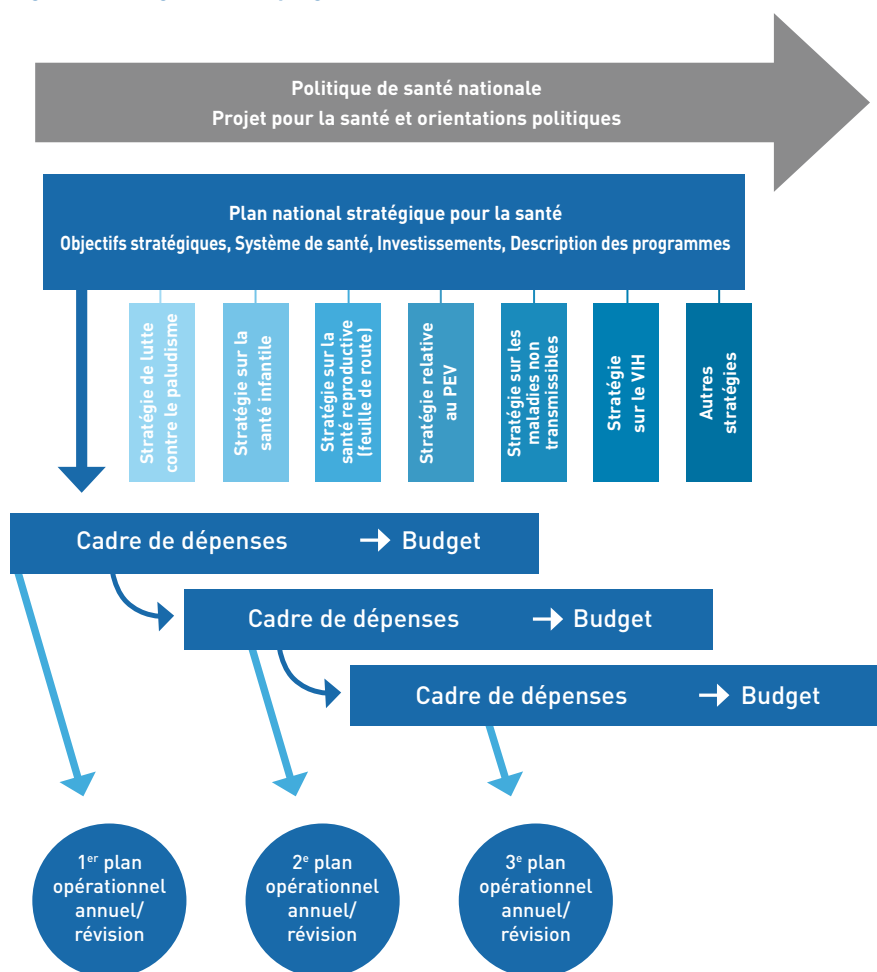
(g) Lien avec les programmes

La mesure dans laquelle les PSPNS tiennent compte des préoccupations et des plans opérationnels des programmes nationaux de lutte contre les maladies ou des programmes ciblant certaines catégories de patients est très variable. Dans de nombreux pays, ces plans sont mal reliés aux PSPNS, ce qui aboutit à un déséquilibre ou à un manque de cohérence des initiatives de planification du secteur de la santé puis à des problèmes de mise en œuvre. Les causes en sont complexes, et comprennent : i) les lacunes de l'analyse de situation et de la définition des priorités ; ii) le fait que la planification opérationnelle du programme s'effectue souvent dans une autre arène, avec d'autres parties prenantes et selon différents cycles de planification ; et iii) l'affectation ciblée de certains financements de donateurs

entraîne une fragmentation, des rivalités autour de ressources limitées et des déséquilibres dans le cadre de la définition des priorités nationales. Il est possible de remédier à ces déséquilibres et à ces incohérences en évaluant de manière réaliste la façon dont les programmes peuvent s'appuyer sur des ressources et des capacités

partagées, l'incidence qu'ils auront sur ces ressources et moyens partagés, et en tenant dûment compte des préoccupations du programme dans l'ensemble des PSPNS. Idéalement, l'intégration des programmes dans la planification nationale donne lieu à une harmonisation et à un alignement complet, comme l'illustre la Figure 1.5.

Figure 1.5 Intégration des programmes dans les PSPNS



(h) Lien avec le calendrier politique

Les politiques, stratégies et plans de santé ont des incidences politiques et budgétaires majeures, qui vont bien au-delà de leurs implications directes pour le secteur public. À terme, ils doivent être approuvés dans le cadre du programme du gouvernement. Au moment où la santé occupe une place grandissante dans la conception que les pays ont de leur avenir, la légitimité des politiques, des stratégies et des plans sanitaires et l'enthousiasme politique qu'ils suscitent, dépendent de leur intégration dans le dialogue plus large sur le développement du pays. Pour que les arguments soient les plus percutants possibles, ils doivent établir des liens en insistant sur le rôle de la santé comme facteur de développement, plutôt que de se fonder uniquement sur des déclarations concernant tels ou tels avantages escomptés pour la santé.

(i) Forte redevabilité

Il est essentiel de renforcer la base institutionnelle pour l'évaluation des progrès et des performances, l'utilisation de l'information ainsi que la redevabilité. À cette fin, il est nécessaire d'améliorer considérablement la qualité de l'analyse de situation sur laquelle reposent les politiques, les stratégies et les plans ; d'apporter une plus grande cohérence et un meilleur équilibre dans la définition des priorités ; de faciliter l'adoption, à l'initiative des pays, d'un cadre de suivi & d'évaluation (S&E) unique ; de faciliter l'alignement des partenaires internationaux (voir Encadré 1.9) ; et de garantir la redevabilité par une intégration de l'évaluation des progrès et des performances aux processus de planification nationale.

Encadré 1.9

Health Data collaborative ou projet de collaboration sur les données sanitaires

Lancé en mars 2016, le *Health Data Collaborative* (HDC) est un partenariat étendu, constitué d'organismes internationaux, de gouvernements, d'organisations philanthropiques, de donateurs et d'universitaires, ayant pour objectif commun d'améliorer les informations sanitaires. L'approche consiste à faire en sorte que les différents acteurs de la santé aux niveaux national, régional et mondial puissent collaborer plus efficacement pour faire un meilleur usage des ressources et, ce faisant, contribuer à accélérer les retombées des investissements et des améliorations des systèmes d'information sanitaire des pays. Le HDC vise à mettre en pratique les principes de l'appropriation et de l'alignement du Partenariat international pour la santé (*International Health Partnership - IHP+*) par pays en les intégrant dans un plan opérationnel commun qui définit des actions collectives concrètes à mettre en œuvre aux niveaux national et mondial.

Une équipe restreinte, hébergée dans les locaux de l'OMS, et disposant de points focaux spécifiques auprès des principales organisations partenaires, facilite les activités du HDC.



Le Kenya est l'un des premiers pays où ce programme est en cours de mise en œuvre. Pour aider l'administration du ministère de la Santé dans l'intégration des systèmes de S&E dans un cadre unifié plus efficace, les partenaires mondiaux de la santé s'emploient actuellement à harmoniser leurs ressources financières et techniques, compte tenu des priorités nationales.^V Lors d'une réunion de quatre jours à Nairobi en mai 2016, diverses parties prenantes ont signé une déclaration commune d'engagements pour soutenir un Cadre unique de S&E (*One M&E Framework*) et pour le lancement du projet kényan de collaboration sur les données sanitaires (*Kenya Health Data Collaborative*).

Le ministère de la Santé a rédigé une feuille de route détaillée et chiffrée dont la mise en œuvre a été confiée à des groupes de travail techniques pour l'analyse des données, la qualité des soins, la mise en place d'un nouvel observatoire national des données sanitaires, l'enregistrement des faits d'état civil et les statistiques d'état civil, et l'informatique. Cette approche collaborative doit renforcer le système d'information sanitaire du Kenya en établissant un front uni pour soutenir et financer un plan de S&E unique.

Site de HDC : <https://www.healthdatacollaborative.org>

^V Voir le Chapitre 9 « Suivi, évaluation et revues des politiques, stratégies et plans de santé nationaux » de ce guide pratique.

(j) Pérennité

Certains pays ont déployé des efforts considérables pour concevoir des approches plus participatives en matière de dialogue politique. Toutefois, dans la plupart des pays, le processus est loin d'être systématique. Dans certains cas, cette situation est due en partie au fort taux de renouvellement des responsables de la planification, qui porte atteinte à la base de compétences et à la mémoire institutionnelle. Dans d'autres, cet état de choses peut s'expliquer par les vagues successives de priorités et de programmes de réforme établies à l'initiative d'éléments extérieurs. Il est nécessaire de consolider le processus en combinant les éléments suivants : l'investissement dans les capacités institutionnelles et individuelles pour mener un dialogue politique constructif ; l'utilisation du cadre pour guider le processus de dialogue politique ; le soutien à une meilleure synchronisation des cycles de planification et à de meilleures directives pour la planification des programmes ; et la contribution à l'élargissement du dialogue politique au-delà du secteur public et à l'alignement des stratégies sanitaires nationales sur les plans de développement nationaux et les cycles financiers du pays.

Ce département doit être doté des ressources humaines et budgétaires suffisantes pour jouer ce nouveau rôle et pouvoir réunir régulièrement différentes parties prenantes dans le cadre d'un véritable processus ascendant et pluraliste.

Ce département doit également utiliser l'ensemble des moyens de communication modernes pour garantir la transparence et assurer l'action de communication voulue auprès des citoyens. Afin que cette communication soit régulière, il faut disposer de personnel spécialisé, de temps et d'un budget donnant lieu à des prévisions. Dans les pays aux ressources limitées, les donateurs devront peut-être renforcer leur soutien.

Le partenariat Union européenne/Luxembourg-OMS en faveur de la CSU est un exemple de stratégie ciblée, destinée à aider les ministères de la Santé à passer sans encombre à un rôle plus moderne de fédérateur et d'intermédiaire (voir Encadré 1.10).

Au XXI^e siècle, les fonctions du département de la planification du ministère de la Santé doivent évoluer ; il doit désormais également jouer un rôle d'intermédiaire, passer d'une approche descendante à une approche ascendante, et d'une démarche monolithique à une démarche pluraliste et participative.

(k) Redéfinir le rôle du département de la planification au sein du ministère de la Santé

Au XXI^e siècle, les fonctions du département de la planification du ministère de la Santé doivent évoluer ; il doit désormais également jouer un rôle d'intermédiaire, passer d'une approche descendante à une approche ascendante, et d'une démarche monolithique à une démarche pluraliste et participative.

Encadré 1.10

Le Partenariat Union européenne/Luxembourg-OMS pour la CSU

Au cours de ces dernières années, la planification sanitaire nationale et la CSU ont suscité une attention croissante à l'échelle mondiale. L'OMS a alors intensifié son soutien aux pays pour les questions de planification sanitaire, de financement de la santé et de dialogue politique.

En 2011-2012, l'Union européenne, le gouvernement du Luxembourg et l'OMS ont conclu un accord de collaboration pour promouvoir le dialogue politique sur les PSPNS et la CSU.

En 2016, le Partenariat a été rendu opérationnel dans 28 pays avec un large éventail d'activités pour apporter un soutien direct, au niveau national, à la politique de santé, à son financement et à l'efficacité de la coopération au développement. Des fonds permettant le démarrage de ces activités ont été apportés à l'ensemble des pays pour encourager activement un dialogue politique participatif et renforcer le rôle de rassembleur et de négociateur joué par les ministères de la Santé.

Le Partenariat fait partie intégrante du concours que l'OMS prête aux pays pour appuyer leurs initiatives visant à instaurer la CSU, tout en reconnaissant que cela n'est possible que si les ministères de la Santé assument avec confiance leur rôle nouveau et évolutif. À cette fin, le Partenariat met à disposition du personnel spécialisé des Bureaux de pays de l'OMS pour

accompagner les ministères de la Santé dans cette ambition, reconnaissant que l'instauration de leur nouveau rôle prendra du temps.

Par exemple, en Moldavie, le Bureau de pays de l'OMS et le ministère de la Santé ont organisé conjointement une série d'événements de dialogue politique au cours des cinq années 2012-2016. Ces événements se sont concentrés sur des sujets spécifiques d'un grand intérêt pour la CSU. Le processus de dialogue participatif appuyé par le Partenariat a permis de placer ces questions au premier rang des préoccupations politiques. Au nombre de ces sujets figurent notamment le renforcement des services de santé publique, la rémunération liée à la performance et l'accès à la prestation de services.

À l'heure actuelle, les pays cibles du Partenariat sont les suivants : le Burkina Faso, le Burundi, le Cap-Vert, la République démocratique du Congo, la Guinée, la Guinée-Bissau, le Kirghizistan, le Libéria, le Mali, le Maroc, la Moldavie, le Mozambique, le Niger, le Sénégal, la Sierra Leone, l'Afrique du Sud, le Soudan, le Soudan du Sud, le Tadjikistan, le Tchad, le Timor-Leste, le Togo, la Tunisie, l'Ukraine, le Viet Nam, le Yémen et la Zambie.

Site du Partenariat en faveur de la CSU : <https://uhcpartnership.net/fr/>

1.3.2 Un processus dynamique au XXI^e siècle

Ce guide pratique préconise un processus de planification axé sur le dialogue, dynamique, flexible, ouvert et pluraliste.

L'intérêt renouvelé porté à l'utilisation des PSPNS pour rendre le secteur de la santé plus performant et améliorer la santé et le bien-être des populations diffère considérablement des approches de planification adoptées dans les années 1980 et 1990 (voir Figure 1.6). En effet, dans de nombreux pays, les faibles performances des systèmes de santé et les attentes grandissantes des citoyens quant à leur santé deviennent une source de préoccupation politique croissante, qui se traduit souvent par des réformes visant à mettre en place des services de santé intégrés centrés sur la personne, à instaurer la CSU et

à intégrer les questions de santé à l'ensemble des politiques.

Ce guide pratique préconise un élément de bonne pratique : passer d'un processus de planification directif à un processus axé sur le dialogue et le débat (Figure 1.7) et d'un cycle de planification plus statique, relevant pour l'essentiel du département de la planification du ministère de la Santé, à un processus de planification dynamique, flexible, ouvert et pluraliste visant à instaurer la CSU et recueillant l'adhésion de la communauté des parties prenantes.

Figure 1.6
Le processus de planification technocratique des années 1980 et 1990

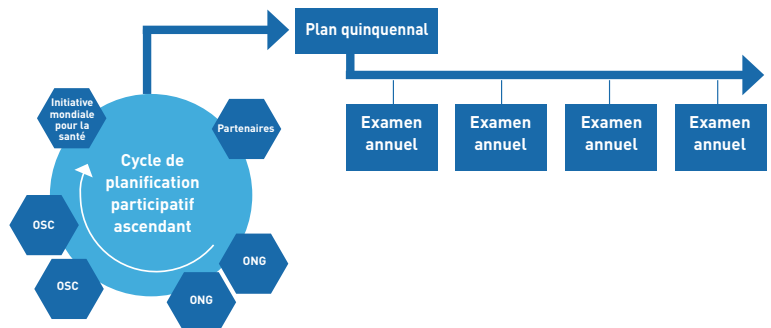
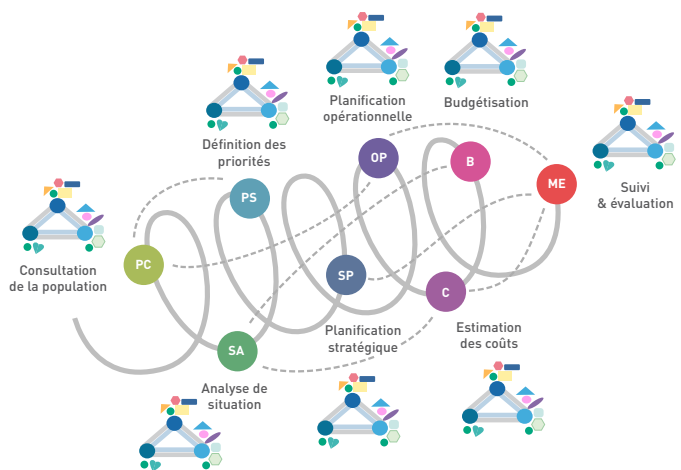


Figure 1.7
Le processus dynamique fondé sur le dialogue politique^{VI}



^{VI} La représentation de ce processus est illustrée à maintes reprises dans ce guide pratique. Les abréviations présentées ici et tout au long de l'ouvrage, correspondent aux termes utilisés en anglais.

1.4 Portée et contenu de ce guide pratique

1.4.1 Portée

Ce guide pratique porte sur les principales étapes d'un plan national de santé, défini ici comme un **plan national stratégique** à moyen terme, d'une durée de 3 à 7 ans. Il n'est pas censé servir de manuel classique de planification technique, mais vise plutôt à rendre compte de **réalités novatrices** de la planification nationale au niveau d'un pays en tenant compte du **processus de dialogue politique** pour assurer le succès du plan. Dans ce guide, le plan de santé, assorti de l'ensemble de ses plans subsidiaires, est envisagé comme un document vivant et dynamique donnant des orientations pour les réformes stratégiques globales d'un pays, au lieu d'être un document statique et monolithique.

En outre, ce guide donne un aperçu concret et **pratique** des différents aspects de la planification, et s'appuie sur les travaux existants, des revues de la littérature et les expériences de nombreux pays. Fondé sur des approches participatives **multisectorielles** et abordant tous les éléments clés de la planification sanitaire nationale, ce guide établit un lien entre théorie et pratique - consolidant ainsi, de manière inédite, les principales orientations destinées aux pays. Il souligne le rôle des structures démocratiques et l'importance de la volonté politique, tout en montrant la portée de traités internationaux juridiquement contraignants.

Enfin, reconnaissant la place prépondérante qu'occupent les programmes verticaux de lutte contre les maladies et les initiatives mondiales pour la santé dans certains contextes, ce guide propose des conseils avisés pour aborder ces questions, se fondant sur des études de cas dans les pays.

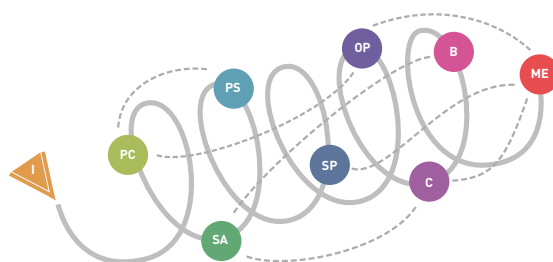
Ce guide s'adresse aux ministères de la Santé et aux autres parties prenantes impliquées dans la planification sanitaire nationale.

1.4.2 Contenu

Alors que la planification sanitaire nationale est souvent envisagée comme linéaire ou cyclique, il s'agit, en réalité, d'un processus complexe, difficile et ambitieux (voir Figure 1.8). C'est pourquoi, si ce guide pratique peut être lu dans son intégralité, chacun de ses chapitres est également autonome, afin que les parties prenantes concernées puissent le lire et l'utiliser facilement. La ligne directrice des chapitres est claire, et l'accent mis sur les principaux concepts.

S'appuyant sur des approches participatives multisectorielles, ce guide établit un lien entre la théorie et la pratique, réunissant les principales orientations destinées aux pays.

Figure 1.8 La planification sanitaire nationale en action



Dans le chapitre 2, « Consultation de la population sur ses besoins et ses attentes (PC) », Rohrer et Rajan développent de solides arguments pour que les citoyens aient la possibilité de s'exprimer dans le cadre des processus de planification, donnant des exemples concrets sur les moyens d'associer la population à l'élaboration d'un plan de santé national. Ce chapitre met en évidence les objectifs de la consultation de la population, l'intérêt particulier qu'elle présente pour la planification sanitaire nationale et la manière de procéder à une consultation du point de vue méthodologique et conceptuel.

Dans le chapitre 3, « Analyse de situation dans le secteur de la santé (SA) », Rajan souligne le caractère exhaustif d'une évaluation détaillée du secteur de la santé, prenant en compte différentes options méthodologiques tout en assurant une large contribution des parties prenantes. L'accent est mis sur ce dernier point car une analyse objective comprend des examens techniques approfondis ainsi que les opinions, les points de vue et les expériences des utilisateurs du système de santé.

De même, dans le chapitre 4, « Définition des priorités des politiques, des stratégies et des plans de santé nationaux (PS) », Terwindt, Rajan et Soucat exposent au lecteur les choix déterminants qui doivent être effectués pour définir les

orientations stratégiques du plan national de santé. Comme la définition des priorités relève à la fois du ministère de la Santé et de l'ensemble des parties prenantes du secteur de la santé, ils défendent l'idée d'une activité structurée et participative, dont les éléments sont développés au fil du chapitre.

Dans le chapitre 5, « Planification stratégique : traduire les priorités en plans nationaux (SP) », Terwindt et Rajan donnent des orientations utiles pour l'élaboration des PSPNS, qui doivent servir de référence, être consultés et utilisés. Ils exposent les étapes qui peuvent être suivies pour mener le processus d'élaboration et mentionnent les difficultés et erreurs courantes en proposant des solutions.

Cela débouche sur le chapitre 6, « Planification opérationnelle : transformer les plans nationaux en action (OP) » rédigé par Shuey, Bigdeli et Rajan, où sont abordées les questions de mise en œuvre liées à la planification stratégique. Les auteurs font valoir que les plans opérationnels ne doivent pas être du seul ressort des spécialistes de la planification ou des gestionnaires. Les meilleurs plans opérationnels sont élaborés avec les personnes qui les mettront en œuvre ; ce sont sans aucun doute ceux qui ont le plus de chances d'être appliqués.

Dans le chapitre 7, « Estimation des coûts des politiques, stratégies et plans nationaux de santé (C) », Stenberg et Rajan donnent des indications sur les options possibles de calcul des coûts des PSPNS. Ils préconisent un processus d'estimation des coûts, envisagé comme une étape cruciale du processus d'élaboration des PSPNS, car il permet aux décideurs de déterminer si leurs objectifs et leurs orientations stratégiques sont réalisables et abordables.

Dans le chapitre 8, « Budgétisation du secteur de la santé (B) », Rajan, Barroy et Stenberg examinent les questions de budgets de la santé, de processus budgétaires nationaux et de marge budgétaire prévue pour la santé. Ce chapitre porte sur le rôle particulier du ministère de la Santé et des autres parties prenantes du secteur de la santé dans le processus de budgétisation et sur les moyens dont ils disposent pour intervenir à point nommé dans ce processus.

Intitulé « Suivi, évaluation et revues des politiques, stratégies et plans nationaux de santé (ME) » et rédigé par O'Neill, Viswanathan, Celades et Boerma, le chapitre 9 aborde la dernière étape du principal « cycle » de la planification sanitaire nationale. Il montre dans quelle mesure les activités de suivi, d'évaluation et revues nécessitent une approche intégrée fondée sur une plateforme unique de suivi et d'évaluation dirigée par le pays.

De plus, quatre chapitres consacrés à des thèmes transversaux donnent des informations relatives à des questions essentielles qui ont une incidence sur toutes les étapes de la planification nationale de la santé.

Dans le chapitre 10, « Droits, réglementation et stratégies en santé (LR) », Clarke examine en quoi la réglementation et le pouvoir de légiférer sont des moyens essentiels permettant à l'État

de mettre en application ses choix de politique sanitaire.

Étant donné l'importance que revêtent les structures et fonctions infranationales pour la planification sanitaire, Rohrer analyse les éléments clés d'une « Élaboration d'une stratégie en santé au niveau décentralisé (SM) » dans le chapitre 11, examinant chaque étape de la politique de santé et du cycle de planification. Ce chapitre vise à apporter une aide aux décideurs en formulant des recommandations spécifiques pour l'élaboration d'une stratégie pour la santé dans un système décentralisé.

Blas, Roebbel, Rajan et Valentine s'intéressent à l'action intersectorielle menée pour agir sur les déterminants de la santé dans le chapitre 12, « Planification intersectorielle et équité en santé (IP) ». Ils soulignent la nécessité d'inclure une planification intersectorielle axée sur la santé et sur l'équité en santé dans le processus global d'élaboration des stratégies en santé et proposent des dispositions pratiques à cette fin.

Enfin, dans le chapitre 13, « Stratégies en santé en situation de crise (DHC) », Pavignani et Colombo envisagent les problèmes que pose la formulation de politiques et de stratégies dans les systèmes de santé en cas de crise, montrant dans les grandes lignes en quoi ce processus diffère de celui mené dans des environnements plus stables.

Tous les chapitres comprennent des exemples repris de différents pays et, parfois, des annexes proposant des outils, des documents et des références utiles.

Références bibliographiques

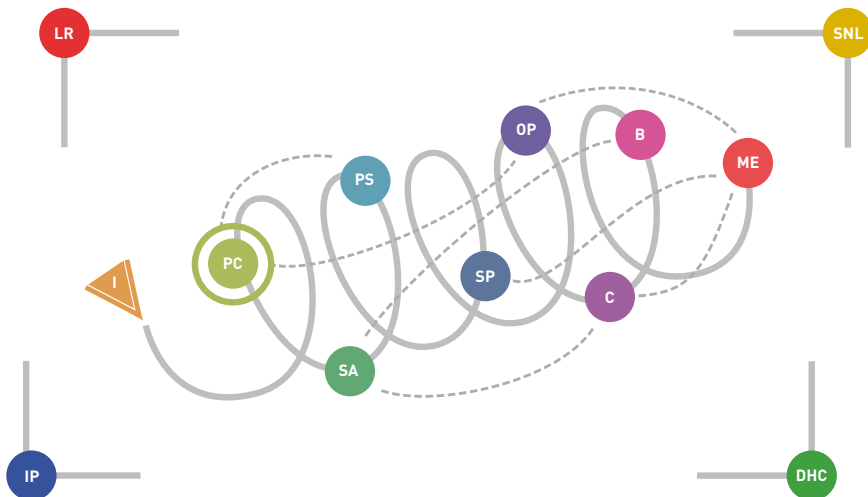
- 1 Voir la résolution WHA62.12 « Soins de santé primaires, renforcement des systèmes de santé compris » (https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A62/A62_R12-fr.pdf?ua=1)
- 2 Rajan D, Adam T, El Husseiny D, Porignon D, Ghaffar A, Schmets G. Dialogue politique : de quoi s'agit-il ? Quelle contribution à la prise de décisions ? Genève : OMS ; 2015 [Note de synthèse ; <https://extranet.who.int/uhcpartnership/report/note-de-synthese-dialogue-politique-de-quoi-sagit-il-quelle-contribution-la-prise-de>, consulté le 11 octobre 2016]
- 3 Nabyonga-Orem J, Dovlo D, Kwamie A, Nadege A, Guangya W, Kirigia JM. Policy dialogue to improve health outcomes in low income countries: what are the issues and way forward? BMC Health Serv Res. 2016;16(4):217 (<https://bmchealthservres.biomed-central.com/articles/10.1186/s12913-016-1450-2>, consulté le 11 octobre 2016)
- 4 Dovlo D, Nabyonga-Orem J, Estrella Y, Mwisongo A. Policy dialogues: the "bolts and joints" of policy-making: experiences from Cabo Verde, Chad and Mali. BMC Health Serv Res. 2016;16(4):216 (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4959380/pdf/12913_2016_Article_1455.pdf, consulté le 11 octobre 2016)
- 5 La couverture sanitaire universelle. Dans : Systèmes de santé [site Web]. Genève : OMS ; 2016 (<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-uhc>), consulté le 11 septembre 2016)
- 6 Rapport sur la santé dans le monde 2010, (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/44372?locale-attribute=fr&>, consulté le 11 septembre 2016)
- 7 Glossaire sur le renforcement des systèmes de santé G-H. Dans : Systèmes de santé [site Web]. Genève : OMS ; 2016 (<https://www.who.int/publications/item/9789240003699>, consulté le 11 septembre 2016)
- 8 Taskforce on Innovative International Financing for Health Systems. Constraints to scaling up and costs: working group 1 report. Genève: International Health Partnership; 2009 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/341150/WHO-HSS-HSF-2010.02-eng.pdf?sequence=1>, consulté le 11 octobre 2016)
- 9 Flows of global health financing. Seattle (WA): Institute for Health Metrics and Evaluation; 2015 (<https://vizhub.healthdata.org/fgh/>, consulté le 11 octobre 2016)
- 10 Assemblée générale des Nations Unies. Résolution 69/313. Programme d'action d'Addis-Abeba issu de la troisième Conférence internationale sur le financement du développement. 27 juillet 2015 (http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/69/313&Lang=F, consulté le 11 octobre 2016)
- 11 Global health expenditure database (GHED). [online database] Geneva: WHO; 2016 (<http://apps.who.int/nha/database>, consulté le 11 octobre 2016)
- 12 Public financing for health in Africa: from Abuja to the SDCs. Geneva: World Health Organization; 2016 [Health Financing toward UHC; http://www.who.int/health_financing/documents/public-financing-africa/en/, consulté le 11 octobre 2016]
- 13 Conception originale, adaptée du Rapport sur le développement dans le monde 2004 : des services pour les pauvres, Banque mondiale, 2004 ; et de Brinkerhoff D., Bossert T. Health Governance: Concepts, Experience and Programming Options. Bethesda: Health Systems 20/20 Project, 2008
- 14 Rajan D, Adam T, El Husseiny D, Porignon D, Ghaffar A, Schmets G. Briefing Note: Dialogue politique : de quoi s'agit-il ? Quelles contributions à la prise de décision ? Genève: World Health Organization; 2015 [Briefing Note; <http://staging.uhcpartnership.net/wp-content/uploads/2014/02/Briefing-Note-February-2015.pdf>, accessed 11 October 2016]
- 15 Adaptation par Biggdeli M et Clarke D du Rapport sur le développement dans le monde 2004 : des services pour les pauvres, Banque mondiale, 2004 ; et de Brinkerhoff D., Bossert T. Health Governance: Concepts, Experience and Programming Options. Bethesda: Health Systems 20/20 Project, 2008
- 16 Fondations, Institutions, Transformation. Organisation mondiale de la Santé ; 2016
- 17 Renforcement des systèmes de santé : Améliorer le soutien au dialogue de politique générale au sujet des politiques, des stratégies et des plans sanitaires nationaux. Rapport du Secrétariat à la Soixante-quatrième Assemblée mondiale de la Santé. Genève : OMS ; 2011. [Document A64/12 ; http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_12-fr.pdf, consulté le 12 octobre 2016]
- 18 Règlement sanitaire international (2005), deuxième édition. Genève : OMS ; 2008 (http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43982/9789242580419_19.pdf?sequence=1, consulté le 11 octobre 2016)
- 19 Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac. Genève : OMS ; 2005 [Microsoft Word - WHO-FCTC-FRENCH-FINAL_29Apr05.doc, consulté le 11 octobre 2016]
- 20 Cadre pour des services de santé intégrés centrés sur la personne : rapport du Secrétariat. Soixante-neuvième Assemblée mondiale de la Santé. Genève : OMS ; 2016 [Document A69/39 ; http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_39-fr.pdf, consulté le 12 octobre 2016]

Chapitre 2

Consultation de la population sur ses besoins et ses attentes

Katja Rohrer

Dheepa Rajan



I	CHAPITRE 1 Introduction : stratégies nationales en santé au XXI ^e siècle
PC	CHAPITRE 2 Consultation de la population sur ses besoins et ses attentes
SA	CHAPITRE 3 Analyse de situation du secteur de la santé
PS	CHAPITRE 4 Définition des priorités des politiques, stratégies et plans nationaux de santé
SP	CHAPITRE 5 Planification stratégique : traduire les priorités en plans nationaux
OP	CHAPITRE 6 Planification opérationnelle : transformer les plans nationaux en actions
C	CHAPITRE 7 Estimation des coûts des politiques, stratégies et plans nationaux de santé
B	CHAPITRE 8 Budgétisation du secteur de la santé
ME	CHAPITRE 9 Suivi, évaluation et revues des politiques, stratégies et plans nationaux de santé

Thèmes transversaux à la planification nationale de la santé

LR	CHAPITRE 10 Droit, réglementation et stratégies en santé
SNL	CHAPITRE 11 Élaboration d'une stratégie en santé au niveau décentralisé
IP	CHAPITRE 12 Planification intersectorielle et équité en santé
DHC	CHAPITRE 13 Stratégies en santé en situation de crise



Vue d'ensemble

Ce chapitre décrit les objectifs d'une consultation de la population, sa contribution à la planification nationale en matière de santé, et reprend la manière de mener une consultation d'un point de vue méthodologique et conceptuel.



Résumé

Quelle est la finalité d'une consultation de la population ?

Elle consiste à recueillir les demandes, et capturer les opinions et attentes de la population sur les questions touchant à la santé, en vue d'améliorer les réponses à apporter au niveau politique.

Pourquoi est-ce important ?

Une consultation de la population est importante pour les raisons suivantes :

- ▶ obtenir un retour d'informations de la population sur la situation sanitaire actuelle et sur les réformes proposées afin d'élargir la base de données nécessaires à l'élaboration des politiques de santé ;
- ▶ renforcer l'engagement de la population - y compris les groupes marginalisés - et en faire un partenaire actif ;
- ▶ fournir des informations essentielles sur les opinions et les attentes de la population pour améliorer les résultats en matière de santé ;
- ▶ renforcer le suivi et l'évaluation ;
- ▶ conforter les décisions du gouvernement en matière de politiques de santé et d'allocation des ressources ;
- ▶ améliorer la redevabilité et la transparence.

Quand mener une consultation de la population ?

Une consultation de la population peut être entreprise à tout stade du cycle de planification. Idéalement, elle devrait être l'une des premières étapes de l'ensemble du processus, afin que les résultats puissent alimenter l'élaboration des nouvelles politiques et/ou stratégies. Elle peut également être menée à mi-parcours pour en suivre les progrès, ou en fin de cycle, afin d'obtenir l'avis de la population sur ce qui a été fait.

Qui peut entreprendre une consultation de la population ou en être partie prenante ?

- ▶ Ministères et organismes gouvernementaux ;
- ▶ Instituts de recherche indépendants et groupes de réflexion (think tanks) ;
- ▶ Fondations ;
- ▶ Partis politiques ;
- ▶ Organisations de la société civile (OSC) et organisations non gouvernementales (ONG) ;
- ▶ Responsables communautaires et institutions communautaires ;
- ▶ Instituts d'études de marché ;
- ▶ Médias.

Comment effectuer une consultation de la population ?

1. Choisir l'approche méthodologique adaptée au contexte national :
 - ▶ le face-à-face (dialogue ou entretien direct) ;
 - ▶ les méthodes consultatives ;
 - ▶ les sondages ou enquêtes ;
 - ▶ le référendum.
2. Adapter la méthodologie choisie aux particularités du pays et de son cycle de planification ;
3. Procéder à la consultation puis analyser les résultats ;
4. Garantir un suivi durable et transparent des conclusions de la consultation (élaborer une feuille de route spécifiant les différentes institutions impliquées, leurs rôles et responsabilités, ainsi que les mécanismes propres au processus de suivi).

Et si...

Certains paramètres sont à prendre en compte si le pays :

- ▶ a un système d'administration décentralisé ;
- ▶ est en situation de fragilité ;
- ▶ est fortement dépendant de l'aide.



2.1 Qu'entendons-nous par « capturer les besoins et opinions de la population » sur les questions de santé ?

2.1.1 Qu'est-ce qu'une consultation de la population ?

Sur base de divers degrés d'implication de la population, l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) identifie un éventail d'interactions entre le public et les institutions gouvernementales.

Notification : communication d'informations.

Consultation : recherche active des opinions des groupes intéressés ou affectés.

Participation : implication active de groupes d'intérêts à la formulation d'objectifs, de politiques et d'approches réglementaires.

Conformément à cette définition, les objectifs d'une consultation de la population peuvent inclure :

- ▶ une évaluation des attentes et des opinions de la population en matière de santé ;
- ▶ une compréhension des principales préoccupations de la population et de son vécu par rapport au système de santé ;
- ▶ une meilleure prise en considération de l'opinion publique dans les processus décisionnels,
- ▶ dans la conception et les modalités de mise en œuvre de politiques ;
- ▶ une évaluation d'éventuels imprévus liés aux décisions politiques.

Les consultations sont conçues pour capturer les attentes et les opinions de la population sur les questions liées à la santé, comprendre ses principales préoccupations et son vécu par rapport au système de santé, inclure l'opinion publique dans le processus décisionnel et/ou évaluer les éventuels imprévus liés aux décisions politiques.

L'OCDE définit une consultation comme :

« [...] un flux d'informations bidirectionnel, qui peut se produire à tout stade [d'un processus de planification], de l'identification d'un problème à l'évaluation d'une réglementation existante. Il peut s'agir d'un processus en une étape ou, comme c'est de plus en plus le cas, d'un dialogue continu. La consultation est de plus en plus centrée sur l'objectif de recueillir des informations pour faciliter l'élaboration d'une réglementation de meilleure qualité. »¹

Dans ce guide pratique, nous nous référons à une consultation de la population, même lorsqu'elle est entreprise régulièrement, comme à un événement particulier, extérieur à toute interaction de routine entre la population et les décideurs. La consultation se concentre sur le recueil d'informations effectué directement auprès des parties intéressées et concernées de la population, plutôt que de se référer à des mécanismes institutionnels de représentation (telles que les personnes élues, choisies ou désignées) ou d'utiliser des formes institutionnalisées de participation propres à l'expression d'opinions (par exemple, les comités locaux de santé¹ ou les groupes parlementaires compétents en matière de santé). La consultation se distingue également des mécanismes de consultation utilisés par des groupes de défense d'intérêts de patients, dont l'objectif est de rechercher un soutien pour une cause spécifique.

¹ Les comités de santé sont généralement considérés comme étant le lien entre la communauté (ou le district) et l'établissement de santé ou la clinique. Selon le contexte et le pays, ces comités sont constitués de membres de la communauté, de personnel de santé, d'agents de santé communautaires et de représentants des autorités locales. En règle générale, leur fonction auprès de la communauté (ou du

district) consiste à les informer et à les associer aux discussions se rapportant aux services de santé. Voir : UNICEF (Fonds des Nations Unies pour l'enfance). Evaluation report of the community health strategy implementation in Kenya. 2010 (https://www.unicef.org/evaldatabase/files/14_2010_HE_002_Community_Strategy_Evaluation_report_October_2010.pdf, consulté le 29 décembre 2015).



2.1.2 Quand, sur quoi et qui est-il opportun de consulter ?

La consultation de la population devrait constituer un élément essentiel du dialogue continu entre le gouvernement, les décideurs, les représentants des autres parties prenantes et la population.

Une consultation de la population peut avoir lieu :

- (a) à tout stade du processus de planification nationale ;
- (b) à n'importe quel niveau de l'État (national, provincial/régional, district) ;
- (c) sur des thèmes et dans des domaines variés, comme par exemple :
 - les modalités de la prestation des services ;
 - ▶ l'élaboration de politiques et les processus
 - ▶ de réforme ;
 - des modalités de mise en œuvre et de
 - ▶ gestion ;
 - des défis ou des problèmes concernant
 - ▶ l'accès aux soins de santé ;
- (d) auprès de toutes les composantes de la population ou seulement auprès de certains groupes. Par exemple :
 - en ciblant une catégorie sociale : les per-
 - ▶ sonnes âgées, les jeunes, les personnes vulnérables, les catégories de revenus, le niveau d'instruction ;
 - en se limitant à des critères géographiques :
 - ▶ population urbaine, population rurale, groupes de personnes vivant dans des lieux isolés ou affectés par des catastrophes naturelles ou des troubles civils.

Cette liste n'est pas exhaustive et elle reste ouverte à de multiples possibilités quant à la combinaison de ses éléments.

Dans ce chapitre, la population est définie au sens attribué dans Le Petit Robert (édition 2017) : « Ensemble de personnes qui habitent un espace, une terre »², c'est-à-dire, dans un pays, un État ou un district.

Lorsqu'il n'est question que de certaines composantes de la population, celles-ci sont identifiées et spécifiquement désignées (par exemple : la population active).

Le terme de « population » ne doit pas être confondu avec celui de « société civile », laquelle se définit comme étant « la sphère des interactions sociales entre l'économie et l'État, composée avant tout de la sphère privée (en particulier la famille), de l'activité associative (en particulier des associations bénévoles), et des mouvements sociaux et des formes de communication publique ».³

Les consultations de la population doivent être entreprises pour améliorer les processus nationaux de planification de la santé, et accroître la réactivité du système de santé aux besoins et aux attentes de la population.

2.2 Pourquoi est-il souhaitable de capturer les attentes de la population ?

La principale motivation justifiant une consultation de la population devrait être d'améliorer les processus nationaux de planification de la santé et ainsi, d'accroître la réactivité du système de santé aux besoins et aux attentes de la population. Par conséquent, les questions fondamentales que les décideurs doivent se poser lors de l'élaboration d'une nouvelle stratégie ou réforme sont les suivantes : cette politique ou cette réforme correspond-t-elle aux attentes de la population ? Sera-t-elle acceptée ? Sera-t-elle utile ? Comment pouvons-nous assurer l'adhésion de la population ? Cette section examine les différentes raisons conduisant à une consultation de la population et ce, principalement du point de vue des décideurs.

D'une perspective internationale, la consultation et la participation sont des principes transversaux intégrés dans les traités internationaux relatifs aux droits de l'homme ; ils sont ancrés dans une approche de la santé basée sur les droits de l'homme.^{4,5} Sur le long terme, une consultation régulièrement menée, avec une méthodologie adaptée, peut servir de point d'entrée pour l'instauration de processus participatifs plus institutionnalisés.

2.2.1 Une source d'information clé pour l'élaboration des politiques

(a) Les gouvernements et les ministères de la Santé disposent en règle générale d'une maîtrise technique élevée ainsi que d'informations techniques et de bases factuelles solides sur les besoins normatifs. Ils peuvent cependant n'avoir que des connaissances limitées quant aux attentes et aux demandes de la population qu'ils desservent.

Une consultation de la population permet une meilleure évaluation de la situation et une amélioration des performances.

Par exemple, si un ministère de la Santé sait que les taux de couverture sont faibles, une consultation de la population pourrait donner un aperçu concret des difficultés d'accès aux moyens de santé auxquelles se heurtent certains groupes de population. Ces difficultés peuvent ne pas se situer uniquement dans le domaine de la santé. Une consultation peut donner une vision plus holistique du fardeau social et économique auquel la population est confrontée et inciter ainsi le ministère de la Santé à dialoguer avec d'autres secteurs.

(b) Les commissions ou groupes parlementaires sur la santé sont l'interface entre les pouvoirs législatif et exécutif. Ils sont redevables à l'égard de la population et sont fortement impliqués, le cas échéant, dans les processus de réforme ou de prise de décisions touchant à la santé. Pour ces instances, une consultation de la population est un instrument indispensable dans le processus de dialogue sur les politiques,⁶ fournissant des données factuelles du côté de la demande et des attentes de la population.

(c) les partis politiques y trouvent une expression des besoins et des exigences de la population, utile pour mieux refléter ces aspects dans leurs programmes politiques.

(d) es ministères des Finances et de la Planification sont généralement plus enclins à financer une stratégie ou une réforme nationale dont il a été démontré qu'elle prend en considération les opinions, attentes et demandes de la population.

La consultation et la participation sont des principes transversaux, ancrés dans l'approche de la santé basée sur les droits de l'homme.

2.2.2 Une composante essentielle pour influencer la politique

(a) **Les médias** font en règle générale bon accueil aux consultations, car celles-ci sont un gage de transparence et de redevabilité des autorités publiques à l'égard de la population.

(b) **Les associations professionnelles (médicales et syndicales)** représentent le personnel médical dont la mission est de fournir des services et de mettre en œuvre des stratégies et des réformes nationales. Pour ces associations, la consultation de la population est importante pour améliorer les performances, comprendre la demande et adapter les services. Elle peut les aider à prendre des mesures appropriées de promotion ou de prévention en santé publique (par exemple, en cas de demande excessive de services non essentiels).

Les organisations de la société civile (OSC),
(c) organismes à but non lucratif et/ou religieux, sont des partenaires engagés dans la prestation de services de santé, la promotion de la santé, ou des programmes de plaidoyer et d'autres interventions. Pour les OSC, mieux comprendre les demandes et les attentes de la population à travers des méthodes de consultation rationnelles est fondamental ; une consultation de la population apporte des informations factuelles propres à alimenter le dialogue sur les politiques que ces organisations s'efforcent, dans bien des cas, de faciliter^{II} et de disposer d'un recueil d'opinions et d'attentes des groupes de population défavorisés en faveur desquelles elles militent.

Si une consultation a eu lieu, les **partenaires internationaux** qui soutiennent les priorités nationales en matière de santé dans le cadre

des principes de l'efficacité de l'aide du Partenariat international pour la santé (IHP +)^{III}, peuvent mieux évaluer si les stratégies et les réformes nationales sont conformes aux demandes et aux attentes de la population et, le cas échéant, sont mieux à même de formuler leurs propres programmes.

2.2.3 Accroître le sentiment d'appropriation dans la population

La population est à la fois bénéficiaire des services fournis par le système de santé et constitue le groupe d'individus affecté par les décisions politiques et les réformes en matière de santé. S'engager dans une consultation peut aider à renforcer la voix de la population ou de certains groupes qui la composent (tels que les groupes de population marginalisés ou les personnes vivant dans des régions isolées), venant ainsi en appui à l'objectif politique d'améliorer l'équité en matière de santé. Des consultations peuvent permettre aux décideurs d'ajuster les services offerts, grâce à une meilleure compréhension des besoins et des demandes de la population.

De même, une consultation pourrait accroître l'acceptation de décisions politiques fondées sur l'opinion publique. Des réformes ou des restructurations draconiennes pourraient être acceptés plus facilement lorsqu'elles sont construites sur un dialogue entre les décideurs, les fournisseurs de services et les utilisateurs de ces services.⁷

Il est important de faire participer la population à l'élaboration des politiques car elle est à la fois bénéficiaire des services fournis par le système de santé et constitue le groupe d'individus affecté par les décisions et les réformes de la politique de la santé.

II Illustration du rôle des organisations de la société civile dans l'Union européenne : elles sont clairement identifiées par la Commission européenne (CE) comme des partenaires importants et des facilitateurs dans le dialogue sur les politiques. La CE encourage activement leur participation au processus de consultation (Commission européenne : 2016; <https://www.usaid.gov/evaluation/policy> consulté le 14 janvier 2016).

III Pour information, voir : <https://www.internationalhealthpartnership.net/fr/accueil/>, consulté le 14 janvier 2016.

2.2.4 Accroître la redevabilité et la transparence

Un processus national de planification de la santé peut ne pas être transparent ou même visible pour la population. En organisant une consultation de la population qui soit de nature à améliorer la contribution et la compréhension de celle-ci aux priorités nationales en matière de santé et en recueillant ses opinions et ses attentes, le gouvernement ou le ministère de la Santé gagnent automatiquement en transparence et sur le plan de la redevabilité, surtout si la stratégie ou les décisions retenues correspondent aux attentes de la population.⁸

Il convient de reconnaître qu'une consultation peut exposer le gouvernement à la critique et aux objections. Toutefois, entreprendre une consultation est une preuve de redevabilité et de transparence du gouvernement à l'égard de ses citoyens. La manière dont la consultation est organisée (y compris avec des mesures appropriées pour les populations les plus démunies socialement), les personnes impliquées dans sa conception et sa mise en œuvre, la façon dont elle est expliquée à la population et dont les résultats lui sont restitués sont autant d'éléments clés pour accroître la confiance et réduire le risque de critique. Il est important que la consultation soit considérée comme impartiale pour qu'elle soit efficace et crédible.⁹ L'une des manières dont certains pays veillent à ce qu'une consultation - voire le processus décisionnel dans son ensemble - soit exempt de tous biais, consiste en un suivi périodique du processus de participation au développement des politiques de santé (par exemple, par le biais des institutions des droits de l'homme).¹⁰

2.2.5 Favoriser le suivi et l'évaluation

Une consultation de la population, notamment lorsqu'elle aboutit à une interaction pérenne entre les décideurs et la population, peut favoriser le suivi et l'évaluation d'une stratégie ou d'un processus de réforme. Par exemple, une enquête transversale réalisée en Turquie pour évaluer l'opinion de la population sur les récentes réformes des soins de santé (voir section 2.5.3) a révélé que la satisfaction croissante des patients par rapport à la qualité et à la réactivité des services de santé a bien été reflétée dans cet exercice.

2.2.6 Soutenir les décisions du ministère de la Santé en matière d'affectation des ressources

L'utilisation de l'information et des données factuelles accumulées, reflétant l'opinion et les attentes de la population, peut renforcer la position du ministère de la Santé dans les négociations nationales en matière d'attribution des ressources, en lui procurant le soutien nécessaire à une argumentation conforme aux données probantes.

Entreprendre une consultation est une preuve de redevabilité et de transparence du gouvernement à l'égard de ses citoyens.



Figure 2.1 Consultation de la population

Damian Glez; scénario de Bruno Meessen

2.3 Quand procéder à une consultation de la population ?

Bien qu'il n'y ait pas de moment précis pour une consultation de la population dans le cycle de planification nationale de la santé, il est opportun de procéder à une consultation lors de la phase de préparation d'un nouveau plan (avant même l'analyse de situation) ou au début de la période de planification car cette consultation pourrait influencer considérablement les décisions concernant l'établissement des priorités.^{IV} Afin d'éviter toute instrumentalisation des résultats de la consultation, il est préférable de ne pas entreprendre une consultation de la population lors d'une élection nationale ou locale ou en période préélectorale.¹¹

Une consultation de la population suppose une certaine périodicité ; elle devrait être menée une fois par cycle pour pouvoir alimenter des processus réguliers tels que l'examen annuel conjoint (*Joint Annual Review - JAR*) et l'examen à mi-parcours (*Mid-Term Review - MTR*). Bien que ce processus soit coûteux, la périodicité de la consultation de la population augmente la capacité à tracer les besoins et les attentes de la population au fil du temps et à renforcer les relations construites entre les décideurs et la population. La périodicité permet également de mesurer l'évolution des perceptions des individus sur l'impact des stratégies et des réformes concernant leurs conditions, complétant ainsi les activités entreprises en matière de suivi et d'évaluation.¹²

Pour que les consultations de la population soient utiles et influencent les décisions concernant l'établissement des priorités, elles doivent avoir lieu pendant la phase préparatoire d'un nouveau plan ou au début d'une période de planification.

^{IV} Il est important de veiller à ce que l'offre de services par le système de santé soit analysée parallèlement à la demande de ses services.

2.4 Qui doit être impliqué dans une consultation de la population ? Rôles et responsabilités

Déterminer quelles devront être les parties prenantes impliquées dans une consultation de la population dépend des objectifs de cette consultation, du niveau auquel elle intervient (national, infranational, district) et de son objet.

2.4.1 Multiplicité des parties prenantes

Les différentes parties prenantes pouvant organiser une consultation de la population ou y être activement associées sont les suivantes :

Bien qu'une multiplicité de parties prenantes puisse organiser une consultation de la population ou y être impliquée, il importe que cette consultation soit impartiale et sans préjugés et ce, indépendamment des points de vue divergents.

- ▶ les organes gouvernementaux, comme le ministère de la Santé, d'autres ministères (de la Planification, de la Prévoyance sociale, de l'Éducation) et le Premier ministre ou le Bureau de la présidence ;
- ▶ les instituts de recherche indépendants (par exemple, les universités) ou les think tanks ;
- ▶ les fondations ;
- ▶ les partis politiques ;
- ▶ les OSC et les organisations non gouvernementales (ONG), y compris celles à caractère confessionnel ;
- ▶ les responsables communautaires et institutions communautaires ;
- ▶ les instituts d'études de marché ;
- ▶ les associations professionnelles ;
- ▶ les médias.

Pour que les résultats d'une consultation de la population soient considérés comme légitimes, il est important que celle-ci apparaisse comme étant impartiale et sans préjugés. Certaines des parties prenantes répertoriées ici ont par définition des opinions et des positions divergentes (par exemple, les partis politiques). Par conséquent, il est important de préciser dès le lancement de la consultation que les parties prenantes ne doivent pas tenter d'influencer le processus de consultation ni d'en utiliser les résultats pour servir leurs propres objectifs politiques.

Il est également possible d'éviter les éventuels risques de préjugés et de conflit d'intérêts en impliquant les parties prenantes appartenant à différents partis et milieux politiques dans la phase préparatoire de la consultation et dans son comité d'organisation.^V Ceci afin :

- ▶ d'augmenter la crédibilité de la consultation ; il est important de communiquer ouvertement sur l'identité des participants au processus.
- ▶ d'accroître la transparence et l'honnêteté, la population doit toujours être informée des intérêts qui sous-tendent la consultation.

^V Voir également : Commission des Communautés européennes (2002). Communication de la Commission : Vers une culture renforcée de la consultation et du dialogue – Principes généraux et normes minimales pour la consultation des

parties intéressées par la Commission, COM 704 final, Bruxelles (http://ec.europa.eu/governance/docs/comm_standards_en.pdf, consulté le 29 décembre 2015).

2.4.2 Rôle du ministère de la Santé

Une consultation de la population est souvent coordonnée et menée par le ministère de la Santé ou par une autre entité publique au niveau national ou infranational. Dans certains cas cependant, lorsque le ministère ne dispose pas de l'expertise ou du personnel quantitatif ou qualitatif nécessaires, il peut être préférable de recourir à une institution indépendante (par exemple, un institut de recherche) pour seconder le ministère de la Santé voire, mener la consultation. La transparence dans la procédure de sélection de cette institution indépendante est alors déterminante. Lorsque le ministère de la Santé n'est pas associé à une consultation publique portant sur des questions de santé et que celle-ci est organisée par d'autres acteurs (médias, OSC, organisations internationales, etc.), les organisateurs doivent veiller à ce que le ministère de la Santé soit dûment informé de la portée et des objectifs de cette consultation et des garanties de sa transparence.

Le rôle du ministère de la Santé est également d'établir, le cas échéant, des relations avec d'autres ministères pour assurer une approche interdisciplinaire pour la conduite de la consultation. Une collaboration intersectorielle pendant et après la consultation peut s'avérer utile (par exemple, les secteurs tels que la protection sociale, l'environnement et la finance), surtout si celle-ci concerne des préoccupations matérielles et financières d'accès aux soins de santé. Dans le même temps, le ministère de la Santé doit être conscient que les réponses à la consultation risquent d'être influencées par les difficultés de prestations de services que peuvent rencontrer d'autres secteurs.

2.4.3 Rôle des facilitateurs indépendants

Lorsque le ministère de la Santé est l'initiateur ou le principal organisateur d'une consultation de la population, il peut être utile de rechercher des facilitateurs indépendants parmi d'autres parties prenantes ou agences. La conception de la consultation (contenu et méthodologie) doit toujours être dirigée par des personnes ayant une expertise dans des domaines appropriés tels que :

- ▶ des experts techniques pour les sujets spécifiques ;
- ▶ des experts indépendants pour les méthodes d'enquêtes et l'analyses de données.

Les OSC peuvent jouer un rôle important au cours d'un processus de consultation car elles sont souvent les porte-parole de certains groupes de populations. Elles constituent un moyen précieux et souvent nécessaire pour établir des contacts avec des groupes de populations ayant des besoins spécifiques ou pouvant être difficiles à associer au processus de consultation. La collaboration avec d'autres secteurs - tels que les secteurs de la protection sociale ou de l'environnement - peut fournir des points d'entrée pour une coordination conjointe sur des difficultés communes.

Si une institution extérieure au ministère de la Santé est appelée à seconder une consultation de la population ou même à la conduire, il est indispensable que le processus de sélection de cette tierce partie s'effectue de manière transparente.

2.4.4 Rôle des médias

Lors d'une consultation de la population, les médias traditionnels – journaux, radio, télévision – ont probablement un double rôle, tout au moins lorsque ces médias jouissent d'un certain degré d'indépendance à l'égard tant du gouvernement que d'autres parties.

D'une part, dans le cadre de leur propre conception du principe d'indépendance vis-à-vis de toute influence du gouvernement, les médias surveillent et suivent d'un œil critique toutes les étapes de la consultation. Ils peuvent jouer le rôle d'acteur neutre, rapportant des informations générales et des éléments analytiques de la situation qui peuvent s'avérer utiles à la population pour répondre aux questions posées.

D'autre part, même s'ils ne devraient pas être compromis lors d'une consultation, il faut reconnaître que les médias traditionnels, et surtout la télévision, sont accessibles à une grande partie de la population et peuvent être utilisés comme un moyen de diffusion d'informations concernant la consultation (voir Encadré 2.1).

Les médias sont un bon moyen pour annoncer au public la tenue d'une consultation et informer la population des éléments devant être spécifiquement portés à sa connaissance.

Le ministère de la Santé (ou tout autre acteur dirigeant le processus de consultation) peut avoir à faire appel aux médias pour diffuser des informations pertinentes nécessaires au public afin que sa réponse soit compréhensible, ouverte et critique.

Les médias peuvent servir à diffuser de l'information sur les résultats de la consultation et les suites qui lui sont accordées.

Les médias peuvent jouer un rôle d'accompagnement critique lors d'une consultation et s'avérer également utiles pour diffuser l'information.

Encadré 2.1

Les médias, partenaires essentiels ayant contribué au succès du dialogue sociétal en Tunisie

Le dialogue sociétal en Tunisie dépendait fortement de la confiance de la population sur le fait que ses commentaires et contributions seraient pris au sérieux et appréciés à leur juste valeur. Le Comité de pilotage du dialogue sociétal et l'OMS, qui a fourni un appui technique à ce travail, ont pris soin de travailler étroitement avec les médias afin de diffuser ce message de manière loyale auprès de la population. Les mesures prises sont énumérées ci-après.

1. Un membre représentant les médias a été invité à faire partie du Comité de pilotage du dialogue sociétal, comité chargé d'organiser toutes les manifestations dans ce cadre. Cette personne, journaliste à la télévision, a produit de courts clips et des programmes télévisés de fond, plus informatifs autour du dialogue sociétal, qui ont bénéficié d'une large audience.
2. La radio régionale a diffusé des programmes et des entretiens sur le thème du dialogue sociétal en amont de diverses manifestations de cette nature dans les régions. Ces programmes radio ont été d'une grande importance pour encourager les gens à venir aux manifestations, rassurer la population du pays qui vivait alors dans un contexte tendu post-révolutionnaire, et la convaincre que sa voix était réellement nécessaire et appréciée. Le Comité de pilotage du dialogue sociétal a dans un premier temps invité les stations de radio à être réceptifs sur les buts et objectifs du dialogue et ce, afin de mieux comprendre la finalité de la contribution de la population.
3. Des articles de presse et des suppléments de journaux spéciaux ont été publiés, principalement pour accroître la visibilité du programme du dialogue sociétal mais aussi pour souligner ses buts et objectifs de manière transparente.

Encadré 2.2

Région administrative spéciale (RAS) de Hong Kong (Chine) : résultats inattendus d'un processus de consultation publique

L'élaboration de la politique de santé de la dernière décennie en Chine, dans la RAS de Hong Kong se caractérise par des propositions présentées en consultation de la population. Cette première démarche a engendré des modifications dans les propositions émanant des autorités qui ont ensuite été soumises de nouveau à consultation. Les propositions concernaient particulièrement des questions ouvrant sur des options diverses et des points de vue contradictoires. Cette méthode a permis au Bureau de l'alimentation et de la santé de dégager les lignes de convergence quant à l'orientation de la réforme du secteur de la santé.

En 2008, par exemple, le Bureau de l'alimentation et de la santé a lancé une démarche d'évaluation sur la prestation des services de santé et la réforme du financement par la publication d'un document de consultation.¹³ Celui-ci proposait différentes options de financement que le public pouvait commenter ; le gouvernement ne faisait aucune recommandation explicite pour l'une ou l'autre option. Cependant, de nombreux documents de référence publiés sur le site internet du Bureau de l'alimentation et de la santé faisaient apparaître une préférence des autorités publiques pour un compte d'épargne santé obligatoire. Plusieurs milliers de commentaires ont été reçus, y compris des analyses officielles et des commentaires d'associations professionnelles, d'hôpitaux et de compagnies d'assurances. La consultation publique s'est traduite par une forte opposition à tout régime nécessitant des contributions obligatoires, de compte d'épargne ou d'assurance individuels. Le public a clairement montré sa préférence pour des régimes volontaires, subventionnés par le gouvernement.

Suite à cette consultation, le Bureau de l'alimentation et de la santé a rédigé une proposition de réforme accompagné d'un deuxième document de consultation, intitulé « ma santé, mon choix » (« *My health, my choice* »¹⁴) qui a été soumis à un deuxième cycle de consulta-

tion en 2010. Ce nouveau document était basé sur les commentaires reçus sur le document de 2008, sur des discussions menées lors de focus groups et sur un rapport d'expertise¹⁵ commandé par le gouvernement. L'enjeu majeur porté par ce document était une proposition de régime d'assurance maladie volontaire et privé appelé « plan de protection médicale » (« *Health Protection Scheme* » - HPS). Les résultats de la consultation publique ont montré un soutien en faveur de ce système ; l'action de la RAS de Hong Kong s'est donc acheminé vers la mise en place d'un système d'assurance santé volontaire et réglementé par le gouvernement.

Malgré ce long et minutieux processus de consultation, la mise en place du nouveau système n'a pas été chose aisée, le diable se cachant dans le détail, selon l'adage. Sur certains aspects, des réactions de mécontentement particulièrement vives de la part de certains groupes d'intérêts ont conduit à de nouvelles consultations internes et à des révisions du HPS. Il convient cependant de souligner que le Bureau de l'alimentation et de la santé a foncièrement recueilli le soutien de la population pour poursuivre la réforme, ce qui lui confère une légitimité pour réussir la mise en place d'un HPS que beaucoup d'autres ministères de la Santé pourraient lui envier. Il faut également saluer le Bureau de l'alimentation et de la santé qui a mis de côté sa préférence pour un compte d'épargne santé obligatoire, dès lors que le public en avait exprimé son rejet.

Cet exemple en Chine de la RAS de Hong Kong montre qu'une consultation publique peut aboutir à des options inattendues. En particulier lorsqu'un ministère de la Santé en assure la coordination, il est important d'accepter que les plans internes puissent avoir une direction hors-cours et que la population n'accepte pas une recommandation gouvernementale.



2.5 Approches méthodologiques

Les approches méthodologiques d'une consultation de la population varient considérablement selon la portée et les objectifs de celle-ci. Chaque approche requiert une préparation spécifique au pays, préparation qui peut comporter la collecte de données factuelles et d'informations, un dialogue ciblé avec des groupes de population particuliers ou encore, toutes sortes d'autres activités.

Dans ce guide pratique, les approches les plus courantes d'une consultation de la population seront abordées :

1. le face-à-face (appelé aussi dialogue ou entretien direct) avec un(des) vaste(s) échantillon(s) de la population ;
2. les méthodes de consultation avec des participants invités émanant de différents groupes de la population ;
3. les enquêtes auprès de groupes de population sélectionnés/invités, et les instruments correspondants ;
4. les entretiens individuels directs, et les instruments correspondants.

Il convient de noter qu'il est toujours préférable, si possible, d'utiliser plusieurs approches de manière à réaliser une triangulation des résultats et d'assurer une bonne représentativité. Chaque approche permettra d'obtenir des informations sur un sujet spécifique, de diverses manières et auprès de groupes différents de population.

- ▶ La première approche, le face-à-face avec un vaste échantillon de la population, vise à recueillir les points de vue, opinions et attentes d'un échantillon représentatif important de la population, dans le but d'apporter des informations dans le processus décisionnel mais aussi d'obtenir une large participation et un ralliement général de la population.
- ▶ Les autres méthodes de consultation et les enquêtes visent également à éclairer les décisions - les premières favorisent la participation et le ralliement de la population - même si la taille de l'échantillon est limitée, car les participants sont généralement soigneusement choisis parmi différents groupes de population.
- ▶ Une méthode relativement unique et spécifique, généralement utilisée pour la prise de décision en soi et qui n'est possible que dans un contexte juridique spécifique, est le référendum. Cette méthode est uniquement présentée à titre d'information car elle constitue un moyen intéressant de capturer l'opinion de la population. Sa mise en place nécessite toutefois un cadre culturel, historique, institutionnel et juridique spécifique que la plupart des pays peuvent ne pas avoir.

L'approche méthodologique d'une consultation de la population dépend de la portée et des objectifs de celle-ci.

Le Tableau 2.1 présente de façon synthétique, différentes méthodes de consultation de la population ainsi qu'un aperçu pratique de chaque type de méthodes.

Le Tableau 2.1 Vue synoptique des différentes méthodes de consultation de la population

TYPE	PROCÉDÉ	OBJECTIF	À QUEL MOMENT	PRÉPARATION
<p>1. Face-à-face avec un(des) vaste(s) échantillon(s) de population</p>	<p>Forum de discussion directe largement ouvert pour un échange avec la population, au sens large</p>	<p>Recueillir les opinions et les attentes de la population, obtenir une large participation et un ralliement général de celle-ci</p>	<p>Avant un exercice de définition des priorités ou un processus décisionnel</p>	<p>Une bonne analyse technique de la situation en termes de contenu, d'organisation et d'échantillonnage ; couverture médiatique et campagne d'information/communication</p>

DURÉE*	COÛTS	AVANTAGES	DIFFICULTÉS
<p>De 6 à 12 mois ; plusieurs mois de préparation puis plusieurs autres mois pour l'exécution et l'analyse des informations</p>	<p>Méthode onéreuse ; rencontres pour les entretiens, animation des rencontres, processus qui s'étale dans le temps, etc. Les coûts varient en fonction de la taille de l'échantillon, du nombre d'événements, etc.</p>	<p>Le face-à-face avec le public est généralement plus riche et plus approfondi que les questionnaires individuels (meilleures informations venant des participants et débats constructifs).</p>	<p>Le face-à-face avec le public est généralement plus riche et plus approfondi que les questionnaires individuels (meilleures informations venant des participants et débats constructifs).</p> <p>Les priorités sont établies par les participants (et non par des experts comme c'est le cas dans le cadre de questionnaires d'enquêtes ou de questionnaires référentiels).</p> <p>Les événements à grande échelle jouissent d'une large couverture médiatique - l'importance des questions de santé est alors mise en lumière.</p> <p>Participation directe de la population puis appropriation par celle-ci de la politique/ des plans à venir.</p> <p>Gains avérés en termes de redevabilité et de transparence.</p>

* Les durées indiquées sont des estimations approximatives. Le calendrier est fortement dépendant des ressources financières et humaines disponibles pour procéder à la consultation. Les pays de grande superficie, avec un nombre d'habitants important auront évidemment besoin de plus de temps que les pays de petite taille avec un faible nombre d'habitants.

	TYPE	PROCÉDÉ	OBJECTIF	À QUEL MOMENT	PRÉPARATION
2.	Méthodes de consultation avec des participants invités, émanant de différents groupes de la population.	Entretiens directs - débats ouverts - forum d'échanges ouvert avec un nombre limité de représentants des groupes de population et d'experts techniques	Éclairer les décisions et favoriser la participation et le ralliement de la population	Avant un exercice de définition des priorités ou un processus décisionnel.	L'analyse des parties prenantes est importante pour assurer une bonne représentativité. Une bonne analyse technique de la situation en termes de contenu, d'organisation et d'échantillonnage ; une couverture médiatique et une campagne d'information/communication jouent un rôle moins important.
3.	Enquêtes auprès de groupes de population sélectionnés/invités, et les instruments correspondants.	Recueil d'opinions individuelles.	Recueillir l'opinion et les attentes de la population.	Éclairer l'exercice de mise en priorités des décisions ou un processus décisionnel.	Préparation de notes de synthèse et des questionnaires d'enquête (par des professionnels).
4.	Entretiens individuels directs, et les instruments correspondants.	Individuel	Recueillir l'opinion et les attentes de la population.	Éclairer l'exercice de mise en priorités des décisions ou un processus décisionnel.	Préparation de notes de synthèse et des questionnaires d'enquête (par des professionnels).

DURÉE*	COÛTS	AVANTAGES	DIFFICULTÉS
<p>En règle générale, plusieurs consultations de moindre importance sont nécessaires avant la consultation principale. Cela peut nécessiter 2 à 4 mois auxquels d'ajoutent 2 à 4 mois de préparation et 1 mois pour l'analyse des résultats.</p>	<p>Bien moins coûteuse qu'un entretien direct avec un large échantillon de population. Cette méthode nécessite cependant beaucoup de moyens en personnel et beaucoup de temps.</p>	<p>Les entretiens directs avec le public sont généralement plus riches et plus approfondis qu'au moyen de questionnaires individuels (meilleures informations venant des participants et débats constructifs), même si les consultations sont limitées en taille par comparaison avec un dialogue avec un vaste échantillon de la population.</p> <p>Possibilité d'aller plus en profondeur sur le plan technique en raison d'un nombre plus limité de participants et de la présence de compétences techniques.</p> <p>Meilleur rattachement de la population et meilleure appropriation par celle-ci de la politique/du plan à venir.</p> <p>Gains avérés en termes de redevabilité et de transparence.</p> <p>Possibilité de vérifier ou de justifier les informations et les résultats dans un certain nombre de domaines.</p>	<p>Garantir la représentativité n'est pas chose aisée - une analyse rationnelle des parties prenantes et une bonne connaissance du contexte sont importantes.</p> <p>Nécessite des moyens importants notamment en termes de ressources humaines - un agent ou un groupe de personnes doit se consacrer spécialement à la préparation d'une réunion consultative ou d'un focus group, sur une période de plusieurs semaines.</p> <p>Les méthodes d'analyse qualitative (en particulier pour les focus groups) ne sont pas évidentes et peuvent s'avérer complexes.</p>
<p>2 à 3 mois. Courte période pour la préparation, la mise en œuvre et l'analyse.</p>	<p>Méthode abordable à onéreuse selon la méthode et l'échantillonnage.</p>	<p>Dépend du type d'enquête ; voir Annexe 2.1 pour plus de précisions.</p>	<p>Dépend du type d'enquête ; voir Annexe 2.1 pour plus de précisions.</p>
<p>2 à 3 mois. Courte période pour la préparation, la mise en œuvre et l'analyse.</p>	<p>Méthode abordable à onéreuse selon la méthode et l'échantillonnage.</p>	<p>Dépend du type d'enquête ; voir Annexe 2.1 pour plus de précisions.</p>	<p>Dépend du type d'enquête ; voir Annexe 2.1 pour plus de précisions.</p>

2.5.1 Face-à-face avec un(des) vaste(s) échantillon(s) de population

Dans le monde francophone, le face-à-face avec un large échantillon de la population est parfois désigné par le vocable d'« États généraux de la santé » (EGS). Dans d'autres contextes, il peut être désigné sous les termes d'assemblée citoyenne, de jury de citoyen et/ou de forum citoyen.

Des débats publics organisés à grande échelle permettent de recueillir directement des opinions et attentes pour éclairer le processus d'établissement des priorités ou de prise de décision.

Quel que soit le terme utilisé, le caractère essentiel de cette approche réside dans une série de débats publics organisés à grande échelle. La principale caractéristique de cette méthode est de recueillir les opinions et attentes de la population à travers des entretiens directs, structurés entre organisateurs et membres de la population, ainsi qu'avec les citoyens eux-mêmes. Sa finalité est d'éclairer le processus d'établissement des priorités et/ou de prise de décision. Sa force réside dans le niveau de préparation technique, s'appuyant sur des bases factuelles des sujets à discuter : d'une préparation

simple, courte et facile à comprendre le sujet à une excellente structuration des débats, propre à susciter une formulation claire des opinions et des attentes.

Ce qui importe avec cette méthode, c'est de procurer à la population un forum d'échange ouvert et loyal, en vue de susciter un élan sur une question particulière et une meilleure compréhension des opinions et des besoins de la population. L'échantillonnage, aléatoire ou non, peut être appliqué ici. Selon le nombre d'événements ayant lieu, diverses approches d'échantillonnage peuvent être adoptées pour différents événements.

Cette section présente deux exemples de face-à-face avec un large échantillon de la population, dans deux contextes très différents : la France et la Tunisie.

Checklist : ressources et moyens nécessaires pour recueillir les opinions de la population

- ✓ temps disponible en personnel
- ✓ temps disponible des consultants
- ✓ fonds nécessaire pour les déplacements
- ✓ accès à la bureautique : ordinateurs, téléphones et photocopieuses
- ✓ documentation pour les entretiens
- ✓ ensemble des formations nécessaires
- ✓ espace et temps disponible pour les réunions des instances dirigeantes, et collations

Encadré 2.3

États généraux de la santé en France en 1999 : les 14 thèmes du débat

1. Mieux naître en France
2. Jeunes et santé : préserver l'avenir
3. Le droit de vieillir
4. Santé et cadre de vie
5. Accéder aux soins
6. Dépendances, toxicomanies et réduction des risques
7. La santé par la prévention
8. Soins : l'impératif de qualité
9. Le malade et l'exercice de ses droits
10. Perspectives de la recherche
11. L'hôpital et la ville
12. La santé mentale
13. Les soins palliatifs et la lutte contre la douleur
14. Le dépistage des cancers

France

Aujourd'hui, les droits des usagers du système de santé et leur participation à la prise de décision propre à ce système sont inscrits dans les lois de santé publique en France. Cette évolution législative résulte des derniers EGS qui se sont tenus sur l'ensemble du territoire français en 1999. Cet exercice avait pour objectif d'obtenir une meilleure connaissance des préoccupations et attentes principales de la population à l'égard du système de santé et de ses principaux acteurs. Sous-jacente à cet objectif, l'idée était de susciter un réel débat public autour de la santé, tranchant radicalement par rapport à des approches plus traditionnelles qui tendent à réserver le débat sur la santé aux professionnels et aux experts du domaine.¹⁶

L'ampleur des EGS en France a été considérable : 9 mois de débats, plus de 1 000 réunions et environ 200 000 participants. L'organisation des EGS a été largement décentralisée de manière à représenter au mieux la population. Un Comité national d'orientation avait alors été mis en place au niveau national pour piloter l'ensemble du processus, tandis que des comités de pilotage régionaux coordonnaient et accompagnaient des forums citoyens et d'autres activités en région.

Quatorze thèmes transversaux ont été sélectionnés par le Comité national d'orientation. Ces thèmes (voir Encadré 2.3) présentés dans des documents écrits dans un langage simple et accessible à tous, ont été distribués aux participants. Ils ont en outre été expliqués en détail, oralement et sans jargon technique. Un effort particulier a donc été déployé pour mettre ces différents thèmes relatifs à la santé à la portée de tous les membres du public. Les régions ont disposé d'une autonomie et d'une liberté considérables quant aux choix de sous-thèmes qu'elles estimaient particulièrement pertinents, et quant à l'organisation des débats appropriés à leur contexte. Toutes les régions ont organisé des forums citoyens. Dans certaines d'entre elles, les établissements de santé et les cliniques privées ont organisé des « journées portes ouvertes ». D'autres régions ont

organisé des débats radiophoniques. D'autres encore, ont mené des enquêtes et diffusé des questionnaires avant la tenue des forums citoyens et les résultats ont été débattus au cours de ces forums. Le caractère décentralisé des EGS a créé une dynamique locale, stimulant l'intérêt et la participation, atteignant des degrés particulièrement élevés.

Les EGS de 1999 en France ont été considérés comme un succès, démontrant l'existence d'un potentiel considérable de mobilisation de la population sur des questions qui la touchent directement, telles que la santé.¹⁷ Les sujets ayant attiré le plus d'attention et de participation ont été : l'accès aux soins ; les soins palliatifs et la lutte contre la douleur ; le droit de vieillir ; les problèmes de santé chez les adolescents. La plupart des recommandations clés transmises au gouvernement étaient centrées sur ces sujets.

Tunisie

La Tunisie est un petit pays à revenu intermédiaire, situé sur la côte méditerranéenne de l'Afrique du Nord. Il a fait la une des journaux lorsque sa population s'est engagée dans une résistance civile qui a mené à la révolution des « printemps arabes », commencée en décembre 2010. Les manifestations étaient alimentées par le ressentiment généré au fil des décennies par un régime répressif, à quoi s'ajoutaient un chômage élevé, une corruption diffuse et la difficulté des conditions de vie. Le contexte post-révolution se caractérise ainsi par une forte réaction sur un bon nombre de questions, en particulier la privation de parole longtemps subie par les citoyens dans tout processus de réforme et politiques publiques.

Dans un tel contexte et compte tenu des changements bien réels que le secteur public et l'ensemble de la société ont connu en Tunisie, il était à la fois impératif et généralement reconnu qu'une réorientation fondamentale du secteur de la santé devait, sans trop attendre, se produire. Une consultation en profondeur de la population s'est avérée déterminante pour

La consultation de la population en France a été une entreprise de grande ampleur, avec plus de 200 000 personnes, démontrant l'existence d'un potentiel considérable de mobilisation de la population sur les questions qui la concernent directement, telles que la santé.

recueillir les opinions, les besoins de la population ainsi que les difficultés qui étaient les siennes au quotidien, dans ce lendemain de révolution.

Un programme intitulé « dialogue sociétal » a été lancé en 2012 ; l'accent étant particulièrement mis sur le terme « sociétal » pour bien mettre en exergue l'importance de l'implication de tous les acteurs de la société dans le développement de la réforme.¹⁸ Il était évident que la faisabilité et l'acceptabilité des réformes dans le contexte politique et social du moment dépendait fortement de la participation de la population (ou de la perception d'une telle participation). Ainsi, la consultation de la population en Tunisie a été menée dans le double objectif de recueillir l'opinion de la population et de donner une tribune à chacun pour s'exprimer d'une manière telle qu'il ne l'avait jamais fait auparavant.

Les premières « rencontres citoyennes sur la santé » à avoir jamais été organisées, se sont tenues dans chaque gouvernorat où des contributions ont été recueillies sur les principaux défis auxquels le secteur de la santé se trouvait confronté mais aussi sur les valeurs et les attitudes de la population par rapport aux réformes de secteur. À cette occasion, les citoyens ont également partagé leurs points de vue sur la manière dont les services de santé pouvaient être améliorés. Dans le même temps, des focus groups ont été organisés pour les populations vulnérables dans différentes localités du pays (voir Encadré 2.6).

Suite aux rencontres citoyennes et aux focus groups, et avec l'apport de nombreuses études techniques et revues de littérature, plusieurs thèmes majeurs ont commencé à émerger, soulignant la nécessité d'une réforme urgente. Ces domaines ayant été identifiés, une centaine de personnes sélectionnées par un tirage au sort dans chacun des gouvernorats, ont constitué un « jury citoyens », investi de la mission de rendre un verdict sur des questions spécifiques autour des thèmes énumérés ci-après :

Les mécanismes de financements de solidarité et du système de la santé

Les « services de santé de proximité » ainsi que la coordination et l'intégration des soins

La promotion et la culture de la santé

La confiance et la revitalisation du secteur de la santé¹⁹

Le retour d'information généré par ces manifestations de consultation de la population a été extrêmement positif, y compris par rapport à un certain nombre d'obstacles rencontrés (voir Encadré 2.5). Le crédit de popularité considérable que ces manifestations ont recueilli a incité le gouvernement à recommander explicitement cette façon de procéder à d'autres secteurs, tels que l'éducation et les services sociaux. En outre, cela a aidé les groupes de citoyens à faire porter leur attention sur les problèmes essentiels et à consolider leurs propres capacités à faire avancer les choses.

Encadré 2.4

Principaux défis de la consultation de la population en Tunisie

- ▶ L'idée que la consultation soit réelle a été accueillie avec un profond scepticisme ; la Tunisie ayant des antécédents de consultations qui n'en portaient que le nom, la plupart des gens ont supposé que l'histoire se répétait.
- ▶ Les intérêts divergents entre différents groupes de la population, notamment entre les professionnels de la santé et les non-professionnels du grand public, a souvent généré des tensions au cours des consultations.
- ▶ La difficulté d'obtenir la participation de groupes marginaux, en particulier dans le cadre des rencontres citoyennes sur la santé. Cette difficulté a été surmontée en organisant des focus groups spécifiques de populations vulnérables et marginalisées.
- ▶ Le manque de confiance et de profonds malentendus entre les professionnels, les citoyens ordinaires, et les membres de l'administration gouvernementale.

Encadré 2.5

La consultation de la population en Tunisie en quelques chiffres²⁰

- ▶ 96 jurés représentant les 24 gouvernorats ont composé les jurys citoyens de la santé
- ▶ 120 heures d'enregistrement audio et vidéo des interventions des citoyens et des professionnels
- ▶ 3424 citoyens et professionnels ont participé aux rendez-vous régionaux de la santé
- ▶ 20 556 km parcourus par les animateurs des rendez-vous régionaux de la santé

2.5.2 Méthodes de consultation avec des participants invités venant de groupes de populations différents

Cette section décrit deux types de méthodes de consultation prédominantes : *l'assemblée consultative* et le *focus group*. Deux exemples d'assemblée consultative, appelées « états généraux de la santé » dans leurs pays respectifs sont également décrites, ainsi qu'un exemple de la méthode du *focus group* utilisée dans le cadre d'un effort plus large de recueil de l'opinion de la population. Ces exemples sont destinés à donner de l'inspiration à des réflexions sur les différentes manières possibles de conduire de tels événements, avec toutes les modalités, difficultés et réussites concevables.

Il importe de noter que la terminologie employée dans les différents pays pour parler des méthodes de consultation de la population puise aux sources de l'histoire et des traditions de chacun. Ainsi, par exemple, le vocable de « états généraux de la santé » peut être utilisé pour un événement qui a les caractéristiques d'un face-à-face avec un large échantillon de la population dans un pays. Dans un autre contexte, le même terme peut être utilisé pour une consultation qui ressemble à un atelier ou à une réunion consultative. Le même constat vaut également pour des vocables tels que « dialogue sur les politiques », « jury citoyens », etc.

(a) Assemblées consultatives

Les assemblées consultatives ont pour vocation de rassembler les acteurs informés, ayant une opinion et/ou une expérience dans un domaine particulier, le résultat recherché étant l'expression de leurs opinions et de leurs appréciations sur un objectif particulier. Ces ateliers sont également désignés « états généraux de la santé » dans certains pays francophones. D'autres vocables employés sont « dialogue sur les politiques » ou « consultation des parties prenantes ». Quelle que soit leur appellation, ces réunions regroupent un nombre restreint de participants et sont donc plus petites que les face-à-face mentionnés dans la section précédente. En règle générale, leurs participants sont soigneusement sélectionnés parmi différents groupes de population afin d'assurer une représentativité adéquate - par exemple : les associations professionnelles, les groupes de patients, les autorités sanitaires de district et autres, sont les participants types de ce genre de rassemblement. Des experts techniques mandatés par les pouvoirs publics, des partenaires du développement et de la société civile sont également présents et peuvent fournir des contributions techniques spécifiques sur un problème donné.

L'avantage des consultations menées avec des participants invités, est qu'un groupe moins nombreux est susceptible de générer une discussion plus approfondie. En général, un dialogue organisé au sein d'un groupe avec un nombre restreint de participants invités peut être plus intense, surtout si ces participants sont bien préparés à la discussion. Les échanges dans un tel contexte permettent de vérifier ou faire corroborer des informations et des résultats dans un certain nombre de domaines, précisément parce qu'il y a la place pour la présentation de résultats d'études et pour une discussion plus technique, contrairement à ce qu'il en est dans le cadre d'une consultation organisée avec un échantillon plus large de la population. Les participants doivent toutefois être soigneusement sélectionnés, en évitant tout risque de conflit d'intérêts par rapport aux questions devant être abordées.

L'avantage des consultations menées avec des participants invités, est qu'un groupe moins nombreux est susceptible de générer une discussion plus approfondie.

Un aspect à ne pas mésestimer réside dans le fait que les assemblées consultatives dépendent fortement de l'ordre du jour, de la préparation, de la compétence du facilitateur et de la sincérité des efforts des organisateurs dans le sens de l'objectivité et de la neutralité. L'intention doit sincèrement être de recueillir les contributions sur un sujet et/ou des intérêts de la plus haute importance et d'écouter les réflexions et les avis des participants.

Les EGS en Guinée ont combiné une analyse technique s'appuyant sur des avis d'experts apportant d'autres points de vue et une perspective embrassant davantage l'ensemble du système. Ils ont permis à un vaste éventail d'interlocuteurs extérieurs de contribuer au débat d'une manière politique tout autant que personnelle, plutôt que selon une approche technique.

Guinée

En Guinée, les « États généraux de la santé », selon le vocable utilisé pour ce processus consultatif, se sont tenus les 23 et 25 juin 2014. Ils sont considérés comme l'une des principales étapes préparatoires à l'élaboration du nouveau Plan national de développement sanitaire (PNDS) décennal. Pour préparer les EGS²¹ des groupes thématiques réunissant des experts venant de différents horizons (y compris la société civile, les partenaires au développement et autres ministres) ont procédé à une analyse technique solide du système de santé. L'un des résultats de cette analyse a été une série de suggestions favorables à un énoncé d'une nouvelle vision du secteur de la santé ainsi que l'identification d'un certain nombre de questions transversales fondamentales pour la restructuration de l'avenir du secteur.

Les réunions tenues lors des EGS ont permis la délibération autour de l'énoncé de cette vision et sur d'autres questions fondamentales issues de l'analyse technique. Les EGS en Guinée ont rassemblé quelque 250 participants représentant toutes les composantes de la société. Leur finalité n'avait pas pour but de faire double emploi avec l'analyse technique ou simplement de la « valider » mais d'aller bien au-delà, en la complétant avec d'autres points de vue et en y introduisant une perspective embrassant davantage l'ensemble du système. Les EGS ont permis à un large éventail d'interlocuteurs extérieurs de contribuer au débat d'une manière politique tout autant que personnelle, plutôt que selon une approche technique. En outre, les EGS ont ouvert un forum dans lequel la population pouvait exprimer ses attentes à l'égard du secteur de la

santé et émettre des recommandations utiles, à prendre en considération dans le cadre du PNDS. Le succès de la réorientation du secteur de la santé dans le sens prévu par le PNDS représente une attente particulièrement élevée.

Haïti

En Haïti, l'impulsion pour la réalisation d'un processus consultatif, également désigné « États généraux de la santé » est née en 2012 pour préparer un nouveau Plan national de la santé global devant servir de document de référence pour le secteur. Les EGS ont été précédés d'un intense débat organisé et d'une délibération au sein des 10 départements administratifs (apparentés aux états ou régions) du pays ; ces discussions ont été de nature plus technique et ont été conduites principalement par des experts et/ou des politiques en santé. Aux termes de ce processus, les résultats des discussions au niveau des assises départementales ont été examinés dans le cadre de trois journées consacrées aux EGS. Les suggestions et les propositions issues de ces deux niveaux d'échange, ont contribué à orienter l'élaboration d'une nouvelle Politique nationale de santé et d'un Plan stratégique national de santé 2012-2022.

Au cours de ces trois journées, des discussions encadrées en groupes et consacrées à des thèmes choisis ont été intercalées entre des séances plénières, ce qui a permis aux différents groupes de présenter leurs travaux au reste des participants puis d'en débattre. Les cinq thèmes clés, décidés au cours des discussions ministérielles ont été : la gouvernance ; la décentralisation ; les ressources humaines pour la santé ; l'offre de soins et de services et le financement des services de santé ; le suivi et l'évaluation.

La représentation de haut niveau lors de cet événement et la vaste couverture médiatique des EGS ont convaincu la population haïtienne de l'importance que son gouvernement accorde au secteur de la santé. Les résultats des discussions tenues lors des EGS ont directement servi à la phase de formulation du Plan stratégique national de santé 2012-2022.

(b) Focus groups

Les entretiens en focus groups se déroulent généralement en petits groupes relativement homogènes réunissant 6 à 12 personnes venant d'horizons proches et ayant des expériences comparables. L'homogénéité et le nombre limité de participants sont la principale différence entre les focus groups et les assemblées consultatives. Un focus group est une plateforme permettant de discuter d'un sujet spécifique de manière libre et interactive, avec l'aide d'un modérateur. Ce dernier utilise un guide d'entretien lui donnant des directives et des protocoles généraux, et consistant à introduire le sujet, entretenir la dynamique de la discussion en recourant à techniques de sondage subtiles et en évitant à certains participants de dominer les discussions. D'autres animateurs prennent note des commentaires et observations. En règle générale, une séance dure une à deux heures.

Les discussions dans un focus group permettent d'explorer plus en profondeur les opinions des participants, la convergence ou la divergence des points de vue et des jugements, de même que les comportements ou encore la perception et la compréhension d'une initiative donnée. Cette méthode est également extrêmement utile pour recueillir des informations sur des changements tangibles ou non, résultant d'une initiative.

En règle générale, plusieurs séances sont consacrées à un même sujet. Les données doivent être enregistrées (enregistrement audio) puis discutées conjointement après la séance entre le modérateur, les observateurs et les personnes chargées de la prise de note. La discussion d'un focus group doit s'ouvrir sur des considérations très générales puis s'orienter progressivement sur des questions de plus en plus spécifiques. Le facilitateur doit être suffisamment habile pour assurer une participation équilibrée de tous les membres.

Le focus group représente un moyen assez peu coûteux, rapide et fiable pour obtenir un large éventail d'informations de fond et de qualité et notamment un panorama général d'impressions des différents participants. Le format particulière-

ment souple, permet au facilitateur d'explorer des aspects inattendus et d'encourager l'interaction entre les participants. Dans un contexte de groupe, les participants se corrigent, se rectifient ou se complètent les uns les autres, ce qui tend à réduire les conceptions erronées ou extrêmes et constitue une sorte de mécanisme de contrôle de la qualité.

Cette méthode est particulièrement adaptée pour aborder des questions complexes car elle permet de découvrir les perceptions, les attitudes, les sentiments et les préférences de chacun d'une manière plus approfondie et plus ciblée. Le focus group est également une bonne méthode pour jauger l'acceptabilité et/ou la résistance à laquelle risquent de se heurter certaines initiatives de développement spécifiques, de même que pour développer des stratégies de communication efficaces tendant à faire mieux accepter de nouvelles manières de procéder.

Les inconvénients potentiels de cette méthode résident dans l'intensité de la collecte d'informations en un temps réduit et dans la difficulté éventuelle à planifier les rencontres. Les données qualitatives sont généralement plus difficiles et longues à analyser. Un guide de discussion doit être soigneusement préparé et, si possible, préalablement testé/adapté. Trouver un modérateur compétent, qui facilite le débat sans intervenir de manière autoritaire, peut aussi être assez ardu.

Les discussions sont également sensibles aux biais induits par le facilitateur, ce qui peut nuire à la validité et à la fiabilité des résultats ; les discussions peuvent également être détournées du fils conducteur ou dominées par quelques participants. Cela étant, avec un facilitateur bien entraîné, ces risques de dérive peuvent être maîtrisés.

Afin de pouvoir généraliser les résultats d'un focus group, il est essentiel de corroborer les informations (triangulation) avec d'autres résultats de discussions menées en focus groups, voire recueillis avec d'autres méthodes. À défaut, leurs résultats peuvent n'être pertinents qu'à l'égard de communautés ou localités spécifiques, risquant ainsi d'être moins valides et peu fiables que de simples enquêtes menées en bonne et due forme.

Les focus groups diffèrent des assemblées consultatives car ils font appel à un nombre réduit de personnes et leur composition est généralement relativement homogène.

Tunisie

En Tunisie, les focus groups ont été utilisés pour sonder en profondeur les obstacles à l'accès aux soins de santé auxquels se heurtent particulièrement les catégories de population vulnérables et marginalisées.

En Tunisie, la méthode des focus groups a été utilisée pour sonder en profondeur les obstacles à l'accès aux soins de santé auxquels se heurtent particulièrement les catégories de population vulnérables et marginalisées. Dans le contexte mentionné précédemment, la toile de fond générale de ce travail se tablait sur un effort concerté pour recueillir l'opinion de la population afin de redéfinir la vision du secteur de la santé dans une nouvelle Politique nationale de la santé. Les focus groups n'étaient donc qu'un moyen parmi d'autres séries de méthodes utilisées pour recueillir l'opinion de la population.

Les rencontres citoyennes sur la santé ont apporté un retour d'informations extrêmement utiles sur les perceptions de leur système de santé par la grande majorité de la population tunisienne. On a néanmoins estimé que les difficultés éprouvées spécifiquement par les groupes vulnérables n'étaient pas suffisamment pris en compte. Des focus groups ont donc été organisés dans plusieurs gouvernorats, à raison d'un focus group par catégorie de population marginalisée (voir Encadré 2.6 sur la liste des groupes ciblés pour les discussions en focus group). Les focus groups ont permis de mieux comprendre les problèmes de santé bien réels rencontrés par les groupes de populations vulnérables et qui n'avaient pas été exprimés par les autres interlocuteurs. En outre, ces discussions ont permis de faire remonter à la surface les principales attentes et les espoirs des groupes concernés en matière d'amélioration du système de santé. Un tel résultat aurait été difficilement atteignable et probablement distrayant dans le cadre des rencontres citoyennes.

La principale difficulté rencontrée lors de la conduite des focus groups en Tunisie, était l'identification et la formation des facilitateurs - qui constitue un défi habituel dans n'importe quel contexte. En raison des tensions que pouvaient susciter tout ce qui était perçu comme provenant du gouvernement

central dans certaines des régions de l'intérieur du pays, d'intenses préparatifs sur le terrain ont été nécessaires. Des alliances ont été nouées avec des médias locaux et avec des relais susceptibles de diffuser le message sur la réalité et de la sincérité des objectifs des focus groups. Le profil personnel des facilitateurs a été soigneusement pris en considération lors du processus de sélection. Trois facilitateurs et un observateur ont mené toutes les discussions des focus groups. Chacun a reçu un guide d'entretien détaillé et a été formé par un expert externe en focus groupe, de nationalité canadienne.

Le profil du facilitateur principal était l'activisme dans la société civile. Il faisait preuve d'une excellente empathie avec les membres du groupe de réflexion et était très populaire. L'inconvénient avec un facilitateur qui s'identifie avec les participants du focus group est qu'il devienne trop impliqué et absorbe trop de temps de parole. Le deuxième facilitateur était un retraité de la fonction publique d'un gouvernorat, apprécié par les participants lors des focus groups pour son calme et son professionnalisme. Il inspirait la confiance. L'inconvénient est que les participants avaient des discussions parallèles avec lui, parfois pendant les focus groups, abordant des questions d'ordre personnel. Le troisième facilitateur n'est pas intervenu dans les discussions et a été présent principalement pour la prise de notes.

Les résultats des différents focus groups ont été recoupés (triangulation) avec des données provenant d'autres processus de consultation de la population organisés en Tunisie. Par conséquent, on peut affirmer avec une certaine confiance que les particularismes des facilitateurs des focus groups ayant pu conduire à tout type de biais dans les résultats, ont été pour l'essentiel, neutralisés. Cet exemple montre néanmoins que trouver des facilitateurs compétents, ou assurer soi-même la conduite des débats en tant que facilitateur, n'est pas tâche facile et cette sélection ne doit pas être sous-estimée..

Encadré 2.6

Populations vulnérables et marginalisées ciblées pour les discussions en focus groups en Tunisie

- ▶ patients vivant dans des zones reculées ;
- ▶ patients vivant dans des zones urbaines défavorisées ;
- ▶ mères célibataires ; familles vivant dans des régions appauvries ;
- ▶ personnes âgées isolées ;
- ▶ familles vivant dans des zones industrielles polluées.

2.5.3 Divers méthodes d'enquêtes auprès de groupes de population invités/sélectionnés, et les instruments correspondants

Les méthodes d'enquêtes individuels et les instruments correspondants

Comme pour le face-à-face avec un large échantillon de la population ou la méthode de consultation en ateliers (assemblée consultative ou groupes de discussion aussi appelés en anglais focus groups), le but d'une enquête individuelle est de recueillir l'opinion et les attentes de la population. La méthodologie est toutefois différente et conduit à des résultats distincts ; dans les enquêtes, il n'y a pas de débat. Les personnes répondants sont sélectionnées au hasard et répondent à des questionnaires préparés par des experts techniques et des statisticiens, ou sont conviés à un entretien avec un enquêteur professionnel.

Il existe une multiplicité de méthodes d'enquêtes auprès de la population, méthodes qui présentent des avantages et des inconvénients spécifiques, présentés dans le tableau de l'annexe 2.1. En complément, deux exemples de recueil d'opinion de la population par enquête sont ici décrits : l'un

sur la réforme du secteur de la santé en Turquie, et l'autre sur les niveaux d'activité physique dans les 28 États membres de l'Union européenne (UE).

Turquie

Enquête d'opinion réalisée auprès de la population sur la réforme du système de santé en Turquie (Programme de transformation du système de santé)

- ▶ l'accessibilité : tous les établissements publics de santé ont été transférés sous l'autorité du ministère de la Santé en sa qualité de principal prestataire public de soins de santé ;
- ▶ le financement : la « loi sur la Sécurité sociale et l'assurance maladie universelle » a étendu la couverture de l'assurance à l'ensemble de la population et a permis la création de l'Institut de sécurité sociale, investi du rôle de payeur principal des services de santé ;
- ▶ les soins de santé primaire centrés sur la personne : le médecin traitant a été investi du rôle de portail d'entrée ; toute personne résidant en Turquie s'est vue assigner un médecin traitant ou un groupe de médecins traitants ;
- ▶ la qualité des soins de santé : des unités de la qualité ont été constituées aux niveaux ministériel, provincial et des établissements ;
- ▶ les droits du patient : des unités spéciales au sein des établissements de santé examinent les réclamations ou plaintes émanant des patients et des fournisseurs de soins.

Plusieurs initiatives ont été utilisées pour évaluer l'opinion et la satisfaction de la population sur les réformes en cours. Une enquête d'évaluation de la satisfaction de la vie en Turquie, menée par l'Institut turc des statistiques (Turkstat) a rapporté un taux de satisfaction globale de la population par rapport aux services de santé de 39,5 % en 2003, juste avant le lancement du HTP. En 2010, ce taux de satisfaction a considérablement augmenté, atteignant 73 %.²² En 2013, Ali Jadoo et al. ont évalué le ressenti de la population par rapport au système de santé turque avant et après la réforme HTP, enquête

Dans les enquêtes, des personnes choisies de manière aléatoire répondent à des questions préparées par des experts techniques, ou répondent à des entretiens menés par des enquêteurs professionnels.

menée auprès de près de 500 ménages, répartis dans sept régions.²³ Un questionnaire à questions fermées adressé personnellement aux ménages, demandait aux répondants de comparer leurs points de vue sur les services de santé avant et après la réforme. Plus des trois quarts des répondants ont déclaré préférer le nouveau système de santé et se sont dits plus satisfaits des services de santé qu'auparavant.

Un entretien directif d'Eurobaromètre sur l'activité physique dans l'Union européenne

L'Eurobaromètre est à la fois un outil conçu et utilisé par des institutions politiques et une base de données créée avec l'aide de chercheurs en sciences sociales, qui en sont les principaux utilisateurs.

L'Eurobaromètre standard²⁴ ou enquêtes d'opinion publique, a été créé en 1974 dans le but de capturer les points de vue de la population sur divers sujets. Des instituts de recherche et d'enquête internationalement reconnus, sondent au nom de la Commission européenne (CE), l'opinion publique dans les États membres, principalement pour l'élaboration des politiques et pour une meilleure communication avec les citoyens de l'Union européenne (UE). Dans le contexte politique et institutionnel de l'UE, les sondages d'opinion ne sont pas uniquement considérés comme un simple instrument de collecte d'informations, mais aussi comme une source de légitimité. Malgré certaines critiques quant à la méthodologie (notamment concernant l'utilisation de questions fermées), l'Eurobaromètre est aujourd'hui largement considéré comme un instrument d'enquête efficace pour l'UE et pour les institutions européennes de recherche. De plus, l'Eurobaromètre a contribué à ce que les dirigeants européens prennent plus au sérieux l'opinion des citoyens de l'UE.²⁵

L'Eurobaromètre est un instrument hybride : c'est à la fois un outil conçu et utilisé par les institutions politiques - principalement la CE - ainsi qu'une base de données créée avec l'aide de chercheurs en sciences sociales, qui en sont les principaux utilisateurs. De fait, les données primaires, en plus d'être destinées à l'usage

interne de la CE, sont mises à la disposition de la communauté scientifique pour la recherche et la formation.

Chaque enquête de l'Eurobaromètre consiste en un millier d'entretiens individuels par État membre. Au besoin, des études thématiques approfondies sont réalisées pour le compte de divers services de la CE ou d'autres institutions de l'UE puis intégrées dans les enquêtes de l'Eurobaromètre standard. Un bon exemple est une série d'études récentes (2002, 2009, 2014) sur le niveau d'activité physique en Europe. Dans ce cadre, les participants sont des membres de l'UE âgés de 15 ans et plus. Une technique d'échantillonnage aléatoire à plusieurs étapes est appliquée. Tous les entretiens s'appuient sur un questionnaire structuré et se déroulent au domicile du répondant, dans la langue nationale appropriée.

Les résultats font apparaître que la tendance générale concernant la pratique d'une activité physique est restée inchangée au cours des 12 dernières années dans l'UE. D'une manière générale, les citoyens du nord de l'UE demeurent plus actifs dans la pratique d'un sport et d'une activité physique que les citoyens du Sud.²⁶ Près de la moitié des habitants des 28 États membres de l'UE (47 %) ont une activité physique au moins une fois par mois tandis que 42 % déclarent n'avoir aucune activité physique ou sportive. Améliorer sa santé est la principale raison invoquée par les Européens à la pratique d'un sport ou être physiquement actif. Le manque de temps est celle évoquée par les Européens qui ne pratiquent pas un sport plus régulièrement.

L'une des décisions prise au vu des résultats des données de l'enquête a été un plan de la CE, visant à lancer à partir de 2015 une semaine européenne du sport afin d'encourager les gens à pratiquer un sport ou une activité physique.²⁷

2.5.4 Le référendum

Contrairement aux enquêtes et aux assemblées consultatives ou aux entretiens individuels, le référendum est un processus de décision à caractère politique. C'est un vote de la population entre plusieurs options sur un sujet particulier, ce choix conduisant à une décision/approbation par le Parlement. Même s'il recueille efficacement l'opinion et les attentes de la population, le référendum constitue un outil beaucoup plus puissant que tous les autres moyens de consultation de la population évoqués précédemment. En outre, sa préparation est différente et nécessite, en règle générale, un travail plus en profondeur : des consultations techniques solides, une étude du coût des options, une discussion sur les avantages et les inconvénients des différentes options et sur leur compatibilité avec les programmes politiques des différents partis, etc. Puisque peu de pays ont, à l'instar de la Suisse, intégré le recours au référendum dans le cadre de leur système juridique, ce moyen intéressant de consultation de la population doit être considéré comme une exception.

Suisse

La Suisse dispose d'un système unique de démocratie directe par lequel tout citoyen suisse peut prendre l'initiative d'un référendum populaire s'il parvient à recueillir un certain nombre de signatures, dans un délai déterminé. Au cours des 10 dernières années, de nombreux référendums populaires ont été lancés sur des questions spécifiques à la santé ; le financement et les caisses d'assurance étant les sujets le plus souvent contestés. La consultation de la population revêt ainsi une signification très différente en Suisse, puisque les citoyens sont non seulement consultés, mais aussi appelés à prendre des décisions dans le cadre du secteur de la santé.

L'une des questions fondamentales qui divisent l'opinion publique suisse est le financement d'un système de santé qui s'avère être particulièrement coûteux, et le rôle des caisses d'assurance maladie. Les personnes qui résident en Suisse choisissent leur assurance maladie parmi une pléthore de caisses privées à but non lucratif^{VI}. En 2007, un référendum populaire souhaitait faire changer cette configuration avec la création d'une caisse maladie unique, gérée par le gouvernement. Au terme d'une campagne très animée, menée par les groupes pour/contre, cette proposition de caisse d'assurance maladie unique a été rejetée par 72 % des votants. Les critiques ont dénoncé une forte influence politique, le lobbying des compagnies d'assurance et des associations professionnelles. Des groupes de citoyens suisses ont argué que les hypothèses avancées par l'un et l'autre camp concernant les montants des primes d'assurance dans le cas d'une caisse unique étaient biaisées et contradictoires.

Quelles sont les conséquences d'un système dans lequel la population décide régulièrement par voie de référendum des questions concernant le secteur de la santé ? Les partisans de ce système affirment que la démocratie directe est un instrument puissant qui garantit que toutes les décisions donnent lieu à un vaste débat. En outre, les lois et les mesures extrêmes ont peu de chances d'être adoptées. D'un autre côté, ce processus décisionnel peut s'avérer lent, si bien que tout changement majeur ou grande réforme, souvent nécessaire dans le secteur de la santé, peut s'avérer compliqué ou même être totalement paralysé. Il convient de noter que la plupart des référendums populaires en Suisse se concluent par un maintien du statu quo.²⁸⁻³⁰

Un référendum est un vote de la population entre plusieurs options, sur un sujet particulier. Le référendum est habituellement précédé de discussions techniques, d'une étude du coût des différentes options, de discussions sur les avantages et les inconvénients, et d'une prise de position claire par les différents partis politiques.

^{VI} Les résidents suisses peuvent souscrire un contrat d'assurance maladie auprès d'assureurs privés, qui ne sont pas autorisés à dégager de bénéfices sur le forfait de prestations obligatoires, mais peuvent en générer sur l'assurance complémentaire, et uniquement sur celle-ci.

2.6 Les facteurs de réussite : traduire les approches théoriques en réalités pratiques

Comme indiqué dans les sections précédentes de ce chapitre, une consultation de la population réussie doit permettre aux décideurs du secteur de la santé :

Lors de la préparation des consultations de la population, les décideurs politiques doivent accorder une attention particulière à ce que les méthodes et les outils de mesures reflètent les points de vue de tous les groupes de la population, y compris les personnes « difficiles à atteindre ».

1. de s'engager avec différents groupes socio-économiques ;
2. d'accroître la compréhension et l'engagement de la population dans les processus d'élaboration des politiques ; et
3. d'évaluer les opinions et les attentes de la population ainsi que d'informer le processus décisionnel.

À chacun des trois niveaux d'une consultation de la population, plusieurs aspects sont à prendre en considération parce qu'ils peuvent susciter plus de problèmes que d'autres, selon le contexte du pays en question.

Ces aspects préoccupants auxquels les décideurs doivent accorder une attention particulière sont :

1. les méthodes et les outils de mesures envisagés ; elles doivent permettre de recueillir les opinions de toutes les composantes de la population, y compris de celles réputées « difficiles à atteindre » ;
2. les résultats qui doivent être pertinents quant aux opinions et aux attentes de la population.

2.6.1 Accéder à la population « difficile à atteindre »

Lorsque l'on entreprend une consultation de la population, en particulier dans le contexte d'une évolution vers la couverture sanitaire universelle (CSU), il est important de concevoir une méthodologie qui prenne en compte l'éventail social et politique intégral du pays. Les problèmes auxquels il est possible d'être confronté et qui pourraient susciter une préoccupation particulière sont liés à l'évaluation de l'opinion de ceux qui ne sont pas bien représentés. L'une des principales difficultés conceptuelle et logistique est de recueillir les opinions et les attentes des groupes minoritaires marginalisés, « difficiles à atteindre »^{VII} en raison d'obstacles géographiques et/ou sociaux. À cette fin, il importe de comprendre qui sont ces groupes de population et pourquoi ils sont difficiles à atteindre.

^{VII} L'utilisation du terme « difficiles à atteindre » prend ici en compte des limites et des risques qu'il comporte, l'intention étant de donner une idée de la manière dont la difficulté peut être surmontée.

Encadré 2.7

Réforme du secteur de la santé en Roumanie : qu'en pensent la population vulnérable et celle difficile à atteindre ?

Une enquête d'opinion de la population a été effectuée en 2002 sur les réformes du secteur de la santé ayant eu lieu dans la décennie qui a suivi la chute du mur de Berlin en 1989 puis la dissolution de l'Union soviétique en 1991. Elle fait ressortir qu'une participation de la population aux décisions (de réforme) conduit à une meilleure acceptation des changements (par exemple, lors de l'introduction de la participation au paiement des soins de santé). Cette enquête a été menée auprès d'environ 600 adultes du district de Dolj, et les principaux résultats montrent que : un tiers des répondants estiment que les réformes ont eu une incidence négative sur la qualité des soins ; la moitié des répondants ont une opinion contrastée ; la majorité des répondants a déclaré préférer le nouveau système de soins de santé à l'ancien.

Toutefois, une analyse subsidiaire assez intéressante, a montré que ceux qui utilisent les services de santé estiment avoir un accès plus restreint à ces services qu'avant la réforme. Les personnes âgées, les malades chroniques et les indigents

ont constamment exprimé leur conviction que la qualité des soins et l'accessibilité des services avaient baissé au fil du temps. Cette catégorie de répondants est habituellement la cible des réformes du secteur de la santé, conformément au principe voulant que l'on s'attache à fournir des soins à ceux qui en ont le plus besoin. Or, d'après l'étude faite en Roumanie, cette catégorie est précisément celle qui a déclaré préférer l'ancien système de santé.

Les auteurs de l'étude avancent la problématique des décisions de réforme de la santé en Roumanie – décisions qui n'auraient eu aucun caractère participatif – comme étant la raison clé de la défiance des groupes vulnérables et de l'appréciation négative des réformes. Les résultats de l'étude soulignent la nécessité de cibler particulièrement les groupes de population vulnérables et celle « difficile à atteindre » lorsque l'opinion de la population est recherchée et quand des réformes sont conçues et sont susceptibles d'affecter le plus ces catégories qui ont les opinions les plus tranchées sur la question.³¹



Qui est la population « difficile à atteindre » et pourquoi est-il important de la contacter ?

Il n'existe pas de définition homogène de ce que constitue un groupe de population difficile à atteindre. D'ailleurs, le vocable « difficile à atteindre » est problématique puisqu'il n'est pas utilisé de manière cohérente, ce qui peut être trompeur et s'avérer stigmatisant.³² Par conséquent, il est important de regarder de plus près la structure des groupes difficiles à atteindre pour être en mesure d'opérer certaines différenciations et, à partir de là, d'appliquer des méthodologies de consultation plus appropriées.

Une revue de la littérature permet de distinguer deux perceptions de la notion de groupes « difficiles à atteindre » :

- ▶ ceux qui peuvent s'avérer difficiles à atteindre en termes de prestations de services (sous l'angle de l'offre de services) ; et
- ▶ ceux qui sont incapables de s'engager dans un processus de consultation ou qui ne s'y sentent pas à l'aise (perspective dite sociologique)..

C'est la perspective sociologique qui doit être prise en considération, en plus de l'incapacité pour un groupe (par exemple, un groupe économiquement défavorisé) de bénéficier des services de santé, lorsqu'il est question de consultation de la population. Pour que ce groupe spécifique de personnes soit inclus dans une consultation de la population, il peut être nécessaire de concevoir des approches adaptées, ajustées aux besoins et aux conditions de vie de ce groupe et propres à recueillir leur contribution.

Les personnes difficiles à atteindre dans le cadre d'une consultation de la population peuvent être :

sans réaction : par manque de temps, personne au profil de travailleur assidu, personne effectuant de longs déplacements entre son lieu de travail et son domicile ;

silencieuses : illettrées, n'ayant pas reçu d'instruction pour être en mesure de répondre à une enquête ;

désintéressées : la consultation ne les intéresse pas car elles n'y voient aucune utilité dans leurs préoccupations ;

sans résidence fixe : pas d'identification avec un lieu spécifique (migrants, nomades) ;

sans moyen de se déplacer : aucun moyen de transport vers les lieux de la consultation ;

hostiles : les déçus des processus politiques, les catégories jusque-là ignorées par les autorités publiques (par exemple les parents isolés) ou qui sont difficiles à convaincre (en raison de leurs forts a priori religieux par exemple) ;

jeunes : personnes qui n'ont peut-être pas l'âge de voter ou de participer activement à un processus politique (qui ne sont pas encore enregistrés sur les listes électorales) mais qui n'en sont pas moins une source d'information valable.

Les deux perceptions de la notion de groupes « difficiles à atteindre » (selon l'optique de la prestation de services et selon la perspective sociologique) peuvent ne pas être mutuellement exclusives. Les personnes qu'il est difficile d'approcher du point de vue de la prestation de services (les personnes sous-desservies) peuvent également être des personnes silencieuses ou sans réaction. Les personnes qui ne sont pas visibles dans l'espace public peuvent également ne pas avoir un accès adéquat aux services de santé.

Les groupes « difficiles à atteindre » sont couramment perçus comme étant ceux auxquels il est difficile d'accéder en termes de prestations de services, ou ceux qui sont incapables de s'engager dans un processus de consultation, ou qui ne s'y sentent pas à l'aise.

Chaque pays devra définir ce qui constitue sa population difficile à atteindre en fonction de sa situation et de ses caractéristiques propres et devra adapter sa démarche en conséquence, pour parvenir à consulter un large éventail de la population.

Concevoir des approches ajustées pour recueillir les besoins et les opinions des groupes de population difficiles à atteindre

Des approches ajustées, spécifiques au contexte, doivent être mises au point pour assurer un processus de consultation inclusif, comprenant les groupes de population difficiles à atteindre. Par exemple :

- ▶ établir une documentation dans des langues/dialectes différents/locaux et considérant aussi l'analphabétisme, en recourant à des techniques visuelles ou simplement en ajustant les méthodologies aux compétences des participants ;
- ▶ les enquêteurs sont capables de s'exprimer dans le dialecte local et/ou appartiennent eux-mêmes à la communauté considérée ;
- ▶ la méthodologie (questionnaire, entretiens, etc.) doit tenir compte du contexte communautaire ;
- ▶ les questions à poser au cours des entretiens doivent, elles aussi, tenir compte du contexte communautaire et ce, dès la conception du questionnaire ;
- ▶ associer les leaders de communautés ou ceux des groupes de pairs au processus de conception et d'organisation logistique de la consultation. Ceci afin d'accroître la compréhension des matériaux utilisés, voire le processus de consultation lui-même et d'obtenir un meilleur ralliement des participants ;³³
- ▶ si l'intention est de créer des liens entre des décideurs politiques et des groupes de population, une méthodologie de face-à-face peut s'avérer plus utile.

Quelle que soit la méthodologie choisie, celle-ci a une influence sur l'organisation immédiate de la consultation, de même que sur ses objectifs à long

terme. L'inclusion de méthodes qualitatives (entretiens individuels, brainstormings, par exemple) permet également une plus grande souplesse envers les personnes aux conditions de vie marginalisées et permet à l'enquêteur de recueillir des informations sur les caractéristiques de ces conditions de vie ; ces méthodes peuvent ainsi être plus adaptées dans le cadre d'une consultation des groupes de population difficiles à atteindre.³⁴

Risques potentiels

Lors de l'ajustement des approches pour les groupes difficiles à atteindre, il peut s'avérer judicieux d'utiliser une documentation d'appui (par exemple : les données de santé de la communauté, les informations statistiques) et essayer également de mettre à contribution les connaissances et l'expérience des intervenants en santé. Toutefois, une certaine prudence est de rigueur car ceux-ci peuvent ne disposer d'informations concernant uniquement les personnes faisant effectivement appel aux services de santé, ce qui peut biaiser les résultats en accordant une place excessive aux individus qui ont les moyens de s'adresser aux services de santé (au détriment des personnes sans domicile ou particulièrement pauvres, qui n'ont probablement pas ces moyens) et sont convaincus de leur utilité. De même, les informations recueillies dans la documentation d'appui ne reflètent pas nécessairement les opinions et attentes des personnes les plus difficiles à atteindre.

Les données et autres informations d'appui venant des intervenants en santé peuvent biaiser les résultats en accordant une place excessive aux individus qui ont les moyens de s'adresser au service de santé.

Les effets positifs de la consultation des groupes de populations difficiles à atteindre :

- ▶ Chez ces populations, la consultation peut accroître le sentiment de reconnaissance de leurs problèmes spécifiques par le ministère de la Santé et le système social/politique.
- ▶ Les procédures de consultation peuvent ouvrir la voie à une meilleure implication des communautés marginalisées et difficiles à atteindre dans les processus politiques et de prise de décision.
- ▶ La consultation permet aux décideurs de concevoir des politiques spécifiques, adaptées et mieux acceptées par les groupes concernés et ainsi, apporter potentiellement un progrès sur le plan de l'équité du fonctionnement des systèmes de santé.
- ▶ Des stratégies et des plans ajustés sont plus susceptibles d'être soutenus par ces communautés, ce qui en accroît le potentiel de succès. these strategies.

2.6.2 Souligner la pertinence des résultats

Comprendre et interpréter correctement les réponses d'une consultation est essentiel pour en tirer les bonnes conclusions. Cela accroît également la légitimité des décisions politiques qui (faut-il l'espérer) s'appuieront sur ces résultats. Dans le même temps, il est essentiel d'utiliser les résultats de la consultation pour l'analyse de situation et les processus d'établissement des priorités afin que ces deux étapes soient une réussite. Cette section présente les conditions qui rendent une consultation pertinente et utile, tant en ce qui concerne ses participants que son contenu.

Pertinence en termes de participation

L'inclusion des groupes marginalisés ou difficiles à atteindre dans l'échantillon global est un critère clé d'évaluation de la représentativité. En outre, même lorsque les informations recueillies lors de l'enquête (ou de tout autre méthode utilisée) semblent correctes, il peut encore subsister certaines réserves concernant la pertinence de l'information recherchée. Quelques exemples :

Les groupes de population difficiles à atteindre ne sont pas homogènes ; ils varient d'un pays à l'autre et parfois au sein même d'un pays, en fonction du contexte politique et des conditions de vie sociale.

L'approche méthodologique choisie est-elle acceptable (culturellement et socialement, par exemple) pour les groupes consultés ? Est-ce qu'une autre méthodologie aurait produit un retour d'information différent ?

Les niveaux de connaissance et de compréhension des participants sont-ils suffisants pour que ceux-ci soient en mesure de donner des réponses réfléchies aux questions posées ?

Les questions sont-elles formulées de manière adaptée pour que chaque participant soit en mesure de fournir une réponse utile dans le cadre de la consultation ?

Peut-on considérer que les besoins et les opinions des participants sélectionnés expriment bien ceux de l'ensemble de la population du district ou du pays considéré ?

Est-ce que les procédés de consultation sont adaptés aux circonstances/conditions de vie et aux capacités des populations marginalisées ou les plus défavorisées (par exemple, lorsque ces populations n'ont pas accès à l'informatique ou sont analphabètes, coût d'opportunité de l'engagement).

Il est important de garder à l'esprit que la consultation (telle que décrite dans la section 2.1.1) consiste en un « flux d'informations bidirectionnels » et qu'il incombe au ministère de la Santé, lorsqu'il entreprend une consultation, de transmettre toutes les informations pertinentes sous une forme accessible et ouverte à la population concernée, de manière à ce que celle-ci soit en mesure de fournir des réponses en connaissance de cause.³⁵ Il existe toujours un risque que ces personnes n'aient pas suffisamment de connaissances pour fournir des réponses bien inspirées.³⁶

La participation de groupes marginalisés à une consultation n'a pas automatiquement en soi pour effet d'accroître la pertinence ou la représentativité.³⁷ En examinant les consultations de la population entreprises pour évaluer les opinions sur les changements apportés au système de santé roumain³⁸ ou encore les avis sur la réforme des soins de santé en Turquie³⁹, il devient évident que les opinions peuvent varier considérablement d'une personne à une autre et selon le groupe socio-économique. La participation d'une grande diversité de (sous-) groupes est donc extrêmement importante et

Évaluer l'écart entre les attentes et le statu quo en tant que principal objectif d'une consultation – un exercice difficile

elle ne saurait se limiter aux groupes qui sont les plus aisément disponibles et accessibles.

Parfois, associer l'intégralité de la population s'avère impossible. Dans ce cas, des critères de recrutement des participants doivent être établis, en gardant à l'esprit que tout critère de recrutement et de méthodologie, quelle qu'en soit la nature, introduira un certain biais dans la consultation puisque ces critères sont basés sur les préférences de l'institution qui entreprend cette démarche.

Une question centrale concernant la participation à une consultation de la population, est la gestion des attentes. Une étude canadienne portant spécifiquement sur ce point a mis en évidence ce problème :

Les représentants officiels anticipent la participation d'un grand nombre de personnes ; un nombre de participants inférieur à ce qui est attendu y prend part, ce qui donne une impression d'apathie de la part du public. Les représentants officiels s'attendent à ce que les citoyens aient une solide connaissance sur les points abordés ayant une contribution au processus d'élaboration des politiques ; certains participants ont une connaissance limitée des rouages de la politique, ce qui engendre un certain scepticisme quant à la valeur pratique de leurs contributions.⁴⁰

Dès le départ, les décideurs et les autres parties prenantes engagées dans la consultation doivent être conscients de leurs propres attentes ; cela peut aider à mettre en perspective la pertinence de l'exercice et favoriser un niveau de participation plus élevé.

L'un des principaux objectifs d'une consultation de la population est de mesurer les écarts entre les attentes de la population et la situation actuelle ou, en d'autres termes, la différence entre ce que la population perçoit avec le système actuel et ce que la population souhaiterait obtenir (à l'avenir). Il convient d'accorder une certaine attention à certains aspects du processus de consultation qui peuvent entraver l'appréhension exacte de ces écarts.

L'information recueillie doit toujours être replacée dans son contexte. À titre d'exemple, la consultation de la population en Turquie sur le processus de réforme de la santé a révélé que les personnes ayant un niveau de scolarité inférieur étaient moins satisfaites du système de santé turc que les personnes ayant un niveau d'éducation supérieur. À cet égard, il était essentiel de contextualiser ces résultats et de reconnaître que les personnes ayant les niveaux d'éducation moins élevés risquent davantage d'être exposées à des dépenses directes pour leur santé, ce qui entraîne un niveau plus faible de satisfaction.⁴¹

En outre, les points de vue et expériences individuels de certains répondants peuvent différer des vues de la communauté. Il est pratiquement impossible d'inclure l'ensemble des communautés dans des processus de consultation à l'échelle nationale, mais il faut toujours garder à l'esprit qu'il est nécessaire de replacer les points de vue individuels extrêmes dans leur contexte.

Il est important de replacer les données et autres informations recueillies dans leur contexte.

Opinions et besoins exprimés à l'adresse des décideurs politiques, sans que ces derniers ne les aient activement recherchés

Le présent chapitre porte surtout sur une consultation de la population se basant sur le fait qu'une institution publique cherche activement à recueillir l'opinion de la population et l'expression de ses besoins. Or, dans certains cas, ce n'est pas une institution publique qui est à l'origine de cette demande ; il se peut que ce soit la population ou certaines de ses composantes qui cherchent à transmettre un message aux décideurs politiques par un tel moyen. Le recueil des besoins et des opinions exprimés par la population ou des groupes de populations par le biais de « formes d'expression conventionnelles » (manifestations, protestations, grèves, pétitions) ou « formes d'expression non conventionnelles » d'engagement public (campagnes de diffusion massive de messages par Internet) peut s'avérer aussi important qu'une consultation en bonne et due forme. Le ministère de la Santé, les groupes de santé parlementaires ou tout autre intervenant public engagé dans le secteur doivent toujours se montrer réceptifs aux formes d'expressions spontanées ou organisées de l'opinion publique.

Il est également important de reconnaître que les médias sociaux jouent un rôle croissant dans l'expression de l'opinion publique. La population (ou certains groupes) peut trouver un accès facile aux plateformes de communication et aux moyens possibles de faire connaître leurs intérêts par Internet. Un ministère de la Santé peut vouloir en tirer parti et faire ainsi usage des réseaux sociaux pour interagir avec la population.

Cependant, il est essentiel de garder à l'esprit que les médias ont un rôle croissant, tendant généralement à prétendre faire écho à l'opinion publique mais ils ne sont pas nécessairement représentatifs de cette opinion publique. Il existe un risque que le plus visible soit bien entendu tandis que les composantes invisibles (et difficiles à atteindre) de la population n'auront sans doute pas accès à ces facilités.

Les intervenants publics du secteur de la santé doivent toujours se montrer ouverts à toutes les formes d'expression de l'opinion publique, qu'il s'agisse de consultations organisées officiellement, de formes conventionnelles d'expression telles que les manifestations ou les protestations, ou des formes non conventionnelles telles que les campagnes de diffusion massive de messages par internet ou via les réseaux sociaux.

Exemples de formes d'engagement pour les décideurs

Protestations

La réforme des soins de santé aux États-Unis (« Obamacare ») a conduit à une série de manifestations et de protestations, tant par ses partisans que par ses opposants. Les deux camps politiques ont utilisé ces manifestations pour promouvoir davantage leurs campagnes et leurs arguments. Pendant la réforme des soins de santé, le processus décisionnel a été fortement influencé et façonné par des formes d'expression spontanée de l'opinion publique.

Séances de consultation publique

En Allemagne, la plupart des parlementaires (y compris les ministres et la chancelière) tiennent des séances de consultation publique dans leurs circonscriptions électorales. Toute personne peut assister à ces séances et discuter de ce qu'elle considère comme important. Certains parlementaires proposent même des séances de discussion en ligne pour interagir avec le public.⁴²

Utilisation des réseaux sociaux pour communiquer avec la population

Le Conseil de promotion de la santé du ministère de la Santé de Singapour⁴³ et le ministère de la Santé et du Soins de longue durée de l'Ontario (Canada)⁴⁴ utilisent Facebook pour diffuser de l'information sur les questions de santé et communiquer avec le public. Les usagers peuvent laisser des commentaires, poser des questions et interagir avec le Conseil.

Le ministère de la Santé en Nouvelle-Zélande⁴⁵ et le département de la santé du Royaume-Uni⁴⁶ se servent de « Twitter » pour diffuser de l'information et réagir aux commentaires.

2.6.3 Assurer la communication et la restitution des résultats (ou feed-back)

Une restitution des résultats et un suivi concret et visible sont deux éléments clés pour développer la dynamique d'un cercle vertueux entre la population et la sphère politique, qui ont des implications positives sur le plan de la redevabilité et de l'appropriation du processus par le pays.

Lors de l'interaction avec le public, un aspect crucial est la gestion des attentes. Il convient de communiquer dès le départ sur l'objectif de la consultation, la raison pour laquelle la population est consultée et comment sa contribution à la consultation et les résultats de cette dernière seront utilisés.^{viii} En ce sens, il est également essentiel de restituer les résultats à la population sur l'aboutissement de la consultation. En outre, il est nécessaire de montrer que la consultation a donné lieu à un suivi, qu'elle a alimenté les processus décisionnels et conduit à des actions concrètes.

Garantir une restitution des résultats auprès de la population

Une restitution des résultats est indispensable. Cela démontre aux populations concernées l'intérêt qui est accordé à leurs opinions, points de vue et attentes mais aussi l'importance de la consultation pour les décideurs politiques. Une bonne communication sur la traduction de la contribution de la population à travers les décisions politiques est essentielle. Une telle restitution auprès de la population peut également avoir lieu à un autre stade du processus de planification, notamment pendant ou après l'exercice d'établissement des priorités.

Une autre raison de restituer les résultats est que cette étape assure une continuité dans l'interaction et les relations établies entre les autorités publiques et la population. Si aucune restitution

n'était assurée, la population pourrait par la suite se montrer hostile à une nouvelle consultation. Ce processus de restitution des résultats doit être pensé, planifié et budgétisé dès le départ, lors de la phase de planification initiale de la consultation.

Une étape dans le processus de restitution des résultats peut être la vérification des résultats par les membres disponibles de la communauté. Cette démarche peut s'avérer réalisable ou non, car en présence d'une certaine hétérogénéité au sein de la communauté, il peut être difficile de parvenir à ce que ses membres se « retrouvent » eux-mêmes dans le document de synthèse, éventualité qui peut être génératrice de ressentiment. Dans un tel cas, un effort de dialogue avec la communauté et une explication adéquate sur l'aboutissement des résultats pourraient avoir plus de sens.

La restitution des résultats peut être présentée sous des formes diverses, avec divers degrés d'interaction. La forme la plus directe consistera assurément à restituer directement les résultats aux personnes interrogées ou à l'ensemble de la communauté. Une autre méthode, moins directe, consistera à utiliser les médias, comme la presse, la télévision ou la radio, notamment avec des communiqués de presse ou des envois postaux pour diffuser des informations sur les résultats et le suivi de la consultation. Une méthode, des moins directes, est la mise en place d'un processus d'examen formel, par exemple à l'occasion d'un bilan annuel de secteur organisé par le ministère de la Santé.⁴⁷

Enfin, et sans considération dans la manière dont les résultats sont restitués, il est important de créer des mécanismes ou des plateformes de discussions transparentes grâce auxquels les résultats de la consultation peuvent être diffusés, discutés et ultérieurement remis en cause.

La restitution des résultats suite à une consultation de la population est indispensable ; elle montre à la communauté l'intérêt accordé à ses opinions, avis et attentes et assure une certaine continuité dans l'interaction et les relations établies au cours du processus de consultation entre les autorités publiques et la population.

^{viii} Il importe également d'offrir la possibilité de ne pas participer à la consultation. De toute évidence, une participation de tout ou partie de la population est préférable. Néanmoins, la communication avec la population et la préparation de la consultation devraient mettre en évidence les aspects volontaires de celle-ci et le fait que chacun est

libre de participer ou non, sans avoir à redouter de restrictions ou de sanctions en cas d'abstention. Et particulièrement les composantes les plus déshéritées de la population qui dépendent des services publics, doivent avoir l'assurance que leur (non-) participation à la consultation n'aura aucune incidence sur leur capacité à bénéficier des services publics.



© OMS / Christopher Black

Garantir un suivi et une pérennité de la dynamique instaurée parmi la population et avec les parties prenantes

Le suivi de la consultation consiste principalement à traduire les résultats en priorités puis, en décisions politiques.

Le suivi de la consultation consiste principalement à traduire les résultats en priorités puis en décisions politiques. Comme mentionné précédemment, la restitution des résultats à la population et la validation de sa contribution – par rapport aux résultats de la consultation – constituent une première étape de ce processus. Les étapes suivantes incluent la traduction de la contribution de la population dans les recommandations politiques, puis dans la conception des politiques.

Il est important de se rendre compte que la consultation de la population génère en elle-même des attentes. Ces attentes appellent une réponse, et la communication sur les mesures envisagées en est une des clés. Ces attentes peuvent même créer des dynamiques conduisant à une pérennité des liens et à un engagement accru, opportunité qui ne doit pas être manquée par les décideurs. Lors de cer-

taines consultations, un effet secondaire positif inattendu se produit, en raison de l'interaction continue avec la population : des communautés et groupes de population trouvent eux-mêmes des idées créatives et innovantes par le biais de discussions et de débats, conduisant à des solutions locales à leurs propres problèmes.⁴⁸

Une consultation peut également servir de point d'entrée pour l'introduction d'un lien d'échanges permanent entre le secteur public et la population, par exemple avec la mise en place d'un médiateur.^{IX}

Quelle que soit la manière d'assurer le suivi, une consultation de la population sans suivi (et uniquement concernant la consultation) doit être évitée. Le processus de suivi ainsi que le plan de communication doivent être envisagés, planifiés et budgétisés dès le stade de la planification du processus de consultation.

^{IX} Le Canada offre l'exemple d'un système bien établi de médiateurs officiant dans le secteur public comme dans le secteur privé. Voir : Forum of Canadian Ombudsmen, www.ombudsmanforum.ca

2.7 Comment mesurer la réussite d'une consultation de la population

En résumé, pour qu'une consultation de la population soit une réussite, il est important de :

concevoir une approche méthodologique satisfaisante pour évaluer les besoins et les opinions d'une population ;

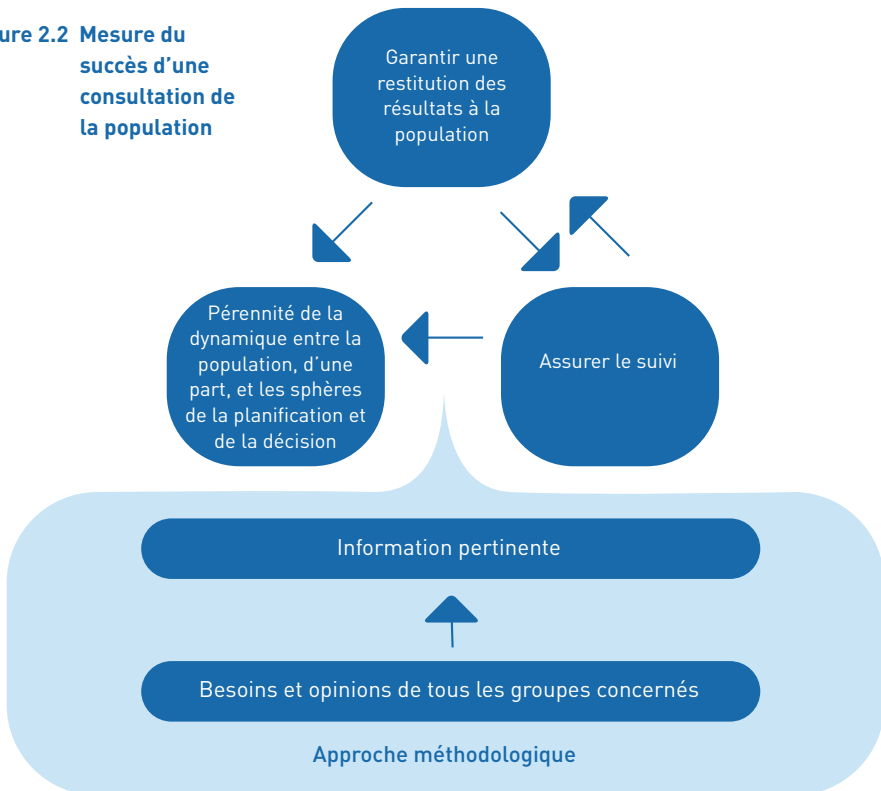
veiller à traduire et adapter convenablement les approches méthodologiques choisies à la réalité du pays ;

garantir une utilisation optimale des résultats ainsi que la viabilité de la consultation par des actions de suivi responsables ;

intégrer les priorités identifiées au cours de la consultation dans le processus de planification et créer une stratégie/un plan/une politique axés sur la demande ;

introduire une régularité de la consultation afin qu'elle alimente de manière crédible le processus d'examen national (bilan annuel conjoint - Joint annual review JAR ; examen à mi-parcours - mid-term review MTR) et procure régulièrement des informations aux décideurs.

Figure 2.2 Mesure du succès d'une consultation de la population



L'un des principaux objectifs d'une consultation de la population est de contribuer à l'analyse de situation, aux processus d'établissement des priorités et de prise de décision, ainsi que de soutenir les efforts de suivi et d'évaluation. Une consultation réussie et efficace devrait aller plus loin et donner lieu à une restitution des résultats, générer une logique d'action de suivi et introduire une certaine régularité en matière d'interaction entre les institutions publiques et la population. La restitution des résultats à la population est un mécanisme très puissant pour intégrer l'opinion et les besoins de la population dans le processus décisionnel des politiques. Dans le même temps, il est possible de renforcer la viabilité des relations entre les décideurs et la population.

La consultation de la population doit idéalement être suivie de l'analyse de situation, l'une et l'autre devant alimenter le processus de définition des priorités de la planification nationale (de la santé). Bien sûr, ces processus de planification nationale ne sont pas linéaires. Dans certains cas, il pourrait être très utile de mener à bien des travaux d'analyse avant de s'engager dans une consultation afin d'avoir une meilleure compréhension des questions à soulever.

Sur le long terme, la consultation s'avère être un point de réflexion et de correction des politiques. Chaque exercice de consultation doit être assorti de la preuve que les résultats de celle-ci ont été activement intégrés dans le processus de planification.

La plupart des consultations de la population dans le secteur de la santé ont été, jusqu'à ce jour, considérées comme des exercices ponctuels, ce qui peut ne pas aboutir aux résultats escomptés. La répétition ou la régularité d'un

tel exercice doit être recherchée car il crée une base de connaissances aidant à interpréter correctement les données. Il permet également aux participants de se familiariser avec le processus et contribue à faire progresser leur apprentissage en la matière.

En résumé : Avons-nous fait du bon travail ?

- ✓ La méthodologie choisie a été utilisée de manière adéquate et adaptée au contexte national pour évaluer les besoins et les opinions de l'ensemble (ou d'une partie ciblée) de la population.
- ✓ Les résultats ont été restitués à la population après la consultation, puis un plan d'action de suivi mûrement réfléchi et responsable a été élaboré et mis en œuvre.
- ✓ Les priorités identifiées lors de la consultation ont été intégrées dans le processus de planification et une stratégie/un plan/une politique axée sur la demande a été élaboré(e).
- ✓ Dans l'avenir, la consultation se déroulera sur une base régulière, alimentera le processus d'examen national (JAR, MTR) et procurera régulièrement des informations aux décideurs politiques.

Une consultation réussie et efficace doit donner lieu à une restitution des résultats, générer une logique d'action de suivi et introduire une certaine régularité en ce qui concerne l'interaction entre les institutions publiques et la population.

2.8 Et si ... ?

Certains pays peuvent être confrontés à des situations délicates et difficiles, où il n'est pas facile d'entreprendre une consultation de la population, ou à certaines conditions, nécessitant des approches plus flexibles. Nous allons aborder ci-après quelques scénarios « et si », de manière à illustrer quelques-uns des problèmes les plus courants qui se posent lors de la planification ou l'entreprise d'une consultation de la population.

2.8.1 Et si votre pays est doté d'une organisation décentralisée ?

Pour entreprendre des consultations de la population dans les pays décentralisés,^x qu'il s'agisse d'une décentralisation politique (système fédéral) ou d'une décentralisation géographique (par exemple, un archipel), il est nécessaire d'examiner leurs antécédents constitutionnels et leurs cadres juridiques. En règle générale, les conditions de réalisation des enquêtes de la population et des référendums au niveau national ou au niveau local et les responsabilités qui s'y attachent sont clairement définies et réglementées (voir Encadré 2.8).

Encadré 2.8

Suisse : exemple de règles et de règlements opérant entre les entités nationales (confédérales) et les entités cantonales et la manière dont ils influencent le paysage de la santé

La Suisse est l'un des rares pays où sont régulièrement entrepris des référendums. En outre, ce pays est un exemple intéressant en raison de son degré élevé de décentralisation : les cantons jouissent d'une forte autonomie et sont solidement impliqués dans toutes les phases du processus décisionnel politique au niveau confédéral (ou national). Même si les cantons sont responsables des soins de santé, y compris concernant son financement, la loi fédérale sur l'assurance maladie (LAMal) régit la politique des soins de santé au niveau confédéral.

En 2007 puis, à nouveau en 2014, la population a été appelée à décider de réformer – ou ne pas réformer – le système d'assurance maladie et d'abolir les caisses privées à but non lucratif pour instaurer une caisse d'assurance maladie unique, administrée par les pouvoirs publics.

Les deux fois, la population suisse a voté contre la réforme. Il appartient désormais aux cantons (niveau infranational) d'assumer les conséquences financières et administratives de cette décision. Dans la plupart des autres pays, la réforme aurait eu des répercussions sur les règlements et les lois au niveau national.

^x Pour une discussion plus approfondie concernant la dimension, le degré et l'étendue de la décentralisation affectant le contenu et le processus de la planification de la santé, se reporter au chapitre 10 du guide pratique.

Dans la perspective d'une consultation, la décentralisation peut apparaître comme un atout pour faire participer la population par voie de consultation, en particulier pour le suivi.

Dans la perspective d'une consultation, la décentralisation peut apparaître comme un atout pour faire participer la population par voie de consultation, en particulier pour le suivi. Les entités infranationales (par exemple les cantons) tendent à être plus proches de la réalité et des conditions de vie de la population. On suppose qu'une approche de planification ascendante, favorisée par un système décentralisé, qui inclut une participation à la planification et au débat politique à travers la consultation, augmente la réactivité d'un gouvernement / ministère de la Santé aux besoins et aux attentes de la population locale.⁴⁹ Les politiques nationales devant être adaptées à différents contextes infranationaux (locaux), bénéficieront de consultations menées au niveau local.

Dans le même temps, les zones éloignées peuvent être mieux intégrées au processus de détermination des priorités, lorsque la conception de la consultation elle-même épouse une approche décentralisée. Les institutions locales peuvent se trouver renforcées lors des négociations sur l'allocation des ressources au niveau national, en fournissant des éléments de preuves éclairées sur les besoins et les demandes.

Les lois et règlements concernant les rôles et les responsabilités des niveaux national et infranational doivent servir de guide principal. Cependant, même si l'un des deux niveaux peut primer sur l'autre, il est important de garder

à l'esprit qu'une consultation de la population peut générer des éléments de preuves factuelles et des informations utiles qui idéalement, alimentent l'élaboration des politiques puis leur mise en œuvre, laquelle incombe à tous les niveaux de l'État. Par conséquent, il peut être utile d'informer tous ces niveaux et d'actualiser régulièrement ces informations sur la consultation, de les inclure dans toutes les étapes de la consultation puis du processus de suivi. Dans ce cas, la coordination entre les différentes parties prenantes sera plus complexe puisqu'elle ne s'effectue pas simplement dans un sens horizontal (entre les différentes parties prenantes), mais aussi dans le sens vertical (entre les différents niveaux de l'État).

Il n'est parfois pas nécessaire d'entreprendre une consultation à l'échelle du pays, mais seulement avec certains groupes de population. Il convient alors de déterminer avant la consultation si la région, la zone ou le groupe de population devant être consulté(e) fait partie d'un seul État fédéral ou peut être réparti(e) dans différents États. Dans ce dernier cas, les limites administratives ne doivent pas entraver le recueil des avis et opinions de l'ensemble de la population visée.

Le Tableau 2.2 donne une indication des aspects à prendre en considération lors d'une consultation de la population dans un contexte décentralisé, conformément au canevas prévu pour un tel processus, développé au cours de ce chapitre.

Table 2.2 Aspects à prendre en considération lorsque l'on procède à une consultation de la population dans un pays doté d'une administration décentralisée

MESURE PRÉCONISÉE	IMPLICATIONS DANS UN SYSTÈME DÉCENTRALISÉ
<p>Concevoir une approche méthodologique satisfaisante pour évaluer les besoins et les opinions d'une population</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Inclusion assurée des niveaux national et infranational dans la conception de la méthodologie. ▶ Les acteurs ayant des postes qui n'existent qu'au niveau infranational (par exemple, ministère régional de la Santé, organisations locales, associations professionnelles), de même que ceux qui n'existent qu'au niveau national (ministère fédéral de la Santé, groupes parlementaires, ministères des Finances et du Plan, associations professionnelles) sont informés et associés comme il convient.
<p>Veiller à traduire et adapter de manière adéquate les approches méthodologiques choisies à la réalité du pays</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ La méthode d'enquête retenue est conforme au cadre juridique et constitutionnel considéré. ▶ La répartition des rôles et responsabilités entre les niveaux national et infranational a été clarifiée. ▶ Les niveaux national et infranational sont adéquatement associés aux préparatifs et au suivi de la consultation. ▶ La conception méthodologique de la consultation a été taillée sur mesure pour tenir compte de différences caractéristiques entre composantes de la population (par exemple, diversité linguistique, disparité de conditions de vie inhérente à des différences de services et dans les droits aux prestations).
<p>Assurer la pérennité de la consultation par la restitution des résultats et une action de suivi responsable</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Les résultats de la consultation sont rendus accessibles à tous les niveaux concernés. ▶ Le suivi des résultats est visible au niveau national comme au niveau infranational - chaque niveau responsable de la mise en œuvre du plan d'action de suivi a été clairement déterminé.
<p>Intégrer les priorités identifiées grâce à la consultation dans le processus de planification et créer une stratégie/un plan/une politique axés sur la demande</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Les procédures de planification aux niveaux national et infranational bénéficient également des résultats de la consultation. ▶ Les niveaux national comme infranational sont redevables à l'égard de la population des résultats de la consultation, sans considération du niveau auquel la consultation a été menée.
<p>Assurer une régularité de la consultation afin qu'elle alimente de manière crédible le processus d'examen national (JAR, MTR) et procure régulièrement des informations aux décideurs.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Les processus d'examen au niveau national sont conçus de manière à permettre l'inclusion des résultats des processus de consultation sous-nationaux, et vice versa.

2.8.2 Et si la division et/ou la fragilité posent un problème dans votre pays ?

Les pays en crise nécessitent une stratégie de santé et une démarche de planification particulièrement adaptées à la dynamique de leur situation - une consultation de la population peut s'avérer extrêmement utile de ce point de vue.

La présente section examine la façon d'entreprendre une consultation de la population dans un contexte de fragilité. Ce terme de « fragilité » désigne un pays dans lequel le rôle de l'État est limité dans certains domaines, c'est-à-dire « où l'État n'a pas la capacité administrative (matérielle ou institutionnelle) d'exercer un contrôle effectif sur les activités s'exerçant dans les limites de ses propres frontières ».⁵¹

Les pays en crise nécessitent une stratégie de santé et une démarche de planification particulièrement adaptées à la dynamique de leur situation - une consultation de la population peut s'avérer extrêmement utile de ce point de vue. Cependant, les contextes fragiles sont généralement fortement dépendants de l'aide, les donateurs influençant le débat politique et les processus de définition des priorités. Les besoins et attentes identifiés lors d'une consultation doivent certainement être défendus contre les priorités avancées par les donateurs.

Néanmoins, dans un contexte où les efforts doivent être concentrés et que les capacités financières et en ressources humaines sont faibles, une consultation de la population peut être un bon moyen de soutenir l'identification des domaines prioritaires, mais aussi de mesurer de façon réaliste les ressources qui pourraient être nécessaires.

Envisager une consultation de la population et les conditions préalables

Il est possible de procéder à une consultation de la population dans un pays avec :

- ▶ un gouvernement politiquement légitime mais techniquement faible, avec un ministère de la Santé disposé à développer les soins de santé ;
- ▶ un gouvernement absent, désintéressé ou encore sans ressources, qui laisse à la fois la formulation de la politique et la dispense des soins de santé à d'autres acteurs.

Dans de telles situations, le ministère de la Santé peut avoir la capacité de mener la consultation, mais avec le soutien d'autres acteurs.

Il peut s'avérer difficile – sans pour autant être impossible – de mener une consultation de la population dans un pays stable mais pauvre et vulnérable, où les autorités compétentes en matière de santé ne peuvent jouer un rôle de premier plan dans le domaine de la santé (malgré leur mandat légitime). La consultation peut donc être menée par une partie neutre, soutenant le ministère de la Santé.

Il est impossible de procéder à une consultation de la population dans un pays :

- ▶ où le gouvernement reconnu est officiellement chargé du domaine de la santé, mais se trouve en opposition avec des donateurs puissants pour des raisons politiques ou des motifs touchant aux droits de l'homme ;
- ▶ en proie à une instabilité chronique, où les pouvoirs publics sont contestés, les détenteurs du pouvoir en compétition et les conflits non résolus.

Concevoir une approche méthodologique satisfaisante pour évaluer les besoins et les opinions d'une population

Lors de la conception d'une approche méthodologique de consultation de la population dans un contexte sous tension, il est essentiel de vérifier s'il est possible d'un point de vue logistique et de faisabilité au regard des impératifs de sécurité, de procéder à une telle consultation. Des scénarios fragmentés et instables peuvent constituer un fardeau supplémentaire pour la faisabilité de la consultation. En outre, il pourrait y avoir des contraintes en termes de ressources et de capacités qui nécessitent d'être abordées avec prudence.⁵²

Dans les pays fragilisés/fragmentés, en raison des contraintes politiques et financières, il existe un découplage marqué entre les politiques en vigueur, les plans et les réalités. L'objectif de la consultation doit donc principalement être axé sur l'identification des priorités, pour parvenir à intensifier l'engagement du gouvernement dans l'amélioration des conditions de vie.

Néanmoins, même en tenant compte des difficultés logistiques et politiques particulièrement exigeantes pour recueillir les besoins et opinions de la population, une consultation de la population peut être l'une des rares occasions d'accroître son implication avec les groupes de population isolés et difficiles à atteindre. À cet égard, une démarche de « bonne gouvernance » peut même être favorisée par le processus de consultation.^{XI}

En outre, la consultation peut être conçue de manière plus globale pour identifier les facteurs contextuels clés qui doivent être pris en considération dans l'élaboration de stratégies et de plans de santé, car ces facteurs sont fortement dépendants de la situation du pays au moment considéré.

Considérant que la documentation ainsi que l'information quantitative et qualitative concernant la santé de la population peuvent ne pas être disponibles ou difficiles à récupérer, une consultation de la population, lorsqu'elle a lieu, peut également servir à mettre l'accent sur les besoins de la population et l'état de santé, et pas seulement à évaluer ses attentes.

Même en tenant compte des difficultés logistiques et politiques particulièrement exigeantes dans des milieux fragiles, une consultation de la population peut être l'une des rares occasions d'accroître son implication avec les groupes de population isolés et difficiles à atteindre.

^{XI} Pour une discussion sur l'inclusion de groupes de population dans les politiques et les processus décisionnels à la lumière d'une « bonne gouvernance », voir : Fonds des Nations Unies pour la démocratie (FNUD) (<http://www.un.org/democracyfund/>, consulté le 4 janvier 2016).

Veiller à traduire et adapter de manière adéquate les approches méthodologiques choisies à la réalité dans le pays

L'approche méthodologique utilisée pour une consultation de la population dans un contexte fragile doit être bien pensée et ajustée aux conditions de vie de la population.

L'adaptation des approches méthodologiques au contexte du pays, et particulièrement la prise en considération des moyens d'atteindre toutes les parties (concernées) de la population, peut être difficile. Comme discuté précédemment, la conception d'approches adaptées au contexte est essentielle à cet égard. Toutefois, outre la difficulté d'atteindre certains groupes, la fragilité et l'instabilité politique - allant souvent de pair avec un manque de confiance dans les institutions gouvernementales - peuvent amoindrir encore davantage l'intérêt d'une population à participer à ce type d'exercice.⁵³ Il est donc important d'ajuster l'approche méthodologique aux conditions de vie de la population ; les composantes dites difficiles à atteindre de la population, peuvent même l'être encore plus lorsque le climat politique et sécuritaire n'apporte aucun réconfort. Il est donc déterminant de concevoir une approche bien adaptée et recourir à des méthodologies taillées sur mesure. En raison du degré élevé de fragilité, les généralisations à l'échelle du pays doivent être évitées lors de l'analyse des résultats de la consultation. Lors de la conception de la consultation, il est également important de garder à l'esprit que les lieux affectés par la violence peuvent être mieux desservis que d'autres vivant dans un climat pacifique, en raison d'une forte représentation des donateurs et des investissements soutenus par l'aide.

Dans ce genre de scénario, il est encore plus important d'être précis et d'aller au fond des choses lors de la conception d'une approche taillée sur mesure. Ces approches doivent être adaptées aux conditions particulières des groupes de populations isolés politiquement et géographiquement.

- ▶ Un éclatement géographique ; par exemple des déplacements de population dus à des catastrophes naturelles, constitue une charge logistique supplémentaire dans la consultation, du fait que la population à consulter se disperse probablement sur un vaste territoire. Si l'éclatement n'est pas d'ordre géographique
- ▶ mais d'ordre politique, il faut prendre en considération les sensibilités politiques. Par exemple, une consultation intervenant dans un environnement éclaté, marqué par de fortes hiérarchies, risque de renforcer de telles hiérarchies et, en outre, marginaliser davantage les groupes difficiles à atteindre.⁵⁴

Assurer la viabilité des résultats de la consultation par une restitution et une action de suivi responsable

Sous une perspective plus politique, dans des contextes de divisions (politiques et/ou géographiques), il existe, comme souligné précédemment, un risque d'utilisation des résultats de la consultation de la population selon des priorités d'ordre politique. Dans ce sens, il faut être conscient du fait que l'éclatement d'une société peut être reflétée dans les résultats de la consultation - en fonction du groupe de population considéré et de ses rapports avec les pouvoirs publics/le ministère de la Santé. Ceci sera encore plus marqué dans un contexte conflictuel, où les consultations peuvent être utilisées pour accroître le soutien de l'un des groupes antagonistes.

Vu sous un angle différent, une consultation de la population peut également constituer une opportunité. Faire des choix éclairés dans un contexte de fragilité politique peut être l'un des résultats d'une consultation de population et peut aboutir à une situation politique plus viable. En assurant un suivi rigoureux des résultats de la consultation de la population, il est possible de changer la façon dont les décisions sont prises.

De ce fait, les actions de suivi doivent être considérées comme l'un des éléments les plus déterminants de la consultation. Même si la situation politique est trop difficile pour mettre immédiatement en place de telles actions, une restitution des résultats à la population doit néanmoins être assurée.

Même dans des contextes de fragilité, les consultations peuvent contribuer à modifier la dynamique de la situation.



Identifier les priorités grâce à la consultation, pour soutenir le processus de planification nationale ou de renforcement des systèmes dans le domaine de la santé

Dans une phase de forte fragilité ou instabilité, la conception d'un nouveau plan national peut être irréalizable. Les résultats de la consultation de la population, plutôt que de jeter les bases d'un plan national bien conçu, peuvent être utilisés pour soutenir une planification partant de la base, en intégrant les demandes et les besoins dans la construction d'un système fonctionnel.

Dans ce cas, la conception méthodologique de la consultation doit être ajustée afin que les priorités identifiées soient un support dans le processus de renforcement du système. Il s'agit donc de se concentrer sur les objectifs concrets visant à améliorer la santé de la population, plutôt que de définir une vision conceptuelle qui pourrait s'avérer inutile dans la situation actuelle du pays.

Dans un contexte où les capacités financières et en ressources humaines sont faibles, une consultation de la population peut contribuer à identifier des domaines prioritaires et à estimer les ressources qui pourraient être nécessaires.

Cela étant, il est également important de considérer que les informations recueillies peuvent finalement ne pas être suffisantes pour soutenir les efforts de construction du système. La fragilité et l'instabilité politique peuvent diminuer la capacité et l'intérêt de la population, de même que les facilités d'accès nécessaires à sa participation à ce genre d'exercice.

Dans les contextes où une partie du pays est très accessible, il est possible de mener une consultation dans la zone considérée. Cependant, la fiabilité et la représentativité des résultats peuvent devenir une question préoccupante étant donné que les zones ouvertes aux initiatives gouvernementales/du ministère de la Santé dans un environnement (politiquement) instable peuvent ne pas être politiquement neutres. L'inclusion d'un facilitateur indépendant pour la consultation (par exemple, un institut de recherche) peut accroître sa légitimité.

Introduire une régularité de la consultation afin qu'elle alimente de manière crédible le processus d'examen national (JAR, MTR) et procure régulièrement des informations aux décideurs

Surtout dans un contexte d'éclatement et de fragilité, il sera toujours essentiel de se pencher sur les coûts de l'opération de la consultation. Si la situation de détresse que connaît le pays est due à un environnement politique fragile ou à des troubles politiques, ces coûts pourraient s'avérer trop élevés pour mener une consultation de la population ou instaurer une certaine régularité de ce processus.

Cependant, même dans une situation de détresse, les bénéfices potentiels de l'exercice peuvent surpasser les coûts de l'opération. Par conséquent, une analyse rigoureuse de l'environnement dans lequel la consultation devrait se dérouler est nécessaire, ainsi qu'une étude sérieuse des avantages potentiels et des conséquences négatives. Même si ce travail peut exiger beaucoup de ressources dans des contextes de fragilité, le suivi des évolutions et l'évaluation de la mise en œuvre peuvent être particulièrement importants : une consultation de la population menée régulièrement peut être un atout à cet égard.

Le Tableau 2.3 résume certaines des questions à envisager lors de la planification d'une consultation de la population dans un environnement fragile. Les pays sous tension ne seront probablement pas en mesure de satisfaire tous les critères proposés. Pour qu'une consultation soit une réussite, il est essentiel de peser soigneusement chacun de ces critères.

Tableau 2.3 Aspects à prendre en considération lorsque l'on procède à une consultation de la population dans un contexte de fragilité étatique

MESURE PRÉCONISÉE	IMPLICATIONS DANS UN CONTEXTE DE FRAGILITÉ
Concevoir une approche méthodologique satisfaisante pour évaluer les besoins et les opinions d'une population	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Les avantages potentiels de la consultation l'emportent-ils sur les coûts ? ▶ Les arrangements logistiques sont-ils réalisables et ne constituent-ils pas une charge inacceptable pour le pays ? ▶ Les ressources humaines et financières ainsi que leurs capacités sont-elles suffisantes pour gérer le processus de consultation ? ▶ La méthodologie se concentre-t-elle sur l'identification des priorités de manière à accroître l'engagement du gouvernement dans l'amélioration des conditions de vie de la population ?
Veiller à traduire et adapter de manière adéquate les approches méthodologiques choisies à la réalité du pays	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Les intérêts politiques ou la fragilité et l'instabilité du contexte ne compromettent-ils pas les efforts visant à atteindre toutes les parties (concernées) de la population (difficiles à atteindre) ? ▶ Si seulement une partie de la population peut être atteinte en raison d'une inaccessibilité politique ou géographique, le résultat de la consultation peut-il encore être considéré comme représentatif ? ▶ La population se sent-elle à l'aise et en sécurité pour participer à la consultation ? ▶ La population se sent-elle libre d'exprimer ses opinions et ses besoins en toute franchise, même si ses réponses pourraient refléter la situation politique difficile que connaît le pays ? ▶ Les sensibilités politiques susceptibles d'influencer le processus et les résultats de la consultation sont-ils pris en considération ?
Assurer la pérennité de la consultation par la restitution des résultats et une action de suivi responsable	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Les résultats de la consultation seront-ils utilisés de manière neutre, loin de toute interprétation politique arbitraire de la part de camps (politiques) opposés ? ▶ Les mesures de suivi seront-elles possibles, même en cas de changement de la situation sur le plan sécuritaire et le contexte politique du pays ? ▶ Les résultats de la consultation sont-ils suffisamment fiables pour être représentatifs, malgré un éventuel manque de contrôle des procédures de collecte d'informations ?
Identifier les priorités grâce à la consultation pour soutenir le processus de planification nationale ou de renforcement des systèmes dans le domaine de la santé	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Les priorités identifiées à travers la consultation peuvent-elles être utilisées pour soutenir les processus de planification et/ou de renforcement des systèmes ? ▶ Les priorités peuvent-elles être identifiées et traduites en lignes d'action concrètes ? ▶ Les informations recueillies dans le cadre de la consultation suffiront-elles à justifier la finalité de la consultation ? ▶ Les engagements des donateurs ont-ils été coordonnés et leurs efforts ont-ils été harmonisés pour soutenir les processus d'établissement des priorités sur base des résultats de la consultation ?
Assurer une régularité de la consultation afin qu'elle alimente de manière crédible le processus d'examen national (JAR, MTR) et procure régulièrement des informations aux décideurs	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Les coûts de l'opération d'une consultation de population sont-ils trop élevés pour en introduire la régularité ? ▶ Est-il prévu de procéder à des bilans pour lesquels les résultats de la consultation seraient utiles ? ▶ La politique et les décideurs seront-ils en mesure de tirer parti de la consultation ?

2.8.3 Et si votre pays est fortement dépendant de l'aide ?

Un pays fortement dépendant de l'aide extérieure peut pâtir de deux sortes de contraintes majeures lorsqu'il envisage de mener une consultation de la population au cours d'un processus de planification dans le domaine de la santé.

- (a)** Dans un contexte de forte dépendance de l'aide, les priorités des donateurs peuvent influencer le processus de définition des priorités et d'élaboration de l'agenda. Ces priorités, ainsi que les préférences stratégiques, ne sont pas nécessairement le reflet de la situation du pays considéré, mais peuvent être définies par la politique intérieure du pays donateur, que ce soit par le biais d'un soutien direct de la part du donateur ou par le biais d'un soutien indirect via les Initiatives mondiales pour la santé.⁵⁵ Une telle situation peut générer un autre risque.
- (b)** Les pays fortement dépendants de l'aide étrangère pâtissent souvent d'une « verticalisation » de leur secteur de la santé en raison d'approches spécifiques au programme ou de priorités programmatiques des donateurs externes.

La méthodologie et la faisabilité d'une consultation peuvent ne pas nécessairement être liées à une dépendance faible ou élevée à un donateur. La question est plutôt de savoir si un degré élevé de dépendance à l'aide extérieure peut influencer le déroulement ainsi que les résultats de la consultation. Pour mieux comprendre de quelle façon la consultation risque d'en être affectée, les décideurs doivent peut-être analyser la situation de leur pays et évaluer : a) dans quelle mesure les donateurs exercent une influence sur l'autonomie politique et, par conséquent, sur l'établissement des priorités du gouvernement ; b) les forces et les faiblesses institutionnelles et du système de santé.

Sur la base d'une telle évaluation, il pourrait être plus facile de comprendre comment la consultation peut être entreprise, quelle est sa finalité et comment le soutien des donateurs peut être utile sans pour autant introduire de distorsions dans le déroulement ou les résultats de la consultation. Du point de vue

d'un ministère de la Santé, il peut être déterminant d'étudier les gains attendus de la consultation. Une consultation de la population dans un contexte de dépendance à l'aide peut être utilisée comme moyen de fournir des informations fondées sur des données probantes pour soutenir les négociations entre les partenaires de développement et le gouvernement, ce qui contribuera à rendre à ce dernier son autonomie politique.⁵⁶

Les résultats de la consultation peuvent même être utilisés pour répondre aux besoins et opinions nationaux ou locaux, en échange des priorités extérieures. Si les donateurs extérieurs ont besoin de se justifier dans leur propre pays [au moyen d'une belle réussite à mettre en avant], ils peuvent appuyer leurs arguments d'accomplissement à travers une consultation publique. Les décisions politiques et les actions basées sur les résultats d'une consultation de population sont plus susceptibles d'être soutenues par les communautés, ce qui peut également accroître la probabilité de succès. Que ce soit directement ou indirectement (grâce à la publicité), la réussite des programmes peut attirer le financement des donateurs. Les partenaires extérieurs pour le développement peuvent même être considérés comme une source de financement, au même titre qu'une source d'appui technique et logistique pour la consultation.

Un deuxième facteur est une participation active des groupes de population concernés dans le processus de formulation des politiques [dans ce cas, par la voie de la consultation] qui peut également conduire à une amélioration de la qualité de l'aide fournie par les acteurs extérieurs. Une consultation de la population peut servir de mécanisme de contrôle concernant la qualité ainsi que la conformité des structures locales.⁵⁷ De nombreuses initiatives nationales et internationales (Partenariat de Busan ; Partenariat international pour la santé - IHP+ ; Déclaration de Paris) cherchent à améliorer l'efficacité de l'aide et l'efficacité des pratiques ainsi que le comportement individuel des donateurs afin que l'engagement de ces derniers s'aligne sur les priorités nationales, telles que définies

La dépendance à l'égard de donateurs n'a pas nécessairement une incidence sur la méthodologie et la faisabilité de la consultation, mais peut influencer le processus et les résultats de la consultation.

dans la stratégie ou le plan national pour la santé.⁵⁸ Le ministère de la Santé ne doit pas hésiter à rappeler leurs engagements à la communauté des donateurs (à cet égard, l'OMS peut être un interlocuteur utile).

Le Tableau 2.4 fournit quelques suggestions des aspects à prendre en considération lors d'une consultation de la population dans un contexte fortement dépendant de l'aide extérieure.

Le Tableau 2.4 Aspects à prendre en considération lorsque l'on procède à une consultation de la population dans un contexte de forte dépendance à l'aide

RECOMMENDED ACTION	IMPLICATIONS FOR AN AID-DEPENDENT SETTING
Concevoir une approche méthodologique satisfaisante pour évaluer les besoins et les opinions d'une population	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Lors de la définition des méthodes et de la décision de qui doit être associé (parties prenantes), il peut être nécessaire d'impliquer et de consulter des partenaires extérieurs tout en préservant l'indépendance de la consultation. ▶ La consultation peut être utilisée comme outil pour tenir compte des besoins et opinions exprimés dans un contexte national ou local, envers et contre des priorités extérieures. Par conséquent, il est important de ne pas s'attarder sur des imperfections d'ordre méthodologique, conceptuel ou procédural et de se montrer particulièrement précis et exact dans la conception de l'approche.
Veiller à traduire et adapter de manière adéquate les approches méthodologiques choisies à la réalité dans le pays	<ul style="list-style-type: none"> ▶ L'engagement d'un donateur dans un processus de consultation peut modifier la dynamique de ce processus et sa perception au sein de la population, ce qui risque d'influencer les résultats.
Assurer la pérennité de la consultation par la restitution des résultats et une action de suivi responsable	<ul style="list-style-type: none"> ▶ L'orientation de la demande est basée sur les priorités identifiées dans la consultation ; dans certains cas, elle peut s'avérer incompatible avec des approches propres aux programmes des donateurs. Un plan de suivi doit tenir compte des divergences possibles.
Intégrer les priorités identifiées grâce à la consultation dans le processus de planification et créer une stratégie/un plan/une politique axés sur la demande	<ul style="list-style-type: none"> ▶ En plus de la consultation sur la population, les partenaires au développement peuvent toujours effectuer leurs propres analyses (ou même procéder à leur propre consultation) sur un programme spécifique ou sur l'interprétation des conditions de vie de la population. Cet aspect doit être clarifié à l'avance. ▶ Les engagements des bailleurs de fonds peuvent être coordonnés et leurs efforts harmonisés pour soutenir les processus d'établissement des priorités en fonction des résultats de la consultation.
Assurer une régularité de la consultation afin qu'elle alimente de manière crédible le processus d'examen national (JAR, MTR) et procure régulièrement des informations aux décideurs	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Il convient de prendre en considération le fait que les personnes bénéficiant d'une aide extérieure peuvent ne pas percevoir la différence entre les acteurs extérieurs et les acteurs nationaux (par exemple, au niveau de la prestation de services). Dans certains cas, cela peut fausser les résultats de la consultation et même influencer sur l'aboutissement des processus d'examen nationaux.



2.9 Conclusion

Une consultation de la population a toujours des effets positifs sur l'interaction entre les décideurs politiques et la population, même si cette consultation n'est en soi qu'une première étape. Le poids politique d'une consultation de la population en termes d'influence sur le dialogue politique ne doit pas être sous-estimé.

Une consultation de la population est une source déterminante d'informations pour les décideurs et acteurs politiques et, pour les acteurs non gouvernementaux, un élément essentiel leur permettant d'influencer les politiques d'une manière qui reflète les besoins perçus de la population. Les consultations de la population permettent une appropriation croissante de la politique et des plans par la population, augmentant du même coup les chances de réussite de sa mise en œuvre. En outre, en favorisant une consultation régulière de la population et en donnant suite à ses résultats, un gouvernement apporte la preuve de sa transparence et de sa redevabilité.

Les méthodes de consultation de la population les plus courantes évoquées dans ce chapitre se différencient entre elles par leur complexité, leurs besoins en ressources et leur portée ; le face-à-face avec un(des) vaste(s) échantillon(s) de population ; les méthodes de consultation avec des participants invités, émanant de différents groupes de la population ; les enquêtes auprès de groupes de population sélectionnés ou invités ; les entretiens individuels directs.

Un pays peut choisir l'une de ces méthodes ou une combinaison de celles-ci, en fonction de ses objectifs, de ses capacités et de ses ressources.

Au mieux, les résultats de la consultation alimentent le processus de définition des priorités du processus national de planification de la santé. La consultation de la population démontre pleinement son utilité lorsqu'elle est intégrée comme une étape essentielle du processus d'un cycle de planification. Les différentes étapes de la planification peuvent s'appuyer sur ses résultats. Considérant que la consultation constitue la seule et unique possibilité pour les décideurs d'interagir directement avec la population, et permet de définir conjointement les priorités au cours du processus de planification, les décideurs politiques ne doivent pas hésiter à profiter de cette occasion unique.

Une planification nationale de la santé judicieuse est une partie essentielle dans l'objectif d'atteindre une couverture sanitaire universelle. À cet égard, une consultation de la population assure une base solide au processus de planification, établissant le lien entre des facteurs extérieurs au secteur de la santé (les déterminants sociaux de la santé) au domaine d'action du ministère de la Santé et renforçant le rôle des acteurs publics dans leur mission, consistant à assurer des services de santé de qualité et un accès libre à toutes les couches de la population.

Références bibliographiques

- Rodrigo D, Amo PA. *Background document on public consultation*. Paris; OCDE; 2006 (<http://www.oecd.org/mena/governance/36785341.pdf>, consulté le 30 décembre 2015)
- Dictionnaire Le Petit Robert de la langue française ; 2017
- Cohen JL, Arato A. *Civil society and political theory*. Cambridge (MA): Massachusetts Institute of Technology; 1994;9 (Studies in Contemporary German Social Thought)
- Potts H. *Participation and the right to the highest attainable standard of health*. Colchester: Human Rights Centre, University of Essex; 2008 (<http://repository.essex.ac.uk/9714/>, consulté le 30 décembre 2015)
- ONU. *Human rights indicators: a guide to measurement and implementation*. New York/Genève : Haut-Commissariat aux droits de l'homme; 2012 <http://www.ohchr.org/EN/Issues/Indicators/Pages/documents.aspx>, consulté le 30 décembre 2015)
- Pour une discussion sur les différents rôles des instances consultatives (permanentes) compétentes en matière de santé et, en particulier, dans le processus de prise de décision, voir: Neuhold C. *The "legislative backbone" keeping the institution upright? The role of European Parliament committees in the EU policy-making process*. Documents en ligne sur l'intégration européenne. 2001; 5(10) (<http://eiop.or.at/eiop/pdf/2001-010.pdf>, consulté le 30 décembre 2015)
- Brookings Institution; projet de l'université de Berne sur les déplacements internes. *Moving beyond rhetoric: consultation and participation with populations displaced by conflict or natural disasters*. 2008, (<https://www.brookings.edu/research/moving-beyond-rhetoric-consultation-and-participation-with-populations-displaced-by-conflict-or-natural-disasters/>, consulté le 30 décembre 2015).
Rodrigo D, 2006. *Ibid.* ref 1
- Rodrigo D, 2006. *Ibid.* ref 1
- Handbook on stakeholder consultation and participation in AfDB operations. Tunis-Belvédère: African Development Bank; 2001 (<https://www.afdb.org/fileadmin/uploads/afdb/Documents/Policy-Documents/Handbook%20on%20Stakeholder%20Consultation.pdf>, consulté le 31 décembre 2015)
- Potts H. 2008. *Ibid.* ref. 4
- Gouvernement du Royaume-Uni. Consultation principles. London: Government Digital Service; 2013. (<https://www.gov.uk/government/publications/consultation-principles-guidance>, consulté le 31 décembre 2015)
- Communication de la Commission : *Vers une culture renforcée de la consultation et du dialogue – et Principes généraux et normes minimales applicables aux consultations engagées par la Commission*. Bruxelles : Commission des communautés européennes ; 2002 (COM 704 final ; http://ec.europa.eu/governance/docs/comm_standards_fr.pdf, consulté le 31 décembre 2015).
- Les documents concernant cette consultation sont archivés sur le site : (<http://www.fhb.gov.hk/beS-trong/emain.html>, consulté le 29 décembre 2015)
- http://www.myhealthmychoice.gov.hk/pdf/report/full_report_eng.pdf, accessed 31 December 2015.
- Ibidem.*
- Brücker G, Caniard E. *États généraux de la santé: une démarche innovante pour plus de démocratie*. Actualité et Dossier en Santé Publique. 1999;27:6-9 (<http://www.hcsp.fr/explore.cgi/adsp?ae=adsps&menu=11>, consulté le 31 décembre 2015)
- Ibidem.*
- Partenariat OMS/UE/Luxembourg pour la couverture sanitaire universelle : *Renforcer le dialogue politique en matière de politiques, stratégies et plans nationaux de santé et de couverture universelle*. Rapport sur l'année 2: janvier- décembre 2013. Genève : OMS. 2014 (<http://uhcpartnership.net/fr/documents/>, consulté le 31 décembre 2015)
- Partenariat pour la couverture sanitaire universelle [site Web]: (<http://uhcpartnership.net/fr/le-jury-de-citoyens-conclut-en-tunisie-avec-les-principales-recommandations-pour-une-politique-et-un-plan-du-secteur-de-la-sante-de-15-ans/>)
- Notre santé un droit une responsabilité: dialogue sociétal sur les politiques, les stratégies, et les plans nationaux de santé. En bref. Tunisie ; 2014 (<http://www.hiwarasaha.tn/upload/1409230744.pdf>)
- La préparation des « états généraux de la santé » en Guinée a bénéficié d'un soutien actif de l'OMS dans le cadre du Partenariat OMS/UE/Luxembourg pour la couverture sanitaire universelle. (<http://uhcpartnership.net/fr/country-profile/guinee/>)
- Base de données de l'office de statistiques de Turquie (TURK-STAT); 2013: table 3 (http://www.tuik.gov.tr/VeriTabanlari.do?ust_id=11&vt_id=30, consulté le 31 décembre 2015)
- Ali Jadoo SA, Aljunid SM, Sulku SN, Nur AM. Turkish health system reform from the people's perspective: a cross sectional study. BMC Health Serv Res. 2014;14:30. (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC33932508/pdf/1472-6963-14-30.pdf>, consulté le 31 décembre 2015)
- Les enquêtes d'Eurobarometer sont expliquées sur le site (<http://ec.europa.eu/commfrontoffice/publicopinion/index.cfm/General/index>, consulté le 12 janvier 2016)
- Signorelli S. *L'UE et les opinions publiques : je t'aime, moi non plus*. Paros: Notre Europe – institut Jacques Delors; 2012 (Études & Rapports 93; <http://www.institutdelors.eu/media/sondagesopinionspubliquesue-signorelli-ne-ijd-nov12.pdf?pdf=ok>, consulté le 31 décembre 2015)

- 26 Eurobaromètre spécial 412 : Sport et activité physique. Bruxelles : commission européenne ; 2014; (http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_412_en.pdf, consulté le 31 décembre 2015).
- 27 Communiqué de presse. Eurobaromètre sur le sport et l'activité physique. Bruxelles, Commission européenne; 2014 (http://europa.eu/rapid/press-release_MEMO-14-207_fr.htm)
- 28 K28 Kirchgassner E. *The status quo bias in direct democracy: empirical results for Switzerland, 1981-1999*. [Première version - de janvier 2007 - d'un document devant être présenté au congrès annuel de la Verein für Socialpolitik, Munich, 9-12 octobre 2007; https://www.researchgate.net/publication/255596026_The_Status_Quo_Bias_in_Direct_Democracy_Empirical_Results_for_Switzerland_1981_-_1999, consulté le 17 février 2016].
- 29 Krieger J, editor. *The Oxford companion to comparative politics*. volume 2. Oxford: Oxford University Press; 2012, p.430.
- 30 Immergut EM. *Health politics: interests and institutions in Western Europe*. Cambridge: Cambridge University Press; 1992.
- 31 Bara AC, van den Heuvel WJ, Maarse JA, van Dijk J, de Witte LP. *Opinions on changes in the Romanian health care system from people's point of view: a descriptive study*. *Health Policy*. 2003;66(2):123-34. pmid: 14585512.
- 32 Jones T, Newburn T. *Widening access: improving police relations with hard to reach groups*. London: Policing and Reducing Crime Unit, Research, Development and Statistics Directorate; 2001 [Police Research Series 138; <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.600.9600&rep=rep1&type=pdf>, consulté le 31 décembre 2015].
- 33 *L'évaluation des besoins sanitaires au niveau local*. Guide destiné aux infirmières de famille en Europe. Copenhague, Organisation mondiale de la Santé ; 2001. (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/108458/1/E74235.pdf>, consulté le 4 janvier 2016)
- 34 Nicola Brackertz, *Who is hard to reach and why?* Hawthorn (Victoria); Swinburne University of Technology, Institute for Social Research; 2007 (ISR Working Paper; (http://library.bsl.org.au/jspui/bitstream/1875/1/Whois_htt.pdf, consulté le 9 janvier 2016);
Brackertz N, Meredyth D. *Social inclusion of the hard to reach community - consultation and the hard to reach: local government, social profiling and civic infrastructure*. Hawthorn (Victoria): Swinburne University of Technology, Institute for Social Research; 2008 (<http://healthissuescentre.org.au/images/uploads/resources/Social-inclusion-of-the-hard-to-reach.pdf>, consulté le 9 janvier 2016) ;
L'évaluation des besoins sanitaires au niveau local. Guide destiné aux infirmières de famille en Europe. Copenhague, Organisation mondiale de la Santé ; 2001. (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/108458/1/E74235.pdf>, consulté le 4 janvier 2016) ;
Farrell SJ, Reissing E, Evans S, Taylor J. *Using community collaboration to develop the first successful needs assessment of the street homeless population in Canada*. *J Interprof Care*. 18(2);2004:197-8 (<http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13561820410001686945> [Publication accessible sur abonnement uniquement])DOI:10.1080/13561820410001686945;
Pain R, Francis P, Fuller I, O'Brien K, Williams S. *Hard-to-reach young people and community safety: a model for participatory research and consultation*. London: Policing and Reducing Crime Unit, Home Office Research, Development and Statistics Directorate; 2002 [Police Research Series Paper152];
Brookings Institution; University of Bern Project on Internal Displacement. *Moving beyond rhetoric: consultation and participation with populations displaced by conflict or natural disasters*. 2008 (https://www.brookings.edu/wp-content/uploads/2016/06/10_internal_displacement.pdf, consulté le 30 décembre 2015).
- 35 Code of good practice on public consultation. Bristol: Bristol City Council. (https://www.bristol.gov.uk/documents/20182/239486/COP+for+Consultation+May2011+v2_0_0.pdf/7abc48dc-b6a9-4504-b07-e5fcd1a306a, consulté le 31 décembre 2015).
- 36 Fishkin JS, Luskin RC, Jowell R. *Deliberative polling and public consultation*. *Parliam Aff*. 2000;53(4):657-66 (<https://www.uvm.edu/~dguber/POLS234/articles/fishkin.pdf>)
- 37 De Geoffroy V. *ALNAP Global Study on Consultation and Participation of Disaster-affected populations*. Country monograph: the case of Colombia. London: Overseas Development Institute; 2003 (<http://www.alnap.org/resource/5367>, consulté le 4 janvier 2016)
- 38 Bara, 2003. *Ibid* ref. 31
- 39 Ali Jadoo, 2014. *Ibid* ref. 23
- 40 Ali Jadoo, 2014. *Ibid* ref. 23
Pain, 2002. *Ibid* ref. 34.
- 41 Deutscher Bundestag [website]. Berlin: Deutscher Bundestag - Verfassungsorgan der Bundesrepublik Deutschland. (<http://www.bundestag.de/service/faq/abgeordnete/244894>, consulté le 31 décembre 2015).
- 42 Health Promotion Board Singapore [Facebook]. Singapore: Singapore Government. (<https://www.facebook.com/hpbsg/>, consulté le 31 décembre 2015)
- 43 *Ibidem*.
- 44 Ontario Ministry of Health and Long-Term Care [Facebook]. Ontario: Ministry of Health and Long-Term Care. (<https://www.facebook.com/ONHealth/>, consulté le 31 décembre 2015)
- 45 Department of Health [Twitter]. London: Government of the UK. (<https://twitter.com/dhgovuk>, consulté le 31 décembre 2015)
- 46 Communication de la Commission. 2002. *Ibid*. ref. 12
- 47 *Ibidem*.
- 48 Pain, 2002. *Ibid* ref. 34

- 49 Mullins DR. *Accountability and coordination in a decentralized context: institutional, fiscal and governance issues*. Washington (DC): American University; 2004 (<https://pdfs.semanticscholar.org/bc4c/81ac2868f8e982df0bd6533dabb8554fd168.pdf>, consulté le 4 janvier 2016)
- 50 Krassner S, Risse T. *External actors, state-building, and service provision in areas of limited statehood: introduction*. *Governance*. 2014;27(4):545-67 (<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/gove.12065/pdf> [accessible sur abonnement seulement], consulté le 4 janvier 2016)
- 51 *Ibidem*.
- 52 Diamond L. *Building trust in government by improving governance*. Stanford's Center on Democracy; 2007. [Document présenté au septième Forum mondial pour réinventer l'État; 27 juin 2007. Nations Unies, Vienne, Autriche; <https://stanford.edu/~ldiamond/paperssd/BuildingTrustinGovernmentUNGLobalForum.pdf>, consulté le 4 janvier 2016]
- 53 , consulté le 4 janvier 2016)
- 54 Brookings Institution. 2008. *Ibid* ref. 7 Rodrigo D. 2006 *Ibid* ref. 1
- 55 *Ibidem*.
- 56 Pour une analyse des contraintes que la dépendance à l'aide extérieure peut exercer sur l'autonomie politique, y compris dans le contexte de processus nationaux de planification, voir : Thomas A, Viciani I, Tench J, Sharpe R, Hall M, Martin M, et al. *Real aid 3: ending aid dependency*. London: ActionAid UK; 2011 (http://www.actionaid.org/sites/files/actionaid/real_aid_3.pdf, consulté le 9 janvier 2016)
- 57 De Geoffroy V. 2003. *Ibid* ref 37
- 58 *Ibidem*.
- 59 Aligning for better results [site web]. Genève : Partenariat international pour la santé. (<https://www.internationalhealthpartnership.net/en/>, consulté le 4 janvier 2016)

Lectures complémentaires

Brookings Institution; projet de l'université de Berne sur les déplacements internes. Moving beyond rhetoric: consultation and participation with populations displaced by conflict or natural disasters. 2008, (<https://www.brookings.edu/research/moving-beyond-rhetoric-consultation-and-participation-with-populations-displaced-by-conflict-or-natural-disasters/>, consulté le 30 décembre 2015)

Culver K, Howe P. Calling all citizens: the challenges of public consultation. Toronto: Canadian Public Administration; 2004. doi:10.1111/j.1754-7121.2004.tb01970.x.

Rapports Eurobaromètre standards – description de ces instruments [site Web]. Bruxelles : Commission européenne ; 2015 (http://ec.europa.eu/commfrontoffice/publicopinion/archives/eb_arch_fr.htm, consulté le 12 janvier 2016).

Rodrigo D, Amo PA. Background document on public consultation. Paris; OCDE; 2006 (<http://www.oecd.org/mena/governance/36785341.pdf>, consulté le 30 décembre 2015)

Trochim, WMK. The Research Methods Knowledge Base [base de données en ligne], deuxième édition. 2006 (<http://www.socialresearchmethods.net/>, consulté le 30 décembre 2015).

Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD). Handbook on planning, monitoring and evaluating for development results. New York: groupe de développement des Nations Unies ; 2009 (<http://web.undp.org/evaluation/evaluations/handbook/english/documents/pme-handbook.pdf>, consulté le 30 décembre 2015)

United States Agency for International Development (USAID). Performance monitoring and evaluation tips. Washington (DC): Center for Development Information and Evaluation (<https://www.usaid.gov/evaluation/policy>, consulté le 14 janvier 2016)

United States Agency for International Development (USAID). Performance monitoring and evaluation tips. Washington (DC): Center for Development Information and Evaluation (<https://www.usaid.gov/evaluation/policy>, accessed 14 January 2016).

Banque mondiale. Monitoring and evaluation for results: some tools, methods and approaches. Washington (DC), Banque mondiale : 2004 (http://siteresources.worldbank.org/EXTEVA-CAPDEV/Resources/4585672-1251481378590/MandE_tools_methods_approaches.pdf, consulté le 30 décembre 2015).

Banque mondiale. Qualitative methods. Washington (DC): The World Bank [site Web]. (<http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/ TOPICS/EXTPOVERTY/EXTISP-MA/0,content-MDK:20190070~menuPK:412148~pagePK:148956~piPK:216618~theSitePK:384329,00.html>, consulté le 30 décembre 2015)

Annexes

Annexe 2.1

Tableau A.2.1 Description, avantages et inconvénients des outils d'enquête individuel

OUTILS D'ENQUÊTE INDIVIDUELLE	DESCRIPTION	AVANTAGES	INCONVÉNIENTS
Entretiens directifs (Cf. enquête)	<ul style="list-style-type: none">▶ Entretiens s'appuyant sur des questionnaires.▶ Approche standardisée permettant d'obtenir des informations sur un vaste éventail de sujets auprès d'un grand nombre ou d'une diversité d'interlocuteurs. Les entretiens approfondis directifs / standardisés consistent en une série de questions ouvertes rédigées avec attention et ordonnancées en amont.▶ L'enquêteur pose à chaque répondant les mêmes questions, utilisant les mêmes mots et dans le même ordre.	<ul style="list-style-type: none">▶ Permet le recueil systématique de données détaillées et facilite la comparabilité entre tous les répondants.▶ Collecte rapide de données descriptives sur un vaste éventail de sujets.▶ Facile à analyser.▶ Relativement peu coûteux.▶ Garantit l'anonymat des répondants.▶ Particulièrement approprié lorsqu'il y a plusieurs enquêteurs (réduit autant que possible la variation dans les questions posées) ; également utile pour recueillir les mêmes informations auprès de chaque répondant à des moments divers ou lorsqu'il existe des contraintes de temps pour la collecte et l'analyse des données.	<ul style="list-style-type: none">▶ Sensible aux distorsions inhérentes à la sélection et aux a priori des enquêteurs.▶ Les données peuvent fournir un tableau général mais manquer de profondeur. Cet outil peut ne pas fournir d'information adéquate sur le contexte.▶ Ne permet pas à l'enquêteur d'avoir une compréhension et une connaissance approfondies, ni de développer des sujets ou des questions qui n'avaient pas été prévus lorsque l'instrument d'enquête a été développé.

OUTILS D'ENQUÊTE INDIVIDUELLE	DESCRIPTION	AVANTAGES	INCONVÉNIENTS
<p>Entretiens semi-directifs (menés en règle générale auprès « d'informateurs clés »)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Série de questions ouvertes. ▶ Entretiens qualitatifs, approfondies et semi-directifs. Ils s'appuient sur des guides d'entretien qui énumèrent des sujets ou les questions à aborder. ▶ Les informateurs clés sont généralement des experts du terrain qui peuvent apporter une connaissance et une compréhension particulières des problèmes et de recommander des solutions. ▶ L'entretien semi-directif nécessite l'élaboration d'un guide qui recense une série prédéterminée de points ou de questions à explorer. Ce guide sert de liste de pointage au cours de l'entretien et permet d'assurer l'obtention essentielle du même type d'information auprès d'un certain nombre de personnes. Il subsiste néanmoins une grande marge de souplesse. L'ordre et l'agencement des questions n'est pas déterminé d'avance. De plus, l'enquêteur est libre d'approfondir certaines questions dans la liste des sujets ou matières considérés. ▶ Si les répondants l'acceptent, les entretiens peuvent être enregistrés. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Faible coût, simplicité et rapidité de réalisation. ▶ Offre une certaine flexibilité pour explorer des idées ou des aspects nouveaux qui n'avaient pas été anticipés. ▶ Permet un entretien relativement systématique avec un grand nombre de personnes différentes. ▶ Peut donner une idée de la nature des problèmes, un instantané sur l'état actuel d'un système et apporter des recommandations de solutions. ▶ apporte différentes perspectives sur un seul et même sujet ou sur plusieurs sujets. ▶ S'avère particulièrement utile pour mettre en lumière les difficultés éprouvées par les acteurs privés dans des systèmes historiquement dominés par des entités publiques (perception des obstacles, contraintes systémiques, opportunités inexploitées, sous-exploitées ou émergentes). 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Exposé aux distorsions inhérentes à la sélection et aux a priori des enquêteurs. ▶ Peut s'avérer difficile à analyser. ▶ Nécessite certains moyens de vérification ou de corroboration de l'information (triangulation). ▶ Moins valable, fiable ou crédible que des enquêtes formelles.
<p>Entretiens non directifs ou libres</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Les entretiens non directifs reposent principalement sur la génération spontanée de questions dans le flux naturel de l'interaction. Ce type d'entretien est approprié lorsque l'évaluateur souhaite maintenir une souplesse maximale pour poursuivre les interrogations dans n'importe quelle direction s'avérant appropriée, en fonction de l'information qui émerge de l'observation d'un paramètre particulier ou de l'échange avec un ou plusieurs individus dans ce cadre. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ L'enquêteur est libre et extrêmement réactif aux différences individuelles, aux changements de situation et à l'émergence de nouvelles informations. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Exposé aux distorsions inhérentes à la sélection et aux a priori des enquêteurs. ▶ Peut générer moins de données systématiques, lesquels peuvent être difficiles et laborieuses à classer et analyser. ▶ Nécessite certains moyens de vérification ou de corroboration de l'information (triangulation).

OUTILS D'ENQUÊTE INDIVIDUELLE	DESCRIPTION	AVANTAGES	INCONVÉNIENTS
<p>Face-à-face ou entretien individuel direct</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ L'enquêteur interagit directement avec l'enquêté et a la possibilité d'approfondir ou de poser des questions de suivi. ▶ Cas particulier : le dépôt d'enquête à domicile. Dans cette approche, l'enquêteur se rend au domicile ou dans l'entreprise de l'enquêté où il lui remet l'outil d'enquête. Dans certains cas, le répondant est invité à renvoyer ce document dûment rempli par la poste ou à le remettre ultérieurement à l'enquêteur. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ L'entretien est généralement plus facile pour l'enquêté, notamment si des opinions ou des impressions sont recherchées. ▶ Permet un contact personnel et une communication gestuelle. Permet les questions de suivi pour explorer les réponses apportées par les répondants. Facilite la compréhension de l'enquêteur des réponses apportées par l'enquêté. ▶ Adaptée aux endroits où les moyens de communications rapides (téléphone, courrier, mail) ne sont pas développés. ▶ Le dépôt à domicile de l'outil d'enquête marie les avantages de l'enquête par correspondance à ceux du questionnaire administré à un groupe : l'enquêté peut réfléchir en privé, lorsqu'il est disponible ; l'enquêteur entretient un contact personnel avec le répondant et ce dernier peut poser des questions sur l'étude et obtenir des éclaircissements sur ce qu'il doit faire. Ces aspects sont censés accroître la part de personnes désireuses de répondre. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Prend beaucoup de temps. ▶ Nécessite beaucoup de ressources. ▶ Exposé aux distorsions inhérentes à la sélection et aux a priori des enquêteurs. L'enquêteur est perçu comme partie intégrante de l'instrument de mesure. Il doit être bien formés à la manière de répondre à toute éventualité. ▶ Facile à manipuler.
<p>Entretien par téléphone</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Questionnaire administré par téléphone. Beaucoup de grands sondages d'opinion sont basés sur cette technique. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Permet à un chercheur de recueillir rapidement de l'information. ▶ Coût relativement minime. ▶ Comme l'entretien individuel, il permet un certain contact personnel entre l'enquêteur et l'enquêté. ▶ Taux de réponse plus élevé. ▶ Permet à l'enquêteur de poser des questions de suivi. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Beaucoup de gens gardent leur numéro de téléphone confidentiel. Certains n'ont pas de téléphone. ▶ Peut être perçu comme intrusif. ▶ Les entretiens doivent être relativement courts afin de ne pas être perçu comme importun. ▶ Exposé aux distorsions inhérentes à la sélection et aux a priori des enquêteurs. ▶ Ne peut être utilisé pour la collecte d'informations non audibles.

OUTILS D'ENQUÊTE INDIVIDUELLE	DESCRIPTION	AVANTAGES	INCONVÉNIENTS
Enquête par courriel ou voie postale	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Le questionnaire peut être remis aux répondants ou leur être envoyé par la poste, mais dans tous les cas, les réponses sont à retourner à l'enquêteur par courrier postal ou par courriel. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Relativement peu coûteux à administrer ; plus économique que l'entretien individuel, notamment pour des études portant sur des échantillons de grande taille, une aire géographique étendue ou lorsque le nombre de questions est élevé. ▶ Idéal pour poser des questions fermées ; permet de transmettre le même instrument d'enquête à un grand nombre de personnes et de réduire ainsi les biais. Facile à analyser. ▶ Permet au répondant de remplir le questionnaire à son aise ; méthode moins intrusive que le sondage par téléphone ou l'entretien individuel. ▶ Possibilité d'obtenir une grande quantité d'informations. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Taux de réponse souvent très faible. ▶ Le retour des réponses peut prendre du temps - souvent plusieurs mois - après l'envoi du questionnaire, ce qui retarde le moment de l'analyse statistique. ▶ Inadapté aux répondants ayant besoin d'éclaircissements. ▶ Peu de flexibilité laissée au répondant (nuances facilement perdues). ▶ Absence de contact personnel ; pour l'enquêteur, compréhension limitée des réponses de l'enquêté. ▶ Incertitude quant à l'identité du répondant. ▶ Instrument fortement sujet à l'influence du niveau d'alphabétisation/d'instruction.
Enquête en ligne	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Les questionnaires sont actuellement généralement administrés en ligne, sous la forme d'enquêtes par Internet. Différents types de logiciels d'enquête existent pour faciliter la conception, l'administration et l'analyse des enquêtes en ligne. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Similaire à l'enquête par courriel ou voie postale ; plus rapide, plus simple, et moins coûteux. ▶ Facilite la collecte des données. ▶ Souplesse dans la conception ; interaction plus dynamique entre répondant et le questionnaire. ▶ Retour des réponses plus rapide et réduction du temps d'analyse. ▶ Instrument moins intrusif. ▶ Moins vulnérable au biais de désirabilité sociale. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Similaire à l'enquête par courriel ou voie postale ; taux de réponse cependant plus élevé. ▶ Conditionné par l'équipement informatique de l'enquêté. ▶ Exposé à des risques de fraude.
Enquête via les supports électroniques mobiles	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Instruments d'enquête disponibles sur des supports tels que Smartphone ou tablettes. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Non soumis à des contraintes liées à l'heure et au lieu où se trouve le répondant. ▶ Possibilité de toucher des groupes jusque-là difficiles à atteindre dans les endroits à forte pénétration du téléphone mobile. ▶ Temps de réponses plus rapides. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Subordonné à la faculté de lire et à la possession par l'enquêté de l'équipement/logiciel approprié.

Annexe 2.2

Liste de pointage : sélection du type d'enquête le plus approprié au contexte

Liste de pointage : sélection du type d'enquête le plus approprié au contexte

Choisir un type d'enquête appropriée est une décision critique devant tenir compte d'un certain nombre de facteurs..

- ✓ Aspects concernant la population : la population peut-elle être recensée ? Est-elle alphabétisée ? Y a-t-il des problèmes de langue ? La population sera-t-elle coopérative ? Quelles sont les contraintes d'ordre géographique ? *Par exemple, si la population n'est pas alphabétisée ou s'il existe des barrières linguistiques, les entretiens par téléphone ou les face-à-face directs peuvent être envisagés.*
 - ✓ Aspects concernant l'échantillonnage : quelles sont les données disponibles ? Les répondants peuvent-ils être contactés ? Qui sont les répondants ? Tous les membres de la population peuvent-ils être dans l'échantillon ? Les taux de réponse risquent-ils de poser problème ? *Par exemple, si la taille de la population à enquêter est réduite, l'ensemble de la population peut faire partie de l'échantillon. Dans d'autres cas, il sera probablement nécessaire de recourir à des techniques d'échantillonnage. Les études qualitatives peuvent s'appuyer sur des techniques d'échantillonnage moins contraignantes comme par exemple, un échantillonnage de commodité et entretiens jusqu'à saturation d'informations.*
 - ✓ Aspects concernant les questions : Quels types de questions peuvent être posées ? Quel peut être leur degré de complexité ? Des questions de filtrage sont-elles nécessaires ? L'ordre des questions est-elle importante ? Des questions longues seront-elles posées ? Des questions à longues échelles de réponses sont-elles utilisées ?
- Les questions fermées (à choix multiples) sont faciles à administrer au moyen de questionnaires écrits. Tandis que les questions ouvertes sont préférables lors d'entretiens qualitatifs. Les questionnaires envoyés par voie postale, par courriel ou mis à disposition en ligne sont probablement préférables lorsqu'il y a beaucoup de questions. Les entretiens par téléphone doivent être brefs. Les entretiens individuels peuvent être plus longs mais il est préférable de les planifier préalablement.*
- ✓ Aspects concernant le contenu : peut-on prévoir que les répondants connaissent le sujet ? Devront-ils consulter de la documentation ? *Si les répondants ne peuvent pas répondre directement, l'enquête par questionnaire (par courrier postal ou courriel) est préférable.*
 - ✓ Aspects concernant les biais : le biais imputable à la désirabilité sociale peut-il être évité ? Les biais imputables à l'enquêteur ou son influence dominante peuvent-ils être maîtrisés ? Le problème de faux-répondants peut-il être évité ? *S'il existe un fort potentiel de désirabilité sociale (répondant souhaitant se présenter sous un jour favorable à l'enquêteur) et/ou que le fond du sujet n'est pas discuté en raison de certaines particularités de l'enquêteur (par exemple, les femmes ayant affaire à un enquêteur masculin), il est préférable d'éviter les entretiens individuels et les entretiens par téléphone.*
 - ✓ Aspects administratifs : coûts, moyens matériels, temps imparti, personnel disponible.

Source : Trochim WMK. The research method knowledge base (voir plus haut, sous la rubrique « lectures complémentaires »)

Annexe 2.3

Tableau A.2.2 Comparaisons questionnaire/entretien

PROBLÈME	QUESTIONNAIRE			ENTRETIEN	
	En groupe	Par voie postale ou courriel	Déposé à domicile	Personnel	Téléphonique
Des présentations audiovisuelles sont-elles possibles ?	+	+	+	+	-
Si vous préférez les réponses courtes et fermées...	+	+	+	+/-	-
Si la confidentialité entre en considération...	-	+	-	+	+/-
Si vous souhaitez accroître les probabilités de réponses ouvertes...	-	-	-	+	+
Si la flexibilité dans l'administration du questionnaire est importante...	-	-	-	+	+
Savoir lire et écrire sont nécessaires pour ...	+/-	+	+	-	-
La qualité de la réponse peut être évaluée	+	-	+/-	+	+/-
Un taux de réponse élevée est-il probable ?	+	-	+	+	-
Si vous souhaitez, en personne, expliquer les raisons de l'étude...	+	-	+	+	+/-
Options à moindre coût	+	+	-	-	-
Les exigences en ressources (en personnel/en moyens matériels) sont faibles	+	+	-	-	-
Vous ciblez une composante de la population qui est difficile à atteindre ?	-	+	-	-	-
Si vous souhaitez laisser un temps de réponse aux répondants...	-	+	+	-	-
Si les biais imputables à l'enquêteur risquent de poser problème...	-	+	-	-	+
Si vous souhaitez entreprendre une enquête plus longue et ouverte...	-	-	-	+	-
Si un délai de réponse rapide est important...	-	+	-	-	+

+ : Oui - : Non +/- : dépend de divers facteurs et du contexte

Sources :

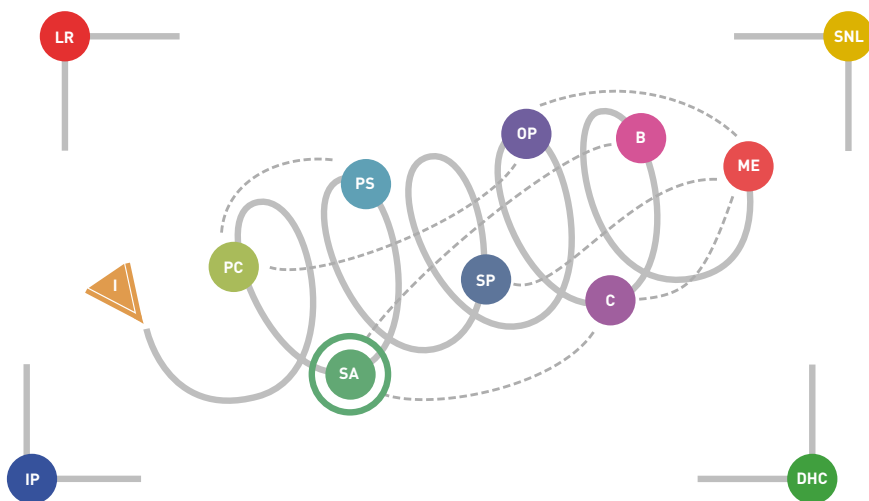
Kumar, K, editor. Rapid appraisal methods. Washington [DC]: Banque Mondiale ; 1993 (études régionales et sectorielles de la Banque mondiale).
 Handbook on planning, monitoring and evaluating for development results. New York : Groupe des Nations Unies pour le développement (GNUD) ; 2009 (<http://web.undp.org/evaluation/evaluations/handbook/english/documents/pme-handbook.pdf>, consulté le 30 décembre 2015).
 United States Agency for International Development (USAID). Performance Monitoring and Evaluation Tips. Washington [DC] : Center for Development Information and Evaluation: Conducting a participatory evaluation, n°1, 2011 printing (http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/pnaw101.pdf, consulté le 30 décembre 2015)
 Conducting key informant interviews, n°2, 2011 printing (http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/pnaw102.pdf, consulté le 30 décembre 2015)
 Using rapid appraisal methods, n°5, 2nd edition 2010 (http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/pnaw105.pdf, consulté le 30 décembre 2015)

Conducting focus group interviews, n°10, 2011 printing (http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/pnaw110.pdf, consulté le 30 décembre 2015)
 Méthodes et évaluations : quelques outils, méthodes et approches. Washington [DC]: Banque mondiale ; 2004 (<http://documents.worldbank.org/curated/en/580261468336080628/pdf/246140REVISED010evaluation01PUBLIC1.pdf>, consulté le 30 décembre 2015). Banque mondiale [website].
 Qualitative methods. Washington [DC]: Banque Mondiale ; 2004 (<http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/TOPICS/EXTPOVERTY/EXTISPMA/0,,con-tentMDK:20190070-menuPK:412148-pagePK:148956-piPK:216618-theSitePK:384329,00.html>, consulté le 30 décembre 2015).
 WHO evaluation practice handbook. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2013 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/96311/1/9789241548687_eng.pdf, consulté le 30 décembre 2015)

Chapitre 3

Analyse de situation du secteur de la santé

Dheepa Rajan



CHAPITRE 1 Introduction : stratégies nationales en santé au XXI^e siècle



CHAPITRE 2 Consultation de la population sur ses besoins et ses attentes



CHAPITRE 3 Analyse de situation du secteur de la santé



CHAPITRE 4 Définition des priorités des politiques, stratégies et plans nationaux de santé



CHAPITRE 5 Planification stratégique : traduire les priorités en plans nationaux



CHAPITRE 6 Planification opérationnelle : transformer les plans nationaux en actions



CHAPITRE 7 Estimation des coûts des politiques, stratégies et plans nationaux de santé



CHAPITRE 8 Budgétisation du secteur de la santé



CHAPITRE 9 Suivi, évaluation et revues des politiques, stratégies et plans nationaux de santé

Thèmes transversaux à la planification nationale de la santé



CHAPITRE 10 Droit, réglementation et stratégies en santé



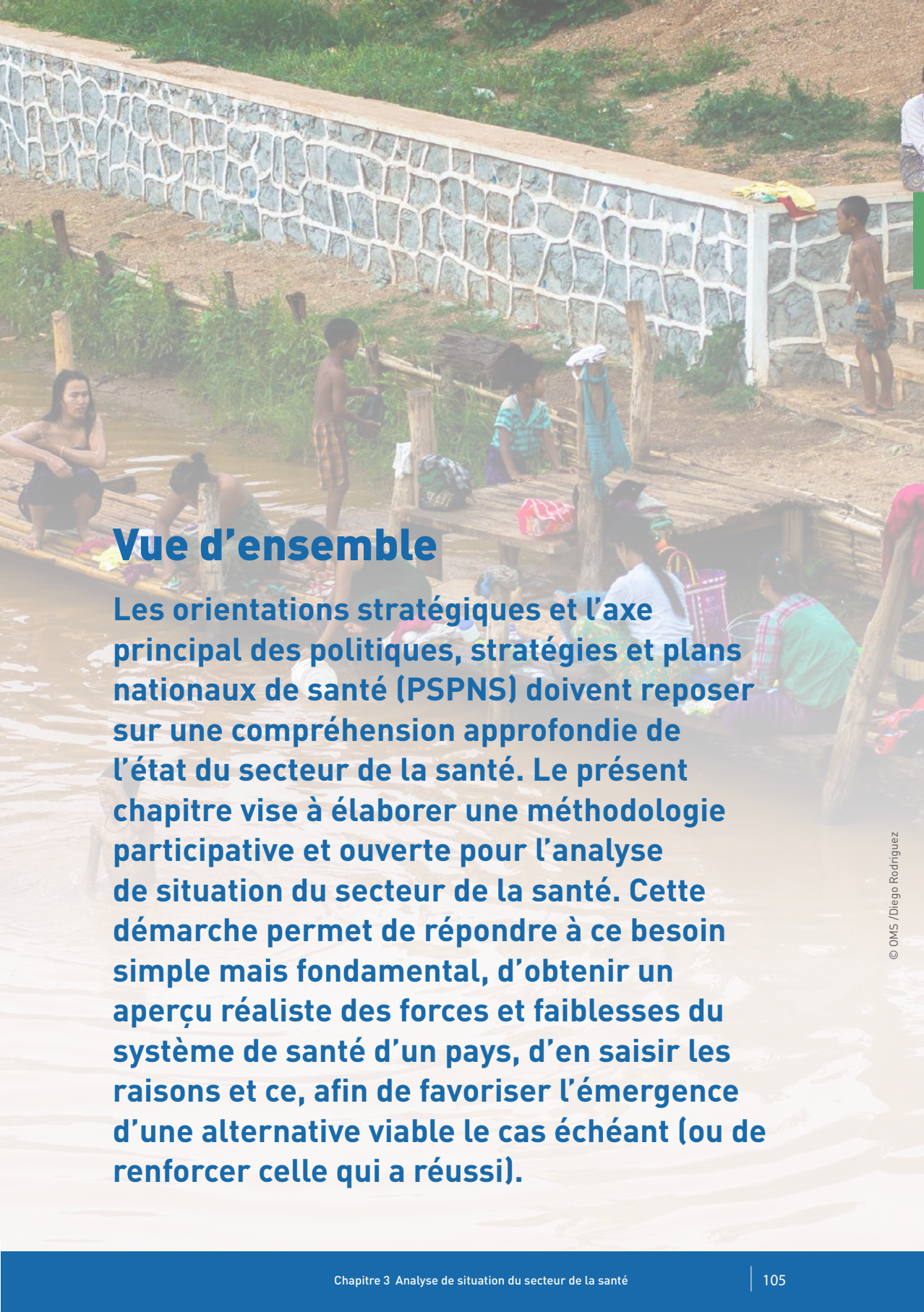
CHAPITRE 11 Élaboration d'une stratégie en santé au niveau décentralisé



CHAPITRE 12 Planification intersectorielle et équité en santé



CHAPITRE 13 Stratégies en santé en situation de crise



Vue d'ensemble

Les orientations stratégiques et l'axe principal des politiques, stratégies et plans nationaux de santé (PSPNS) doivent reposer sur une compréhension approfondie de l'état du secteur de la santé. Le présent chapitre vise à élaborer une méthodologie participative et ouverte pour l'analyse de situation du secteur de la santé. Cette démarche permet de répondre à ce besoin simple mais fondamental, d'obtenir un aperçu réaliste des forces et faiblesses du système de santé d'un pays, d'en saisir les raisons et ce, afin de favoriser l'émergence d'une alternative viable le cas échéant (ou de renforcer celle qui a réussi).



Résumé

Qu'entend-t-on par analyse de situation du secteur de la santé ?

Une analyse de situation du secteur de la santé doit viser à :

- (a)** évaluer de manière réaliste la situation actuelle du secteur de la santé, l'ensemble de ses forces, faiblesses, opportunités et risques, ainsi que leurs causes profondes et leurs effets ;
- (b)** apporter une base d'éléments probants permettant de répondre aux besoins du secteur de la santé et aux attentes de la population ;
- (c)** fournir une base d'éléments probants conduisant à la définition des futures orientations stratégiques du secteur de la santé.

Ce chapitre expose plusieurs caractéristiques d'une analyse de situation pertinente du secteur de la santé. Elle doit être :

- ▶ participative et inclusive ;
- ▶ une étude minutieuse et précise ;
- ▶ pertinente ;
- ▶ exhaustive ;
- ▶ fondée sur des données probantes.

Pourquoi faut-il procéder à une analyse de situation ?

Il importe de faire une analyse de situation dans l'ensemble du secteur pour les raisons suivantes :

- ▶ c'est une étape cruciale du cycle de planification ;
- ▶ elle permet à toutes les parties prenantes du secteur de la santé, y compris la population, de s'exprimer ;
- ▶ elle favorise la responsabilisation et la transparence ;
- ▶ elle facilite et renforce le suivi et l'évaluation ;
- ▶ elle contribue à concrétiser les rôles et les responsabilités de chacun ;
- ▶ elle aide à établir un consensus sur la situation sanitaire dans le pays.

Quand faut-il procéder à une analyse de situation ?

L'analyse de situation est la première étape décisive dans le développement des politiques, stratégies et plans nationaux de santé (PSPNS). Idéalement, elle est réalisée au moins une fois au cours du cycle de planification de la politique de santé, puis elle est actualisée périodiquement, à quelques années d'intervalle. En effet, cette analyse technique approfondie, mise à jour et reprenant les points de vue des parties prenantes, est une ressource inestimable pour l'ensemble du secteur de la santé.

Qui doit participer à une analyse de situation du secteur de la santé ?

Lors de l'examen du rôle et des responsabilités des différentes parties prenantes du secteur de la santé, il importe de garder à l'esprit les trois principales fonctions requises pour une analyse de situation réussie : une participation active et inclusive des différentes parties prenantes ; le processus de prise de décisions ; l'organisation et la coordination. Certains acteurs de santé seront actifs sur ces trois fronts, tandis que d'autres ne participeront qu'à l'une ou l'autre de ces fonctions.

Comment procéder ?

Adopter une démarche participative et inclusive est vivement recommandé, en constituant une équipe référente chargée de coordonner les groupes de travail. Ces groupes doivent être composés d'experts compétents et d'acteurs du secteur de la santé, auxquels sont mis à disposition un espace et des temps de dialogue suffisants. Ce processus est un investissement crucial, dont le potentiel est de rassembler ceux qui ont un intérêt dans la santé, autour d'une compréhension commune des défis dans le secteur de la santé et des solutions à apporter et qui ne doivent pas être sous-estimées.

Et si...

Certains paramètres sont à prendre en compte si le pays :

- ▶ a un système d'administration décentralisé ;
- ▶ est en situation de fragilité ;
- ▶ est fortement dépendant de l'aide.

3.1 Qu'entendons-nous par analyse de situation du secteur de la santé ?

3.1.1 Qu'est-ce qu'une analyse de situation ?

Le fait que les orientations stratégiques et l'axe principal des PSPNS doivent reposer sur une bonne compréhension du secteur de la santé est incontestable. Il existe cependant une myriade d'options sur la façon de procéder à une analyse de situation, liée au contexte et aux objectifs visés. Le présent chapitre met l'accent sur une analyse de situation de l'ensemble du secteur de la santé dans le but de contribuer à l'élaboration des PSPNS. Toutefois, même si la finalité reste inchangée, une étude en profondeur de certains aspects déterminants peut s'avérer nécessaire, en fonction du contexte du pays ; par exemple, le financement du secteur ou encore les ressources humaines pour la santé. Les principes et l'approche exposés dans ce chapitre restent valables, même s'il est question ici d'une analyse globale couvrant l'ensemble du secteur.

Le présent chapitre vise à élaborer une méthode participative et inclusive, permettant de répondre au besoin simple mais fondamental, d'obtenir un aperçu réaliste des forces et des faiblesses du système de santé d'un pays, ainsi qu'une compréhension approfondie des causes sous-jacentes et ce, afin de permettre une alternative viable (ou de renforcer celle qui a réussi).

L'OMS définit l'analyse de situation du secteur de la santé comme « une évaluation de la situation sanitaire actuelle ; elle est fondamentale pour concevoir et actualiser les politiques, les stratégies et les plans nationaux de santé ». ¹ Quant à la Banque mondiale, elle utilise le terme d'« analyse des systèmes de santé » qu'elle définit ainsi : « L'analyse des systèmes de santé comprend d'une

part des données sur les ressources, les processus et les produits du système de santé et d'autre part, l'analyse de la façon dont ces éléments se combinent pour produire les résultats. Elle prend en compte les questions politiques, l'histoire et les modalités institutionnelles. L'analyse des systèmes de santé étudie les causes des mauvais résultats obtenus et suggère des politiques de réforme et des stratégies de renforcement pour rendre le système plus performant » ²

Selon ces définitions, l'analyse de situation présentée dans ce guide pratique, a pour objectifs :

- a) d'évaluer de manière réaliste la situation actuelle du secteur de la santé, l'ensemble de ses forces, faiblesses, opportunités et menaces (Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats - SWOT), y compris leurs causes profondes et leurs effets ;
- b) d'apporter une base d'éléments probants permettant de répondre aux besoins du secteur de la santé et aux attentes de la population ;
- c) de fournir une base d'éléments probants conduisant à la définition des futures orientations stratégiques du secteur de la santé.

Une analyse de situation du secteur de la santé peut commencer comme une activité ponctuelle mais certaines parties de l'analyse peuvent être régulièrement actualisées ou révisées à des fins de programmation et de suivi.

Ce chapitre élabore une méthode participative et inclusive afin d'obtenir un aperçu réaliste des forces et faiblesses du système de santé d'un pays.

3.1.2 Le champ de l'analyse de situation

Pour qu'une analyse de situation du secteur de la santé soit rigoureuse, elle doit présenter plusieurs caractéristiques. Elle doit être :

- ▶ **participative et inclusive** — l'analyse est conduite par toutes les parties prenantes du secteur de la santé, y compris la population ;
- ▶ **une étude minutieuse et précise** — l'analyse est basée sur les causes à l'origine de l'interaction entre les ressources, les processus et les produits mais aussi avec d'autres facteurs environnementaux importants. Il est capital de faire la distinction entre une démarche descriptive consistant à rendre compte de la situation actuelle, et une démarche analytique consistant à essayer de comprendre la situation actuelle à la lumière des décisions, des choix et des plans antérieurs, et en fonction des facteurs déterminants essentiels ;
- ▶ **pertinente** — l'analyse se concentre sur les aspects qui finalement, affectent l'état de santé de la population et aboutit à l'étude de solutions aux défis en cours ;
- ▶ **exhaustive** — l'analyse couvre tous les aspects liés au secteur de la santé, notamment les systèmes de santé, les programmes, la gamme entière des services de santé (prévention, promotions de la santé, veille sanitaire, ou encore comportements individuels, conscients ou non, pour son propre bien-être), l'action intersectorielle en faveur de la santé, etc. ;
- ▶ **fondée sur des données probantes** — l'analyse utilise un large éventail d'informations et de données, tant quantitatives et qualitatives, ainsi que, le cas échéant, l'expérience d'autres pays.³

Une analyse de situation peut avoir lieu :

- a) à n'importe quel stade du processus national de planification, depuis la définition des priorités jusqu'au suivi et à l'évaluation ;
- b) à tout échelon de l'administration de l'État (national, provincial/régional, au niveau d'un district) ;
- c) sur différents sujets, à ampleur variable (par exemple, une analyse de situation du secteur de la santé en général, ou plus particulièrement, une analyse de situation sur le financement de la santé) ;
- d) sous la direction du ministère de la Santé.

À noter que le présent chapitre porte sur l'analyse de situation de l'ensemble du secteur de la santé.

3.2 Pourquoi entreprendre une analyse de situation ?

3.2.1 Une étape cruciale du cycle de planification

Une planification cohérente du secteur de la santé, orientée sur les besoins, ne peut avoir lieu sans une base d'informations, de données et d'indications adéquates sur l'état actuel du système de santé. Le système de santé répond-il aux besoins de la population ? Est-ce que l'état de santé de la population s'améliore ? Le plan national de santé actuel est-il bien appliqué ? Quels sont les défis rencontrés ? Ce ne sont là que quelques-unes des questions essentielles auxquelles il faut impérativement apporter des réponses afin de planifier et orienter l'avenir. Le bilan des connaissances existantes est la première étape pour aboutir à une prise de décision.

3.2.2 Permettre à chacun de s'exprimer, y compris la population

a) L'adhésion des parties prenantes peut contribuer à une meilleure application des politiques

Même les politiques de santé les mieux conçues ne seront pas appliquées si les intervenants du secteur de la santé (ceux-ci comprenant aussi les acteurs d'autres secteurs qui travaillent dans le domaine de la santé ou en collaboration avec le secteur de la santé) n'y adhèrent pas. Ce sont précisément ces personnes qui participeront à l'instauration et à l'application de la politique. Afin d'obtenir un engagement suffisant, les parties concernées doivent être impliquées dans toutes les étapes cruciales du cycle de planification, à commencer par l'analyse de situation.

b) Un large éventail d'expertise et de points de vue, en particulier celui de la population, débouche sur des politiques mieux conçues

Les décideurs au niveau central ne sont pas forcément au fait de toutes les subtilités ni de tous les problèmes rencontrés dans les autres secteurs ou au niveau de la mise en œuvre des politiques de santé. Par conséquent, l'apport des parties prenantes d'autres secteurs et de ceux proches du terrain, est indispensable pour que la situation analysée reflète l'état réel du système de santé.

Il convient de noter que les « contributions » ne viennent pas forcément exclusivement d'experts techniques. L'élaboration des politiques est un processus complexe qui doit sans conteste être guidé par la connaissance scientifique et les opinions d'experts. Cependant, le point de vue et l'opinion des utilisateurs finaux et de la population en général ajoutent une dimension du côté de la demande, qui influe fortement sur la réussite de la mise en œuvre de la politique. Par exemple, les experts sont les mieux à même pour identifier les maladies à forte mortalité dans le pays et les moyens les plus rentables pour en réduire l'incidence. Mais ces moyens ne prennent peut-être pas en considération certaines réalités désastreuses ou difficultés d'accès aux soins au niveau de la population. Ces éléments ne pourront être découverts qu'en donnant la parole à la population¹. On peut citer par exemple certaines croyances de groupes ethniques qui empêchent les femmes d'accoucher dans un établissement de santé parce que le personnel soignant ne respecte pas les rituels traditionnels ; les normes sociales qui vont à l'encontre du message de prévention des experts de la santé ; des centres de santé non utilisés parce que les heures d'ouverture ne sont pas compatibles avec l'emploi du temps de la population locale. Ces quelques exemples soulignent qu'en tenant compte du point de vue de la population, on évite de faire une analyse de situation biaisée.

Le bilan des connaissances existantes est la première étape pour aboutir à une prise de décision.

¹ Voir le chapitre 2 du présent guide pratique : « Consultation de la population sur ses besoins et ses attentes ».

3.2.3 Favoriser la transparence et la responsabilisation

Encadré 3.1

Les avis des experts et l'opinion de la population en Afrique de l'Ouest : les deux faces d'une même pièce de monnaie

L'expérience montre que si les avis critiques et justifiés des parties prenantes sont pris en compte dans l'analyse de situation, la volonté de ces parties de s'aligner, de s'harmoniser et d'y contribuer augmente. Par ailleurs, si une analyse sectorielle est perçue comme biaisée, occultant les faiblesses manifestes du système, le ministère de la Santé pourra rencontrer des difficultés à obtenir un consensus avec les parties prenantes.

Si l'on demande à la plupart du personnel de santé des zones rurales d'Afrique de l'Ouest de citer les principaux problèmes faisant obstacle à la performance des services de santé, il mentionnera probablement ce qui suit : le manque de ressources suffisantes, en temps voulu ; le manque de motivation du personnel en raison des bas salaires et de la non-reconnaissance du mérite ; et les mauvaises conditions de travail. Parallèlement, une étude socio-anthropologique réalisée dans cinq pays de cette région montre que la principale plainte des patients concernant le système de santé local est le mauvais accueil et le comportement grossier des membres du personnel de santé à leur égard.⁴ Les deux résultats sont très probablement étroitement liés, mais le constat des patients n'aurait certainement pas émergé comme un problème majeur si l'analyse de situation n'avait pris en considération que les opinions des experts et des professionnels de la santé. Ainsi, les solutions à apporter au premier ensemble de difficultés (par exemple l'augmentation des salaires et l'amélioration des équipements) ne seraient probablement pas celles à offrir au problème perçu dans toute sa complexité.

Une analyse de situation correctement menée, ayant les caractéristiques mentionnées ci-dessus, permet aux gouvernements de rendre compte des activités et des résultats du secteur de la santé de manière transparente. Plus l'analyse de situation a un caractère participatif et honnête, plus le gouvernement se montre responsable et transparent. Cela ne signifie pas que les types de participation et la représentativité des participants ne doivent pas faire l'objet d'une réflexion approfondie, et une attention particulière doit être portée aux considérations pratiques pour permettre une participation équitable (voir Encadrés 3.2 et 3.4).

Afin de promouvoir la transparence, effectuer une analyse de situation de manière participative implique une mise à disposition et une accessibilité de données et d'informations aux différentes parties prenantes du secteur de la santé. Ces données et informations ne leur ont peut-être pas été accessibles d'une autre manière, ces acteurs n'ont alors pas eu l'occasion de les comprendre et d'en débattre. La transparence signifie également donner une voix aux parties prenantes en leur fournissant les informations et les explications sur des questions qui leur importent le plus et les affectent directement. La responsabilisation consiste à permettre aux parties prenantes d'influencer la prise de décisions et de tenir les décideurs pour responsables. Une analyse participative de la situation est le premier pas vers une prise de décision conjointe et le suivi des progrès concernant ces décisions.

Figure 3.1 Analyse de situation : mieux comprendre le système de santé d'un pays



Damian Glez ; texte de Bruno Meessen.

Dans certains contextes, le ministère de la Santé peut craindre qu'une analyse du secteur menée de manière véritablement participative aboutisse à souligner des insuffisances au niveau ministériel, susceptibles de devenir politiquement embarrassantes. Toutefois, l'expérience montre que si les avis critiques et justifiés des parties prenantes sont pris en compte dans l'analyse de situation, leur volonté

de s'aligner, d'harmoniser et d'y contribuer augmente. Inversement, si une analyse sectorielle est perçue comme biaisée, occultant des faiblesses manifestes du système, le ministère de la Santé peut rencontrer des difficultés à obtenir un consensus avec les parties prenantes. Par la suite, l'adhésion globale aux nouvelles politiques pourra alors être fragilisée.

Encadré 3.2

Qu'entendons-nous par « voix et responsabilité » et par « participation » ? Quels sont les défis les plus fréquents à relever pour garantir une large participation ?

« Voix et responsabilité » est un concept moteur dans la stratégie pour la santé au XXI^e siècle. Il signifie que les personnes responsables de l'élaboration des plans nationaux de santé doivent faire participer l'ensemble des parties prenantes concernées, en leur offrant l'espace et la possibilité d'exprimer librement leurs points de vue. En particulier, la population (et ses représentants) devrait être explicitement incluse en tant que « partie prenante concernée » dans les débats qui conduisent à des stratégies qui la concernent.

Dans le contexte d'une analyse de situation du secteur de la santé, le terme « participation » implique une participation significative. C'est-à-dire que la partie prenante conviée à participer est préparée et informée de manière objective et dispose d'un espace approprié pour exprimer son point de vue. Il est possible d'obtenir la participation d'un plus grand nombre de personnes et d'un segment plus représentatif de la société en reliant l'analyse de situation à une consultation de la population. De nombreux pays peuvent ne pas mener une consultation de population à chaque analyse de situation en raison de contraintes de temps et de coût mais il est nécessaire de canaliser les demandes et les attentes de la population avec un certain niveau de périodicité.¹¹

Afin de garantir une large participation, il est souvent nécessaire de se préparer correctement et suffisamment tôt – ceci du fait qu'en fonction du contexte politique du pays, le dialogue et le consensus doivent être recherchés à un stade précoce. Cela implique souvent de contacter les parties prenantes avec lesquelles les relations ne

sont pas les plus aisées et de devoir éventuellement se préparer à une confrontation. Il s'agit ici d'un effort supplémentaire et son importance ne doit pas être sous-estimée pour parvenir à une large adhésion et à un meilleur alignement.

Idéalement, les parties prenantes qui participent à une analyse de situation devraient avoir une compréhension suffisante de la question, avoir suffisamment de compétences en matière de communication de façon à se faire entendre (y compris être socialement « autorisées » à s'exprimer), et être représentatives de toutes les catégories de la population appelées à participer. Dans la pratique toutefois, il n'est pas toujours facile d'identifier les parties prenantes représentatives et de leur permettre de participer. Les dilemmes suivants doivent faire l'objet d'une attention particulière mais ne doivent pas être considérés comme dissuasifs. Au contraire, si ces questions sont analysées à l'avance, elles pourront être résolues plus aisément :

- ▶ Plus le nombre de participants à une consultation est important, plus il sera difficile de permettre une participation équitable de tous les points de vue, de parvenir à un consensus sur l'analyse de situation, et de prendre des décisions. Il est important de trouver un juste milieu entre la plus large représentativité possible au sein des parties prenantes et la participation d'un bon nombre de participants qui seront réellement en mesure de s'exprimer ;
- ▶ Même lorsque toutes les catégories pertinentes de parties prenantes ont été recensées (par exemple société civile, communautés religieuses,

¹¹ Voir le chapitre 2 du présent guide pratique : « Consultation de la population sur ses besoins et ses attentes ».

femmes, syndicats, autres ministères concernés, etc.), il n'est pas facile d'identifier les organisations ou individus qui seront les plus appropriés et légitimes pour représenter ces parties prenantes. Dans de nombreux pays, les organisations de la société civile (OSC) sont fédérées sous forme de plateformes nationales qui ne sont cependant pas toutes considérées comme légitimes par toutes les organisations. Il peut donc être extrêmement difficile de savoir qui sont les représentants ad hoc de l'ensemble des parties. Il en va de même pour les organisations à but non lucratif : elles peuvent être des centaines, dont la taille, la portée et les compétences peuvent être très variables, tandis qu'une coordination réelle, et par conséquent la représentativité, peuvent rester confuses. Une analyse minutieuse et une compréhension des groupes de parties prenantes, ainsi qu'un engagement auprès de celles-ci, peuvent contribuer à identifier les « bons » interlocuteurs ;

- ▶ Concernant la représentation des autres ministères que le ministère de la Santé peut souhaiter impliquer, il n'est pas certain que les « bons » représentants soient envoyés par leur ministère. Il est très fréquent que les ministères désignent des fonctionnaires de rang intermédiaire, ne disposant pas d'un pouvoir de décision (voire, sans connaissances sur les questions à débattre). Spécifier le nom de la personne souhaitée pour sa participation peut être contraire au protocole (mais si ce n'est pas le cas, c'est une façon de surmonter cette difficulté). Dans les pays où sont désignés des « points focaux santé » officiels dans les ministères autres que celui de la Santé, le problème est beaucoup moins fréquent ;
- ▶ Même lorsque les parties prenantes compétentes sont représentées, elles peuvent ne pas se sentir habilitées à participer efficacement au dialogue – que ce soit par manque de compétences techniques ou en raison des normes sociales.

Une attention particulière doit être accordée au soutien de la participation des représentants des populations rurales et celles dites difficiles à atteindre. Il peut même être judicieux d'organiser des réunions consultatives distinctes pour permettre à ces groupes d'exprimer librement leur opinion ;

- ▶ Dans le cas des PSPNS, il est important que le gouvernement dirige le processus de consultation, en particulier dans les situations où les pays sont tributaires de l'aide et où les bailleurs de fonds peuvent influencer indûment les débats.

3.2.4 Soutenir et renforcer le suivi et l'évaluation

Une analyse de situation du secteur de la santé est un examen en profondeur de tous les aspects liés aux apports, aux processus et aux résultats du secteur de la santé. C'est un tour d'horizon complet du secteur. Ces informations sont extrêmement pertinentes et utiles pour comparer et confronter les données et les informations existantes, évaluer les tendances et suivre les progrès engrangés. Si les données et les informations sont rares, une analyse de situation peut servir de référence pour alimenter les futures analyses de suivi et d'évaluation^{III}. En outre, les analyses de situation sectorielles fournissent une documentation essentielle et accessible dans un format concis et analytique pour toutes les parties prenantes intéressées par le système de santé. Elles offrent un aperçu général de la situation, en utilisant une terminologie et des définitions accessibles à tous, et permettent ainsi d'améliorer la qualité du dialogue sur les politiques.

Une analyse de situation peut servir de référence aux futurs cycles de suivi et d'évaluation.

^{III} Voir le chapitre 9 du guide pratique : « Suivi, évaluation et revues des plans, stratégies et plans nationaux de santé ».

3.2.5 Une contribution à la concrétisation des rôles et des responsabilités

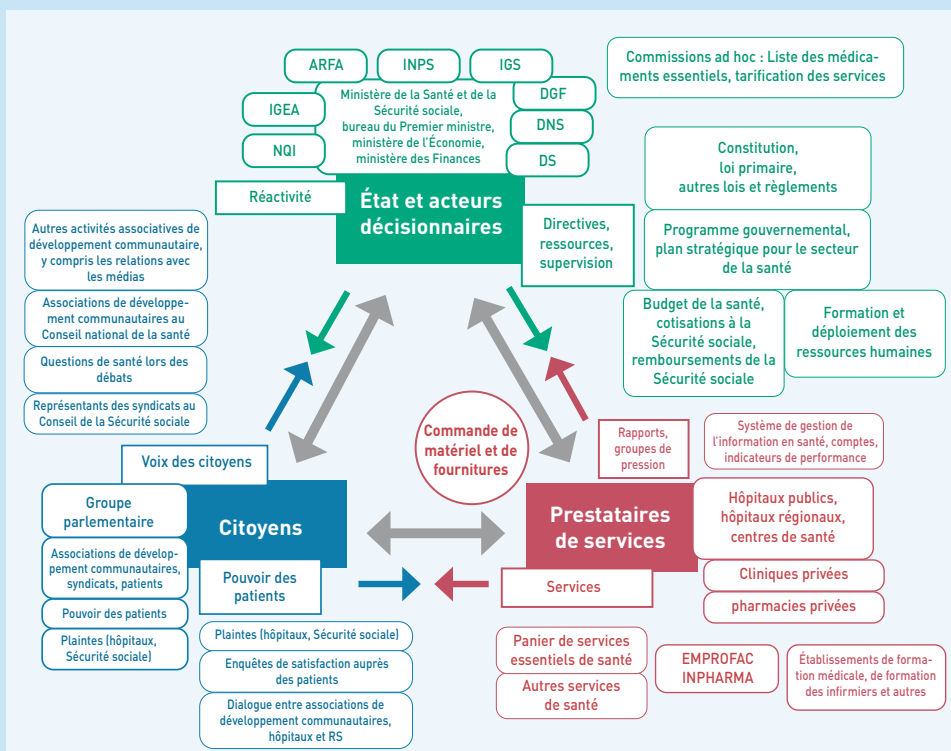
Une analyse de situation est le fondement de la planification des activités du secteur de la santé. Ainsi, elle constitue souvent la première étape vers un nouveau plan national de santé ou une réforme du secteur de la santé.

Une analyse de situation constitue souvent la première étape vers un nouveau plan national de santé ou une réforme du secteur de la santé. Elle constitue le fondement de la planification des activités qui seront entreprises dans le secteur de la santé au cours des prochaines années. Le succès de la mise en œuvre de ces activités est largement tributaire d'une définition claire des rôles et responsabilités entre tous les types de parties prenantes, en particulier entre celles qui sont sur le terrain, dans les districts, dans les régions les plus éloignées, et au plus proche de la population, des citoyens et/ou des patients ou qui les représentent. Une analyse de situation est une étape décisive pour que toutes les parties prenantes concernées comprennent quelles

orientations stratégiques doivent être prises dans le secteur de la santé, et quelles activités apparentées sont engagées – et en conséquence, les rôles et responsabilités concrets de chaque partie prenante.

Une analyse approfondie sur les parties prenantes faisant partie intégrante de l'analyse de situation du secteur de la santé, est vivement recommandé (voir Encadré 3.3). Cet examen peut contribuer à élucider la manière dont les diverses parties prenantes influent, par leurs caractéristiques, sur le processus de développement des PSPNS. Une meilleure compréhension des enjeux pour chaque partie prenante permet de mieux répartir les rôles et responsabilités et de les gérer dans l'intérêt de tous.

Figure 3.2 : Analyse des acteurs du secteur de la santé, de leurs liens et intérêts, au Cap-Vert



Adapté par Bigdeli M. and Clarke D. du Rapport sur le développement dans le monde 2004 : des services pour les pauvres, Banque mondiale, 2004 ; et de Brinkerhoff D., Bossert T. Health Governance: Concepts, Experience and Programming Options. Bethesda: Health Systems 20/20 Project, 2008.

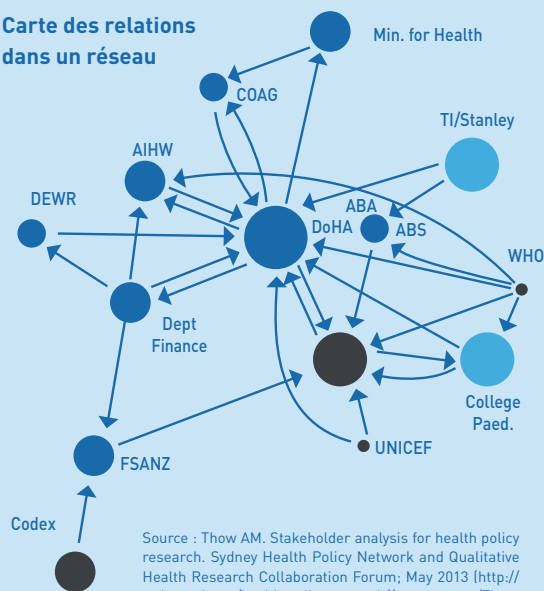
Encadré 3.3

Analyse sur les parties prenantes

Une analyse sur les parties prenantes est fréquemment utilisée dans le cadre de la gestion des systèmes de santé, du développement et de la prise de décision en matière de santé.⁵ Elle vise à évaluer et comprendre les parties prenantes dans la perspective d'une certaine organisation, ou de leur pertinence par rapport à une politique ou un projet spécifique. Cette analyse se base sur des informations issues des enquêtes et entretiens avec les parties prenantes, complétés par les expériences dans les pays, la revue de la littérature, les données relatives aux dépenses (santé et autres), et les rapports ou publications.⁶ Les analyses portant sur les parties prenantes peuvent aborder des questions importantes telles que : Qui sont les acteurs clés, formels et informels, dans ce domaine ? Quelles sont les relations entre les parties prenantes ? Qui détient un réel pouvoir, ou une réelle influence, dans cette situation ? Comment les parties prenantes influent-elles sur le processus politique ? (Figure 3.2).

L'analyse sur les parties prenantes permet notamment d'aboutir à une cartographie des relations et des interactions au sein d'un réseau ou à celle des mouvements des parties prenantes. Une carte des relations permet de visualiser les acteurs du système de santé et les relations d'interdépendance qui existent entre eux, en utilisant des étiquettes et des flèches indiquant le flux de ressources d'une part, et l'action d'autre part (voir le schéma sur la carte des relations dans un réseau). Une carte des mouvements des parties prenantes permet, quant à elle, d'afficher visuellement une comparaison de l'éventuelle influence passée, présente et future d'une partie prenante en schématisant le degré d'influence dans le secteur de la santé par rapport au niveau de soutien au cours du temps. La représentation visuelle des résultats de l'analyse des parties prenantes permet d'obtenir facilement une richesse d'informations sur les positions relatives des parties prenantes - c'est-à-dire sur leur soutien, leur position neutre ou leur opposition - à l'égard des objectifs politiques.

Carte des relations dans un réseau



Source : Thow AM. Stakeholder analysis for health policy research. Sydney Health Policy Network and Qualitative Health Research Collaboration Forum; May 2013 (<http://sydney.edu.au/health-policy-network/news-events/Thow.pdf>, consulté le 14 octobre 2016).

La connaissance des acteurs présents dans le système de santé, de leurs intérêts et positions peut permettre aux responsables politiques d'interagir plus efficacement avec les principales parties prenantes pour la réforme de la santé.⁷ Dans le secteur de la santé, une analyse sur les parties prenantes peut être utilisée comme un outil d'information pour planifier, mettre en œuvre et évaluer un projet. Elle est d'autant plus utile lorsqu'elle est intégrée à un processus d'analyse politique plus large.⁸ Le rôle des OSC et des donateurs dans la politique de santé par exemple, est vaste ; grâce à l'analyse des parties prenantes, les responsables politiques peuvent mieux comprendre qui sont ceux qui ont le plus grand intérêt dans une politique et être préparés pour les futures possibilités de financement ou obstacles potentiels à l'adoption d'une politique. Bien que ce type particulier d'analyse soit utile pour gérer les parties prenantes dans le domaine de la santé et recenser les possibilités de soutien ou de mobilisation de leur part, un certain degré de prudence est nécessaire pour appliquer les résultats de l'analyse en raison des biais ou incertitudes dans les données recueillies auprès des parties prenantes.⁹

3.2.6 Une contribution à l'établissement d'un consensus sur la situation sanitaire dans le pays

Les différentes parties prenantes auront probablement des intérêts divergents et des points de vue divers. C'est précisément pour cette raison que le partage de l'information et l'analyse conjointe de la situation sont essentiels pour établir la confiance entre les différents intervenants et négocier un consensus entre eux. Une analyse de situation est souvent l'étape initiale essentielle pour créer un climat de confiance en faisant travailler ensemble les parties prenantes et pour qu'elles s'accordent sur l'état du secteur de la santé.



© UN Photo/JC McIlwaine

3.3 Quand faut-il procéder à une analyse de situation ?

Une analyse de situation du secteur de la santé devrait être menée comme une première étape décisive dans le développement des PSPNS. Elle devrait de préférence être entreprise au moins une fois au cours du cycle de planification de la politique de santé, et actualisée à intervalles périodiquement, à quelques années d'intervalle, car une analyse technique approfondie et mise à jour, incluant les points de vue des parties prenantes est une ressource inestimable pour l'ensemble du secteur de la santé.

Cependant, le bilan de la situation est une activité qui peut s'avérer nécessaire dans toute phase du cycle d'élaboration de la politique, et notamment dans des domaines thématiques particuliers qui ne sont peut-être pas totalement couverts par une analyse de situation globale du secteur de la santé. C'est une activité dans laquelle il vaut la peine d'investir car elle forme la base et fait partie intégrante d'une programmation et d'un suivi réussis.

Une analyse de la situation du secteur de la santé ne doit pas toujours être entreprise à grande échelle ; elle dépend de la portée de l'objectif poursuivi. Si, par exemple, un programme de

lutte contre le paludisme envisage la reprogrammation de fonds limités sans interférer avec la stratégie et les objectifs généraux du secteur de la santé, une analyse technique rapide sur le paludisme pourrait potentiellement remplir cet objectif. Par contre, si par exemple, une réorientation des objectifs du plan national de santé est prévue en raison de l'élaboration d'une nouvelle stratégie nationale de financement de la santé, une analyse de situation plus importante et plus approfondie de la situation du financement de ce secteur, de ses liens et impact potentiels sur l'ensemble du secteur de la santé devrait être menée.

Le timing est donc lié aux objectifs spécifiques de l'analyse de situation, au sujet en question et à la portée de cette analyse (ensemble du secteur de la santé, sous-secteur ou programme unique).

3.4 Qui doit participer à l'analyse de situation ?

Pour une analyse de situation réussie, trois grandes exigences que doivent être assumées par les parties prenantes : une participation active et inclusive des différentes parties prenantes ; la prise de décisions ; l'organisation et la coordination.

Lors de l'examen des rôles et responsabilités des différentes parties prenantes du secteur de la santé (voir Encadré 3.4), il importe de garder à l'esprit les trois principales exigences nécessaires à une analyse de situation réussie : une participation active et inclusive de l'ensemble des parties prenantes ; le processus de prise de décisions ; l'organisation et la coordination. Certains acteurs de la santé seront actifs sur ces trois fronts, tandis que d'autres ne participeront qu'à l'une ou l'autre de ces fonctions.

Encadré 3.4

Une analyse de situation du secteur de la santé réunit généralement tout ou partie des parties prenantes

Population/bénéficiaires

- ▶ population et représentants des communautés ;
- ▶ société civile, y compris les organisations non gouvernementales (ONG) et les organisations professionnelles ;
- ▶ groupes d'intérêts particuliers.

Le gouvernement et entités affiliées

- ▶ divers départements du ministère de la Santé, au niveau central ;
- ▶ autres ministères dont l'activité est pertinente pour de secteur de la santé ;
- ▶ départements du ministère de la Santé, au niveau régional ;
- ▶ autres institutions et agences liées au ministère de la Santé (parapubliques, par exemple) ;
- ▶ partenaires du développement.

Prestataires de soins

- ▶ prestataires des services publics et en particulier, autorités des systèmes de santé locaux ;
- ▶ associations professionnelles ;
- ▶ prestataires de services privés à but lucratif ou non.

Autres

- ▶ institutions de recherche ;
- ▶ think tanks.

3.4.1 Le rôle du ministère de la Santé

Dans une analyse de situation globale du secteur de la santé, le leadership revient au ministère de la Santé, en particulier si l'objectif est la formulation d'un nouveau plan national de santé. Le ministère de la Santé a pour fonction la coordination, l'organisation et la prise de décisions lors de l'exercice d'analyse de situation. Outre sa propre contribution, il veille à la participation significative des autres entités concernées. Dans certains cas, il est préférable de confier certaines étapes préparatoires, telles que la consultation de la population ou l'analyse des données sanitaires, à des parties extérieures afin d'assurer l'indépendance et l'impartialité des recommandations. Néanmoins, le ministère de la Santé est l'entité qui prend la décision finale sur la manière d'utiliser les recommandations et les résultats des diverses analyses et consultations, et les traduit en un plan national.

Une analyse de situation doit être aussi impartiale et objective que possible ; c'est là une mission cruciale du ministère de la Santé, que l'analyse soit menée en interne ou par une entité extérieure. Pour ce faire, il faut veiller à ce qu'aucune partie prenante ou groupe de parties prenantes ne domine les discussions et le processus. Un large éventail de parties prenantes variées doit être représenté de manière appropriée et chacune doit se faire entendre et jouer un rôle. Ce n'est évidemment pas chose aisée puisqu'il est fréquent, dans la réalité, que les niveaux d'intérêts, le financement et la disponibilité des différents participants ne soient pas identiques. D'où la nécessité pour le ministère de la Santé de faire des efforts particuliers pour susciter l'intérêt des participants, de proposer, si nécessaire, des incitations à la participation et de veiller à un juste équilibre dans les voix exprimées.

3.4.2 Le rôle des autorités de santé infranational ou autorités de santé régionales ou de district^{IV}

Les autorités sanitaires et les prestataires de services au niveau infranational jouent un rôle important dans la fourniture de données et d'informations ainsi que dans la synthèse de ces informations dans un format compréhensible pour la grande majorité des parties prenantes. Leur principal rôle consiste par conséquent en une « participation active » ; il est toutefois conseillé qu'au moins une des autorités sanitaires régionales ou de district participe à l'équipe de pilotage du processus, puisqu'une grande partie des connaissances qui seront synthétisées et analysées pour l'analyse de situation provient du terrain. Ce membre de l'équipe de pilotage contribuera certainement à l'organisation et à la prise de décisions dans le cadre de l'exercice d'analyse de situation.

Les autorités de district et en particulier, les autorités régionales ont une bonne vue d'ensemble des difficultés et obstacles rencontrés dans le secteur de la santé au niveau local. Leur rôle dans une analyse de situation consiste par conséquent à veiller à ce que le message venant du terrain soit transmis et appuyé par des éléments probants, de manière claire et compréhensible.

Une analyse de situation doit être aussi impartiale et objective que possible. C'est là le rôle essentiel du ministère de la Santé, que l'analyse soit menée en interne ou par une entité extérieure.

^{IV} Souvent appelées autorités sanitaires « régionales » ou « de district ».

3.4.3 Le rôle de la société civile, y compris les associations professionnelles et les groupes d'intérêts particuliers

Le secteur privé comprend à la fois des entités à but lucratif et à but non lucratif. Leur rôle dans l'analyse de situation est, au moins, de participer activement. Dans les situations où le secteur privé représente une part importante des services de santé, il serait sage de les inclure dans l'équipe de pilotage de l'analyse de situation et, sans aucun doute, dans les groupes de travail techniques pertinents.

Le rôle de la société civile est crucial, puisqu'il s'agit d'organisations qui sont souvent les plus proches des populations. Un représentant des OSC peut aussi faire partie de l'équipe de pilotage, sinon participer activement à la fourniture de données et d'informations pertinentes et faire preuve de transparence dans cet exercice. Il est essentiel que les OSC veillent à ce que des représentants légitimes s'engagent dans le processus d'analyse de situation. Lorsqu'il existe une pléthore d'OSC travaillant sur les mêmes sujets, il n'est pas toujours possible de toutes les inclure dans le processus d'analyse de situation. Dans un tel cas, c'est aux OSC, en tant que groupe, que revient la responsabilité d'identifier et d'assurer leur représentation légitime.

3.4.4 Le rôle du secteur privé

Dans la plupart des pays, le secteur privé contribue à la fourniture des services de santé et des intrants sanitaires tels que les produits pharmaceutiques, les technologies sanitaires et les ressources humaines. Il est donc pertinent et nécessaire d'associer le secteur privé aux discussions de l'analyse de situation, même si, en pratique, cela s'avère souvent difficile. Une compréhension complète et précise du secteur de la santé d'un pays n'est pas réellement possible dans certains contextes sans la perspective et la participation du secteur privé.

Le secteur privé comprend « tous les prestataires de soins qui existent en dehors du secteur public, que leur but soit philanthropique ou commercial, et dont l'objectif est de traiter ou de prévenir une maladie ».¹⁰ Il est composé d'entités à but lucratif et non lucratif, y compris les organisations confessionnelles. Il comprend aussi le secteur informel de la santé tel que les guérisseurs traditionnels, les accoucheuses traditionnelles, les systèmes autochtones de prestataires médicaux et les vendeurs de médicaments sur le marché. Leur rôle dans l'analyse de situation est au minimum une participation active. Dans les situations où ces entités représentent une part importante des services de santé, il serait sage de les inclure dans l'équipe de pilotage de l'analyse de situation et sans aucun doute, dans les groupes de travail techniques pertinents. Leur vision de la réalité sur le terrain est unique. Le secteur privé a la connaissance et l'expérience des mêmes questions, mais sous un angle différent. Par conséquent, d'énormes efforts doivent être entrepris pour qu'il participe de manière significative au processus d'analyse de situation.

3.4.5 Le rôle du Parlement

Idéalement, un représentant de la commission parlementaire chargée de la santé doit faire partie des groupes de travail thématiques ou, au minimum, doit suivre les analyses et discussions en restant en contact avec l'équipe de pilotage. Les parlementaires de la commission chargée de la santé seront finalement amenés à approuver le budget national de la santé sur lequel reposera la mise en œuvre des PSPNS ; ces derniers étant fondés sur l'analyse de situation, s'assurer qu'il existe un lien entre les points focaux législatifs pour la santé et le travail technique d'analyse de situation est bénéfique pour les deux parties (technique et législative). Au cours des débats budgétaires au Parlement, il est extrêmement utile que les membres de la commission de santé disposent des connaissances de base sur l'analyse de situation pour mieux défendre le budget de la santé.

3.4.6 Le rôle des médias

Les médias ont un rôle particulier, puisqu'ils sont omniprésents et visent à fournir des informations et à refléter l'opinion de la population de manière objective. Dans une analyse de situation, leur rôle consiste essentiellement à diffuser et informer la population sur l'exercice que représente l'analyse de situation, garantissant ainsi la transparence et la compréhension à la fois du processus d'analyse et des résultats obtenus. Le rôle des médias est par conséquent essentiel et contribue au dynamisme du processus de planification sanitaire nationale.

3.4.7 Le rôle des partenaires du développement

Les partenaires du développement peuvent être représentés au sein de l'équipe de pilotage où ils assumeront davantage un rôle d'organisation/ de coordination ainsi qu'un rôle dans la prise de décisions. Lorsqu'ils ne font pas partie de l'équipe de pilotage, leur participation active est importante car ils disposent de données et d'informations utiles sur les projets et programmes auxquels ils participent. Ils peuvent apporter une valeur ajoutée aux discussions sur l'analyse de situation. Les informations doivent également être mises à disposition dans un format aussi accessible et compréhensible que possible.

Dans le contexte des pays dépendant de l'aide, les partenaires du développement doivent être attentifs à ne pas fausser ou trop influencer les débats. Les besoins du ministère de la Santé et du pays en matière de santé, devraient toujours être au premier plan des discussions, et non les priorités des partenaires.

Au cours des débats budgétaires au Parlement, il sera extrêmement utile pour les membres de la commission de santé de disposer des connaissances de base relatives à l'analyse de situation pour mieux défendre le budget de la santé.



© UN Photo/IC McIlwain

3.5 Méthodologie : organisation et conduite d'une analyse de situation

Une analyse de situation peut être menée de différentes façons mais des éléments clés doivent être mis en place pour qu'elle possède toutes les caractéristiques essentielles (voir Section 3.1.1) :

- ▶ participative et inclusive ;
- ▶ une étude minutieuse et précise ;
- ▶ pertinente ;
- ▶ exhaustive ;
- ▶ fondée sur des données probantes.

Le contenu des sections suivantes détaille les aspects organisationnels d'une analyse de situation (comité directeur, équipe de pilotage, groupes de travail), ainsi que les domaines d'activités à examiner par les parties prenantes de la planification sanitaire.

3.5.1 Organisation de l'analyse de situation

Il existe essentiellement deux méthodes pour organiser l'analyse de situation du secteur de la santé. Le choix dépendra en partie du temps et des fonds dont dispose le ministère de la Santé. La première méthode peut être nécessaire lorsque l'analyse doit être menée promptement ; dans ce cas, les consultants - experts internationaux et nationaux - viennent examiner les documents, mènent des entretiens avec les informateurs clés, examinent les données existantes et tirent des conclusions en l'espace de quelques semaines. Cette méthode est utile pour produire une analyse qui sera rapidement publiée, mais elle ne renforcera pas les capacités du pays et ne permettra pas d'améliorer la compréhension et l'adhésion de l'ensemble

des parties prenantes concernées, en particulier celles qui se trouvent sur le terrain, tels que les ONG et les communautés locales. La seconde méthode est celle des groupes de travail auxquels participent les experts compétents et les parties prenantes du secteur de la santé, moyennant suffisamment de temps et d'espace pour le dialogue. Certes, lorsque l'analyse implique un large éventail de parties prenantes comme le préconise le présent guide pratique, elle peut devenir pesante et demander beaucoup de temps. Il s'agit néanmoins d'un investissement crucial dont il ne faut pas sous-estimer le potentiel à rassembler ceux qui ont un intérêt dans la santé autour d'une compréhension commune des problèmes et des solutions dans le secteur de la santé. Cette méthode fait l'objet d'une analyse plus détaillée dans cette section.

Création d'un « comité directeur »

La création d'un « comité directeur » (ou tout autre dénomination choisi par le pays) officiel, représentant la communauté des parties prenantes impliquées dans l'exercice, peut être ou non nécessaire ; cela dépendra de la portée de l'analyse de situation et de l'accessibilité dans l'équipe de pilotage, aux responsables politiques de haut niveau au sein du gouvernement. Si la décision de créer ce comité est prise, la représentation des directeurs de départements du ministère de la Santé ou d'autres ministères étroitement concernés par les activités du ministère de la santé, ainsi que des responsables des OSC, est importante. Dans tous les cas, il est nécessaire de savoir clairement qui aura la responsabilité de donner l'aval final à l'analyse de situation et d'en accepter officiellement le contenu.

Une analyse de situation doit être participative et inclusive, minutieuse et précise, pertinente, exhaustive et fondée sur des données probantes.

Désignation d'une « équipe de pilotage »

La désignation d'une « équipe de pilotage » (qui pourra être désignée sous un autre nom, en fonction du contexte national) est essentielle pour assurer une coordination efficace de l'exercice d'analyse de situation. Cette équipe doit avoir les compétences nécessaires pour garantir une bonne organisation, les aptitudes relationnelles pour être en mesure d'atteindre les bonnes personnes qui seront dans les groupes de travail, et posséder également de solides capacités techniques pour participer activement aux groupes de travail et les soutenir. L'équipe de pilotage doit être dirigée par le ministère de la Santé mais elle ne doit pas être composée exclusivement de membres du personnel de ce ministère. De fait, la représentation en son sein des principaux donateurs, des OSC, des associations professionnelles, des autorités sanitaires locales ou de tout autre organe concerné (en particulier pour la mise en œuvre de PSPNS) dans le contexte national, est vivement recommandée.

Les tâches de l'équipe de pilotage consistent (mais ne se limitent pas) à :

- ▶ préparer l'analyse de situation, y compris l'obtention des approbations officielles et d'un budget ;
- ▶ constituer les groupes de travail ;
- ▶ mettre à disposition la documentation pertinente ;
- ▶ informer et sensibiliser les parties prenantes concernées ;
- ▶ organiser des ateliers et des réunions entre les parties prenantes concernées et/ou les groupes de travail sur les sujets transversaux ;
- ▶ apporter un soutien technique aux groupes de travail ;
- ▶ veiller à ce que l'analyse des trois domaines décrits ci-dessous soit menée avec rigueur et précision, et que des liens soient établis entre eux.

Taxonomie des systèmes de santé selon l'OMS : un outil

Afin que l'analyse de situation menée par les différents groupes de travail soit exhaustive, l'OMS a établi une taxonomie pour les systèmes de santé (voir Encadré 3.5) ou liste exhaustive de sujets à traiter dans le cadre des questions relatives aux systèmes de santé. La taxonomie se présente sous la forme d'un ensemble de catégories du secteur de la santé reposant sur les éléments constitutifs du système de santé ; la plupart des principaux programmes nationaux de santé relèvent du volet intitulé « prestation des services ». Dans chaque catégorie, une série de sous-rubriques a été élaborée avec les experts concernés de sorte que l'analyse de chaque domaine soit exhaustive. Une taxonomie annotée explique quelles informations sont attendues pour chaque sous-rubrique de la taxonomie. L'utilisation d'une taxonomie complète pour décrire le fonctionnement du système et des programmes est un bon point de départ et peut aider les groupes de travail à s'assurer que tous les aspects importants du système de santé dans le pays sont bien pris en compte dans l'analyse de situation.

Le Tableau 3.1 donne des exemples d'autres outils d'analyse de situation.



Encadré 3.5

Un exemple de taxonomie pour le personnel de santé¹¹

Produits médicaux

- ▶ Organisation et gestion des produits pharmaceutiques
- ▶ Réglementation, qualité et sécurité du secteur pharmaceutique
- ▶ Système d'approvisionnement de médicaments
- ▶ Utilisation rationnelle des médicaments

Biologie clinique

- ▶ Organisation et gestion de la biologie clinique
- ▶ Système d'approvisionnement des intrants en biologie clinique
- ▶ Maintenance du matériel de biologie clinique
- ▶ Contrôle de qualité du matériel de biologie clinique

Sang

- ▶ Organisation et gestion des produits sanguins
- ▶ Systèmes de collecte et de distribution des produits sanguins
- ▶ Qualité et sécurité des produits sanguins

Vaccins

- ▶ Organisation et gestion des vaccins
- ▶ Système d'approvisionnement de vaccins
- ▶ Questions relatives à la chaîne du froid et autres questions relatives à la qualité

Priorités et prochaines étapes

Autres

Tableau 3.1 Exemples d'outils d'analyse de situation

OUTIL D'ANALYSE DE SITUATION	EN QUOI CONSISTE-T-IL ?	QUI L'UTILISE ?	PUBLIC CIBLÉ	EXEMPLES DE PAYS OÙ IL A ÉTÉ UTILISÉ
Systèmes de santé en transition, examens des systèmes de santé (Health systems in transition, health system reviews - HiTs) ¹²	« Rapports basés sur une analyse par pays, qui fournissent une description détaillée de chaque système de soins et des réformes et initiatives politiques en cours d'application ou de développement »	Bureau régional OMS de l'Europe	Pays de la Région européenne de l'OMS ; certains pays de l'OCDE	Albanie, Australie, Canada, Estonie, États-Unis d'Amérique, Hongrie, Ouzbékistan, Portugal, Slovénie, Turquie
Méthode d'évaluation des systèmes de santé (Health System Assessment Approach - HSAA) ¹³	Modules techniques utilisés pour « produire une évaluation de tout ou partie d'un système de santé » « Largement utilisé dans le monde en développement pour faire le bilan des performances des systèmes de santé et obtenir des informations à l'échelle des systèmes »	United States Agency for International Development (USAID)	Responsables de l'élaboration des politiques et analystes Responsables de la planification pour les systèmes de santé, de l'élaboration des politiques, praticiens, et gestionnaires de programmes	Angola, Azerbaïdjan, Bénin, Viet Nam
Évaluation institutionnelle pour l'amélioration et le renforcement du financement de la santé (Organizational Assessment for Improving and Strengthening Health Financing - OASIS) ¹⁴	« Une approche et un cadre analytiques pour entreprendre un examen systématique d'un système de financement de la santé, y compris une évaluation des performances »	OMS	Responsables du financement de la santé des ministères de la Santé, des Finances, de la Planification et du Travail, organismes d'assurance-maladie, autres parties prenantes du financement de la santé	Bénin, Cambodge, France, Jordanie, Mali, Maroc, Nicaragua, Ouganda, Pakistan, République de Corée, Rwanda, Soudan, Tunisie, Viet Nam
Boîte à outils pour les ressources humaines en santé (Human Resources for Health Toolkit) ¹⁵	« La boîte à outils réunit un ensemble d'outils existants, utilisés pour divers aspects du développement des ressources humaines pour la santé au niveau national, parmi lesquels l'analyse de situation, la planification, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation »	Alliance mondiale pour les personnels de santé	Parties prenantes et responsables de l'élaboration des politiques à différents niveaux, participant à la planification de la santé

Création de « groupes de travail »

Les parties prenantes sont de préférence réparties dans des groupes de travail afin d'équilibrer les contributions techniques issues de différents niveaux du système de santé, des diverses institutions concernées, mais aussi et simplement des points de vue divergents devant être débattus et discutés. Par exemple, un groupe de travail sur les ressources humaines pour la santé peut être composé de représentants du ministère de la Santé, du département chargé du personnel de santé, d'un chercheur d'un établissement universitaire travaillant dans ce domaine, d'un représentant d'une association de professionnels de la santé (représentant les agents de santé), d'un représentant d'un organisme donateur souhaitant financer ou finançant ce domaine et d'un représentant d'une OSC qui fournit des services de santé et doit gérer le personnel. En outre, ce groupe ferait appel à un groupe de parties prenantes plus vaste pour le conseiller sur des questions spécifiques (appelé parfois « communauté de pratique »). Il peut s'agir du ministère du Travail, des autorités sanitaires du district, des chefs communautaires, etc.

Les groupes de travail ne doivent pas seulement être des équipes mixtes, composées d'experts et d'acteurs expérimentés issus de divers groupes de parties prenantes, mais doivent aussi comprendre des personnes pouvant couvrir l'ensemble des principaux aspects de l'expertise sur le thème qui leur est attribué. La taxonomie de l'OMS donne déjà une idée des différents aspects à analyser. Étant très vaste, il n'est pas envisageable de désigner un membre pour chaque sujet.

Le Tableau 3.2 peut être utilisé comme une liste récapitulative des compétences qui doivent être couvertes dans les groupes de travail sur des thèmes communs d'analyse de situation. Il permet à l'équipe de pilotage chargée de composer les groupes de travail, de vérifier que chaque groupe dispose d'une expertise et d'une expérience suffisantes pour assurer une analyse complète de son domaine thématique.

Tableau 3.2 Compétences requises pour les thèmes communs de l'analyse de situation

GROUPE DE TRAVAIL	PRIORITÉ POUR L'ÉTABLISSEMENT D'UNE BASE DE DONNÉES AMÉLIORÉE
Prestation de services	<ul style="list-style-type: none"> ▶ niveaux des services de santé, ensembles des services, filière de soins ▶ qualité des soins : continuité, soins, médicaments ▶ couverture (universelle), soins de santé primaires, rayonnement, comportement vis-à-vis de la demande de soins, demande de services de santé ▶ rôle des divers prestataires du secteur privé ▶ médecine traditionnelle
Fournitures pharmaceutiques et médicales	<ul style="list-style-type: none"> ▶ estimation des besoins, achat, approvisionnement ▶ médicaments, matériel, banque du sang, contraceptifs
Équipements et infrastructure, logistique	<ul style="list-style-type: none"> ▶ planification et gestion des biens, normes et critères ▶ cartographie des établissements de santé (existants et prévus) ▶ maintenance
Ressources humaines	<ul style="list-style-type: none"> ▶ estimation des besoins, production, répartition, agrément, supervision, formation ▶ assistance technique
Financement	<ul style="list-style-type: none"> ▶ analyse des coûts, cadre des dépenses à moyen terme, attribution des ressources (critères) ▶ politique/pratiques de partage des coûts, accessibilité financière ▶ prévisions de ressources / processus de budgétisation, mobilisation (comptes nationaux de la santé) ▶ gestion financière, suivi des dépenses, contrôle interne ▶ règles de contrôle
Gouvernance/gestion	<ul style="list-style-type: none"> ▶ législation et réglementation administrative ▶ dispositions administratives et de mise en œuvre ▶ processus et procédures de planification ▶ passation de marchés
Coordination, leadership et réformes	<ul style="list-style-type: none"> ▶ développement d'un accord Partenariat international pour la santé (IHP+) ▶ développement institutionnel ▶ coopération multisectorielle ▶ coopération internationale ▶ décentralisation du secteur de la santé ▶ partenariat public/privé
Systèmes d'information	<ul style="list-style-type: none"> ▶ mécanisme de suivi et dévaluation ▶ gestion des connaissances ▶ recherche
Politiques sectorielles et contexte	<ul style="list-style-type: none"> ▶ processus d'élaboration des stratégies et politiques, validation et examen ▶ égalité entre hommes et femmes, équité, droits humains ▶ alignement avec les directives/processus gouvernementaux généraux ▶ initiatives, engagements internationaux
Bilans sanitaires	<ul style="list-style-type: none"> ▶ tendances des principaux indicateurs de santé (comparaison à la région) ▶ profil épidémiologique ▶ résultats des programmes de santé prioritaires ▶ résultats des engagements internationaux (Objectifs du millénaire pour le développement - OMD -, etc.) ▶ analyse des facteurs et des causes

Les tâches principales du groupe de travail consistent à recueillir, examiner et interpréter les données, connaissances et informations pertinentes sur le sujet à traiter, et par le biais de discussions préliminaires entre experts internes, à aboutir à des conclusions communes qui feront l'objet d'un dialogue sur les politiques. L'analyse et les conclusions du groupe de travail doivent être rédigées sous forme d'un rapport thématique qui pourra être diffusé auprès de toutes les parties prenantes, pour examen, communication de leurs observations, puis discussion et débat.

Des groupes de travail peuvent être organisés selon les éléments constitutifs des systèmes de santé¹⁶, suivant les orientations stratégiques des PSPNS actuels (voir Tableau 3.3), ou sur des thèmes transversaux tels que la couverture sanitaire universelle (CSU) (voir Tableau 3.4). Dans la pratique, les thèmes des groupes de travail dépendront aussi de la manière dont le secteur de la santé et le ministère de la Santé sont organisés.

Tableau 3.3 Groupes de travail pour l'analyse de situation selon les éléments constitutifs des systèmes de santé

EXEMPLES DE GROUPES DE TRAVAIL THÉMATIQUES SELON LES ÉLÉMENTS CONSTITUTIFS DES SYSTÈMES DE SANTÉ	POINTS À PRENDRE EN COMPTE
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Ressources humaines pour la santé ▶ Produits pharmaceutiques et médicaux ▶ Technologies et infrastructure sanitaires ▶ Prestation des services ▶ Gouvernance de la santé et leadership ▶ Financement de la santé ▶ Systèmes d'information sanitaire 	<p>Cette répartition pourrait renforcer le cloisonnement de la réflexion. Le groupe de travail sur les prestations de services doit aborder toutes les informations relatives aux programmes. Sa charge de travail peut donc, à terme, être excessive par rapport aux autres groupes. Il convient de réfléchir aux chevauchements pour organiser des réunions conjointes sur les sujets croisés. Dans certains contextes, il peut être politiquement difficile de désigner un groupe pour ne traiter uniquement que de la gouvernance et du leadership. Il est donc plus judicieux d'intégrer les questions de gouvernance dans d'autres sujets.</p>

Tableau 3.4 Groupes de travail pour l'analyse de situation selon les thèmes transversaux du secteur de la santé

EXEMPLES DE GROUPES DE TRAVAIL SELON LES THÈMES TRANSVERSAUX DU SECTEUR DE LA SANTÉ	POINTS À PRENDRE EN COMPTE
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Couverture sanitaire universelle ▶ Déterminants sociaux de la santé ▶ Prestation des services centrée sur la personne ▶ Gouvernance de la santé 	<p>Ces thématiques peuvent permettre une réflexion originale ; elle peut favoriser la collaboration entre les départements, les institutions et les secteurs existants. Si le secteur n'est pas organisé de façon transversale, il peut être difficile de susciter une pleine participation pendant l'analyse de situation. La compréhension des thèmes transversaux peut se faire selon le point de vue de l'expertise de chaque membre du groupe de travail ; un investissement initial dans l'explication et la clarification de la définition et du contenu des thèmes transversaux peut être nécessaire.</p>

Réunions, ateliers et communication

Chaque groupe de travail peut, à sa convenance, organiser ses propres travaux de lecture et de rédaction ainsi que ses débats. S'il s'agit d'un travail venant s'ajouter aux tâches quotidiennes de chacun, la plupart des échanges peuvent avoir lieu par courrier électronique ou en ligne. Ces moyens de communication sont aussi utiles lorsque certains membres sont en poste au niveau local, ou ailleurs.

Il est utile d'adopter un calendrier précis pour les réunions et ateliers, convenu par l'ensemble des membres du groupe de travail et ce, tant pour chaque groupe de travail que pour les réunions sur les thèmes transversaux ou se chevauchant avec d'autres groupes de travail. Ces réunions peuvent servir de forum pendant lesquels chacun rend compte de l'avancement de son travail, donne et reçoit des commentaires issus de leur propre expérience, bénéficie des conseils d'autres experts et d'une communauté de pratique (qui ne fait pas nécessairement partie du groupe de travail) et harmonise le contenu de ses travaux avec ceux des autres groupes, en particulier sur les thèmes transversaux. Ces rencontres servent aussi à relier les différents domaines d'activité et à veiller au partage des données et des connaissances.

Les groupes de travail doivent convenir de la mise en forme du texte, de la gestion des observations et commentaires et des procédures de communication. Certains groupes peuvent décider d'une organisation formelle, avec un président et des rôles officiels pour les membres. D'autres pourront choisir une organisation plus souple, en particulier si le groupe est restreint et que ses membres se connaissent bien.

Encadré 3.6

Proposition de déroulement des travaux dans les groupes de travail

1. Examen de la taxonomie : sous-rubriques et éventuels mots clés.
2. Identifier les points et aspects principaux pour le rapport du groupe de travail.
3. Formuler les points recensés – conformément à l'analyse forces-faiblesses-opportunités-menaces (SWOT. Voir Encadré 3.11) et débattre des causes profondes et des effets.
4. Identifier les principales sources d'information et veiller à leur disponibilité.
5. Vérifier si chacun des aspects identifiés repose sur des données probantes et peut s'appuyer sur des références.
6. Identifier les lacunes en matière d'information et d'analyse et rechercher la documentation complémentaire.
7. Réviser la première version de l'analyse SWOT, en se fondant sur les observations notamment des autres groupes de travail et des points focaux pour les volets 1 et 2.
8. Commencer à rédiger un rapport concis pour le groupe de travail, avec citations et références.

Rapport d'analyse de situation

Chaque groupe de travail doit présenter son propre rapport thématique, les différents rapports étant ensuite synthétisés en un rapport final unique. La rédaction de la première version du rapport peut se faire conjointement sous forme d'atelier, mais la mise au point finale incombera généralement à un petit groupe de personnes ou à une personne de l'équipe de pilotage, ou encore à un consultant recruté par celle-ci.

Le rapport de chaque groupe de travail et le rapport final doivent résumer les principaux enjeux et les évolutions récentes, en les rapprochant des objectifs et des plans des PSPNS. Les forces et faiblesses les plus importantes et leurs causes sous-jacentes ainsi que les facteurs déterminants, doivent être soulignés. Le rapport final doit comporter des références solides, en particulier sur les points qui donnent lieu à controverse ou sont sensibles dans les débats entre parties prenantes. Les rapports thématiques des groupes de travail qui permettent d'approfondir le thème concerné, peuvent être plus longs que le rapport final. Celui-ci se concentre sur une analyse concise, il résume les rapports des groupes de travail et traite des questions transversales. Un exemple de plan du rapport d'analyse de situation est proposé dans l'Encadré 3.7.

Encadré 3.7

Exemple de plan d'un rapport d'analyse de situation

- Table des matières
- Résumé
- Introduction/Contexte
- Objectifs
- Méthodologie/Approche
- Limites
- Membres de l'équipe/Coordination
- Résultats (ils peuvent être subdivisés en fonction des thèmes des groupes de travail, des orientations stratégiques de l'actuel PSPNS, des thèmes transversaux, ou de toute combinaison des subdivisions ici ; ils peuvent aussi suivre la taxonomie de l'OMS)
- Discussion
- Conclusion
- Annexe (liste des documents examinés, rapports des visites sur le terrain, liste des personnes interviewées, etc.)

3.5.2 Trois volets d'analyse

Les groupes de travail devraient examiner trois volets d'analyse distincts : l'analyse des données sanitaires et l'évaluation de la performance du secteur de la santé ; l'analyse de la mise en œuvre des activités et des aspects financiers du secteur ; et le dialogue sur les politiques sur l'efficacité des secteurs d'activité des PSPNS.

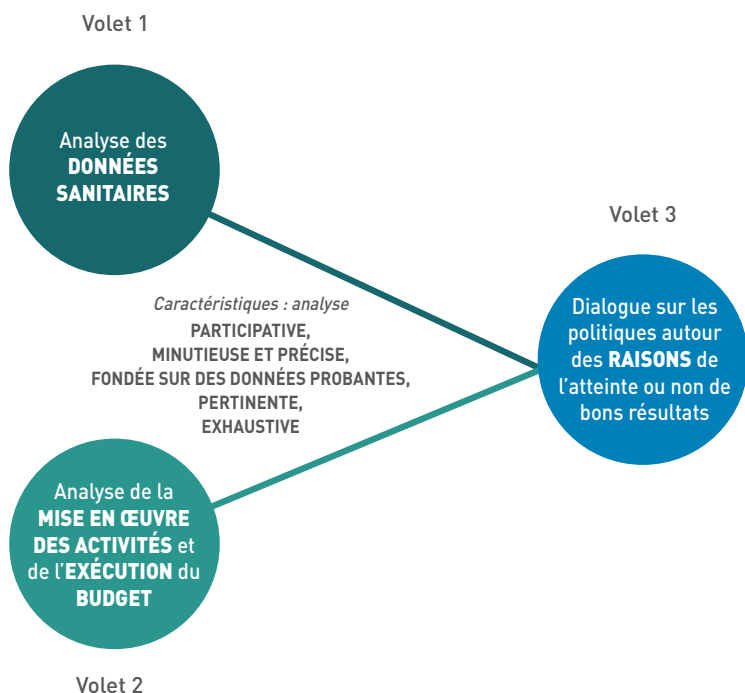
Afin d'assurer la fiabilité des résultats, les groupes de travail chargés de l'analyse de situation doivent envisager trois volets d'analyse distincts (voir la Figure 3.3) :

- i) l'analyse des données sanitaires et l'évaluation de la performance du secteur de la santé sur base de ses indicateurs ;
- ii) l'analyse de la mise en œuvre des activités de santé ainsi que des aspects budgétaires et financiers ;
- iii) l'analyse de l'efficacité des secteurs d'activité des PSPNS : dialogue sur les politiques avec un groupe élargi de parties prenantes sur

les forces et faiblesses du système de santé (personnel de santé, produits pharmaceutiques, financement de la santé, prestation de services, etc.) et les programmes de santé (VIH, maladies non transmissibles, nutrition, santé maternelle, vaccination, etc.), leurs causes, leurs effets et les questions intersectorielles.

Idéalement, une personne référente ou un groupe de personnes référentes serait responsable respectivement des volets 1 et 2, en liaison avec l'ensemble des groupes de travail et selon les besoins.

Figure 3.3 Analyse de situation du secteur de la santé : les trois volets d'analyse



a) Volet 1 – Analyse des données sanitaires

Une analyse approfondie et une synthèse de l'ensemble des données sanitaires pertinentes sont essentielles pour évaluer la performance et mieux comprendre les problèmes prioritaires, les principales difficultés et les besoins à satisfaire d'urgence dans le secteur de la santé. Au-delà des séries de données qui donnent un instantané du secteur de la santé à un moment déterminé, cette étape doit chercher à dégager les tendances et évolutions au fil du temps, notamment en ce qui concerne les principales causes de morbidité et de mortalité dans le pays.

Si tel est l'objectif de l'analyse de situation, l'analyse des données sanitaires doit être centrée sur les domaines prioritaires des PSPNS. Dans de nombreux pays, les indicateurs du secteur de la santé ont tendance à se concentrer sur la performance des prestations de services (rendement) et sur les résultats, alors que des aspects importants, parfois plus qualitatifs, des réformes sont ignorés (et ne sont pas recueillis par le système de suivi et d'évaluation de routine). Même si l'on utilise comme indicateur la réalisation des étapes de la réforme, leurs effets et l'impact réels peuvent facilement échapper à l'analyse.

De même, il est parfois nécessaire de se préoccuper spécifiquement des effets de changements environnementaux imprévisibles (extérieurs au système de santé). Par exemple, un afflux inhabituel de migrants, consécutif à des troubles civils, pourra augmenter de manière significative, voire même insoutenable, l'activité des structures de santé et justifier une évaluation spécifique ; des efforts de décentralisation peuvent aboutir à une augmentation du nombre de districts administratifs, mais aussi du nombre de districts sanitaires. Il sera parfois nécessaire d'entreprendre des études spécifiques ou de recueillir des données ou des informations ciblées pour évaluer ces types de situations.

S'assurer un accès à une grande variété de types de données et de base de données permet de trianguler de façon critique les différentes données et informations. Cette analyse aboutit alors à une image plus complète et plus réaliste du secteur de la santé.

Encadré 3.8

Les éléments à intégrer dans un bon rapport d'analyse de données

Un bon rapport d'analyse de données comprend :

- ▶ une évaluation des progrès accomplis au regard des objectifs fixés par les indicateurs clés (indicateurs fondamentaux des PSPNS et indicateurs complémentaires spécifiques au programme);
- ▶ une analyse de l'équité par facteurs de stratification ;
- ▶ une analyse comparative avec des pays « pairs » ;
- ▶ des enquêtes de satisfaction des usagers/enquêtes à la sortie des établissements de soins ;
- ▶ une analyse de la performance et de l'efficacité comparant les ressources utilisées et les produits au niveau infranational ;
- ▶ un calcul du nombre de vies sauvées grâce aux interventions ;
- ▶ une évaluation de la qualité des données.

L'ensemble des données existantes devrait tout d'abord être collectées, analysées et synthétisées, y compris les bases de données primaires, les rapports sur les efforts de collecte de données, ainsi que les revues, travaux publiés et la littérature grise. Voici une sélection (non exhaustive) des principales questions à poser et des points à évaluer : Les données couvrent-elles l'ensemble du territoire étudié et la totalité durée souhaitée ? Les indicateurs existants permettent-ils une analyse complète ? Les rapports thématiques et les évaluations existants permettent-ils une analyse complète ? Existe-t-il une probabilité de contredire les informations/données ? Dans ce cas, comment apporter les éclaircissements nécessaires ? Quel est le degré de fiabilité des données de routine ?

Les données issues des établissements de soins doivent-elles être complétées par d'autres sources, à travers des enquêtes de sortie des malades par exemple ?

Si un écart de données a été identifié, un pays peut décider d'entreprendre des enquêtes ou des recherches supplémentaires pour combler cette lacune (si la contrainte temps le permet).

Il convient de souligner qu'il peut exister une multitude de données et d'informations qui n'ont pas été validées, diffusées ou stockées. Leur recherche et leur centralisation constituent une tâche à ne pas sous-estimer ; elle exige beaucoup de temps et des efforts considérables, mais c'est un investissement utile.



Encadré 3.9

Exemples de sources de données utilisées pour l'analyse des données de santé

1. **Plan national de santé**
2. **Enquêtes sur la santé de la population :**
 - ▶ Santé reproductive, maternelle et néonatale, santé de l'enfant et autres questions : enquêtes démographie et santé ;
 - ▶ VIH/sida : enquêtes sur les indicateurs du sida, enquête comportementale et sérologique ;
 - ▶ Enquête sur les indicateurs du paludisme ;
 - ▶ Enquête nationale sur les ménages ;
 - ▶ Enquêtes nationales sur la prestation de services ;
 - ▶ Enquêtes au niveau infranational.
3. **Données du système national d'information sanitaire, y compris les données de tendance**
4. **Rapports de performance :**
 - ▶ Rapports annuels de statistiques sanitaires ;
 - ▶ Rapports annuels sur la performance du secteur de la santé ;
 - ▶ Rapports de surveillance épidémiologique sur le VIH/sida.
5. **Évaluations des établissements :**
 - ▶ Outils d'évaluation « disponibilité et capacité opérationnelle des services de santé » (Service Availability Readiness Assessment - SARA) ;
 - ▶ Enquêtes sur la satisfaction des usagers.
6. **Données administratives :**
 - ▶ Financement : comptes nationaux de la santé, rapports de situation sur la gestion du secteur public/sur les réformes financières ;
 - ▶ Ressources humaines : système d'information sur les ressources humaines, base de données des conseils professionnels, inscriptions dans les établissements de formation, rapports de situation sur la réforme de la fonction publique ;
 - ▶ Infrastructure : inventaire des établissements de santé, inventaire des véhicules, inventaire du matériel dans les établissements de santé (publics).
7. **Mortalité et causes de décès :**
 - ▶ Rapports des hôpitaux, informations du système intégré de gestion sanitaire (Health Management Information System - HMIS) ;
 - ▶ Rapports sur les examens de santé maternelle et périnatale.
8. **Recherche/études d'évaluation :**
 - ▶ Évaluation des systèmes de santé ;
 - ▶ Évaluation de programmes – par exemple rapport d'examen du programme de lutte contre le paludisme ;
9. **Bases de données/documents provenant d'autres ministères (Planification, Éducation, autorités locales, Finances, etc.).**
10. **Bases de données/documents provenant de la société civile – revues, analyses, évaluations, études de cas, etc.**

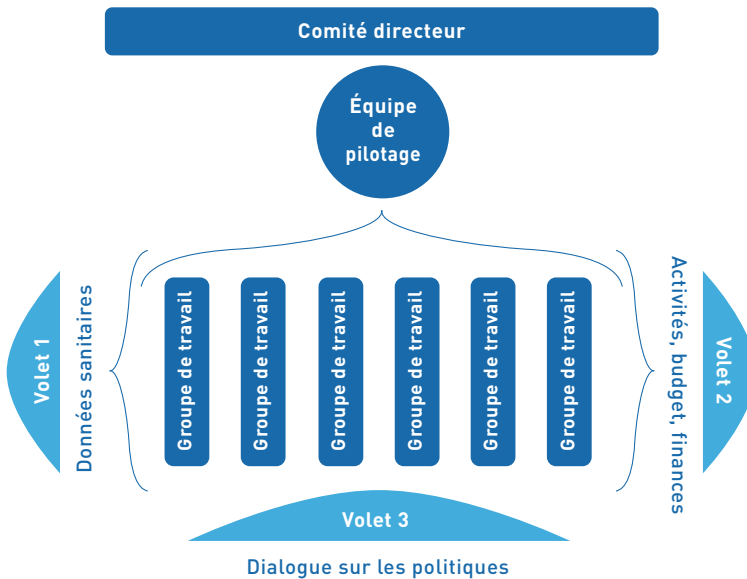
Faute de temps et de ressources, les analyses de situation du secteur de la santé sont souvent établies principalement sur base de documents internes ou officiels. Il s'agit généralement de l'ensemble des données et documents connus du ministère de la Santé et auxquels il a facilement accès. Un effort concerté supplémentaire est requis pour rechercher et obtenir d'autres données en provenance d'autres secteurs, ou d'organismes non-gouvernementaux. Or, pour une analyse de situation solide, ces données de ce type sont essentielles car certains changements dans l'état de santé d'un pays sont parfois mieux expliqués par d'autres déterminants extérieurs au système de santé et par des activités dans lesquelles le gouvernement n'est pas directement impliqué.

Normalement, l'analyse des données de santé est effectuée en grande partie par des experts techniques qui ont une bonne connaissance des bases de données et/ou ont été formés à leur analyse. Concernant l'interprétation des données, une collaboration avec des personnes connaissant les activités du secteur de la santé ainsi qu'avec des experts non techniques est nécessaire (voir section 3.5.5).

Les experts techniques seront très probablement les personnes de référence du volet 1 de l'analyse de situation. L'analyse des données de santé

étant pertinente pour l'ensemble des groupes de travail, les personnes de référence assureront des liaisons et travailleront étroitement avec tous les groupes de travail (voir Figure 3.4) ; il s'agit là d'un lien essentiel nécessaire pour comprendre les chiffres et donner un sens aux données. Pour les groupes de travail, les éléments issus de l'analyse des données de santé seront indispensables pour comprendre si la situation sanitaire et les indicateurs ont évolué à moyen terme, dans quel sens et comment cette situation peut être corrélée avec la mise en œuvre des activités sur le terrain.

Figure 3.4 Interaction entre les groupes de travail et les volets de l'analyse de situation



b) Volet 2 – Analyse de la mise en œuvre des activités du secteur de la santé, de l'exécution budgétaire et financière

L'analyse de la mise en œuvre des activités des PSPNS doit s'articuler autour du cycle du budget et de la planification ; à partir des coûts des PSPNS, les liens avec le budget actuel et les dépenses du secteur de la santé doivent être évalués. Une étude du budget national de la santé et des finances du secteur sanitaire doit être entreprise afin de mieux vérifier si la formulation et l'exécution du budget reflètent bien les objectifs des PSPNS. Par ailleurs, il faudra déterminer si les PSPNS ont bénéficié d'un financement adéquat et si les activités ont été mises en œuvre comme prévu. À cette fin, il faudra procéder à un examen des dépenses publiques au cours des précédentes années, en étudiant de manière approfondie les rapports d'activité des districts. L'analyse de l'exécution du budget du secteur de la santé est un lien nécessaire entre la performance et les progrès des activités. Elle est indispensable pour établir la corrélation avec l'analyse des données sanitaires lors de l'examen des activités cliniques des établissements de santé et les progrès mesurés par les indicateurs de performance. Ce lien doit se faire au niveau des groupes de travail, selon le sujet visé.

Ce type d'analyse est habituellement effectué auprès d'un large éventail de parties prenantes surtout des intervenants techniques du secteur de la santé principalement mais aussi, le cas échéant, avec l'apport d'autres secteurs. Les groupes de travail auront à fournir une interprétation plus approfondie des données, au-delà de l'analyse technique, de même d'ailleurs pour le travail à effectuer dans le volet 3.

Encadré 3.10

Exemples de sources de données utiles à l'analyse de l'activité, de l'exécution du budget et des finances

Activités

- ▶ Données nationales issues du système intégré de gestion sanitaire (HMIS).
- ▶ Rapports d'activité périodiques des différents niveaux des ministères concernés par les activités du secteur de la santé.
- ▶ Audits sociaux.
- ▶ Rapports des revues sectorielles au niveau des districts et des régions.
- ▶ Exercices de cartographie des bailleurs de fonds.

Finances

- ▶ Estimation du coût des PSPNS.
- ▶ Rapports du ministère des Finances, rapports de l'assurance-maladie nationale ou d'assurance privée.
- ▶ Rapports administratifs et financiers du ministère de la Santé (rapports financiers d'entités infranationales compris).
- ▶ Rapports du secteur privé.
- ▶ Comptes nationaux de la santé.
- ▶ Examen des dépenses publiques.
- ▶ Rapports financiers des donateurs extérieurs, s'il y a lieu.
- ▶ Tous autres rapports, données, documents et littérature grise pertinents d'autres ministères, partenaires, ONG, secteur privé, etc.

c) Volet 3 – Analyse de l’efficacité des secteurs d’activité des PSPNS, au moyen d’un dialogue sur les politiques

Ce volet vise à évaluer et à analyser ce qui fonctionne ou non dans le système de santé ainsi que dans les programmes, sous-politiques et stratégies. Il repose sur une évaluation participative, des forces et faiblesses des différents éléments du système et des programmes de santé, effectuée non seulement par des experts techniques, mais aussi par des prestataires de services, des représentants de la population et des bénéficiaires, des partenaires nationaux et internationaux et des OSC. La clé de ce volet d’analyse repose sur la mise en commun des points de vue des experts, des avis non techniques exprimés par les membres de la communauté, usagers quotidiens du système de santé. Les stratégies et les plans de santé ne doivent pas uniquement être fondés sur les opinions d’experts, mais aussi sur les perceptions, les idées, les préférences et les attentes de la population. Ceci afin d’aider à ce que l’offre de services de santé corresponde à la demande. D’autant plus que les questions contextuelles jouent un rôle essentiel dans la réussite de la mise en œuvre des PSPNS : les points de vue et les opinions de la population peuvent être décisifs pour replacer les plans les mieux préparés dans un contexte approprié.^V

En principe, cette étape doit avoir lieu après les deux autres volets d’analyse, lorsque que les parties prenantes ont une meilleure compréhension de ce qui fonctionne bien et moins bien, le volet 1 (évaluation de la performance basée sur les données et les indicateurs) et le volet 2 (les activités ont-elles bien été mises en œuvre et le budget a-t-il été exécuté comme prévu ?).

L’objectif du volet 3 est d’évaluer collectivement si les orientations stratégiques et les domaines d’activité adoptés ont effectivement conduit aux résultats escomptés, d’examiner les forces et les faiblesses et d’envisager s’il y a lieu de recommander une modification des stratégies pour améliorer le niveau d’efficacité.

Par ailleurs, l’élaboration des politiques est manifestement un processus éminemment politique et il est rare que les décisions soient prises uniquement sur la seule base de raisons objectives. La consultation des représentants de la population est un moyen essentiel pour l’impliquer dans le processus décisionnel politique et permet d’éviter les biais d’une analyse de situation laissant trop de place aux seules vues des responsables politiques ou de toute autre minorité ou élite. Une analyse de situation ne doit pas se limiter au seul stade descriptif mais doit permettre aux parties prenantes de tirer des leçons du passé. Les faiblesses et menaces identifiées ne devraient pas être une simple répétition de ce qui avait déjà été constaté dans des analyses antérieures. Un effort sérieux s’impose alors pour déterminer les raisons qui ont entravé des améliorations afin d’apporter les modifications qui s’imposent.

Dans la pratique, le volet 3, alimenté par les évaluations des volets 1 et 2, est organisé sur base de l’approche SWOT (voir Encadré 3.11). Cet exercice suppose l’organisation de groupes de travail appelés à examiner les différents thèmes de santé sur la base de la terminologie SWOT et à évaluer en fin de compte la stratégie globale du secteur de la santé. Le produit final consistera en un ensemble de conclusions et de recommandations.

^V Voir le chapitre 2 du guide pratique : « Consultation de la population sur ses besoins et ses attentes ».



Encadré 3.11

L'analyse SWOT

L'analyse SWOT, dont l'acronyme est tiré de l'anglais Strengths (forces), Weaknesses (faiblesses), Opportunities (opportunités), Threats (menaces), est une méthode couramment utilisée pour comparer les capacités internes, sous forme de forces et de faiblesses, à des développements externes, sous forme d'opportunités ou de menaces. Une analyse SWOT peut offrir une base solide et large pour une analyse de situation portant sur les PSPNS et préparer la planification stratégique, particulièrement en raison de sa capacité unique à dégager de nouvelles options stratégiques par l'évaluation de l'équilibre entre facteurs internes et externes.¹⁷

L'analyse SWOT sous sa forme la plus simple peut se subdiviser en quatre étapes. La première concerne la collecte et l'évaluation des données et informations essentielles et concerne notamment mais pas uniquement les données

démographiques, les sources de financement des soins de santé ou l'état de la technologie médicale. La deuxième étape consiste à classer les données dans les quatre catégories où les forces et les faiblesses découlent généralement de facteurs organisationnels internes, et les occasions et les menaces de facteurs externes. Le tableau ci-après montre comment ces quatre catégories sont définies et classées.

La troisième étape consiste à élaborer une matrice SWOT qui compare différentes alternatives à considérer à l'issue d'une analyse approfondie des données. La quatrième intègre l'analyse SWOT à une analyse plus large de situation et au processus de décision. De préférence, l'analyse SWOT comprend également une recherche documentaire exhaustive et une contribution qualitative des parties prenantes et des experts du secteur.

Exemples de facteurs d'une analyse SWOT :¹⁸

	DÉFINITION	EXEMPLES
S (forces)	Facteurs ayant stimulé une bonne performance du secteur.	Matériel médical de pointe, investissements dans l'informatique médicale
W (faiblesses)	Facteurs propres à accroître les coûts des soins de santé ou à réduire leur qualité.	Établissements de santé vieillissants, manque de pratiques cliniques standard, programmes faisant double emploi.
O (opportunités)	Nouvelles initiatives et domaines de croissance disponibles pour le secteur de la santé.	Nouveaux partenaires de développement pour les programmes de soins de santé, introduction de protocoles cliniques standard, augmentation du financement du secteur.
T (menaces)	Facteurs de nature à rendre le secteur moins performant.	Instabilité politique ou économique, déficits de financement, augmentation du nombre de personnes non assurées.

3.5.3 Estimer le temps de réalisation d'une analyse de situation, véritablement participative

Du début à la fin, une analyse de situation vraiment participative et inclusive, laissant une véritable place au dialogue sur les politiques, prendra environ trois à cinq mois minimum. La plupart des membres des groupes de travail assureront l'analyse parallèlement à leurs occupations habituelles. S'il leur est possible de se libérer de leurs autres engagements, l'analyse de situation pourrait se faire plus rapidement. En revanche, s'ils sont surchargés par des tâches multiples, l'analyse peut prendre plus longtemps. En outre, si l'approche et la méthodologie participatives sont nouvelles pour les participants, il faudra d'abord prendre un certain temps pour l'expliquer, la clarifier et la justifier à chacun.

À noter que certains groupes de travail auront des échanges séparés avec les personnes référentes des volets 1 et 2. La charge de travail des trois volets se chevaucheront dans le temps, ce qui explique pourquoi ils ne sont pas expressément mentionnés dans l'échéancier (Figure 3.5).

Aussi, l'échéancier proposé admet par hypothèse que toutes les données et informations sont disponibles et qu'il faut les trouver et les réunir en un seul et même lieu. Si l'on estime qu'il est indispensable de recueillir des données supplémentaires, il faudra prévoir du temps supplémentaire pour intégrer les résultats de ces enquêtes/études. En outre, si une importante contribution des niveaux infranationaux est jugée nécessaire, il faudra là encore, prévoir plus de temps.

Une analyse de situation vraiment participative et inclusive prendra au moins trois à cinq mois et consacra assez de temps à un véritable dialogue sur les politiques.

Figure 3.5 Exemple d'échéancier pour une analyse de situation

Activités/échéancier	Mois 1 / semaines				Mois 2 / semaines				Mois 3 / semaines				Mois 4 / semaines				Mois 5 / semaines			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Phase de lancement (3 jours) – réunion de tous les groupes de travail et des personnes référentes des volets 1 et 2 pour un examen du plan, de la structure du rapport et de la façon de procéder.	■																			
Réunions des groupes de travail : commencement de la mise au point du contenu, examen détaillé de l'organisation des groupes de travail et de leur programme de travail.		■																		
Réunions des groupes pour examen des données initiales et entretien avec les principales parties prenantes. Les personnes référentes des volets 1 et 2 ont des contacts avec l'ensemble des groupes.			■	■																
Examen des premières réactions avec l'ensemble des groupes (1 jour).					■															
Réunion par groupes, avec éventuellement des visites terrain, et poursuite de la mise au point du contenu.						■	■	■												
Réactions de l'équipe de pilotage et des chefs de département concernés.								■	■											
Atelier avec tous les groupes pour un examen collégial des rapports (2 jours).									■	■										
Remaniement des rapports sur la base des réactions obtenues lors de l'atelier.									■	■	■									
Réunions de chaque groupe avec le comité directeur pour obtenir des réactions										■										
Rédaction par les groupes de la version des rapports précédant le texte définitif.										■	■									
Regroupement effectué par l'équipe de pilotage et dernières corrections.										■	■	■								
Approbation du texte précédant la version définitive par le ministère de la Santé										■	■	■								
Volet 3. Atelier pour le dialogue sur les politiques avec un large groupe de parties prenantes sur le texte précédant la version définitive.															■					
Mise au net de la version définitive du rapport de l'analyse de situation																■	■			
Approbation et diffusion/publication du rapport par le ministère de la Santé																			■	■

3.5.4 Lien entre les volets 2 et 3

Dans le cadre du volet 2, le ou les personnes référentes de l'équipe de pilotage sont les principaux responsables de la centralisation et de la validation de l'ensemble des rapports de situation et rapports financiers, vérifications des comptes et évaluations. Il s'agit principalement :

- ▶ de centraliser les plans, données et rapports (financiers et de mise en œuvre) provenant des différents niveaux hiérarchiques et acteurs ;
- ▶ d'en évaluer la fiabilité, d'identifier les lacunes, les contradictions et les doublons ;
- ▶ d'aider les groupes de travail à synthétiser les données et à dégager l'essentiel dans des tableaux et des graphiques concis ;
- ▶ d'aider les groupes de travail à souligner les points essentiels des rapports (rapports de situation, évaluations, enquêtes) ;
- ▶ d'aider les groupes de travail à formuler des observations sur les caractéristiques, les tendances et les développements imprévus.

Il est indispensable que le ou les personnes référentes du volet 2 collaborent avec l'ensemble des groupes de travail car la mise en œuvre des activités et les dépenses qu'elles occasionnent doivent être examinées et analysées de manière satisfaisante sur tous les aspects du secteur de la santé.

Le volet 3 est un effort collectif de l'équipe de pilotage, des groupes de travail, de la communauté élargie des experts et de la communauté élargie des spécialistes (on emploie parfois l'expression « communauté de pratique » pour désigner les deux derniers). Il s'agit d'engager un vrai dialogue avec toutes les parties prenantes, notamment celles qui ont des points de vue différents ou divergents, y compris les non techniciens et les non-spécialistes, pour discuter, échanger, interpréter et nuancer les résultats issus de l'analyse des groupes de travail. Le volet 3 s'inspire des résultats des autres volets et cette phase de l'analyse se déroule après les deux autres. Dans l'analyse des évolutions et réformes stratégiques globales (volet 3), il est nécessaire de disposer d'une bonne évaluation de la mise en œuvre des activités et de l'exécution financière (volet 2) (voir l'Encadré 3.12).

Pour l'analyse des évolutions et réformes stratégiques globales (volet 3), une bonne évaluation de la mise en œuvre des activités et de l'exécution financière (volet 2) est nécessaire.

Encadré 3.12

Interconnexions entre les trois volets – exemple fictif de la maintenance des équipements médicaux

Volet 1 : Une évaluation de la disponibilité des services de santé a révélé que 40 % du matériel médical des hôpitaux n'est pas opérationnel et que 50 % des latrines dans les dispensaires sont hors d'usage. Les discussions entre les personnes référentes du volet 1 et le groupe de travail sur les technologies de santé révèlent que le sujet sur les besoins en matière de services après-vente du matériel et de maintenance préventive, n'a jamais été abordé. Les raisons souvent invoquées sont : l'inexistence d'un système de déclaration universelle, un manque de clarté dans l'attribution des responsabilités, la non disponibilité de techniciens et/ou d'atelier fonctionnel, un budget insuffisant.

Volet 2 : Il est rare que les activités et investissements prévus visant à renforcer la maintenance des équipements, aient été mis en œuvre. Si plusieurs ateliers régionaux sur la maintenance du matériel médical ont été construits ou rénovés, les nouveaux techniciens et ingénieurs n'ont pas été formés en nombre suffisant. En outre, plusieurs d'entre eux sont partis pour des emplois

dans le secteur privé. L'approvisionnement en pièces de rechange laisse à désirer, en raison de problèmes de procédure d'achat et d'un budget insuffisant. Parmi les nouveaux partenariats public-privé qui étaient prévus (pour l'externalisation de la maintenance), peu ont effectivement vu le jour.

Volet 3 : Le dialogue sur les politiques avec l'ensemble des intervenants de la santé, y compris les responsables et les agents de santé au niveau des établissements de soins, a montré – pour ce qui est des points forts – que la nouvelle base de données concernant la gestion des actifs a facilité le passage stratégique à un système de maintenance plus centralisé pour le matériel médical. Cependant, pour ce qui est des points faibles, l'absence de politique en matière de technologie de la santé, de normes et de critères relatifs au équipements médicaux et de spécifications techniques claires pour la standardisation du matériel a fortement limité les progrès – davantage fondés sur les besoins – concernant la gestion des achats, de l'approvisionnement et la gestion des réparations.

3.5.5 Lien entre l'analyse de situation et la définition des priorités

La définition des priorités s'inspire des recommandations et des réflexions issues de l'analyse de situation, en leur accordant un niveau de priorité spécifique.

Comme on vient de le voir, le processus d'analyse de situation du secteur de la santé permet l'étude et l'examen des forces, faiblesses, opportunités et menaces du système de santé, et notamment une analyse de leurs causes profondes et leurs effets. Bien entendu, une discussion sur ce qui a fonctionné ou ce qui a donné de moins bons résultats n'est pas complètement déconnectée des solutions et recommandations possibles pour surmonter les défis du secteur de la santé ; ainsi ces mêmes suggestions qui ont déjà été débattues, discutées et classées par un large éventail de parties prenantes au cours de l'analyse de situation, constituent le point de départ de l'exercice de définition des priorités. Ce travail consiste à « traiter » et à examiner les recommandations et les points de vue issus de l'analyse de situation en vue de leur attribuer un niveau de priorité spécifique.

L'analyse du secteur constitue donc la base de la définition des priorités et détermine en grande partie la qualité des résultats obtenus à cet égard. Les défis identifiés au cours de l'analyse de situation et le débat autour des stratégies potentielles pour les surmonter, contribuent à faire les meilleurs choix possibles en ce qui concerne l'orientation et la distribution des moyens afin d'améliorer les performances et l'impact du système de santé de manière efficace et équitable. Les choix opérés au cours du processus de définition des priorités pourront tirer profit de la qualité des données et du dialogue au cours de l'analyse de situation. La qualité de l'une profitera à l'autre.

Ces choix, ou priorités, conditionnent les décisions sur les buts et objectifs essentiels du secteur de la santé pour une période déterminée et seront exprimés dans les PSPNS. Ainsi, dans le contexte de stratégie pour la santé, l'analyse de situation a permis d'identifier un besoin important et d'ouvrir les réflexions sur la façon de le satisfaire, ce qui ouvrent la voie au processus de définition des priorités.

Normalement, les défis futurs – tels que le vieillissement de la population, le changement climatique ou les inégalités croissantes en matière de santé – sont des questions qui apparaissent aussi bien pendant les consultations avec la population que lors de l'analyse de situation du secteur de la santé. Au cours de la phase de définition des priorités, les conséquences de ces facteurs attendus seront envisagées. Le processus de définition des priorités donne aux responsables politiques et aux parties prenantes du secteur de la santé, l'occasion d'anticiper les problèmes de santé prévisibles évoqués au cours de l'analyse de situation et d'atténuer leurs effets sur les résultats en matière de santé.

La définition des priorités impliquant des compromis - et ceux-ci sont difficiles - un raisonnement et une justification solides s'imposent. L'analyse de situation qui examine les problèmes et les solutions possibles, constitue la base des connaissances qui offre aux parties prenantes du secteur de la santé et à la population les moyens de les assurer.

3.6 Certains points à considérer

3.6.1 Facteurs de réussite

Le succès d'une analyse de situation est évalué en fonction des objectifs de départ. Comme mentionné précédemment, les objectifs d'une analyse de situation du secteur de la santé sont les suivants :

- a) évaluer de manière réaliste la situation actuelle du secteur de la santé, y compris les forces, les faiblesses, les opportunités et les menaces ;
- b) fournir une base de données probantes pour formuler les orientations stratégiques futures du secteur de la santé ;
- c) offrir une base de données probantes pour répondre aux besoins réels de la population en matière de santé.

Par conséquent, les principaux facteurs de réussite seraient la réalisation de chacun des objectifs susmentionnés.

- ▶ L'analyse de situation reflète de manière équilibrée un large éventail de points de vue et d'opinions des parties prenantes. Leur formulation synthétique, exprimée sous forme d'étapes opérationnelles pour l'avenir (ou permettant un ajustement des plans existants) serait particulièrement utile.

- ▶ Plus important encore est le fait que ces mêmes parties prenantes ont accepté ou « acheté » les conclusions de l'analyse de situation, y compris sur les points controversés. Il est important de noter à cet égard qu'en acceptant les conclusions ne signifie pas être en parfait accord avec leur contenu. Si l'analyse de situation présente l'ensemble des principaux points de vue de manière impartiale, mettant en lumière les avantages et les inconvénients des différentes perspectives, elle peut être considérée comme « équilibrée », ce qui la rend susceptible d'être acceptée par tous.
- ▶ En outre, l'analyse de situation peut être considérée comme réussie si les résultats sont moteurs dans le déclenchement du processus de définition des priorités du secteur de la santé et s'ils s'inscrivent dans les orientations stratégiques du secteur de la santé.

Une analyse de situation est réussie si elle évalue de manière réaliste la situation actuelle du secteur de la santé, si elle fournit une base factuelle pour formuler les futures orientations stratégiques du secteur de la santé et si elle permet de répondre aux besoins réels de la population en matière de santé.

3.6.2 Diffusion des résultats de l'analyse de situation

L'analyse de situation dans son ensemble est une mine d'informations. Celles-ci devraient être publiées, promues et distribuées largement pour orienter les parties prenantes jusqu'à la fin du processus de planification stratégique.

Une analyse de situation est essentiellement une réalisation très technique dont les résultats et les conclusions intéressent l'ensemble de la population. Par conséquent, un effort significatif s'impose pour présenter ces données techniques dans un langage simple, accessible à tous. À cette fin, la rédaction d'un résumé succinct de l'analyse de situation est nécessaire avec le cas échéant, des illustrations et des graphiques. Ce résumé sera diffusé dans les communautés ainsi que dans les districts et régions. Il doit clairement faire ressortir les grands défis et tendances, les principaux enjeux du débat, les solutions et réflexions éventuelles. Le recours à différentes formes de médias traditionnels et sociaux peut être un moyen efficace de communiquer les principaux résultats d'une analyse de situation. Par exemple, un partenariat avec les médias et une collaboration sur la diffusion et la simplification

des messages représentent une stratégie qui a fait ses preuves dans de nombreux pays.

Le rapport complet de l'analyse de situation est une mine d'informations. Celles-ci devraient être publiées, promues et distribuées largement afin d'orienter les contributions de toutes les parties prenantes jusqu'à la fin du processus de planification stratégique. La diffusion comprend non seulement la distribution d'un document imprimé mais implique que le contenu soit expliqué aux communautés concernées et aux intervenants pertinents, en organisant des séances et des exposés spéciaux, en veillant à ce qu'il soit disponible en ligne, etc. En effet, il s'agit de toute une stratégie de communication liée à l'ensemble des PSPNS, ce qui pourrait nécessiter de nouvelles ressources budgétaires pour la mettre en œuvre.



3.7 Et si...

3.7.1 Et si votre pays est doté d'une organisation décentralisée ?

Dans le cas d'un pays doté d'une organisation décentralisée,^{VI} il importe d'examiner de près le cadre constitutionnel et législatif. Si la santé est du ressort d'une entité infranationale, l'ensemble de la politique et du cycle de la planification sanitaires, de l'analyse de situation au suivi et à l'évaluation, relèveront de cette autorité. Dans ce cas, une coopération étroite avec d'autres entités décentralisées et/ou avec une autorité centrale peut être nécessaire sur les sujets qui ne se limitent pas à une seule zone ou région.

Une analyse de situation au niveau régional/infranational présente l'avantage incontestable d'être plus proche de la réalité des services de santé. Cela signifie qu'une approche ascendante peut assez rapidement être traduite en politique. Il convient d'en tirer parti car il devrait être plus facile de diffuser et de communiquer les résultats d'une analyse de situation à la population. Un système décentralisé implique également que ceux qui dirigent l'analyse de situation du secteur de la santé, ont une meilleure connaissance des réalités locales comme la langue et les coutumes. Ces éléments pourront contribuer à adapter les résultats de l'analyse de situation et à l'utiliser dans l'élaboration de politique.

Une analyse de situation du secteur de santé à un niveau infranational sera également utile pour la prise de décisions et l'élaboration des politiques au niveau central, d'autant plus que les politiques et plans nationaux doivent tenir compte du niveau infranational et doivent pouvoir être adaptés à ce niveau. Les données et points de vue plus détaillés issus de groupes spécifiques ou de régions isolées sont précieux en vue de l'élaboration des politiques, de la définition des priorités et de l'allocation des ressources. Cet apport peut même justifier une participation au niveau national au processus sous-national, voire la participation d'autres niveaux régionaux/infranationaux dont les préoccupations sont en partie les mêmes. Le niveau national doit cependant assurer la cohérence et la comparabilité des données entre les entités infranationales, sans quoi il sera extrêmement difficile de tirer des conclusions plus générales pour le reste du pays.

Le Tableau 3.5 donne une idée des points à envisager dans une analyse de situation du secteur de la santé dans un contexte décentralisé, conformément aux « facteurs de réussite » présentés dans la Section 3.6.1.

Une analyse de situation dans un contexte décentralisé suppose une étude plus approfondie du cadre constitutionnel et législatif du pays. Ceci afin de comprendre l'autorité dont jouissent certaines parties prenantes et d'assurer la coopération entre les entités aux différents niveaux.

^{VI} Il peut s'agir aussi bien d'une décentralisation politique (système fédéral) que d'une décentralisation géographique (comme dans le cas d'un archipel).

Tableau 3.5 Facteurs de réussite : analyse de situation dans un système décentralisé

AVONS-NOUS FAIT DU BON TRAVAIL...	... DANS UN SYSTÈME DÉCENTRALISÉ ?
<p>1. L'analyse de situation reflète de manière satisfaisante et équilibrée un large éventail de points de vue et d'opinions des parties prenantes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Même s'il se peut que l'analyse de situation soit menée uniquement au niveau infranational, la mise au point de la méthodologie tient compte du niveau national au même titre que du niveau infranational. Les deux niveaux peuvent tirer des avantages considérables des résultats de l'analyse ainsi que des liens entre eux. ▶ Les parties prenantes présentes uniquement au niveau infranational (ministère régional de la Santé, organisations communautaires, associations professionnelles, par exemple) ou au niveau national (ministère fédéral de la Santé, groupes parlementaires, ministères des Finances et de la Planification, associations professionnelles, par exemple) sont informées et associées à l'analyse de situation, selon les besoins. C'est ainsi qu'un ministère central/fédéral de la Santé doit surtout être associé (parfois avec de nombreux représentants) à une analyse de situation infranationale si un nouveau plan national de santé est en cours d'élaboration car les éléments issus du niveau infranational jouent un rôle déterminant à cet égard. ▶ Tous les types de parties prenantes, mêmes celles qui ont des positions diamétralement opposées, sont associées à l'analyse de situation. Le rapport d'analyse présente les perspectives de manière équilibrée. Cela n'est d'ailleurs pas spécifique à un système décentralisé ; il peut être encore plus difficile de présenter un point de vue équilibré dans un système localisé où les acteurs se connaissent et interagissent plus étroitement.
<p>2. Et ce d'autant plus si ces parties prenantes ont accepté ou « acheté » les conclusions de l'analyse, même sur les points controversés.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Les parties prenantes auparavant moins présentes ou engagées, jouent un rôle de plus en plus actif dans la formulation et la mise en œuvre des politiques. ▶ Les rôles et responsabilités des niveaux national et infranational et des parties prenantes pour la mise en œuvre des PSPNS ont été clarifiés. ▶ Les niveaux national et infranational sont représentés de manière adéquate au cours de la préparation et du suivi de l'analyse de situation. ▶ Les groupes de parties prenantes particulièrement marginalisés ont un rôle important à jouer dans l'analyse de situation du secteur de la santé et dans l'acceptation des conclusions.
<p>3. De plus, si les résultats de l'analyse de situation sont les moteurs pour un définition des priorités pour le secteur de la santé et s'inscrivent dans les orientations stratégiques du secteur de la santé, on peut considérer que l'analyse de situation a été menée avec succès.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Tous les niveaux concernés ont eu accès aux résultats de l'analyse de situation. ▶ Les priorités soulevées dans les analyses de situation infranationales se retrouvent dans les plans opérationnels de district/régionaux ainsi que dans les plans opérationnels et/ou stratégiques au niveau national. ▶ Le suivi des résultats de l'analyse de situation devra être démontré par les niveaux national et infranational, avec une compréhension claire du niveau responsable de la mise en œuvre du plan de suivi.

3.7.2 Et si la division et/ou la fragilité posent un problème dans votre pays ?

On peut considérer comme fragiles, les pays dans lesquels « l'État n'a pas la capacité administrative (matérielle ou institutionnelle) d'exercer un contrôle effectif des activités à l'intérieur de ses frontières ».¹⁹

Lorsque l'État ne dispose pas de capacités administratives efficaces, sa gouvernance et ses capacités d'orientation sont aussi gravement entravées. Cela peut amener les différentes parties prenantes du secteur de la santé à ne pas travailler de façon coordonnée, avec l'existence de doublons au niveau des procédures et des sources de financement et des institutions parallèles. Dans un tel contexte, l'accent doit être mis davantage sur le renforcement de la coordination en matière de planification, financement et mise en œuvre des plans et programmes de santé. Une analyse de situation conjointe avec une contribution globale et solide de toutes les parties prenantes, peut constituer un très bon point de départ.

Dans un contexte post-crise notamment, des tensions existent souvent entre ceux qui souhaitent procéder à une rapide évaluation de la situation axée sur l'aide humanitaire, et ceux qui cherchent à assurer un cadre politique général fondé sur une analyse de situation plus complète permettant d'éviter une fragmentation et une hiérarchisation accrues. Un dialogue est indispensable avec les acteurs des deux groupes pour parvenir à une entente commune, sans quoi tout travail d'analyse de situation – qui suppose une contribution de toutes les parties prenantes – sera difficile. En réalité, une grande partie de l'analyse de situation sera de toute façon menée par ces mêmes parties prenantes, ce qui rend le dialogue préalable d'autant plus critique.

La logistique peut être particulièrement problématique dans une situation fragile et peut aller jusqu'à remettre en question la faisabilité de l'exercice. Ces questions doivent être examinées soigneusement avec l'ensemble des parties prenantes concernées, avant qu'une décision ne soit prise.

Malgré les multiples problèmes que soulève l'organisation d'une analyse de situation dans un

contexte fragile, cet exercice peut représenter une extraordinaire opportunité pour dresser un bilan du secteur de la santé au lendemain d'un conflit, d'une lutte de pouvoir, d'une révolution ou d'une catastrophe naturelle. L'analyse de situation peut être le point de départ de la collecte d'informations pertinentes en vue de réformes qui étaient peut-être déjà nécessaires avant que la situation ne se fragilise, mais n'avaient alors que peu de chances d'être acceptées. L'occasion est offerte en quelque sorte de reconstruire totalement le secteur de la santé pour qu'il soit meilleur qu'avant.

1. *L'analyse de situation reflète de manière satisfaisante et équilibrée un large éventail de points de vue et d'opinions des parties prenantes*

Dans un contexte fragile ou divisé, où la capacité d'orientation est diffuse et détenue par ceux qui ont le plus de pouvoirs et de moyens financiers, il est difficile d'avoir une vision équilibrée de la situation du secteur de la santé. Dès lors, il est d'autant plus important d'avancer avec précaution et de fournir les efforts nécessaires pour construire la capacité de gouvernance du ministère de la Santé dans les domaines cibles. Et ce, le plus rapidement possible afin qu'il puisse assumer son rôle directeur pour une analyse de situation équilibrée. Les partenaires au développement pourront apporter leur contribution en participant à l'analyse de situation et en s'alignant sur le programme du ministère de la Santé.

2. *Et ce d'autant plus si ces parties prenantes ont accepté ou « acheté » les conclusions de l'analyse, même sur les points controversés.*

Dans des situations fragiles, de post-conflit ou post-urgence, une analyse de situation sera menée principalement par des spécialistes des secours d'urgence et des professionnels du développement du secteur de la santé. Des tensions existent souvent entre les deux groupes en raison de points de vue divergents sur les objectifs et la portée de l'analyse de situation : faut-il privilégier les données et informations à court terme pour alimenter la

3.7.3 Et si votre pays est fortement dépendant de l'aide ?

planification de l'aide humanitaire ou envisager les tendances à plus long terme qui tiennent compte de la situation d'urgence actuelle ou récente pour se préoccuper du développement du système de santé sur une échéance plus longue ? Il ne sera pas facile de gérer ces tensions, mais on pourra parler de succès si les deux parties acceptent vraiment les conclusions de l'analyse de situation.

Il est important de souligner cependant que l'acceptation des conclusions ne veut pas dire que les parties sont accord entre elles. Si l'analyse de situation présente tous les points de vue essentiels de manière impartiale, met en lumière les avantages et inconvénients des différentes perspectives, elle peut être considérée comme « équilibrée » et peut alors être acceptée par tous. Un bon moyen d'assurer une vision équilibrée d'un sujet dans un contexte fragile est d'assurer activement la participation et la représentation significatives des différentes parties dans l'analyse de situation. Et ce, même si les débats et les discussions risquent d'être particulièrement houleux, voire même conflictuels. Les conclusions de l'analyse peuvent présenter l'opinion de la majorité des participants mais doivent également prendre en compte d'autres points de vue.

3. *De plus, si les résultats de l'analyse de situation sont les moteurs de la définition des priorités dans le secteur de la santé et s'inscrivent dans les orientations stratégiques du secteur de la santé, on peut considérer que l'analyse de situation a été menée avec succès.*

Comme mentionné précédemment, le décalage entre les politiques existantes, les plans actuels et la réalité sur le terrain est particulièrement prononcé dans les situations de fragilité. Une analyse de situation équilibrée et bien effectuée peut contribuer à réduire cette lacune et à soutenir le processus de définition des priorités de manière constructive mais réaliste. À cet égard, un lien direct est indispensable entre les résultats de l'analyse de situation et les priorités fixées dans toute réforme ou plan du secteur de la santé.

Un pays fortement dépendant de l'aide extérieure peut également avoir besoin d'un financement et d'une expertise extérieure pour réaliser avant tout une analyse de situation. Cela pourrait impliquer une influence indue de ceux qui apportent les fonds ou fournissent de l'expertise. Si l'intendance gouvernementale n'est pas assez solide, l'analyse de situation pourrait finir par refléter des priorités ou une vision externes, plutôt que domestiques. Les priorités extérieures impliquent parfois que certains programmes ou thèmes de projets reçoivent plus d'importance que nécessaire dans l'analyse de situation. On peut alors se retrouver dans un cercle vicieux où les résultats de l'analyse de situation se retrouvent dans le plan national de santé avec les mêmes priorités mais qui ne sont pas vraiment celles sur lesquelles le gouvernement souhaiterait se concentrer.

Une analyse de situation dans un pays dépendant de l'aide devrait plutôt être considérée et utilisée comme une occasion de réunir les donateurs et les organismes d'aide autour des mêmes priorités. Si l'analyse de situation est correctement menée avec une vision équilibrée des forces et des faiblesses du système de santé, il sera possible d'aborder collectivement des problèmes essentiels et les priorités pourront bénéficier des fonds des donateurs. Une analyse de situation satisfaisante est de nature à améliorer la crédibilité du ministère de la Santé et du gouvernement et à donner confiance aux donateurs pour soutenir des activités jugées importantes dans l'analyse de situation.

Une analyse de situation dans un pays dépendant de l'aide doit être considérée comme une occasion de réunir les donateurs et les organismes d'aide autour des mêmes priorités.

Tableau 3.6 Facteurs de réussite : l'analyse de situation dans un pays fortement dépendant de l'aide extérieure

EN PROCÉDANT À UNE ANALYSE DE SITUATION SI LE PAYS EST FORTEMENT DÉPENDANT DE L'AIDE EXTÉRIEURE, IL FAUT TENIR COMPTE DES ÉLÉMENTS SUIVANTS
<p>1. L'analyse de situation reflète de manière satisfaisante et équilibrée un large éventail de points de vue et d'opinions des parties prenantes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Au moment de la mise au point de la méthodologie et de décider de la participation de telle ou telle partie prenante, il importe de reconnaître expressément le rôle de chacun et de veiller à ce que toutes soient traitées sur un pied d'égalité ; un effort résolu doit être consenti pour créer un sentiment d'engagement commun dont chacun tirera profit. Il faut garder à l'esprit que souvent les parties prenantes qui apportent une contribution financière (les donateurs) peuvent être perçues comme plus importantes que les autres. Le grand risque à ce niveau tient à ce qu'une certaine hiérarchie s'installe tacitement entre les parties prenantes, ce qui est susceptible de générer des tensions, des mécontentements ou des frustrations. Ceci a pour conséquence possible le retrait pur et simple de certaines parties de l'ensemble du processus ; ce qui appauvrirait l'éventail des partenaires (et pourrait donner lieu à une publicité négative) et un petit groupe de parties prenantes (souvent constitué de donateurs) pourrait alors prendre les choses en main et infléchir le cours de l'analyse de situation dans le sens de leurs intérêts propres. ▶ À cet égard, il est essentiel de préciser clairement les rôles et responsabilités de chaque partie prenante, en tenant compte de la valeur ajoutée apportée par chacune d'entre elles.
<p>2. Et ce d'autant plus si ces parties prenantes ont accepté ou « acheté » les conclusions de l'analyse, même sur les points controversés.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ La participation des donateurs au processus de consultation est susceptible de modifier la dynamique de l'analyse de situation, la façon dont elle est perçue et ses résultats. ▶ Dans le cas d'une analyse portant sur un pays fortement dépendant de l'aide, l'équipe de pilotage chargée de la coordination de l'analyse de situation devrait spécialement veiller à ce que l'ensemble des parties prenantes considèrent les questions qui les intéressent comme étant traitées de manière adéquate, en pesant soigneusement le pour et le contre. L'objectif de tout résultat d'une analyse de situation devant toujours être équitable et équilibré.
<p>3. De plus, si les résultats de l'analyse de situation sont les moteurs de la définition des priorités dans le secteur de la santé et s'inscrivent dans les orientations stratégiques du secteur de la santé, on peut considérer que l'analyse de situation a été menée avec succès.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Dans un contexte dépendant de l'aide, il est essentiel de veiller à ce que les résultats de l'analyse de situation débouchent immédiatement sur un plan opérationnel ou stratégique tant que l'élan et la dynamique sont encore présents. Un délai trop long entre l'analyse de situation et l'élaboration du plan, risque de permettre à différents acteurs d'intervenir et d'infléchir le plan dans le sens de leurs intérêts, créant ainsi une disparité entre l'analyse de situation et le plan. ▶ À cet égard, il importe de mettre en place un organisme de suivi adéquat, chargé de la mise en œuvre des résultats de l'analyse de situation. Un équilibre doit être assuré pour avoir l'organisme de suivi approprié ; il devra être d'un niveau assez élevé pour pouvoir prendre des décisions, tout en restant suffisamment opérationnel pour assurer un suivi au jour le jour. ▶ Un suivi inadéquat peut conduire à différentes interprétations des résultats de l'examen par les différentes parties prenantes. Ces interprétations divergentes risquent aussi de se retrouver dans la vision et les priorités du secteur de la santé du pays concerné.



© Shutterstock

3.8 Conclusion

Les orientations stratégiques et l'axe principal des PSPNS doivent être solidement fondés sur une analyse de situation actuelle du secteur de la santé. Une telle analyse contribue à fournir une base pour les orientations stratégiques des PSPNS afin de répondre aux besoins réels de la population en matière de santé. Dans ce chapitre, la méthodologie proposée pour l'analyse de situation englobe de manière adéquate non seulement le travail des experts, mais aussi une contribution des parties prenantes, incluant la population qui est alors en mesure de faire entendre sa voix et d'exprimer ses demandes.

Une analyse de situation du secteur de la santé devrait idéalement alimenter directement le processus de définition des priorités car elle constitue la base des connaissances nécessaires pour relever les défis sanitaires, trouver des solutions potentielles et déterminer ce qui a fonctionné et ce qui n'a pas donné des résultats concluants dans le passé. Que ses aspects techniques soient ou non assurés par des parties extérieures, la direction et la coordination générales doivent relever du ministère de la Santé.

Une analyse de situation du secteur de la santé constitue une étape cruciale du cycle de politique de santé et de planification sanitaire. Il s'agit d'une plateforme essentielle permettant aux parties prenantes de faire entendre leur voix et d'être associées à une meilleure conception et mise en œuvre des politiques et d'être responsables les unes envers les autres.

Sur le plan méthodologique, une analyse de situation doit inclure une analyse de la performance du système de santé et une analyse de la mise en œuvre des activités et de l'exécution

budgétaire et financière du secteur de la santé. Ces analyses doivent ensuite être intégrées dans un dialogue sur les politiques portant sur les forces et faiblesses des composantes du système et des programmes de santé ainsi que sur des thèmes transversaux associant les points de vue des experts et des usagers ou de la communauté.

Une analyse de situation doit être participative, inclusive et exhaustive, minutieuse et complète. Ces deux derniers points sont à souligner car il est facile de se borner à une simple description du secteur de la santé, un instantané – ce qui serait déjà utile en soi – et ne pas se préoccuper suffisamment des causes profondes, ni chercher à comprendre pourquoi certains programmes ou activités ont obtenu des résultats plus ou moins bons. Or, en déterminant avec précision les causes profondes et les effets, on sera mieux en mesure de trouver des solutions durables ou applicables à une plus large échelle.

Une analyse de situation peut être considérée comme réussie : si elle tient compte d'un large éventail des vues et opinions des parties prenantes de manière équilibrée ; si ces mêmes parties ont accepté ou « acheté » les conclusions de l'analyse ; et si les résultats de l'analyse de situation sont les moteurs pour une définition des priorités et les orientations stratégiques du secteur de la santé.

Enfin, si votre pays présente des caractéristiques particulières – cadre décentralisé, contexte sanitaire fragilisé, forte dépendance à l'égard de l'aide extérieure – il faudra tenir compte de problèmes particuliers lors de l'analyse de situation, comme cela a été exposé dans ce chapitre.

Références bibliographiques

- 1 Politiques de santé : analyse de la situation et définition des priorités. Dans : Politique sanitaires nationales [site Web]. Genève, OMS, 2016 <http://www.who.int/nationalpolicies/processes/priorities/fr/>, consulté le 13 octobre 2016
- 2 Berman P, Bitran R. Health systems analysis for better health system strengthening. Washington (DC): World Bank; 2011 (HNP Discussion Paper; <http://site-resources.worldbank.org/HEALTHNUTRITIONAND-POPULATION/Resources/2816271095698140167/HealthSystemsAnalysisForBetterHealthSysStrengthening.pdf>, consulté le 13 octobre 2016)
- 3 Ibid.
- 4 Jaffré Y, Olivier de Sardan JP. Une médecine in-hospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest. Paris: Apad Karthala; 2003
- 5 Brugha R, Varvasovsky Z. Stakeholder analysis: a review. *Health Policy Plan.* 2000;15(3):239-46 (<https://academic.oup.com/heapol/article/15/3/239/573296>, consulté le 13 octobre 2016)
- 6 Schmeer K. Guidelines for conducting a stakeholder analysis. Bethesda (MD): Partnerships for Health Reform, Abt Associates Inc.; 1999 (Health Reform Tools Series; <http://www.phrplus.org/Pubs/hts3.pdf>, consulté le 13 octobre 2016)
- 7 Ibid.
- 8 Ibid ref. 5
- 9 Thow AM. Stakeholder analysis for health policy research. Sydney Health Policy Network and Qualitative Health Research Collaboration Forum; May 2013 (<http://sydney.edu.au/health-policy-network/news-events/Thow.pdf>, consulté le 13 octobre 2016)
- 10 Mills A, Brugha R, Hanson K, McPake B. What can be done about the private health sector in low income countries? *Bull World Health Organ.* 2002;80(4):325-30 ([http://apps.who.int/bulletin/archives/80\(4\)325.pdf](http://apps.who.int/bulletin/archives/80(4)325.pdf), consulté le 13 octobre 2016)
- 11 Organisation mondiale de la Santé (OMS). CHIP annotated table of content – second draft October 2nd 2009. Organisation mondiale de la Santé (OMS). 2009.
- 12 Health system reviews (HiT series). In: European Observatory on Health Systems and Policies [website] Copenhagen: WHO Regional Office for Europe (<https://euro.who.int/publications/health-systems-reviews>, consulté le 7 octobre 2016)
- 13 Health system assessment approach: a how-to manual. Bethesda (MD): Abt Associates Inc.; 2008 (Health Systems 20/20 Brief; http://healthsystemassessment.org/wp-content/uploads/2015/03/Health-Systems-Assessment-Approach-How-To-Manual_Brief.pdf, consulté le 13 octobre 2016)
- 14 Financement de la santé et couverture universelle : examen du financement de la santé. Genève, OMS, 2016 (http://www.who.int/health_financing/tools/systems_review/en/, consulté le 13 octobre 2016)
- 15 Human Resources for Health Toolkit. Global Health Workforce Alliance. [website] Geneva: WHO; 2016 (<http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/toolkit/hrhtoolkitpurposepages/en/index3.html>, consulté le 13 octobre 2016)
- 16 World Health Organization: Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes. WHO's Framework for Action. 2007, Geneva: World Health Organization, (http://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys_business.pdf, consulté le 16 octobre 2016)
- 17 van Wijngaarden JD, Scholten GR, van Wijk KP. Strategic analysis for health care organizations: the suitability of the SWOT-analysis. *Int J Health Plann Manage.* 2010;27(1): 34-49 (<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/hpm.1032>, consulté le 13 octobre 2016)
- 18 Harrison JP. Chapter 5: Strategic planning and SWOT analysis. In: Harrison JP. *Essentials of strategic planning in healthcare.* Chicago (IL): Health Administration Press; 2010 (<https://www.ache.org/learning-center/publications/books/2302>, consulté le 13 octobre 2016)
- 19 Krasner SD, Risse T. External actors, state-building, and service provision in areas of limited statehood: introduction. *Governance.* 2014;27(4): 545-67.

Lectures complémentaires

Berman P, Bitran R. Health systems analysis for better health system strengthening. Washington (DC): World Bank; 2011 (HNP Discussion Paper; <http://siteresources.worldbank.org/HEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/Resources/281627-1095698140167/HealthSystemsAnalysisForBetterHealthSysStrengthening.pdf>, consulté le 13 octobre 2016).

Harrison JP. Chapter 5: Strategic planning and SWOT analysis. In: Harrison JP. Essentials of strategic planning in healthcare. Chicago (IL): Health Administration Press; 2010 (http://www.ache.org/pdf/secure/gifts/Harrison_Chapter5.pdf, consulté le 13 octobre 2016).

Health system assessment approach: a how-to manual. Bethesda (MD): Abt Associates Inc.; 2008 (Health Systems 20/20 Brief; http://healthsystemassessment.org/wp-content/uploads/2015/03/Health-Systems-Assessment-Approach-How-To-Manual_Brief.pdf, consulté le 13 octobre 2016)

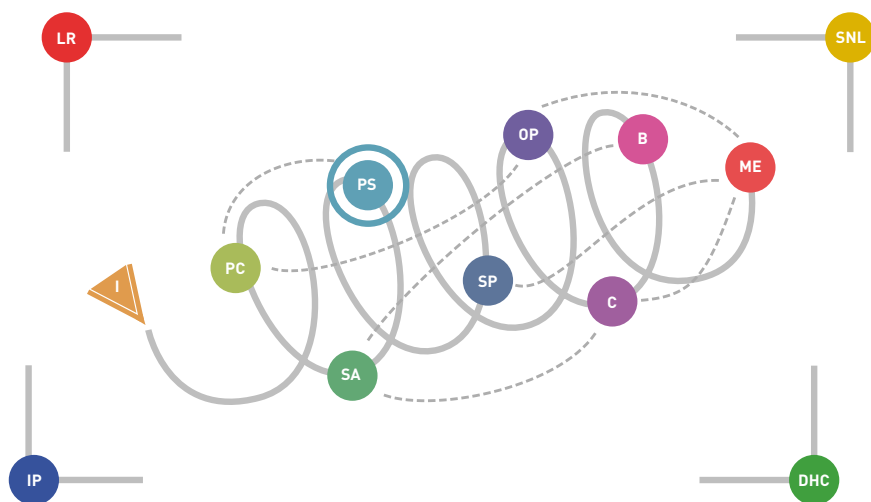
Chapitre 4

Définition des priorités des politiques, stratégies et plans nationaux de santé

Frank Terwindt

Dheepa Rajan

Agnes Soucat



I	CHAPITRE 1 Introduction : stratégies nationales en santé au XXI ^e siècle
PC	CHAPITRE 2 Consultation de la population sur ses besoins et ses attentes
SA	CHAPITRE 3 Analyse de situation du secteur de la santé
PS	CHAPITRE 4 Définition des priorités des politiques, stratégies et plans nationaux de santé
SP	CHAPITRE 5 Planification stratégique : traduire les priorités en plans nationaux
OP	CHAPITRE 6 Planification opérationnelle : transformer les plans nationaux en actions
C	CHAPITRE 7 Estimation des coûts des politiques, stratégies et plans nationaux de santé
B	CHAPITRE 8 Budgétisation du secteur de la santé
ME	CHAPITRE 9 Suivi, évaluation et revues des politiques, stratégies et plans nationaux de santé

Thèmes transversaux à la planification nationale de la santé

LR	CHAPITRE 10 Droit, réglementation et stratégies en santé
SNL	CHAPITRE 11 Élaboration d'une stratégie en santé au niveau décentralisé
IP	CHAPITRE 12 Planification intersectorielle et équité en santé
DHC	CHAPITRE 13 Stratégies en santé en situation de crise



Vue d'ensemble

La définition des priorités conditionne les orientations stratégiques du plan national de santé. Placée sous la houlette des citoyens qui en sont les principaux acteurs et décideurs, cette activité relève d'une responsabilité partagée entre le ministère de la Santé et l'ensemble des parties prenantes dans le domaine de la santé. Ce chapitre expose différents critères et présente plusieurs approches dans la définition des priorités. Il se termine par certaines spécificités de cet exercice dans des contextes particuliers tels qu'un cadre administratif décentralisé et hautement centralisé, les États en situation fragile et les pays dépendants de l'aide extérieure.



Résumé

Qu'entend-t-on par « définition des priorités » ?

Le processus de définition des priorités est intrinsèquement politique, ce qui signifie qu'il s'agit d'un processus où les valeurs et les objectifs de la société sont importants, et les priorités qui en résultent reflètent un compromis entre les parties prenantes. Cela étant dit, l'objectif du processus est de faire le meilleur choix (ce qui dépend d'un certain nombre de critères exposés tout au long de ce chapitre) parmi les différentes options permettant de répondre aux besoins les plus importants en matière de santé, tels qu'abordés dans l'analyse de situation du secteur de la santé¹, compte tenu des ressources limitées (notion de rationnement). Dans le domaine de la santé, la définition des priorités permet de fixer les objectifs clés du secteur sanitaire pour une période donnée, alimentant ainsi directement le contenu du plan national de santé.

Pourquoi est-ce important ?

La définition des priorités est nécessaire dans tous les contextes car les ressources ne sont jamais illimitées. Il faut faire des choix qui reflètent les valeurs et la vision d'une société pour le système de santé, et intégrer des considérations sur des critères explicitement retenus. En outre, c'est au cours de l'exercice de définition des priorités que sont prises les principales décisions découlant de l'analyse de situation. Ces décisions alimentent directement l'élaboration du plan national de santé.

Quand faut-il définir les priorités ?

L'exercice de définition des priorités est généralement réalisé à la suite de l'analyse de situation et précède les décisions portant sur l'allocation des ressources et la planification.

La définition des priorités peut être réalisée à différents stades du cycle politique et de planification d'un secteur, d'un programme ou d'un projet. Pour ce guide pratique, elle est discutée dans le contexte d'une planification nationale de la santé à moyen terme.

Qui peut entreprendre ou prendre part au processus de définition des priorités ?

Les acteurs tels que le gouvernement (ministères) ont une responsabilité formelle dans la définition des priorités. Dans une approche inclusive, des groupes de parties prenantes de différents niveaux sont consultés, tout comme la population.

Comment définir les priorités ? Quels sont les critères et les approches ?

La définition des priorités est un processus multidimensionnel qui s'appuie habituellement sur l'analyse de situation. Elle se fonde sur des critères établis par les parties prenantes du secteur de la santé. Les données probantes relatives aux différents critères sont ensuite étudiées conjointement. Les résultats de l'analyse des données probantes aident ensuite à formuler les politiques, stratégies et plans nationaux de santé (PSPNS). Les critères et les approches pouvant être utilisés sont décrits au fil de ce chapitre.

Et si...

Certains paramètres sont à prendre en compte si le pays :

- ▶ a un système d'administration fortement centralisé ;
- ▶ a un système d'administration décentralisé ;
- ▶ est en situation de fragilité ;
- ▶ dépend de l'aide extérieure.

¹ Voir le chapitre 3 « Analyse de situation du secteur de la santé » de ce guide pratique



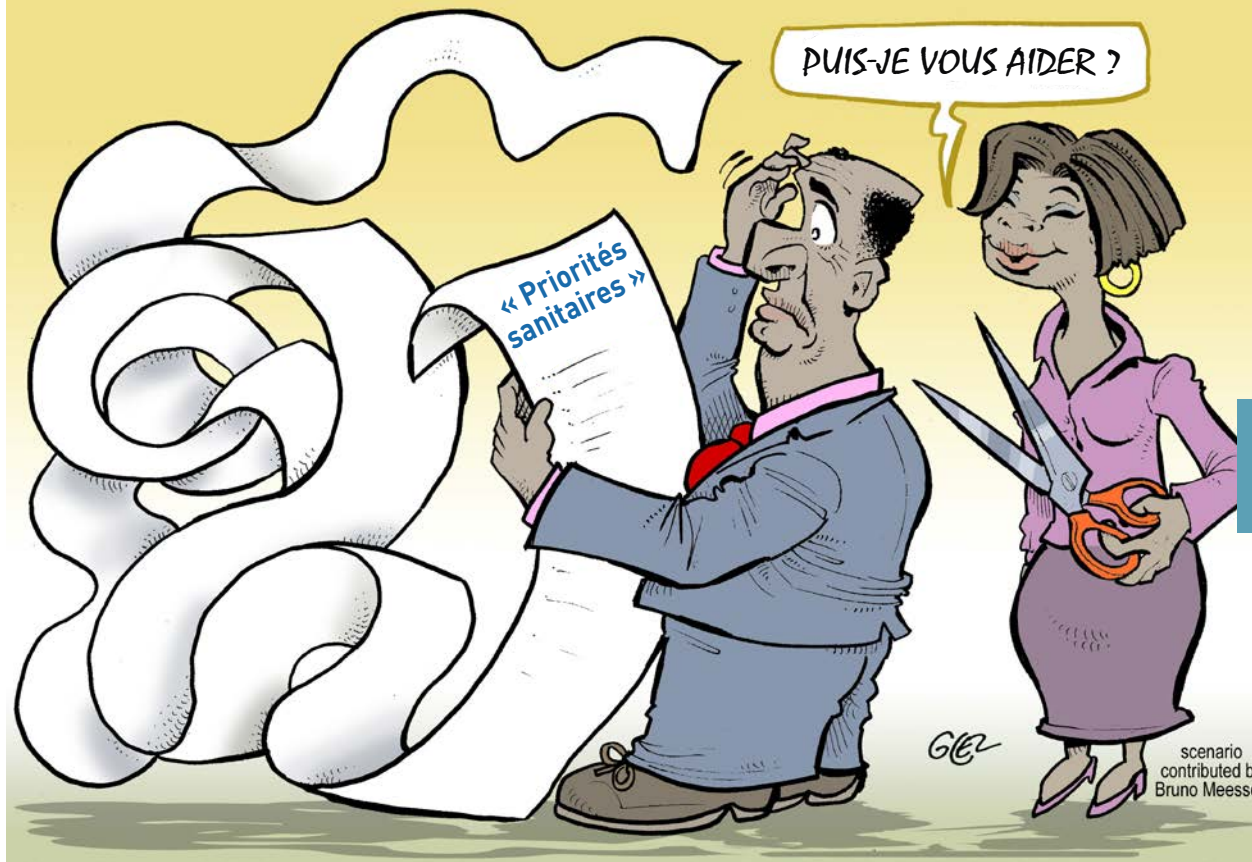


Figure 4.1 Les arbitrages font partie intégrante de la définition des priorités

Damian Glez ; scénario de Bruno Meessen

4.1 Qu'entend-t-on par « définition des priorités » ?

L'objectif de la définition des priorités est de choisir parmi différentes options pour répondre aux besoins les plus importants en matière de santé, tels qu'ils ressortent de l'analyse de situation dans le secteur de la santé,^{II} en tenant compte des ressources limitées (dans le sens du rationnement). Il s'agit d'un processus intrinsèquement politique pour lequel les valeurs et les objectifs de la société y occupent une

place centrale, et les priorités qui en découlent reflètent un compromis entre les parties prenantes, notamment la population. En effet, les citoyens en sont les principaux acteurs et décideurs. Dans le domaine de la santé, cette activité détermine les objectifs clés du secteur pour une période donnée, alimentant ainsi directement le contenu de la stratégie nationale de santé. L'exercice de définition des

Le processus de définition des priorités est intrinsèquement politique ; les valeurs et les objectifs de la société y occupent une place centrale, et il débouche sur des priorités qui sont le reflet d'un arbitrage entre les parties prenantes.

^{II} Voir le chapitre 3 « Analyse de situation du secteur de la santé » de ce guide pratique.

priorités fait généralement suite à une analyse de situation et précède les décisions relatives à l'affectation des ressources et à la planification.

La définition des priorités est étroitement liée aux défis mis en évidence par le processus d'analyse de situation et durant le débat sur les stratégies potentielles permettant de les surmonter. Elle aide à effectuer les meilleurs choix possibles concernant la répartition des moyens car les ressources sont limitées, et des compromis sont donc nécessaires. La conséquence escomptée de la définition des priorités est d'améliorer la performance du système de santé de façon efficace et équitable. Définir des priorités ne consiste pas seulement à utiliser au mieux les ressources financières. Il s'agit également d'attribuer les ressources en fonction de choix guidés par les valeurs, les demandes et les besoins de la population.^{III} Par exemple, il peut être convenu que certaines réformes institutionnelles soient une priorité. Ces réformes peuvent nécessiter une modification des procédures administratives et techniques, ce qui obligerait le personnel en place à user

de son temps différemment – dans ce cas de figure, l'investissement nécessaire n'est donc pas principalement de nature monétaire.

La définition des priorités consiste souvent à accorder plus d'importance à certaines interventions sanitaires au détriment d'autres. Il convient de garder à l'esprit que lorsqu'une intervention est privilégiée par rapport à une autre et obtient davantage de ressources, l'autre intervention voit ses ressources réduites, voire supprimées.

Dans le cadre de ce chapitre, le terme « interventions » recouvre les programmes, les ensembles d'activités, les politiques, les stratégies, les réformes, les investissements ou les modalités de mise en œuvre, entrepris distinctement ou de manière combinée. On peut donc qualifier d'intervention toute mesure visant à améliorer l'état de santé ou à modifier l'évolution d'une maladie, par exemple, une solution à un problème sanitaire ou une activité de promotion de la santé ou un nouvel organigramme pour l'équipe de gestion de la santé dans le district, etc.

^{III} Dans le contexte de la santé, le « besoin » est un élément nécessaire pour que tout être humain puisse mener une vie en bonne santé. Cela peut être mesuré, par exemple, au moyen de l'auto-déclaration, des indicateurs de l'état de santé, des marqueurs biomédicaux, des mesures géographiques, etc. D'une

manière générale, la « demande » de services liés à la santé est l'expression d'un besoin ressenti. La demande est influencée par des facteurs tels que le comportement face à la maladie, la connaissance des services, les médias, etc.

4.1.1 Définition des priorités dans le contexte de la couverture santé universelle (CSU)



« Je considère la couverture santé universelle comme le concept le plus puissant que la santé publique ait à offrir », a déclaré le Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), le Dr Margaret Chan, lors d'une réunion ministérielle organisée sur ce thème en février 2013.¹

La CSU est un contrat social, un objectif suprême vers lequel devrait tendre un système de santé. Les États membres de l'OMS se sont engagés en ce sens en vertu de la résolution WHA64.9 de l'Assemblée mondiale de la Santé, la définition étant développée dans le Rapport sur la santé dans le monde 2010.² « La couverture sanitaire universelle consiste à veiller à ce que l'ensemble de la population ait accès aux services préventifs, curatifs, palliatifs, de réadaptation et de promotion de la santé dont elle a besoin et à ce que ces services soit de qualité suffisante pour être efficaces, sans que leur coût n'entraîne des difficultés financières pour les usagers »³. En outre, la cible 3.8 des objectifs de développement durable (ODD) vise à faire en sorte que chacun bénéficie de la CSU, un objectif auquel tous les États membres de l'Organisation des Nations unies (ONU) ont souscrit en septembre 2015.

Il n'existe pas de solution unique pour le cheminement vers la CSU. Il s'agit plutôt d'un processus qui doit être poursuivi différemment en fonction du contexte, et de manière adaptée. Chaque contexte et situation nécessite toutefois une approche reposant sur le système de santé pour tendre vers l'objectif suprême de la CSU ; une approche qui aspire à une collaboration active avec d'autres secteurs pertinents et s'attache à réunir l'ensemble des principales parties prenantes du secteur de la santé afin de discuter des interventions susceptibles d'améliorer l'état de santé de la population.

Le concept de CSU prend en compte l'aspect de la protection financière qui vise à améliorer la couverture, l'accessibilité géographique et la disponibilité des soins. Pour s'orienter vers la CSU, l'OMS recommande par conséquent de travailler sur trois dimensions (Figure 4.2) : l'extension de la couverture sanitaire aux populations qui n'en bénéficient pas encore, l'amélioration de l'offre de services de santé proposés (aussi bien au niveau de la quantité que de la qualité des services), et la réduction de la participation aux coûts et des paiements directs pour les soins de santé.

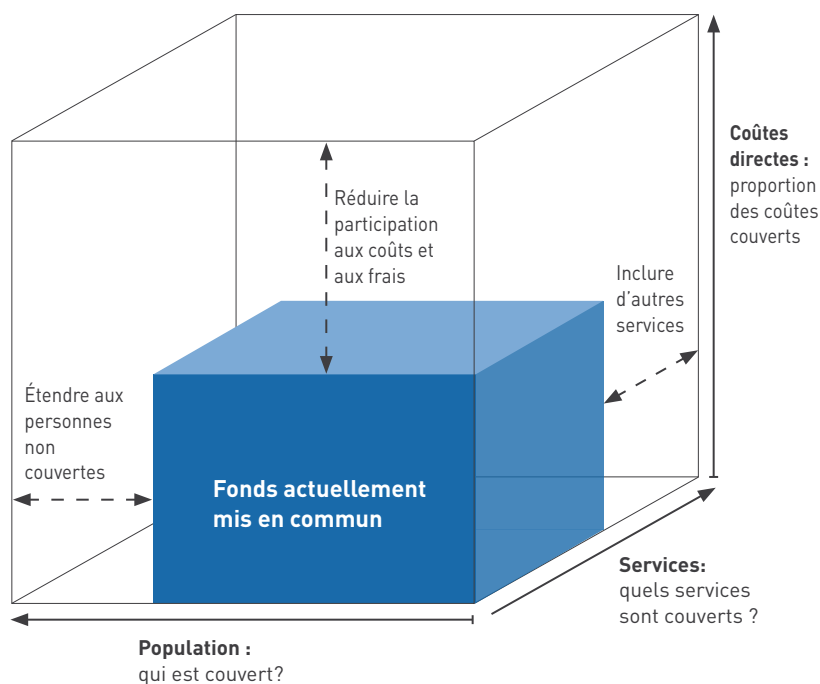
Les exercices de définition des priorités peuvent aider à aborder ces trois dimensions :

- ▶ Atteindre les populations vulnérables, marginalisées et difficiles d'accès (« largeur » de la couverture) en étendant les services aux segments de la population qui ne sont pas encore couverts.
- ▶ Maximiser la prestation de services (« profondeur » de la couverture) en améliorant l'efficacité des résultats de l'ensemble des services.
- ▶ Améliorer la protection contre les risques financiers (« hauteur » de la couverture) pour les populations pauvres et vulnérables par une réduction ciblée de la participation aux coûts et aux frais.

L'évolution vers la CSU signifie que des actions prioritaires et des investissements s'imposent dans chacune de ces dimensions ; des compromis sont alors nécessaires. Ceux-ci sont influencés par des impératifs qui progressent au fil du temps, à mesure du changement des choix des citoyens, du développement économique, du vieillissement de la population ou de l'évolution de la charge de morbidité. Par conséquent, la progression vers la CSU est au cœur du débat démocratique, c'est un processus politique qui implique l'information du public et la négociation entre différents groupes de la société sur la contribution et l'utilisation des fonds publics, l'attribution des prestations de santé et les personnes devant être mises à contribution pour financer ces prestations.

La CSU est un processus qui doit être mené différemment, de façon adaptée, dans chaque contexte individuel. Chaque contexte et situation nécessite toutefois une approche reposant sur le système de santé pour tendre vers l'objectif suprême de la CSU ; une approche qui aspire à une collaboration active avec d'autres secteurs pertinents et s'attache à réunir l'ensemble des principales parties prenantes du secteur de la santé afin de discuter des interventions susceptibles d'améliorer l'état de santé de la population.

Figure 4.2 Trois dimensions à considérer lors de la progression vers la CSU⁴



4.1.2 Principes essentiels de la définition des priorités

La définition des priorités examine la mesure dans laquelle il est possible de satisfaire un besoin identifié comme important (généralement lors l'analyse de situation) en fonction de critères, sans toutefois s'y limiter, comme la charge que représente la question sanitaire étudiée, l'équité ainsi que le coût, l'efficacité et l'acceptabilité de l'intervention. Une société peut également inclure d'autres critères qu'elle juge essentiels

et qui reflètent sa culture, son histoire et ses objectifs.

Le rapport coût/efficacité est un critère de définition des priorités largement utilisé dans la littérature et le discours économiques. Dans ce chapitre, nous avançons l'idée selon laquelle l'analyse coût/efficacité est une approche technique importante et répandue (et non un

critère) qui alimente la base de connaissances factuelles pendant le processus de définition des priorités. Néanmoins, ce n'est qu'une approche technique parmi d'autres, et ses résultats doivent être examinés avec attention au cours du processus de définition des priorités, parallèlement à d'autres données factuelles à disposition. La section 4.5.3 donne davantage d'informations sur l'analyse de coût/efficacité et sur la place qu'elle occupe au sein du processus de définition des priorités.

Nous faisons une distinction entre, d'une part, la priorisation des problèmes de santé ou des défis dans le secteur de la santé et, d'autre part, la priorisation des solutions ou interventions permettant de surmonter ces défis. Naturellement, ces deux volets sont étroitement liés ; néanmoins, plusieurs solutions peuvent être apportées à un même problème de santé. Par exemple, identifier le diabète comme une maladie prioritaire dans un pays est une décision distincte de celle qui consiste à examiner les différentes interventions préventives, promotionnelles et curatives disponibles pour lutter contre cette pathologie.

Les critères mentionnés dans ce chapitre concernent aussi bien la définition des priorités pour les problèmes de santé que pour des solutions éventuelles. Le critère portant sur la charge porte principalement sur le problème sanitaire, alors que l'efficacité, le coût et l'acceptabilité sont relatifs à l'intervention sanitaire (solution) proposée. L'équité peut s'appliquer aux deux.

Tout processus de définition des priorités tient compte du caractère limité des ressources. Les décisions d'allocation réelle des ressources et de budgétisation sont toutefois prises une fois

les priorités définies, car elles procèdent d'un compromis. La définition des priorités éclaire le processus décisionnel. Le processus de définition des priorités rend explicites les problèmes de santé, les difficultés et les solutions à privilégier en fonction de certains critères ; les décisions prises par la suite reposent sur les données factuelles issues du processus de définition des priorités. Elles donnent plus ou moins de poids à certaines questions lors de débats ou de discussions (politiques). En fin de compte, des arbitrages peuvent intervenir entre les différents critères, et le poids à accorder à chacun d'entre eux sera une décision politique.

En pratique, les questions de faisabilité et de mise en œuvre font partie du dialogue visant à définir les priorités et ne peuvent pas en être artificiellement extraites. En outre, la faisabilité peut, dans certains contextes, figurer parmi les critères de définition des priorités. Au sens strict, le processus de définition des priorités doit d'abord se concentrer sur les priorités du secteur de la santé du pays dans les PSPNS. Les considérations portant sur les contraintes de faisabilité et de mise en œuvre ont plus de poids lors des processus de prise de décisions et de formulation relatifs aux PSPNS.

La définition des priorités ayant une forte teneur politique, on peut avoir tendance à privilégier les bénéfices à court terme plutôt qu'à adopter une vision stratégique à plus long terme. Quoi qu'il en soit, il convient de garder à l'esprit qu'une accumulation de priorités à court terme ne permet pas nécessairement de mener à bien une stratégie de long terme ; il faut être particulièrement attentif à maintenir les priorités à plus long terme à l'ordre du jour.

Dans le contexte de l'élaboration de stratégies en santé, la définition des priorités examine la mesure dans laquelle il est possible de satisfaire un besoin identifié comme important (généralement spécifié dans l'analyse de situation) en fonction de critères, sans toutefois s'y limiter, tels que l'importance de la question de santé en cause, l'équité ainsi que l'efficacité, le coût et l'acceptabilité de l'intervention.



4.2 Pourquoi définir des priorités ?

Il est nécessaire de définir des priorités car les ressources sont toujours limitées. C'est à l'occasion de cet exercice que se prennent les principales décisions, au vu des résultats fournis par les évaluations périodiques des besoins de santé et des solutions apportées.

Ces tendances doivent être suivies et les changements décelés en temps opportun de manière à réévaluer périodiquement les besoins et les solutions en matière de santé. Cela est particulièrement important dans un contexte où les secteurs des services publics se disputent des ressources gouvernementales insuffisantes.

4.2.1 La définition des priorités est nécessaire pour s'adapter à un contexte en mutation

La santé d'une population et ses déterminants évoluent avec le temps et l'exercice qui consiste à définir les priorités du secteur de la santé peut en être le révélateur. Par exemple, la mobilité accrue de la population peut faire surgir de nouvelles menaces de maladies transmissibles qui, dans le passé, auraient pu être mieux circonscrites géographiquement. De même, de nouvelles habitudes et attitudes découlant de changements macroéconomiques et entraînant des modifications du mode de vie risquent d'affecter l'état de santé de certains groupes de population (par exemple, la classe moyenne des pays émergents). L'évolution du profil démographique d'un pays (part de personnes âgées plus importante) peut expliquer la prédominance de certains troubles (chroniques). Une sensibilisation accrue ou de nouvelles solutions technologiques peuvent entraîner des changements dans la prévalence et l'incidence de la mortalité et de la morbidité. Des changements en profondeur du système politique et/ou administratif d'un pays, comme la décentralisation, peuvent créer de nouvelles opportunités pour un mode de vie plus sain et des soins de santé plus efficaces.

4.2.2 La définition des priorités porte sur les problèmes soulignés lors de l'analyse de situation

Le processus d'analyse de situation du secteur de la santé est le cadre dans lequel toutes les parties prenantes concernées examinent et débattent des forces-faiblesses-opportunités-menaces (SWOT) du système de santé, y compris leurs causes profondes et leurs effets. Une discussion portant sur les réussites et les échecs s'articule autour de solutions et de recommandations devant être à même de surmonter les problèmes du secteur de la santé. Par conséquent, ces suggestions, déjà débattues, discutées et triées par un large éventail de parties prenantes, constituent le point de départ de l'exercice de définition des priorités. Celui-ci est l'occasion par excellence de promouvoir les recommandations et enseignements tirés de l'analyse de situation effectuée en leur conférant un niveau de priorité spécifique.

La définition des priorités est l'occasion par excellence de promouvoir les recommandations et enseignements tirés de l'analyse de situation, en leur conférant un niveau de priorité spécifique.

Encadré 4.1

Une planification ambitieuse appelle une hiérarchisation : le cas de la Sierra Leone

Le IHP+ Compact (International health partnership - Partenariat international de la santé) pour la Sierra Leone a établi en 2011 un accord volontaire entre le gouvernement du pays et ses partenaires de développement⁵ afin de réduire les inégalités dans les services de santé et d'améliorer la santé des groupes vulnérables, en particulier les mères et les enfants. Le Plan national stratégique de santé (PNSS) 2010-2015 élaboré plus ou moins à la même période, portait sur les piliers essentiels suivants : gouvernance et leadership, ressources humaines pour la santé, financement des soins de santé, technologies et produits médicaux et systèmes d'information sanitaire.^{6,7} Parallèlement, le ministère de la Santé a formulé un Paquet de base des services de santé essentiels (Basic Package of Essential Health Services - BPEHS) avec l'appui des parties prenantes, afin de garantir un minimum de prestations aux différents niveaux de prestation de services. Le programme commun de travail et de financement (Joint Programme of Work and Funding - JPWF) décrit les activités et les décisions d'investissement du gouvernement et des parties prenantes pour la mise en œuvre du PNSS durant la période 2012-2014.⁸ L'objectif de ces documents essentiels est de faire en sorte que l'action du secteur de la santé reste centrée sur la réduction des taux de mortalité et l'amélioration de l'accessibilité des soins.⁹

Malgré une réelle volonté de s'engager en faveur du PNSS via le IHP+ Compact, force est de constater que les résultats n'ont pas été à la hauteur des espérances car la mise en œuvre laissait à désirer. Un examen récent a conclu que le PNSS était trop ambitieux et déconnecté des besoins locaux, n'entraînant que des améliorations minimales dans le secteur de la santé, comme en témoignent les indicateurs clés. Il a par ailleurs établi que les documents susmentionnés péchaient tous par une absence de priorités bien définies lors de leur développement. L'équipe chargée de l'examen a conclu qu'un processus plus participatif, incluant davantage de consultations au niveau du district et la participation d'un plus grand nombre de groupes de la société civile, aurait facilement aidé le ministère de la Santé à identifier les priorités fondamentales du secteur de la santé. Or, au lieu de se montrer sélectifs dans leurs priorités, le PNSS et le BPEHS étaient exhaustifs dans leur domaine d'application. Compte tenu de la rareté des ressources, ce manque de réalisme a fortement entravé leur mise en œuvre.¹⁰

Ces faiblesses conjuguées se sont soldées en 2014 par l'incapacité du système de santé à faire preuve de la résilience nécessaire pour empêcher la propagation de la maladie à virus Ebola. Il a été amplement documenté que les pays concernés, dont la Sierra Leone, peinaient

à assumer les fonctions essentielles de leur système de santé, entravant ainsi la mise en place en temps voulu d'une réponse appropriée et opportune face à la flambée épidémique.¹¹ Le nombre insuffisant d'agents de santé qualifiés ainsi que la fragilité des infrastructures de base, de la logistique, de l'information sanitaire, de la surveillance, de la gouvernance et des systèmes d'approvisionnement en médicaments étaient les problèmes sous-jacents que la mise en œuvre du PNSS était censée traiter.

Si les initiatives du PNSS visent à renforcer les systèmes, dans la pratique, les partenaires ont mis en œuvre des initiatives individuelles au lieu de coordonner leur action avec les équipes de gestion de la santé des districts ; les progrès auraient été plus conséquents en copérant au sein des structures existantes et par leur intermédiaire. Le manque d'appropriation s'est avéré manifeste lorsqu'il s'est agi de concrétiser le PNSS et le JPWF ; les déficiences de la coordination et du dialogue entre les parties prenantes ont entravé l'harmonisation recherchée dans ces documents. L'examen a également porté sur le BPEHS et révélé que si celui-ci offre des services minimums de meilleure qualité et établit des lignes directrices plus complètes pour la prestation de services, la mise en œuvre a souffert d'un manque de

compréhension quant aux moyens financiers de la population au niveau des districts.

L'exemple de la Sierra Leone souligne la grande importance de la définition des priorités dans une situation où les besoins sont considérables, où le secteur est en difficulté et les ressources insuffisantes. Cette illustration démontre également que certaines conditions doivent absolument être mises en place pour en faire un exercice constructif et efficace : la participation de ceux chargés de la mise en œuvre, et la contribution de la population et/ou de ses représentants. Le cas de la Sierra Leone montre aussi les conséquences désastreuses d'une mauvaise définition des priorités, qui aboutit à un système de santé déficient, incapable de faire face à la menace de la maladie à virus Ébola et de l'endiguer.

4.2.3 La définition des priorités met en évidence les grands défis de demain

Lorsque les priorités sont explicitement définies à l'aide de critères clairs, elles peuvent faire l'objet d'un dialogue et d'un débat, c'est-à-dire être remises en question. Des améliorations sont alors possibles.

Les défis futurs, tels que le vieillissement de la population, le changement climatique ou l'accroissement des inégalités en santé, peuvent avoir émergé lors des consultations menées auprès de la population ou lors de l'analyse de situation du secteur de la santé. Au cours de la phase de définition des priorités, les parties prenantes de la santé doivent envisager les conséquences des défis escomptés et, si possible, interpréter certaines études au regard du contexte local ou en commandant de nouvelles. Le processus de définition des priorités est l'occasion pour les décideurs et les parties prenantes du secteur de la santé d'anticiper les problèmes de santé prévisibles et de veiller à ce que leur incidence négative sur les résultats sanitaires soit atténuée.

Au vu de ce qui précède, les objectifs de la définition des priorités dans le secteur de la santé sont les suivants :

- ▶ corrélérer les demandes et les besoins fondamentaux de la population en matière de santé, tels qu'identifiés dans l'analyse de situation, aux meilleures options possibles pour y répondre ;
- ▶ veiller à ce que les programmes et les interventions reposent sur des données probantes et soient d'un bon rapport coût/efficacité et équitablement répartis, en tenant compte des besoins en santé de tous les groupes de population, en particulier des catégories sociales les plus démunies ;
- ▶ fonder les stratégies nationales et les allocations de ressources sur l'état des deniers publics ;
- ▶ fournir des informations et des données factuelles fondamentales pouvant servir de référence pour l'élaboration, le suivi et l'évaluation des politiques.

4.2.4 Les priorités seront implicitement définies si elles ne sont pas fixées de façon explicite et délibérée

Un processus national de planification de la santé comprend toujours des priorités. Faute d'être explicite et fondée sur une discussion transparente des critères de définition des priorités et un examen conjoint des données factuelles, la priorisation se fera au cas par cas, de façon implicite. Cette méthode n'encourage pas la responsabilité, n'est pas transparente et prête le flanc aux influences et aux intérêts particuliers qui peuvent coïncider ou non avec ceux de la santé de la population. Lorsque les priorités sont explicitement établies à l'aide de critères précis, elles peuvent faire l'objet d'un dialogue et d'un débat, c'est-à-dire être remises en question. Si une priorité peut être contestée, il existe un potentiel d'amélioration. Un article récent de Chalkidou & al.¹² résume la question en ces termes :

« Dans un processus explicite, on sait qui a pris telle ou telle décision, quels critères ont été utilisés, si ces critères ont été respectés, quels éléments de preuve ont été pris en compte et si ces éléments ont été correctement évalués, si les valeurs appropriées ont été utilisées, qui a été consulté, si les conseillers avaient des conflits d'intérêt majeurs et comment les divers compromis ont été faits. »

4.3 Quand procéder à un exercice de définition des priorités ?

Où débute l'exercice de définition des priorités dans le cycle de planification et où prend-il fin ? En principe, il se fait de manière continue, sous une forme ou sous une autre, tout au long du cycle de planification et d'élaboration des politiques. Certains estiment que cette phase ne concerne que les étapes préliminaires d'identification des besoins et des possibilités les plus importants, tandis que d'autres prennent en compte les limitations de ressources. D'aucuns y incorporent également le processus de décisions sur l'affectation des ressources dans la définition des priorités.

Une fois que les besoins/problèmes de santé et leurs causes ont été recensés dans la phase précédente d'analyse de situation, la phase de définition des priorités doit s'attacher à classer les besoins et options identifiés en se fondant sur un ensemble de critères, d'approches et de méthodes/outils (dont bon nombre sont évoqués dans ce chapitre). Dans les phases de planification suivantes, des décisions sont prises quant à l'ordre d'exécution des interventions prioritaires et à la budgétisation.

4.3.1 Périodicité et portée de la définition des priorités

Les priorités peuvent être définies :

- ▶ à des intervalles variables (annuellement, à mi-parcours, etc.) et pour une période donnée (court terme, moyen terme, long terme, ou autre) ;
- ▶ à n'importe quel échelon du système (national, provincial/régional, district ou autre) ;
- ▶ sur différents thèmes et composantes du système (réforme hospitalière, relèvement du système de santé post-Ébola, etc.) ;

- ▶ avec n'importe quel groupe d'acteurs (pouvoirs publics, prestataires de services, secteur privé, communautés, etc.).

Ce chapitre se concentre principalement sur la définition globale des priorités à moyen terme dans le secteur de la santé. Aborder une telle activité dans une perspective sectorielle est une entreprise complexe qui suppose de prendre en compte tous les niveaux, types de soins, acteurs, modalités d'exécution et flux de financement. Cette approche peut être en contradiction avec le mode opératoire suivi dans un contexte de programmes et projets verticaux, les calendriers risquant alors de ne pas être synchronisés avec le cycle national de planification du gouvernement. La définition des priorités risque alors de se cantonner aux objectifs (verticaux) du programme. En pareil cas, il convient de rechercher davantage d'intégration et d'harmonisation avec le cycle de planification sectorielle et d'examiner les priorités programmatiques verticales à la lumière des priorités sectorielles globales.

La définition des priorités doit être un processus participatif et inclusif s'inscrivant dans le cadre de la politique de santé et du cycle de planification. Le processus lui-même doit être transparent et compris par tous.

La définition des priorités constitue souvent une étape cruciale de la planification stratégique. C'est au cours de ce processus que sont pesés le pour et le contre des options stratégiques. Les décisions prises à partir de critères tels que la charge, le rapport coût/efficacité, l'accessibilité économique et l'équité façonneront le plan stratégique, compte tenu des ressources disponibles pour le secteur de la santé. Le processus s'appuiera en grande partie sur les phases d'analyse de situation et de consultation de la population, en examinant minutieusement

L'analyse de situation peut être considérée comme le point de départ de la définition des priorités.



© UN Photo/Mark Garten

4.3.2 La définition des priorités dans le cadre du développement global du secteur de la santé

les données probantes produites et analysées en ces occasions.

Les choix stratégiques à moyen terme se traduisent ensuite par des plans annuels. La définition des priorités est également nécessaire pour éclairer cette planification opérationnelle. Ce processus contribue aux recommandations budgétaires d'allocation de ressources pour la mise en œuvre progressive des orientations stratégiques à moyen terme. Ce chapitre traite des priorités à moyen terme tandis que la définition de priorités au service de la planification opérationnelle (mise en œuvre annuelle des plans et des budgets) fait l'objet d'un autre chapitre.^{IV}

La définition des priorités intervient généralement après l'analyse de situation et avant la prise de décisions et les débats politiques sur les principales orientations stratégiques du secteur de la santé. Vient ensuite la budgétisation, à laquelle succède la mise en œuvre du PSPNS, puis, enfin, le suivi et l'évaluation des résultats.

Une analyse complète de situation consiste à examiner de manière approfondie les facteurs expliquant le succès ou l'échec de la mise en œuvre antérieure. Elle est rétrospective et peut être prendre la forme d'un examen à mi parcours ou d'un examen final du secteur de la santé dans le cas d'un plan stratégique à moyen terme. Un tel examen débouche sur un ensemble de recommandations essentielles (généralement destinées à chaque élément constitutif du système de santé¹³ et aux domaines thématiques) et permet dans certains cas de recenser d'ores et déjà certaines priorités. L'analyse de situation peut donc être considérée comme le point de départ du processus de définition des priorités.

Si l'on veut définir des priorités adaptées au développement des politiques, stratégies et plans de santé nationaux, il faut que :

- ▶ l'analyse de situation prenne en considération les besoins et demandes de la population – grâce à une consultation citoyenne, en analysant des données secondaires sur la satisfaction des patients, en faisant participer de manière constructive les responsables communautaires, etc. ;
- ▶ les ressources susceptibles d'être disponibles pour la période soient planifiées de façon réaliste ;
- ▶ les critères et les formules puissent guider l'allocation des ressources ;
- ▶ les budgets s'appuient sur un exercice d'estimation des coûts qui, lui-même, repose sur une méthodologie convenue ;
- ▶ les plans et les budgets se fondent sur des modalités d'application convenues (par exemple, horizontales, verticales, décentralisées).

On distingue ici clairement la définition des priorités de la prise de décisions finale. La première consiste à formuler des recommandations sur les domaines/interventions/niveaux prioritaires, etc., compte tenu de leur incidence financière et assurant leur équité, mais sans aller jusqu'à prendre des décisions effectives.

^{IV} Voir le chapitre 6 « Planification opérationnelle : transformer les plans nationaux en actions » de ce guide pratique.

4.4 Qui doit participer à la définition des priorités ?

Il y a lieu d'étudier avec soin le choix des acteurs devant intervenir dans la définition des priorités. Une approche inclusive consiste à consulter les divers groupes de parties prenantes de différents niveaux tout en s'assurant que les attentes de la population sont entendues.

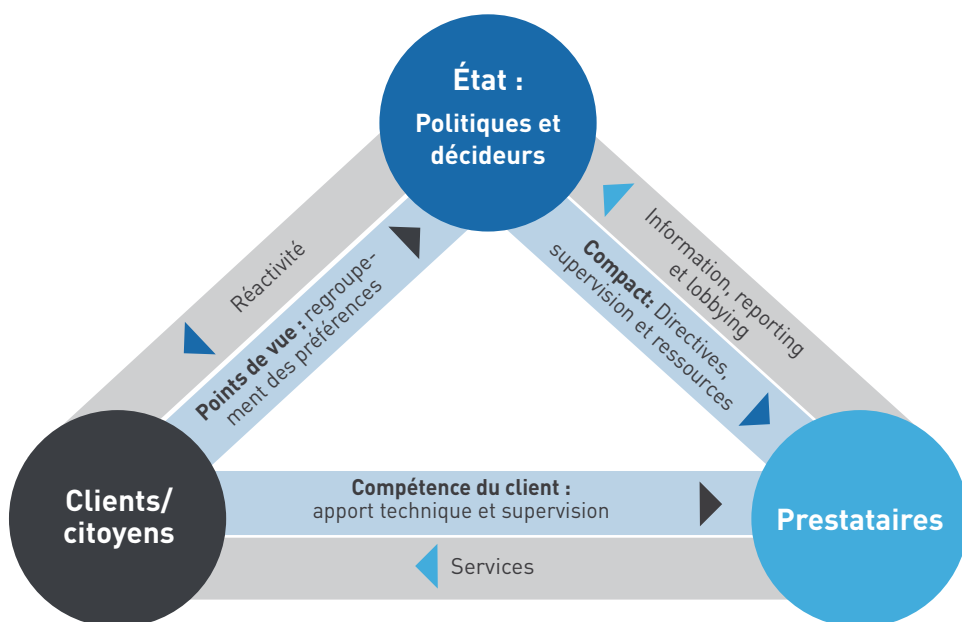
Les priorités sont définies sur la base de jugements éclairés, reposant sur des données probantes et les responsables de ces appréciations sont tenus responsables de leurs décisions. Pour garantir la légitimité de la définition des priorités, c'est aux citoyens qu'il appartient de faire leurs choix finaux par l'intermédiaire des parlementaires.¹⁴

Certains acteurs ont naturellement leur place dans ce processus :

- ▶ les décideurs politiques et les planificateurs de la santé : ministère de la Santé et autres ministères (des Finances, de la Planification notamment) ;
- ▶ les autorités administratives et sanitaires aux niveaux décentralisés ;
- ▶ les professionnels de la santé (du secteur public ou privé) ;
- ▶ les représentants communautaires et /ou les groupes de patients.

Les trois catégories de groupes de population de Brinkerhoff et Bossert¹⁵ (voir Figure 4.3) qui ont un intérêt dans la gouvernance de la santé peuvent servir de référence pour mieux comprendre les rôles des parties prenantes qui participent naturellement au processus de définition des priorités.

Figure 4.3 Trois dimensions à prendre en compte pour s'orienter vers la CSU



4.4.1 Clients/citoyens

Ces sont les citoyens qui entérinent les priorités par l'intermédiaire de leurs parlementaires ; ils doivent donc être associés à chaque étape d'un exercice de définition des priorités (voir Encadrés 4.1 et 4.3).¹⁶ Dans le cadre du processus démocratique, c'est le citoyen qui doit *in fine* faire siennes les priorités définies.

La redevabilité des autorités publiques à l'égard de la population est l'un des principaux objectifs de la consultation des citoyens sur leurs opinions et besoins. La population doit, autant que possible, être préalablement bien informée des avantages et inconvénients des différentes options et de la méthodologie utilisée - extensive et intensive. La nécessité et la faisabilité d'une consultation approfondie et à grande échelle dépend du contexte national.¹⁷ Le contexte peut également déterminer dans quelle mesure le pays choisit une consultation de la population au sens large ou une consultation plus complexe via des représentants désignés dans la population. S'agissant de cette deuxième option, on part du principe que la représentation de la population se fonde sur des moyens transparents et démocratiques.

Les approches méthodologiques basées sur le consensus d'experts sont par définition moins inclusives qu'une vaste consultation directe des citoyens puisque les participants sont choisis en fonction de leurs expertises. C'est néanmoins une démarche relativement facile à mettre en œuvre et les résultats peuvent être obtenus rapidement. La principale objection tient au fait que les experts extérieurs n'ont pas nécessairement conscience d'important changements au niveau local.¹⁸

4.4.2 L'État : politiques et décideurs

Les autorités nationales (l'État : politiques et décideurs), en particulier le ministère de la Santé, doivent composer avec les difficultés politiques que représente la collaboration avec différentes parties prenantes et organisations (clients/citoyens, mais aussi prestataires) dont les systèmes d'incitation et les cultures varient. Le rôle du ministère de la Santé consiste à planifier, impulser, coordonner et superviser le processus de définition des priorités, le cas échéant à l'aide de mécanismes de coordination du secteur de la santé.

Le ministère peut solliciter des experts techniques indépendants pour élaborer et préparer la méthodologie et les outils, ainsi que pour faciliter le processus, mais la coordination générale et la prise de décisions finale incombent vraisemblablement aux pouvoirs publics. Les décideurs doivent donc diriger le processus, s'assurer de la participation large et constructive des parties prenantes, veiller à ce que les priorités fixées reflètent la contribution de ces dernières de manière équilibrée, et être redevables des résultats.

Dans un environnement où l'administration est décentralisée, les décideurs sont incarnés par les collectivités locales, lesquelles doivent collaborer avec les prestataires de services (selon la terminologie de Brinkerhoff et Bossert), la société civile et la communauté (clients/citoyens) et être à l'écoute de leurs avis et propositions. Le processus doit être transparent, avec des rôles et des responsabilités bien définis, en particulier lorsqu'il s'agit d'évaluer et de discuter des données factuelles sous des angles et des points de vue différents.

Le rôle du ministère de la Santé est de planifier, impulser, coordonner et superviser le processus de définition des priorités, le cas échéant à l'aide de mécanismes de coordination du secteur de la santé.

4.4.3 Prestataires

Dans les pays fortement tributaires du financement extérieur, il importe que les partenaires du développement participent activement à la définition des priorités. Lorsque le processus est piloté par les pouvoirs publics, une telle approche permet d'améliorer la compréhension des enjeux nationaux, de renforcer l'harmonisation avec les priorités nationales et de sensibiliser aux contributions intégrées d'aide au développement.

Les prestataires de services sont les organisations de première ligne, au cœur de la mise en œuvre des actions prioritaires préalablement décidées. Ils ont une expérience directe et pratique du secteur de la santé, qui donne des indications sur la faisabilité. Leur participation au processus de définition des priorités est donc décisive puisque leur rôle consiste essentiellement à traduire les choix des décideurs politiques sous forme de services aux citoyens.

Encadré 4.2

Trouver le juste équilibre entre les demandes des patients, les besoins médicaux et le rapport coût/efficacité¹⁹

En 2012, une étude suédoise a été menée auprès du personnel infirmier, de médecins généralistes et de patients, leur demandant d'exprimer leur opinion sur les problèmes de santé prioritaires dans les soins de santé primaires. L'étude a révélé que le personnel infirmier et les médecins généralistes plaçaient la gravité de la pathologie en tête des critères, les médecins généralistes y ajoutant le rapport coût/efficacité. En revanche, les patients accordaient un degré de priorité relativement plus élevé aux affections aiguës/mineures relevant des soins de santé primaires réguliers qu'aux bilans de santé préventifs réservés aux affections chroniques. L'étude concluait que les prestataires de soins de santé primaires avaient l'épineuse mission de trouver le juste équilibre entre les demandes des patients, les besoins médicaux et le rapport coût/efficacité. La transparence dans l'application des critères pourrait contribuer à élargir le consensus entre médecins généralistes et personnel infirmier.

Comme le montre l'étude suédoise (Encadré 4.2), les prestataires et la population peuvent avoir des points de vue différents sur les priorités du secteur de la santé - le processus de définition des priorités offre une tribune incontournable pour rendre explicites ces différents points de vue et les aborder dans l'idée de trouver une solution commune. L'examen précoce de ces différences, avant que ne soit mis en œuvre les PSPNS, empêche l'apparition ultérieure de problèmes et de goulots d'étranglement.

Les prestataires et la population peuvent avoir des points de vue différents sur les priorités du secteur de la santé - le processus de définition des priorités offre une tribune incontournable pour rendre explicites ces différents points de vue et les aborder dans l'idée de trouver une solution commune.

Encadré 4.3

Renforcement de la mobilisation publique au service de la prise de décisions dans le secteur de la santé : une méta-étude réalisée auprès de pays à revenu faible ou intermédiaire²⁰

Les consultations citoyennes visent à mobiliser activement les utilisateurs finaux du système de santé dans la définition des priorités. Une méta-étude conduite en 2013 a examiné différentes formes de consultation ainsi que les tendances actuelles dans des pays à revenu faible ou intermédiaire.

En Ouganda, des membres désignés par la communauté ont été chargés de représenter le grand public dans des comités techniques participant à la prise de décisions dans le secteur de la santé. Au Kenya, les agents de santé locaux ont dressé une liste annuelle d'activités et d'objectifs prioritaires, inspirées par la communauté locale. En Indonésie, un processus annuel de budgétisation participatif et ascendant a été expressément instauré pour remplacer l'ancien système national centralisé. En Inde, la Mission de santé rurale nationale (*National Rural Health Mission*) préconise une participation accrue des parties prenantes et du public à la définition des priorités au niveau du village, du « sous-centre » (avant-poste périphérique),

de l'îlot urbain, du district et des États. Par ailleurs, une ordonnance récemment promulguée par le gouvernement philippin impose une planification ascendante dans le cadre de la lutte contre la pauvreté : il s'agit d'intégrer les perspectives des organisations communautaires et locales au niveau des autorités locales.

La méta-analyse a révélé que malgré de bonnes initiatives et des débuts prometteurs, il est difficile de déterminer si l'engagement du public est une démarche efficace, approprié et à la portée de tous. Pour remédier à cette situation, il est proposé qu'au lieu d'exiger la participation du public, les pays et les donateurs s'attachent d'abord à instaurer un climat politique propice aux initiatives locales et à la participation du public dans les processus décisionnels. En outre, il convient de mettre en place au niveau local une base de données factuelles plus solide sur les réussites et les échecs en utilisant pour ce faire, des études pilotes de moindre échelle.

4.4.4 Les médias soutiennent les trois groupes d'intervenants

Les médias peuvent être considérés comme étant entre les trois groupes de partenaires, puisqu'ils véhiculent l'information aux trois groupes d'intervenants et peuvent les représenter. Les médias jouent un rôle important pour informer et sensibiliser la population à l'importance de la définition des priorités, aux besoins prioritaires en matière de santé et au processus consultatif. Ils peuvent aussi se faire l'écho du débat public sur ces questions et faire office de partenaire essentiel dans la

transmission des retours d'expériences. C'est à ce niveau que les responsables politiques et les autres parties prenantes doivent consciemment s'efforcer de communiquer en des termes plus simples, moins savants, avec les médias et, par leur intermédiaire, avec la population. La production d'une documentation ciblée sur la définition des priorités exprimées dans un langage facilement accessible au grand public, peut être un outil très utile pour améliorer la transparence des choix.



4.5 Comment procéder à la définition des priorités

La définition des priorités est un compromis : attribuer plus d'attention et de ressources à une intervention donnée, implique, dans une large mesure, une réduction des efforts consentis dans d'autres domaines. Il est toutefois nécessaire que ce compromis soit précédé d'une compréhension des enjeux dans le secteur de la santé (par une analyse de situation), d'un examen des solutions possibles pour surmonter les défis, puis d'une définition explicite des critères à respecter dans la définition des priorités. Dans cette section, cinq critères sont recommandés qui sous-tendent les approches, les méthodes et les outils utilisés pour fixer les priorités.

L'état de santé étant, dans une large mesure, déterminé par des facteurs extra-sanitaires (culturels, socioéconomiques et environnementaux), il est essentiel de dépasser le cadre strict des compétences du ministère de la Santé et de prendre en considération d'autres secteurs lorsqu'on cherche à déterminer les solutions prioritaires face à un problème de santé donné. Cela semble aller de soi, et pourtant, dans la pratique, rares sont les pays qui parviennent systématiquement à conduire une réflexion et une action intersectorielles en matière de planification de la santé nationale.^V Pour donner un exemple, un domaine d'action prioritaire peut être celui de la gestion des déchets en tant que solution pour réduire l'incidence des maladies diarrhéiques - ce qui implique que le ministère de l'Environnement joue le rôle de chef de file, avec une contribution importante (et éventuellement des ressources) du ministère de la Santé. Certaines options prioritaires du point de vue du secteur de la santé peuvent ainsi relever au premier chef d'autres secteurs ; il importe d'en être bien conscient.

Dans le processus de définition des priorités, il est généralement possible d'identifier les mesures

qui ont un « gain rapide » et les « fruits à portée de main » afin d'orienter la planification stratégique. Certains changements dans l'ensemble des activités en cours dans le secteur de la santé peuvent être relativement faciles à réaliser et peuvent être abordés dans un premier temps parce qu'ils sont politiquement réalisables, d'un coût abordable et techniquement possibles.

4.5.1 Critères pour définir les priorités

Cinq critères essentiels pour la définition des priorités dans le secteur de la santé sont proposés ici, sans qu'il s'agisse de présenter une liste exhaustive ; en fin de compte, le choix des critères et l'importance à accorder à chacun seront le résultat des débats et délibérations au sein de la société et entre les parties concernées et les responsables politiques. Ces critères sont :

- ▶ la charge représentée par le problème de santé ;
- ▶ l'efficacité de l'intervention ;
- ▶ le coût de l'intervention ;
- ▶ l'acceptabilité de l'intervention ;
- ▶ la justice.

Un pays peut décider de choisir des critères différents ou supplémentaires en fonction des normes et des besoins locaux. L'importance relative accordée à chacun des critères peut varier en fonction d'une série de facteurs susceptibles de les influencer. Les compromis entre les différents critères et le poids de chacun découlent d'une décision politique. Plusieurs méthodes et outils ont été mis au point pour mesurer et analyser ces critères dans la mesure du possible certains ne concernent qu'un seul des cinq critères (par exemple, l'évaluation des besoins de santé), tandis que d'autres combinent

La quasi-totalité des définitions des priorités est un compromis : attribuer plus d'attention et de ressources à une intervention donnée, implique, dans une large mesure, une réduction des efforts consentis dans d'autres domaines.

^V Pour plus de précisions, voir le chapitre 12 du guide pratique : « Planification intersectorielle et équité en santé »

deux critères (par exemple, une méthode pour mesurer le rapport coût/efficacité, la charge de morbidité), ou plusieurs critères (comme l'évaluation des technologies de la santé par exemple).

(a) La charge représentée par le problème de santé^{21, 22}

La charge que représente le problème de santé peut être considérée sous différents angles. Du point de vue du ministère de la Santé ou du prestataire de services, ce sont la **gravité**, l'**ampleur** et l'**urgence** du problème qui retiendront surtout l'attention. Pour la population, c'est avant tout la perception du problème de santé qui est pertinente. Ces aspects ne s'excluent pas mutuellement ; par exemple, une charge de morbidité élevée peut aggraver un problème mais elle peut aussi (mais pas nécessairement) accroître la charge perçue.

Du point de vue du ministère de la Santé ou du prestataire de services, la charge que représente un problème de santé peut être établie par l'analyse des tendances épidémiologiques et des données telles que la prévalence, l'incidence et le taux de survie. Par exemple, dans de nombreux pays à revenu faible ou intermédiaire, le profil épidémiologique évolue rapidement et l'on observe une charge de morbidité croissante due aux maladies non infectieuses dégénératives liées à des modifications du mode de vie et à des facteurs environnementaux. Ce genre de situation (charge accrue des maladies non transmissibles) peut nécessiter un réexamen des priorités, et l'accent sera alors davantage mis sur la prévention et le traitement de ces maladies. Il peut en résulter des recommandations prioritaires conduisant, entre autres,

à l'ajustement des services fournis par les établissements de santé.

La « charge de morbidité » est une mesure quantitative et temporelle associant les années de vie perdues du fait d'une mortalité prématurée et celles qui le sont du fait des années vécues sans être en pleine santé. Le coût de la charge de morbidité permet de comprendre que certains problèmes de santé, s'ils ne sont pas résolus, auront un impact plus important que d'autres sur le système de santé et sur la société. Ainsi, le coût de la charge de morbidité peut influencer le rang de priorité accordé à un problème.

L'**ampleur** d'un problème de santé peut être indiquée, par exemple, par la proportion de la population à risque ou affectée en termes de morbidité ou de mortalité. Cela signifie également qu'il est nécessaire d'identifier les sous-groupes de patients sur lesquels les traitements ont des effets différents et déterminer si les interventions sont efficaces ou non dans tous les contextes sanitaires et pour tous les sous-groupes de population. Les projections et les tendances sont essentielles pour hiérarchiser les menaces sur la santé, quel que soit le niveau d'incertitude qu'implique un tel classement. Par exemple, de nombreux pays sont confrontés à une accélération de l'exode rural. Ce phénomène est susceptible de modifier sensiblement la répartition des risques sur la santé et des besoins en matière de soins de santé qu'il faudra peut-être prioriser par la suite. Un autre exemple de l'influence que l'ampleur d'un problème de santé peut avoir sur les décisions relatives à la définition des priorités est celui de la drépanocytose^{VI} dans les régions tropicales et dans certaines parties de l'Afrique où il existe des poches de prévalence pouvant

VI La drépanocytose est une hémoglobinopathie qui affecte le transport de l'oxygène dans l'organisme. Les hématies falciformes moins élastiques peuvent obstruer les petits vaisseaux sanguins et bloquer la circulation sanguine. Cette affection entraîne un raccourcissement de la survie des globules rouges, ce qui entraîne

une anémie, souvent appelée anémie falciforme. Une moins bonne oxygénation du sang et l'occlusion des vaisseaux sanguins chez les drépanocytaires peuvent entraîner des douleurs chroniques aiguës, de graves infections bactériennes et des nécroses.

Encadré 4.4

Charge de morbidité : fistules obstétricales et la vie avec une déficience de son état de santé

Les fistules obstétricales restent un problème majeur de santé maternelle, surtout dans les régions pauvres telles que certains pays d'Afrique subsaharienne et d'Asie du Sud-Est qui connaissent des taux de mortalité maternelle élevés et dont l'accès aux soins obstétricaux d'urgence est limité.²⁴ La majorité des fistules obstétricales résultent de dystocies, une des cinq principales causes de mortalité maternelle. Elles sont souvent étroitement liées à une grossesse chez une jeune fille dont le développement physique est incomplet, aux effets de la malnutrition sur le développement, à un accès tardif à des soins et à un accès insuffisant aux services de santé.²⁵ La plupart des femmes vivant avec une fistule sont atteintes d'incontinence urinaire ou fécale due à un écoulement dans le canal vaginal par une brèche de la filière pelvi-génitale résultant de complications lors de l'accouchement. Elles éprouvent un inconfort physique et s'efforcent en permanence d'en atténuer les effets – par exemple en utilisant des tissus absorbants qu'elles doivent régulièrement changer et laver ou des parfums destinés à masquer l'odeur qu'elles dégagent, stratégies généralement peu efficaces. Elles éprouvent aussi un sentiment de honte lié à l'odeur, se retrouvent isolées de leur famille et de leur communauté et sont répudiées ou rejetées, ce qui aggrave leur isolement.²⁶

Les femmes vivant avec une fistule obstétricale peuvent être considérées comme ayant « une déficience de leur état de santé » dans la mesure où même si leurs capacités ne sont pas nécessairement complètement affaiblies, elles ne sont pas sur un pied d'égalité avec les autres femmes et ne bénéficient pas des mêmes soins, des mêmes chances ou des mêmes traitements. Les témoignages suivants illustrent bien toute la difficulté de vivre dans un état de santé déficient :

- ▶ « Avec ce genre de problème, les odeurs sont inévitables... Aucun parfum ne permet de dissimuler ces odeurs. Je dégage une odeur répugnante. »
- ▶ « Les plaies me dérangent terriblement ; j'ai l'impression d'être tout le temps enfermée dans une prison. »
- ▶ « Ma vie est ruinée ; je suis devenue comme une folle qui doit vivre seule, coupée du monde. J'habite loin de mes parents, de mon village, de mon époux pour éviter les bruits (insultes et questions) des autres et chercher un moyen de guérir. »

Ces exemples montrent non seulement les conséquences physiques mais aussi les ramifications socioculturelles du problème. Dans près de 90 % des cas de fistules obstétricales, une simple chirurgie réparatrice suffirait, mais beaucoup de femmes ne se font pas soigner parce qu'elles sont réticentes à prendre les transports pour se rendre dans une structure de santé compte tenu de leur problème, mais aussi parce que les services de prise en charge sont peu accessibles, et elles manquent aussi de ressources financières pour financer ce traitement.²⁷

Dans certaines situations, il peut parfois être nécessaire de considérer la prévention et le traitement des fistules obstétricales au niveau national comme prioritaires pour en réduire les effets à long terme. Les critères conduisant à une telle décision pourraient être l'importance (répondre à un besoin concernant un groupe particulier), l'efficacité (la chirurgie réparatrice est relativement simple et efficace) et la justice (un groupe vulnérable dans la société - les femmes - souffre et se trouve marginalisé à cause de ce problème de santé).

atteindre jusqu'à 25 % de porteurs du gène de la maladie dans la population. Dans une telle situation, l'ampleur de la drépanocytose sera probablement un facteur déterminant dans la décision d'allouer des fonds et des ressources à des programmes visant à prévenir l'affection symptomatique et à assurer la prise en charge des cas. Le rang de priorité élevé accordé à la population cible identifiée (porteurs du gène incriminé) incluant des mesures préventives et des interventions précoces est susceptible d'avoir un effet considérable sur la charge de morbidité drépanocytaire.²³

La **gravité** peut être déterminée par les effets du risque pour la santé : affection aiguë ou chronique, handicapante ou mortelle. Elle se mesure en années de vie ajustées sur la qualité de vie (quality-adjusted life year - QALY) et en années de vie corrigées du facteur invalidité (disability-adjusted life- years - DALY).

L'**urgence** d'un problème peut aussi justifier qu'il soit considéré comme prioritaire. La justification serait alors par exemple la menace d'une flambée épidémique (rythme de la propagation, contagiosité). La récente épidémie de maladie à virus Ébola a nécessité des interventions prioritaires d'urgence, non seulement dans les trois pays les plus touchés (Guinée, Libéria et Sierra Leone), mais aussi au niveau mondial. Pour endiguer une flambée dans une zone où le fonctionnement du système de santé et la communication laissent à désirer et les frontières nationales sont poreuses, il faut des mesures d'urgence à grande échelle et un investissement important dans le relèvement du système de santé.

La **perception** envisage le problème de santé du point de vue des patients et de la population, les priorités étant davantage fondées sur la

demande de soins auquel le système de santé doit faire face. Il s'agit alors essentiellement de se demander « quels sont les problèmes de santé les plus urgents pour les citoyens ? » (voir Encadré 4.4). On prête alors attention au bon sens et aux connaissances implicites de la population et les parties prenantes du secteur de la santé, en appliquant ce critère, examinent les demandes et les préférences du public.^{VII}

(b) Efficacité de l'intervention^{28,29}

Ce critère envisage dans quelle mesure, d'un point de vue clinique ou pratique, une solution peut être apportée au problème de santé, non seulement en termes d'output, mais aussi de réalisation et d'impact. Autrement dit, quelle est la probabilité de voir la stratégie ou la priorité choisie conduire au résultat escompté ? Quels sont les risques du problème identifié en termes de solutions technologiques et organisationnelles disponibles ? Quelles sont les considérations de faisabilité dans de telles conditions ? D'autres termes souvent utilisés dans ce contexte sont l'applicabilité, la productibilité et la durabilité. Quelles sont les tendances et les innovations ? C'est ainsi que peuvent aussi entrer en ligne de compte les technologies émergentes, la spécialisation des ressources humaines et les questions liées à l'éventail des compétences.³⁰

Afin de déterminer l'efficacité, il faut tenir compte du facteur « innovation » : la stratégie ou l'intervention n'ont-elles pas encore fait l'objet de recherches et de tests (fondés sur des données probantes) ou existe-t-il déjà une base de connaissances qui en établit son efficacité ? Il faut garder à l'esprit qu'une nouvelle solution peut avoir fait ses preuves en termes d'efficacité technologique au niveau mondial mais que son efficacité reste à vérifier au niveau national.

^{VII} Voir le chapitre 2 « Consultation de la population sur ses besoins et ses attentes » de ce guide pratique

Par exemple, la télémédecine est-elle adaptée au contexte local ? Peut-elle être rendue opérationnelle dans les délais prévus ? Il en va de même de l'efficacité organisationnelle. Par exemple, la gouvernance décentralisée est-elle suffisamment solide en termes de compétences, de systèmes et de pratiques pour introduire le financement basé sur performance ? Quels sont les limites et les obstacles potentiels affectant la mise en œuvre des stratégies des soins de santé ? Il faut donc évaluer les principales forces qui conditionnent le service, y compris les innovations technologiques, les tendances en matière de personnel et la politique de santé.

En analysant l'efficacité de certaines solutions, il est utile de distinguer deux types de situations.

- i) La base factuelle n'a pas encore été établie au niveau mondial et doit l'être au moyen de tests scientifiquement fondés.
- ii) La base factuelle existe au niveau mondial ou international, mais il reste à vérifier si elle est applicable et efficace (rentable) dans le contexte local. La solution ou l'intervention doit éventuellement être adaptée. D'autres questions d'efficacité, indirectement liées au problème, restent peut-être aussi à déterminer, comme la capacité de communication et l'accessibilité géographique. Par exemple, la prévention de la schistosomiase au moyen de pesticides a fait ses preuves au niveau mondial, mais encore faut-il vérifier l'efficacité de cette solution dans chaque environnement. Il faut également vérifier la « pertinence stratégique » de la solution prioritaire proposée. Par exemple, si les arguments en faveur d'une privatisation progressive d'un certain type d'établissement hospitalier peuvent sembler convaincants,

il reste à vérifier que cette option est en harmonie avec les autres stratégies sectorielles. On doit notamment répondre aux questions suivantes : faut-il tenir compte des conséquences d'une décentralisation administrative en cours ? Les politiques de prix en vigueur pour la prestation de services sont-elles compatibles avec un tel changement ? L'établissement des bases factuelles au niveau national peut nécessiter une étude, un projet pilote ou une évaluation d'experts. En fin de compte, la décision est souvent fondée sur l'avis d'un groupe composite associant des experts et des non-spécialistes, y compris ceux qui connaissent le processus d'élaboration des politiques et y sont étroitement liés.

La possibilité d'utiliser des solutions nouvelles et novatrices doit être pesée par rapport à l'efficacité des interventions en cours qu'il s'agit donc d'évaluer. Dans certains cas une évaluation approfondie des technologies sanitaires peut être nécessaire.

L'efficacité et l'applicabilité d'une solution est également déterminée par la mesure dans laquelle la population cible accepte l'intervention. Il est aussi nécessaire d'évaluer les ressources disponibles pour mener à bien l'intervention. Les décideurs peuvent ainsi établir une hiérarchie des problèmes de santé pour lesquels on dispose de solutions viables et efficaces fondées sur des bases factuelles.

Le critère d'efficacité considère dans quelle mesure, d'un point de vue clinique ou pratique, une solution peut être apportée au problème de santé, non seulement en termes d'output, mais aussi de réalisation et d'impact.

Le critère coût envisagé dans quelle mesure le coût d'une solution est abordable (Combien coûtent les PSPNS ? Ce coût est-il supportable ?) ainsi que l'efficacité de ce coût, c'est-à-dire sa rentabilité (une évaluation de la rentabilité doit couvrir à la fois la minimisation des coûts et le rapport coût/efficacité).

(c) Coût de l'intervention^{31,32,33}

Ce critère envisage dans quelle mesure le coût d'une solution est abordable (Combien coûtent les PSPNS ? Ce coût est-il supportable ?) ainsi que l'efficacité de ce coût, c'est-à-dire sa rentabilité (une évaluation de rentabilité doit couvrir à la fois la minimisation des coûts et le rapport coût/efficacité). Il faut pleinement prendre en compte la mesure dans laquelle une solution à un problème de santé est à la fois abordable et efficace. Autrement dit, ce critère englobe la question de savoir si l'intervention sanitaire est abordable en valeur absolue, ainsi qu'en termes de coûts relatifs pour le secteur de la santé, la communauté et chaque individu, afin de s'attaquer au problème de santé. Le coût de l'intervention doit être économiquement réalisable et économiquement viable.

On peut prendre l'exemple de la proposition d'établir un régime national d'assurance maladie. Si pour le secteur de la santé le bien-fondé d'une telle solution peut sembler évident pour régler le problème des dépenses de santé catastrophiques, la faisabilité et la viabilité d'un régime d'assurance globale dépend dans une large mesure de l'engagement politique et des perspectives macroéconomiques du pays.

Comme pour les critères de la charge de morbidité et de l'efficacité, la qualité de l'analyse des coûts dépend de la qualité des données et des informations disponibles. Il ne s'agit pas seulement de données relatives aux coûts, mais aussi d'informations sur la mise en œuvre prévue dans la mesure où elle a des répercussions sur les coûts. Il faut par exemple prendre en considération la solidité des systèmes d'appui dans le secteur de la santé qui a des effets sur le coût d'une intervention sanitaire, au-delà des dimensions cliniques plus classiques.

(d) Acceptabilité de l'intervention

L'acceptabilité d'une intervention sanitaire prioritaire se réfère au fait qu'une communauté ou une population cible accepte ou non l'intervention sanitaire choisie pour résoudre un problème prioritaire.³⁴ Elle se réfère également à la volonté de ceux qui doivent exécuter cette intervention de le faire - par exemple, les prestataires de services de santé, le ministère de la Santé et les autorités sanitaires au niveau infranational. On peut aussi distinguer l'acceptabilité sociale et l'acceptabilité culturelle ; pour ce faire, les priorités doivent être établies en fonction du contexte.³⁵ L'acceptabilité est étroitement liée à l'applicabilité ou la faisabilité d'une intervention donnée dans un contexte local.³⁶ Du point de vue du prestataire de services, la réticence à prendre des risques et la résistance au changement peuvent effectivement entraver toute politique ou intervention - les raisons évoquées sont souvent une réduction des recettes ou une charge de travail accrue. Du côté du gouvernement, une nouvelle priorité peut susciter la résistance des fonctionnaires et de l'administration si elle représente une charge de travail supplémentaire avec peu de valeur ajoutée perçue. Il importe donc d'autant plus d'assurer un dialogue politique solide avec tous les groupes concernés, dès le début, afin que les préoccupations puissent être exprimées, examinées et clarifiées.

Si une intervention sanitaire prioritaire va naturellement à l'encontre des normes socio-culturelles, ses chances de succès sont minces à moins de prévoir des actions spécifiquement destinées à promouvoir l'acceptation sociale ou culturelle. La définition des priorités exige donc des éléments probants sur les nuances

On peut aussi distinguer l'acceptabilité sociale et l'acceptabilité culturelle.

de l'acceptabilité socioculturelle et les facteurs sous-jacents susceptibles de conduire au succès de l'intervention ou à son échec.³⁷ Dans le processus de planification nationale de la santé, les perceptions communautaires de l'acceptabilité doivent être prises en compte à chaque étape, et en particulier lors de la définition des priorités.³⁸ Un membre d'une équipe de gestion sanitaire de district au Kenya explique ainsi :

« Nous envisageons aussi des problèmes de santé spécifiques dans une zone déterminée. Par exemple, s'il n'y a pas assez de latrines à fosse dans une zone déterminée parce que les croyances culturelles veulent qu'un père et sa fille n'utilisent pas la même latrine, les programmes sont conçus avec les communautés pour qu'ils répondent à leurs besoins et soient acceptés. Nous nous basons donc sur les données et les informations qui nous viennent de la population. »³⁹

Un autre exemple révélateur de l'influence que peuvent avoir les facteurs culturels et sociétaux sur le succès ou l'échec des interventions prioritaires en santé est celui des mutilations sexuelles féminines et les interventions visant à limiter ou éliminer ces pratiques. Ces mutilations – en l'occurrence, l'ablation totale ou partielle des organes génitaux externes d'une femme – constituent une tradition sociétale, culturelle et religieuse profondément enracinée. Pour parvenir à les éliminer avec succès, il faut que la décision vienne des communautés concernées elles-mêmes qui doivent adopter un changement de comportement.⁴⁰ Les programmes d'éducation pour la santé doivent tenir compte des préoccupations culturelles et religieuses de la communauté faute de quoi les informations risquent d'être considérées comme offensantes et de renforcer encore les

pratiques que les agents de santé cherchent à éliminer. Ainsi, un programme de santé qui présente d'emblée une liste des raisons pour lesquelles ces mutilations ne présentent aucun avantage pour la santé et qui s'adresse à une communauté au sein de laquelle les dignitaires religieux les préconisent en tant qu'acte de foi, court le risque d'être considéré comme une menace pour la religion. Les interventions qui donnent les meilleurs résultats ont un caractère participatif et permettent aux communautés de créer leurs propres solutions en impliquant de nombreuses familles en vue d'assurer un changement collectif. Quelle que soit l'intervention retenue, les programmes à l'écoute des usages culturels et sociaux parviendront mieux à long terme à éliminer ces pratiques.

(e) Justice^{41,42}

La notion de justice est définie par la qualité d'un traitement impartial ou considéré comme juste ou raisonnable.⁴³ En d'autres termes, il s'agit « de l'état, de la situation ou de la qualité d'être à l'abri d'un préjugé ou de l'injustice ». La justice est fondée sur des principes comme l'égalité et l'équité. Elle a sa place dans la définition des priorités car elle est étroitement liée à l'idée qu'on se fait de l'importance d'un besoin de santé et de l'efficacité d'une intervention. Elle influence aussi la décision concernant l'importance à accorder au coût de la solution. Par exemple, un problème de santé peut affecter principalement les personnes dont le niveau de revenu est trop bas pour s'assurer des conditions de vie saines et avoir accès aux soins de santé. Un problème de santé peut également être particulièrement répandu parmi les populations vivant dans un environnement dangereux. Dans d'autres circonstances, un segment particulier de la

La justice est fondée sur des principes comme l'égalité et l'équité. Elle a sa place dans la définition des priorités car elle est étroitement liée à l'idée qu'on se fait de l'importance d'un besoin de santé et de l'efficacité d'une intervention. Elle influence aussi la décision concernant l'importance à accorder au coût de la solution.

population peut être à risque en raison d'un mode de vie malsain (habitudes alimentaires, abus de drogue etc.). Dans tous ces cas, le critère de justice peut conduire à une décision de donner la priorité à des problèmes de santé touchant ces sous-groupes de population même si ce besoin de santé n'affecte qu'une minorité de la population et si la solution de ce problème ne présente pas le meilleur rapport coût/efficacité (voir Encadré 4.5).

Un autre élément subjectif lié à l'idée de justice qui a récemment pris de l'importance est le concept du « devoir d'assistance » surtout du point de vue de la rentabilité d'une intervention précoce dans la vie. Il s'agit d'un devoir communément et strictement perçu de « venir en aide à ceux qui sont condamnés », c'est-à-dire ceux dont la vie est en danger. Le devoir d'assistance est, sans aucun doute, d'une grande importance morale, et il s'agit donc avant tout d'une question d'éthique liée à l'idée selon laquelle ceux qui sont « condamnés » méritent une attention particulière et doivent être « sauvés » pour des raisons de justice. Dans les soins de santé, le devoir d'assistance est couramment invoqué comme une contrainte du point de vue de l'évaluation coût/avantages, mais assez souvent c'est l'inverse qui peut être vrai : en sauvant des patients atteints d'une maladie mortelle, on évite leur décès prématuré par exemple. S'ils retrouvent une meilleure ou une pleine santé, on aura « produit » un grand nombre de QALY.⁴⁴

La notion du devoir d'assistance fait bien ressortir le dilemme éthique entre les deux principes de la « priorité aux plus malades » et de la « maximisation des bénéfices globaux » (coût/bénéfices). La dialyse rénale et les greffes qui donnent une deuxième chance en sont des exemples. À l'inverse, on peut mentionner comme interventions moins prioritaires au regard du devoir d'assistance les programmes de prévention comme les tests de dépistage.

Encadré 4.5

Application du critère de justice à la définition des priorités : les investissements sanitaires en faveur des populations autochtones marginalisées et vulnérables en Australie

Il est parfois difficile de discerner ce qui est considéré comme « juste » dans la définition des priorités car il s'agit en fait là d'un jugement subjectif et collectif d'un gouvernement et de la société. En Australie, il a récemment été décidé de concentrer les efforts et les ressources de santé publique sur les populations autochtones pour des raisons objectives comme leur moins bon état de santé, mais aussi pour des raisons de justice (fondée sur les principes d'égalité et d'équité) à la suite de décennies pendant lesquelles ces groupes étaient marginalisés et ne bénéficiaient pas de l'égalité des chances.

Les autochtones représentent environ 2,5 % de la population totale australienne (dont 90 % d'entre eux sont identifiés comme aborigènes) ; ils sont plus de 710 000, dont un tiers a moins de 15 ans.⁴⁵ Les disparités en matière de santé sont évidentes entre autochtones et non-autochtones ; 13 % des autochtones font état d'une forme de maladie cardiovasculaire ou d'une autre, 33 % souffrent d'affections respiratoires et la prévalence des maladies transmissibles est plus forte que chez les non-autochtones. La proportion des fumeurs est deux fois plus élevée chez les autochtones que dans le reste de la population.⁴⁶ Par ailleurs de nombreux groupes autochtones ont peu accès aux services de santé et lorsqu'ils existent, les autochtones ne bénéficient souvent pas d'un

accueil satisfaisant ou de soins de qualité dans les centres de santé.

Dans le cadre du processus de planification nationale de la santé, le gouvernement australien a décidé de créer un fonds distinct pour le financement des soins destinés aux populations autochtones afin de combler le fossé et d'assurer l'équité, donnant ainsi clairement et sans ambiguïté la priorité à la santé de ces groupes de population. Le secteur de la santé dépense 18 % de plus par habitant pour les autochtones que pour les non-autochtones, ce qui représente 3 % des dépenses nationales de santé et le niveau de financement de la santé des autochtones continue d'augmenter.^{47,48} De 2014 à 2018, le gouvernement australien prévoit de consacrer 3,1 milliards de dollars australiens aux soins et programmes de santé destinés aux autochtones, soit une augmentation de 16 % par rapport aux dépenses de 2009-2013.⁴⁹ Dans le cadre du programme de santé pour les Australiens autochtones (*Indigenous Australians' Health Programme*), une méthodologie actualisée pour l'allocation de fonds a été mise en place afin de garantir des investissements axés sur les quatre domaines où les besoins sont les plus importants : les soins de santé primaires, la santé maternelle et infantile, les maladies chroniques et un meilleur avenir dans le domaine de la santé.

4.5.2 Facteurs contextuels

La définition des priorités dépend d'un certain nombre de facteurs contextuels, notamment les processus et les influences politiques, tant sur le plan national qu'international.

(a) Une approche globale mobilisant l'ensemble du gouvernement

Lorsqu'il s'agit d'élaborer des stratégies de santé et notamment d'y définir des priorités, une approche sectorielle globale revêt bien des avantages. Premièrement, elle assure une planification globale et intégrée englobant l'ensemble du secteur de la santé. Autrement dit, les priorités sont définies pour l'ensemble des aspects, des niveaux et des interventions du secteur. L'importance relative de chacun de ces éléments et les possibilités qui peuvent s'offrir sont ainsi prises en compte. Deuxièmement, divers groupes de parties prenantes sont associés à la définition des priorités. De cette façon, ceux qui sont directement intéressés (responsables de programmes et d'établissements, organismes d'appui et utilisateurs du système de santé) contribuent à la sélection des priorités. Troisièmement, une approche sectorielle globale renforce le rôle directeur des instances nationales (ministère de la Santé) dont la participation à la définition des priorités consolide l'appropriation par les pays des choix arrêtés. En somme, définir des priorités dans le cadre d'une approche sectorielle globale peut avoir pour effet d'améliorer l'efficacité et l'efficience, de renforcer l'engagement général et l'acceptabilité et donc d'accroître la durabilité.

De nombreux pays ont affirmé leur adhésion aux principes d'une approche globale de planification et à la Déclaration de Paris. Ils sont également nombreux à avoir signé le IHP+ Compact et élaboré un Compact national.⁵⁰ Cela étant, même s'il est vrai que des engagements concrets inscrits

dans un cadre stratégique et politique national en matière de santé témoignent d'une adhésion, cela ne garantit pas que les champs d'action, les approches et les méthodes retenus pour définir les priorités à moyen terme dans le secteur de la santé sont véritablement sectoriels et procéderont d'une large participation des parties prenantes. Pour que cela devienne réalité, il faut mettre en place des mécanismes efficaces de consultation et de coordination avec les parties prenantes, assortis de procédures et de principes clairs aux fins d'une prise de décisions conjointe. Il s'agit ensuite de mettre en commun des informations exhaustives du secteur, analysées et synthétisées, ce qui exige une communication claire et efficace avec les ministères de la santé. Aussi, des informations sectorielles complètes, analysées et synthétisées, doivent être partagées. Cela exige une communication claire et efficace du ministère de la Santé. Enfin et surtout, les pouvoirs publics doivent jouer un rôle directeur dans la définition des priorités, avec un ministère de la Santé qui en assure une gestion dynamique. Parmi les défis à relever, il faut notamment éviter que la définition des priorités s'inscrive dans un environnement politisé et résister à des pressions indues de la part de partenaires extérieurs puissants et potentiellement gênés.

(b) La politique et le climat politique à l'échelle nationale

La définition des priorités est par définition un exercice politique. On ne saurait trop insister sur la nécessité de s'attacher résolument à mobiliser l'ensemble des parties prenantes concernées et à assurer l'adhésion politique. Qui plus est, le climat politique général et les programmes des partis politiques constituent un aspect d'une importance fondamentale qui doit être pris en considération.

On ne saurait trop insister sur la nécessité de s'attacher résolument à mobiliser l'ensemble des parties prenantes concernées et à assurer l'adhésion politique.

En fin de compte, ce sont les citoyens qui, par l'intermédiaire de leur gouvernement, déterminent quelles questions de santé sont prises en compte dans les politiques, ainsi que le montant des ressources à allouer au système de santé. Les occasions politiques qui se présentent, telles que les élections ou un changement de gouvernement, peuvent avoir une incidence considérable sur la nature et les méthodes de définition des priorités dans le secteur de la santé. Au demeurant, l'influence exercée par divers groupes de pression (notamment les sociétés pharmaceutiques, les donateurs et la société civile) ne doit pas être sous-estimée. Dans les pays où les troubles politiques perturbent la gouvernance nationale, il convient de prêter une attention particulière à la santé de la population et de faire en sorte que celle-ci conserve son rang de priorité absolue. Bien qu'il soit difficile de se soustraire à la politique en définissant des priorités, les parties prenantes du secteur de la santé doivent néanmoins s'assurer que les données probantes et les faits incontestables soient au centre des débats politiques.

(c) Pertinence au regard de la politique internationale

Les questions de politiques internationales – qu'il s'agisse d'un débat, d'un programme ou d'un engagement national ferme – doivent être prises en considération. À titre d'exemple, la protection de l'environnement est un thème essentiel du débat mondial. Les conséquences de la pollution de l'air, de l'eau et du sol, et celles du changement climatique font peser une menace sur la santé des populations concernées. En d'autres termes, il faudrait, pour bien faire, fixer un objectif environnemental, tel que la réduction des émissions de monoxyde de carbone, lors de la définition des priorités sanitaires. De la même manière, les engagements internationaux en matière de

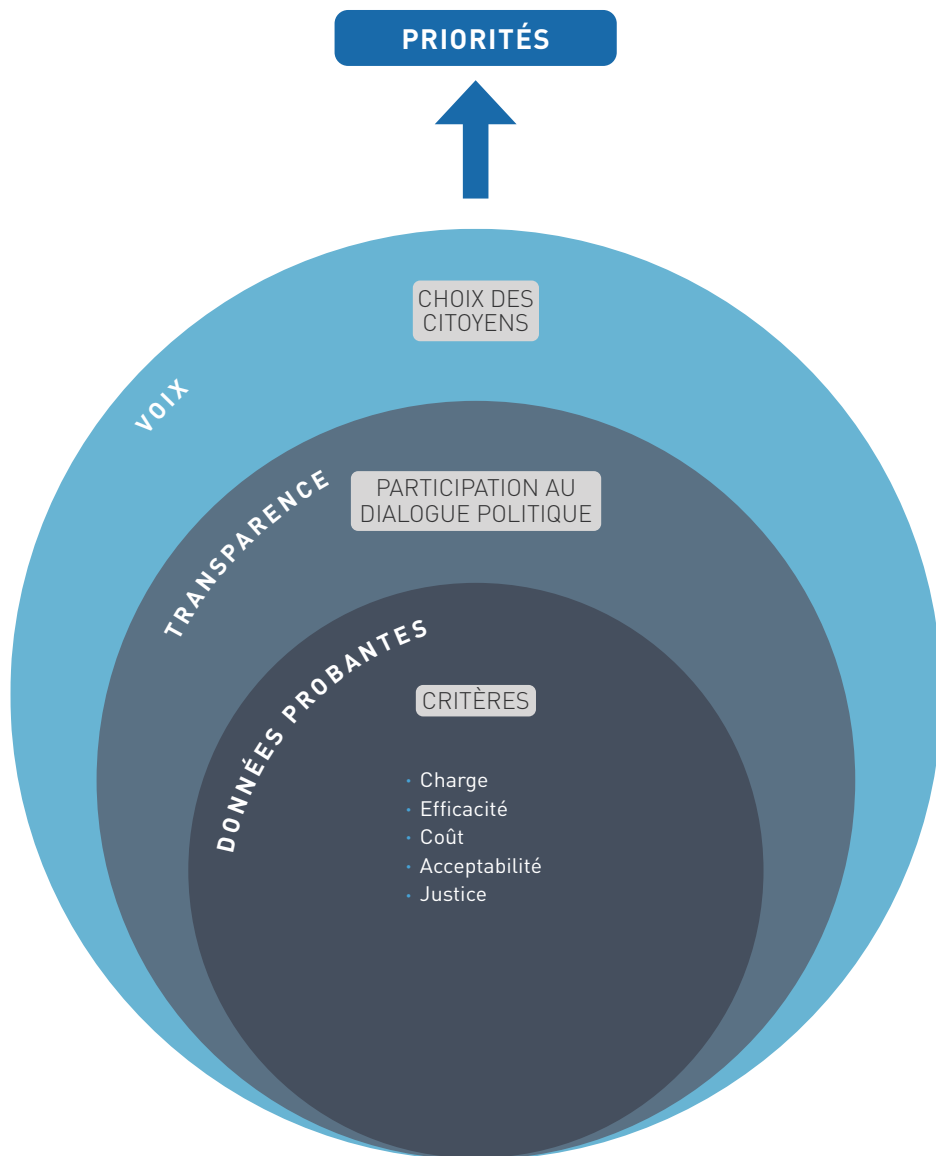
protection des droits de l'homme pourraient se traduire par des mesures visant expressément à protéger les groupes marginalisés contre la discrimination et à éviter que ceux-ci n'aient de plus en plus de mal à accéder aux services de soins de santé. Les guerres et troubles régionaux peuvent entraîner une migration ou un exode soudain et massif qui aurait des répercussions inattendues sur les services de soins de santé des pays voisins. L'influence des politiques d'action industrielles et commerciales sur l'élaboration des politiques de santé mondiales est un autre aspect à prendre en compte.

4.5.3 Approches, méthodes et outils

La littérature offre tout un éventail d'approches et de solutions hybrides alliant méthodes et modèles, toutes ayant pour objet de faciliter les analyses techniques (voir Figure 4.4). Cela étant dit, les approches techniques reposent sur des valeurs et l'interprétation des données factuelles est toujours assortie d'un jugement de valeur. D'un point de vue technique, toute approche vise à fournir une analyse des données et des éléments factuels disponibles pour appuyer, de manière rationnelle, la prise de décisions en matière de définition des priorités. L'élément sur lequel repose la valeur de l'approche contribue à la décision de définir des priorités en fonction d'un jugement sur le bien-fondé ou non d'un certain principe (comme par exemple, « l'équité » ou la « santé comme droit fondamental »). La plupart des méthodes de définition des priorités comportent à la fois un élément technique et un élément fondé sur la valeur.

Une revue globale de la littérature récemment menée dans ce domaine, établit la longue liste

Fig. 4.4 Données probantes, transparence, voix des citoyens : priorisation en trois étapes



d'approches existantes : approche dite de la responsabilité pour la raisonnabilité, approche à critères multiples, analyse de décisions, budgétisation publique et analyse marginale, approche multidisciplinaire, approche par l'étude de cas, nombre de vies sauvées, approche par cas d'investissement, approche normative et empirique combinée au bilan, approche axée sur la participation du public, combinaison d'approches qualitatives et quantitatives, approche et application locale du « modèle du diamant ». Cette revue conclut qu'aucune approche particulière ne peut être recommandée avec assurance, suggérant que les avantages et les limites de chacune doivent être considérés en tenant compte de la situation et du contexte local.⁵¹

Les approches techniques telles que les analyses de la charge de morbidité et de mortalité sont des méthodes qui ont fait leurs preuves et comportent moins d'éléments subjectifs que d'autres (voir Annexe 4.1 pour un complément d'information sur l'ensemble des outils et des approches susmentionnés). Du fait des hypothèses qu'elles mettent en jeu, les approches employées pour les projections ou pour l'évaluation des facteurs de risques comportent déjà une part de subjectivité. L'approche de solidarité sociale prend solidement appui sur les valeurs car la définition des priorités repose sur des aspects éthiques et moraux présidant aux choix de la société ou du pays concerné.

Cela dit, les valeurs éthiques et morales ne sont jamais complètement absentes d'un processus de définition des priorités. Elles sont souvent invoquées pour mobiliser un appui à diverses initiatives de santé, et les théories de la justice sociale sont souvent appliquées pour garantir un traitement juste et équitable des personnes.⁵² Dans ce chapitre, l'argument en faveur d'une combinaison d'approches et d'outils est mis

en avant à plusieurs reprises. La raison en est claire : prises séparément, aucune de ces approches ne permet d'examiner les priorités à retenir sous différents angles tandis que des analyses parallèles, reposant sur des méthodes différentes, et utilisées par différents acteurs, offrent une perspective plus globale des questions que posent l'importance relative d'un besoin de santé, le potentiel que présente telle ou telle solution et l'équité d'une stratégie. En outre, puisque les priorités dans ce contexte sont finalement établies par le secteur public (même si la contribution du secteur privé et d'autres acteurs est activement sollicitée), il importe de prendre note de la multiplicité des principes, des objectifs et des enjeux que l'on trouve en son sein. Il convient donc de confronter les différents arguments et points de vue, ce qui se fait le mieux en examinant les données factuelles émanant d'une combinaison d'approches et d'outils.

Dans la littérature, la distinction entre approches, modèles, méthodes et outils utilisés pour la définition des priorités n'est pas toujours la même. Par « approche », nous entendons une manière particulière de penser ou de gérer quelque chose ou quelque'un dans l'espace, le temps, d'un point de vue qualitatif ou quantitatif, ou plus simplement : la direction à prendre et les moyens à mettre en œuvre pour atteindre un objectif commun.

Dans ce guide pratique, le terme « méthode » est à prendre sous le sens de procédure, technique, ou manière de faire quelque chose, en particulier conformément à un plan défini. Un « outil » est défini comme un objet ou un instrument utilisé à des fins spécifiques. Les critères préconisés pour la définition des priorités dans ce guide pratique devraient être pris en compte et servir de référence dans la décision du choix d'une ou de plusieurs approches.

Employée de façon isolée, aucune approche unique ne permet d'examiner sous différents angles les options envisagées comme priorités. En revanche, différentes méthodes appliquées par différents acteurs offrent un point de vue plus global.

Les sections suivantes portent sur l'examen de diverses méthodes de définition des priorités. Toutes aident à évaluer les solutions possibles aux problèmes de santé et aux goulots d'étranglement rencontrés dans le secteur de la santé, en fonction des critères essentiels de priorisation mentionnés plus haut. L'annexe 4.1 donne des informations plus détaillées sur chacune des méthodes examinées.

Encadré 4.6

Exemples de priorités politiques en accord avec les trois dimensions de la CSU

- ▶ *Optimiser la prestation des services* : renforcer la fonction de filtrage dans les hôpitaux.
- ▶ *Venir en aide aux populations vulnérables, marginalisées et difficiles à atteindre* : établir des services mobiles de soins de santé primaires à l'intention des communautés difficiles à atteindre.
- ▶ *Renforcer la protection contre le risque financier* : adopter une politique de prix favorable aux pauvres et privilégier les médicaments génériques.

Besoins en santé

L'identification et le classement des besoins en santé (problèmes et menaces) doivent reposer sur une approche qui analyse à la fois la charge des maladies et leurs déterminants. Cette approche combinée est d'autant plus importante parce qu'elle permet de mieux comprendre la vulnérabilité associée à une menace ou à un problème de santé et, par la suite, aide à comparer les solutions envisageables pour y faire face. Par exemple, si des enfants de moins de 5 ans souffrent souvent de diarrhées, une évaluation des déterminants socioéconomiques de la santé peut imputer ce problème à la pauvreté ainsi qu'à la mauvaise qualité de l'eau et des services d'assainissement. Des mesures permettent d'agir sur ces déterminants, mais leur mise en œuvre ne relève pas de la compétence du secteur de la santé. Néanmoins, la définition des priorités doit inclure des stratégies et des interventions de collaboration intersectorielle pour faire face au problème de diarrhée.

L'analyse de la charge de morbidité, l'évaluation des besoins en santé et la matrice 2 x 2, sont trois méthodes régulièrement utilisées pour examiner les besoins en santé de manière plus approfondie.

(a) Analyse de la charge de morbidité

L'analyse de la charge de morbidité englobe un large éventail d'évaluations réalisées à partir de multiples sources de données afin de déterminer l'incidence des maladies sur la santé et les facteurs de risque sous-jacents. Bien qu'il porte expressément sur les problèmes sanitaires liés aux maladies, ce type d'analyse

(c) Matrice 2x2

peut également éclairer la définition des priorités sur les questions liées aux systèmes de santé. Avec des méthodes cohérentes, l'analyse de la charge de morbidité à le multiple avantage de permettre une analyse critique des informations disponibles sur chaque condition de santé, de rendre ces informations comparables et systématiques et de produire des résultats à l'aide de mesures standardisées.

(b) Évaluation des besoins en santé

Une évaluation des besoins en santé englobe des méthodes épidémiologiques, qualitatives et comparatives qui permettent de décrire les problèmes de santé d'une population. Ce type d'évaluation peut être mené pendant la phase d'analyse de situation lorsque l'on ne dispose pas de données de routine et d'informations suffisantes pour procéder au classement des besoins de santé. L'évaluation des besoins en santé offre la possibilité de décrire les caractéristiques des maladies qui touchent la population locale, ainsi que les différences observées entre les différents découpages administratifs (districts, régions et national), tout en mettant en évidence les domaines dans lesquels les besoins ne sont pas satisfaits. Elle permet aussi d'en savoir plus sur les besoins et les priorités des populations locales. Elle sert à définir clairement un ensemble d'objectifs à atteindre pour répondre aux besoins, et aide à décider rationnellement de la manière d'utiliser les ressources disponibles afin d'améliorer la santé de la population locale avec un maximum d'efficacité et d'efficience.

La matrice 2x2, ou grille de stratégie, repose sur des critères relatifs aux besoins et à la faisabilité pour déterminer les priorités en santé où les meilleurs résultats pourront être atteints. Cette matrice propose le classement des problèmes de santé suivant deux dimensions, les besoins et la faisabilité, pour former un quadrant. La combinaison d'un problème en santé et de sa solution peut se classer de quatre façons :

- i) faibles besoins/forte faisabilité ;
- ii) forts besoins/ forte faisabilité ;
- iii) forts besoins/faible faisabilité ;
- iv) faibles besoins/faible faisabilité.

L'annexe 4.1 fournit un exemple de la matrice 2x2. Celle-ci aide à recentrer les efforts en mettant l'accent sur la résolution des problèmes d'une manière qui assurera les meilleurs résultats. Cet outil simple peut faciliter la transition d'une phase de réflexion sur un large éventail de possibilités à un plan d'action plus ciblé, que peuvent également utiliser les groupes de parties prenantes n'ayant en main que des capacités limitées.



Évaluation des technologies de la santé (ETS)

L'ETS est un champ pluridisciplinaire de recherche utilisé pour produire des données probantes sur l'efficacité des technologies de la santé. Elle permet non seulement d'analyser le rapport coût/efficacité mais également d'identifier de nouvelles technologies pour faire face aux problèmes de santé. S'inscrivant dans un cadre juridique et institutionnel bien défini, elle a pour objectif d'orienter et de gérer les intérêts politiques, commerciaux, de plaidoyer et des donateurs de manière équitable et éthique.

Plus récemment, les ETS ont accordé davantage d'attentions à l'évaluation des faiblesses et des inefficacités dans les interventions menées. De la même manière, les ETS tiennent de plus en plus compte du contexte de développement général du pays considéré ainsi que des perspectives et des objectifs de celui-ci. La recherche d'une évolution vers la CSU en est un exemple. Une ETS globale peut donc être l'approche technique qui permet d'obtenir l'ensemble de données probantes le plus complet possible, qui servira à la définition des priorités.

Lorsqu'on procède à une ETS globale sur un programme, on peut s'attendre à ce que toutes les technologies qui lui sont associées présentent un excellent résultat en termes de rapport coût/efficacité. Ce n'est pas toujours le cas. Par exemple, la stratégie de dépistage peut être rentable, contrairement à certaines technologies palliatives. C'est pourquoi il est recommandé, aux fins de la priorisation entre divers programmes, de procéder à une ETS distincte pour chacune des technologies de santé. Dans le cadre d'un programme, une ETS peut porter, par exemple, sur des dispositifs, des médicaments, des procédures et/ou des systèmes. De la même manière, un programme de lutte contre le cancer prévoit d'ordinaire de multiples technologies servant aux interventions de prévention, au dépistage, à la détection précoce, au diagnostic, aux thérapies et aux traitements palliatifs, toutes évaluées avec des combinaisons appropriées.

Rapport coût/efficacité et accessibilité financière

Les décideurs politiques ont généralement comme objectif d'optimiser la santé. Pour atteindre ce but, les considérations économiques dans la définition des priorités sont importantes. Les modèles économiques et leurs instruments de mesure permettent au décideur de faire des choix stratégiques, dans une perspective rationnelle, en vue d'optimiser la santé.

Analyse coût/efficacité

L'analyse coût/efficacité, principale méthode d'évaluation économique, compare le coût d'une intervention potentielle dans le domaine de la santé avec le gain de santé attendu (ou, dans certains cas, connu). Elle est un outil performant pour la définition des priorités ; d'un point de vue économique, elle consiste à déterminer la meilleure gamme de programmes possible qui peut être financée à partir d'un budget national de santé limité. Elle oblige le décideur à définir de manière explicite les objectifs du processus de définition des priorités, même lorsque ceux-ci ne sont pas facilement mesurables. L'analyse coût/efficacité sert à promouvoir l'optimisation des ressources dans le domaine de la santé aux fins de l'allocation de ressources disponibles. Elle peut constituer un facteur décisif pour les décideurs chargés de sélectionner les enjeux de santé prioritaires. D'un point de vue économique, il est reconnu que le processus de définition des priorités suscite souvent de multiples différends, mais plutôt que de les masquer, l'analyse permet de les recenser, et de conduire à faire des arbitrages explicites.

Les analyses coût/efficacité sont appréciées dans le milieu de la santé publique parce que la méthode assure une mesure cohérente des avantages tout en évitant les difficultés que pose l'évaluation de la santé. La valeur de la santé peut être considérée comme le « prix » de celle-ci

multiplié par sa quantité. Cependant, cette « étiquette de prix » ne traduit que l'avantage le plus évident du point de vue de la santé, à savoir celui que l'on peut facilement exprimer en termes de mortalité, d'invalidité évitée, etc. Le risque est de centrer toute son attention sur les avantages liés aux soins de santé plutôt que sur les objectifs plus généraux de développement liés à la santé. Il est plus difficile d'attribuer une valeur à certains des grands objectifs de développement qui influencent la santé.

Il importe de garder à l'esprit que malgré plusieurs décennies de progrès dans la résolution des problèmes techniques et méthodologiques, on s'accorde généralement à reconnaître que les modèles économiques de ce type, doivent être replacés dans leur contexte et combinés à d'autres approches de manière à brosser un tableau plus complet des priorités du secteur de la santé.

L'approche économique traditionnelle préconise d'optimiser le gain en matière de santé (quel que soit la mesure adoptée) dans la limite des contraintes budgétaires, ce qui implique que les programmes soient classés en fonction de leur rapport coût/efficacité. L'approche traditionnelle ne tient généralement pas compte des nombreuses contraintes pratiques qui découlent du contexte politique, institutionnel et environnemental dans lequel s'inscrit la définition des priorités. On trouvera ci-dessous quelques limites de ce type à retenir dans le cadre d'une analyse coût/efficacité.⁵³

Au nombre des préoccupations d'ordre méthodologique figurent le choix de la perspective à adopter, les possibilités de généralisation des résultats à de multiples environnements, le traitement de l'incertitude et du facteur temps, ainsi que le traitement des interactions entre les programmes.

L'analyse du rapport coût/efficacité constitue un outil performant pour la définition des priorités ; d'un point de vue économique, elle consiste à déterminer la meilleure gamme de programmes possible qui peut être financé à partir d'un budget national de santé limité.

Les considérations d'équité se rapportent soit à une notion de besoin soit à l'accessibilité des services. Il a toutefois été signalé que les contributions au débat sur les notions d'équité sont bien souvent théoriques et sont éloignées des questions de leur mise en œuvre dans la pratique.

Les contraintes d'ordre pratique découlent du contexte politique, institutionnel et environnemental dans lequel s'inscrit la définition des priorités. Parmi ces contraintes figurent l'influence des groupes d'intérêt, les coûts opérationnels liés aux changements de politiques et la corrélation entre la prestation des services de santé et leur financement.

Les outils suivants servent à examiner soit le coût, soit l'efficacité, soit le rapport coût/efficacité ; ils n'ont pas pour objet de déterminer expressément l'efficacité et la faisabilité au regard du contexte local. Dans le cadre du processus de définition des priorités, il convient particulièrement de prendre en compte le contexte d'une autre manière dans les situations où les institutions sont faibles, mal gérées et dont les capacités sont insuffisantes.

(a) Le logiciel *Lives Saved Tool (LiST)*

Lives Saved Tool (LiST) est un logiciel qui sert à modéliser l'impact des interventions sanitaires à grande échelle visant à réduire la mortalité et la morbidité chez les mères, les nouveau-nés et les enfants de moins de 5 ans. Il permet à ses utilisateurs de créer et de tester de multiples « scénarios », appelés projections, afin d'estimer l'impact de différentes interventions sanitaires d'après la couverture existante au niveau national ou infranational (par exemple, région, état ou district).

(b) Le système de classement des priorités essentielles (*Basic Priority Rating System - BPRS*)

Le BPRS, également appelée méthode de Hanlon, permet de quantifier les problèmes de santé publique. Elle propose le classement des priorités, reposant sur l'attribution de scores allant de 1 à 10 pour trois ensembles de variables :

- i) le poids (ou l'ampleur du problème, soit le nombre de personnes affectées par rapport à la population totale) ;
- ii) la gravité, l'urgence, les conséquences économiques du problème et la bonne volonté/participation des tiers ;
- iii) l'efficacité de l'intervention. Cet outil est utilisé par les administrateurs de la santé et les décideurs et permet d'exploiter diverses données afin de quantifier les problèmes de santé publique et de fixer des priorités raisonnables.⁵⁴ Certes complexe, la méthode de Hanlon est avantageuse lorsque le résultat souhaité est une liste objective de priorités en santé fondée sur des données de référence et des valeurs numériques.

(c) Les composantes PEARL (*Propriety, Economics, Acceptability, Resources and Legality - pertinence, faisabilité économique, acceptabilité, disponibilité des ressources et légalité*)

Le modèle PEARL⁵⁵ classe les priorités pré-sélectionnées suivant cinq composantes de faisabilité. Celles-ci ne sont pas directement liées aux problèmes de santé. Elles contribuent néanmoins, pour une large part, à la décision des priorités à traiter. Ce modèle peut être combiné au BPRS. Il requiert une quantité suffisante de données sur les caractéristiques du problème de santé et de la population cible.

(d) Budgétisation des programmes et analyse différentielle (BPAD)

Ce cadre économique peut être utilisé pour définir des priorités dans le domaine de la santé en examinant la manière dont les ressources sont actuellement dépensées puis attribuer à ces dépenses d'éventuels avantages différentiels pour la santé. La BPAD relève d'un comité consultatif chargé d'identifier les domaines dans lesquels les services de santé se développent (dans un cycle budgétaire donné) et la répartition des ressources (pour financer la croissance proposée). Il sert généralement à établir des comparaisons entre les interventions ou au sein de chacune d'entre elles.

Valeurs qui peuvent sous-tendre les hypothèses et l'interprétation

Le critère de justice est évalué et classé en fonction d'approches fondées sur des valeurs. La justice est le principe selon lequel l'accès à des soins de santé adéquats devrait être garanti à tous les membres de la société.

Les jugements de valeur sociaux sont un élément important de toute justification publique de la façon dont les priorités sont fixées. Certaines valeurs éthiques fondamentales qui sous-tendent les exercices de définition des priorités sont énoncées ci-dessous.

L'équité grâce à la solidarité : la solidarité est à la fois une valeur morale partagée et une norme, issue du sentiment d'appartenance. Elle s'exprime dans l'union ou la camaraderie au sein d'une communauté qui partage des sentiments, des objectifs ou des responsabilités et des intérêts communs. La solidarité implique que, sur une base volontaire, la communauté aide les personnes plus défavorisées (l'équité).

Droits, obligation sociétale et intérêt personnel : les besoins fondamentaux de l'être humain (l'alimentation, le logement, l'éducation et la justice) obligent la société à assurer à tous, à des degrés divers, l'accès à ces biens fondamentaux. Cette obligation est acceptable en raison de l'intérêt personnel de chaque membre de la société. L'accès aux soins de santé est un élément du bien commun.⁵⁶ La sagesse sociale nous conduit à concevoir nos systèmes de santé de façon à ce que nous puissions accomplir ce que nous considérons comme important. La sagesse sociale est la reconnaissance implicite par la société de sa perception de la santé et de ce qu'elle considère comme important dans les soins de santé. C'est sur cette base que se fonde la compréhension commune et le consensus qui orientent l'élaboration et la planification de politiques nationales. Si elle faisait défaut, une société, qui ne s'intéresserait, par exemple, qu'à l'accès aux soins médicaux, ne pourrait pas tenir compte des facteurs sociaux et économiques qui sont à l'origine des grands problèmes de santé publique.

Outre ce qui précède, les valeurs suivantes peuvent également être considérées comme formelles et jouent un rôle dans la définition des priorités dans des contextes spécifiques : la légalité, la fidélité aux dispositions constitutionnelles et le respect des obligations internationales.⁵⁷ Si elles sont mises en pratique par le biais de la confiance et la redevabilité, ces valeurs peuvent facilement être formalisées.⁵⁸

De plus, il existe des idéologies classiques issues du champ économique qui sont essentiellement liées aux valeurs susmentionnées d'équité par la solidarité et de justice. Dans certains pays, les exercices de définition des priorités peuvent parfois s'appuyer sur l'une de ces idéologies, mais pas nécessairement de façon explicite.⁵⁹

Les jugements de valeur sociaux sont un élément important de toute justification publique des modalités de définition des priorités.

Alors que la recherche et l'analyse des approches techniques/rationnelles peuvent être confiées à des professionnels, les approches fondées sur la valeur prennent en compte subjectivement les valeurs officiellement adoptées, ainsi que celles perçues.

Le libertarianisme considère la responsabilité personnelle du succès comme très importante et que celle-ci est affaiblie lorsque certains se voient offrir des récompenses non méritées.⁶⁰ Ce serait, par exemple, le cas lorsque certains groupes à risque ont droit à des privilèges spécifiques en termes d'accès aux soins de santé ou de prix des soins.

L'utilitarisme prétend qu'il serait possible de mesurer la promotion du plaisir et l'évitement de la douleur et que des comparaisons interpersonnelles de l'utilité pourraient être faites. Il est souvent reproché aux utilitaristes de faire fi de la liberté individuelle. En effet, lorsqu'on ne se préoccupe que des conséquences, les méthodes employées peuvent être discutables.⁶¹ L'approche utilitaire n'est pas considérée comme juste car elle repose uniquement sur le cadre selon lequel « du plus grand bien pour le plus grand nombre ». Ses détracteurs soutiennent que les préférences utilisées pour évaluer les résultats en matière de santé devraient être représentatives de l'ensemble de la population à risque, en tenant dûment compte des sentiments des groupes minoritaires défavorisés, tels que les personnes handicapées. Par conséquent, il doit exister des preuves scientifiques valides sur les résultats pour différents groupes.

L'égalitarisme exige la répartition la plus égale des biens disponibles. L'échec économique n'est pas synonyme de déprivation morale ou d'inutilité sociale. Les indigents ne doivent pas être punis pour un prétendu échec économique en limitant leur accès aux biens. Un « principe de différence » veut que chaque disposition soit évaluée en fonction de l'intérêt des moins favorisés. Les dispositions alternatives sont d'abord comparées en fonction de l'intérêt des moins favorisés seulement. Si la situation de ces derniers est aussi mauvaise avec l'une ou l'autre des interventions sanitaires envisagées,

on tient compte alors de la situation du groupe immédiatement moins défavorisé, etc.

Alors que la recherche et l'analyse des approches techniques/rationnelles peuvent être confiées à des professionnels, la société doit, par le biais d'un dialogue politique participatif, peser subjectivement les valeurs officiellement adoptées ainsi que les valeurs perçues. Les plateformes de dialogue politique rechercheront donc la participation de groupes de travail représentatifs et/ou l'engagement du grand public. L'expression « approches délibératives » est utilisée dans la littérature pour signifier la participation du grand public.

L'utilisation d'approches délibératives dans l'évaluation des valeurs éthiques lors de la définition des priorités implique la participation du public. Une approche délibérative peut être définie comme une approche tendant à faire participer activement les citoyens aux processus de formulation, d'adoption et de mise en œuvre des politiques publiques par le biais d'actions visant à influencer sur les décisions. Il est reconnu que, dans la plupart des cas, les décisions politiques sont finalement prises par les représentants et les responsables publics ; il est donc nécessaire de mettre l'accent sur l'interaction entre les citoyens et les décideurs dans le domaine des soins de santé.⁶²

Une revue de la littérature relative à la participation du public à la définition des priorités dans le secteur de la santé a permis de constater que les approches délibératives rencontrent un succès croissant. Toutefois, les efforts d'évaluation formelle de ces approches restent rares. De plus, la manière dont les opinions du public peuvent être intégrées à d'autres contributions aux décisions lors de l'allocation des ressources sociales est peu claire.⁶³

Un processus délibératif de définition des priorités doit répondre à « quatre conditions nécessaires :

- ▶ il doit être pertinent, c'est-à-dire convenir au contexte local conformément aux critères acceptés ;
- ▶ les décisions qui en découlent – et les raisons les justifiant – doivent être rendues publiques ;
- ▶ il doit inclure des mécanismes d'appel pour remettre en question, revoir et infirmer des décisions ;
- ▶ les dirigeants doivent être en mesure de faire respecter ces trois conditions. »⁶⁴

On trouvera ci-après des exemples d'approches délibératives :

(a) Processus de consultation des citoyens

La consultation des citoyens peut permettre de capturer les demandes, les opinions et les attentes de la population sur les questions de santé afin d'améliorer la transparence et la pertinence du processus de définition des priorités.

(b) Responsabilité pour la raisonnabilité

La responsabilité pour la raisonnabilité (Accountability for Reasonableness - AFR) est une approche fondée sur l'éthique qui vise à parvenir à un processus de définition des priorités légitime et équitable, en s'appuyant sur le respect de conditions essentielles qui permettra de rallier le soutien nécessaire à la mise en œuvre.

Finalisation et validation multipartite

Par validation, on entend l'adoption formelle des priorités convenues. Il s'agit de la phase finale du processus de définition des priorités. La prise de décisions sur la manière de transposer ces choix de priorités dans la planification et l'attribution des ressources fait l'objet des chapitres suivants.

(a) Technique du vote multiple

La technique du vote multiple, aussi connue sous le nom de technique du groupe nominal, est notamment utilisée pour prendre des décisions collectivement lorsque la liste des propositions est longue et que les membres de l'équipe ont des opinions divergentes. Sur la base d'une liste exhaustive plus ou moins exhaustive d'options (idées, problèmes, questions ou solutions), établie dans le cadre d'une séance de brainstorming, elle vise à parvenir à une compréhension satisfaisante et commune des éléments de la liste. Chaque idée est ensuite définie conjointement, en termes clairs, par les membres de l'équipe, de façon à garantir que tous les participants aient une conception précise de la signification de chaque élément. Les idées sont regroupées ou fusionnées et il est possible d'ajouter quelques idées nouvelles apparentées. L'équipe réduit ensuite le nombre total d'éléments sur lesquels peut porter le vote à un tiers du nombre initial. La dernière étape du vote doit aboutir à un consensus. Cette méthode est aussi utile aux premières étapes de la définition des priorités et fonctionne mieux en petits groupes.⁶⁵

(b) Technique Delphi

Comme la technique du vote multiple, la méthode Delphi est une méthode consensuelle. Sur la base de questionnaires, un panel d'experts indépendants est consulté deux fois ou plus. Tandis que les focus groupes utilisent délibérément la dynamique de groupe pour susciter un débat sur un sujet, la méthode Delphi préserve l'anonymat des participants, même une fois l'étude terminée. Les principaux avantages de cette technique sont les suivants :

- i) il est possible d'obtenir rapidement un consensus ;
- ii) les participants ne sont pas obligés d'être

- ensemble physiquement pour parvenir à un accord ;
- iii) les individus peuvent exprimer leurs propres opinions, à la différence de la « pensée de groupe » ;
- iv) la consultation peut faire appel à un large éventail d'experts ; et
- v) le coût de l'administration et de l'analyse reste relativement modéré.⁶⁶

(c) Prise de décisions à critères multiples

La prise de décisions à critères multiples est un modèle d'analyse décisionnelle quantitative permettant d'enregistrer les préférences des décideurs et de trouver la solution au problème la plus plébiscitée (voir Encadré 4.7). Il s'agit d'une méthode hybride dans la mesure où elle intègre à la fois une approche technique et une approche fondée sur les valeurs.⁶⁷ Elle s'appuie sur une grille de rendement dans laquelle chaque ligne correspond à une intervention et où chaque colonne présente l'efficacité des interventions pour chaque critère. Pour ce faire, cinq critères sont utilisés : l'objectif du plus haut niveau de santé de la population en

général, la répartition en matière de santé dans la population, les préférences particulières de la société ; les contraintes budgétaires et pratiques, et les considérations politiques.

L'ensemble des outils ci-dessus, et d'autres qui ne sont pas mentionnés ici, ont divers buts et objectifs. Ils peuvent être utilisés à différents stades du processus de définition des priorités dans le secteur de la santé. Chacun présente des avantages et des inconvénients. Ils peuvent, dans leur grande majorité, être utilisés de façon autonome, mais aussi conjointement avec un autre outil. Des méthodes traditionnelles, telles que la médecine factuelle, les analyses de la charge de morbidité, les analyses coût-efficacité (méthode classique) et les analyses de l'équité sont axées sur un critère unique, tandis que dans la réalité, les décideurs politiques doivent faire des choix en tenant compte simultanément de multiples critères. Les avantages et les inconvénients des divers outils et méthodes sont résumés dans un tableau de l'annexe 4.2 ; les limites des méthodes traditionnelles à critère unique sont aussi indiquées.



Encadré 4.7

Justification économique du financement public ciblant l'ensemble de la population ou uniquement les populations défavorisées⁶⁸

Il est fréquent qu'un gouvernement tente d'offrir des services gratuits à l'ensemble de la population de son pays, et consacre des ressources à des services dont l'impact est faible. Dans le cadre d'une étude menée au Ghana, une approche rationnelle a été proposée pour cibler et hiérarchiser les dépenses publiques, afin de parvenir à un meilleur équilibre entre équité et efficacité à l'échelle nationale. La méthode utilisée a été la prise de décisions à critères multiples, les critères retenus étant les suivants : nombre de bénéficiaires potentiels ; gravité de la maladie ; rapport coût/efficacité ; réduction de la pauvreté et populations vulnérables. L'étude a examiné une sélection d'interventions relatives aux maladies infantiles, aux maladies transmissibles, aux maladies non transmissibles, à la santé reproductive et aux traumatismes.

Dans un premier temps, les interventions ont été testées en fonction de la justification économique du financement public afin de définir les bénéficiaires du financement. Dans un second temps, les interventions retenues ont été hiérarchisées sur la base de critères médicaux et non médicaux. Il en est ressorti un classement des interventions, assorti de l'indication relative à la destination du financement public, pour l'ensemble de la population ou uniquement les populations défavorisées. Par exemple, alors que l'amélioration de l'alimentation complémentaire chez l'enfant ne se verrait accorder qu'un faible degré de priorité sur la seule base du rapport coût/efficacité, elle bénéficierait d'un degré de priorité beaucoup plus élevé si la gravité de la maladie, le nombre de bénéficiaires potentiels,

la vulnérabilité des enfants, ou le potentiel de réduction de la pauvreté étaient également pris en compte.

La méthode d'analyse selon des critères multiples a abouti aux priorités suivantes en matière de lutte contre les maladies : prévention de la transmission mère-enfant du VIH/sida, et thérapie de réhydratation orale pour traiter la diarrhée chez l'enfant. En conséquence, le financement public de ces interventions est justifié pour l'ensemble de la population. Toutefois, la prise en charge des cas de pneumonie chez l'enfant a aussi été considérée comme une priorité, mais le financement public ne devait cibler que les populations défavorisées.

L'étude conclut que l'application de la méthode d'analyse à critères multiples dans le processus de définition des priorités pour les interventions sanitaires peut aider les systèmes de santé à aller vers une utilisation plus efficace et équitable des ressources et qu'au Ghana, il s'agissait d'un pas en avant vers la transparence et la responsabilité dans l'élaboration des politiques. Toutefois, il est recommandé aux décideurs politiques de ne pas utiliser uniquement ce type d'approche basée sur des formules pour hiérarchiser les interventions du fait que dans le cas évoqué, seuls les critères susceptibles d'être quantifiés ont été analysés. Il est souligné qu'il est également nécessaire d'aborder les préoccupations non quantitatives moyennant un processus délibératif pour parvenir à un consensus (lorsque cela était possible) entre les différentes parties prenantes.

4.5.4 Processus

Le succès du processus de définition des priorités repose sur un débat clair et franc visant à parvenir à une compréhension commune des critères et des approches à utiliser dans ce but.

La définition des priorités est l'une des étapes cruciales du processus de planification nationale de la santé parce qu'elle établit un lien entre les résultats de l'analyse de situation du secteur de la santé aux orientations stratégiques d'une stratégie nationale de santé. Son succès repose sur un débat clair et franc pour forger une compréhension commune des critères et des approches à utiliser pour définir les priorités. Les décideurs doivent s'entendre sur l'interprétation des valeurs, des hypothèses et des concepts clés et rendre ces interprétations transparentes. Les points de vue divergents et les conflits d'intérêts doivent être explicitement reconnus et gérés. Il est important de veiller à ce que tous les groupes de parties prenantes comprennent quels avantages ils tireront de leur participation active à un exercice de définition des priorités sectorielles à moyen terme pour que celui-ci soit un succès.

Différentes interprétations de notions clés telles que la santé, le risque sanitaire, la maladie, la qualité de vie ou les soins nécessaires peuvent conduire à des décisions différentes concernant les interventions du secteur de la santé auxquelles il convient de donner la priorité (voir Encadré 4.8). Les décideurs doivent s'entendre sur l'interprétation des concepts clés et des critères de référence utilisés. Il convient de choisir entre une interprétation étroite (biologique) ou plus large (biologique et psychosociale) de la santé et de la maladie, et de déterminer quels critères de normalité ou d'anormalité appliquer quant à la qualité de vie (escomptée) (minimum, moyenne, optimale).

« Toutes les opinions méritent d'être entendues. C'est par un débat vigoureux et constructif qu'ensemble nous tracerons le chemin pour aller de l'avant. »
-- Nelson Mandela, lors de son discours à l'ouverture de la 4e Conférence nationale de l'ANC, University of Durban-Westville, Durban (Afrique du Sud), 2 juillet 1991.

Encadré 4.8

Différences dans les attitudes entre les agents de santé nationaux et les donateurs lors de l'évaluation du rapport coût/efficacité et de la gravité de la maladie en Ouganda⁶⁹

En Ouganda, la préférence relative des principales parties prenantes à la définition des priorités a été étudiée en fonction de deux critères : le rapport coût/efficacité des interventions et la gravité de la maladie. Les personnes ayant répondu aux questionnaires sont des acteurs du secteur de la santé à différents niveaux : pays, district, sous-district sanitaire ou établissement de santé, à savoir des agents de santé, des partenaires du développement ou des donateurs et des responsables politiques. Plus de 90 % des répondants ont reconnu l'importance de la gravité de la maladie et du rapport coût/efficacité des interventions. Dans les trois scénarios où ils devaient choisir entre les deux critères, la majorité a attribué un poids plus important au traitement du patient le plus gravement malade moyennant une intervention d'un rapport coût/efficacité moindre. Toutefois, lors des entretiens approfondis, les partenaires internationaux du développement ont préféré la prise en considération du rapport coût/efficacité de l'intervention. L'étude recommande que les divergences d'attitude entre les agents de santé nationaux et les représentants des donateurs fassent l'objet d'un débat ouvert afin de garantir la légitimité des décisions prises.

Étapes

Lors du processus de définition des priorités, il est suggéré de suivre les étapes suivantes⁷⁰ :

1. Définir clairement les fonctions de l'exercice de définition des priorités ;
2. Définir la portée de l'exercice et le rôle de chacun ;
3. Mettre en place un organe de pilotage et un groupe chargé de gérer le processus.
4. Décider d'une approche, des méthodes et des outils ;
5. Élaborer un plan de travail/une feuille de route et veiller à la disponibilité des ressources nécessaires ;
6. Élaborer une stratégie de communication efficace ;
7. Informer le grand public de l'exercice et faire appel aux parties prenantes internes et externes ;
8. Organiser les processus de collecte des données, d'analyse et de consultation/délibération ;
9. Élaborer ou adopter un système de notation ;
10. Adopter un plan de suivi et d'évaluation de l'exercice ;
11. Synthétiser et analyser les notes obtenues ;
12. Présenter les résultats provisoires pour discussion ; procéder aux ajustements nécessaires ;
13. Distribuer la liste des priorités aux parties prenantes ;
14. Veiller à la validation formelle des recommandations issues de l'exercice de définition des priorités ;
15. Planifier et organiser le suivi de l'exercice, c'est-à-dire les étapes du processus de prise de décisions ;
16. Évaluer l'exercice de définition des priorités.

4.6 Difficultés fréquentes et facteurs de réussite

4.6.1 Obstacles et difficultés

Plusieurs obstacles ont été observés dans la définition des priorités. Certains d'entre eux trouvent leur origine dans le contexte général d'un pays donné, au niveau politique, institutionnel ou juridique, tandis que d'autres sont liés au système de santé. Il existe aussi des obstacles propres au processus de définition des priorités.⁷¹

Obstacles liés au contexte

- ▶ Les faiblesses des cadres juridiques nationaux peuvent entraver la mise en œuvre ainsi que le suivi et l'évaluation (S&E) des politiques nationales, et nuire au bon exercice du leadership et de la gouvernance, notamment pour ce qui est de la transparence et de la responsabilité.
- ▶ Une coordination et une collaboration intersectorielles insuffisantes, du fait de cadres institutionnels fragiles, peuvent entraîner une définition inappropriée des priorités et se traduire par la prise de décisions incohérentes avec les budgets de l'État et des donateurs.

Obstacles au sein du système de santé

- ▶ Un système d'information sanitaire qui fonctionne mal et se caractérise par des données incomplètes ou défectueuses, peut conduire à des conclusions erronées concernant l'importance relative des problèmes de santé et l'efficacité des stratégies. Si l'esprit d'entreprise et la culture d'apprentissage nécessaires au sein du système de santé font défaut, l'exercice de définition des priorités peut devenir une formalité qui ne fournira pas d'orientations efficaces pour le développement ultérieur du secteur.
- ▶ Des cadres juridiques incomplets pour le secteur de la santé et des procédures décision-

nelles peu claires peuvent entraver l'évaluation des programmes. Par conséquent, la base des données factuelles sur laquelle repose la définition des priorités peut être biaisée.

- ▶ Dans un système de santé fortement centralisé, il existe un risque que les représentants des prestataires de services et de la société civile ne soient pas suffisamment impliqués.
- ▶ Si le groupe chargé de donner des conseils sur les priorités pour le secteur de la santé manque de connaissances en économie de la santé et/ou d'expérience en matière d'allocations budgétaires, les capacités pour traduire les résultats de l'analyse en plans révisés et mis à jour peuvent s'avérer insuffisantes.

Obstacles liés au processus

- ▶ Dans un système de santé trop bureaucratique, la définition des priorités et/ou son suivi peuvent finalement être considérés comme des activités de moindre priorité.
- ▶ L'absence de leadership solide de la part du ministère de la Santé et d'une communication bilatérale efficace entre les diverses parties prenantes peut conduire à un résultat de l'exercice qui sera mal accepté et, finalement, à l'incertitude quant à la disponibilité des ressources (nationales et extérieures) futures nécessaires.
- ▶ Une autre difficulté peut tenir à la propension naturelle de certains participants à la définition des priorités à se focaliser sur la poursuite des stratégies et modalités existantes, moyennant de légères modifications. Les interventions et les programmes en cours sont cependant le fruit d'une multitude d'éléments moteurs, de motivations et de compromis. Comprendre ces éléments peut permettre de prévenir

toute influence induite dans la révision des priorités du secteur, et ainsi de mieux ajuster les stratégies et modalités existantes.

4.6.2 Facteurs de réussite

L'un des principaux facteurs de réussite tient à la possibilité de disposer, avant la définition des priorités, d'un examen approfondi du secteur ou d'une analyse de situation ayant passé en revue des aspects tels que l'efficacité, l'efficience et le rapport coût/efficacité, sur la base non seulement d'une analyse quantitative des données mais aussi d'informations qualitatives sur les facteurs transversaux qui influencent la performance et le potentiel du système de santé.

L'un des principaux facteurs de réussite tient à la possibilité de disposer, avant la définition des priorités, d'un examen approfondi du secteur ou d'une analyse de situation ayant passé en revue des aspects tels que l'efficacité, l'efficience et le rapport coût/efficacité, sur la base non seulement d'une analyse quantitative des données mais aussi d'informations qualitatives sur les facteurs transversaux qui influencent la performance et le potentiel du système de santé. Pour ce faire, il ne suffit pas d'identifier l'ensemble des forces, faiblesses, opportunités et menaces (*Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats* - SWOT) passées. Il s'agit de savoir ce qui a fonctionné ou non dans le passé et de chercher à connaître les raisons de cette efficacité/inefficacité. Un exemple classique est celui de l'information sanitaire, un domaine qui, dans de nombreux pays, a été diagnostiqué à maintes reprises comme souffrant de graves faiblesses systémiques, malgré des décisions stratégiques (à moyen terme) répétées pour le renforcer. Dans de nombreux cas, ces efforts ont été vains, car les causes profondes n'ont pas été abordées dans les plans ultérieurs. En d'autres termes, la réponse à la question « pourquoi ? » n'a pas été appropriée. Si, une fois de plus, les insuffisances du système d'information sanitaire apparaissent comme un problème majeur à résoudre dans les années à venir, il ne peut être utile de choisir ce domaine comme l'une des priorités que si les efforts et

investissements proposés se fondent sur une compréhension claire des causes profondes du dysfonctionnement.

La définition des priorités peut être considérée comme un succès lorsqu'un certain nombre de critères ont été satisfaits.⁷²

- ▶ Le processus de définition des priorités repose sur une approche, un champ d'activité et une méthodologie clairement définis.
- ▶ Le processus de définition des priorités évolue de manière transparente, moyennant une gestion appropriée des informations, la communication et les observations en retour étant assurées, les organisateurs responsabilisés et les possibilités d'examen des décisions (mécanisme d'appel) bien réelles.
- ▶ L'analyse a pris en considération les valeurs et le contexte local.
- ▶ Si des éléments abusifs ont contribué à déterminer le précédent programme des priorités, il est possible de définir un « ordre du jour alternatif ».
- ▶ Les prochains plan et budget (ou les prochaines étapes de leur élaboration) témoignent d'une répartition plus équilibrée et rationnelle des ressources, reposant sur les besoins, des interventions d'un bon rapport coût/efficacité et les valeurs.
- ▶ Il ressort clairement des prochains plan et budget (ou des prochaines étapes de leur élaboration) que les menaces sanitaires les plus graves sont traitées de manière appropriée.
- ▶ Les ressources sont allouées à des interventions qui sont bénéfiques pour les groupes de population et les régions les plus touchés et exposés au risque.
- ▶ La mise en œuvre du plan/budget présente un meilleur rapport coût/efficacité du fait de l'adaptation des stratégies et des modalités de mise en œuvre aux technologies reposant

sur des données probantes, le contexte local étant pris en compte.

- ▶ Les prochains plan et budget (ou les prochaines étapes de leur élaboration) montrent que les besoins prioritaires des groupes de population défavorisés sont explicitement pris en compte.
- ▶ Les priorités adoptées et les allocations de ressources et plans qui en découlent, ont pris en compte les opinions des différents groupes de parties prenantes moyennant un processus explicite qui s'est traduit par leur engagement (adhésion), et les résultats de l'exercice de définition des priorités sont socio-culturellement acceptables pour la population. En conséquence, les parties prenantes ont réorienté leurs priorités et/ou l'allocation des ressources en fonction des nouvelles orientations stratégiques.

Les facteurs qui facilitent la définition des priorités sont les suivants⁷³ :

- ▶ Un appui à haut niveau dans les domaines gestionnaire et clinique ;
- ▶ Un leadership solide pour la coordination et l'encadrement ;
- ▶ Une culture favorisant l'apprentissage et le changement dans la gestion intégrée des budgets ;
- ▶ Des ressources réservées pour le processus lui-même et pour le suivi des recommandations.



4.7 Et si ... ?

4.7.1 Et si votre pays est doté d'une organisation fortement centralisée ?

Dans le cas d'un pays dont l'administration est fortement centralisée, les personnes responsables de l'exercice de définition des priorités doivent avoir conscience de l'existence de quatre risques.

- ▶ Si la communication (dans les deux sens) entre le niveau central et les niveaux intermédiaire et opérationnel est insuffisante, le ministère de la Santé peut ne pas disposer de l'ensemble des informations nécessaires sur la situation « du terrain » pour identifier et arrêter les priorités. Ainsi, il est possible que le ministère n'ait pas une vision exhaustive des différentes situations et des besoins divers d'une région à l'autre ni une compréhension approfondie des perceptions, opinions et demandes des parties prenantes locales.
- ▶ Si les stratégies, les mécanismes et les moyens de communication du ministère de la Santé sont insuffisants, le risque existe que divers groupes d'acteurs et de bénéficiaires du système de santé ne soient pas suffisamment informés et sensibilisés en temps opportun à l'exercice de définition des priorités.
- ▶ Le cadre institutionnel et organisationnel existant ne remplit peut-être pas de manière appropriée la fonction de plateforme permettant de consulter divers groupes de parties prenantes et de faciliter leur participation au processus de définition des priorités (mécanisme de recours compris).
- ▶ Si la prise de décisions dans le secteur de la santé est fortement centralisée, la transposition des résultats de l'exercice de définition des priorités (c'est-à-dire les recommandations tendant à donner priorité à certains besoins et interventions et à l'allocation des ressources) dans la planification et la budgétisation peut être indûment influencée par des questions

politiques, sa légitimité se trouvant alors affaiblie.

L'exemple fourni dans l'Encadré 4.9 décrit certaines des menaces auxquelles il est possible d'être confronté dans un système fortement centralisé.

Encadré 4.9

Influences sur la définition des priorités aux niveaux local ou intermédiaire dans un système fortement centralisé⁷⁴

Une étude menée dans la province de Kerman, en Iran a cherché à comprendre comment fonctionne le programme national de définition des priorités, et quels ont été les facteurs influençant le processus de mise en œuvre aux niveaux local et intermédiaire, dans ce système de santé centralisé. L'analyse a montré que le processus de définition des priorités n'est pas systématique, qu'il manque de transparence et que les décisions en matière de priorités sont prises indépendamment de leur mise en œuvre. Il s'avère que la forte centralisation du système en est la cause : les priorités sont fixées au niveau supérieur sans que les niveaux intermédiaire ou local ne soient parties prenantes, et sans représentation de la population. Les deux principaux programmes d'avantages sociaux sont sous la responsabilité de ministères différents et il n'existe aucune coordination entre eux. Le processus est aussi lourdement influencé par les pressions politiques exercées par divers groupes, essentiellement des professionnels de la santé. Ces insuffisances ont été exacerbées par le fossé croissant entre les zones rurales et urbaines en termes d'accès aux services de santé.

Afin d'éviter les risques susmentionnés, il est utile que les autorités centrales réfléchissent au cycle décisionnel existant au sein du secteur de la santé pour veiller à améliorer la communication et la participation. Une meilleure collaboration et une communication plus efficace avec les niveaux infranationaux conduiront à une plus large acceptation des nouveaux plans et budgets et favoriseront une contribution plus utile à ceux-ci, ce qui ne peut s'avérer que positif pour les autorités centrales.

4.7.2 Et si votre pays est doté d'une organisation décentralisée ?

Dans de nombreux pays, la décentralisation du secteur de la santé signifie que la prise de décisions et la gestion des ressources sont déléguées aux administrateurs de la santé au niveau des régions et des districts. Dans une situation de décentralisation politique/administrative complète, les pouvoirs et les responsabilités sont même dévolus aux autorités locales. La consultation en vue de la définition des priorités pour le secteur de la santé est fonction du type et du degré de décentralisation. Les principaux défis à relever sont les suivants :

- ▶ organiser, coordonner et orienter la consultation à tous les niveaux, et synthétiser de manière appropriée les résultats de toutes les phases ;
- ▶ permettre une souplesse suffisante dans la définition des priorités, dans le respect des mandats aux niveaux décentralisés, tout en gardant à l'esprit les lignes directrices nationales, les cibles et les normes à l'échelle de l'ensemble du pays.

Dans les situations où les responsabilités et les pouvoirs du secteur de la santé ont été dévolus aux autorités locales en particulier, il est important que les administrateurs locaux soient bien préparés pour la tâche qui les attend. Cela signifie :

- i) qu'ils doivent bien comprendre les questions de santé publique ;
- ii) que leur mandat est clair et que la coordination et la collaboration avec les autorités de santé locales sont appropriées ;
- iii) qu'ils reçoivent des orientations et des instructions claires concernant les normes, les domaines prioritaires, les décisions d'allocation de ressources, etc. qui ont été définis au niveau national. En conséquence, au niveau central, le ministère de la Santé et le ministère de l'Administration locale ont conjointement un rôle clé à jouer dans la préparation des autorités locales à la définition des priorités au sein du système de santé local (voir Encadré 4.10).

Encadré 4.10

Les difficultés de la planification participative et de la définition des priorités dans le système de santé décentralisé en Ouganda⁷⁵

En Ouganda, la planification participative est relativement bien établie ; de nombreux responsables de district au niveau décentralisé font participer le public aux processus locaux de définition des priorités sanitaires. Dans le but de tirer des enseignements de l'expérience ougandaise, une étude a mené des entretiens approfondis avec les responsables de la planification au niveau national, des districts et de la communauté, et a organisé cinq groupes de discussion au niveau communautaire. Les participants ont révélé un certain nombre de difficultés.

Les personnes ayant répondu à l'enquête au niveau des districts ont déclaré avoir gagné un certain pouvoir de décision, mais s'inquiètent du degré d'indépendance financière dont elles disposent pour mettre en œuvre ces décisions. Au niveau national, les personnes interrogées sont préoccupées par la capacité des districts à absorber leurs nouveaux rôles. Le poids réel de la participation publique dans la définition des priorités, et l'insuffisance de la communication entre les différents niveaux du système de décentralisation, malgré les structures existantes, sont des sujets de préoccupation supplémentaires.

Pour remédier à ces difficultés, les auteurs ont proposé plusieurs solutions. Concernant la capacité de planification au niveau du district, ils suggèrent de renforcer l'assistance technique et d'aider les districts à engager un personnel technique qualifié. En outre, ils recommandent que le niveau national veille à une réelle décentralisation financière de sorte que les districts aient vraiment un contrôle plus important des décisions qu'ils prennent et des plans qu'ils élaborent. Les auteurs préconisent également de réaliser une cartographie des ressources allouées aux districts afin de mieux visualiser et comprendre la distribution des ressources au niveau national. Cela aurait des répercussions positives sur le degré d'indépendance financière accordé aux districts. Enfin, pour résoudre la question de la faible participation publique, les auteurs recommandent de consacrer davantage de ressources pour encourager des discussions et un dialogue réguliers entre la population et les responsables.

4.7.3 Et si la division et/ou la fragilité posent un problème dans votre pays ?

Parmi les déterminants de la fragilité figurent les conflits, des institutions défaillantes, les chocs extérieurs, la pauvreté, la maladie et l'instabilité régionale. C'est l'interaction de ces déterminants qui conditionne ce genre d'issue. Les facteurs à l'origine d'une gouvernance défectueuse ont souvent un effet cumulatif mutuel. Dans un tel contexte, les gains à court terme peuvent peser plus lourd qu'une vision à long terme incertaine, et tout exercice visant à définir les priorités en est certainement le reflet.

Dans un environnement divisé et/ou fragilisé, les besoins en santé sont susceptibles d'être très divers et extrêmes, allant des maladies infectieuses endémiques à la malnutrition, aux traumatismes causés par la violence et aux effets chroniques induits par des soins de santé primaires défaillants. Par ailleurs, l'efficacité et l'efficience des solutions/interventions disponibles peuvent être très faibles, en raison de contraintes locales de mise en œuvre telles que le manque de prestataires de services, la mauvaise maintenance des infrastructures de soins, l'interruption de l'accès aux soins du fait de l'insécurité et la corruption. Qui plus est, la situation sur le terrain peut évoluer rapidement et de manière imprévue. Outre les moyens de communication limités, il est difficile pour le gouvernement central de disposer d'une vue d'ensemble satisfaisante de la situation et d'apprécier les tendances pour la totalité du pays. Le problème est souvent aggravé par des données/informations incomplètes et parfois biaisées, qui sont supposées servir de base à l'analyse du secteur. L'évaluation des besoins en matière de santé, de la faisabilité des solutions et des implications financières en devient difficile.

La faiblesse du secteur public est l'une des caractéristiques communes d'un environnement divisé et/ou fragile. Le ministère de la Santé peut

avoir des capacités en ressources humaines insuffisantes (par leur nombre et par leurs compétences). Le cadre institutionnel peut être défaillant, comme l'organisation interne, conduisant à une communication et une coordination inefficaces. La faiblesse du leadership exercé par le ministère de la Santé et les lacunes dans la coordination des parties prenantes et des acteurs rendent difficiles l'organisation d'une approche globale et inclusive pour la définition des priorités.

Avant de formuler des stratégies de relance en fonction des priorités sectorielles, les parties prenantes doivent s'interroger sur les principales caractéristiques de la crise, et sur ce que sera vraisemblablement la situation future du pays. Les questions importantes auxquelles il convient de répondre sont, par exemple : les troubles actuels sont-ils structurels ou transitoires ? Quelles sont les chances de voir finalement émerger un gouvernement légitime de la crise prolongée ? Quelles sont les perspectives économiques (rétablissement des moyens de subsistance, réinstallation des personnes déplacées et des réfugiés) ?

Le contexte supranational doit aussi être compris : les acteurs extérieurs resteront-ils impliqués dans les affaires internes, et si oui pour combien de temps ? Les donateurs soutiendront-ils la transition et le développement du système de santé ? Quel sera le rôle des pays voisins ?

En outre, la définition des priorités doit prendre en compte le rôle du gouvernement national et du ministère de la Santé dans une situation de division et/ou de fragilité. Le gouvernement central dispose-t-il d'une légitimité politique et des capacités techniques nécessaires ? Le ministère de la Santé est-il disposé à diriger les évolutions dans le domaine des soins de santé, montre-t-il

peu d'intérêt ou manque-t-il de ressources ? Les autorités sanitaires sont-elles en mesure de jouer un rôle moteur dans le domaine des soins de santé ? Y-a-t-il des régions où l'autorité de l'État est contestée ? N'y-a-t-il aucune opposition des donateurs influents sur les questions politiques ou relatives aux droits de l'homme ?

Un exercice de définition des priorités à moyen terme pour le secteur de la santé dans ce type d'environnement requiert sans doute une approche adaptée et simplifiée dans divers domaines.

1. Collecte et analyse des données/informations

Si le système d'information sanitaire est mal organisé, aboutissant à des données incomplètes et peu fiables, l'utilité (et l'analyse) de certaines données pour la définition des priorités peut être sujette à caution. On pourrait alors être tenté d'investir immédiatement pour améliorer et compléter l'ensemble de la base de données et, pour commencer à renforcer le système d'information sanitaire. Toutefois, il s'agit là d'une entreprise globale, complexe et de grande envergure, même dans des conditions plus favorables. Par conséquent, il peut être envisagé de procéder plutôt à des évaluations rapides et plus grossières qui permettraient d'appréhender de manière relativement satisfaisante les problèmes essentiels.

2. Approche consultative, portée et limites

Lorsque la communication avec certains territoires du pays est interrompue du fait de l'insécurité ou d'une logistique défectueuse, ou lorsque les organisations partenaires non gouvernementales ont commencé à agir de manière plus ou moins indépendantes du fait de l'absence de mécanismes de coordination, il est difficile d'organiser un processus de consultation global et

l'exercice peut s'avérer coûteux. En outre, du fait de l'environnement perturbé, les personnes à consulter n'ont peut-être pas été correctement informées auparavant des enjeux dans le secteur de la santé. Dans de telles circonstances, des concessions peuvent être nécessaires s'agissant de la portée de la consultation, des méthodes à utiliser et du degré de représentativité des divers groupes de parties prenantes.

3. Souplesse des recommandations

Même si les recommandations qui découlent de la consultation peuvent être pertinentes et justes, leur faisabilité peut être remise en question du fait de l'évolution rapide des circonstances dans un environnement instable. Par conséquent, il peut être utile de formuler ces recommandations de manière à ce qu'elles puissent être utilisées dans des situations différentes. Il est possible d'envisager différents scénarios, en fonction par exemple de la probabilité de parvenir dans un futur proche à la planification d'une réforme gouvernementale et à la mise en œuvre de mesures visant à renforcer la gouvernance. Comme il faut ménager une certaine souplesse dans les recommandations, il est préférable d'en limiter le nombre total.

Si de graves menaces pour la santé pour certains groupes de population ou certaines régions, ou une paralysie de la prestation des services dans certains domaines (pour certains types, niveaux de services ou dans certaines zones géographiques) semblent probables, il faut s'efforcer de dresser un tableau précis de la situation et des tendances actuelles. Ces problèmes doivent être quantifiés et leurs conséquences probables, documentées afin de formuler des recommandations pour la définition des priorités qui soient adaptées à la situation ou spécifiques au domaine.

Dans le contexte d'un État fragilisé, il peut être envisagé de procéder plutôt à des évaluations rapides et plus grossières qui permettraient d'appréhender de manière relativement satisfaisante les problèmes essentiels.

4.7.4 Et si votre pays est fortement dépendant de l'aide ?

Alors que nous passons des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) aux Objectifs de développement durable (ODD), le morcellement des priorités dont nous avons été témoins depuis des décennies dans le domaine de la santé mondiale est contrebalancée par des solutions plus durables, axées sur le système. Les ODD sont applicables à tous les pays, et leur portée va bien au-delà de celle des OMD.⁷⁶

En conséquence, le rôle des donateurs et des initiatives dans le domaine de la santé mondiale a beaucoup évolué au cours de la dernière décennie. Les OMD adoptés par les Nations unies en 2000, ont donné le ton pour une grande partie de l'agenda internationale en matière de santé et orienté la perception de la santé comme une priorité au niveau national. Si l'on revient 15 ans en arrière sur les tendances et les forces positives au cours des années des OMD, plusieurs limites sont également apparues. Parmi celles-ci figurent un angle d'approche limité, se traduisant par une verticalisation de la santé et des programmes spécifiques aux maladies, l'absence d'attention accordée au renforcement des systèmes de santé, l'accent mis sur une approche « toute faite » de la planification du développement, supposée convenir à tous, et sur une focalisation sur des objectifs globaux plutôt que sur l'équité. Les OMD sont perçus par certains comme un exemple type de contournement de la volonté des citoyens des pays en développement.

Les OMD ont encouragé d'importantes initiatives de santé mondiale à verser des millions aux gouvernements nationaux pour des questions de santé très spécifiques, ce qui a modifié la perspective des gouvernements nationaux au moment de décider de la répartition des ressources à consacrer à la santé. Il est possible, comme on le constate avec le VIH au Malawi (voir Encadré 4.11), que certaines maladies aient pris une place

prépondérante du fait des ressources financières rendues disponibles par d'importants donateurs et non au départ, en raison de la prévalence de la maladie ou de la charge de morbidité qui lui est imputable.

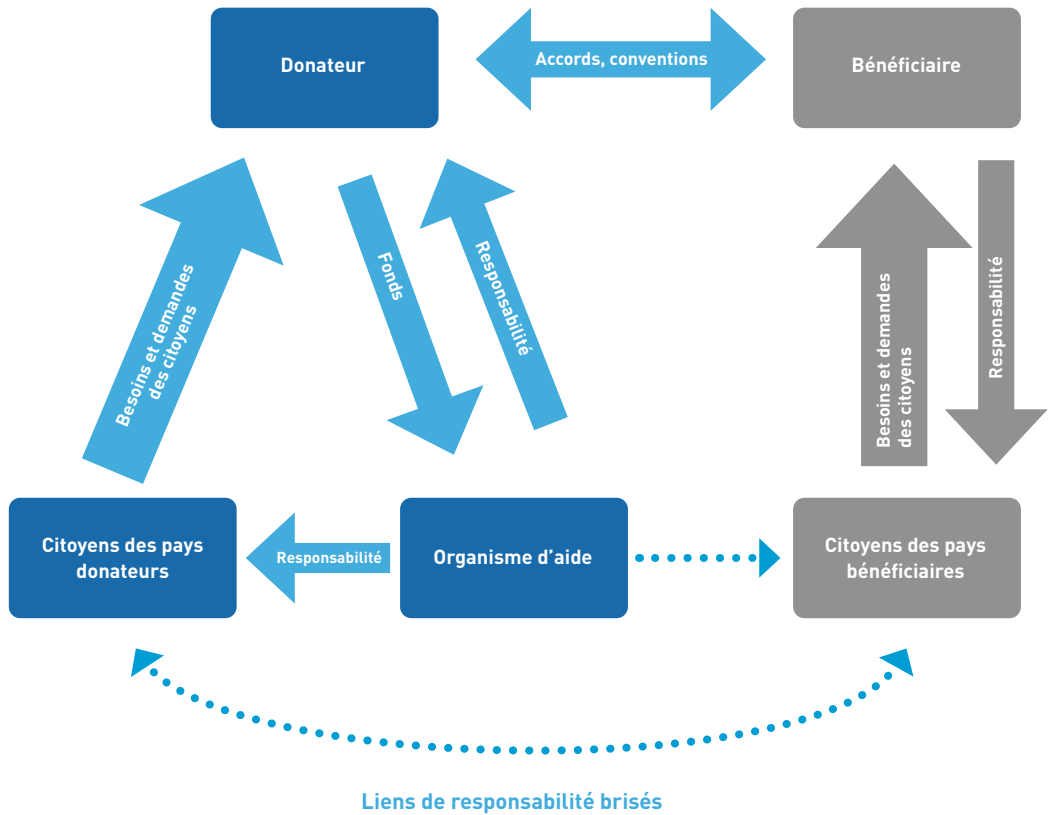
L'importance d'une forte dépendance à l'égard de l'aide pour le processus de définition des priorités repose sur plusieurs facteurs.

(a) Mesure dans laquelle l'aide extérieure et les donateurs sont intégrés au développement global du secteur de la santé, en termes de coordination, d'alignement, etc.

Dans les pays fortement dépendants de l'aide, il est particulièrement important de continuer à se mobiliser pour une collaboration et une coordination de meilleure qualité dans le domaine de la planification, en particulier pour une analyse conjointe du secteur, l'évaluation globale des besoins, l'allocation des ressources, la budgétisation, la prévisibilité des flux de ressources, leur utilisation et leur gestion. Un leadership national plus solide et des engagements formels en faveur d'un développement harmonisé du secteur de la part de l'ensemble de la communauté des parties prenantes sont des objectifs importants vers lesquels œuvrer sans relâche.

Bien qu'une forte dépendance structurelle à l'égard de l'aide extérieure soit en elle-même un obstacle à l'établissement d'un système de santé national durable, une aide morcelée et mal coordonnée a probablement un impact négatif encore plus important sur le processus de planification, en particulier sur la définition des priorités. Dans un environnement où l'aide est insuffisamment intégrée et coordonnée, la définition des priorités à moyen terme pour le secteur de la santé est compromis par les processus parallèles d'orientation et de prise de décision, souvent

Figure 4.5 Absence de lignes de responsabilité entre les organismes donateurs, les citoyens et les bénéficiaires



D'après le Rapport sur le développement dans le monde 2004 : des services pour les pauvres. Banque mondiale, 2004 (Abrégé en français)

guidés par des programmes d'action différents, et reposant sur d'autres critères et processus décisionnels. Même lorsque, dans une telle situation, les partenaires du développement sont favorables au leadership national et adhèrent aux plans et priorités adoptés pour le secteur, il n'est pas certain que leurs ressources financières et techniques puissent être mobilisées pour la mise en œuvre des priorités adoptées. Ces contraintes ont été largement documentées et donné lieu à des initiatives telles que la Déclaration de Paris, le Programme d'action d'Accra et le IHP+. L'expérience acquise à ce jour avec les pays où un IHP+ Compact national a été signé montre que des progrès importants peuvent être réalisés si l'on veille à un usage approprié de l'aide extérieure.

(b) Les possibilités et les perspectives de réduction de la dépendance à l'égard de l'aide

Les options peuvent être limitées, lorsque

- i) les solutions pour résoudre les problèmes sanitaires du pays sont coûteuses ;
- ii) les bases économiques du pays sont fragiles ;
- iii) d'importants efforts ont déjà été déployés pour réduire les coûts moyennant des économies grâce à l'introduction de réformes, de stratégies adaptées et ses modalités de mise en œuvre.

Dans un tel cas, le gouvernement national et les partenaires du développement doivent élaborer conjointement des idées et des plans pour réaliser des économies et revoir la distribution des ressources. Cela peut nécessiter, dans un souci d'efficacité, des réformes institutionnelles ou une adaptation des stratégies standards et des systèmes de soins. De nouvelles stratégies

et modalités de mise en œuvre doivent être testées dans le cadre d'un projet pilote avant leur application. En outre, il peut s'avérer nécessaire de revoir la viabilité économique de certaines solutions de soins. Un tel examen peut conduire à une décision de réduire l'investissement dans certains domaines/services afin d'accroître les ressources disponibles pour des besoins sanitaires plus cruciaux.

L'intégration de programmes prioritaires (spécifiques aux maladies) dans le développement global du système de santé est souvent une tâche ardue. La nature verticale de certains de ces programmes en termes de planification, de modalités de mise en œuvre, de flux de financement, de critères d'allocation et de suivi et d'évaluation, est généralement considérée comme une condition de l'obtention de résultats rapides et significatifs, en particulier dans un environnement où leadership et gouvernance dans le secteur public sont fragiles. Les risques qui vont de pair avec des programmes verticaux disposant d'un bon financement ont aussi été largement documentés.⁷⁷ Ils sont liés à la multiplication des systèmes de mise en œuvre, des normes et des critères, à un financement déséquilibré du secteur, aux conflits d'intérêts et à des questions d'appropriation. Il est par conséquent important de gérer soigneusement le rôle de ces programmes verticaux et de leurs bailleurs dans le cadre d'un processus de définition des priorités à l'échelle du secteur. Les IHP+ Compact nationaux doivent contribuer à éviter la pression exercée par des programmes majeurs, parfois semi-autonomes, de lutte contre des maladies et le risque de distorsion, du fait de leur financement généreux, du processus de définition des priorités et de décisions ultérieures d'allocation et de planification des ressources.



Encadré 4.11

L'impact des contributions de fonds dédiés sur les mécanismes de définition des priorités nationales au Malawi⁷⁸

Cette étude de cas menée au Malawi sur l'influence extérieure dans la définition des priorités examine l'implication de la communauté internationale dans la campagne de lutte contre l'épidémie de VIH/sida, et constate qu'elle a un impact sans précédent sur les mécanismes de définition des priorités sanitaires nationales au Malawi. Cet exemple montre comment, malgré l'engagement du pays en faveur d'un développement global du secteur reposant sur le leadership national et une coordination renforcée, un financement extérieur massif dédié, entrave la définition rationnelle et juste des priorités.

Au Malawi, la prévalence du VIH est élevée (12 %). Pour répondre à l'objectif 6 des OMD, plusieurs Initiatives pour la Santé mondiale (*Global Health Initiatives - GHIs*) ont fourni une aide financière accrue au Malawi pour lutter contre le VIH/sida dans le cadre du secteur de la santé : le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, l'*Agency for International Development* des États-Unis (USAID), le Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD), la Banque mondiale, le *Department for International Development* (DFID) du Royaume-Uni et la Banque africaine de développement, entre autres. En 2002, la contribution des donateurs à l'enveloppe des ressources consacrées au VIH/sida détenue par la Commission nationale sur le sida représentait 46 % du montant total, mais elle a atteint 73 % en 2005. En outre, la majorité des contributions d'aide destinées à la santé était également affectée à la lutte contre le VIH/sida. Du fait de cette orientation du budget global de la santé, l'attention s'est trouvée détournée

d'autres priorités sanitaires importantes. Le Fonds mondial est devenu le donateur le plus important, avec US\$ 300 millions d'aide depuis 2002, dont environ 80 % était réservé aux programmes de lutte contre le VIH/sida. En conséquence, il n'est pas surprenant que le rôle du Fonds mondial dans la définition des priorités et la planification à l'échelle nationale se soit accru et que des complications sont apparues. Des préoccupations ont été exprimées quant à la faible intégration des activités du Fonds mondial dans le cadre de l'approche SWAp (sectorielle) adoptée par le secteur de la santé du Malawi. Il existait ainsi des structures de planification parallèle pour le plan de travail national intégré du Comité national de lutte contre le sida. Ces évolutions n'étaient pas en accord avec les efforts entrepris auparavant au Malawi en vue de mieux coordonner les différentes GHIs et les agences de développement avant même l'adoption de l'approche sectorielle. Le financement vertical en faveur de la lutte contre le VIH/sida a mis en péril la répartition des ressources humaines pour la santé. L'impact sur la redistribution des tâches dans le système de santé a été significatif puisque les agents de santé ont quitté d'autres services, tels que les soins prénatals et la santé reproductive, pour travailler pour les programmes de lutte contre le VIH/sida financés par les donateurs internationaux. Bien que des améliorations aient été constatées dans les taux d'incidence du VIH/sida au Malawi, il est important de tenir compte de l'importance des répercussions de ces influences extérieures sur la définition des priorités dans le secteur de la santé au sens large.

4.8 Conclusion

La définition des priorités est une étape indispensable dans le processus de développement du secteur de la santé car elle permet d'orienter le développement sectoriel dans une perspective à moyen terme. Il est important de choisir soigneusement l'approche, les méthodes et les outils, en tenant compte du contexte national pour ce qui est des principales évolutions contextuelles et des tendances globales en matière de développement, de la disponibilité des données essentielles et des évaluations relatives à la performance, du rôle des citoyens et des divers groupes de parties prenantes, des capacités d'organisation et de leadership du secteur public et, enfin et surtout, des ressources disponibles.

La définition des priorités exige une préparation détaillée et en temps voulu, ainsi qu'un suivi formel des résultats, en particulier dans l'optique de permettre aux citoyens, et de leur donner les moyens, de faire des choix en toute connaissance de cause par l'intermédiaire de leurs parlements. Un aspect crucial du processus est de veiller à ce que les critères et les valeurs soient explicites afin qu'ils puissent être discutés ouvertement.

La définition des priorités commence par une réflexion sur les critères à utiliser pour établir les priorités, suivie d'une série d'analyses où l'on peut recourir aux valeurs et aux approches techniques. Le présent chapitre préconise de combiner les approches dans la définition des priorités, les considérations techniques étant soupesées au regard des valeurs. Cela signifie que l'analyse sur la base de critères explicites (tels que la charge du problème de santé, l'efficacité de l'intervention, le coût de l'intervention, son acceptabilité, et la justice) est

menée avec la contribution d'experts (pour les aspects techniques) ainsi que de représentants de la population (pour délibération, notamment sur les valeurs à prendre en compte). Ce dernier élément est essentiel puisque les citoyens doivent être maîtres de la décision finale par la voie démocratique.

Il n'existe pas un ensemble unique de méthodes et d'outils qui soit considéré comme approprié dans tous les contextes. Tous ceux qui ont été présentés dans ce chapitre ont leurs avantages et leurs inconvénients ou leurs limites (voir Annexe 4.2). Pour cette raison, les approches qui allient différents critères sont recommandées. Actuellement, un processus complet d'évaluation des technologies de santé semble le plus adapté pour synthétiser les analyses selon différents critères ; il doit toutefois être complété par des analyses plus approfondies.

De la définition des priorités à la planification

Dans la définition des priorités, l'exercice de hiérarchisation se traduit par un ensemble d'interventions recommandées qui sont considérées comme les plus importantes, les plus efficaces et les moins coûteuses. La hiérarchisation doit prendre en considération les premières incidences en termes de coût afin de déterminer le rapport coût/efficacité, mais les coûts opérationnels ne sont pas établis de manière détaillée.

La prise de décisions quant à la manière d'appliquer les priorités hiérarchisées en tenant compte des critères et des formules pour l'attribution des ressources fait l'objet d'une phase ultérieure. Elle nécessitera compromis et arbitrages. Les critères et formules utilisés au

La définition des priorités commence par une réflexion sur les critères à utiliser pour définir les priorités, suivie d'une série d'analyses où l'on peut recourir aux valeurs et aux approches techniques. Les considérations techniques sont ensuite soupesées au regard des valeurs. Cela signifie que l'analyse sur la base de critères explicites est menée avec la contribution d'experts ainsi que de représentants de la population.

niveau national seront appliqués par le ministère des Finances et le ministère de la Santé, en prenant en considération le volume total des ressources escomptées (marge budgétaire) ; viendront ensuite la planification, l'établissement détaillé des coûts et la budgétisation.

La prévisibilité des différents types de ressources financières extérieures est essentielle, puisque celles-ci déterminent dans une large mesure

le réalisme des scénarios relatifs aux cadres de dépenses à moyen terme (CDMT).

Dans le cadre du cycle d'élaboration de la politique et de planification au sein du secteur viennent ensuite la planification stratégique, l'estimation des coûts et la budgétisation, puis la phase de mise en œuvre, et le suivi et l'évaluation (S&E).

Références bibliographiques

- 1 Ministerial meeting on universal health coverage. Opening remarks at a WHO/World Bank ministerial-level meeting on universal health coverage. Dr Margaret Chan, Directeur général de L'Organisation mondiale de la Santé. Genève. Février 2013 (http://www.who.int/dg/speeches/2013/universal_health_coverage/en/, consulté le 20 septembre 2016)
- 2 Le financement des systèmes de santé : le chemin vers une couverture universelle. Rapport sur la santé dans le monde 2010. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2010 (<http://www.who.int/whr/2010/fr/>, consulté le 20 septembre 2016)
- 3 Financement de la santé et couverture universelle. Qu'est-ce que la couverture universelle ? Genève, Organisation mondiale de la Santé (http://www.who.int/health_financing/universal_coverage_definition/fr/, consulté le 20 septembre 2016)
- 4 *Ibid* ref. 2
- 5 Government of Sierra Leone. Health compact. 2011 (https://www.uhc2030.org/fileadmin/uploads/ihp/Documents/Country_Pages/Sierra_Leone/Government%20of%20Sierra_Leone%20Health%20Compact.pdf, consulté le 12 septembre 2016)
- 6 Government of Sierra Leone, Ministry of Health and Sanitation. National health sector strategic plan 2010-2015. Freetown. 2009 (http://www.ministerial-leadership.org/sites/default/files/resources_and_tools/NHSSP%202010-2015.pdf, consulté le 12 septembre 2016)
- 7 Government of Sierra Leone, Ministry of Health and Sanitation. Review of the implementation of the national health sector strategic plan (2010-2015). Freetown. 2015 (http://uhcpartnership.net/wp-content/uploads/2014/03/Sierra-Leone-NHSSP-Final-Report_FINAL.pdf, consulté le 12 septembre 2016)
- 8 Government of Sierra Leone, Ministry of Health and Sanitation. National health sector strategic plan 2010-2015: joint programme of work and funding (JPWF) 2012-2014. Freetown. 2012 (<https://www.healthresearchweb.org/files/JPWFFinal.pdf>, consulté le 12 septembre 2016)
- 9 Government of Sierra Leone, Ministry of Health and Sanitation. Basic package of essential health services for Sierra Leone. Freetown. 2010 (<http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s19423en/s19423en.pdf>, consulté le 12 septembre 2016)
- 10 *Ibid* ref. 7
- 11 Kiény MP, Evans DB, Schmets G, and Kadandale S. Health-system resilience: reflections on the Ebola crisis in western Africa. *Bull World Health Organ.* 2014; 92: 850.
- 12 Chalkidou K, Glassman A, Marten R, Vega J, Teer-awatananon Y, Tritasavit N, et al. Priority-setting for achieving universal health coverage. *Bull World Health Organ.* 2016;94(6):462-75 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4890204/pdf/BLT.15.155721.pdf>, consulté le 13 septembre 2016)
- 13 Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes. WHO's framework for action. Genève, Organisation mondiale de la santé 2007 (http://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys_business.pdf?ua=1, consulté le 13 septembre 2016)
- 14 Ham C. Priority-setting in health care: learning from international experience. *Health Policy.* 1997;42: 49-66. pmid:10173493
- 15 Brinkerhoff DW, Bossert TJ. Health governance: concepts, experience, and programming options. Washington [DC]: U.S. Agency for International Development; 2008 (Health Systems 20/20, Policy Brief; (<https://www.hfgproject.org/wp-content/uploads/2015/02/Health-Governance-Concepts-Experience-and-Programming-Options.pdf>, consulté le 13 septembre 2016)
- 16 Mitton C, Smith N, Peacock S, Evoy B, Abelson J. Public participation in health care priority setting: a scoping review. *Health Policy.* 2009;91(3):219-28. doi:10.1016/j.healthpol.2009.01.005
- 17 Mitton C, Donaldson C. Health care priority setting: principles, practice and challenges. *Cost Eff Resour Alloc.* 2004;2(3) (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC411060/pdf/1478-7547-2-3.pdf>, consulté le 13 septembre 2016)
- 18 Robinson S, Williams I, Dickinson H, Freeman T, Rumbold B. Priority-setting and rationing in healthcare: evidence from the English experience. *Soc Sci Med.* 2012;75(12):2386-93. doi:10.1016/j.socscimed.2012.09.014
- 19 Arvidsson E, André M, Borgquist L, Andersson D, Carlsson P. Setting priorities in primary health care on whose conditions? A questionnaire study. *BMC Fam Pract.* 2012;13:114 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3528614/pdf/1471-2296-13-114.pdf>, consulté le 13 septembre 2016)
- 20 Bolsewicz Alderman K, Hipgrave D, Jimenez-Soto E. Public engagement in health priority-setting in low- and middle-income countries: current trends and considerations for policy. (*PLoS Med.* 2013; 10(8) (<http://journals.plos.org/plosmedicine/article/file?id=10.1371/journal.pmed.1001495&type=printable>, consulté le 13 septembre 2016)
- 21 *Ibid* ref. 17
- 22 *Ibid* ref. 19
- 23 Drépanocytose et autres hémoglobinopathies, Genève, Organisation mondiale de la Santé 2011 (Principaux faits OMS/308); (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs308/fr/>, consulté le 13 septembre 2016)
- 24 Living with obstetric fistula: qualitative research findings from Bangladesh and the Democratic Republic of Congo. USAID. (<https://www.engenderhealth.org/files/pubs/fistula-care-digital-archive/1/12/living-with-obstetric-qualitative-brief-english.pdf>, consulté le 13 septembre 2016)
- 25 Wall LL, Arrowsmith SD, Briggs ND, Lassez A. Urinary incontinence in the developing world: the obstetric fistula. In: Abrams P, Cardozo L, Khoury S, Wein A, editors. *Incontinence. 2nd international consultation on incontinence*, Paris, July 1-3, 2001. 2nd edition. London: Health Publications Ltd.; 2002: 893-935 (https://www.ics.org/publications/ici_2/chapters/chap12.pdf, consulté le 14 septembre 2016)
- 26 Luwam Semere L, Nour NM. Obstetric fistula: living with incontinence and shame. *Rev Obstet Gynecol.* 2008 1(4):193-7 (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2621054/pdf/RI06001004_0193.pdf, consulté le 14 septembre 2016)
- 27 Goh JTW, Krause H, Tessema AB, Abraha G. Urinary symptoms and urodynamics following obstetric genito-urinary fistula repair. *Int Urogynecol J.* 2012;24(6):947-51 (<https://worldwidefistulafund.org/docs/resources/goh-urodynamics-after-wvf-repair-2013.aspx>, consulté le 14 septembre 2016)
- 28 *Ibid* ref. 18
- 29 Tromp N, Baltussen R. Mapping of multiple criteria for priority setting of health interventions: an aid for decision makers. *BMC Health Serv Res.* 2012;12:454 (<https://bmchealthservres.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1472-6963-12-454>, consulté le 14 septembre 2016)
- 30 Primary Care Trust Network. Priority-setting: strategic planning. London: The NHS Confederation; 2008 (<http://www.nhsconfed.org/~media/Confederation/Files/Publications/Documents/Priority%20setting%20strategic%20planning>, consulté le 14 septembre 2016)
- 31 *Ibid* ref. 16
- 32 *Ibid* ref. 29
- 33 Baltussen R, Niessen L. Priority setting of health interventions: the need for multi-criteria decision analysis. *Cost Eff Resour Alloc.* 2006;4:14 (<https://resource-allocation.biomedcentral.com/articles/10.1186/1478-7547-4-14>, consulté le 15 septembre 2016)
- 34 Guide for establishing public health priorities. Course notes, modified from CDC case study: Translating science into practice. 2004.
- 35 *Ibid* ref. 29
- 36 Buffett C, Ciliska D, Thomas H. Évaluation de l'applicabilité et de la transférabilité des données probantes : Puis-je utiliser ces données probantes dans mes décisions de programmes ? Hamilton (ON): Centre de collaboration nationale des méthodes et outils ; 2007 (<http://www.nccmt.ca/uploads/media/media/0001/01/ea0f35a0458f84bce52deabc21c457ff6a818f6.pdf>, consulté le 14 septembre 2016)
- 37 Public Health Science Team. Priority-setting in public health. Los Angeles: County of Los Angeles Public Health; 2010. (Quality Improvement Brief; <http://publichealth.lacounty.gov/qiap/docs/QIBriefPrioritySettinginPublicHealth9-20-2010finalv5.pdf>, consulté le 14 septembre 2016)
- 38 Mendenhall E, De Silva MJ, Hanlon C, Petersen I, Shidhaye R, Jordans M, et al. Acceptability and feasibility of using non-specialist health workers to deliver mental health care: stakeholder perceptions from the PRIME district sites in Ethiopia, India, Nepal, South Africa, and Uganda. *Soc Sci & Med.* 2014;118:33-42 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4167946/>, consulté le 14 septembre 2016)
- 39 Bukachi SA, Onyango-Ouma W, Siso JM, Nyamongo IK, Mutai JK, Hurtig AK, et al. Healthcare priority setting in Kenya: a gap analysis applying the accountability for

- reasonableness framework. *Int J Health Plann Mgmt*. 2013. (https://profiles.unbi.ac.ke/onyangoouma/files/publication_2013.pdf, consulté le 14 septembre 2016)
- 40** Éliminer les mutilations sexuelles féminines. Déclaration interinstitutions: HCDH, OMS, ONUSIDA, PNUD, UNCEA, UNESCO, UNFPA, UNHCR, UNICEF, UNIFEM. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2008. (http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43902/9789242596441_fre.pdf?sequence=1, consulté le 14 septembre 2016)
- 41** *Ibid* ref. 17
- 42** *Ibid* ref. 29
- 43** Cambridge Dictionary. Fairness. (<https://dictionary.cambridge.org/fr/dictionnaire/anglais/fairness?q=Fairness>, consulté le 14 septembre 2016)
- 44** Schöne-Seifert B. The 'rule of rescue' in medical priority-setting: ethical plausibilities and implausibilities. In: Baumann M, Lahno, editors. *Perspectives in Moral Science. Rationality, Markets and Morals*. 2009;0:421-30 (http://www.frankfurt-school-verlag.de/rmm/downloads/030_schoene_seifert.pdf, consulté le 15 septembre 2016)
- 45** Australian Indigenous HealthInfoNet [2016] Summary of Aboriginal and Torres Strait Islander health status, 2015 Perth (WA) (<http://www.healthinfonet.edu.au/health-facts/summary>, consulté le 14 septembre 2016)
- 46** Why does the health gap exist? Melbourne: Oxfam Australia. (<https://www.oxfam.org.au/what-we-do/indigenous-australia/close-the-gap/australias-indigenous-health-crisis-in-depth/>, consulté le 14 septembre 2016)
- 47** Australia's disturbing health disparities set Aboriginals apart. *Bull World Health Organ*. 2008;86(4):241-320 (<http://www.who.int/bulletin/volumes/86/4/08-020408/en/>, consulté le 15 septembre 2016)
- 48** The health and welfare of Australia's Aboriginal and Torres Strait Islander people 2011. The Australian Institute of Health and Welfare. (<https://www.aihw.gov.au/getmedia/677d394f-92e1-4ad5-92b4-c13951b88968/12222.pdf.aspx?inline=true>, consulté le 15 septembre 2016)
- 49** Indigenous health: 2014-2015 budget outcomes. Canberra: Australian Government Department of Health. 2016. (<http://www.health.gov.au/indigenous>, consulté le 15 septembre 2016)
- 50** The International Health Partnership (<http://www.internationalhealthpartnership.net/>, consulté le 15 septembre 2016. Site mis à jour: <https://www.uhc2030.org/about-us/history/>, consulté le 20 juin 2018)
- 51** Hipgrave DB, Alderman KB, Anderson I, Soto EJ. Health sector priority-setting at meso-level in lower and middle income countries: lessons learned, available options and suggested steps. *Soc Sci & Med*. 2014;102:190-200.
- 52** Kaplan W. Approaches to priority setting. Geneva: World Health Organization; update of 2004 version of article [Priority Medicines for Europe and the World, Background Paper 3; http://www.who.int/medicines/areas/priority_medicines/BP3_Approaches.pdf, consulté le 15 septembre 2016)
- 53** Hauck K, Smith PC, Goddard M. The economics of priority setting for health care: a literature review. Washington (DC): World Bank, Human Development Network; 2004 (Health, Nutrition and Population Discussion Paper; <http://siteresources.worldbank.org/HEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/Resources/281627-1095698140167/Chapter3Final.pdf>, consulté le 15 septembre 2016)
- 54** Issel LM. Health program planning and evaluation: a practical, systematic approach for community health. Sudbury (MA): Jones & Bartlett Learning; 2004
- 55** *Ibid* ref. 34
- 56** Garland M, Stull J. Public health and health system reform: access, priority-setting, and allocation of resources. In Jennings B, Kahn J, Mastroianni A, Parker L, editors. *Ethics and public health: model curriculum*. Washington (DC): Association of Schools of Public Health; 2003
- 57** Clark S, Weale A. Social values in health priority setting: a conceptual framework. *J Health Organ Manag*. 2012;26(3):293-316 / http://www.ucl.ac.uk/socialvalues/downloads/files/Social_Values_and_Priority_setting_background_paper_Clark_and_Weale_January_2011_FINAL.pdf, consulté le 16 septembre 2016)
- 58** Daniels N. Four unsolved rationing problems: a challenge. *Hastings Cent Rep*. 1994;24(4):27-9. pmid:7960702
- 59** Olsen JA. Theories of justice and their implications for priority setting in health care. *J Health Econ*. 1997;16(6):625-39. pmid:10176776
- 60** Williams A. Priority setting in public and private health care: a guide through the ideological jungle. University of York Centre for Health Economics, 1988 (Health Economics Consortium Discussion paper 36; <https://www.york.ac.uk/che/pdf/dp36.pdf>, consulté le 15 septembre 2016)
- 61** Hadorn DC. The problem of discrimination in health care priority setting. *JAMA*. 1992;268(11):1454-9. pmid:1387422
- 62** Williams I, Phillips D, Nicholson C, Shearer H. Evaluation of a deliberative approach to citizen involvement in health care priority setting. *Leadership in Health Services*. 2014;27(1):5-19. doi: 10.1108/LHS-01-2013-0002
- 63** *Ibid* ref. 16
- 64** Campbell S. Deliberative priority-setting. CIHR KT module. Ottawa: Canadian Institutes of Health Research; 2010 (http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/documents/deliberative_priority_setting_module_f.pdf, consulté le 15 septembre 2016)
- 65** National Association of County and City Health Officials (NACCHO). Guide to prioritization techniques. (<https://www.naccho.org/uploads/downloadable-resources/Guide-to-Prioritization-Techniques.pdf>, consulté le 15 septembre 2014)
- 66** Blackwood R. The use of Delphi methods. 2009. (<http://www.healthknowledge.org.uk/public-health-textbook/research-methods/1c-health-care-evaluation-health-care-assessment/use-delphi-methods>, consulté le 15 septembre 2016)
- 67** Baltussen R, Niessen L. Priority setting of health interventions: the need for multi-criteria decision analysis. *Cost Eff Resour Alloc*. 2006;4:14 (<http://www.nccm.ca/fr/referentiels-de-connaissances/interrogez-le-registre/136>, consulté le 15 septembre 2016)
- 68** Baltussen R. Priority-setting of public spending in developing countries: do not try to do everything for everybody. *Health Policy*. 2006; 78:149-56 (<https://pdfs.semanticscholar.org/85f1/bb5c7de0826ecd8658c3a64bbca7a0ff7da.pdf>, consulté le 20 septembre 2016)
- 69** Kapiriri L, Arnesen T, Norheim OF. Is cost-effectiveness analysis preferred to severity of disease as the main guiding principle in priority setting in resource poor settings? The case of Uganda. *Cost Eff Resour Alloc*. 2004; 2:1 (<https://resource-allocation.biomedcentral.com/articles/10.1186/1478-7547-2-1>, consulté le 15 septembre 2016)
- 70** *Ibid* ref. 67
- 71** Glassman A, Chalkidou K. Priority-setting in health: building institutions for smarter public spending. Washington (DC): Center for Global Development; 2012 (https://www.cgdev.org/sites/default/files/1426240_file_priority_setting_global_health_FINAL_0.pdf, consulté le 16 septembre 2016)
- 72** Hipgrave DB, Alderman KB, Anderson I, Soto EJ. Health sector priority-setting at meso-level in lower and middle income countries: lessons learned, available options and suggested steps. *Soc Sci & Med*. 2014;102:190-200
- 73** Health System Intelligence Project. The Health Planner's Toolkit. Health System Intelligence Project. Ontario: 2008. (<http://www.hclinkontario.ca/resources/14-hclink/resources/45-resources-planning.html>, consulté le 16 septembre 2016)
- 74** Khayat-zadeh-Mahani A, Fotaki M, Harvey G. Priority setting and implementation in a centralized health system: a case study of Kerman province in Iran. *Health Policy Plan*. 2013;28:480-94 (<http://heapol.oxfordjournals.org/content/28/5/480.full.pdf>, consulté le 16 septembre 2016)
- 75** Kapiriri L, Norheim OF, Heggenhougen K. Public participation in health planning and priority setting at the district level in Uganda. *Health Policy Plan*. 2003;18(2):205-13 (<http://heapol.oxfordjournals.org/content/18/2/205>, consulté le 16 septembre 2016)
- 76** Health in 2015: from MDGs, Millennium Development Goals to SDGs, Sustainable Development Goals. Geneva: World Health Organization; 2015 (<http://www.who.int/gho/publications/mdgs-sdgs/en/>, consulté le 16 septembre 2016)
- 77** De Maeseneer J, Willems S, De Sutter A, Van de Geuchte I, Billings M. Primary health care as a strategy for achieving equitable care: a literature review commissioned by the Health Systems Knowledge Network. Witwatersrand: Health Systems Knowledge Network; 2007 (http://www.who.int/social_determinants/resources/csdsd_media/primary_health_care_2007_en.pdf, consulté le 16 septembre 2016)
- 78** Adjei S, Nazzari A, Seddoh A, Blok L, Plummer D. The impact of HIV and AIDS funding and programming on health system strengthening in Malawi. KIT, University of Malawi; 2011 (Health System Research Series No.4 (https://www.kit.nl/health/wp-content/uploads/publications/1919_111114_KIT_Ghana.pdf, consulté le 16 septembre 2016)

Annexe 4.1

Méthodes et outils pour la mise en œuvre d'approches techniques

Évaluation des technologies de santé

Le système d'évaluation des technologies de santé définit les 7 étapes suivantes :

1. **L'homologation** garantit la sécurité et l'efficacité des nouveaux produits et ouvre une porte d'entrée au financement public ou par un donateur d'une technologie de santé.
2. **La définition de la portée** permet d'identifier et de sélectionner les technologies (définies d'une manière générale comme des politiques, des interventions, des médicaments, des produits de diagnostic ou d'autres produits) qui feront l'objet d'une évaluation en fonction des objectifs des pays ou des donateurs en matière de définition des priorités.
3. **L'analyse coût/efficacité** utilise des méthodes d'évaluation économique largement acceptées, des outils et des examens systématiques des données factuelles, en s'appuyant sur des critères définis pour la définition des priorités, tels que l'impact sur la santé, l'équité et la protection financière, le cas échéant.
4. **L'analyse de l'impact budgétaire** examine et prévoit l'impact financier et budgétaire potentiel de l'adoption et de la diffusion d'une technologie.
5. **Le processus délibératif** tient compte des résultats de l'analyse coût/efficacité, de l'analyse de l'impact budgétaire, ainsi que des critères décisionnels plus subjectifs en fonction des valeurs et du contexte national en vue de recommander un financement public ou provenant de donateurs.
6. L'étape de **la décision** permet d'évaluer les recommandations et de prendre des décisions pour inclure une technologie dans les budgets publics ou des donateurs.
7. **Les appels, le suivi et l'évaluation** permettent de faire appel des recommandations et de l'analyse connexe, et d'assurer le suivi et l'évaluation de l'impact des décisions.

L'analyse coûts/efficacité compare les coûts et les effets relatifs (outcomes) de deux lignes d'action ou plus.

(a) L'analyse coût/efficacité marginale, également appelée analyse de rentabilité différentielle, concerne uniquement l'utilisation du dollar marginal (c'est-à-dire, le dollar « supplémentaire ») pour financer l'option la plus rentable. Elle est exclusivement fondée sur une évaluation des interventions existantes, indépendamment de toutes contraintes particulières. Cette analyse utilise un seuil en tant que règle de décision simple pour choisir d'agir ou non : si le rapport coût/efficacité de cette activité se situe en deçà du seuil, l'activité doit être mise en œuvre, mais pas dans le cas contraire. Le seuil peut représenter une certaine notion d'avantage social, mais dans la pratique, il est généralement déterminé par le précédent en la matière. Un tel processus de prise de décisions marginale concernant les nouvelles priorités ne permet probablement que des améliorations marginales. La différence entre la position optimale et la position actuelle a tendance à croître si la prise de décisions marginale concernant de tels critères est répétée sur plusieurs périodes.

(b) L'analyse coût/efficacité généralisée ne suppose pas que la pratique actuelle soit valable sur le plan économique. Elle évalue le rapport coût/efficacité des technologies nouvelles et existantes par rapport à une référence hypothétique « nulle ». Dans le cadre de l'analyse de rentabilité généralisée, cette

position « nulle » est estimée moyennant la simulation des effets d'un « arrêt » des activités pertinentes pour le domaine d'analyse. Cela ne signifie pas la suppression de l'ensemble des effets susceptibles de persister après l'arrêt de telles activités : les effets s'estomperont généralement à mesure que la population vieillira. Dans l'outil de l'OMS d'analyse coût/efficacité généralisée, appelé CHOICE (<http://www.who.int/choice/en/>), le scénario de référence nulle n'exige pas qu'ils soient supprimés artificiellement. Cette approche suppose plutôt que la définition des priorités a pour but de maximiser les avantages dans un contexte concret. Par conséquent, l'approche CHOICE tient compte d'une contrainte budgétaire explicite (par exemple, les dépenses de santé actuelles) et les gains de santé réalisables sont analysés par rapport à cette contrainte. L'approche CHOICE de l'OMS produit un ensemble d'interventions (activités, politiques ou projets) qui, pour un budget donné, rapportent le meilleur gain possible en termes de santé. L'analyse coût/efficacité généralisée peut identifier les possibilités de désinvestissement ou d'investissement accrus dans les activités existantes. Dans le cadre de l'analyse coût/efficacité marginale, ces occasions seront systématiquement manquées.

- (c) L'analyse coût/efficacité approfondie « élargit » l'analyse coût/efficacité généralisée en estimant, outre les gains en termes de santé d'une intervention, les bénéfices en matière de protection contre les risques financiers et pour la justice (c'est-à-dire, d'équité). Ces avantages peuvent être évalués de manière indépendante et présentés dans un « tableau des avantages ».

La budgétisation des programmes et l'analyse marginale sont utilisées pour déterminer la combinaison optimale d'un ensemble particulier de

services pour une quantité donnée de ressources. Alors que la budgétisation des programmes a été conçue à l'origine comme un outil présentant sous forme de tableau les dépenses des différents programmes au sein d'une organisation, une analyse marginale est nécessaire en tant que technique d'évaluation visant à examiner la réaffectation des ressources en vue d'augmenter les bénéfices pour une population définie. En se fondant sur le principe économique sous-jacent du coût d'opportunité, le recours à l'analyse marginale peut aider les décideurs à identifier des changements possibles dans la combinaison de services fournis, ce qui peut permettre de maximiser les gains en matière de santé.

Les limites qui caractérisent la budgétisation des programmes et l'analyse marginale mentionnées dans la littérature sont les suivantes :

- i) la méthode est exclusivement fondée sur les programmes/domaines prioritaires actuels et sur les critères d'allocation ; et
- ii) elle est à la fois chronophage et comporte un volume important de données.

Analyse de la charge de morbidité

L'analyse de la charge de morbidité vise à quantifier l'écart entre l'idéal de vivre jusqu'à un âge avancé en bonne santé et la situation actuelle où une vie en bonne santé est raccourcie en raison de maladies, de traumatismes, d'invalidité, ou d'un décès prématuré. L'analyse de la charge de morbidité peut inclure des mesures épidémiologiques telles que l'incidence, la prévalence et les taux de mortalité. L'impact d'un problème de santé est évalué par le coût financier, la mortalité, la morbidité ou d'autres indicateurs. La morbidité peut être quantifiée en termes d'années de vie ajustées sur la qualité de vie (QALY) ou des

années de vie ajustées sur l'incapacité (DALY), lesquelles permettent de calculer le nombre d'années perdues en raison de la maladie. Étant donné que les DALY/QALY mesurent la perte de la qualité et de la productivité au cours de la vie, ces indicateurs sont particulièrement intéressants dans un contexte où les maladies chroniques dues à des maladies non transmissibles (comme le diabète de type 2) prennent de l'importance par rapport aux maladies transmissibles potentiellement mortelles (par exemple le paludisme).

Les exemples suivants illustrent des modèles d'analyse de la charge de morbidité qui peuvent également être envisagés en plus des moyens d'analyse traditionnels de la charge de morbidité.

- ▶ L'indice généré par le patient (*Patient Generated Index - IGP*) vise à quantifier, au moyen d'un questionnaire auto-administré, l'effet d'une pathologie sur la qualité de vie de manière significative et pertinente dans le contexte de la vie quotidienne de l'individu.
- ▶ Lives Saved Tool (LiST) est un logiciel d'aide à la décision permettant d'estimer l'incidence d'une intervention sur la mortalité aux niveaux national, régional et mondial. Il contient une vaste base de données sur l'efficacité d'interventions adaptées à chaque contexte. Le fait que l'outil pourrait encourager une approche verticale dans le renforcement des soins de santé, et qu'il ne tienne pas compte des facteurs contextuels qui influent sur la faisabilité et l'efficacité, constitue un inconvénient possible.

Évaluations des besoins de santé

L'évaluation des besoins de santé peut comprendre diverses mesures épidémiologiques sur les tendances de morbidité au sein d'une

communauté ou d'une population. L'examen de ces tendances peut permettre de mettre en évidence les inégalités en santé. Il se peut toutefois que les résultats de l'évaluation ne soient pas totalement conformes aux évaluations économiques axées sur les problèmes de santé à solutions rentables, car l'évaluation des besoins de santé met l'accent sur les problèmes de santé à forte mortalité (qui peuvent ne pas être rentables). Malgré cela, les évaluations des besoins de santé constituent le fondement d'une évaluation des problèmes de santé fondamentaux.

Matrice 2x2

La matrice 2x2 permet d'évaluer les priorités en fonction de certains critères. La matrice comporte quatre quadrants ; un critère général est attribué à chaque axe (par exemple, « importance/urgence », « coût/impact », « besoin/faisabilité », etc.). Les flèches sur les axes indiquent le degré, à savoir « élevé » ou « faible ». Chaque quadrant est identifié comme suit : « besoin élevé/faisabilité élevée », « besoin élevé/faisabilité faible », « besoin faible/faisabilité élevée », « besoin faible/faisabilité faible ». Les activités, projets ou programmes concurrents sont évalués en fonction de la mesure dans laquelle cet ensemble de critères est respecté. Ils sont ensuite classés par catégorie et hiérarchisés.

- ▶ **Besoins élevés/ faisabilité élevée** – avec une forte demande et un retour sur investissement élevé, il s'agit des éléments les plus prioritaires et il conviendrait de leur accorder suffisamment de ressources pour les maintenir et les améliorer continuellement.
- ▶ **Besoins faibles/ faisabilité élevée** – souvent importants au plan politique et difficiles à éliminer, ces éléments peuvent être remaniés afin de réduire l'investissement tout en maintenant l'impact.

- ▶ **Besoins élevés/faisabilité faible** – il s’agit de projets à long terme qui ont un grand potentiel mais qui nécessitent des investissements importants. Le fait de se concentrer sur un trop grand nombre de ces éléments peut saturer une institution.
- ▶ **Besoins faibles/faisabilité faible** – ces éléments, associés à un retour sur investissement minime, ont le niveau de priorité le plus bas et ils devraient être progressivement éliminés, ce qui permet de réaffecter les ressources à des éléments plus prioritaires.

L’Encadré A.4.1 présente une matrice 2x2 hypothétique d’évaluation des priorités dans une situation de flambée de maladie à virus Ebola. Les paramètres relatifs aux besoins et à la faisabilité évoluent au fil du temps, ce qui démontre que ce type d’exercice peut être réalisé à intervalles réguliers.

Encadré A.4.1

Établissement des priorités au niveau national après une flambée de maladie à virus Ebola

Phase d’urgence :
L’arrêt de l’épidémie doit-il être considéré comme une priorité ?

Besoins élevés/faisabilité faible

Besoin : risque de propagation de l’épidémie, susceptible de devenir une pandémie.

Faisabilité : il n’existe pas de traitement curatif facilement disponible ; l’isolement des cas et la prévention sont difficiles.

Rétablissement des systèmes de santé :
Les investissements à court terme doivent-ils être une priorité ?

Besoins élevés/ faisabilité élevée

Besoin : en raison de la défaillance du système (par exemple, pénurie de ressources humaines et autres ressources), les soins dans les zones touchées sont de plus en plus insuffisants.

Faisabilité : le financement d’urgence permet des investissements rapides (par exemple, le recrutement de nouveaux employés et l’ajout de services de laboratoire) et le renforcement des services essentiels (par exemple,

amélioration des pratiques en matière de surveillance).

Renforcement de la capacité du système de santé : stratégies à moyen terme

Besoins faibles/ faisabilité élevée

Besoin : parallèlement aux investissements permettant de renforcer le système, une analyse approfondie des failles structurelles du système de santé (y compris celles liées aux déterminants socioéconomiques de la santé, et donc multisectorielles) peut être soigneusement planifiée et réalisée. Sur la base des résultats de cette analyse, des stratégies à moyen terme peuvent être élaborées pour lutter contre les insuffisances profondément enracinées du système.

Faisabilité : un engagement politique ferme aux niveaux national et international permet de renforcer l’ensemble du système de santé afin qu’il puisse mieux prévenir les flambées similaires et leur propagation, et d’améliorer la disponibilité des services de dispense de soins aux populations touchées.

Méthode de Hanlon

La méthode de Hanlon, ou système de classement des priorités essentielles (Basic Priority Rating System, - BPRS), établit une hiérarchie des problèmes de santé en fonction de la nature du problème et de l'efficacité de la solution. La nature du problème est définie par des variables clés, notamment 1) son poids, 2) sa gravité, son urgence, les conséquences économiques, la bonne volonté et la participation des tiers et 3) l'efficacité de l'intervention. Chaque variable est évaluée sur une échelle de 1 à 10 (de faible à élevée). La méthode utilise les étapes décrites ici.

Étape 1 : évaluation selon des critères

précis – une fois qu'une liste de problèmes de santé a été dressée, sur une échelle allant de un à dix, chaque problème de santé est évalué selon les critères suivants : ampleur du problème de santé, gravité du problème de santé et efficacité des interventions potentielles.

Étape 2 : le test PEARL est appliqué (voir ci-dessous).

Étape 3 : les scores de priorité sont calculés sur la base des trois critères.

Étape 4 : les problèmes de santé sont classés en fonction des scores de priorité calculés à l'étape 3 de la méthode de Hanlon, le score de priorité la plus élevée classée « 1 », la note de priorité suivante classée « 2 », et ainsi de suite.

Les composantes PEARL (*Propriety, Economics, Acceptability, Resources and Legality* - pertinence, faisabilité économique, acceptabilité, disponibilité des ressources et légalité)

Après l'évaluation des problèmes de santé en fonction de certains critères, les composantes PEARL sont utilisées pour éliminer tous les problèmes de santé pour lesquelles la réponse à l'une des questions ci-dessous sur les aspects de faisabilité est « non ». Par ailleurs, des mesures correctives sont prévues pour veiller à ce que les priorités sanitaires potentielles satisfassent aux cinq facteurs de faisabilité.

- ▶ Pertinence – le programme consacré au problème de santé est-il approprié ?
- ▶ Faisabilité économique – est-il justifié sur le plan économique de traiter le problème ? Le fait de ne pas le traiter a-t-il des conséquences économiques ?
- ▶ Acceptabilité – la communauté accepte-t-elle le programme ? Est-il souhaité ?
- ▶ Disponibilité des ressources – le financement est-il disponible ou potentiellement disponible pour ce programme ?
- ▶ Légalité – les lois actuelles permettent-elles de mettre en œuvre les activités du programme ?

Annexe 4.2

Méthodes et outils pour des approches fondées sur les valeurs

Responsabilité pour la raisonnabilité

La responsabilité pour la raisonnabilité est une approche de prise de décisions reposant sur quatre conditions :

- i) la pertinence pour le contexte local, décidée sur base de critères convenus ;
- ii) les décisions concernant la définition des priorités ainsi que leurs justifications doivent être accessibles au public ;
- iii) la mise en place de mécanismes de révision/d'appel pour contester ou réviser les décisions ;
- iv) un encadrement (leadership) est en place pour garantir le respect des trois conditions susmentionnées.

Processus de consultation des citoyens

Les consultations de la population permettent de capturer ses demandes, ses opinions et ses attentes sur des questions liées à la santé afin d'améliorer la transparence et la pertinence du processus de définition des priorités. Veuillez consulter le Chapitre 2 intitulé : « Consultation de la population sur ses besoins et ses attentes » de ce guide pratique pour de plus amples informations.

Technique du vote multiple

1. Premier tour du vote : sur une fiche, tous les participants votent de façon anonyme pour autant de domaines prioritaires qu'ils le souhaitent.
2. Liste mise à jour : l'ensemble des votes sont comptabilisés, un nombre limité de domaines prioritaires ayant obtenu le plus de votes sont affichés et le groupe en prend connaissance.

3. Deuxième tour du vote : l'ensemble des participants votent, à trois reprises au maximum pour les domaines prioritaires restants.

4. Liste mise à jour : tous les votes sont de nouveau comptabilisés, les trois domaines prioritaires ayant obtenu plus de trois votes sont affichés et le groupe en prend connaissance.

5. Troisième tour du vote : tous les participants votent à deux reprises et le seul point ayant obtenu trois voix ou plus est le domaine prioritaire choisi.

Technique du groupe nominal (ou du vote multiple)

La technique fait intervenir un animateur pour diriger une série de votes de type « round-robin » en vertu de laquelle une question ou un problème est présenté par chaque participant du groupe. Ceci est fait « silencieusement » et sans débat de groupe et il en résulte une longue liste de domaines prioritaires qui sont recommandés par le groupe ; on parle aussi de « brainstorming silencieux ». Les éléments sont ensuite rassemblés et classés selon la nature de la question et une discussion a lieu pour déterminer si les éléments sont à la hauteur des critères convenus avant d'appliquer la technique du groupe nominal. On demande ensuite aux participants de classer individuellement les différents problèmes de santé identifiés sur une échelle de 1 à 10 (ou l'unité de mesure la plus appropriée). Les réponses sont ensuite collectées et calculées par l'animateur, qui rapporte les scores au groupe. Ce processus est ensuite répété, soit par consensus, soit par classement individuel jusqu'à ce que les résultats soient affinés.

Méthode Delphi

La méthode Delphi facilite la prise de décisions sur la base des résultats des questionnaires envoyés à un groupe d'experts. Plusieurs séries de questionnaires sont envoyées, et les réponses anonymes sont regroupées et partagées avec le groupe après chaque cycle. Les experts sont

autorisés à ajuster leurs réponses au cours des cycles ultérieurs. Étant donné que plusieurs séries de questions sont posées et que le groupe d'experts est informé de l'opinion d'ensemble du groupe, la méthode Delphi cherche à parvenir à une réponse correcte par consensus.

Tableau A.4.1 Exemple d'un questionnaire Delphi

Selon vous, à quels domaines cliniques parmi les suivants devrait-on accorder la priorité pour l'élaboration d'une base de données améliorée sur les groupes ethniques minoritaires et leurs besoins en matière de santé ?

DOMAINE CLINIQUE	NIVEAU DE PRIORITÉ POUR L'ÉLABORATION D'UNE BASE DE DONNÉES AMÉLIORÉE	OBSERVATIONS – Y COMPRIS TOUT DOMAINE PARTICULIÈREMENT IMPORTANT NÉCESSITANT UNE ACTION
Santé mentale	Faible 1 2 3 4 5 Élevé 0 (ne sait pas)	
Cancer	Faible 1 2 3 4 5 Élevé 0 (ne sait pas)	
Vaccination	Faible 1 2 3 4 5 Élevé 0 (ne sait pas)	

Le questionnaire permet aux répondants de soulever d'autres questions ayant trait au sujet. Le premier cycle du questionnaire vise à classer les opinions sous des rubriques communes. Sur

la base d'une analyse des réponses obtenues lors du premier cycle, un deuxième questionnaire est ensuite préparé.

Tableau A.4.2 Exemple d'un questionnaire Delphi

Le cancer a été identifié comme étant une priorité élevée pour l'élaboration d'une base factuelle concernant les groupes ethniques minoritaires. Dans ce domaine clinique, sur quels aspects la recherche devrait-elle se concentrer ?

DOMAINE DE RECHERCHE	PRIORITÉ POUR L'ÉLABORATION D'UNE BASE DE DONNÉES AMÉLIORÉE	OBSERVATIONS, SUJETS IMPORTANTS EN VUE D'UNE ACTION
Identifier les facteurs de risque des maladies	Faible 1 2 3 4 5 Élevé 0 (ne sait pas)	
Identifier les obstacles à l'accès aux services	Faible 1 2 3 4 5 Élevé 0 (ne sait pas)	
Améliorer l'expérience du patient chez les groupes ethniques minoritaires	Faible 1 2 3 4 5 Élevé 0 (ne sait pas)	

Après l'analyse des réponses obtenues lors du deuxième cycle, un questionnaire peut être conçu dans le cadre du troisième cycle. À ce stade, le questionnaire du deuxième cycle est soumis à nouveau, toutefois il inclut les scores obtenus à partir des résultats du deuxième questionnaire. Cela donne aux participants une occasion de constater la façon dont le reste du groupe a hiérarchisé les domaines. Si le participant veut alors changer d'avis sur la base du consensus du groupe, il a la possibilité de le faire.

Enfin, les résultats de la troisième série du questionnaire sont analysés en vue de parvenir à un accord ou d'atteindre un degré de consensus et les résultats sont rapportés.

Prise de décision à critères multiples

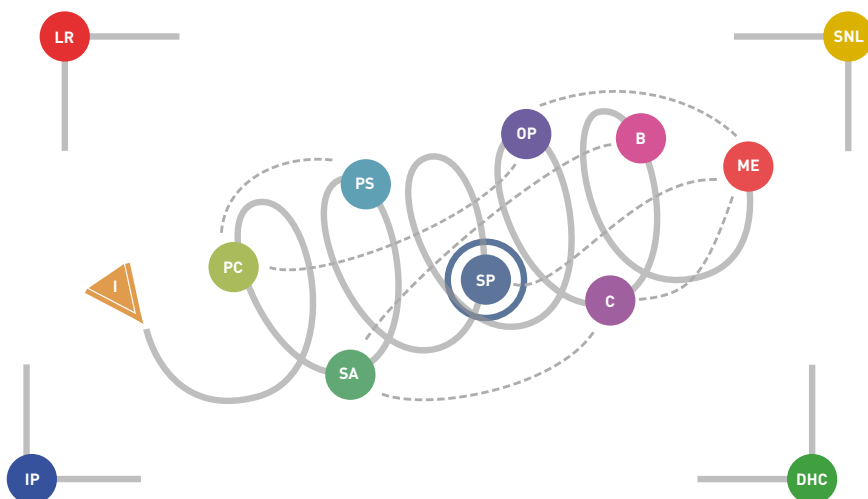
La décision à critères multiples est un modèle d'analyse de décision quantitatif permettant de capturer les préférences des décideurs et de trouver la solution la plus souhaitée au problème. Il s'agit d'une méthode hybride en ce qu'elle intègre à la fois des approches techniques et centrées sur les valeurs. Le modèle est fondé sur une grille de mesure des résultats où chaque ligne décrit une option et chaque colonne décrit l'efficacité des options par rapport à chaque critère. Pour ce faire, cinq critères sont appliqués : la maximisation de la santé de la population générale, la distribution de la santé au sein de la population, les préférences spécifiques de la société, les contraintes budgétaires et pratiques, et les considérations politiques.

Chapitre 5

Planification stratégique : traduire les priorités en plans nationaux

Frank Terwindt

Dheepa Rajan



I	CHAPITRE 1 Introduction : stratégies nationales en santé au XXI ^e siècle
PC	CHAPITRE 2 Consultation de la population sur ses besoins et ses attentes
SA	CHAPITRE 3 Analyse de situation du secteur de la santé
PS	CHAPITRE 4 Définition des priorités des politiques, stratégies et plans nationaux de santé
SP	CHAPITRE 5 Planification stratégique : traduire les priorités en plans nationaux
OP	CHAPITRE 6 Planification opérationnelle : transformer les plans nationaux en actions
C	CHAPITRE 7 Estimation des coûts des politiques, stratégies et plans nationaux de santé
B	CHAPITRE 8 Budgétisation du secteur de la santé
ME	CHAPITRE 9 Suivi, évaluation et revues des politiques, stratégies et plans nationaux de santé

Thèmes transversaux à la planification nationale de la santé

LR	CHAPITRE 10 Droit, réglementation et stratégies en santé
SNL	CHAPITRE 11 Élaboration d'une stratégie en santé au niveau décentralisé
IP	CHAPITRE 12 Planification intersectorielle et équité en santé
DHC	CHAPITRE 13 Stratégies en santé en situation de crise

Vue d'ensemble

En matière de santé, la planification stratégique vise à identifier, hiérarchiser et planifier les interventions à moyen terme dans le secteur de la santé dans sa globalité. Il en résulte un plan stratégique sectoriel qui permet d'orienter les activités et les investissements nécessaires pour atteindre les résultats et les retombées attendus à moyen terme.

Conformément avec cette définition, l'objectif de la planification stratégique en santé est de définir une orientation à moyen terme pour le développement du système de santé et de mettre l'accent sur ce développement. La prise de décision doit reposer sur une analyse approfondie de la situation actuelle, sur les enseignements tirés des plans précédents, sur les ressources disponibles escomptées et sur les priorités retenues.

Ce chapitre fournit des conseils relatifs à l'élaboration de politiques, stratégies et plans nationaux de santé (PSPNS) pertinents auxquels on se réfère, que l'on consulte et que l'on utilise. Des étapes sont proposées pour mener à bien le processus de développement des PSPNS tout en exposant les erreurs et les problèmes couramment rencontrés et en proposant des solutions.



Résumé

Qu'entend-t-on par planification stratégique ?

En matière de santé, la planification stratégique vise à identifier, hiérarchiser et planifier les interventions à moyen terme dans le secteur de la santé dans sa globalité. Il en résulte un plan stratégique sectoriel à moyen terme qui oriente les activités et les investissements nécessaires pour atteindre les résultats et les retombées attendus à moyen terme.

Pourquoi est-il important de traduire les priorités en plan ?

Les principales raisons qui conduisent à transposer les priorités en plans sont les suivantes :

- ▶ concrétiser lesdites priorités ;
- ▶ se concentrer sur le moyen à long terme, sans s'écarter de la voie optimale ;
- ▶ éviter la fragmentation du secteur de la santé ;
- ▶ contribuer à centrer le dialogue politique sur les priorités du secteur de la santé ;
- ▶ orienter la planification opérationnelle, l'allocation des ressources, le suivi et l'évaluation du secteur de la santé.

Quand faut-il recourir à la planification stratégique ?

Dans le contexte de développement global que connaît actuellement le secteur de la santé, la planification stratégique est un processus itératif qui doit être mené tous les 3 à 5 ans (à moyen terme). L'exercice de planification stratégique succède généralement à la phase de définition des priorités et précède la planification opérationnelle.

Qui doit prendre part à la planification stratégique ?

La stratégie pour la santé gagne en efficacité si un large éventail de parties prenantes est impliqué et si le processus de planification et

son produit bénéficient d'une réelle adhésion du pays. Pour que ce processus soit fructueux, les parties prenantes du secteur de la santé doivent parvenir à une compréhension commune des questions clés et partager des objectifs et les attentes institutionnels identiques. Une telle approche participative est susceptible d'être plus efficace, non seulement pour ce qui est de planifier la vision et les activités appropriées, mais aussi pour garantir une entreprise conjointe de la mise en œuvre du plan stratégique par tous les groupes d'acteurs.

Comment traduire les priorités en plans ?

Dans ce chapitre, des conseils sont apportés en lien avec :

- ▶ la préparation de l'élaboration des PSPNS ;
- ▶ la définition des objectifs principaux (ou orientations stratégiques) en conformité avec les priorités définies d'un commun accord ;
- ▶ la définition des objectifs spécifiques sous la forme de cibles (à atteindre par rapport à leurs niveaux de référence initiaux) ;
- ▶ la présentation des grands domaines d'activité ;
- ▶ l'apport d'orientations des PSPNS ;
- ▶ l'approbation et la diffusion des PSPNS ;
- ▶ la structure du document des PSPNS.

Et si...

Certains paramètres sont à prendre en compte si le pays :

- ▶ a un système d'administration décentralisé ;
- ▶ est en situation de fragilité ;
- ▶ est fortement dépendant de l'aide.



5.1 Qu'entend-t-on par « planification stratégique » ?

5.1.1 Définitions

La planification est une méthode visant à essayer d'utiliser les ressources disponibles aujourd'hui et à l'avenir de la manière la plus efficace possible afin d'atteindre des objectifs précis.¹ La planification comprend également l'organisation et la préparation des interventions nécessaires pour atteindre ces objectifs.

Trois types de planification dans le développement du secteur de la santé sont à distinguer en fonction de l'échéance visée :

1. la planification à long/moyen terme, généralement utilisée dans le cadre de l'orientation stratégique ;
2. la planification à court terme, qui oriente les aspects de mise en œuvre opérationnelle ;
3. les plans extraordinaires/de préparation aux catastrophes, nécessaires en cas d'événements majeurs inattendus.

D'après les théories issues du monde de l'entreprise, la planification stratégique compte trois caractéristiques qui la différencient de la planification opérationnelle :

1. une vision à long terme plutôt qu'à court terme ;
2. une appréhension globale de l'ensemble de l'activité, plutôt qu'un morcellement en plusieurs plans ;
3. une préoccupation visant davantage à « s'adapter » à l'environnement externe, susceptible d'avoir des répercussions sur l'activité à plus long terme.

Dans le domaine de la santé, la planification stratégique vise à identifier, hiérarchiser et programmer les interventions à moyen terme dans le secteur

de la santé d'une manière globale. Les PSPNS en constituent le produit final ; ils permettent d'orienter les activités et les investissements nécessaires pour atteindre les résultats et les retombées attendus à moyen terme. Les détails de la mise en œuvre des PSPNS, c'est-à-dire la ligne de conduite la plus appropriée à adopter pour réaliser les objectifs ou suivre les orientations stratégiques des PSPNS, sont consignés dans les plans opérationnels (voir Figure 5.2).

Ainsi, l'objectif de la planification stratégique en santé est d'une part, de définir une orientation à moyen terme pour le développement du système de santé et d'autre part, de mettre l'accent sur ce développement, à partir d'une vision, de politiques, de stratégies et de priorités sectorielles. Il s'agit, en substance, de viser le développement des PSPNS.

Dans le domaine de la planification stratégique, la prise de décision repose sur une analyse approfondie de la situation en cours, sur les enseignements tirés des plans précédents, sur les ressources disponibles escomptées et enfin, sur les priorités retenues.

La planification stratégique du secteur de la santé comprend :

- ▶ la prestation de services de santé complets, y compris des services fournis à la personne ou non, et des services cliniques ou non ;
- ▶ les fonctions d'appui à la prestation des services de santé ;
- ▶ la gouvernance des systèmes de santé ;
- ▶ la recherche en santé ;
- ▶ le développement des systèmes de santé en général ;
- ▶ les réformes (institutionnelles, organisationnelles et administratives, y compris pour la décentralisation) ;
- ▶ la collaboration/coordination avec d'autres secteurs.

La planification stratégique vise à identifier, hiérarchiser et programmer les interventions à moyen terme dans le secteur de la santé d'une manière globale.

5.1.2 La planification stratégique en relation avec les autres phases du cycle décisionnel et de planification

La planification stratégique du secteur de la santé englobe :

- ▶ la hiérarchisation et la programmation des interventions ;
- ▶ l'attribution des responsabilités générales ;
- ▶ l'établissement d'un lien entre les interventions (activités et investissements) et l'attribution des ressources ;
- ▶ la mise en place d'un système de suivi et d'évaluation du secteur qui permet de mesurer la mise en œuvre (ressources et produits), l'efficacité et les résultats (effets et retombées), ainsi que les ajustements du plan au cours de sa mise en œuvre, en fonction des besoins.

Dans tous les cas, le développement des PSPNS est d'une certaine façon un processus permanent. Certes, le document général des PSPNS est élaboré conjointement par les parties prenantes du secteur de la santé une fois tous les 3 à 5 ans.

Toutefois, il se peut qu'un ajustement d'une stratégie propre à un domaine tel que, par exemple, la santé communautaire ou le paludisme, survienne légèrement plus tôt ou plus tard que prévu et ait une incidence sur le contenu des PSPNS. Dans le même ordre d'idées, certaines activités peuvent nécessiter une stratégie distincte, telle que le financement basé sur la performance, qui peut également avoir des répercussions sur le contenu des PSPNS. Dans la pratique, seuls les changements et les événements très importants entraînent l'élaboration complète de nouveaux PSPNS. Des changements moindres peuvent en effet être pris en compte par l'apport de modifications aux plans opérationnels, qui sont plus souples et plus proches des tâches concrètes entreprises sur le terrain.

a) La planification stratégique par rapport à la planification opérationnelle

Les processus de planification stratégique et opérationnelle peuvent être considérés comme un continuum composé d'une série de questions répondant aux interrogations « quoi » et « comment ».² Un plan stratégique définit avant tout l'orientation que doit prendre le secteur de la santé, alors qu'un plan opérationnel vise à décrire plus en détail comment aller vers ce cap.¹ Par exemple, « renforcer les services de soins de santé primaires » peut constituer l'objectif d'un plan stratégique. Ce dernier peut alors présenter de grands domaines d'activité proposés pour renforcer cet objectif, tels que « garantir la mise en œuvre de l'ensemble des services de santé essentiels ». Un plan opérationnel permet de détailler les activités à entreprendre pour fournir lesdits services, telles qu'un « programme de formation pour le personnel hospitalier des districts sur la nutrition » ou des « visites d'appui et de supervision par l'équipe de gestion sanitaire des districts ».

Les plans opérationnels précisent les différentes activités qu'il convient d'entreprendre pour mettre en œuvre des stratégies. Le plan stratégique s'appuie sur une conception à long terme (généralement de 3 à 5 ans, voir plus), alors que les plans opérationnels sont axés sur des périodes plus courtes (année, semestre, trimestre, mois) (voir Tableau 5.1).

Un plan stratégique définit avant tout l'orientation que doit prendre le secteur de la santé, alors qu'un plan opérationnel vise à décrire en détail comment aller vers ce cap.

¹ Voir chapitre 6 « Planification opérationnelle : transformer les plans nationaux en actions » de ce guide pratique.



Figure 5.1 Planification stratégique : hiérarchiser les actions pour parvenir à une conception à long terme

Tableau 5.1 Caractéristiques essentielles de la planification stratégique et de la planification opérationnelle

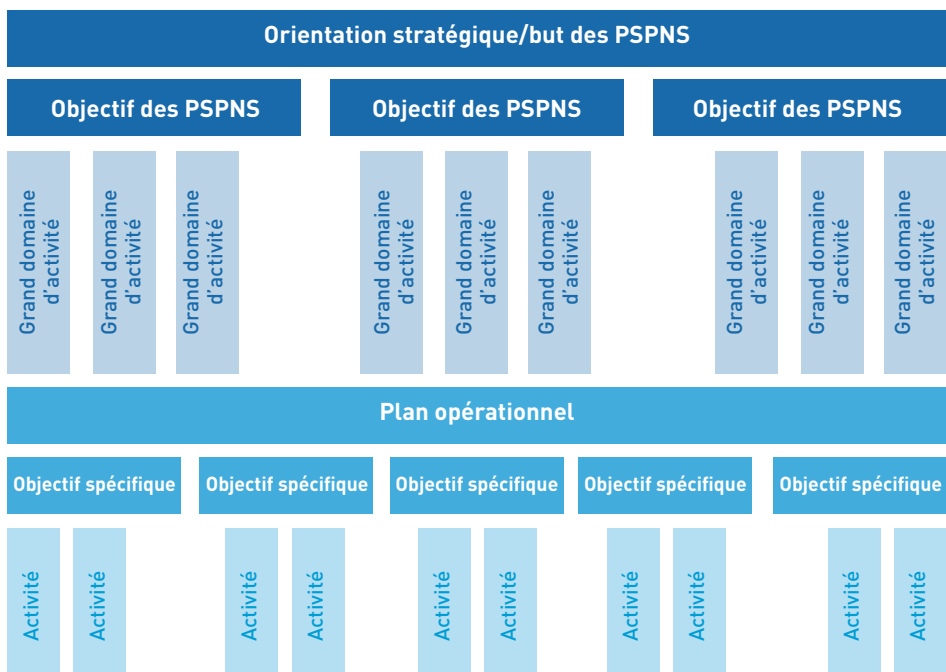
	PLANIFICATION STRATÉGIQUE	PLANIFICATION OPÉRATIONNELLE
PERSPECTIVE	Développement à moyen - long terme	Interventions à (plus) court terme
FOCUS	Orientation stratégique pour le secteur de la santé	Mise en œuvre d'activités concrètes
PÉRIODE	Document établi pour 3 à 5 ans	1 année, parfois période plus courte
FLEXIBILITÉ	Moins susceptible de changer pendant la période	Peut plus facilement être adaptée et modifiée en fonction de l'évolution des circonstances

Parfois, les plans opérationnels sont également qualifiés de « plans de mise en œuvre ». Cette dénomination peut néanmoins entraîner une confusion puisque les plans stratégiques sont aussi mis en œuvre. Par ailleurs, les plans opérationnels sont parfois considérés, à tort, comme des plans conçus expressément à destination des niveaux d'administration intermédiaire et inférieur. Cette conception est incorrecte dans la mesure où le travail des hauts fonctionnaires du ministère central de la Santé s'appuie sur le plan stratégique du secteur et sur le plan opérationnel de leur unité.

Les plans opérationnels doivent être reliés au plan stratégique (voir Figure 5.2) car ils définissent les mesures à prendre pour produire des résultats pendant une période donnée, conformément à ce qui est inscrit dans le plan stratégique.

Le plan opérationnel doit identifier les ressources nécessaires, déterminer les activités à réaliser, ainsi que les personnes participant à leur exécution et celles qui en sont responsables. En ce qui concerne le plan stratégique, il y a toujours un certain degré d'incertitude quant à la possibilité d'obtenir des résultats et des retombées, car cela dépend de certains aspects de la mise en œuvre à moyen terme (environ cinq ans), lesquels ne sont pas toujours prévisibles. En revanche, il faut autant que possible assurer la mise en œuvre complète du plan opérationnel. Sur un horizon d'un an ou moins, il est possible de le faire parce que les cibles, les responsabilités et les ressources sont quantifiées et que le plan opérationnel est généralement lié à un budget adopté pour le secteur.

Figure 5.2 Lien entre plans stratégique (PSPNS) et opérationnel



Encadré 5.1

Lien entre planification stratégique et planification opérationnelle en République unie de Tanzanie³

Le secteur de la santé en République unie de Tanzanie est régi par un plan stratégique national qui lui est propre, mis en œuvre au moyen de plans opérationnels à différents niveaux du système de santé, notamment dans les districts. Le ministère de la Santé fournit aux districts des orientations stratégiques générales, des conseils, une supervision et une formation dans le domaine de la planification opérationnelle, l'objectif étant de relier le plan stratégique au niveau national et les plans opérationnels sur le terrain. En 2007, le ministère de la Santé a conçu des manuels de formation à cette fin, conscient du fait que par le passé, les plans opérationnels de district avaient très peu de rapport avec les grands objectifs et les domaines d'activité des PSPNS, ce qui compliquait le suivi des objectifs à long terme.

Le module de formation proposé encourage le personnel des districts à examiner les objectifs des PSPNS et à étudier avec les responsables de la planification du ministère de la Santé la manière dont ces objectifs peuvent être mis en œuvre au niveau du district tout en restant réaliste, étant donné la situation concernant les donateurs, de l'épidémiologie locale et des besoins en santé publique.

b) La planification stratégique par rapport à l'estimation des coûts et à la budgétisation

La planification stratégique et l'estimation des coûts vont de pair.^{II} L'estimation initiale des coûts, plus approximative, doit être considérée comme un point de référence pour le processus de planification stratégique, alors que l'ajustement ultérieur des calculs de coûts doit refléter un dialogue avec les parties prenantes de la planification en santé. Comprendre l'incidence des coûts sur les ressources est impératif dans le cadre du dialogue politique en ce qui a trait à l'accessibilité économique des objectifs principaux énoncés dans les PSPNS et, plus important encore, pour que ces objectifs soient envisageables et réalistes, compte tenu de l'état actuel du système de santé.

Pour faire en sorte que l'exercice soit réaliste, il faut absolument que le lien entre planification et estimation des coûts soit solide dès le départ ; toute discussion sur les réformes et les cibles prévues dans les PSPNS doit prendre en considération les besoins en ressources. Le processus est très itératif parce que les décisions en matière de planification doivent tenir compte de la faisabilité opérationnelle et financière, alors que les projections de coûts nécessitent un ajustement entre les activités planifiées et la marge budgétaire disponible.

L'estimation des coûts des PSPNS peut ainsi aider à ancrer le processus de planification dans la réalité. Le processus d'estimation des coûts sert fréquemment à démontrer que les PSPNS sont peut-être trop ambitieux, dans le sens où les contraintes liées aux ressources financières disponibles ne sont pas prises en considération. Pour que l'analyse soit crédible, l'estimation des coûts doit être combinée à des projections réalistes des financements disponibles (toutes sources confondues). Les pays peuvent utiliser des cadres

^{II} Voir chapitre 7 « Estimation des coûts des politiques, stratégies et plans nationaux de santé » de ce guide pratique.

tels que le cadre des dépenses à moyen terme (CDMT) ou d'autres approches pour organiser et présenter les informations.^{III}

Si un CDMT est élaboré en même temps que les PSPNS, il est possible de faire des allers-retours entre les versions préliminaires des deux documents avant de les finaliser, et de s'assurer ainsi qu'ils sont compatibles entre eux.

^{III} Voir chapitre 8 « Budgétisation du secteur de la santé » de ce guide pratique.

5.1.3 Présentation succincte des approches de la planification stratégique

a) La planification du secteur de la santé peut être plutôt descendante ou plutôt ascendante

Dans les étapes du cycle de planification descendante, la terminologie et l'orientation sont prédéterminées par le niveau central pour l'ensemble du processus de planification, depuis la conception générale, l'établissement de l'objectif principal et des objectifs spécifiques, jusqu'aux modalités de mise en œuvre, voire jusqu'aux cibles éventuelles. Les niveaux inférieurs du système de santé sont, dans ce cas, principalement considérés comme des organes d'exécution du niveau central. Dans le cas d'une planification ascendante, le niveau central intervient pour aider les gestionnaires et les directeurs des différents centres budgétaires (où la planification opérationnelle a lieu) à identifier les questions importantes et pertinentes pour chacun, ce qui contribue à alimenter le processus de planification stratégique. Les données fournies par les différentes unités opérationnelles servent ensuite de principal point de départ pour la planification au niveau central.

Dans ce chapitre, nous préconisons vivement cette dernière approche, le processus devant être aussi participatif que possible, faisant intervenir de nombreuses parties prenantes, experts ou non, aux différentes étapes du cycle décisionnel et de planification en santé.

En réalité, de nombreux pays peuvent adopter un mélange de planification descendante et ascendante. La planification ascendante ne signifie pas pour autant un désengagement du niveau central - au contraire, l'autorité sanitaire centrale a un rôle capital à jouer en prodiguant des conseils et en collaborant avec les différentes institutions du secteur de la santé et les entités infranationales pour garantir un alignement sur les orientations stratégiques données dans les PSPNS.

b) La planification stratégique peut être effectuée de manière plutôt normative ou plutôt flexible

Si l'approche est normative, il s'agit d'une progression rationnelle et méthodique d'étapes prédéfinies dans un cycle décisionnel, que déterminent généralement les autorités sanitaires centrales. Dans une telle situation, la capacité de prise de décision au niveau central a tendance à se trouver au sommet, concentrée entre un petit nombre de cadres supérieurs.

Si l'approche est plus flexible, elle permet un certain degré d'autonomie des différents groupes d'intérêt, des groupes de population et des organismes publics qui participent au processus de planification. L'accent est ici mis sur la discussion et la négociation, une démarche pragmatique étant adoptée pour passer au crible les valeurs et les opinions, souvent divergentes, de chacun.

Dans ce cas également, de nombreux pays adoptent en réalité un mélange des deux approches. Un pays peut dès lors opter à la fois pour une approche ascendante normative et pour une approche descendante flexible. Une certaine dose d'autorité et d'orientations normatives au niveau central est toutefois nécessaire pour garantir une cohérence entre les différents sujets abordés et entre les régions géographiques. Le niveau central doit aborder sa collaboration avec les autres parties prenantes dans l'esprit d'un partenariat, où tous les points de vue sont pris en considération de manière équilibrée et alimentent les décisions finales prises collectivement. Il convient ici de faire preuve de souplesse pour accepter et/ou contester les opinions divergentes.

La planification stratégique peut être abordée de différentes manières ; elle peut être descendante ou ascendante, normative ou flexible.



5.2 Pourquoi est-il important de traduire les priorités en plan ?

5.2.2 Pour rester concentré sur le moyen et le long terme

Les priorités doivent être traduites et structurées dans un document où sont consignées la stratégie et l'orientation à suivre pour entrer en action. La raison en est exposée dans la présente section.

5.2.1 Pour concrétiser les priorités

Un bon plan stratégique traduit la vision et les priorités du secteur à long terme en phases de mise en œuvre concrètes et en étapes progressives, offrant ainsi une perspective à moyen terme pour le développement de l'ensemble du secteur. Cette démarche, qui repose sur l'idée que de nombreux problèmes sont complexes et ne peuvent être résolus à brève échéance, garantit la continuité et l'orientation des priorités à long terme.

Si elle est convenablement réalisée, la planification stratégique a pour fonction de traduire la vision, les objectifs et les priorités des instances dirigeantes en un document fiable permettant de mettre en œuvre les activités de manière non seulement efficace et harmonieuse, mais aussi efficiente et durable. Si l'on considère toutes les parties prenantes de la planification en santé comme coresponsables du secteur de la santé, un plan stratégique s'avère nécessaire pour définir les rôles et les responsabilités, en donnant à chacun une orientation et en précisant ce qu'ils peuvent attendre des autres et également ce que l'on attend d'eux. Cette clarification sur les rôles et responsabilités de chacun, mais aussi des organismes impliqués, est essentielle pour obtenir une large adhésion et l'engagement des parties prenantes du secteur de la santé, et donc, in fine pour une meilleure mise en œuvre.

Un plan peut concourir à maintenir le pays dans la voie optimale choisie pour développer le secteur de la santé en s'appuyant sur la couverture sanitaire universelle (CSU), en tenant compte des influences et des événements extérieurs.

Comme mentionné précédemment, il est important pour l'orientation du secteur de la santé que la vision qu'on en a soit consignée par écrit. Sa force réside dans le fait qu'elle a fait l'objet de débats et de discussions, et est soigneusement établie sur la base de preuves solides. L'inscrire sur papier peut aider à maintenir le secteur de la santé d'un pays dans la meilleure voie, le plus loin possible, en dépit des changements politiques ou autres. Une planification stratégique rigoureuse peut ainsi permettre de réduire au minimum les effets des influences extérieures susceptibles de causer une déviation non désirée. Elle contribue à éviter que l'on définisse les priorités en fonction des circonstances, en réaction à des facteurs extérieurs contraires, plutôt qu'en suivant un plan qui a été discuté, débattu et adopté. Des PSPNS solides peuvent aussi être considérés comme un moyen de limiter autant que possible le niveau d'incertitude ou de risque lié à l'environnement extérieur.

5.2.3 Pour éviter la fragmentation du secteur de la santé

En raison de son caractère exhaustif, un plan stratégique sectoriel concerne et englobe tous les programmes et services, y compris les fonctions d'appui. Cela facilite la coordination et peut contribuer à éviter la fragmentation due à une planification et à une exécution parallèles.

Un bon plan stratégique traduit la vision et les priorités du secteur à long terme en phases de mise en œuvre concrètes et en étapes progressives, offrant ainsi une perspective à moyen terme pour le développement du secteur.

5.2.4 Pour contribuer à centrer le dialogue politique sur les priorités du secteur de la santé

Les thématiques et les objectifs mis en avant dans les PSPNS servent de référence pour évaluer, orienter et réviser les activités ultérieures du secteur de la santé.

Éviter la fragmentation revient en grande partie à veiller à ce que les données initialement collectées et présentées dans les PSPNS, soient approuvées par toutes les parties prenantes du secteur de la santé, y compris les programmes, les services et les fonctions d'appui. Ces chiffres donnent le ton pour toutes les activités futures dans le secteur de la santé car ils serviront de base pour l'évaluation et la mesure des progrès.

Le plan stratégique permet de se recentrer sur les domaines et les interventions prioritaires, car il est directement lié à l'analyse de situation, à l'estimation des coûts et à la budgétisation. Les PSPNS constituent un document de référence par rapport auquel toutes les activités ultérieures du secteur de la santé seront évaluées, orientées et révisées. Les thématiques qui seront au cœur du dialogue politique à toutes les étapes du cycle de planification, seront celles mises en avant dans les PSPNS.

Encadré 5.2

Le rôle de la planification stratégique dans le développement du secteur de la santé, selon une étude concernant cinq pays⁴

Dans une étude réalisée par l'*Overseas Development Institute*, une analyse du développement du secteur de la santé dans cinq pays – Cambodge, Mozambique, Népal, Rwanda et Sierra Leone – met en lumière divers cycles de planification stratégique utilisés pour améliorer la gouvernance. Ces cycles aboutissent à des progrès significatifs dans le domaine de la santé maternelle et infantile et de la lutte contre les maladies tropicales négligées. Ces deux domaines essentiels ont été sélectionnés comme indicateurs en raison de leur rôle crucial dans les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) et parce qu'ils peuvent, en tant que tels, renseigner de manière indirecte sur les services de santé généraux. Les pays ont quant à eux été choisis sur la base d'indicateurs quantitatifs révélant des progrès sanitaires dans les domaines essentiels étudiés et ce, par rapport aux autres pays de leur région respective.

Des études de cas réalisées entre 2013 et début 2014 et une revue approfondie de la littérature ont servi de base à l'analyse des efforts concertés accomplis dans les différents contextes nationaux pour améliorer l'élaboration des politiques stratégiques et leurs conséquences dans le secteur de la santé. Au Mozambique, les améliorations des plans de santé, auxquels sont intégrés des objectifs ciblés et de

grands domaines d'activités liées à la santé maternelle et infantile et à la lutte contre les maladies tropicales négligées, ont entraîné une hausse de l'investissement dans le secteur par des donateurs ayant fourni un appui budgétaire. Au Cambodge, l'engagement national en faveur du plan stratégique de santé, qui met l'accent sur la lutte contre les maladies tropicales négligées, a facilité un partenariat clé entre le ministère de la Santé et celui de l'Éducation, de la Jeunesse et des Sports, ce qui a été crucial pour l'intensification de la lutte contre les maladies tropicales négligées. Au Rwanda, le ministère de la Santé a privilégié, dans la stratégie du secteur de la santé, une planification sanitaire décentralisée, avec des réformes permettant une plus grande participation des communautés et des acteurs locaux à la planification. Cela a conduit à une plus vaste appropriation de la stratégie par la communauté et à une plus grande volonté de participer à sa mise en œuvre.

Cette étude suggère que, malgré les diverses contraintes économiques et politiques, les efforts engagés à plusieurs niveaux visant à améliorer la gouvernance du secteur de la santé et l'élaboration des politiques stratégiques, peuvent entraîner une efficacité accrue dans la mise en œuvre des politiques et donc apporter des résultats positifs en santé.

5.3 Quand faut-il recourir à la planification stratégique ?

Dans le contexte du développement global que connaît actuellement le secteur de la santé, la planification stratégique est un processus itératif qui doit être mené tous les 3 à 5 ans (à moyen terme). La plupart des secteurs de la santé travaillent avec des plans stratégiques à moyen et/ou à long terme, ainsi qu'avec des plans opérationnels trimestriels et annuels. L'exercice de planification stratégique succède généralement à la phase de définition des priorités et précède la planification opérationnelle.

Il peut être utile d'assurer une bonne correspondance entre le plan stratégique et les plans opérationnels annuels grâce à un plan de mise en œuvre évolutif et continu ou d'un programme de travail et de budgets prévisionnels. Un tel document de planification de transition est nécessaire lorsque l'orientation du plan stratégique est trop générale pour guider la mise en œuvre, souvent parce qu'il ne fournit pas suffisamment de détails sur les phases/étapes, les cibles, les modalités de mise en œuvre et/ou les responsabilités.⁵

La planification est dite « prospective » dans le cas de stratégies à long terme, c'est-à-dire à une planification qui couvre une période de 10 ans minimum. Cette vision à long terme est de plus en plus utilisée en association avec des plans évolutifs et continus à court terme, qui ont des cycles plus courts. Une telle association est considérée comme une réponse flexible au besoin de plans détaillés à court terme dans le contexte d'une vision à plus long terme.⁶

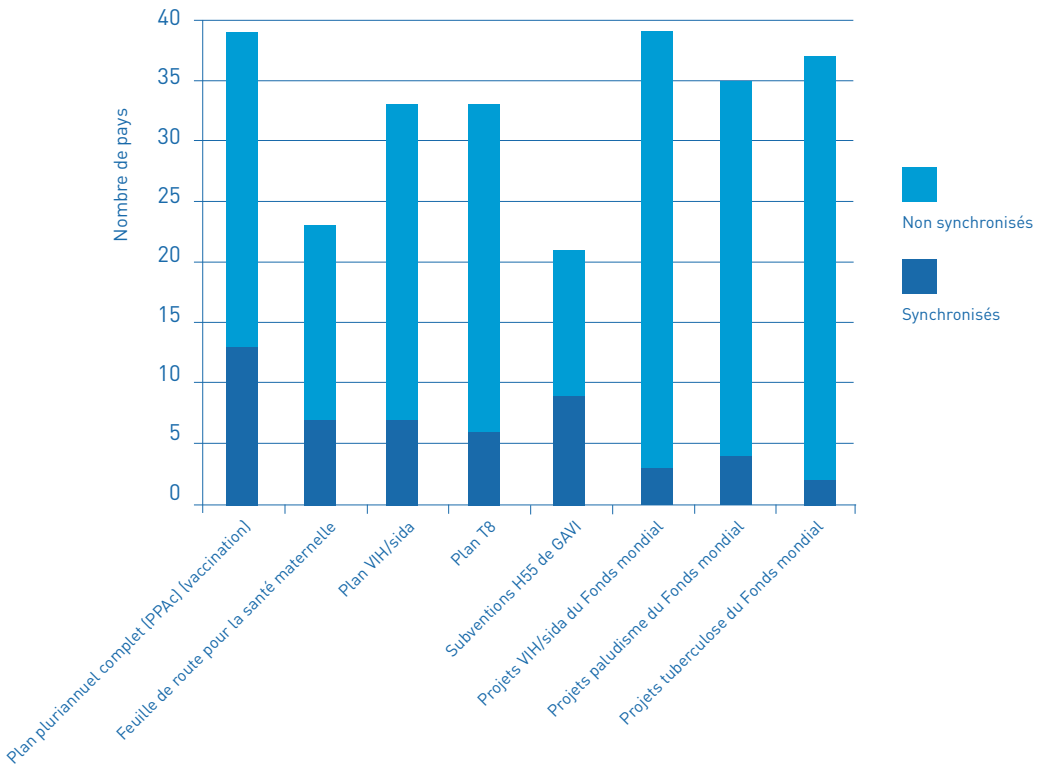
Un exercice de planification stratégique de moindre envergure peut également s'avérer nécessaire chaque fois qu'il faut répondre à une vaste question ouverte,

par exemple, lorsqu'il apparaît un nouveau problème sanitaire ou quand il émerge une vision ou orientation stratégique nouvelle. Dans de telles situations, il n'est pas nécessaire de réviser l'ensemble du plan stratégique existant du secteur. L'orientation stratégique à moyen terme nouvellement élaborée pour un domaine particulier peut être considérée comme un ajout au plan stratégique du secteur.

Quand les projets et les programmes (financés par les donateurs) sont verticaux par nature, leur cycle de gestion peut être différent du cycle de planification national du gouvernement national. La Figure 5.3 illustre une récente analyse des plans spécifiques aux programmes verticaux ainsi que de leur synchronisation avec le plan national de santé - il est manifeste que de nombreux plans spécifiques à des programmes verticaux ne sont pas synchronisés avec le plan national de santé. Ce manque de synchronisation signifie qu'il est probable que différents groupes de parties prenantes dans des programmes spécifiques se soient réunis dans des endroits et à des moments différents et aient peut-être élaboré des sous-plans indépendamment les uns des autres, et en dehors du groupe stratégique de parties prenantes du secteur de la santé. Cette situation peut aboutir à des redondances et des chevauchements d'activités. Pour surmonter ce problème, il est important de ne pas se contenter d'un exercice de planification échelonnée pour des programmes isolés, mais plutôt d'intégrer les éléments de planification de ces programmes dans l'exercice plus global du secteur des PSPNS. Des efforts doivent être faits pour adapter progressivement les cycles de planification des programmes qui demeurent verticaux par nature, au cycle des PSPNS du gouvernement/secteur.

La planification stratégique est un processus itératif qui doit être mené tous les 3 à 5 ans (moyen terme) ; les plans opérationnels sont plus souvent trimestriels ou annuels.

Figure 5.3 Plans spécifiques à des programmes et plans nationaux de santé : dans quelle mesure sont-ils synchronisés ?⁷



Au cours de la période de 3 à 5 ans, le besoin de réviser le plan stratégique peut être ressenti. Cette tentation peut apparaître, par exemple, quand un nouveau gouvernement définit de nouvelles priorités de développement qui ont des répercussions considérables sur le secteur de la santé, ou quand un problème de santé particulier est considéré comme une priorité particulière par la communauté (sanitaire) internationale. Dans pareil cas, le risque apporté par une révision complète du plan stratégique est de créer de la confusion dans la communauté des intervenants dans le secteur de la santé. Une telle révision peut en effet perturber l'exécution en cours des plans opérationnels, bloquer la coordination du secteur et même perturber la continuité de la prestation des services. En général, il est préférable de conserver le cadre stratégique

sectoriel existant et de se contenter d'ajuster, en fonction des besoins, le programme des priorités du secteur et les directives à la planification opérationnelle annuelle. Ces éléments importants inattendus peuvent alors être intégrés au prochain plan stratégique.

La recommandation ci-dessus ne s'applique pas aux pays où les PSPNS couvrent toute une décennie ; dans ce cas, les PSPNS ne sont pas vraiment un plan à moyen terme mais un plan à long terme. Puisque d'importants changements contextuels et spécifiques au secteur peuvent se produire sur une si longue période, il peut être nécessaire de réviser ou d'actualiser un tel plan décennal à mi-parcours, c'est-à-dire au bout de cinq ans.

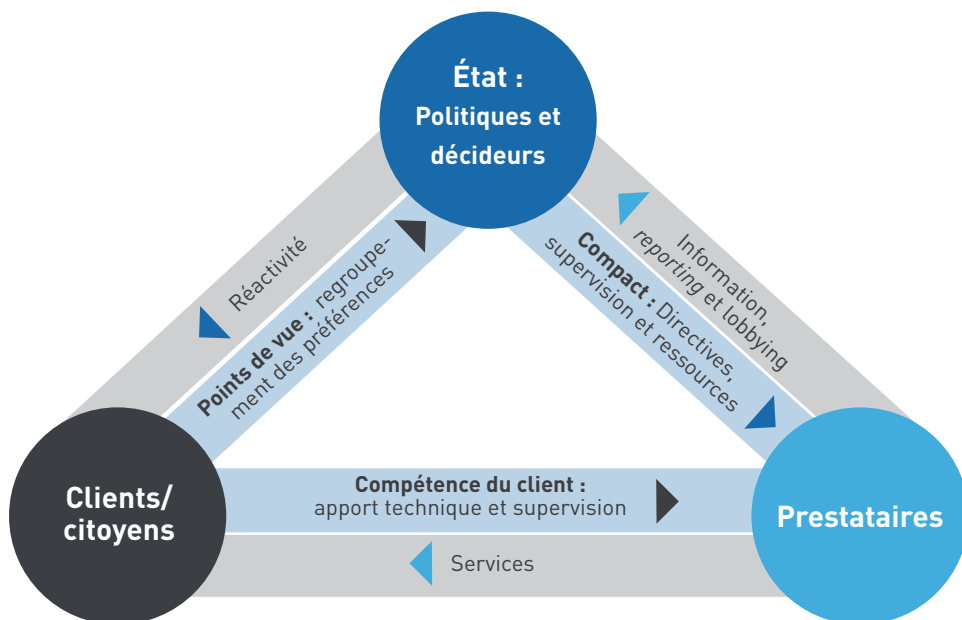
5.4 Qui doit prendre part à la planification stratégique ?

Tous les niveaux du système de santé ont un rôle unique à jouer dans la planification stratégique. Une stratégie pour la santé gagne en efficacité si un large éventail de parties prenantes y participent et si le processus et le produit qui en découle, bénéficient d'une réelle adhésion du pays. Les parties prenantes du secteur de la santé doivent parvenir à une compréhension commune des questions clés et partager des attentes et des objectifs institutionnels identiques. Une telle approche participative est susceptible d'être plus efficace, non seulement pour ce qui est de planifier la stratégie et les activités adéquates, mais aussi pour garantir une mise en œuvre du plan stratégique conjointe, avec l'ensemble des groupes d'acteurs.

Afin de déterminer qui faire participer au processus de planification stratégique, un autre angle d'approche à adopter est d'examiner la contribution des partenaires à la planification d'après leur fonction. Ces catégories peuvent par exemple être considérées : concepteurs d'idées, entrepreneurs, gestionnaires, membres de réseaux et porte-drapeaux. L'objectif est d'inclure non seulement les personnes qui rédigeront le plan, mais aussi ceux qui le mettront en œuvre et ceux qui en bénéficieront.⁸

Selon Brinkerhoff et Bossert⁹, trois catégories de groupes de population sont concernées par la gouvernance sanitaire. La Figure 5.4 donne un aperçu des rôles spécifiques des différents intervenants dans le processus d'élaboration des PSPNS.

Figure 5.4 Groupes de population concernés la gouvernance sanitaire



5.4.1 L'État : politiques et décideurs

Ce groupe comprend :

Au niveau central, le ministère de la Santé coordonne et dirige le développement des PSPNS ; il porte également la responsabilité d'informer, d'instruire et de guider les parties prenantes concernées à tous les niveaux, à travers l'exercice de développement.

- ▶ les acteurs politiques au sein du gouvernement (décideurs, administrateurs de la santé) ;
- ▶ les institutions parapubliques ;
- ▶ les représentants d'autres secteurs (par exemple, finance, condition des femmes, éducation) ;
- ▶ les représentants des collectivités locales, les partenaires au développement mondiaux, multilatéraux et bilatéraux.

Les partenaires au développement sont inclus dans le groupe des politiques et décideurs car ils agissent à l'échelon mondial, par des canaux bilatéraux ou multilatéraux, nouent en général directement le dialogue avec les décideurs, le plus souvent au niveau national ou passent au moins par celui-ci pour atteindre les niveaux inférieurs du système de santé.

Le point de vue des institutions et des groupes de citoyens concernés est important pour l'apport et le rapport d'informations et la communication de données permettant de définir les priorités sanitaires les plus urgentes, examinées dans le cadre du processus de planification des PSPNS.

L'ensemble de ces tâches ne peuvent être simplement déléguées aux services du ministère de la Santé dans le cadre de leur travail de routine. Ces tâches représentent en effet une charge de travail supplémentaire considérable. En outre, dans un esprit de participation, il peut être extrêmement utile d'impliquer quelques représentants des principaux groupes de parties prenantes à l'organisation même du processus de développement des PSPNS. Un moyen d'y parvenir est de constituer une équipe centrale comptant dix personnes au maximum. Ce groupe peut comprendre deux ou trois hauts fonctionnaires du ministère de la Santé - issus généralement du département de la planification et/ou du suivi et de l'évaluation - ainsi que des représentants de groupes de partenaires clés du secteur de la santé et d'autres secteurs.

Le ministère de la Santé peut demander l'assistance d'experts indépendants nationaux, (sous-)régionaux ou internationaux pour élaborer et préparer une méthodologie et des outils, ainsi que pour faciliter le processus.

5.4.2 Les clients/citoyens

Ce groupe comprend :

- ▶ la société civile/les organisations non gouvernementales (ONG) ;
- ▶ le secteur privé à but lucratif ;
- ▶ les représentants communautaires ;
- ▶ les établissements universitaires et de recherche.

L'équipe centrale mise en place en coordination avec le ministère de la Santé doit idéalement inclure les institutions et les groupes de citoyens les plus concernés, qui peuvent apporter et rapporter des informations et communiquer sur les données nécessaires permettant de définir les priorités sanitaires les plus urgentes.

À l'évidence, tous les niveaux dans les groupes de parties prenantes ne peuvent être impliqués de manière intensive à toutes les étapes du processus de planification stratégique. Il est donc important de déterminer le meilleur rôle pour chacun d'eux à chaque étape, en fonction du ou des aspects auxquels ils peuvent contribuer : définition de la portée du document, préparation, rédaction du plan, validation, etc. Par exemple, en tant que membres de groupes thématiques (ou techniques), les instituts de recherche peuvent jouer un rôle important dans la définition de feuilles de route

5.4.3 Les prestataires

à moyen terme pour la mise en œuvre d'activités particulières, alors que les bureaux régionaux de santé et les équipes de gestion sanitaire de district peuvent veiller à ce que la planification stratégique tienne compte des besoins spécifiques des districts afin d'augmenter la couverture des services de santé ou de renforcer une intervention particulière. Dans certains pays, les organisations confessionnelles ou à but non lucratif fournissent l'essentiel des services de santé locaux ; leur contribution dans la définition de la portée et la préparation des PSPNS est alors essentielle, compte tenu de leurs connaissances et de leur participation dans le secteur de la santé.

Dans certains contextes, il s'est avéré difficile d'obtenir le concours du secteur privé à but lucratif, parce que ses intérêts et ses points de vue divergent considérablement de ceux du secteur public. Néanmoins, il convient d'engager un effort concerté pour démontrer que la participation au processus d'élaboration des PSPNS présente une valeur ajoutée pour les deux parties. Cet effort doit être constant dans la mesure où il peut y avoir des problèmes à résoudre, des préoccupations à étudier et un terrain d'entente à trouver ; or, tout cela peut prendre du temps.

Les prestataires de soins de santé sont au cœur de la mise en œuvre des PSPNS. Leur expérience du secteur de la santé vient de l'intérieur, ressort de leur pratique et apporte des indications sur la faisabilité. Leur contribution au processus de développement des PSPNS est donc cruciale, car il s'agit d'une démarche complémentaire à celle des patients et de la population. En outre, toute hésitation ou franche opposition de leur part devient un frein majeur à la mise en œuvre des PSPNS ; toutes réserves ou prudenances des prestataires de soins doivent être traitées ouvertement et il faut chercher activement des voies de dialogue pour trouver une solution commune. Cet investissement est essentiel pour la crédibilité et la mise en œuvre des PSPNS.

Les prestataires de soins de santé sont au cœur de la mise en œuvre des PSPNS ; leur contribution est fondamentale en tant que démarche complémentaire à celle des patients et de la population.

Encadré 5.3

Le processus d'élaboration de la politique de santé en Thaïlande : qui sont les différentes parties prenantes ?

L'élaboration des politiques en Thaïlande a connu un changement en 1997, suite à l'adoption de la Constitution du peuple, qui a de facto augmenté la participation du public à la prise des décisions politiques.^{10, 11} Alors que, dans le passé, la politique était surtout caractérisée par une lutte de pouvoir entre le régime militaire et les bureaucrates élus, la réforme politique des années 1990 a permis d'améliorer la participation des autres acteurs au processus politique.^{12, 13} Aujourd'hui, l'élaboration des politiques et des plans de santé nationaux mobilise de nombreux acteurs politiques, chacun ayant son propre point de vue et son propre programme d'action et chacun influençant la politique à des étapes différentes du processus.¹⁴ Le Premier ministre a pour tâche d'établir le programme, sous l'influence d'un système de soutien composé d'institutions de recherche et d'ONG. Les fonctionnaires d'État et les professionnels de santé sont étroitement liés, ce qui témoigne de la longue tradition et de l'état d'esprit d'une structure hiérarchique centralisée du système de santé qui peut évoluer, par petites progressions uniquement. La société civile joue aussi un rôle important dans le processus en tant que représentante de la voix du peuple. Les ONG fournissent de nombreux services de santé spécifiques, souvent grâce à des fonds provenant de différents groupes de donateurs, et souhaitent donc une meilleure collaboration avec les services publics. Par ailleurs, les hôpitaux privés sont surtout préoccupés par l'accès au financement et aux ressources. Comprendre les divers points de vue de chaque partie prenante est essentiel et facilite la mise en place de réformes politiques fortes.

Par exemple, la politique de la couverture sanitaire universelle thaïlandaise est née d'une série d'échanges entre différents acteurs politiques, comptant au départ un petit nombre de fonctionnaires et de responsables élus. L'objectif explicite de la politique de la couverture universelle était d'étendre la couverture d'assurance maladie à tous les citoyens grâce à deux dispositifs principaux : l'un unique pour tous en termes de prestations et de soins, et un autre correspondant à un régime d'assurance durable décentralisé. Les élites politiques et les membres du gouvernement, tels que le Premier ministre, le ministre de la Santé, le ministre des Finances, etc., avaient surtout des points de vue économiques favorables au marché et avaient des réserves quant à la création d'un système de protection sociale. C'est toutefois l'engagement du Parti à assurer le droit des citoyens aux soins de santé qui l'a emporté. Les résultats des focus groups menés avec des villageois et les observations des représentants de la société civile ont révélé des préoccupations quant au fait que les riches pourraient avoir plus de possibilités d'utiliser les ressources publiques que les pauvres. Les prestataires de soins de santé et les hôpitaux, en particulier dans le secteur privé, avaient hâte d'adhérer au système, espérant que le régime d'assurance pourrait être une source importante de revenu. Finalement, aucune partie prenante n'avait de pouvoir absolu pour dominer chaque décision de la politique ; l'espace d'interaction entre les multiples acteurs politiques était essentiel au processus décisionnel.¹⁵

5.5 Comment traduire les priorités en plans ?

La planification stratégique du secteur à moyen terme est une entreprise complexe qui peut être réalisée de différentes façons. Sa complexité vient du caractère exhaustif de l'exercice, qui concerne tous les aspects de l'ensemble du secteur de la santé, ainsi que d'autres secteurs jouant un rôle dans la santé. Pour que le processus soit couronné de succès, une multitude d'acteurs doit y participer activement. Toutefois, s'il est bien mené, le processus d'élaboration des PSPNS ouvrira la voie à la planification opérationnelle et à la mise en œuvre des activités pour tous les aspects du système de santé (soins de santé, systèmes d'appui, autres déterminants), pour tous les acteurs et à tous les niveaux. En fonction de l'organisation du gouvernement, du secteur de la santé et des services de santé, le type de processus de planification peut varier (planification axée sur les résultats, les programmes, etc.) et le rôle des

différents acteurs peut changer (planification ascendante renforcée dans contextes décentralisés, influence des donateurs dans un contexte de forte dépendance à l'égard du financement externe, etc.). C'est le contexte national qui détermine la manière d'organiser et la progression du processus d'élaboration des PSPNS.

Bien sûr, les politiques ne sont pas élaborées en vase clos. Le processus s'inscrit dans le cadre constitutionnel et juridique - ainsi que dans l'histoire et la culture - de chaque pays. Il tient compte des tendances démographiques, économiques et fiscales, ainsi que des engagements régionaux et internationaux. Les parties prenantes du secteur de la santé qui mènent ce processus doivent toujours garder à l'esprit l'environnement politique général et travailler dans ses limites.

Le processus d'élaboration des PSPNS ouvre la voie à la planification opérationnelle et à la mise en œuvre des activités pour tous les aspects du système de santé, pour tous les acteurs et à tous les niveaux.



Pour faire en sorte que le document des PSPNS soit dynamique, il faut obtenir l'adhésion de toutes les parties prenantes et veiller à ce qu'il demeure réaliste et réalisable.

Encadré 5.4

La base de données des cycles de planification par pays : une ressource de l'OMS¹⁶

La base de données des cycles de planification par pays est une ressource en ligne, accessible librement, qui apporte des informations sur les 195 États membres de l'OMS, leurs politiques, stratégies et plans de santé nationaux. Lancée en 2009, cette base de données a pour objectif de fournir aux pays les informations nécessaires pour améliorer la coordination et la synchronisation des activités de planification du secteur de la santé. Elle donne une vue d'ensemble par pays des différents cycles de planification, de programmes et de projets dans le secteur de la santé, et permet de générer des profils de pays avec un aperçu des étapes importantes et des représentations graphiques des engagements des donateurs. Elle offre également un accès à un répertoire en ligne des PSPNS.

Les informations de la base de données sont constamment actualisées grâce aux efforts engagés par l'OMS et les partenaires collaborateurs pour conserver la fiabilité et l'exhaustivité de la ressource. La base de données peut être consultée sur le site des cycles nationaux de planification l'OMS : <http://www.nationalplanningcycles.org>.

5.5.1 Comment s'assurer que les PSPNS sont réellement utilisés comme un texte essentiel d'orientation ?

Dans certains pays, le processus d'élaboration des PSPNS est devenu une formalité bureaucratique périodique, une simple obligation remplie à huis clos dans les services gouvernementaux. En de tels cas, il existe un risque considérable que, pendant la phase de mise en œuvre, le plan ne soit pas considéré comme un document de référence fondamental et qu'il soit remis sur une étagère. Sans cette importante fonction d'orientation, les efforts de développement du secteur risquent de devenir fragmentés, inefficaces et de se solder par de mauvais résultats finals et des retombées limitées.

Pour faire en sorte que le document des PSPNS soit vivant, utilisé de façon dynamique, il faut obtenir l'adhésion de toutes les parties prenantes et veiller à ce qu'il demeure réaliste et réalisable, tout en étant ambitieux pour l'avenir. L'adhésion de toutes les parties prenantes n'est possible que lorsqu'elles sont convenablement représentées dans le processus de planification nationale de la santé et sont en mesure d'y participer de manière significative. Pour ce faire, un ministère de la Santé compétent doit réunir tous les acteurs concernés et faciliter la prise d'une décision parmi des points de vue potentiellement divergents. Le résultat final doit être une décision équilibrée et éclairée par des données probantes sur les orientations stratégiques du secteur de la santé.

5.5.2 Quelques notions de planification stratégique

Des PSPNS au contenu exhaustif, équilibré et cohérent

Les PSPNS doivent énoncer les objectifs principaux, les objectifs spécifiques et les grands domaines d'activité du secteur de la santé d'un pays de façon exhaustive, équilibrée et cohérente.¹⁷

Exhaustivité

Sont pris en compte tous les aspects ayant des répercussions sur le secteur de la santé, tels que les ressources humaines pour la santé, la gouvernance du secteur de la santé, les produits pharmaceutiques, les systèmes d'information sanitaire, les mécanismes de financement de la santé, les services de santé à la personne ou non, tous les programmes spécifiques (consacrés à certaines maladies et autres) et tous les acteurs et centres budgétaires, publics ou privés.

Équilibré

Le contenu des PSPNS doit être bien équilibré en termes de financement et de contributions, ainsi qu'en termes d'analyse approfondie des principales questions de santé du pays. Autrement dit, chaque orientation stratégique doit être élaborée avec le même degré de précision et bénéficier d'un niveau de ressources en rapport avec son importance et sa portée.

Cohérent

a) Cohérent avec les autres secteurs et le plan national de développement

La planification stratégique pour la santé doit en principe être fondée sur un cadre d'orientation pangouvernemental établi pour tous les secteurs. Le succès de la mise en œuvre dépend de la

cohérence des stratégies de santé et des réformes prévues avec les politiques gouvernementales générales. Il est crucial pour les parties prenantes à la planification en santé d'examiner le plan national de développement, ou tout autre énoncé pertinent permettant d'avoir une vision globale, pour faire progresser le pays dans son ensemble.

b) Cohérent avec les plans sous-sectoriels ou spécifiques aux programmes

Dans l'idéal, les plans sous-sectoriels ou spécifiques aux programmes sont déjà établis avant le début du processus d'élaboration des PSPNS. Il s'agit alors principalement d'intégrer ces éléments dans les PSPNS. Même en l'absence de sous-plans finalisés, la participation active et significative des programmes et des sous-secteurs au processus national global de planification sanitaire est importante pour garantir l'harmonisation et l'alignement, et pour définir les orientations stratégiques du secteur de la santé.

La cohérence avec d'autres plans peut également concerner l'apport massif de fonds qui peut se produire pendant une situation d'urgence. Un exemple en est la crise causée par la maladie à virus Ebola en Afrique de l'Ouest, qui s'est accompagnée d'une prolifération de plans établis séparément des PSPNS : plans d'urgence face à Ebola, plans de relance du système de santé, etc. Idéalement, de tels plans doivent s'inscrire dans le cadre des PSPNS existants, si l'orientation qui y est décrite pour le secteur de la santé demeure appropriée. Dans le cas contraire, il peut être avantageux de préparer de nouveaux PSPNS, ou d'amender le document existant. Disposer d'une multitude de plans qui se chevauchent n'apporte en rien de la clarté pour le secteur de la santé. Par conséquent, dans la plupart des contextes nationaux, il est souhaitable de disposer d'un document global

Le contenu des PSPNS doit être exhaustif, équilibré et cohérent pour permettre d'énoncer les objectifs principaux, les objectifs spécifiques et les domaines d'activité d'un pays.

donnant des orientations stratégiques générales, auxquelles sont reliés et alignés les autres plans connexes.

c) Cohérent avec le contexte épidémiologique et socio-économique

Un plan stratégique n'est valable que s'il tient compte des principales préoccupations du secteur de la santé dans sa définition la plus large. Ceci englobe le contexte épidémiologique mais aussi le contexte socio-économique. Cela implique une collaboration avec le secteur de la santé à tous les niveaux et avec tous les acteurs, mais également au-delà du secteur de la santé avec d'autres ministères et groupes de parties prenantes. Les PSPNS doivent inclure les contributions de toutes ces institutions, parties intéressées et acteurs pour être dignes d'intérêt et valables pour une application sur le terrain.

d) Cohérent avec les ressources actuellement disponibles et celles estimées pour l'avenir

Les ressources et les coûts nécessaires à la mise en œuvre des PSPNS doivent être raisonnables et ne pas dépasser la marge budgétaire pour la santé estimée pour la période.

Données initiales

Le plan stratégique définit le développement attendu pour le secteur et indique les résultats escomptés en termes d'effets et de retombées. Afin de mesurer les progrès au cours de la mise en œuvre du plan et d'évaluer le résultat final par rapport aux cibles des PSPNS, il est nécessaire de savoir précisément d'où l'on part. Pour cette raison, il est crucial de disposer d'indicateurs de référence sur la disponibilité des services, la répartition de la main-d'œuvre, la couverture

vaccinale, la prévalence et l'incidence des principaux problèmes de santé, les performances des fonctions d'appui et les progrès réalisés sur les plans institutionnel et sanitaire, entre autres. Ces informations initiales servent de base au suivi et à l'évaluation des PSPNS.

Les tendances démographiques sont décisives : les données sur l'évolution démographique, ventilées par sexe et par origine géographique, sont essentielles pour élaborer une stratégie pour la santé. Par exemple, la distribution de la population par cohortes d'âge est souvent le point de départ de la répartition des services de santé. Les migrations vers l'étranger (et les migrations internes, sur le territoire national) sont à l'évidence un autre élément clé pour l'investissement dans les services de santé. C'est également vrai pour les données concernant la mortalité et la morbidité, qui peuvent provenir du gouvernement national ou être de la responsabilité d'un organisme sanitaire indépendant. L'idée ici est que la qualité des PSPNS dépend en grande partie de la qualité des données (initiales) disponibles et pouvant être analysées.

Travailler dans les limites d'un plafond budgétaire donné

Le ministère de la Santé est censé traduire les grands objectifs du gouvernement (tels que décrits dans les PSPNS) en estimations de coûts qui doivent rester en deçà du plafond budgétaire proposé pour la santé. Le plafond budgétaire est fixé par le ministère des Finances sur la base de ses prévisions de recettes qui présentent les perspectives macroéconomiques du pays à moyen terme.

Dans de nombreux contextes, il est possible de connaître très précisément la quantité totale des ressources disponibles, et les PSPNS donnent des

orientations pour progresser au maximum vers un objectif, en utilisant ces ressources (voir Encadré 5.5). Dans certains cas, les ressources disponibles ne sont connues que de façon approximative (par exemple, lorsque d'importants fonds provenant de donateurs ne sont pas inscrits au budget, mais financent de nombreuses activités du secteur de la santé), et le plan peut être élaboré pour justifier une demande de ressources visant à réaliser un objectif énoncé. Que les PSPNS soient élaborés avant ou après l'allocation des ressources, ils visent à garantir le meilleur retour sur investissement, c'est-à-dire, à obtenir les meilleurs résultats possibles compte tenu des ressources disponibles.¹⁸

Les projections macroéconomiques et l'analyse de la marge budgétaire fournissent les informations sur les opportunités et les contraintes dans le cadre desquelles le secteur de la santé doit fonctionner.^{IV} Sont tout aussi importants les niveaux de revenu de la population – qui dépendent eux-mêmes de l'emploi – et leur répartition, compte tenu de leur incidence sur la nature des problèmes de santé et sur le comportement de recours aux soins. En ce qui concerne les tendances budgétaires, trois aspects ressortent et doivent être gardés à l'esprit au cours du processus d'élaboration des PSPNS :

- (a) le budget de l'année en cours ;
- (b) les prévisions à moyen terme, par exemple, à trois ans ;
- (c) toute circonstance imprévue qui impose des ajustements immédiats et à court terme aux plans de dépenses.

^{IV} Voir chapitre 8 « Budgétisation du secteur de la santé » de ce guide pratique.

Encadré 5.5

Élaborer des PSPNS dans les limites d'un plafond budgétaire fixé, l'exemple de l'Ouganda^{19, 20}

Le ministère des Finances ougandais fixe des plafonds budgétaires pour le secteur de la santé. Pour l'exercice financier 2014-2015, le plafond du budget de la santé en Ouganda était de US\$ 385 millions, soit 9 % environ du PIB.²¹ Tenant compte de ce chiffre, le ministère de la Santé doit superviser l'estimation du coût des PSPNS afin de garantir un maximum de progrès vers les objectifs qui y sont fixés.

Des documents-cadres budgétaires, ou budgets à moyen terme, sont alors établis par des groupes de travail sectoriel, sur la base des plafonds budgétaires donnés, pour traduire les priorités du secteur et les plans de dépenses, tels que présentés dans les PSPNS. Le Cabinet ministériel et le Parlement déterminent ensuite les allocations budgétaires pour le secteur. Une fois les documents-cadres budgétaires finalisés, il est possible de renégocier ces allocations dans les limites du plafond communiqué pour le secteur²²

5.5.3 L'approche multisectorielle

Il est nécessaire d'impliquer d'emblée, et si nécessaire de guider, les autres secteurs dans le processus d'élaboration des PSPNS pour faire en sorte que les interventions intersectorielles indispensables se concrétisent finalement.

Puisque la santé est dans une très large mesure déterminée par d'autres facteurs que ceux sur lesquels la fourniture des services de santé a une incidence, le processus d'élaboration des PSPNS doit tenir compte des éléments qui peuvent et devraient être inscrits à l'ordre du jour des autres secteurs. Les gouvernements reconnaissent généralement la nécessité de cette approche élargie ; de manière générale, les intentions en faveur d'un mode de fonctionnement multisectoriel apparaît fréquemment dans les plans nationaux de développement. Il peut exister des mécanismes de coordination entre les secteurs. Toutefois, quand il s'agit d'assurer une planification conjointe pour la mise en œuvre d'interventions multisectorielles, il y a souvent peu de contenu dans les PSPNS, avec des objectifs principaux définis qui puissent fournir des informations utiles pour l'allocation des ressources et la planification opérationnelle.

Dans la mesure du possible, le processus de planification stratégique doit inclure un dialogue sur les risques envisageables et probables et sur les moyens de les limiter.

Le risque est alors que la synergie entre les efforts engagés par ou avec les autres secteurs soit insuffisante, ou pire, que les interventions sanitaires prévues nécessitant une collaboration multisectorielle ne se retrouvent pas dans les plans et budgets opérationnels. Il est donc nécessaire d'impliquer d'emblée, et si nécessaire de guider, les autres secteurs dans le processus d'élaboration des PSPNS pour faire en sorte que les interventions intersectorielles indispensables se concrétisent finalement.^v

5.5.4 Limiter les risques

Tout processus de planification stratégique doit aborder les incertitudes liées aux événements qui échappent au contrôle du secteur de la santé. Dans des circonstances normales, il ne devrait pas y avoir d'incertitude quant à la disponibilité des ressources nationales et provenant des donateurs pour la mise en œuvre des PSPNS. Cependant, une importante détérioration de la situation macroéconomique du pays ou une poussée épidémique imprévue (par exemple, Ébola) peuvent entraver la pleine mise en œuvre des PSPNS. De la même façon, d'importants remaniements politiques peuvent aussi avoir une incidence négative sur l'application du plan stratégique. C'est pourquoi, dans la mesure du possible, le processus de planification stratégique doit inclure un dialogue sur de telles incidences envisageables et probables en termes de risques et de conditions, ainsi qu'une réflexion sur les moyens de les limiter.

^v Pour plus d'informations, voir le chapitre 12 « Planification intersectorielle et planification en santé » de ce guide pratique.

5.5.5 Les approches d'élaboration des politiques

Le **modèle rationaliste** conçu par Howlett et Ramesh²³ se caractérise par une progression méthodique d'étapes bien définies :

1. identification des objectifs – programme de travail ;
2. collecte de données – formulation d'options ;
3. prise de décision – évaluation des options en termes de coûts et de bénéfices ;
4. mise en œuvre – application effective de la solution choisie ;
5. évaluation – suivi des résultats ; et
6. achèvement/adaptation/confirmation.

L'approche systématique de ce modèle est à l'évidence intéressante, mais en réalité, l'élaboration

des politiques se déroule rarement de manière rationnelle et ordonnée. Il n'est souvent pas possible de s'entendre sur les objectifs. Les données sont fréquemment incomplètes ou ambiguës, et des considérations politiques interviennent à tout moment, perturbant le bon ordre de la séquence. Les conseillers politiques, très actifs, ont rarement la possibilité d'aborder leur travail quotidien en suivant un tel modèle. Ce dernier implique que les étapes définies se succèdent selon un mode linéaire et séquentiel. Or, dans la pratique, le processus tend à se dérouler d'une manière plus aléatoire, en fonction des circonstances. Néanmoins, désigner des étapes attire l'attention sur la logique d'un processus politique rationnel. Cela souligne l'idée que l'élaboration des politiques est davantage qu'une prise de décisions isolées ; il s'agit d'un processus dans lequel plus d'une partie intervient et les questions peuvent être réexaminées selon un processus itératif.



Le **modèle fondé sur les parties prenantes** est davantage axé sur l'interaction entre les principaux acteurs politiques, et vise à essayer de négocier une voie pragmatique entre les valeurs et les opinions souvent divergentes des différents groupes d'intérêt et organismes publics. En réalité, les négociations entre les parties prenantes peuvent être non démocratiques et fermées, et il est fréquent que les plus puissants d'entre eux s'en emparent. Il faut des responsables particulièrement diplomates et compétents pour faire en sorte qu'un point de vue équilibré émerge du processus d'élaboration des politiques.

À différents moments et de diverses manières, un sous-groupe de parties prenantes peut exercer un pouvoir et une influence sur le système de santé. Il est donc nécessaire de trouver des moyens de garantir que tous les intérêts légitimes sont évalués et pris en compte dans le processus d'élaboration des politiques. Le succès du développement des PSPNS peut dépendre de la mesure dans laquelle les parties prenantes clés ont été associées et se sont engagées à soutenir sa mise en œuvre.

Le **modèle participatif** peut être considéré comme une forme particulière du modèle fondé sur les parties prenantes mentionné ci-dessus. Il relève davantage d'une approche socialement démocratique et inclusive et c'est le modèle qui est explicitement cautionné ici. Il s'agit du dernier modèle exposé dans la littérature des études politiques, bien qu'il ne soit aucunement une nouveauté. Le processus participatif exige que la politique ou la stratégie qui en résulte soit « démocratiquement légitime ». Dans la pratique, cela suppose une approche ouverte, inclusive, interactive et hautement politisée. Il existe toutefois un point de désaccord sur le fait que de multiples critères doivent orienter les processus d'élaboration des politiques. Parmi ces critères, on peut citer la relative dépendance vis-à-vis des services d'experts, la nécessité de

disposer d'une base de données probantes et d'un appui pour l'analyse des politiques, les pressions en termes de ressources et de temps, le caractère politiquement sensible des questions et le pouvoir relatif des principales parties prenantes.

« Modèle progressif » ou « processus délibératif » sont les termes utilisés pour décrire ce modèle, la nature politique de la planification étant ainsi reconnue de manière beaucoup plus ouverte que dans les approches rationnelles.

Dans la pratique, une approche fondée sur des données probantes, flexible, pragmatique ferait très probablement avancer les choses.

5.5.6 Le processus et les étapes de développement des PSPNS

Préparation du développement des PSPNS

Le développement des PSPNS nécessite énormément de temps et de ressources. Il doit par conséquent être planifié et budgétisé, et des fonds doivent être mis à disposition. Les parties prenantes à la planification en santé, faisant partie de l'équipe centrale, doivent consacrer un temps suffisant pour la préparation qui peut prendre au minimum deux semaines. Les activités préparatoires importantes pour le développement des PSPNS à envisager sont :

- ▶ la définition du programme;
- ▶ la constitution de l'équipe centrale ;
- ▶ la détermination des besoins budgétaires et la mise en correspondance de ces besoins avec les fonds disponibles dans le plan de travail annuel en cours ;

Quelques activités préparatoires importantes pour le développement des PSPNS sont : la définition du programme, la constitution d'une équipe de base, la détermination des besoins budgétaires, l'attribution des tâches, l'information de la communauté des parties prenantes du secteur de la santé sur la méthodologie choisie et du processus, et la collecte de documents de référence pour examen.

Définition des objectifs principaux (ou orientations stratégiques)

- ▶ l'attribution de tâches et responsabilités spécifiques à chaque membre de l'équipe centrale ;
- ▶ la conception d'une méthodologie et la sélection d'indicateurs pour évaluer le processus ;
- ▶ l'obtention de fonds ;
- ▶ l'information des citoyens et de la communauté élargie des parties prenantes du secteur de la santé sur la méthodologie et le processus ;
- ▶ la collecte de documents de référence pour examen.

La conduite, l'organisation, la mise en œuvre et le suivi du processus de développement des PSPNS sont des fonctions qui doivent être attribuées aux structures et groupes de parties prenantes appropriées. La conduite peut être réalisée par un groupe de parties prenantes mixte du secteur de la santé sous la direction du ministère de la Santé, alors que la responsabilité de l'organisation effective des activités visant à développer les PSPNS peut être confiée à l'équipe centrale. L'ensemble du processus doit être coordonné et dirigé par le ministère de la Santé (en général, son département de la planification).

Des groupes thématiques mixtes d'experts spécialistes de domaines particuliers et issus de nombreux groupes de parties prenantes sont nécessaires pour l'apport de compétences techniques ciblées. Ces groupes thématiques doivent comprendre des ministres (de la Santé et d'autres secteurs), des prestataires de services, des représentants du secteur privé (à but lucratif et non lucratif), des personnes issues des institutions de recherche, des représentants des autorités sanitaires infranationales, etc.

L'équipe centrale doit établir une feuille de route pour le développement des PSPNS, informer toutes les parties prenantes du secteur sur le travail en cours, concevoir des termes de références sur le rôle exact à jouer par les divers acteurs, fournir des instructions sur la méthodologie, coordonner et apporter un appui technique et organisationnel. Cette équipe centrale doit aussi garantir la mobilisation des ressources inscrites au budget pour l'exercice des PSPNS.

Un objectif principal, parfois appelé une « orientation stratégique » dans les documents relatifs aux PSPNS, est la formulation générale du ou des résultats globaux que le système de santé est censé atteindre. Par exemple, les huit objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) fixés par les Nations unies, valables pour la période 2000-2015, incluaient des objectifs tels que « améliorer la santé maternelle » comme résultat attendu du système de santé. Il n'est habituellement mentionné qu'un petit nombre d'objectifs principaux, voire un objectif principal unique, dans les documents stratégiques car ces derniers sont généraux et exhaustifs par nature. La définition d'un objectif principal est l'aboutissement d'un dialogue politique pendant les phases du cycle décisionnel et de planification en santé que sont la consultation de la population, l'analyse de situation et la définition des priorités. Le plus souvent, ces objectifs principaux n'évoluent pas drastiquement au fil du temps et n'entraînent pas de grandes surprises.

Définition des objectifs spécifiques

D'après le glossaire de l'OMS sur le renforcement des systèmes de santé (Health Systems Strengthening Glossary)²⁴, un objectif spécifique est la formulation d'un état futur, d'une situation ou d'un dessein souhaitable, auquel on souhaite parvenir par le biais d'une institution, d'un projet, d'un service ou d'un programme. Il s'agit ainsi d'une approche générale à adopter pour atteindre un objectif principal concernant le système de santé. Si l'on prend comme exemple « améliorer la santé maternelle », un objectif spécifique pourrait être « réduire le taux de mortalité maternelle de deux tiers au cours des 20 prochaines années ».

Un objectif spécifique des PSPNS peut tracer la voie pour atteindre un objectif principal ou suivre une orientation stratégique. Comme les objectifs principaux, les objectifs spécifiques décrivent les résultats devant découler des activités mises en œuvre, ils ne sont pas les activités elles-mêmes.

Le développement des PSPNS nécessite de définir des objectifs principaux et spécifiques, puis des grands domaines d'activité, d'établir des orientations pour la mise en œuvre à moyen terme, et d'approuver et de diffuser les PSPNS en question.

Définir des objectifs spécifiques est essentiel pour trois raisons principales :

1. ils définissent de manière claire et précise ce que le plan vise à atteindre.
2. ils déterminent en grande partie quelles activités clés doivent avoir lieu pendant la mise en œuvre des PSPNS.
3. ils fournissent les indications nécessaires pour que les parties prenantes de la planification en santé et les personnes chargées de la mise en œuvre utilisent les outils de suivi et d'évaluation appropriés.

L'approche SMART (Specific, Mesurable, Achievable, Relevant and Time-bound) décrit un ensemble de critères essentiels que doit comporter un objectif spécifique.²⁵ Adaptés aux PSPNS à moyen terme, un objectif spécifique doit être :

- a) mesurable : qui quantifie le changement à réaliser (dans l'exemple plus haut, « réduire [...] de deux tiers... ») ;
- b) pertinent : qui établit un lien logique avec l'objectif principal/l'orientation stratégique (« réduire le taux de mortalité maternelle... » est directement lié à « améliorer la santé maternelle ») ;
- c) réalisable : qui apporte une dimension réaliste – l'objectif spécifique est faisable avec les capacités de mise en œuvre et les ressources disponibles (cette discussion reposant sur des bases factuelles commence pendant les débats sur la définition des priorités et elle est spécifique à chaque pays) ;
- d) délimité dans le temps : qui spécifie une échéance pour la réalisation de l'objectif spécifique (« ... au cours des 20 prochaines années »).

Des objectifs spécifiques mesurables, pertinents, réalisables et délimités dans le temps sont ceux qui peuvent être réalisés grâce à un travail acharné. Les objectifs spécifiques trop ambitieux découragent les personnes chargées de la mise en œuvre ou sont laissés de côté. Les objectifs spécifiques trop faciles à atteindre favorisent une confiance excessive.²⁶ C'est un art de s'entendre sur des objectifs spécifiques qui peuvent être vraiment atteints pour l'ensemble le secteur de la santé, mais un art que les parties prenantes de la planification en santé doivent maîtriser s'ils veulent obtenir des avancées et des succès.

Définition de grands domaines d'activité

Après avoir défini les objectifs principaux et spécifiques, les parties prenantes à la planification en santé doivent étudier les moyens d'atteindre ces objectifs, au moins de façon générale. Les plans opérationnels abordent cette question d'une manière plus précise et plus concrète ; toutefois, même les plans opérationnels s'inspireront des directives des PSPNS, c'est pourquoi les grands domaines d'activité doivent y être explicitement mentionnés. Ces activités peuvent porter sur l'expansion, la mise à l'essai, la réforme ou le renforcement de différents domaines du secteur de la santé. Les activités doivent être réalisables, compte tenu des forces et des faiblesses des parties prenantes du secteur de la santé.

Lors de la définition de grands domaines d'activité, il est nécessaire d'identifier :

- ▶ les niveaux, organisations et secteurs à cibler ;
- ▶ la(s) population(s) ou zones géographiques à atteindre ;

- ▶ les facteurs personnels et environnementaux à prendre en considération ;
- ▶ les personnes qui peuvent en bénéficier et celles qui peuvent contribuer le plus.

Les grands domaines d'activité, quand ils sont convenablement pensés et formulés par le groupe de parties prenantes du secteur de la santé, doivent présenter les caractéristiques²⁷ suivantes :

- ▶ indiquer la voie générale, en conformité avec les objectifs principaux/orientations stratégiques, et parfois une approche spécifique ;
- ▶ correspondre aux ressources ;
- ▶ tirer parti des possibilités, des compétences et des atouts du moment, et de l'opinion publique ;
- ▶ limiter autant que possible la résistance et les obstacles ;
- ▶ atteindre les personnes les plus affectées ;
- ▶ mobiliser les communautés.

L'exemple de l'Encadré 5.6 montre comment de grands domaines d'activité peuvent se dégager à partir d'un objectif principal / une orientation stratégique et d'objectifs spécifiques, et comment ils constituent un point de départ pour la planification opérationnelle.

Dans l'idéal, la pertinence et la faisabilité de chaque domaine d'activité proposé auront été vérifiées pendant l'exercice de définition des priorités et, si nécessaire, testées avec une équipe d'experts et de conseillers aux compétences variées. Puisque les grands domaines d'activité nécessiteront la participation active de divers acteurs, souvent à plusieurs niveaux, et peut-être le cofinancement de partenaires de développement dans certains pays, il est impératif que divers groupes de parties prenantes relèvent de ces domaines d'activité, les comprennent et soient d'accord sur le choix

Encadré 5.6

Exemple de d'objectifs principaux, spécifiques et de grands domaines d'activité dans les PSPNS

Objectif principal

- ▶ Réduire le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans en renforçant et en développant les services de soins de santé primaires.

Objectifs spécifiques

- ▶ Mettre davantage l'accent sur la promotion de la santé et les services de prévention comme partie intégrante du programme de santé maternelle et infantile ;
- ▶ Renforcer les compétences du personnel au niveau des soins primaires et secondaires ;
- ▶ Intensifier la collaboration avec les autres secteurs sur les questions relatives à la prévention en matière de santé (secteur de l'éducation, eau et assainissement, etc.).

Grands domaines d'activité figurant dans les PSPNS à moyen terme

- ▶ Développer le réseau des agents de santé communautaires ;
- ▶ Former tout le personnel des établissements de santé à la « prise en charge intégrée des maladies de l'enfant » (PCIME) ;
- ▶ Établir un lien entre les plans sanitaires de district et les plans locaux de développement de l'eau et de l'assainissement.

Activités telles qu'elles peuvent apparaître dans les plans opérationnels annuels

- ▶ Recruter et former des agents de santé communautaires supplémentaires ; rafraîchir les connaissances des agents de santé communautaires en poste.
- ▶ Concevoir un module de formation à la PCIME adapté au contexte local et organiser des cours de formation localement ;
- ▶ Établir un guide à l'usage des conseils de district pour mieux relier les plans de santé et les plans concernant l'eau et l'assainissement.

qui en est fait. On ne saurait trop insister sur ce point. Outre l'apport utile qu'ils peuvent apporter au processus, leur volonté de contribuer et de coopérer plus tard lors de la mise en œuvre en sera renforcée. L'adhésion des parties prenantes peut assurer le succès ou conduire à l'échec de la mise en œuvre.

Orientations pour la mise en œuvre des PSPNS

Les PSPNS à moyen terme n'entreront pas dans le détail des questions de mise en œuvre. Toutefois, certains aspects essentiels liés à la mise en œuvre peuvent être extrêmement utiles, selon le domaine d'activité. Ces aspects comprennent la synergie avec d'autres stratégies de développement du secteur, les hypothèses, les conditions préalables devant être remplies, les besoins en matière de ressources, l'attribution des responsabilités, la mise en place d'un mécanisme de suivi et d'évaluation (S&E), le programme de mise en œuvre et le calendrier. Bon nombre de ces aspects permettent la mise en pratique des grands domaines d'activité. Dans le cadre des PSPNS, les domaines d'activité sont mis en lien avec des étapes et des cibles.^{VI}

Pour développer des domaines particuliers mentionnés dans les PSPNS, et pour appuyer la mise en œuvre de ces derniers, plusieurs autres plans ou documents stratégiques peuvent être établis, notamment :

- ▶ des plans d'intervention spécifiques (par exemple, conseil et dépistage volontaire du VIH, prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, traitement antirétroviral, etc.) ;
- ▶ un plan de S&E ;
- ▶ une stratégie de financement de la santé ;

- ▶ un plan d'assistance technique des donateurs ;
- ▶ un plan de gestion des achats et des approvisionnements ;
- ▶ une stratégie relative au personnel de santé.

Dans certains contextes, les PSPNS peuvent fournir suffisamment d'indications pour la planification opérationnelle annuelle directe, en ce qui concerne :

- ▶ les réformes et les interventions du programme ;
- ▶ les activités clés par niveau ;
- ▶ la programmation des interventions par étapes et par cibles ;
- ▶ les niveaux de responsabilité et les tâches ;
- ▶ les modalités de mise en œuvre et de gestion du système de S&E.

Si les PSPNS sont moins précis sur ces questions, une possibilité est d'établir une relation entre ce document et les plans opérationnels au moyen d'un programme de travail évolutif et continu ou d'un CDMT pour deux ou trois ans.^{VII}

Approbation et diffusion des PSPNS

Dès que l'équipe centrale s'entend sur la version des PSPNS qui précède la version définitive, le document peut être présenté à la communauté élargie des parties prenantes pour qu'ils formulent des observations finales. À cette fin, un résumé concis de deux pages du plan peut être rédigé dans un langage simple avec pour objectifs :

- ▶ d'informer la population du plan proposé ;
- ▶ d'informer les autres services et secteurs ;
- ▶ de défendre la cause de l'amélioration des services auprès des autorités locales, des partenaires de développement et du gouvernement.

^{VI} Voir chapitre 9 « Suivi, évaluation et revues des politiques, stratégies et plans nationaux de santé » de ce guide pratique.

^{VII} Voir chapitres 6 « Planification opérationnelle : transformer les plans nationaux en actions » et 8 « Budgetisation du secteur de la santé » de ce guide pratique.

Ce résumé doit souligner les points importants des PSPNS et doit notamment aborder :

- ▶ les principaux problèmes de santé et les besoins de développement du système ;
- ▶ les objectifs principaux et spécifiques, les grands domaines d'activité et les résultats attendus ;
- ▶ les réformes importantes à mettre en œuvre pendant la période de planification ;
- ▶ les rôles et les responsabilités ;
- ▶ les estimations des besoins totaux en ressources, les sources potentielles de financement et, le cas échéant, les déficits de financement ;
- ▶ la relation/les synergies du plan avec d'autres programmes en cours.

De nombreuses parties prenantes du secteur de la santé doivent parvenir à un consensus sur le contenu et la présentation des PSPNS. Ce consensus peut être atteint à travers la participation active et continue des principales parties prenantes dans le processus d'élaboration des PSPNS. Cela n'est pas toujours possible en raison de l'engagement important que cela implique en termes de temps et de ressources ; toutefois, c'est l'option idéale car elle permet aux parties prenantes d'exprimer leur point de vue et de donner leur accord à chaque étape du processus. La seconde approche consiste à faire circuler une version préliminaire du document aussi largement que possible, auprès de toutes les parties prenantes et parties intéressées, en leur laissant suffisamment de temps pour qu'ils l'examinent et communiquent leurs réactions. Cette approche permet d'avoir une vue d'ensemble, de faire part de toute préoccupation supplémentaire et de corriger les erreurs factuelles. Une réunion pour la formation d'un consensus peut s'avérer utile pour permettre

à chacun d'exprimer ouvertement ses opinions et d'aboutir à des compromis.

Il peut être décidé d'entreprendre une évaluation de la qualité des PSPNS. L'objectif de l'évaluation ou de l'examen par les pairs est de vérifier que les PSPNS présentent les caractéristiques satisfaisantes pour rendre possible la mise en œuvre et offre une base saine pour l'investissement national et international. Une évaluation est généralement menée conjointement par toutes les parties qui interviennent directement dans le développement des PSPNS. Des parties externes intéressées peuvent également être invitées s'il s'agit d'un exercice plus vaste. Un outil d'évaluation de la qualité des PSPNS qui est largement utilisé, est l'évaluation conjointe des stratégies nationales de santé (Joint assessment of national strategies - JANS).^{VIII} Cet outil a été conçu pour évaluer les PSPNS et leurs plans constitutifs, tels que les plans spécifiques à des programmes et à des sous-secteurs (ressources humaines, financements, achats, etc.) (voir Encadré 5.7).

^{VIII} <https://www.uhc2030.org/fr/notre-action/coordination-du-renforcement-des-systemes-de-sante/>

Encadré 5.7

Évaluation conjointe des stratégies nationales de santé (JANS)

L'approche JANS²⁸ est un outil et un ensemble de directives qui peuvent être utilisés pour vérifier la qualité d'un plan national de santé. L'approche met l'accent sur l'aspect « conjoint » du processus, ce qui signifie que l'évaluation est réalisée par un large groupe de parties prenantes, sur la base du dialogue et de l'obtention d'un consensus sur les conclusions finales.

Les trois principaux objectifs de JANS sont : améliorer la qualité de la stratégie nationale de santé ; augmenter la confiance et aider à la prise de décisions en matière de financement ; et réduire les coûts et supprimer l'existence des évaluations multiples. L'idée est que, par le biais de l'évaluation systématique des PSPNS existants, il est possible d'obtenir des indications pour améliorer les PSPNS futurs.

L'évaluation elle-même comprend une revue des PSPNS, ainsi que du cadre de développement national. En outre, de nombreux autres documents, y compris des budgets et des stratégies multisectorielles et sous-sectorielles, sont étudiés en détail. L'approche JANS est centrée sur l'analyse de cinq domaines essentiels : l'analyse de situation et programmation ; processus ; coûts et cadres budgétaires ; mise en œuvre et gestion ; et suivi, évaluation et revue. Pour chaque domaine, une série de critères et de caractéristiques souhaitables donne à l'évaluateur un étalon pour apprécier les PSPNS.

Plusieurs pays ont appliqué l'approche JANS dans le cadre du processus de développement de leurs PSPNS.

Les retours d'informations sur le sujet ont montré qu'outre les résultats de l'évaluation proprement dite, le processus d'évaluation conjointe avec des parties internes et externes apporte des indications inattendues et forge un sentiment d'adhésion aux PSPNS.

« Le processus JANS a significativement amélioré la qualité du plan de santé quinquennal. Résultats : davantage de confiance de la part des partenaires de développement ; un appui plus rationnel au secteur. »

--Dr Long, ministère de la Santé, Viet Nam²⁹

Par exemple, au Viet Nam, pour garantir l'aspect « conjoint » de l'évaluation, le gouvernement, les partenaires de développement et les ONG ont tous été représentés dans l'équipe centrale, qui a préparé et effectué l'évaluation. En Éthiopie, des évaluations séparées ont été réalisées sous forme d'ateliers à différents niveaux du système de santé pour faire en sorte que les organisations de la société civile et d'autres groupes de parties prenantes locaux puissent participer au processus JANS.

Quelle que soit l'approche adoptée, l'approche JANS permet d'obtenir un jugement structuré sur les points forts et les points faibles des PSPNS, ainsi que des recommandations concrètes en vue d'une amélioration qui peuvent inspirer le dialogue politique et les débats.

Structure du document des PSPNS (voir Encadré 5.8)

Une fois qu'un large consensus sur les PSPNS a été atteint et que sa qualité a peut-être été évaluée, les autorités nationales compétentes doivent l'adopter officiellement. La version finale du document est en général soumise pour approbation au ministère de la Santé ou à un comité interdépartemental. Parfois, une cérémonie ou un atelier peut être prévu pour la validation officielle.

Les PSPNS n'ayant pas été officiellement adoptés sont perçus comme dénué de légitimité. Ici, deux aspects sont à considérer :

- (a)** la légitimité interne au sein du secteur de la santé : l'avis favorable doit être donné par les autorités du secteur de la santé, y compris le ministre de la Santé, pour en faire un élément officiel dans l'orientation générale que le ministère de la Santé souhaite donner au secteur de la santé ;
- (b)** la légitimité externe au-delà du secteur de la santé.

Dès l'instant où le plan a été officiellement adopté, le document doit être mis en valeur et distribué largement afin d'éclairer les contributions de toutes les parties prenantes. La diffusion ne se limite pas à la distribution d'un document papier, mais implique aussi le fait d'expliquer le document aux communautés et aux parties prenantes concernées, de tenir des réunions et d'organiser des présentations spécifiques, de mettre le document en ligne, etc. En effet, elle suppose toute une stratégie de communication autour des PSPNS, laquelle peut nécessiter d'inscrire au budget des ressources supplémentaires. Cette question est fondamentale pour garantir une véritable utilisation du document qui devient alors le point de référence pour toutes les activités, tâches et initiatives dans le secteur de la santé à moyen terme.

Un document concernant les PSPNS commence généralement par résumé exécutif, suivi de la présentation du contexte général du secteur de la santé avec que des ou de l'objectif(s) principal(aux) des PSPNS. Avant d'exposer la teneur du plan lui-même, les résultats de l'analyse de situation peuvent être résumés puisque cette analyse a permis de justifier la définition des priorités et les étapes suivantes. Les objectifs spécifiques des PSPNS doivent ensuite être clairement présentés, une explication étant fournie pour chacun d'eux et un lien établi avec les objectifs principaux/orientations stratégiques.

Ensuite, les différents grands domaines d'activité pour le développement du secteur peuvent être exposés, en indiquant les phases et les orientations pertinentes pour les modalités de mise en œuvre. Dans une annexe, le contenu des PSPNS peut être présenté dans un tableau qui donne au lecteur un rapide aperçu, en soulignant les éléments essentiels, tels que les objectifs principaux, les objectifs spécifiques, les résultats attendus (cibles), la description de tous les grands domaines d'activité proposés, les ressources (financières, humaines et autres) nécessaires d'après les estimations, le calendrier et les structures/institutions responsables.

Ce document de PSPNS doit mentionner les hypothèses de départ ainsi que les risques, et la façon dont ces derniers seront gérés. Enfin, et ce n'est pas le moins important, ce document doit mentionner quand et par quel système ses progrès et réalisations seront suivis et évalués. Les PSPNS peuvent faire référence à un CDMT.

La section S&E des PSPNS doit être bien préparée et permettre des évaluations périodiques sur les ressources, les processus, les effets et, finalement, les retombées. Elle doit mettre en avant un ensemble d'indicateurs clés, quantitatifs et qualitatifs, bien définis, souvent utilisés en association avec un tableau de bord. Dans la mesure du possible, les données de base doivent être identifiées et mentionnées dans le plan de S&E.

Encadré 5.8

Document des PSPNS : exemple de table des matières

- Avant-propos/Préface
- Remerciements
- Acronymes et abréviations
- Résumé exécutif
- Introduction
- Processus de développement des PSPNS
- Communauté des parties prenantes participant au processus
- Rôles et responsabilités (inventaire)
- Section I : Contexte et analyse de situation
 - Profil du pays
 - Situation socio-économique
 - État de santé de la population
 - Profil du secteur/système de santé
- Section II : Orientations stratégiques/objectifs principaux des PSPNS
 - Lien avec la stratégie à long terme pour le secteur de la santé ou le développement de l'ensemble du pays
 - Mission
 - Principes directeurs
 - Domaines prioritaires
 - Principaux objectifs et grands domaines d'activité
- Section III : Mise en œuvre des PSPNS
 - Cadre stratégique et réglementaire
 - Cadre de mise en œuvre
 - Réduction des risques
- Section IV : Financement des PSPNS
 - Fonds disponibles et estimation des coûts
 - Déficit de financement
 - Plan d'investissement stratégique
- Section V : Stratégie en matière de suivi et d'évaluation
 - Systèmes de suivi et d'évaluation – indicateurs, données initiales, cibles
 - Approches de la collecte des données
 - Stratégie concernant les résultats
- Section VI : Conclusion
- Références
- Annexes

Estimer les incidences financières des PSPNS et garantir les ressources nécessaires

Dès le début de l'initiative, examiner les incidences financières des PSPNS doit faire partie du processus de développement des PSPNS.^{IX} Le processus d'estimation des coûts permet ainsi d'affiner et d'ajuster le contenu et les cibles des PSPNS et d'éviter ainsi que ceux-ci ne deviennent irréalistes, rapidement mis de côté sans avoir été activement utilisés. Des experts en estimation des coûts peuvent modéliser plusieurs scénarios, en particulier si les ressources semblent ne pas correspondre aux ambitions énoncées dans les PSPNS.

L'estimation des coûts d'un plan exige que les spécialistes de la planification prévoient les dépenses financières nécessaires pour atteindre les résultats énoncés dans le plan. Cette estimation représente une contribution précieuse dans le processus de développement des PSPNS qui peut servir à la définition des priorités en mettant en évidence les contraintes liées aux ressources. Les estimations des coûts donnent des indications aux décideurs sur la faisabilité d'un plan. Plus important peut-être, il est possible d'adapter les estimations de coûts aux fonds disponibles afin de repérer les déficits de financement et mobiliser des ressources supplémentaires provenant du budget national ou de sources internationales.

La construction de scénarios est un outil utile dans le processus de développement et d'estimation des coûts des PSPNS, plusieurs séries de versions étant mises au point par les personnes qui réalisent essentiellement des analyses de coûts et par celles qui s'occupent davantage du développement des PSPNS. Par exemple, un scénario peut être calculé pour différents plafonds budgétaires possibles ou pour différentes cibles en matière de couverture sanitaire afin de comprendre et d'étudier soigneusement les incidences sur les ressources pour prendre des décisions stratégiques.

^{IX} Pour plus de précisions sur ce sujet, voir le chapitre 7 « Estimation des coûts des politiques, stratégies et plans nationaux de santé » de ce guide pratique.



5.6 Les problèmes courants dans le développement des PSPNS, erreurs et solutions possibles

5.6.1 Les problèmes courants dans le processus de développement des PSPNS et solutions possibles

Des échéances limitées, ne permettant pas une analyse approfondie des données

Si dans certains contextes, le temps imparti au processus de planification global est limité, il peut être nécessaire de prendre des décisions pour écourter ce processus en réduisant certaines étapes ou parties d'étapes. Par exemple, si des orientations stratégiques sont requises dans un délai de trois mois, il se peut qu'il soit impossible de nouer un dialogue approfondi avec la communauté ou de

recueillir de nouvelles données sur des questions ciblées concernant le secteur de la santé. Un bon moyen de remédier au manque de temps est la mise en place d'activités menées en parallèle grâce à des groupes de travail. Ces derniers doivent alors être en liaison étroite avec l'équipe centrale. Ce qui semble fonctionner le mieux est de faire en sorte que les membres de l'équipe centrale fassent également partie des groupes de travail, ce qui garantit l'échange d'informations et assoit une relation de confiance.

Une évolution rapide de l'environnement, qui peut rendre toute planification à moyen terme incertaine

Parmi les problèmes courants dans le processus de développement des PSPNS, on peut citer : des échéances limitées qui ne laissent pas assez de temps pour examiner les données de manière approfondie, un environnement en rapide évolution, une participation insuffisante des parties prenantes, un faible lien entre la planification, l'estimation des coûts et la budgétisation, et une mauvaise coordination entre les plans spécifiques aux programmes et les PSPNS.

Dans un environnement en rapide évolution, la planification à moyen terme peut être réalisée sur des périodes plus courtes, 2 à 3 ans par exemple, plutôt que 5 ans. En outre, il sera crucial de faire preuve de souplesse pour que le plan reste pertinent, ce qui peut signifier que certaines questions soient traitées de manière générale et que les détails seront plus étayés dans la phase de planification opérationnelle. Quoi qu'il en soit, dans un environnement où l'avenir n'est pas prévisible, les plans opérationnels peuvent combler les lacunes. Il est important de veiller à ce que ce soient effectivement les plans opérationnels, reliés aux plans stratégiques, qui remplissent ce rôle, plutôt que des plans parallèles faisant partiellement double emploi avec les PSPNS.

Dans un tel contexte, le plan opérationnel prend une signification plus importante ; c'est dans ce cadre que les activités peuvent être adaptées avec souplesse et modifiées. Pour que les PSPNS soient mis en œuvre, il est absolument essentiel que les plans opérationnels soient flexibles. Les PSPNS indiquent l'orientation stratégique du secteur, qui sert de base au contenu des plans opérationnels. Les plans opérationnels doivent « opérationnaliser » le plan stratégique, permettre des modifications si nécessaire (par exemple dans un contexte instable), et au fil de l'évolution de la situation.

Une participation insuffisante des parties prenantes à tous les niveaux (pas seulement les hauts responsables)

Les parties prenantes souhaitent sérieusement participer au processus de développement des PSPNS quand ils peuvent en tirer une valeur ajoutée et que le caractère de pilotage des PSPNS du secteur de la santé apparaît clairement. Le manque d'entrain à participer au développement des PSPNS est souvent, en grande partie, liée à la place attribuée dans le secteur de la santé à ces PSPNS, ainsi qu'à leur réelle faisabilité et à leur rôle en tant que document d'orientation. Dans de nombreux pays, les acteurs non étatiques (privés) en particulier ne voient pas l'intérêt de prendre part au processus quand ils observent une contribution à sens unique, sans en tirer aucun bénéfice.

Le niveau de mobilisation des parties prenantes montre la capacité du ministère de la Santé et de l'équipe centrale (c'est-à-dire, non seulement le ministère de la Santé, mais aussi les parties prenantes essentielles de la planification) d'encadrer, de coordonner et de motiver efficacement les bonnes personnes pour qu'elles apportent leur contribution et favorisent la mise en œuvre. L'investissement et la réflexion sur la préparation des PSPNS sont essentiels dans les contextes où les PSPNS sont traditionnellement rédigés pour un public de donateurs ou pour cocher une liste de tâches à accomplir, pour être ensuite mis de côté.

Un faible lien entre la planification, l'estimation des coûts et la budgétisation

Dans beaucoup de pays, le manque de compréhension des questions budgétaires se traduit par une dissociation des processus d'élaboration des politiques, de planification, d'estimation des coûts et de budgétisation. Il en résulte un manque de concordance entre les priorités du secteur de la santé définies dans les plans stratégiques ou politiques générales et les fonds alloués au secteur à l'issue du processus de budgétisation. Ce manque d'alignement a des conséquences négatives : les ressources ne sont pas utilisées aux fins prévues et la redevabilité est affaiblie. A contrario, une bonne compréhension du processus budgétaire et une participation active et au bon moment du ministère de la Santé ainsi que d'autres parties prenantes du secteur de la santé dans le cycle budgétaire augmentent les chances que les ressources allouées en définitive correspondent aux besoins prévus dans le secteur de la santé.

Grâce à une collaboration en amont avec le ministère des Finances, le ministère de la Santé peut mieux appréhender les règles de gestion financière et le fonctionnement général du système qui régit les dépenses. Une coopération plus étroite avec le ministère des Finances et la participation de représentants de ce ministère lors des principales consultations du ministère de la Santé (telles que celles qui concernent l'estimation des coûts des PSPNS) peut permettre aux deux parties de mieux comprendre leurs besoins et leurs difficultés respectives.

Une mauvaise coordination entre les plans spécifiques aux programmes et les PSPNS

Comme le montre la Figure 5.3, de nombreux pays mettent en œuvre des plans spécifiques à des programmes verticaux qui ne sont pas synchronisés avec le plan national de santé, et inversement. La Figure 5.3 est fondée sur une analyse visant uniquement à considérer le calendrier et les années couvertes par les plans spécifiques à des programmes par rapport aux PSPNS, sans examiner le contenu de ces plans et la manière dont ils ont été harmonisés et alignés - examen qui révélerait probablement encore plus d'incohérences. En particulier dans les contextes où de vastes programmes sont entièrement financés par des fonds extérieurs, ces programmes sont perçus comme « indépendants » du reste du secteur de la santé. Pourtant, en pratique, ils ont une influence quand il s'agit de définir les priorités pour la santé de façon ponctuelle. Aussi les risques sont-ils grands si un lien n'est pas convenablement établi entre les PSPNS et les programmes verticaux : ces derniers continueront leurs activités de manière verticale, non durables, les activités cessant avec la fin de l'apport de fonds. Il peut y avoir des activités redondantes ou qui se chevauchent, et des ressources gaspillées, surtout en ce qui concerne le personnel de santé si le programme vertical est mieux financé et mieux organisé que le gouvernement.

Par ailleurs, un programme bien financé peut être l'occasion d'aborder des objectifs qui figurent de toute façon dans les PSPNS. Plutôt que de prévoir des activités qui donnent lieu à des chevauchements et à des redondances, il serait plus utile de coopérer et de faire en sorte que les priorités du programme et les priorités du secteur de la santé soient convenablement traduites dans les deux documents. Cette démarche peut nécessiter un travail important en amont pendant la préparation des PSPNS notamment si les deux parties n'ont pas l'habitude d'échanger l'une avec l'autre. Pendant le processus de développement des PSPNS, le minimum serait d'étudier les plans spécifiques aux programmes existants, de faire appel aux représentants de ces programmes pour qu'ils apportent leur concours dans leur domaine de compétence, et de mener dans le même temps un S&E de la réalisation des objectifs des programmes et des objectifs des PSPNS.

5.6.2 Les erreurs courantes observées dans les PSPNS

Un manque de cohérence entre les moyens disponibles et les résultats et effets recherchés

Il n'est pas rare de trouver des PSPNS dans lesquels les moyens (ressources utilisées, telles que le personnel et les équipements) sont insuffisants ou inappropriés, et ne montrent aucune cohérence évidente avec la réalisation des résultats et effets recherchés. Pour éviter ce piège, il est utile de garder toujours à l'esprit les résultats finals et le but ultime de l'exercice. Quand on a en tête la vision globale du secteur de la santé ainsi que les objectifs principaux et spécifiques des PSPNS, il est possible de planifier les étapes nécessaires et de penser à toutes les conséquences des actions requises pour mener à son terme les PSPNS.

Les grands domaines d'activité proposés et les modalités de mise en œuvre sont trop vagues

Il peut y avoir des contextes où les domaines d'activité des PSPNS et les orientations pour leur mise en œuvre sont délibérément vagues - par exemple, dans les situations fragiles ou en rapide évolution ou même dans des pays où l'administration est très décentralisée. Toutefois, en de tels cas et au moment de l'établissement des plans opérationnels, le ministère de la Santé et les parties prenantes à la planification en santé doivent prévoir des dispositions explicites en faveur d'un appui technique renforcé et/ou diffuser ultérieurement des documents d'orientation supplémentaires pour garantir une conduite du secteur de la santé dans la direction souhaitée. S'ils ne le font pas, le secteur de la santé risque d'être fragmenté et les PSPNS d'être inconséquent.

Dans les situations où il n'est pas vraiment nécessaire de conserver une formulation vague, il n'y

a aucune raison de ne pas engager l'effort requis pour fournir plus de détails et d'orientations. Les raisons de ne pas le faire résident souvent dans un processus insuffisamment participatif, dans un calendrier trop serré, et dans le simple manque d'informations sur les détails nécessaires. Investir dans le processus et disposer des personnes appropriées peut combler les lacunes en matière d'information, par exemple, grâce aux connaissances implicites et à l'expérience.

Le plan est statique, ce qui n'encourage pas à réagir avec souplesse au changement

Il peut arriver parfois que le processus des PSPNS finisse par devenir beaucoup trop routinier. Il est possible que beaucoup de zèle et d'enthousiasme aient caractérisé les premières phases, mais quand et si le processus stagne ou traîne en longueur, il peut être perçu comme une charge supplémentaire, le principal objectif étant simplement de finir le document et de passer à autre chose. Cela peut se produire lorsque, dans le processus national de planification sanitaire, les ressources sont insuffisantes pour un travail supplémentaire que l'équipe centrale n'est pas en mesure de réaliser. En outre, si les PSPNS en soi, sont considérés comme un « projet » distinct, séparé des tâches essentielles à accomplir, il est compréhensible qu'une fois terminé, les activités normales reprennent leur cours et que le plan devienne un document statique, avec peu de chances d'être mis en œuvre.

Dans certains pays, l'importance excessive accordée aux formalités et aux procédures officielles intégrées au processus de développement des PSPNS transforme celui-ci en une fonction surtout bureaucratique. Le processus peut s'en trouver inutilement alourdi et ses principaux objectifs se perdent en paperasserie et en signatures.

Le moyen de garantir que les PSPNS servent vraiment de référence est de faire en sorte que le document soit réaliste et applicable, qu'il fournisse une orientation sectorielle suffisamment large sans être vague, et qu'il donne des précisions sans être trop opérationnel. De plus, il est impératif qu'il soit véritablement alimenté par les contributions utiles de nombreuses parties prenantes ; cet aspect relatif à la qualité du processus est fondamental et ne doit pas être éclipsé par les formalités administratives.

Il est crucial de veiller à l'établissement de liens étroits avec la planification opérationnelle en fournissant suffisamment d'orientations opérationnelles pour permettre l'élaboration de plans opérationnels de suivi. Des échéances peuvent être utiles ici, car elles permettent de fixer des cibles intermédiaires sans planifier les détails opérationnels. Cependant, les PSPNS ne doivent pas trop entrer dans des détails superflus qui peuvent être mieux gérés au niveau opérationnel, où une réponse souple est possible.

Si l'analyse des données est superficielle, il peut ne pas y avoir d'options convaincantes pour mieux faire à l'avenir

Dans certains cas, les PSPNS sont fondés sur une analyse des données qui reste superficielle. Une analyse solide et approfondie est nécessaire pour projeter ce à quoi l'environnement du secteur de la santé pourrait ressembler à l'avenir. Il va sans dire que l'ensemble du cycle décisionnel et de planification doit reposer sur des données fiables ; ce qui implique non seulement d'assurer la production et la conservation de ces données mais aussi d'investir des efforts et des ressources pour que les données soient bien comprises et correctement interprétées aux fins d'une stratégie pour la santé. Faute de quoi, même si les PSPNS sont mis en œuvre, leur efficacité ne sera probablement pas aussi grande que prévue.

Les objectifs principaux et spécifiques et les grands domaines d'activité reflètent le cloisonnement, la culture de la segmentation, la tendance à protéger son territoire et les intérêts individuels

Une critique courante à l'égard des plans nationaux de santé est qu'ils sont irréalistes et ne font que traduire une liste d'actions souhaitables, mais peu faisables, dans le secteur de la santé. Cela peut être le cas lorsque le processus de développement des PSPNS n'est pas réellement un travail collaboratif dans le cadre duquel les parties prenantes conjuguent leurs efforts, participent à un dialogue et à un débat reposant sur des bases factuelles et abordent la question litigieuse de la définition des priorités. En effet, celle-ci signifie que certaines activités de groupes ou d'institutions risquent de ne pas être sélectionnées, contrairement à d'autres. Quand la contribution des parties prenantes est partielle et individuelle - c'est-à-dire fondée sur un échange direct avec le ministère de la Santé ou une autre autorité centrale de planification -, qu'elle ne repose pas sur le dialogue et n'est pas de nature collective, les objectifs principaux et spécifiques, et les grands domaines d'activité des PSPNS deviennent un simple recueil des programmes de travail distincts pour chacun des acteurs.

La solution à ce problème réside dans le rôle de rassembleur et de médiateur du ministère de la Santé et dans son aptitude à réunir les parties prenantes - celles qui sont d'accord et les autres - et à coordonner le dialogue politique de sorte qu'il en résulte des PSPNS équilibrés, réalistes et réalisables. Dans les contextes où les capacités du ministère de la Santé sont reconnues comme faibles, l'amélioration de la gouvernance du secteur de la santé doit occuper une place prépondérante dans les PSPNS.

5.6.3 La gouvernance du secteur de la santé

La bonne gouvernance du secteur de la santé implique que les parties prenantes, les dirigeants et les gestionnaires partagent la même vision, le processus de planification étant compréhensible par tous.

La plupart des difficultés et des erreurs susmentionnées sont susceptibles d'être liées à l'absence de bonne gouvernance du secteur de la santé. Par exemple, il se peut que la direction ne motive pas son personnel ni ses gestionnaires à tous les niveaux du système de santé, c'est-à-dire ceux qui sont aux avant-postes pour mettre en œuvre les PSPNS. Les dirigeants peuvent ne pas accorder un degré de priorité élevé aux efforts de diffusion permettant une communication compréhensible des PSPNS au personnel qui fournit les services et aux gestionnaires. Si les résultats escomptés et la valeur ajoutée au niveau local ne sont pas clairs pour les personnes chargées de la mise en œuvre, la volonté et la motivation nécessaires pour l'exécution feront défaut.

Par nature, une direction efficace est l'assurance que les dirigeants et les gestionnaires partagent la même vision. L'intérêt du processus de planification doit pouvoir être compris par chacun. La confiance dans les résultats escomptés des PSPNS est pour beaucoup liée au niveau d'ouverture et de transparence du processus des PSPNS en question. Les dirigeants avisés feront en sorte que toutes les parties prenantes du secteur de la santé concernées aient accès aux données, aux informations, au processus et à la logique de la prise de décision.

5.6.4 Action intersectorielle et PSPNS

L'équité en santé et les déterminants sociaux de la santé sont reconnus comme des composantes fondamentales du programme de développement durable pour l'après-2015, et sont des éléments essentiels du cheminement de tout pays vers l'instauration de la CSU. Les gouvernements et les autres parties prenantes doivent s'attaquer de manière proactive aux déterminants sociaux et aux inégalités en identifiant et en promouvant l'action intersectorielle en tant que composante intégrale et vitale du processus national de planification sanitaire. Si l'action intersectorielle n'est pas une pleine composante – et en fait l'esprit – du processus national de planification sanitaire, les inégalités en santé risquent de persister, et par voie de conséquence, la santé de la population en pâtira.

Comme précisé dans le chapitre 12 de ce guide pratique « planification intersectorielle et équité en santé », la planification intersectorielle, en tant que partie intégrante du processus national de planification sanitaire, n'est pas un processus linéaire, si bien qu'il existe une multiplicité de points d'entrée. La phase d'analyse de situation,

en particulier, ouvre un champ de possibilités immense pour aborder les bonnes questions concernant l'équité et les déterminants de la santé et pour garantir une évaluation convenable de ces aspects fondamentaux. Des actions peuvent être entreprises tout au long du cycle de planification ; toutefois, si l'on ne tient pas compte des questions fondamentales qui s'imposent à l'évidence lors de la phase d'analyse de situation, de telles actions ne seront pas prises en compte.

Aux fins du développement des PSPNS, et dès que l'analyse de situation et la définition des priorités sont entreprises, il convient de garder l'action intersectorielle à l'esprit lors de la formulation des objectifs principaux, spécifiques et des grands domaines d'activité. Dans les contextes où l'action intersectorielle a longtemps été négligée, il peut être nécessaire de fixer un objectif distinct la concernant. À défaut, s'il est prévu de l'intégrer à d'autres objectifs et/ou grands domaines d'activité, il est possible de fournir des directives opérationnelles s'y rapportant expressément pour veiller à ce qu'elle ne soit pas oubliée lors de la phase de planification opérationnelle.

Il convient de garder l'action intersectorielle à l'esprit lors de la formulation des objectifs principaux, spécifiques et des grands domaines d'activité.



5.7 Et si ... ?

5.7.1 Et si votre pays est doté d'une organisation décentralisée ?

Il faut faire une distinction entre la planification stratégique au niveau infranational, qui n'est généralement réalisée que dans des contextes fortement décentralisés, et la planification stratégique au niveau national dans un contexte décentralisé. Nous traitons ici de cette dernière.^X

La planification stratégique au niveau national dans n'importe quel contexte, mais surtout dans un contexte décentralisé, nécessite des données, des informations et une contribution active des districts et des régions. Les orientations, les modèles et les initiatives de renforcement des capacités émanant du niveau central sont essentiels, car les niveaux infranationaux élaborent de toute façon leur propre plan opérationnel à moyen terme. Des directives claires et cohérentes de la part du niveau central aident non seulement le niveau national à mieux rassembler et à mieux comprendre les informations provenant des districts et des régions, mais contribuent aussi au renforcement des systèmes de santé locaux, ce qui profite à tous les niveaux.

Si un cadre décentralisé peut aider à améliorer l'efficacité de la planification et de la prise de décision dans le secteur de la santé, il peut également créer de nouvelles difficultés, en particulier pour ce qui est de trouver le juste équilibre entre la planification au niveau national et la planification au niveau local, dans la mesure où les systèmes à chaque niveau doivent être développés de manière appropriée et en cohérence les uns avec les autres. Surtout dans un cadre décentralisé, où la planification est ascendante,

la dynamique des allers-retours entre les niveaux revêt de l'importance. Les districts communiquent au niveau central leurs besoins les plus importants à moyen terme, tandis que le ministère de la Santé notifie aux districts les priorités et les stratégies sectorielles nouvelles ou adaptées. Les districts peuvent alors réagir en formulant des propositions visant à renforcer certaines composantes du système ou à adapter les stratégies nationales et les feuilles de route des programmes à leurs situations locales particulières. À son tour, le ministère de la Santé doit alors vérifier la faisabilité financière de ces propositions et, si elles sont jugées acceptables, harmoniser et coordonner les adaptations locales.

Bien que les principes et les processus généraux soient similaires à chaque niveau, à mesure que l'on descend vers les niveaux inférieurs, les plans sont plus précis, les conseils émanant du niveau national constituant le vaste cadre stratégique dans lequel ils s'inscrivent. Chaque niveau doit donc tenir compte des autres plans, c'est-à-dire de ceux qui sont en cours d'élaboration dans d'autres organisations travaillant au même niveau horizontal, ainsi que ceux relevant des niveaux supérieurs et des niveaux inférieurs du système (la dimension verticale).

Enfin, les plans de district doivent être validés et intégrés dans les PSPNS ; il doit alors apparaître clairement quelle contribution les unités périphériques vont jouer dans sa réalisation et quels résultats clés devront être atteints à leur niveau.

^X De plus amples informations sur ces deux aspects sont disponibles dans le chapitre 11 « Élaboration d'une stratégie en santé au niveau décentralisé » de ce guide pratique.

5.7.2 Et si la division et/ou la fragilité posent un problème dans votre pays ?

Dans un environnement fragile, les décideurs doivent être opportunistes en matière de planification stratégique et se concentrer sur ce qui est faisable.

L'élaboration des PSPNS dans un environnement en rapide évolution rend parfois difficile l'exécution d'un plan de santé global, en particulier lorsque le plan n'est pas suffisamment adapté à la spécificité de l'environnement. Les situations complexes nécessitent de faire preuve d'une souplesse considérable dans la planification et de mettre davantage l'accent sur l'apprentissage et l'adaptation.

Du fait de l'incertitude, l'horizon temporel des PSPNS dans des contextes fragiles doit permettre d'éventuelles révisions et modifications ; il doit toujours rester concret, avec des objectifs immédiats et des mécanismes adaptés pour la révision des objectifs et des grands domaines d'activité. Dans des situations particulièrement instables, l'absence de stratégie prescriptive peut être un avantage, en ce qu'elle permet plus de souplesse et facilite l'apprentissage et l'adaptation.^{XI}

Les décideurs doivent être opportunistes et se concentrer sur ce qui est faisable, qui est généralement éloigné de ce qui est souhaitable. Le défi consiste à donner une finalité sectorielle à une série de mesures prises parce qu'elles sont considérées comme possibles (voir Encadré 5.9).

Même un succès modeste peut attirer d'autres acteurs, et susciter la volonté de s'attaquer à des questions plus complexes. Les partenaires doivent chercher des réponses concrètes à des problèmes réels, qui profitent à l'ensemble du système et ont une chance de fonctionner même dans le pire des scénarios possibles.

La planification ascendante met l'accent sur le renforcement des structures déjà en place, leur intégration dans un système fonctionnel et l'établissement de nouvelles structures dans la mesure du possible. Cette approche est en général plus fructueuse que des PSPNS ambitieux dont l'horizon temporel est lointain. Dans de nombreux contextes difficiles, le niveau le plus propice à la rationalisation de la fourniture des services de santé semble être le niveau local ou provincial.

Il est essentiel de s'adapter à l'évolution du contexte et de tirer des enseignements de l'expérience : « Plus nos problèmes sont complexes et difficiles à cerner, plus la méthode empirique est appropriée... Il s'agit pourtant d'une approche qui va à l'encontre de nos instincts et du mode de fonctionnement des organisations traditionnelles ».³⁰

^{XI} Pour plus d'informations, voir le chapitre 13 « Stratégies en santé en situation de crise » de ce guide pratique.

Encadré 5.9

Renforcement de la planification stratégique au Libéria après la fin de la guerre civile en 2003³¹

Après deux guerres civiles, le Libéria est sur la voie de la reprise. Depuis son Accord de paix global de 2003, le pays a connu une paix et une stabilité relatives grâce à des élections démocratiques et au soutien de la communauté internationale. En raison de la fragilité de l'État à l'issue du conflit, marqué par des années marquées par les inégalités en matière de développement politique, économique et social, l'élaboration des PSPNS était fondamentale pour garantir le développement d'un cadre politique solide sans lacunes. La première politique nationale de santé du Libéria, élaborée en 2007, a vu le jour à un moment crucial pour le développement du système de santé.

Les parties prenantes de la planification en santé étaient conscients de l'importance d'être opportuniste et souple en matière de planification, c'est pourquoi les PSPNS comprenaient deux objectifs vastes mais réalisables pour commencer à reconstruire le système de santé. Le premier objectif consistait à mettre en place un ensemble de services de santé de base gratuits pour l'ensemble de la population, axés sur les priorités sanitaires les plus urgentes (lutte contre les maladies transmissibles, soins d'urgence, santé maternelle et néonatale, soins de santé mentale), après une longue période d'investissement minimal dans la santé. La guerre avait eu un effet dévastateur sur les indicateurs sanitaires de développement ;

faire en sorte que les services fondamentaux puissent être offerts aux habitants du Libéria permettrait, si tout allait bien, de jeter une base politique pour élargir les services fournis par le ministère de la Santé et de la Protection sociale. Le second objectif visait doter le pays d'institutions de santé fortes, durables et compétentes, en particulier grâce à un processus de décentralisation et à l'intégration des plans du système de santé aux plans des autres secteurs de développement. Cet objectif a délibérément eu une large portée pour permettre aux niveaux infranationaux d'adapter plus facilement leurs plans aux PSPNS.

Les difficultés liées à la reconstruction de l'infrastructure du système de santé sont loin d'être terminées. La crise due à la maladie à virus Ebola en 2014 a aggravé ces difficultés, surtout les problèmes en rapport avec la faiblesse des systèmes de suivi et d'évaluation, la dépendance continue à l'égard de l'appui des donateurs, l'importance des paiements directs, la piètre qualité des services de base essentiels, et les pénuries de personnel de santé. Le Plan d'investissement 2015 pour la mise en place d'un système de santé résilient (*Investment Plan for Building a Resilient Health System*) au Libéria vise à s'appuyer sur des objectifs réalisables, en tirant parti des enseignements du passé, pour faire progresser le secteur de la santé du pays.

5.7.3 Et si votre pays est fortement dépendant de l'aide ?

Dans un pays dépendant de l'aide extérieure, un processus rigoureux et ouvert de développement des PSPNS est susceptible d'accroître la capacité du gouvernement à établir son propre programme et à rassembler autour de celui-ci des partenaires extérieurs.

La capacité des organismes bilatéraux et multilatéraux d'exercer une influence sur les processus d'élaboration des politiques nationales peut augmenter proportionnellement à la dépendance du gouvernement du pays à l'égard du soutien des donateurs pour financer les coûts récurrents du système de santé. Dans de tels cas, en particulier, un processus rigoureux et ouvert de développement des PSPNS est susceptible d'accroître la capacité du gouvernement à établir son propre programme et à rassembler autour de celui-ci des partenaires extérieurs.

Dans un pays dépendant de l'aide extérieure, une consultation ouverte et transparente est cruciale pour garantir la pertinence des PSPNS par rapport aux intérêts des donateurs et pour parvenir à un consensus sur toute question litigieuse. De plus, les parties prenantes à la planification en santé doivent reconnaître la nécessité de déployer des efforts pour obtenir un soutien cohérent de

nombreux groupes d'intérêt. Même des groupes qui ont pu se montrer peu intéressés doivent, dans la mesure du possible, participer activement au processus des PSPNS.

Une forte dépendance vis-à-vis de l'aide extérieure va souvent de pair avec la nature verticale des programmes nationaux de lutte contre des maladies. Un risque persiste alors d'une déconnection entre la planification des programmes spécifiques à une maladie et les PSPNS, ce qui entraîne une fragmentation et des coûts de transaction accrus. Les responsables de programmes bien financés peuvent être réticents, voire refuser, à prendre part au processus de planification stratégique de l'ensemble du secteur. Des accords de partenariat ciblés avec ces programmes et des partenaires extérieurs, sous l'égide des autorités nationales, sur le modèle des pactes nationaux des IPH^{XII}, de mémorandums d'accord et d'accords bilatéraux peuvent contribuer à éviter ces problèmes.

^{XII} Pour de plus amples informations, consulter le site IHP+ : <https://www.uhc2030.org/fr/notre-mission/>

5.8 Conclusion

Un plan stratégique est un document d'orientation général qui doit orienter le secteur de la santé vers la réalisation à moyen terme (en général en 3 à 5 ans) des objectifs qui y sont énoncés. La décision quant à l'orientation vers laquelle doit tendre le secteur de la santé, telle que définie dans les PSPNS doivent être prise conjointement avec la participation de diverses parties prenantes du secteur de la santé, le processus étant coordonné et dirigé par le ministère de la Santé. Un plan stratégique est nécessaire parce qu'il peut, s'il est correctement établi, contribuer à concrétiser les priorités ; garder l'accent sur le moyen et le long terme, ce qui évite les écarts par rapport à la vision et aux stratégies optimales ; éviter la fragmentation du secteur de la santé ; et contribuer à centrer le dialogue politique sur les priorités du secteur de la santé.

L'utilité limitée des plans stratégiques a souvent été discutée. Or, le problème ne vient pas des plans stratégiques eux-mêmes, mais plutôt du manque de cohérence dans la manière dont ils sont élaborés, diffusés et utilisés. Pour que des PSPNS jouent effectivement leur rôle de document de référence

du secteur de la santé, ils doivent être adaptés et remporter une adhésion suffisante, reposer sur des bases factuelles solides, et prendre en compte et mobiliser l'ensemble des programmes, des régions, des districts, des groupes de population et des points de vue. Au XXI^e siècle, un processus multipartite est essentiel, l'objectif étant d'établir un document stratégique consensuel qui reflète les priorités des bénéficiaires visés, des prestataires et du gouvernement.

Les PSPNS ont néanmoins des limites incontestables. Ils ne sont en définitive qu'un document qui, en lui-même, ne garantit pas le succès de la mise en œuvre. Il ne remplace pas la nécessité d'un encadrement et d'une capacité à guider le secteur, d'une gestion énergique et novatrice et d'un dialogue politique constant scientifiquement fondé, pour l'examen des questions pertinentes. Ce chapitre apporte des conseils pour le développement de PSPNS pertinents, devant être référencés, consultés et utilisés. Des étapes sont proposées pour gérer le processus de développement des PSPNS, les erreurs et les problèmes courants étant signalés et des solutions suggérées.

Références bibliographiques

- 1 Green, A. An introduction to health planning in developing countries. Oxford: Oxford University Press; 1992
- 2 Vriesendorp S, de la Peza L, Perry CP, Seltzer JB, O'Neil M, Reimann S, et al. Health systems in action: an ehandbook for leaders and managers. Cambridge (MA): Management Sciences for Health; 2010 (http://www.msh.org/sites/msh.org/files/msh_ehandbook_complete.pdf, consulté le 2 octobre 2016)
- 3 Ministry of Health and Social Welfare Tanzania. Module course in district health management. core module 4: planning of district health services. Dar-es-Salaam; 2007
- 4 Samuels F, Amaya AB, Rodriguez Pose R, Balabanova D. Pathways to progress: a multi-level approach to strengthening health systems: findings on maternal and child health in Nepal, Mozambique and Rwanda, and neglected tropical diseases in Cambodia and Sierra Leone. Londres : Overseas Development Institute; 2014 (Dimension papier 1, <https://www.odi.org/sites/odi.org.uk/files/odi-assets/publications-opinion-files/9370.pdf>, consulté le 2 octobre 2016)
- 5 Chatora R, Tumusiime P. Planning and implementation of district health services. Brazzaville : Bureau régional OMS de l'Afrique ; 2004 (District Health Management Team Training Modules, Module 4); https://www.who.int/management/district/planning_budgeting/PlanningImplementationDHSAFROMd4.pdf, consulté le 2 octobre 2016)
- 6 *ibid.* ref. 1
- 7 Country Planning Cycle Database [base de données en ligne]. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2016 (<http://www.nationalplanningcycles.org>, consulté le 3 octobre 2016)
- 8 Bower CE. Guide and template for comprehensive health improvement planning, version 2.1. Hartford (CT): Connecticut Department of Public Health, Planning and Workforce Development Section; 2009 (<https://www.naccho.org/uploads/downloadable-resources/Programs/Public-Health-Infrastructure/CHIP-Guide.pdf>, consulté le 2 octobre 2016)
- 9 Brinkerhoff DW, Bossert TJ. Health governance: concepts, experience, and programming options. Washington (DC): United States Agency for International Development; 2008. (Health Systems 20/20, Policy Brief; <https://www.hfgproject.org/wp-content/uploads/2015/02/Health-Governance-Concepts-Experience-and-Programming-Options.pdf>, consulté le 2 octobre 2016) Brinkerhoff DW, Bossert TJ. Health governance: concepts, experience, and programming options. Washington (DC): United States Agency for International Development; 2008. (Health Systems 20/20, Policy Brief; <https://www.hfgproject.org/wp-content/uploads/2015/02/Health-Governance-Concepts-Experience-and-Programming-Options.pdf>, consulté le 2 octobre 2016)
- 10 Green, A. Reforming the health sector in Thailand: the role of policy actors on the policy stage. Int J Health Plann Manage. 2000;15(1):39-59. doi:10.1002/(SICI)1099-1751(200001/03)15:1<39::AID-HPM567>3.0.CO;2-9
- 11 Rasanathan K, Posayanonda T, Birmingham M, Tangcharoensathien V. Innovation and participation for healthy public policy: the first National Health Assembly in Thailand. Health Expectations 2012;15(1): 87-96 (<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1369-7625.2010.00656.x>, consulté le 3 octobre 2016)
- 12 *ibid.* ref. 10
- 13 Pitayangsarit S. The introduction of the universal coverage of health care policy in Thailand: policy responses. (2004 dissertation, London School of Hygiene and Tropical Medicine). Bangkok: National Health Security Office; 2010 (http://www.coopami.org/en/countries/countries/thailand/social_protection/pdf/social_protection03.pdf, consulté le 3 octobre 2016)
- 14 *ibid.* ref. 11
- 15 *ibid.* ref. 11
- 16 *ibid.* ref. 7
- 17 OMS. A framework for national health policies, strategies and plans. Genève ; 2010 (https://www.who.int/nationalpolicies/FrameworkNHPSP_final_en.pdf, consulté le 3 octobre 2016)
- 18 *ibid.* ref. 2
- 19 WHO Country Cooperation Strategy 2009-2014: Uganda. Brazzaville : Bureau régional OMS de l'Afrique ; 2009 (http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/136086/ccs_uga_2009.pdf?sequence=1&isAllowed=y, consulté le 3 octobre 2016)
- 20 Health Sector Strategic Plan III 2010/11-2014/15. Kampala: Government of Uganda Ministry of Health; 2010 (http://www.health.go.ug/docs/HSSP_III_2010.pdf, consulté le 3 octobre 2016)
- 21 Government of Uganda. National budget framework paper: section 3: health sector. 2015 (<http://budget.go.ug/budget/sites/default/files/Sector%20Budget%20Docs/Health%20Sector%20BFP.pdf>, consulté le 3 octobre 2016)

- 22** Odaga J, Lochoro P. Budget ceilings and health in Uganda. Kampala : Caritas, Uganda; 2006.
- 23** Howlett M, Ramesh M. Studying public policy: policy cycles and policy subsystems. Toronto: Oxford University Press; 2003 Howlett M, Ramesh M. Studying public policy: policy cycles and policy subsystems. Toronto: Oxford University Press; 2003
- 24** OMS. Health systems strengthening: glossary. Genève ; 2011 (https://www.who.int/healthsystems/Glossary_January2011.pdf, consulté le 3 octobre 2016)
- 25** Les critères des objectifs SMART figurent à l'adresse : http://hr.tufts.edu/wp-content/uploads/ODT_smart_goal_criteria.pdf, consulté le 4 octobre 2016
- 26** Spiegel AD, Hyman HH. Strategic health planning: methods and techniques applied to marketing and management. Nordwood (NJ): Ablex Publishing Corporation; 1991
- 27** *Ibid.* ref. 8
- 28** International Health Partnership. Outil et guide relatifs à JANS. [<https://www.uhc2030.org/fr/notre-action/coordination-du-renforcement-des-systemes-de-sante/outil-et-guide-relatifs-a-jans/>, consulté le 3 octobre 2016]
- 29** Enseignements de JANS. In: International Health Partnership+[site Web]. 2016 (<http://www.internationalhealthpartnership.net/en/results-evidence/jans-lessons/>, consulté le 3 octobre 2016)
- 30** Harford T. Adapt: why success always starts with failure. Londres : Abacus; 2012: 35.
- 31** Rocha Menocal A., Sirgrist, K. Capacity gaps at centres of government: coordination, implementation monitoring, communications and strategic planning in cost-conflict and fragile situations. Liberia case study. Londres : Overseas Development Institute; 2011 (<https://www.odi.org/sites/odi.org.uk/files/odi-assets/publications-opinion-files/8495.pdf>, consulté le 3 octobre 2016)
- 32** *Ibidem*
- 33** Republic of Liberia. National Health Policy: National Health Plan 2007–2011. Monrovia: Ministry of Health & Social Welfare; 2007 (<http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s18363en/s18363en.pdf>, consulté le 3 octobre 2016)
- 34** Downie R. The road to recovery: rebuilding Liberia's health system. Washington [DC]: Center for Strategic and International Studies; 2012 (https://csis-prod.s3.amazonaws.com/s3fs-public/legacy_files/files/publication/120822_Downie_RoadtoRecovery_web.pdf, consulté le 3 octobre 2016)

Lectures complémentaires

Chatora R, Tumusiime P. Planning and implementation of district health services. Brazzaville : Bureau régional OMS de l'Afrique ; 2004 (District Health Management Team Training Modules, Module 4); https://www.who.int/management/district/planning_budgeting/PlanningImplementationDHSAFROMd4.pdf, consulté le 2 octobre 2016)

Green A. An introduction to health planning for developing health systems, 3rd edition. New York/Oxford: Oxford University Press; 2007

Health policy development: a handbook for Pacific Islands practitioners. Manille : Bureau régional de l'OMS pour le Pacifique occidental ; 2006 (http://iris.wpro.who.int/bitstream/handle/10665.1/5545/9290612312_eng.pdf, consulté le 3 octobre 2016)

Joint Assessment of National Strategies and plans: combined joint assessment tool and guidelines. version 3, August 2013 (http://www.internationalhealthpartnership.net/fileadmin/uploads/ihp/Documents/Tools/JANS/JANS_updated_guidelines_August_2013.pdf, consulté le 2 octobre 2016)

Annexe 5.1

Revue des politiques et des stratégies existantes pour garantir leur inclusion dans les PSPNS et leur harmonisation avec ces derniers

Lors du développement des PSPNS, il est nécessaire d'examiner les autres politiques et stratégies existantes pour juger de leur adéquation avec le plan de santé en cours d'élaboration. Dans cette perspective, les questions énumérées ci-dessous peuvent être utiles.

1. D'où vient l'idée de la politique/stratégie ? D'un manifeste gouvernemental, du ministre, de l'organisme, de l'administrateur principal, du département des politiques, du personnel prestataire, d'un groupe d'intérêt, d'une consultation auprès de la communauté ?
 - ▶ La relation entre la proposition et le plan de santé a-t-elle été considérée ?
 - ▶ Un processus de consultation a-t-il été mis en place :
 - a) au sein du gouvernement ?
 - b) avec d'autres parties prenantes ?
 - c) avec la communauté ?
 - ▶ Les possibilités d'aide extérieure ont-elles été étudiées ?
 2. La politique/stratégie est-elle définie convenablement ?
 - ▶ A-t-on une déclaration d'intention officielle claire quant au résultat escompté ? Y a-t-il un accord sur la nature du problème ?
 - ▶ Existe-t-il des solutions possibles ?
 - ▶ Cela pose-t-il un problème au gouvernement ou à quelqu'un d'autre ?
 - ▶ Y a-t-il des données permettant de justifier la proposition ?
 - ▶ Quel est le moment optimal pour :
 - a) la décision ? b) la mise en œuvre ?
 3. L'analyse sous-jacente est-elle adéquate ?
 - ▶ Les objectifs principaux et spécifiques sont-ils explicites et sans ambiguïté ?
 - ▶ Les options ont-elles été investiguées de manière approfondie ?
 - ▶ Les méthodologies appropriées (mélange d'instruments politiques) ont-elles été employées ?
 - ▶ Y a-t-il une option de préférence ?
 - ▶ La mise en œuvre a-t-elle été envisagée ?
 - ▶ Des mesures législatives sont-elles nécessaires ?
- En ce qui concerne l'inclusion dans et l'harmonisation avec les PSPNS, il convient de poser les questions suivantes :
- ▶ Quel est le calendrier pour la présentation au décideur, à l'administrateur principal, au ministre, au cabinet ?
 - ▶ Y a-t-il des opinions divergentes dont le décideur devrait être informé ?
 - ▶ Les « bonnes » options sont-elles exposées au décideur ?
 - ▶ La relation de la proposition avec :
 - a) le budget, b) le plan de santé, c) le plan national, est-elle clairement exprimée ?
 - ▶ Les incidences sur les effectifs sont-elles claires ?
 - ▶ Les incidences juridiques (autorité et application) sont-elles décrites ?
 - ▶ La mobilisation suggérée des donateurs, y compris des organismes internationaux, a-t-elle été abordée avec eux ? Y a-t-il d'ores et déjà des propositions ou des engagements concrets ?
 - ▶ Qui a été consulté ? Qui doit être informé avant l'annonce de la décision ?
 - ▶ Que faut-il faire pour « vendre » la politique ?
 - ▶ Le calendrier de mise en œuvre est-il suffisamment détaillé ? Les personnes redevables sont-elles désignées ?
 - ▶ Quels sont les risques pour le gouvernement et la communauté ?

Annexe 5.2

Cartographie mentale

La cartographie mentale consiste en un moyen de capturer un ensemble d'informations et d'idées, et de les organiser. Elle s'appuie sur des représentations graphiques du mouvement et de la synthèse des idées. Elle est utilisée pour les discussions classiques ayant pour base un tableau à feuilles mobiles, ainsi que pour les exercices sur ordinateur.

Cet outil est particulièrement utile quand un groupe de responsables de la planification ayant des parcours différents envisage la possibilité d'introduire ou d'ajuster des stratégies ou des réformes. La cartographie mentale permet au groupe de trouver un terrain d'entente pour l'examen des options.

Source : <https://www.mindmapping.com/fr/>, consulté le 4 octobre 2016

Annexe 5.3

Formulation d'objectifs spécifiques stratégiques sur la base des critères SMART

Objectif principal (inscrivez ici le numéro ou l'énoncé de l'objectif principal) # _____	Numéro de l'objectif spécifique					
	1	2	3	4	5	6
Questions tests						
1. La réalisation de l'objectif spécifique contribuera-t-elle à atteindre l'objectif principal ?						
2. L'objectif principal comporte-t-il au moins un objectif spécifique ?						
3. L'objectif spécifique repose-t-il sur des bases factuelles (est-il étayé par des données et de la théorie) ?						
4. Est-il indiqué pour l'objectif spécifique une condition ou une valeur de départ (référence) et un résultat souhaité (condition ou valeur cible) ?						
5. Les progrès vers la réalisation de l'objectif spécifique peuvent-ils être mesurés ?						
6. L'objectif spécifique est-il réalisable et réaliste, étant donné la période de planification et les ressources disponibles ?						
7. Est-il indiqué pour l'objectif spécifique un résultat réaliste, plutôt qu'une activité ?						
8. Un calendrier pour la réalisation de l'objectif spécifique est-il fixé ou sous-entendu dans le Plan lui-même ?						
9. Une personne qui ne connaît pas bien le groupe chargé de la planification comprendrait-elle la signification de cet objectif spécifique ?						
10. Avez-vous désigné qui sera responsable de la réalisation de cet objectif spécifique ?						

Source : http://hr.tufts.edu/wp-content/uploads/ODT_smart_goal_criteria.pdf, consulté le 4 octobre 2016

Annexe 5.4

La logique d'intervention comme outil de planification stratégique

La logique d'intervention vise à dégager les étapes entre l'activité et le résultat final. Dans le contexte des PSPNS, cette technique amène le responsable de la planification à déterminer chacune des étapes intermédiaires requises pour aller d'un grand domaine d'activité vers le résultat ou l'objectif principal visé. Elle contribue à éviter qu'il y ait de grandes solutions de continuité dans la logique et que l'on passe directement du résultat le plus facilement identifié à un résultat plus éloigné, sans examiner soigneusement les étapes intermédiaires.

Les hypothèses de départ sont explicitement indiquées et des scénarios de risque sont étudiés. La logique d'intervention (ou de programme) peut être utilisée pour concevoir et évaluer des politiques, et pour planifier des programmes.

Cette technique présente le grand avantage de centrer l'attention sur ce que le gouvernement prévoit de faire pour atteindre ce qu'il vise. Au cœur du processus réside la notion de résultats « hiérarchisés » ou « en cascade » (résultats intermédiaires).

Annexe 5.5

Diagramme de Gantt

Un diagramme de Gantt est un outil simple qui sert à concevoir un plan d'action et à suivre ce plan, un lien visuel étant établi entre les tâches à accomplir et l'échéancier. Dans le contexte des PSPNS, il est possible d'utiliser un tel diagramme pour la politique, la stratégie ou le plan-même, ou pour la préparation et le suivi de son processus d'élaboration. Par exemple, chaque activité peut être listée avec ses dates de début et de fin, représentées sur une frise chronologique linéaire horizontale. Un diagramme de Gantt a l'avantage de

présenter les activités visuellement dans un ordre logique. Le diagramme montre clairement quelles tâches doivent être effectuées et à quel moment. Pour le processus d'élaboration des PSPNS, les tâches peuvent être présentées par semestre ou par trimestre, les phases et les étapes clés étant indiquées, ainsi que le nom de la personne ou de l'institution responsable de la direction, de la coordination, du soutien, de la supervision, de l'élaboration de rapports et de la mise en œuvre.

Source : <https://www.gantt.com/tr/>, consulté le 4 octobre 2016

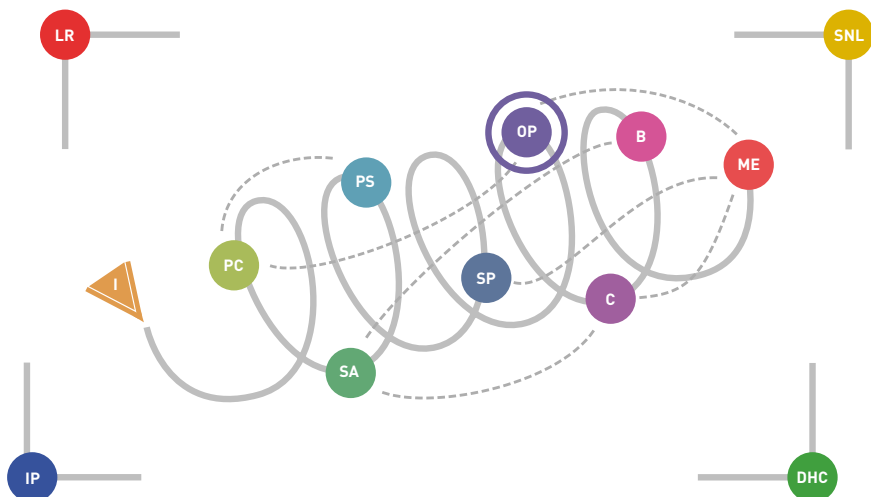
Chapitre 6

Planification opérationnelle : transformer les plans nationaux en actions

Dean Shuey

Maryam Bigdeli

Dheepa Rajan



I	CHAPITRE 1 Introduction : stratégies nationales en santé au XXI ^e siècle
PC	CHAPITRE 2 Consultation de la population sur ses besoins et ses attentes
SA	CHAPITRE 3 Analyse de situation du secteur de la santé
PS	CHAPITRE 4 Définition des priorités des politiques, stratégies et plans nationaux de santé
SP	CHAPITRE 5 Planification stratégique : traduire les priorités en plans nationaux
OP	CHAPITRE 6 Planification opérationnelle : transformer les plans nationaux en actions
C	CHAPITRE 7 Estimation des coûts des politiques, stratégies et plans nationaux de santé
B	CHAPITRE 8 Budgétisation du secteur de la santé
ME	CHAPITRE 9 Suivi, évaluation et revues des politiques, stratégies et plans nationaux de santé

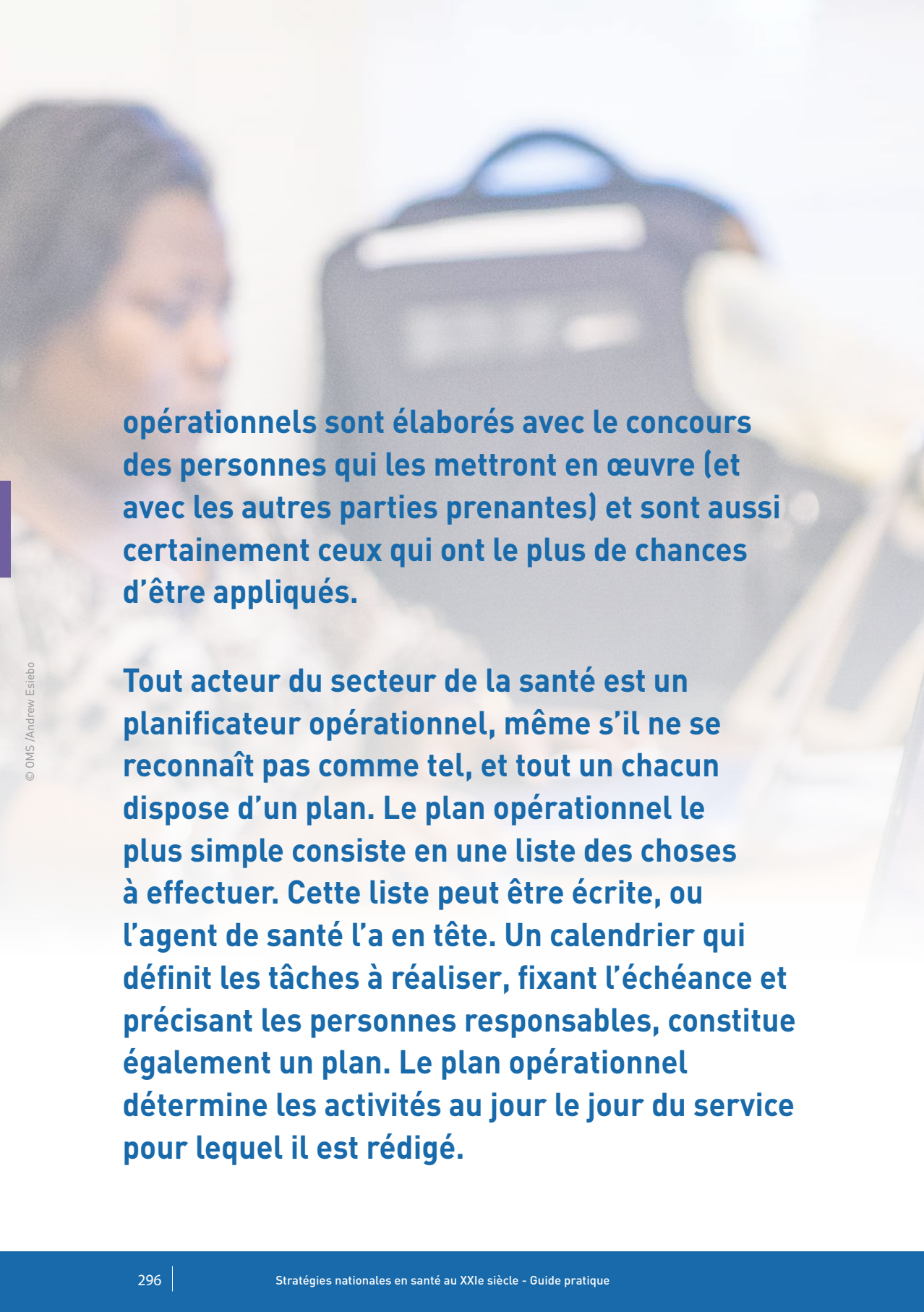
Thèmes transversaux à la planification nationale de la santé

LR	CHAPITRE 10 Droit, réglementation et stratégies en santé
SNL	CHAPITRE 11 Élaboration d'une stratégie en santé au niveau décentralisé
IP	CHAPITRE 12 Planification intersectorielle et équité en santé
DHC	CHAPITRE 13 Stratégies en santé en situation de crise

Vue d'ensemble

La planification opérationnelle constitue le trait d'union entre les objectifs stratégiques des politiques, stratégies et plans nationaux de santé (PSPNS) et la mise en œuvre des activités. Elle vise à traduire le plan stratégique en tâches réalisables. À ce stade, la plupart des étapes des PSPNS ont été achevées et la budgétisation a été effectuée. Réalisée par le centre budgétaire, la planification opérationnelle identifie les activités à réaliser pour atteindre les objectifs du plan stratégique.

La planification est souvent rendue plus complexe qu'elle ne l'est ; le jargon utilisé, les processus et la politique la rendent obscure. La réalisation et le contrôle de la planification sont parfois confiés aux spécialistes dans le domaine ou à des gestionnaires, ce qui est toutefois une erreur. Les meilleurs plans



opérationnels sont élaborés avec le concours des personnes qui les mettront en œuvre (et avec les autres parties prenantes) et sont aussi certainement ceux qui ont le plus de chances d’être appliqués.

Tout acteur du secteur de la santé est un planificateur opérationnel, même s’il ne se reconnaît pas comme tel, et tout un chacun dispose d’un plan. Le plan opérationnel le plus simple consiste en une liste des choses à effectuer. Cette liste peut être écrite, ou l’agent de santé l’a en tête. Un calendrier qui définit les tâches à réaliser, fixant l’échéance et précisant les personnes responsables, constitue également un plan. Le plan opérationnel détermine les activités au jour le jour du service pour lequel il est rédigé.

Résumé

Qu'entend-t-on par planification opérationnelle ?

La planification opérationnelle se fonde généralement sur des PSPNS qui définissent la vision, les buts et objectifs du secteur de la santé. La planification opérationnelle est une activité de gestion à court terme, contrairement à la planification stratégique qui porte habituellement sur une période de 5 à 10 ans, parfois plus. La planification opérationnelle a trait à la mise en œuvre des activités au jour le jour et porte souvent sur une période annuelle.

Un plan opérationnel est un plan pratique qui détermine les activités à entreprendre conformément à l'ensemble des PSPNS, mais qui est suffisamment concret pour qu'à tous les niveaux du système de santé, les praticiens connaissent les responsabilités qui leur incombent.

La planification opérationnelle intervient lorsque la plupart des autres étapes du cycle de planification ont été menées à bien, au niveau des centres budgétaires.

Pourquoi la planification opérationnelle est-elle essentielle dans la stratégie en santé ?

Les plans opérationnels sont nécessaires pour concrétiser les PSPNS. Ils offrent un cadre d'action fondé sur la vision stratégique exposée dans ces derniers. Le processus de planification opérationnelle peut aider considérablement les parties prenantes à mieux comprendre la population ciblée par les PSPNS ainsi que ses besoins, et à mieux appréhender leurs propres capacités et limites en termes de mise en œuvre. Un plan opérationnel, notamment s'il est défini de manière conjointe, joue un rôle essentiel et joue un rôle essentiel par ses indications précises sur l'action à mener (quoi), les personnes qui en ont la charge (qui), les modalités de mise en œuvre (comment) et les moyens financiers utilisés.

Quand faut-il recourir à la planification opérationnelle ?

Le processus de planification opérationnelle de la santé doit être mené en adéquation avec le processus de budgétisation de l'organisme en charge des finances. Cela signifie généralement qu'un plan opérationnel complet et des budgets sont élaborés annuellement, voire tous les deux ans dans les pays qui présentent une grande stabilité politique ou sociale. La planification opérationnelle peut également être effectuée plus souvent, par exemple, tous les six voire tous les trois mois, dans les situations caractérisées par une insécurité et une instabilité contraignant les décideurs à adapter les activités à un contexte qui évolue rapidement.¹

¹ Pour plus de précisions, voir le chapitre 13 « Stratégies en santé en situation de crise » de ce guide pratique.

Comment fonctionne la planification opérationnelle ?

Un plan opérationnel doit généralement comprendre :

1. une description des activités et une mention indiquant à quel objectif majeur des PSPNS elles sont associées ;
2. le calendrier prévu pour ces activités et l'ordre dans lequel elles doivent se dérouler ;
3. le nombre d'activités ;
4. la ou les personnes responsables de chaque activité ;
5. les ressources nécessaires, y compris financières, et leur provenance ;
6. une méthode permettant d'évaluer les progrès (suivi).

Les étapes suivantes sont nécessaires à une planification opérationnelle rationnelle :

1. faire le point sur la situation (où en sommes-nous à ce jour ?), tout en identifiant les parties prenantes (qui intervient ?) ;
2. définir les priorités opérationnelles ;
3. élaborer le plan opérationnel (qu'allons-nous faire ?), y compris le budget opérationnel ;

4. mettre en œuvre les activités prévues (comment allons-nous nous y prendre ?) ;
5. assurer le suivi et l'évaluation du plan opérationnel (qu'avons-nous réalisé à ce jour ?).

Qui sont les principaux acteurs intervenant dans la planification opérationnelle ?

Dans l'idéal, toute personne responsable d'une activité du secteur de la santé participe à la planification opérationnelle, soit directement, soit par le biais d'une autre personne qui prend part au processus de planification formel, et qui représente ses intérêts. Les principales parties prenantes sont les autorités sanitaires nationales et locales, les prestataires de services et les utilisateurs du système de santé.

Et si...

Certains paramètres sont à prendre en compte si le pays :

- ▶ a un système d'administration décentralisé ;
- ▶ est en situation de fragilité ;
- ▶ est fortement dépendant de l'aide ;
- ▶ compte des programmes verticaux solides.

6.1 Qu'entend-t-on par planification opérationnelle ?

6.1.1 Concepts et définitions

« La planification est une méthode consistant à s'assurer que les ressources actuelles et futures sont utilisées de la façon la plus rationnelle possible pour atteindre des objectifs précis ».¹

Selon une autre optique, celle d'une société de conseil aux entreprises, la planification opérationnelle est « le processus qui détermine les activités au jour le jour de l'entreprise ».² Ce point de vue peut également s'appliquer au secteur public. Un plan opérationnel porte ainsi sur l'action à mener. Il définit les mesures à prendre. La planification de la mise en œuvre, la planification des activités et la planification du travail sont d'autres termes utilisés pour désigner la planification opérationnelle.

Un plan opérationnel est un plan pratique qui détermine les activités à entreprendre conformément à l'ensemble des PSPNS, mais qui est suffisamment concret pour qu'à tous les niveaux du système de santé, les praticiens connaissent les responsabilités qui leur incombent. En d'autres termes, un plan opérationnel décrit les procédés qui doivent être employés car ils représentent la méthode privilégiée pour atteindre certains objectifs ou cibles. Par exemple, la cible à atteindre est que « 90 % des femmes enceintes bénéficient de quatre consultations prénatales ». Un objectif de procédé (ou spécifique) implique le choix d'une méthode privilégiée pour atteindre cette cible : des consultations externes dans les cliniques assurant des soins de santé maternelle et infantile, des activités de sensibilisation, des initiatives initiées par l'intermédiaire d'agents de santé communautaires, ou une association de ces méthodes ou procédés.

La planification opérationnelle est réalisée par « centre budgétaire » [ou « centre de coûts »], dans l'idéal, lorsque le budget global de la santé est officiellement connu. L'expression « centre budgétaire » est un terme comptable utilisé pour décrire un département, une division ou une autre sous-unité à des fins comptables ; en général, un centre budgétaire a un certain degré d'autonomie pour mettre en œuvre ses activités. En matière de planification du secteur de la santé, il peut s'agir d'une unité du ministère de la Santé, d'un organisme parapublic, d'une entité infranationale, ou de tout autre établissement pour lequel les recettes et les dépenses sont séparées et suivies. Il peut aussi s'agir d'un établissement sous contrat ou d'un groupe d'établissements (notamment du secteur privé). Les informations budgétaires peuvent être plus ou moins détaillées pour les entités privées, mais tous les établissements du secteur de la santé – qu'ils soient publics, privés à but lucratif ou privés à but non lucratif – doivent mener des activités de planification opérationnelle ; au minimum, toutes les parties prenantes doivent être informées de ce que font les autres.

Toutes les unités qui mènent des activités et sont dotées d'un budget doivent disposer d'un plan opérationnel. Dans certains cas, plusieurs unités (comme les centres de santé) forment un centre budgétaire ; l'inverse est vrai aussi – un grand programme qui dispose d'un bon financement peut se traduire en plusieurs centres budgétaires. Dans le premier cas, une « sous-unité » - par exemple, un centre de santé - peut avoir besoin d'établir un plan opérationnel distinct à des fins qui lui sont propres ; dans le second cas, un grand

Un plan opérationnel est un plan pratique qui détermine les activités à entreprendre et qui est suffisamment concret pour qu'à tous les niveaux du système de santé, les praticiens connaissent les responsabilités qui leur incombent.

programme peut avoir à établir un plan opérationnel distinct et unifié sur lequel se fonderont ses activités. Quoiqu'il en soit, les principes de planification opérationnelle expliqués dans ce chapitre s'appliquent dans les deux cas.

Le plan opérationnel des unités qui ne fournissent pas de services directs, telles que les différents services (ou unités) du ministère de la Santé, doit inclure les activités entreprises pour apporter un soutien technique aux unités qui fournissent des services directs. L'intégration de la prestation de services assurée par les établissements de santé ou les équipes de district dans les plans des divisions du ministère, est une décision importante. Ces divisions sont fortement enclines à intégrer cette prestation, mais cela peut entraîner une multiplication d'exercices de planification, ainsi qu'une double comptabilisation des activités. Dans un système bien organisé, il est préférable que le plan opérationnel ne comprenne que les activités réellement réalisées par l'unité qui procède à la planification. Par exemple, dans le cadre d'un programme de lutte contre le paludisme, l'unité centrale de lutte contre le paludisme n'inclut pas la distribution de moustiquaires dans la communauté dans son plan opérationnel si les membres d'une équipe sanitaire de district assurent cette activité.

Les plans opérationnels sont parfois considérés comme nécessaires pour les niveaux inférieurs du secteur de la santé, à savoir, les structures infranationales telles que les régions ou les districts ainsi que certains établissements, comme les hôpitaux et les centres de santé. Cette affirmation est juste, mais incomplète. Toute entité menant des

activités a avantage à avoir un plan opérationnel. L'unité de planification d'un ministère de la Santé a besoin d'un plan opérationnel pour déterminer les activités quotidiennes qu'elle va mener afin d'appliquer le plan de santé national. Chaque département d'un ministère central de la Santé a besoin d'un plan opérationnel, non pour définir une stratégie, mais pour déterminer l'activité. Même le cabinet d'un ministre a besoin de planifier les activités qu'il va mener pour assurer l'intendance du secteur dont il a la charge.

Si le service en charge de la planification opérationnelle est une entité infranationale, cet exercice présente des spécificités liées à la décentralisation, abordées dans la section 6.6.1 (« Et si ... ? »).

Un plan opérationnel en bonne et due forme devrait comprendre au minimum :

1. une description des activités associées aux objectifs stratégiques prioritaires (figurant généralement dans le plan stratégique) ;
2. le calendrier prévu pour ces activités et l'ordre dans lequel elles doivent se dérouler ;
3. le nombre d'activités ;
4. la ou les personnes responsables des activités ;
5. les ressources nécessaires, y compris financières, et leur provenance ;
6. une méthode permettant d'évaluer les progrès (suivi).

Chaque année le même défi pour la planification opérationnelle

24
Decembre



Damian Glez ; scénario de Bruno Meessen

Figure 6.1 La planification opérationnelle

6.1.2 Planification stratégique vs planification opérationnelle

Alors que la planification stratégique en santé fait référence à la vision, aux buts et aux objectifs du secteur de la santé sur un long terme, la planification opérationnelle est, elle, une activité de gestion et s'établit pour une période à court terme. Quant à la durée, la planification stratégique porte habituellement sur une période de 5 à 10 ans, parfois plus (voir Tableau 6.1) alors que la planification opérationnelle a trait à la mise en œuvre des activités au jour le jour, et porte souvent sur une période d'une année. Cette dernière partage généralement le même calendrier que le cycle budgétaire de l'organisation ou du gouvernement. Les plans stratégiques, une

fois achevés et approuvés, ne donnent pas lieu à des modifications importantes au cours de leur application, sur une durée initialement convenue. En revanche, les plans opérationnels doivent être dynamiques ; ils doivent pouvoir être modifiés si la situation change ou si les cibles ne sont pas atteintes, et être révisés régulièrement au gré des circonstances. Par exemple, une épidémie soudaine, une catastrophe naturelle, une évolution des ressources disponibles, ou certains signes indiquant clairement que les objectifs ne sont pas atteints sont des éléments qui changent la donne, justifiant une modification du plan.

Il est essentiel que les plans opérationnels aient une certaine flexibilité pour la mise en œuvre des PSPNS. Ceux-ci indiquent l'orientation stratégique du secteur, servant ainsi de base au contenu des plans opérationnels. Les plans opérationnels doivent « opérationnaliser » le plan stratégique, et ne peuvent remplir correctement cette fonction que s'il est possible de les modifier en cours de route, en fonction de l'évolution de la situation et que de nouvelles connaissances liées au contexte peuvent être concrétisées. Au Cambodge, l'interaction entre le deuxième Plan stratégique du secteur de la santé (PSSS) et les

plans opérationnels annuels (POA) illustre ce point. Devenus obligatoires en 1999, les POA du secteur de la santé sont élaborés en associant des processus ascendants et descendants, puis donnent lieu à des plans d'action trimestriels et à des plans de travail mensuels.^{3,4} Le dernier PSSS 2008-2015 n'a fait l'objet d'aucune modification sur cette période, ses objectifs étant alignés sur les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD). Par contre, les POA ont été constamment modifiés lorsque des mesures correctives étaient nécessaires, sur la base des résultats de la supervision et du suivi assuré régulièrement.

Tableau 6.1 Principales caractéristiques de la planification stratégique et de la planification opérationnelle

	PLANIFICATION STRATÉGIQUE	PLANIFICATION OPÉRATIONNELLE
PERSPECTIVE	Développement à moyen - long terme	Interventions à (plus) court terme
FOCUS	Orientation stratégique pour le secteur de la santé	Mise en œuvre d'activités concrètes
PÉRIODE	Document établi pour 3 à 5 ans	1 année, parfois période plus courte
FLEXIBILITÉ	Moins susceptible de changer pendant la période	Peut plus facilement être adaptée et modifiée en fonction de l'évolution des circonstances

6.1.3 Planification opérationnelle et budgétisation

Avant d'élaborer un plan opérationnel, il est nécessaire de connaître précisément le plafond budgétaire du secteur et les sommes allouées aux centres budgétaires. Si le processus de négociation du budget public n'est pas tout à fait achevé au moment de la planification opérationnelle, une estimation de l'allocation budgétaire sectorielle, ainsi que les coûts ventilés des PSPNS, peuvent être utilisés comme plafond approximatif pour la planification.^{II}

La structure du plan opérationnel dépend largement du type de budgétisation utilisé dans le pays. Il est préférable qu'il soit élaboré en fonction des objectifs spécifiques de l'unité opérationnelle, car cela présente généralement un grand intérêt pour ce dernier. Toutefois, si les plans opérationnels et les budgets doivent être présentés par ligne budgétaire, il est possible de choisir l'une des options ci-après.

- a) Il est toujours possible d'élaborer le plan opérationnel selon les objectifs spécifiques, mais une étape supplémentaire est nécessaire pour « traduire » les lignes budgétaires liés aux activités et objectifs en postes budgétaires (parfois appelées « plan comptable »). Il est nécessaire de s'y prendre à plusieurs reprises si le montant exact de chaque ligne budgétaire est fixe et non flexible, afin que le budget axé sur les objectifs corresponde aux postes budgétaires. Si les montants des postes budgétaires ne sont pas fixes et qu'ils peuvent être modifiés dans le cadre de l'allocation des fonds du centre budgétaire, il est plus facile d'adapter le budget par ligne budgétaire aux besoins et objectifs de l'unité opérationnelle.
- b) Dès le début, le plan opérationnel est élaboré en fonction des lignes budgétaires. Si aucun lien n'est établi entre le système de budgétisation

du pays et la structure du plan opérationnel, l'allocation des ressources risque de ne pas correspondre aux besoins, ni aux moyens de l'unité opérationnelle. S'il est possible de faire preuve de souplesse dans les lignes budgétaires, il faut au moins veiller à ce que ces affectations respectent les objectifs du plan opérationnel, ce qui implique une charge de travail supplémentaire pour les acteurs de la planification sanitaire, qui doivent alors s'assurer que cette allocation par poste correspond aux ressources nécessaires pour chaque objectif.

6.1.4 Participation et intégration dans le cadre de la planification opérationnelle

La planification opérationnelle est une méthode consistant à organiser les activités de manière formelle via un processus faisant intervenir les principales parties prenantes, les résultats du processus étant partagés à toutes les parties concernées. Ce processus présente l'intérêt d'encourager et de solliciter la participation et la contribution des principales parties prenantes du système de santé (local). Il est absolument indispensable que la participation soit large et sans restriction, notamment pour la planification opérationnelle (par rapport à la planification stratégique), parce que les décisions prises quant à la teneur du plan opérationnel ont des effets concrets et directs sur ceux qui les appliquent. Le succès ou l'échec du processus dépend largement de l'adhésion et de la compréhension des parties prenantes du secteur de la santé, ainsi que de leur volonté d'appliquer le plan. C'est pourquoi elles doivent être consultées et entendues. De nombreux

Il est essentiel que les plans opérationnels aient une certaine flexibilité pour la mise en œuvre des PSPNS. Ces plans doivent « opérationnaliser » le plan stratégique ; ils ne peuvent remplir cette fonction que s'il est possible de les modifier en cours de route, en fonction de l'évolution de la situation et que de nouvelles connaissances liées au contexte peuvent être concrétisées.

^{II} Pour plus d'informations, se référer au chapitre 7 « Estimation des coûts des politiques, stratégies et plans nationaux de santé » et au chapitre 8 « Budgétisation du secteur de la santé » de ce guide pratique.

pays disposent d'organes participatifs reconnus qui fonctionnent bien (comités de santé, comités de gestion, etc.), et qui permettent de s'assurer

que les intérêts de tous sont bien représentés au cours du processus décisionnel.

Encadré 6.1

Planification participative au Sénégal : évaluations régionales du secteur de la santé⁵

« [Nous avons pu davantage nous concentrer] sur les communautés dans le besoin, dans leur propre environnement, en réalisant les indispensables évaluations régionales du secteur de la santé », a déclaré le docteur Farba Lamine Sall, directeur du cabinet du ministre sénégalais de la Santé.

En 2014, le ministère de la Santé sénégalais a cherché à améliorer la coordination entre les administrations sanitaires nationales, régionales et locales. Il a été décidé de mettre en place des évaluations régionales du secteur de la santé venant s'ajouter à l'examen annuel du secteur, afin d'associer plus étroitement la communauté sanitaire, la société civile et les personnes en charge des activités sur le terrain, car la participation de tous ces acteurs à l'examen annuel n'était généralement pas possible.

Sur une période de deux ans, les évaluations régionales ont été institutionnalisées afin d'assurer un suivi des plans opérationnels

infranationaux. En outre, ces évaluations se sont révélées indispensables pour permettre une participation plus large et plus constructive de divers acteurs du système de santé local, la plupart de la société civile et différents groupes de la population étant davantage représentés au niveau régional qu'au niveau national. En outre, la plupart des praticiens sur le terrain étaient plus disposés à participer activement aux évaluations régionales car les questions abordées avaient trait à leur quotidien.

Le ministère de la Santé sénégalais a noté une amélioration de la qualité des plans opérationnels régionaux depuis 2014, et relevé qu'au niveau national, les parties prenantes avaient une compréhension plus poussée des problèmes des différentes régions. En somme, le suivi des plans opérationnels des régions et les ajustements ultérieurs apportés à ces plans se sont avérés essentiels pour accroître la participation des communautés et de la population, et que cette participation soit utile et constructive.

6.2 Pourquoi la planification opérationnelle est-elle essentielle dans la stratégie en santé ?

Les plans opérationnels sont nécessaires pour concrétiser les PSPNS. Ils offrent un cadre d'action fondé sur la vision stratégique exposée dans ces derniers. Ils représentent le seul instrument permettant de définir des modalités d'application, et de déterminer les ressources nécessaires, notamment financières, ainsi que délais à respecter pour mener les tâches à bien. En l'absence d'un plan opérationnel qui rende les PSPNS plus concrets, les parties prenantes ne peuvent connaître précisément leurs rôles et responsabilités, et la mise en œuvre s'en ressentira. Le plan opérationnel, surtout s'il est défini de manière conjointe avec toutes les parties prenantes du secteur de la santé, joue un rôle essentiel par ses indications précises sur l'action à mener, les personnes qui en ont la charge, les modalités de mise en œuvre et les moyens financiers utilisés.

Le processus de planification opérationnelle peut considérablement aider les parties prenantes à mieux comprendre la population ciblée par les PSPNS ainsi que ses besoins, et à mieux appréhender leurs propres capacités et limites en termes de mise en œuvre. Le plan opérationnel offre la possibilité d'adapter les activités et les actions en fonction des besoins et des circonstances au moins une fois par an, tâche à laquelle peuvent aussi participer les acteurs d'autres secteurs.

Ce processus peut contribuer à accroître la transparence et à éviter les confusions quant aux attentes, et donner des orientations pour la mise en œuvre des activités. Il s'agit d'un outil précieux tant pour les gestionnaires que pour les personnes sous leurs ordres. Chaque employé doit savoir à quel moment il intervient dans le plan général et ce qui est attendu de lui.

6.3 Quand faut-il procéder à une planification opérationnelle ?

Même si les activités décrites dans un plan opérationnel portent sur une année, un calendrier exact du déroulement de la plupart des activités doit être établi sur une période plus courte, souvent trimestrielle voire même, mensuelle. Par exemple, pour les soins de santé primaires, il est possible de décrire un certain nombre d'activités mensuelles par district, mais la date exacte de la réalisation doit être fixée au moment le plus proche de leur mise en œuvre effective.

Le processus de planification opérationnelle doit être synchronisé avec le processus de budgétisation de l'organisme chargé des finances. Cela signifie généralement qu'un plan opérationnel complet et des budgets sont élaborés sur une base annuelle. Ils peuvent être élaborés tous les deux ans dans les pays qui présentent une grande stabilité politique ou sociale. La planification opérationnelle peut également être effectuée plus souvent, par exemple, tous les six voire tous les trois mois, dans les situations caractérisées par une insécurité et une instabilité contraignant les décideurs à adapter les activités à un contexte qui évolue rapidement.^{III} Une coopération étroite entre le secteur des finances et celui de la santé – mais aussi avec les autres secteurs intéressés – est idéale.

L'autorité centrale de planification en matière de santé doit apporter aux unités opérationnelles des directives claires sur les dates à respecter pour les étapes clés de la planification, et sur les procédures d'approbation des plans. Il est utile de donner une estimation du temps nécessaire à la préparation des différentes étapes du processus. Une liste récapitulative assortie de dates butoirs est extrêmement utile (voir Encadré 6.2).

Les plans opérationnels sont un élément essentiel du processus de planification des PSPNS, car ils offrent un cadre d'action fondé sur la vision stratégique de ces derniers.

Généralement, les plans opérationnels et les budgets sont élaborés sur une base annuelle pour s'assurer que le processus de planification soit synchronisé avec le processus de budgétisation de l'organisme chargé des finances. Ils peuvent être élaborés à des intervalles plus rapprochés dans des situations d'insécurité ou moins fréquemment dans les pays qui présentent une grande stabilité.

^{III} Pour plus de précisions, voir chapitre 13 « Stratégies en santé en situation de crise » de ce guide pratique.

Encadré 6.2

Exemple de liste récapitulative utilisée pour la planification opérationnelle par le Bureau du département provincial de la santé (DPS) au Cambodge⁶

TÂCHE	QUAND ?	PAR QUI ?	À COCHER
<i>Tâche 1</i> : Participation à la réunion du ministère de la Santé sur l'évaluation annuelle des résultats	Fin février	Directeur du DPS	
<i>Tâche 2</i> : Atelier organisé au niveau provincial pour l'évaluation annuelle et la définition des objectifs et cibles de la province	Mars	Équipe provinciale de conseiller technique en santé (EPCTS), personnel du DPS, équipe de gestion des hôpitaux de référence, responsables des centres de santé, partenaires	
<i>Tâche 3</i> : Apport d'un soutien technique aux hôpitaux de référence et aux centres de santé	Mars et avril, lors de l'élaboration des plans opérationnels annuels	Directeur du DPS, cadres du bureau technique du DPS, cadres du bureau financier du DPS	
<i>Tâche 4</i> : Évaluation des plans opérationnels annuels du DPS, des hôpitaux de référence et des centres de santé	Mai, dès que les plans opérationnels sont élaborés	Directeur du DPS, cadres du bureau technique du DPS, cadres du bureau financier du DPS	
<i>Tâche 5</i> : Préparation du plan évolutif et continu triennal et du plan opérationnel annuel provincial	Mai, dès que les plans opérationnels sont élaborés	Directeur du DPS, cadres du bureau technique du DPS, cadres du bureau financier du DPS	
<i>Tâche 6</i> : Réunion pour examiner le plan évolutif et continu triennal et le plan opérationnel annuel provincial, en fonction des commentaires de retour du ministère de la Santé	Début août, dès réception des commentaires du ministère de la Santé par le DPS	EPCTS, personnel du DPS chargé des activités des programmes nationaux, équipe de gestion des hôpitaux de référence, responsables des centres de santé, partenaires	
<i>Tâche 7</i> : Réunion pour établir la version définitive du plan opérationnel annuel provincial	Décembre	EPCTS, personnel du DPS chargé des activités des programmes nationaux, équipe de gestion des hôpitaux de référence, responsables des centres de santé, partenaires	
<i>Tâche 8</i> : Réunion mensuelle de l'équipe EPCTS avec les hôpitaux de référence et les centres de santé	Tous les mois de l'année suivante, au cours de la période de mise en place du plan opérationnel	EPCTS, personnel du DPS chargé des activités des programmes nationaux, équipe de gestion des hôpitaux de référence, responsables des centres de santé	
<i>Tâche 9</i> : Réunions organisées au niveau provincial en vue de l'examen trimestriel	Première semaine de chaque trimestre	EPCTS, personnel du DPS chargé des activités des programmes nationaux, équipe de gestion des hôpitaux de référence, responsables des centres de santé, partenaires	
<i>Tâche 10</i> : Participation à la réunion du ministère de la santé sur l'évaluation semestrielle des performances	Mois d'août de l'année qui suit	Directeurs du DPS	

Dans certains pays, les modifications constantes apportées aux orientations et au format utilisés pour la planification posent problème. Il est fréquent que, selon les autorités centrales de planification sanitaire, le format de la présentation des plans opérationnels ne soit pas tout à fait adapté pour le suivi et l'évaluation, ou au suivi de l'utilisation des ressources pour un programme particulier ou pour un meilleur accès à des financements spécifiquement affectés. En conséquence, les autorités modifient parfois le format du plan opérationnel d'un cycle à l'autre (d'une année à l'autre). Toutefois, il faut tenir compte du fait que tout changement implique

un délai et un effort d'adaptation. Le changement doit apporter une réelle amélioration qui justifie les perturbations provoquées. La recherche de la perfection ne doit pas entraîner l'abandon de processus de planification acceptables.

Il est judicieux pour l'unité qui entreprend la planification opérationnelle de s'efforcer d'achever ses travaux une à deux semaines avant la date butoir, se ménageant ainsi un temps suffisant pour effectuer sans pression les révisions et les mises au point nécessaires. Si la planification intervient au dernier moment, elle aboutit souvent à des erreurs.



© Tyler Olson

6.4 Comment fonctionne la planification opérationnelle ?

En matière de planification opérationnelle, les orientations données par les autorités centrales aux différents centres budgétaires et services opérationnels doivent généralement inclure des informations sur le calendrier d'exécution des différentes étapes, et sur les parties prenantes censées participer au processus de planification. Ces orientations doivent aussi offrir un cadre d'orientation, souvent présenté sous forme de matrice, comprenant au minimum :

1. une description des activités et une mention indiquant à quel objectif principal des PSPNS elles sont associées ;
2. le calendrier prévu pour ces activités et l'ordre dans lequel elles doivent se dérouler ;
3. le nombre d'activités ;
4. la ou les personnes responsables de chaque activité ;
5. les ressources nécessaires (y compris financières) et leur provenance ; et
6. une méthode permettant d'évaluer les progrès (suivi).

Les orientations doivent également comporter des instructions relatives au degré du pouvoir décisionnel relié au centre budgétaire. L'instance chargée de la planification opérationnelle doit-elle respecter les buts, les objectifs, les budgets et les procédés déterminés par une autorité centrale ? Le centre budgétaire peut-il les déterminer lui-même ? Dans la plupart des cas, la réalité se situe entre ces deux extrêmes. L'autorité nationale de planification sanitaire doit fournir des orientations pour indiquer où se trouve le juste milieu dans le système en question.

En outre, les grandes orientations politiques fondées sur les PSPNS doivent être détaillées et expliquées

dès le début du processus de planification opérationnelle, afin d'orienter le contenu des plans opérationnels.

6.4.1 Quelques questions de planification opérationnelle à considérer

Les plans opérationnels sont nécessaires même en l'absence de plan stratégique pertinent

Il arrive que le processus de planification stratégique soit moins efficace, et que l'on ne dispose pas d'orientations précises et suffisantes. Dans ce cas, l'exercice de planification opérationnelle reste nécessaire et garde son utilité, car il représente un outil de gestion qui aide les gestionnaires de la santé ou les agents de santé à assumer leurs responsabilités.

Le niveau de précision nécessaire du plan opérationnel

Une mise en garde s'impose quant à la quantité d'information ou de détails requis. Les plans opérationnels donnent des orientations sur l'action à mener au jour le jour, mais ne décrivent pas chaque mesure en détail. S'il y en a trop, ces détails alourdissent le processus de planification et le rendent chronophage. Si ce processus est trop vaste, il peut perdre son utilité. Un plan destiné aux services de vaccination peut inclure une activité visant à maintenir la chaîne du froid dans tous les centres de santé d'un district, mais il n'indiquera pas chaque mesure prise pour assurer l'entretien des réfrigérateurs. Toutefois, un technicien spécialiste de la chaîne du froid peut disposer d'une liste de choses à faire qui détaille ces mesures, mais celle-ci ne figurera pas dans le plan du district. Mais si le maintien de la chaîne du froid a déjà posé problème, le plan opérationnel

Les plans opérationnels servent d'orientation pour l'action à mener au jour le jour, mais ne sont pas un descriptif détaillé de chaque action ; il est essentiel d'avoir un niveau de détail adéquat pour ne pas alourdir le processus de planification.



Flexibilité

peut prévoir l'élaboration d'une liste de choses à réaliser en vue d'y remédier. Pour déterminer la quantité d'informations qui convient, il faut faire appel au bon sens et à l'expérience.

La révision du contenu des plans opérationnels doit être itérative. Ces plans peuvent être modifiés en fonction des résultats du suivi et de l'expérience acquise sur le terrain. Si une chose ne fonctionne pas, il est souvent nécessaire de modifier l'action en cours. Selon les circonstances, il ne faut pas toujours attendre la fin de la période de planification officielle pour procéder à ces modifications (voir Encadré 6.3).

Encadré 6.3

Plan évolutif et continu à moyen terme

Dans certains contextes, un plan intermédiaire ou à moyen terme, d'une durée de trois ans en général, est aussi élaboré et peut être considéré comme un plan de transition entre les PSPNS et les plans opérationnels. Les plans à moyen terme sont généralement associés à un cadre de dépenses à moyen terme (CDMT), notion abordée en détail dans un autre chapitre.^{IV}

Les CDMT ont été popularisés par les institutions financières internationales et les ministères des Finances. Dans les pays qui élaborent des plans à moyen terme, il existe parfois un processus de plans évolutif et continu : chaque année, le plan opérationnel prévu pour l'année à venir est affiné et une année de planification opérationnelle est ajoutée de sorte que l'on dispose toujours d'un plan triennal en place.⁷ L'idée est d'alléger le processus de planification et de le relier davantage au processus de budgétisation.⁸

Les CDMT donnent lieu à des critiques qui portent principalement sur les exigences des partenaires internationaux du développement - très favorables aux CDMT - en matière de planification et d'élaboration de rapports. Il faut reconnaître que dans certains contextes où une grande partie des fonds alloués la santé proviennent de dons, les CDMT ont contribué à clarifier les engagements financiers et techniques pris par les partenaires du développement. Au Bénin par exemple, certains partenaires étaient réticents à s'engager au-delà de trois ans. L'option du plan évolutif et continu triennal a alors facilité l'engagement de nombreux partenaires. Ce qui explique pourquoi le Plan national de développement sanitaire (2009-2018) du Bénin a été divisé en plans évolutifs et continus triennaux assortis de CDMT.

Par ailleurs, il est admis que le dispositif des CDMT a contribué à renforcer les liens entre la planification opérationnelle et la budgétisation, et qu'il a aidé les pays à ajuster leurs plans pour qu'ils tiennent davantage compte des réalités et puissent être réalisables.

^{IV} Pour plus de précisions, voir chapitre 8 du guide « Budgétisation du secteur de la santé ».

Processus descendant ou ascendant

Le choix des modalités de la planification opérationnelle – processus ascendant, processus descendant, ou une combinaison des deux – est une décision importante. Dans la plupart des cas, c'est la combinaison des deux processus qui est retenue.

Un processus descendant fonctionne mieux dans une fonction publique très structurée ou dans un environnement d'affaires procédant à des contrôles rigoureux, notamment en matière budgétaire, et assurant une supervision centrale stricte. Des instructions peuvent être apportées et les plans doivent être complétés, selon ces instructions, avant le déblocage de la moindre ressource. Ce processus est censé bien fonctionner. Or, c'est rarement le cas en pratique. Même dans une organisation extrêmement centralisée, il est bénéfique d'autoriser les unités et chaque individu à élaborer leurs propres plans dans les limites de cette organisation. Les plans opérationnels imposés par les dirigeants tiennent rarement compte des réalités du terrain et aboutissent à des performances médiocres.

Quant au processus ascendant, il peut être long ; sa préparation et sa consolidation nécessitent en effet un grand nombre de formations et de ressources humaines, et prennent du temps. Pour savoir si ce processus est réalisable, il faut tenir compte des priorités et des moyens locaux. Toutefois, il est fréquent qu'un tel processus subisse des retards et soit paralysé.

Une solution alternative consiste à mettre en place un processus local de planification opérationnelle fondé sur des directives claires émanant d'une administration nationale de planification sanitaire. Généralement, cette solution fonctionne mieux si les instances nationales contribuent à

la planification avant que l'élaboration des plans locaux ait bien avancé. Cette contribution peut prendre différentes formes : directives écrites, présence physique de planificateurs pour faciliter le processus ou ateliers destinés à familiariser les planificateurs locaux avec les priorités et des plans nationaux. Un soutien à distance est également possible, grâce aux e-mails et aux téléconférences, dont l'utilisation est simplifiée par les progrès technologiques. Pour bien planifier, il faut trouver un juste équilibre entre ces méthodes.

Finalisation et approbation du plan opérationnel

L'apport d'indications sur le processus de finalisation et d'approbation du plan opérationnel est particulièrement important, notamment sur les critères précis appliqués pour l'acceptation des plans. La procédure d'approbation doit être claire et définie ; elle doit mentionner les personnes compétentes pour l'approuver et les délais dans lesquels les décisions doivent être prises. Dans les faits, les niveaux d'approbation sont souvent multiples, ce qui peut prêter à confusion, à moins de mentionner précisément quelle personne est compétente, et à quel moment elle doit intervenir. Le non-respect des délais de soumission et d'approbation par certaines unités est encore plus problématique (voir Encadré 6.4). La complexité est inévitable, mais il est légitime d'apporter aux instances chargées de la planification opérationnelle des orientations claires sur la procédure d'approbation.

La procédure d'approbation du plan opérationnel doit être claire ; elle doit mentionner les personnes compétentes pour l'approuver et les délais dans lesquels les décisions doivent être prises.

Regroupement des plans

Il faut également se demander à quel niveau les activités opérationnelles seront regroupées. Seront-elles regroupées au niveau du district, puis transmises à un bureau régional – s'il en existe un – et enfin, à une instance nationale ? Seront-elles regroupées par programme ? Pour en décider, il faut connaître les modalités d'organisation des centres budgétaires, et savoir quelles entités ont besoin d'un budget distinct, dont les dépenses et les outputs feront l'objet d'un suivi. Par exemple, le plan opérationnel élaboré par l'équipe de lutte contre le paludisme du district peut être assemblé au niveau du district. Il peut aussi être transmis au bureau national de lutte contre le paludisme où il sera alors assemblé. Les responsables des différents programmes estiment souvent que le regroupement par programme, à savoir, l'organisation des centres budgétaires par programme, est une solution plus satisfaisante. Elle risque toutefois d'entraîner une multiplication des plans – un plan pour chaque programme – qui peuvent ne pas être cohérents les uns avec les autres.

Encadré 6.4

Que se passe-t-il si des unités locales n'élaborent pas ou ne soumettent pas leurs plans opérationnels ?

Si les plans ne sont pas soumis, les ressources financières sont-elles bloquées ou réduites ? Est-ce que cela signifie que le plan sera identique à celui de l'année précédente ? Ou les ressources sont-elles réaffectées en faveur des équipes qui respectent les délais ? Malheureusement, c'est souvent dans les districts où les besoins sanitaires sont les plus importants que les équipes sont les moins expérimentées dans l'élaboration des plans. En effet, les zones géographiques les plus reculées aux populations démunies ou difficiles à atteindre peuvent potentiellement être confrontées à une pénurie de personnel et de ressources en raison des difficultés classiques d'affectation et de maintien du personnel de santé dans ces zones, ou faute de moyens de communication appropriés tels qu'une connexion Internet, etc. Ces équipes peuvent donc se trouver dans une position d'infériorité qui les empêche d'élaborer et de soumettre leurs plans dans les temps. Plutôt que d'adopter une approche punitive à l'égard de ceux qui ne respectent pas les délais de planification, il serait peut-être préférable d'allouer des ressources susceptibles d'aider les équipes plus fragiles à élaborer leurs plans. La décision de priver de ressources les zones défavorisées parce que leurs équipes ont moins d'expérience en matière de planification, ou moins de moyens, n'est ni juste, ni judicieuse en termes de santé publique.



© OMS / Christopher Black

6.4.2 Les étapes de la planification opérationnelle

Les étapes du processus de planification opérationnelle sont les mêmes que celles de la planification stratégique générale, à savoir :

- a) faire le point sur la situation (où en sommes-nous ?), y compris l'identification des parties prenantes (qui intervient ?) ;
- b) définir les priorités opérationnelles ;
- c) élaborer le plan opérationnel (qu'allons-nous faire ?), y compris le budget opérationnel ;
- d) mettre en œuvre les activités prévues (comment allons-nous faire ?) ;
- e) assurer le suivi et l'évaluation du plan opérationnel (qu'avons-nous réalisé à ce jour ?).

Il est possible d'envisager des cycles de planification opérationnelle plus courts, où certaines des étapes ci-dessus sont regroupées, ou des cycles plus longs, où les étapes sont divisées en de multiples opérations ; toutefois, tous les cycles comportent des étapes similaires. De nombreuses références donnent des exemples de cycles différents.^{9, 10}

Par rapport à la politique nationale de santé et au cycle de planification, le cycle de planification opérationnelle porte moins sur les questions d'estimation des coûts et de budgétisation, et davantage sur la mise en œuvre. Cela est dû au fait que le budget général doit déjà être élaboré, et que le centre budgétaire procédant à la planification opérationnelle dispose de lignes budgétaires spécifiques qui doivent faire l'objet de prévisions. Par conséquent, l'estimation des

coûts et la budgétisation se font à une échelle bien plus petite et sont moins complexes que dans le cycle de planification stratégique. Toutefois, si l'estimation des coûts au niveau national n'est pas réalisée de façon satisfaisante et se fonde sur des hypothèses générales, il peut être utile de procéder à une estimation des coûts plus détaillée au niveau des unités opérationnelles. Cette estimation vise aussi à apporter des informations précieuses pour celle réalisée au niveau national, et à influencer éventuellement les décisions relatives à l'allocation des ressources. Il va de soi que la planification opérationnelle met davantage l'accent sur la mise en œuvre, principal objectif d'un plan opérationnel.

Chaque étape de la planification opérationnelle est décrite de façon plus détaillée ci-après. Comme de nombreuses étapes reflètent la politique nationale de santé et le cycle de planification, les méthodologies envisageables pour chaque étape sont abordées succinctement. Les méthodologies développées dans d'autres chapitres de ce guide pratique, peuvent également être appliquées ici.

a) Faire le point sur la situation (où en sommes-nous ?), y compris l'identification des parties prenantes (qui intervient ?)

Le point sur la situation réalisée dans la perspective du centre budgétaire ne doit pas être aussi détaillé que l'analyse de situation réalisée dans le cadre PSPNS. Il doit s'en inspirer en examinant plus avant les questions spécifiques qui intéressent le centre budgétaire et son mandat. En outre, il importe de porter une

Les étapes de la planification opérationnelle sont les mêmes que celles de la planification stratégique : faire le point sur la situation, définir les priorités opérationnelles, élaborer le plan et le budget opérationnels, prévoir la mise en œuvre des activités, et assurer le suivi et l'évaluation du plan opérationnel lorsqu'il est mis en œuvre.

attention particulière aux différences significatives pouvant émerger avec l'analyse jointe au plan national. Une telle omission n'est pas nécessairement problématique, mais elle doit être indiquée clairement et expliquée. Par exemple, un district peut être confronté à un problème sanitaire, tel que la dracunculose qui n'existe pas dans les autres régions du pays.

Au niveau des unités opérationnelles, il est utile de réaliser une analyse sur mesure pour déterminer les partenaires éventuels, en examinant la situation locale de façon plus détaillée. Il est possible que l'analyse effectuée au niveau central soit trop générale pour s'appliquer directement à chaque unité opérationnelle. Les enjeux locaux peuvent être très différents des enjeux et intérêts au niveau central.

b) Définir les priorités opérationnelles

Au niveau du centre budgétaire, l'exercice de définition des priorités est centré sur les activités, liées idéalement aux priorités globales déjà établies dans le cadre des PSPNS. En se fondant sur l'analyse de situation au niveau national et sur toutes informations complémentaires liées au contexte, découlant du point sur la situation locale, il est possible de classer les différentes recommandations pour élaborer un premier projet de liste des priorités. Grâce à plusieurs séries de dialogue, les principales priorités opérationnelles des parties prenantes du secteur de la santé peuvent se concrétiser. Une partie des discussions concernant ces priorités inclus alors l'ordre dans lequel les activités vont se dérouler, qui dépend du degré de priorité accordé à ces activités (même si

l'échéancier définitif prend forme lors de l'étape suivante, c'est-à-dire lors de l'élaboration du plan opérationnel à proprement parler).

Toutes les données locales ont une importance déterminante pour s'assurer que les priorités opérationnelles locales reflètent les réalités du terrain. Il va de soi que les données d'ordre national et international seront également examinées si nécessaire, mais la spécificité du contexte est tellement essentielle pour cette étape que toutes les données et informations issues d'autres contextes doivent être analysées en vue de leur adaptation à une situation spécifique.

c) Élaborer le plan opérationnel (qu'allons-nous faire ?), y compris le budget opérationnel

Comme expliqué précédemment, la planification opérationnelle s'appuie généralement sur une matrice ou une grille de planification prédéfinie, fournie par l'autorité nationale de planification. De nombreux modèles existent.¹¹⁻¹³ Si aucun modèle n'est disponible, il faut au minimum que les éléments décrits à la section 6.4 soient présents.

Il est indispensable que l'autorité centrale de planification sanitaire fournisse aux instances chargées de la planification opérationnelle des orientations sur les grandes lignes du plan opérationnel, qui doivent idéalement être liées aux PSPNS et suivre les rubriques de ces derniers. Cela permet d'identifier clairement les activités du plan opérationnel qui contribuent à la réalisation des objectifs des PSPNS. Si les PSPNS ont été élaborés selon un processus ascendant, les différentes unités opérationnelles ont alors largement contribué à cette élaboration et faire coïncider les

En se fondant sur l'analyse de situation au niveau national et sur toute information complémentaire liée au contexte, il est possible de classer les différentes recommandations pour élaborer un premier projet de liste des priorités.

rubriques du plan de santé national avec celles du plan opérationnel ne doit pas présenter de difficulté particulière. Si tel n'est pas le cas, les rubriques de ce plan sont souvent axées sur les principales priorités locales, et se limitent à une perspective locale. Si le plan opérationnel concerne un programme particulier, il convient de se référer aux orientations stratégiques des PSPNS.

Idéalement, comme indiqué à la section 6.1.3, les rubriques du plan opérationnel doivent également correspondre aux postes budgétaires (« plan comptable ») de l'autorité chargée des finances (par exemple, le ministère des Finances au niveau national et l'administration des finances au niveau du district).

Souvent, l'harmonisation entre le processus de planification sanitaire et les processus de budgétisation nationaux et infranationaux est limitée.¹⁴ En pratique, les acteurs de la planification sanitaire jugent souvent que les rubriques du plan comptable national ne se prêtent pas bien à l'élaboration de stratégies en santé. Il convient toutefois de ne pas négliger le plan comptable national, même s'il ne semble pas approprié pour un plan opérationnel. Un compromis consiste à faire un « exercice de traduction » en ajoutant à la matrice du plan opérationnel une colonne supplémentaire où apparaissent les lignes budgétaires nationales afin que le plan opérationnel reflète les PSPNS ou les postes du budget national selon le cas. Il est également possible d'ajouter une colonne pour les « sources de financement », lorsque celles-ci sont multiples et qu'elles doivent être comptabilisées de façon séparée, par exemple, si elles proviennent de différents niveaux des pouvoirs publics ou de donateurs extérieurs.

Si l'on utilise une feuille de calcul, il est possible de recourir à la fonction des tableaux croisés dynamiques pour proposer un modèle de plan opérationnel qui convienne à l'instance chargée de la planification opérationnelle, au planificateur/aux comptables de l'administration des finances du district ou aux partenaires du développement (voir Encadré 6.5). Le personnel chargé de la planification sanitaire au niveau national doit alors aider le personnel local à mettre au point la matrice la plus adaptée, et apporter un soutien technique à cette fin là où cela s'impose.

Encadré 6.5

Exemple de plan opérationnel utilisant la fonction de tableau croisé dynamique d'une feuille de calcul

Tableau d'activités initial pour le plan opérationnel

ACTIVITÉ	COÛT (EN MILLIONS DE US\$)	COÛTS D'ACQUISITION (EN MILLIONS DE US\$)	SOURCES DE FINANCEMENT	FONDS MOBILISÉS (EN MILLIONS DE US\$)	ENTITÉ RESPONSABLE DE LA MISE EN ŒUVRE	T1	T2	T3	T4
Activité 1.1 Création de nouveaux centres de santé dans les districts périphériques	300	300	Banque mondiale	10	Ministère des Finances	x	x		
Activité 1.2 Acquisition et distribution d'un nombre suffisant de vaccins pour couvrir la population du district	200	200	GAVI	50	Ministère de la Santé		x		
Activité 1.3 Formations du personnel de santé régional et de district aux techniques appropriées de vaccination	100	80	Donateur étranger	20	Administration sanitaire régionale	x			
Activité 1.4 Engagement communautaire des agents de santé pour améliorer la sensibilisation de la population à la vaccination	100	50	Ministère des Finances	40	Administration sanitaire de district	x	x	x	x
Activité 1.5 Conception et mise en place de cliniques mobiles pour les régions mal desservies	200	100	Ministère des Finances	20	Ministère de la Santé			x	
Activité 1.6 Enregistrement des taux de vaccination lors du recensement annuel	100	70	Ministère des Finances	10	Ministère du Logement				x

Tableau croisé dynamique faisant apparaître la répartition du coût des activités selon l'entité responsable

Somme des coûts (en millions de US\$)

ACTIVITÉ	ADMINISTRATION SANITAIRE DE DISTRICT	MINISTÈRE DES FINANCES	MINISTÈRE DE LA SANTE	MINISTÈRE DU LOGEMENT	ADMINISTRATION SANITAIRE REGIONALE	TOTAL GÉNÉRAL
Activité 1.1 Création de nouveaux centres de santé dans les districts périphériques		300				300
Activité 1.2 Acquisition et distribution d'un nombre suffisant de vaccins pour couvrir la population du district			200			200
Activité 1.3 Formations du personnel de santé régional et de district aux techniques appropriées de vaccination					100	100
Activité 1.4 Engagement communautaire des agents de santé pour améliorer la sensibilisation de la population à la vaccination	100					100
Activité 1.5 Conception et mise en place de cliniques mobiles pour les régions mal desservies			200			200
Activité 1.6 Enregistrement des taux de vaccination lors du recensement annuel				100		100
Grand Total	100	300	400	100	100	1 000

Les planificateurs centraux doivent déterminer les catégories d'activités et le niveau de précision des plans opérationnels, notamment en vue de l'assemblage des plans selon un processus ascendant (par exemple, la prestation de services de santé, les activités de formation, les activités de gestion, etc. doivent toutes être coordonnées ou bénéficier d'un soutien du niveau central, parfois dans le seul but d'éviter les doubles emplois). Des orientations claires doivent également être fournies sur la méthodologie et le niveau de détail requis pour le calcul des ressources nécessaires aux activités décrites. Des orientations sont également requises afin de sélectionner les personnes ressources et les points focaux pour les activités, et de définir le niveau de précision requis pour les échéances à tenir.

Les orientations susmentionnées permettent de s'assurer que les plans opérationnels élaborés par différentes unités sont cohérents, comparables et peuvent être regroupés.

Dans de telles situations, les feuilles de calcul peuvent devenir complexes et difficiles à traiter, surtout si elles sont nombreuses et qu'elles comportent des niveaux d'activités et des sources de financement multiples. Idéalement, une telle complexité est traitée efficacement dans le cadre d'une budgétisation et d'une programmation de bases de données. Un système de gestion de bases de données performant peut faciliter la saisie et l'extraction d'informations, le stockage des données à long terme, les comparaisons entre les activités de différents plans et de différentes années, etc. En pratique, ces programmes sont souvent difficiles à mettre en place et d'un entretien coûteux, mais s'ils fonctionnent bien, ils sont plus utiles que les feuilles de calcul. Toutefois, les feuilles de calcul peuvent être utilisées pour gérer la matrice de planification si des instructions solides sont apportées pour leur utilisation, et si des précautions sont prises lors de la configuration initiale. Il incombe à l'autorité

centrale de planification sanitaire de fournir des orientations et de renforcer les moyens en lien avec les questions de formats appropriés et de plateformes informatiques. Il est conseillé d'éviter que chaque centre budgétaire ait ses propres formats et méthodes informatiques.

Il faut en outre décider si la planification opérationnelle doit être réalisée selon une approche progressive, le nouveau plan se fondant sur les modifications et les ajustements à apporter à des activités mises en œuvre dans le passé, ou s'il faut tenter de planifier en s'appuyant sur la base d'une liste ou d'une matrice vierge. Considérer chaque chose sous un jour nouveau présente des avantages en théorie, mais si l'on sait que la continuité de certains services sera assurée, il n'y a pas de raison de songer à les planifier en recommençant de zéro. Le temps des agents de santé, précieux, ne doit pas être gaspillé.

Dans de nombreuses situations, il peut être recommandé de commencer par examiner ce qui a été réalisé par le passé, puis de relever les éléments nouveaux en termes de démographie, d'épidémiologie ou de ressources, notamment de ressources humaines, d'infrastructures et de financement. Il faut ensuite ajuster les plans opérationnels en tenant compte des nouvelles circonstances. Le plan évolutif et continu biennal ou triennal se veut être particulièrement bien adapté pour procéder à des adaptations en cas de changements progressifs. Les autorités centrales de planification sanitaire peuvent fournir aux instances chargées de la planification opérationnelle un calendrier des échéances et des livrables pour leur permettre de présenter des versions provisoires de plans opérationnels qui pourront alors être revus et améliorés. Le processus itératif contribue à concilier le plan opérationnel, fondé sur les besoins des unités chargées de la mise en œuvre, et les ressources disponibles pour celle-ci.

Il faut en outre décider si la planification opérationnelle doit être réalisée selon une approche progressive, le nouveau plan se fondant sur les modifications et les ajustements à apporter à des activités mises en œuvre dans le passé, ou s'il faut tenter de planifier en s'appuyant sur la base d'une liste ou d'une matrice vierge.

d) Mettre en œuvre les activités prévues (comment allons-nous faire ?)

La mise en œuvre des plans opérationnels est peut-être davantage une question de gestion que de planification.

S'agissant de la mise en œuvre à proprement parler, les responsables d'équipe doivent encourager les gestionnaires à organiser leurs activités selon des étapes cohérentes. Les plans opérationnels déterminent les activités requises pour atteindre les objectifs du plan. Les gestionnaires doivent ensuite identifier les tâches concrètes permettant à l'équipe de mettre en œuvre les activités en respectant le calendrier imparti. Il n'est pas nécessaire que la personne chargée de l'ensemble des activités approuve et planifie chaque étape détaillée, mais à de nombreux égards, chacune de ces étapes doit être mûrement réfléchie par la personne directement responsable d'une activité donnée. C'est pourquoi la mise en œuvre des plans opérationnels est peut-être davantage une question de gestion que de planification.

Par exemple, à titre d'activité, le plan de santé d'un district peut prévoir qu'un nombre déterminé de visites sur le terrain est assuré chaque mois dans un nombre déterminé de villages reculés. L'agent responsable dresse alors la liste des étapes nécessaires pour effectuer le nombre d'interventions convenu. L'organisation des transports peut figurer parmi ces étapes, et comporter les tâches « prévoir un véhicule et un chauffeur », « acheter du carburant ». La liste peut également comprendre les étapes ci-après :

- ▶ identifier du personnel ;
- ▶ prévoir le matériel (tests, vaccins, médicaments préventifs, matériel d'éducation sur la santé, etc.) et veiller à ce qu'il soit disponible au moment des visites sur le terrain ;
- ▶ organiser des réunions de coordination ;
- ▶ etc.

La coordination entre les différentes activités est un aspect important de ce travail. Par exemple, il faut s'assurer que tous les membres du personnel ne mènent pas des activités de sensibilisation en même temps, qu'il n'y a pas plusieurs commandes de même type de matériel ou de fournitures mais que les commandes sont passées en gros, etc.

e) Assurer le suivi et l'évaluation du plan opérationnel (qu'avons-nous réalisé à ce jour ?)

Le suivi et l'évaluation (S&E) vont souvent de pair. Étroitement liés, ils constituent néanmoins deux activités distinctes.

Le suivi des plans opérationnels consiste généralement à une évaluation continue visant à déterminer si les activités prévues ont bien lieu et si les résultats escomptés ont été obtenus. Souvent interne, le suivi est assuré en continu ou de façon régulière par les personnes qui exécutent les activités. Il s'agit de comparer les activités réalisées et les résultats obtenus avec les activités et les résultats planifiés. Par exemple, le suivi peut faire apparaître que le nombre de visites terrain planifiées dans les villages reculés n'est pas atteint, que la fréquentation de la policlinique est en baisse ou, au contraire, qu'elle a considérablement augmenté. Le suivi doit être une activité prévue dans le plan opérationnel pour s'assurer qu'il a bien lieu et que les ressources nécessaires sont disponibles. La fréquence du suivi doit être définie de manière à permettre aux personnes chargées de la mise en œuvre de corriger le plan d'action. Le suivi met également en évidence un événement inhabituel, telle que l'augmentation du nombre de cas affectés par une certaine maladie ; il est alors nécessaire de prendre des mesures, et peut-être d'ajuster le plan opérationnel.

Si le suivi fait apparaître un retard dans la mise en œuvre des activités prévues, ou montre que certains résultats importants ne sont pas obtenus (par exemple, la baisse de l'utilisation de certains services), les gestionnaires doivent rechercher les causes de cet état de fait pour prendre les mesures correctives qui s'imposent. Cette recherche peut montrer que les activités ne se déroulent pas comme prévu parce que les fonds n'ont pas été reçus dans les temps, que le personnel de santé espéré n'a pas été affecté là où il devait l'être, que les médicaments ou les vaccins sont en rupture de stock, etc. D'autres obstacles à la mise en œuvre des activités dans les temps sont plus difficiles à appréhender : la population cible peut se montrer réticente à utiliser les services, ou certaines catégories de parties prenantes, mécontentes, peuvent s'opposer aux modalités de mise en œuvre. Les gestionnaires doivent alors s'efforcer de comprendre les causes profondes de ces goulots d'étranglement. Par exemple, si le matériel nécessaire est en rupture de stock, est-ce parce que les commandes n'ont pas été passées dans les temps ou est-ce en raison de retard d'approvisionnement ? Cette démarche doit être réalisée en collaboration avec les personnes directement responsables de la mise en œuvre des activités, dans un esprit de coopération. Après avoir examiné les raisons sous-jacentes de la lenteur ou du retard de la mise en œuvre, les gestionnaires peuvent appliquer des mesures correctives. Selon la cause du problème, elles peuvent consister en une augmentation de la productivité, une nouvelle allocation des ressources nécessaires pour atteindre les cibles initiales, etc. Pour modifier la ligne de conduite, il faut parfois dialoguer et négocier, par exemple, en prenant contact avec les fournisseurs de produits pharmaceutiques pour aborder le problème des retards d'approvisionnement en médicaments et le régler.

Les gestionnaires directement responsables de l'élaboration et de l'application des plans opérationnels peuvent lever certains obstacles à la mise en œuvre. Toutefois, tenter de dissoudre certains types d'autres goulots d'étranglement n'est pas directement de leur ressort. Les retards de décaissement des fonds nécessaires à la reconstitution du budget des unités chargées de la mise en œuvre, les incitations aux effets pervers créées par les méthodes de paiement des prestataires qu'utilisent les organismes nationaux d'assurance maladie en sont des exemples typiques. Dans de tels cas, les autorités centrales de planification sanitaire doivent se saisir du problème et prendre des mesures correctives, ou contribuer à leur adoption.

L'évaluation vise à mettre en évidence les effets des activités, généralement après une durée déterminée. Elle permet de savoir si les cibles ont été atteintes de manière efficiente et efficace. Les personnes chargées de la mise en œuvre peuvent aussi évaluer leurs propres performances - et devraient le faire - ; cette évaluation intervient habituellement à la fin de la période d'application. Il est également fréquent que l'évaluation soit effectuée par des évaluateurs externes.^V

Le suivi de la mise en œuvre des activités ne doit pas se faire uniquement au niveau local (notamment au niveau communautaire) ; il importe également de communiquer des informations en retour aux instances nationales au moins une fois par an, par exemple, au cours de l'examen annuel du secteur de la santé.

^V Pour plus de précisions, voir le chapitre 9 « Suivi, évaluation et revues des politiques, stratégies et plans nationaux de santé » de ce guide pratique.

Encadré 6.6

Un atelier doit-il être consacré à la planification opérationnelle ?

La planification opérationnelle peut être organisée lors d'un atelier spécifique, par le personnel chargé des activités opérationnelles (sur son lieu de travail), et/ou lors de discussions menées à l'occasion d'une ou plusieurs réunions avec l'organisme de coordination sanitaire de district.

Plusieurs options sont possibles quant aux modalités d'organisation de la planification opérationnelle ; lors d'un atelier commun de planification, ou organisée par le personnel chargé des activités opérationnelles à son bureau ou sur le lieu de travail du personnel impliqué, ou elle peut faire l'objet de discussions lors d'une ou de plusieurs réunions de l'organisme de coordination du district sanitaire. Il est bien sûr possible de combiner ces différentes options. Si l'option d'un atelier est choisie, il est nécessaire de décider s'il sera décentralisé ou aura lieu dans un endroit central. Cette dernière possibilité est souvent plus pratique pour les parties prenantes au niveau central (ministère de la Santé et donateurs extérieurs). En organisant la planification à proximité du lieu où les activités seront menées - dans le district, par exemple -, le principe selon lequel les meilleurs plans sont élaborés par ceux qui les appliqueront est davantage respecté.

Dans de nombreuses situations, les processus de planification se sont multipliés, souvent sous la forme d'ateliers, impliquant les mêmes participants. Par exemple, des ateliers distincts ont souvent été organisés pour les programmes de lutte contre les maladies, pour les organismes multilatéraux et bilatéraux qui œuvrent pour la santé et ce, au détriment du travail de terrain. Cela pose problème particulièrement dans les pays où les agents de santé sont peu rémunérés et où les ateliers représentent une source de revenu supplémentaire. Toutefois, il existe également de nombreux exemples positifs de

pays où les exercices de planification ont été utilisés pour renforcer la coordination entre les partenaires, et pour engager davantage les acteurs clés dans les décisions relatives au renforcement des systèmes de santé. En République démocratique du Congo, par exemple, lorsque le modèle de district a été mis en place à la fin des années 80, un module de formation de trois semaines à l'intention des équipes de gestion de district a permis d'élaborer conjointement un plan opérationnel pour chaque district.

Un atelier peut être utile pour renforcer l'esprit d'équipe et introduire de nouveaux concepts. Il est très rare que les ateliers aboutissent à l'élaboration d'un plan, notamment si le processus de planification n'est pas très avancé avant la tenue de l'atelier. Les participants regagnent alors leur lieu de travail avec leur première ébauche et complètent la matrice de planification à leur bureau. C'est pourquoi, si l'on opte pour l'organisation d'un atelier, il faut s'employer activement à mettre au point un projet avant sa tenue. Il faut également envisager des activités de suivi pour aider les collaborateurs à achever leurs plans.

Pour procéder à la planification opérationnelle, la meilleure solution consiste sans doute à mener diverses activités sur le terrain en s'appuyant sur une matrice claire assortie d'instructions précises, puis à examiner et évaluer le produit final lors d'une réunion ou d'un atelier.

6.5 Qui sont les principaux acteurs intervenant dans la planification opérationnelle ?

6.5.1 Les personnes qui appliqueront les plans sont les mieux placées pour procéder à la planification opérationnelle

Dans une certaine mesure, toute personne responsable d'une activité figurant dans un plan opérationnel doit participer à sa planification. Or, la planification opérationnelle est souvent effectuée par des gestionnaires. Cela dit, les gestionnaires les plus performants sont ceux qui associent judicieusement les personnes qu'ils encadrent à l'élaboration du plan. De plus, les autres partenaires et parties prenantes intéressés par la mise en œuvre du plan opérationnel doivent pouvoir donner leur avis sur le sujet.

Par exemple, si une unité du ministère de la Santé mène un exercice de planification opérationnelle, il faut au préalable consulter les instituts partenaires et les organismes publics (bureau de la statistique, bureau de l'inspecteur général, etc.), ainsi que les personnes qui travaillent dans le domaine de la santé au sein d'autres ministères sectoriels (conseiller sanitaire des services du Premier ministre, conseiller sanitaire au sein du ministère des Finances, etc.). Dans le cas d'un programme national spécifique de lutte contre une maladie, il est certainement nécessaire de consulter les organisations de la société civile (OSC), qui sont aussi largement concernées par les modalités d'application du plan opérationnel.

Si la planification opérationnelle a lieu au niveau du district, toute l'équipe de gestion de district

doit être associée à cette initiative, de même que les représentants de la communauté, de chaque unité de santé de la zone desservie, et des OSC qui œuvrent pour la santé dans cette zone. Les praticiens du secteur privé peuvent eux aussi participer s'ils le souhaitent, surtout si leurs services sont intégrés à certaines des activités, ou partiellement financés par des fonds publics.

Les personnes qui appliqueront les plans – gestionnaires et collaborateurs sous leurs ordres – sont les mieux placées pour procéder à la planification opérationnelle, en coopérant avec les autres parties prenantes intéressées par cette mise en œuvre.

6.5.2 Diversité des parties prenantes

La négociation des accords entre les différents départements ministériels, responsables de programmes, donateurs et acteurs non étatiques exige souvent beaucoup d'efforts, de bonne volonté et de soutien politique au plus haut niveau. Il importe d'instaurer un dialogue à tous les niveaux, en particulier avec les partenaires d'exécution, qui peuvent être des OSC, des groupes communautaires ou des organisations religieuses (voir Tableau 6.2). Par exemple, s'il est nécessaire que des responsables religieux mènent une action de mobilisation en vue d'une stratégie de vaccination, un dialogue doit être engagé avec eux pour définir leurs rôles et responsabilités dans le plan opérationnel.

De nombreuses parties prenantes sont associées à la planification opérationnelle ; celle-ci implique donc des négociations entre les différents départements ministériels, responsables de programmes, donateurs et acteurs non étatiques.

Lorsque les parties prenantes sont nombreuses et variées, toutes doivent se montrer transparentes quant à l'élaboration de leur budget. La transparence présente l'immense intérêt d'éviter la confusion et les duplications. Il arrive que les contributions financières de certaines parties prenantes n'apparaissent pas dans le budget officiel, même si cela est vivement déconseillé. Dans ce cas, ces contributions peuvent figurer dans une colonne distincte d'un tableau ou d'une feuille de calcul afin que la situation financière générale soit claire pour tous.

A l'ère de la Déclaration de Paris,^{VI,15} la plupart des organismes et des pouvoirs publics sont davantage disposés à partager l'information. Il faut les y encourager. Les progrès des technologies de l'information peuvent contribuer à ce partage, par exemple, via les tableaux de bord utilisés pour la planification et partagés en ligne, auxquels les parties prenantes concernées ont accès.

Enfin, lors de l'élaboration de tout plan opérationnel de santé, il est également nécessaire d'identifier les acteurs extérieurs au secteur public, et décider dans quelle mesure leurs activités seront intégrées au plan opérationnel de district.

^{VI} Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide au développement: cinq principes pour une aide efficace (<http://www.oecd.org/dac/effectiveness/45827300.pdf>, consulté le 28 septembre 2016).

Tableau 6.2 Principales parties prenantes et rôles respectifs dans la planification opérationnelle

ACTEUR	RÔLE
Ministère de la Santé	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Établit un lien entre la planification stratégique et la planification opérationnelle ▶ Apporte des orientations claires sur la planification opérationnelle (modèles, outils, modalités, etc.) ▶ Assure un soutien technique aux centres budgétaires dans leur processus de planification opérationnelle ▶ Synthétise et assemble les plans opérationnels pour contribuer aux exercices de planification sanitaire nationale
Organismes publics et parapublics (p. ex. : bureau des statistiques, bureau de l'inspecteur général)	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Dirigent la planification opérationnelle de leurs centres budgétaires respectifs ▶ Assurent la liaison avec le ministère de la Santé en matière d'orientation et de soutien technique ▶ Veillent à ce que toutes les parties prenantes concernées par les travaux du centre budgétaire soient associées comme il se doit au processus de planification opérationnelle
Autres secteurs (ex. : éducation, travail, etc.)	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Lorsqu'une action intersectorielle est nécessaire pour atteindre un objectif ou une cible spécifique, le ou les autres secteurs concernés doivent être intégrés au processus de planification opérationnelle du centre budgétaire
OSC	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Apportent des données, des informations et des connaissances ▶ S'assurent que leurs activités cadrent avec le plan opérationnel du centre budgétaire intéressé et qu'elles figurent dans ce plan
Autorités sanitaires régionales/de district	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Dirigent et coordonnent le processus de planification opérationnelle au niveau local ▶ Intègrent toutes les parties prenantes au processus, veillent à la coordination entre les différentes activités ▶ Assurent un encadrement et apportent des orientations aux niveaux inférieurs du système de santé ▶ Appliquent le plan opérationnel ▶ Assurent la liaison avec le niveau national pour fournir des orientations et veiller à la cohérence des différents plans du pays
Groupes communautaires	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Représentent la communauté dans le cadre du dialogue sur la planification opérationnelle ▶ Fournissent des retours d'informations sur les services et le système de santé ▶ Collaborent avec les autorités sanitaires locales pour appliquer le plan opérationnel, en signalant tout goulot d'étranglement et problème, le cas échéant
Secteur privé	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Participe de façon constructive aux activités de planification opérationnelle du district ▶ Définit, avec les parties prenantes, une stratégie sur l'action du secteur privé susceptible de concourir à la réalisation des cibles de la planification opérationnelle
Partenaires du développement	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Le cas échéant, assurent un soutien technique au centre budgétaire pour organiser et coordonner les activités de planification opérationnelle ▶ Participent activement à l'examen des informations sur la planification opérationnelle, au dialogue et au débat ▶ Apportent des fonds pour la mise en œuvre



Handwritten notes on a clipboard:

Atención
Medicamentos
Paciente

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25

Medicamentos - VIERNES

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25

6.6 Et si... ?

6.6.1 Et si votre pays est doté d'une organisation décentralisée ?

Modification des rôles et des responsabilités

Dans un cadre décentralisé, pour mener le processus de planification opérationnelle, il faut déterminer l'entité qui dirige le système de santé, quel que soit le niveau auquel le plan est élaboré. L'élaboration du plan doit se faire de sorte à associer cette entité, et à lui permettre de comprendre et d'accepter le processus, qu'il s'agisse d'un conseil de gouvernement local, d'une organisation professionnelle chargée de fournir des services de santé ou d'organismes de financement extérieurs.

Il arrive que les priorités des conseils des gouvernements locaux ne semblent pas judicieuses aux yeux des gestionnaires de la santé publique, et qu'elles ne tiennent pas compte des besoins de la population. Des exemples montrent que certains programmes de santé publique, tels que les soins de santé primaires qui peuvent être négligés par les conseils locaux, alors que des projets ayant la faveur populaire, comme la construction de nouveaux hôpitaux et centres de santé, reçoivent une attention qu'ils ne méritent pas. Pour réussir dans un système décentralisé, les instances chargées de la planification opérationnelle doivent non seulement exercer leurs fonctions de professionnels de la santé publique, mais aussi mener une action d'éducation et de négociation.

Il faut également relever que les autorités centrales de planification n'ont pas toujours les réponses voulues face aux besoins les plus urgents d'un système de santé local. Différents types d'expériences et de connaissances des personnes et des institutions diffèrent selon les niveaux du système de santé. Il est très probable que les résultats les plus tangibles s'obtiendront en menant un dialogue ouvert qui

permettra de faire converger ces divers points de vue et réalités.

Il importe d'associer les autorités sanitaires nationales au processus de planification avant la prise de toutes les décisions et l'engagement des ressources. Dans les pays qui optent pour la décentralisation après une longue tradition de services centralisés, les planificateurs centraux doivent modifier en profondeur leur façon de procéder, passant de la direction et du contrôle à l'orientation et à la facilitation. Il s'agit d'un tournant que beaucoup ont du mal à prendre.

Dans certains pays, même lorsque la décentralisation est théoriquement très poussée, il est fréquent que les subventions des pouvoirs publics centraux soient affectées à certaines mesures sanitaires telles que l'ensemble essentiel de soins de santé primaires ou les programmes de santé publique. Les autorités centrales doivent définir la liberté de décision des autorités qui incombe au gouvernement local et au bureau de santé local.

Les autorités centrales doivent assembler et faire converger différents plans opérationnels, et les mettre en adéquation avec les PSPNS. Des orientations claires sur les normes et les services que les niveaux décentralisés du gouvernement sont censés apporter ou doivent fournir sont nécessaires à cet égard. En outre, le ministère de la Santé doit veiller à ce que les autorités sanitaires infranationales jouent un rôle essentiel dans le processus national de planification stratégique au niveau national. Ainsi, la mise en adéquation des plans opérationnels locaux avec les PSPNS a plus de chances d'être menée à bien.^{VII}

^{VII} Pour plus de précisions sur la planification dans un contexte décentralisé, voir le chapitre 11 « Élaboration d'une stratégie en santé au niveau décentralisé » de ce guide pratique

Décentralisées depuis peu, certaines autorités ne disposent peut-être pas immédiatement des capacités et de l'expérience requises pour procéder à la planification opérationnelle comme il se doit. Il faut apporter un soutien renforcé en matière technique et donner des orientations, notamment au début du processus de décentralisation ; les

autorités centrales doivent consacrer du temps et les ressources nécessaires pour renforcer les capacités aux niveaux infranationaux. Le ministère de la Santé doit veiller à ce que ses orientations et son soutien soient seulement provisoires et qu'au fil du temps, les niveaux infranationaux prennent tout à fait le relais.

Encadré 6.7

Profil sanitaire d'un district

Un profil sanitaire du district peut représenter un outil précieux au niveau local pour comprendre la situation sanitaire des lieux et procéder alors à la planification opérationnelle en fonction des besoins locaux. Ce profil sanitaire de district comprend au moins :

1. des informations géographiques essentielles, notamment une carte et la zone desservie ;
2. des informations démographiques, telles que la répartition de la population selon le sexe, l'âge et, si cela présente un intérêt, l'appartenance ethnique ;
3. des informations épidémiologiques ;
4. les ressources disponibles, notamment le nombre d'agents de santé, d'établissement sanitaires et les ressources financières consacrées à la santé ; et
5. des informations de référence sur la prestation de services telles que les taux de vaccination, les zones qui bénéficient de services d'approvisionnement en eau et d'assainissement, le nombre de lits d'hôpitaux et les consultations externes, etc. D'autres informations d'ordre socioéconomique portant notamment sur l'éducation, la situation économique locale, les principaux moyens de subsistance et l'appartenance ethnique, ainsi que sur des

problèmes spécifiques – conflits, dégradation de l'environnement – peuvent être utiles. La préparation du profil sanitaire du district ne doit pas être trop chronophage.

Lorsque l'on établit un profil sanitaire de district, il importe de décider comment recenser, ou du moins, faire apparaître, les prestataires de santé qui ne relèvent pas du secteur public de la santé. Il peut s'agir de prestataires professionnels, tels que les praticiens privés et les pharmacies, ou non professionnels, comme les guérisseurs traditionnels et les vendeurs de médicaments itinérants. S'il existe une double pratique, à savoir, que certains agents du secteur public travaillent aussi dans le secteur privé, elle doit apparaître dans le profil. Même s'ils ne font pas partie intégrante du plan opérationnel, ces types de pratiques exercent une grande influence sur le nombre total de services assurés dans le secteur de la santé. Idéalement, ces pratiques figurent dans le plan, même si dans de nombreux pays, voire dans la plupart d'entre eux, cela n'est pas possible.

L'ampleur de l'analyse effectuée par chaque district ou unité dépend dans une large mesure du degré d'autonomie ou du pouvoir de décision dont chacun dispose, et, dans une moindre mesure, des divergences par rapport aux normes nationales. Il importe de s'assurer que les données collectées au niveau du district sont pertinentes pour être analysées régulièrement en vue de la planification opérationnelle.

6.6.2 Et si la fragmentation et/ou la fragilité posent problème dans votre pays ?

Les États fragiles se trouvent souvent au cœur d'un conflit ou d'une catastrophe, ou sont en phase de reconstruction. Dans une telle situation, l'horizon de la planification opérationnelle est plus court, le processus devant souvent être repris après quelques mois voire quelques semaines, et non après une année complète. Quant aux services, ils portent essentiellement sur les mesures adaptées aux situations d'urgence. Dans un tel contexte, il est crucial de se montrer flexible et de prendre en compte l'évolution probable de la situation politique et économique. En effet, dans un contexte fragile, la situation environnementale et sanitaire ne cesse d'évoluer, et cette évolution nécessite des acteurs nouveaux dotés de compétences spécifiques qui leur permettent d'intervenir sur le terrain en cas d'urgence ou de catastrophe. Cela entraîne souvent une duplication confuse des responsabilités, avec de nombreux acteurs, à la fois internes et externes, entrant dans le domaine de la prestation de service. Étant donné les difficultés liées aux situations d'urgence, il est essentiel que quelques personnes compétentes et expérimentées assument le rôle de coordination et de planification. Dans l'idéal, c'est le système public de soins de santé qui doit diriger ce processus, secondé par les partenaires extérieurs, et non l'inverse.^{VIII} Il importe avant tout d'instaurer un solide processus permettant de suivre l'évolution de la situation et de repérer les acteurs nouveaux, ainsi que de faire participer de nombreuses parties prenantes à un dialogue productif. Le plan opérationnel doit être flexible pour pouvoir s'adapter rapidement et de façon efficace à ces facteurs.

Dans certains contextes, lors de la phase aiguë d'une crise, il est très probable que la plupart des initiatives et des ressources des parties prenantes

soient consacrées à des programmes de santé verticaux, ciblant les sous-groupes de la population dont les besoins sont les plus importants. Toutefois, si une situation de crise se prolonge et devient chronique, il est préférable de s'appuyer davantage sur les structures existantes au niveau national ou local et sur leur organisation pour assurer tous les types de services sanitaires à l'ensemble de la population, et chercher à les renforcer. Dans un tel cas, il convient de mettre l'accent sur la coopération systématique des acteurs locaux pour assurer la pérennité d'activités planifiées conjointement et faciliter le retour à la normale. En Guinée par exemple, après l'épidémie de maladie à virus Ébola, le plan triennal de relèvement du système de santé a été élaboré à partir de 38 plans opérationnels de district, ce qui montre l'importance majeure accordée par le ministère de la Santé aux niveaux infranationaux en tant qu'unité opérationnelle de mise en œuvre. Il convient également de noter que le plan de relèvement des systèmes de santé est devenu partie intégrante de la première phase du plan national décennal de santé, et non un plan distinct ou parallèle, ce qui témoigne de la volonté du ministère de la Santé de conserver les plans, structures et parties prenantes existants comme fondement du système de santé.

Les ressources humaines pour la santé représentent un autre problème majeur des États fragiles, car elles tendent à être plus instables, les agents de santé et leur famille étant souvent absents ou en déplacement. Le plan opérationnel doit comprendre des moyens de protéger leur sécurité dans la mesure du possible.

La planification opérationnelle dans des États fragiles, doit être réalisée dans un horizon à plus court terme, et il est nécessaire se montrer flexible face à l'évolution de la situation politique et économique.

^{VIII} Pour plus de précisions sur la planification sanitaire dans les États fragiles, voir le chapitre 13 « Stratégies en santé en situation de crise » de ce guide pratique.

6.6.3 Et si votre pays est fortement dépendant de l'aide ?

Les acteurs de la planification sanitaire doivent être informés de manière transparente des ressources qu'ils peuvent espérer et des obligations liées à ces ressources.

Dans certains pays, la majorité des fonds dont disposent les services de santé publique proviennent de sources extérieures au pays. En théorie, ces ressources doivent toutes provenir de donateurs qui respectent les principes et les pratiques de la Déclaration de Paris ce qui, malheureusement, n'est pas toujours le cas. Par exemple, il est arrivé que des bailleurs de fonds extérieurs se réservent le droit d'approuver le volet du plan opérationnel qu'ils financent avant de débloquer les fonds. Les donateurs extérieurs ne sont pas les seuls concernés : parfois, les responsables d'un programme national de lutte contre une maladie se réservent aussi le droit d'approuver certaines parties du plan.

Au niveau local, l'instance chargée de la planification opérationnelle doit être informée d'une manière transparente des ressources qu'elle peut espérer et des obligations liées à ces ressources en termes d'activités, de délais et de rapports. Les services financés par des donateurs, notamment les services mis en place par l'équipe de district, doivent faire partie du plan de santé opérationnel de district. Il peut être nécessaire d'ajouter une colonne à la feuille de calcul ou à la base de données utilisées pour la planification en vue de faire apparaître les fonds qui ne proviennent pas du budget des pouvoirs publics. Idéalement, les rapports des donateurs doivent être présentés selon le même calendrier que ceux des pouvoirs publics, ce qui n'est pas toujours possible. Pour faciliter l'établissement de rapports, il est possible de planifier une présentation trimestrielle pour pouvoir associer ou faire correspondre les différentes dates de rapports des pouvoirs publics et des donateurs, si celles-ci diffèrent. L'autorité centrale de planification sanitaire peut aider considérablement les districts ou les autres unités de santé opérationnelles en fournissant un format de planification qui peut être facilement agencé pour présenter des rapports d'activité par donateur et par période.

Cela signifie qu'il est essentiel de disposer d'une matrice de planification ou d'une base de données

qui permette aux responsables des programmes et aux donateurs d'extraire les informations dont ils ont besoin pour assurer le suivi des activités et la circulation des ressources. S'il n'en existe pas, ils ne tiendront pas compte du processus général de planification sanitaire, ou ajouteront des activités de planification liées à un programme et à un donateur et distinctes du plan de santé général, ni l'un ni l'autre n'étant souhaitable. Les processus de planification doivent viser à concilier les exigences raisonnables de l'ensemble des parties prenantes.

Dans les faits, il est arrivé que des donateurs, ou leurs unités de mise en œuvre, fassent appel aux membres d'équipes sanitaires de district pour mener, dans leur propre intérêt, des exercices de planification qui ne relèvent pas du plan opérationnel général de district, ni des PSPNS. Ces exercices ont souvent été élaborés parallèlement au plan de santé de district unifié, avec un calendrier, un budget et une structure hiérarchique distincts. Des progrès ont été accomplis pour unifier les différents exercices de planification mais ils ne peuvent être généralisés. Les gestionnaires doivent s'efforcer d'éviter la fragmentation des plans par programme ou donateur, et chercher à les intégrer, dans la mesure du possible, à un plan de district unifié.

Le processus de planification devient encore plus complexe si le plan opérationnel doit être élaboré en plusieurs langues. Cela peut arriver lorsque les partenaires extérieurs exigent un exemplaire du plan dans une langue internationale, ou qu'un pays est plurilingue. Pour les activités de planification, il est préférable d'autoriser chacun à employer sa propre langue, même si un problème de traduction non négligeable peut se poser et peut devenir difficile à résoudre à l'approche des échéances. Si une traduction s'impose, le temps et les ressources nécessaires doivent être prévus. Il importe de disposer d'une traduction exacte pour éviter que ne circulent plusieurs versions du plan, qui risqueraient d'altérer la confiance dans la transparence du système de santé.

6.6.4 Et si votre pays dispose de solides programmes de santé verticaux ?

Pour l'essentiel, les questions examinées dans ce cas de figure sont les mêmes que celles abordées dans le cadre de la dépendance vis-à-vis des donateurs, mais elles présentent aussi un intérêt lorsque le financement de programmes verticaux provient de sources nationales. Elles sont utiles si l'administration centrale de planification sanitaire et les responsables des différents programmes verticaux ont convenu de formats et de calendriers pour la planification et la présentation de rapports.

Le choix des modalités est essentiel : les rapports d'activité sont-ils présentés dans le cadre du programme de santé général, puis synthétisés pour former un plan de santé complet, ou sont-ils établis et synthétisés dans le cadre des différents programmes verticaux, pour être présentés au secteur de la santé élargi ?

Lorsque les programmes verticaux sont relativement peu nombreux, il est possible d'établir les rapports dans le cadre de ces programmes. Mais s'ils sont nombreux, cette tâche devient plus lourde et plus complexe pour les personnes chargées de la mise en œuvre aux niveaux inférieurs.

Toutefois, au niveau central, les planificateurs sanitaires ne peuvent pas se montrer trop stricts sur cette question, notamment lorsque des flux de financement sont affectés à certains programmes. L'autorité centrale de planification sanitaire doit aider les instances chargées de la planification opérationnelle aux niveaux inférieurs à composer avec la multiplicité des programmes en donnant des indications claires sur l'orientation stratégique nationale du secteur de sa santé (telle qu'elle apparaît dans les PSPNS), ainsi qu'en précisant les normes que doivent appliquer le district sanitaire et ses établissements, et les outils et procédures disponibles à cette fin. Sinon, il est probable que les responsables de certains programmes de santé verticaux, du moins, de ceux disposant d'un bon financement, ne tiennent pas compte du processus général de planification sanitaire.

Il faut donner des recommandations sur la manière d'inclure les programmes verticaux dans les plans opérationnels, sur l'endroit où certains fonds et activités doivent figurer dans la matrice, et sur la façon d'assouplir les règles de présentation de rapports. Si possible, il faut unifier les processus de planification des programmes verticaux et du plan de santé général de district dans le temps et dans l'espace.

Si les processus de planification nationaux ne facilitent pas l'unification du plan de santé opérationnel de district, une équipe de gestion sanitaire de district peut prendre l'initiative de procéder à cette unification, du moins en partie. Une telle équipe peut gagner la confiance et bénéficier d'une reconnaissance si le processus d'intégration des différents plans est participatif (et s'appuie sur les mécanismes de coordination existants), et s'il est expliqué et transparent pour tous.

La recherche de synergies entre les différents programmes du secteur de la santé est une question fréquemment examinée.¹⁶ Si les autorités nationales n'ont pas pu mettre en place de cadre d'orientation, les équipes locales peuvent s'en charger, d'autant plus que se sont souvent elles qui appliquent les différents plans verticaux. Dans ce cas, il est possible de mettre en commun les ressources (humaines ou matérielles) des programmes verticaux et d'intégrer les activités au niveau du plan opérationnel.

Il est possible d'instaurer une coordination et une coopération pour élaborer un plan unifié. Les différents volets des plans sont alors extraits de la matrice, regroupés et transmis aux instances chargées de donner leur aval. La procédure n'est pas idéale, mais peut avoir des retombées positives pour la communauté. Par exemple, la distribution de moustiquaires peut se faire dans le cadre d'activités de vaccination, ce qui présente un intérêt pour ces deux interventions. Il est parfois plus facile de régler des problèmes d'ordre opérationnel au niveau local que dans la capitale.



6.7 Conclusion

La planification opérationnelle, comme son nom l'indique, « opérationnalise » un plan stratégique qui définit la vision, les buts et les objectifs du secteur de la santé. Il s'agit d'une activité de gestion à court terme qui a trait à la mise en œuvre des activités au jour le jour. C'est l'étape de planification d'activités concrètes au niveau opérationnel.

Le processus de planification opérationnelle peut considérablement aider les parties prenantes à mieux comprendre la population ciblée par les PSPNS ainsi que ses besoins, et à mieux appréhender leurs propres moyens et limites en termes de mise en œuvre. Le plan opérationnel, notamment s'il est défini de manière conjointe, joue un rôle essentiel en indiquant précisément l'action à mener, les personnes en charge, les modalités de mise en œuvre et les moyens financiers utilisés.

Le présent chapitre porte sur les éléments essentiels du plan opérationnel et sur les étapes de son processus d'élaboration. Il aborde aussi les différents rôles et responsabilités des parties prenantes. Les messages clés ci-après s'adressent à deux principaux groupes de parties prenantes.

6.7.1 Messages clés à l'intention de l'autorité centrale de planification sanitaire

- a) La planification opérationnelle de la santé constitue le trait d'union entre les objectifs stratégiques et les activités.
- b) Les meilleurs plans opérationnels sont élaborés par les personnes qui les mettent en œuvre.
- c) Les planificateurs de la santé du niveau central doivent donner des orientations claires sur les plans opérationnels aux instances qui en sont chargées. Il est essentiel que les échéances soient

connues, que les formats de présentation soient précis, que le degré de pouvoir décisionnel soit connu de tous et que la procédure d'approbation soit transparente.

- d) L'unité centrale de planification doit fournir un cadre d'orientation clair, comportant des indications sur le contenu, et présenté dans un format informatique facile à utiliser.
- e) L'unité centrale de planification sanitaire doit s'efforcer d'assister les instances chargées de la planification opérationnelle plutôt que de prendre en charge le processus.
- f) Les services de planification opérationnelle les plus fragiles ne doivent pas être pénalisés s'ils ne parviennent pas à élaborer leur plan. Il est plutôt nécessaire de prévoir les ressources nécessaires pour leur apporter un soutien dans le cadre du processus.

6.7.2 Principaux points à retenir pour les instances chargées de la planification opérationnelle

- a) Chaque personne planifie des opérations.
- b) Les plans opérationnels représentent un outil de gestion nécessaire.
- c) La planification opérationnelle doit associer des personnes très diverses et non être imposée par un administrateur/un responsable. Il faut au minimum que toutes les personnes censées appliquer le plan participent au processus.
- d) Les plans opérationnels doivent pouvoir être révisés au gré des circonstances.
- e) Une coordination et une coopération peuvent avoir lieu localement au niveau opérationnel, même si leurs modalités ne sont pas encore bien définies par les instances centrales.

Références bibliographiques

- 1 Green A. An Introduction to health planning in developing countries. Oxford: Oxford University Press; 1992
- 2 Surbhi S. Difference between strategic planning and operational planning. In: Key Differences [website]; 2015 (<https://keydifferences.com/difference-between-strategic-planning-and-operational-planning.html>, consulté le 28 septembre 2016)
- 3 Cambodia Ministry of Health. Health Strategic Plan 2008–2015. Kingdom of Cambodia; April 2008 (<http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s18360en/s18360en.pdf>, consulté le 28 septembre 2016)
- 4 Annear PL, Grundy J, Ir P, Jacobs B, Men C, Nachtnebel M, et al. The Kingdom of Cambodia health system review. Health Syst Transit. 2015;5(2) (http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/208213/9789290616917_eng.pdf?sequence=1, consulté le 28 septembre 2016)
- 5 La couverture sanitaire universelle en action aux Journées européennes du développement. Dans : partenariat en faveur de la couverture sanitaire universelle [site Web]. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2016 (<http://www.euro.who.int/fr/about-us/partners/news/news/2016/07/universal-health-coverage-in-action-at-european-development-days>, consulté le 28 septembre 2016)
- 6 Department of Planning and Health Information. Volume 7: The planning process for provinces with 1 operational district. Phnom Penh: Kingdom of Cambodia Ministry of Health; March 2003
- 7 A framework for national health policies, strategies, and plans. Geneva: World Health Organization; 2010 (http://www.who.int/nationalpolicies/FrameworkN-HPSP_final_en.pdf, consulté le 28 septembre 2016)
- 8 Schiavo-Campo S. Of mountains and molehills: "the" medium-term expenditure framework. Paper presented at "Conference on Sustainability and Efficiency in Managing Public Expenditure": Honolulu; September 2008 (blog-pfm.imf.org/pfmblog/files/MTEFpaperFinal.doc, consulté le 28 septembre 2016)
- 9 The Ministry of Health and Social Welfare Tanzania. Planning of District Health Services. Core Module Four; Dar es Salaam; 2007 (http://www.tgphsh.or.tz/fileadmin/documents/JAST/Module_CM4.pdf)
- 10 Ministry of Health and Social Welfare. Guidelines for District Health Planning and Reporting. Pretoria; 2003
- 11 *Ibid.*
- 12 Sport and Recreation Tasmania. Strategic and operational planning toolkit. Hobart: Government of Tasmania; 2015
- 13 Chatora R, Tumusiime P. Planning and implementation of district health services. Brazzaville: World Health Organization Regional Office for Africa; 2004 (District Health Management Team Training Modules: Module 4; http://www.who.int/management/district/planning_budgeting/PlanningImplementationDHSAFROMd4.pdf, consulté le 28 septembre 2016)
- 14 Tsofa B, Molyneux S, Goodman C. Health sector operational planning and budgeting processes in Kenya—“never the twain shall meet”. Int J Health Plann Mgmt. 2016;31(3);260–76 (<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/hpm.2286>, consulté le 28 septembre 2016)
- 15 OCDE. The Paris Declaration on smart aid: five principles for aid effectiveness (<http://www.oecd.org/dac/effectiveness/45827300.pdf>, consulté le 28 septembre 2016)
- 16 Maximiser les synergies positives entre les systèmes de santé et les initiatives mondiales pour la santé. Dans : Systèmes de santé de l'OMS [site Web]. Genève : OMS ; 2016 (<http://www.who.int/healthsystems/GHIsynergies/fr/>, consulté le 29 septembre 2016)

Lectures complémentaires

Chatora R, Tumusiime P. Planning and implementation of district health services. Brazzaville: World Health Organization Regional Office for Africa; 2004 (District Health Management Team Training Modules: Module 4; http://www.who.int/management/district/planning_budgeting/PlanningImplementationDHSAFROMd4.pdf, consulté le 28 septembre 2016)

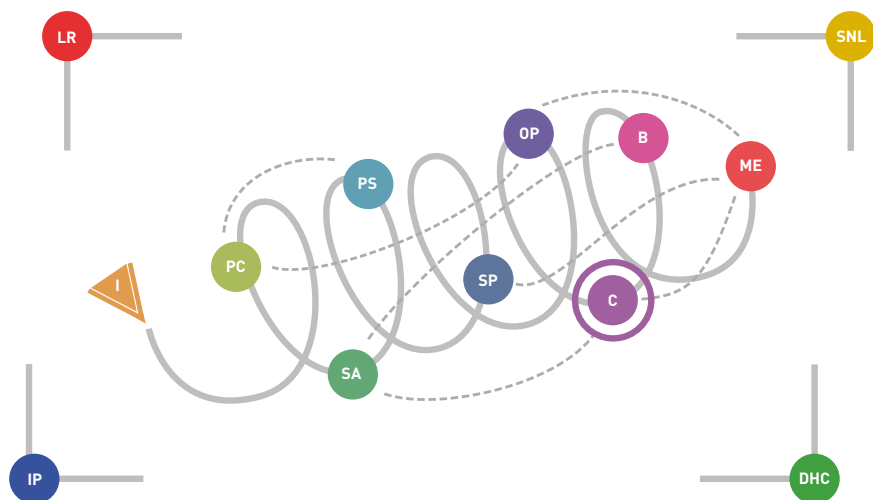
Kirigia JM, Sambo LG, Agu VU, Lambo E. How to develop an operational plan for health. *East Afr Med J.* 2001;78(3 Suppl):S14-9. pmid:12002062

Chapitre 7

Estimation des coûts des politiques, stratégies et plans nationaux de santé

Karin Stenberg

Dheepa Rajan



I	CHAPITRE 1 Introduction : stratégies nationales en santé au XXI ^e siècle
PC	CHAPITRE 2 Consultation de la population sur ses besoins et ses attentes
SA	CHAPITRE 3 Analyse de situation du secteur de la santé
PS	CHAPITRE 4 Définition des priorités des politiques, stratégies et plans nationaux de santé
SP	CHAPITRE 5 Planification stratégique : traduire les priorités en plans nationaux
OP	CHAPITRE 6 Planification opérationnelle : transformer les plans nationaux en actions
C	CHAPITRE 7 Estimation des coûts des politiques, stratégies et plans nationaux de santé
B	CHAPITRE 8 Budgétisation du secteur de la santé
ME	CHAPITRE 9 Suivi, évaluation et revues des politiques, stratégies et plans nationaux de santé

Thèmes transversaux à la planification nationale de la santé

LR	CHAPITRE 10 Droit, réglementation et stratégies en santé
SNL	CHAPITRE 11 Élaboration d'une stratégie en santé au niveau décentralisé
IP	CHAPITRE 12 Planification intersectorielle et équité en santé
DHC	CHAPITRE 13 Stratégies en santé en situation de crise

Vue d'ensemble

Ce chapitre porte sur l'estimation des coûts associés à des politiques, stratégies et plans nationaux de santé (PSPNS). Le processus d'estimation des coûts peut constituer une étape cruciale au cours de la formulation des PSPNS dans la mesure où il permet aux décideurs d'examiner dans quelle mesure les objectifs et les orientations stratégiques sont réalisables et abordables. L'estimation des coûts d'une stratégie doit être considérée comme un élément essentiel du processus de planification, et non comme une tâche à entreprendre après coup, une fois le plan global achevé et présenté sous sa forme définitive.

Plusieurs sessions de perfectionnement de l'évaluation des coûts peuvent être nécessaires au fur et à mesure de l'examen des priorités et de leur adaptation à l'enveloppe des ressources disponibles - éventuellement au moyen d'une analyse de scénarios.

Ce chapitre décrit les principales étapes et les principes essentiels à suivre lors de l'estimation des coûts des stratégies énoncées dans des PSPNS. Il offre un aperçu des questions méthodologiques, ainsi que des recommandations concernant les différents groupes d'intervenants qui doivent s'adjoindre à ce processus et le type de documentation associée qu'il est nécessaire de produire.

Ce chapitre présente donc une estimation des coûts dans une perspective globale de l'intégralité du secteur de la santé, par opposition aux estimations spécifiques des coûts par pathologie.

Résumé

Qu'entend-t-on par « estimation des coûts » des PSPNS ?

- ▶ L'estimation des coûts d'une stratégie sert à indiquer les besoins en ressources financières des activités planifiées. Les objectifs politiques généraux peuvent se traduire en activités et objectifs annuels pour quantifier les ressources nécessaires à la mise en œuvre, estimer les dépenses connexes, puis évaluer les aspects liés à la faisabilité, l'accessibilité financière et l'efficacité.
- ▶ L'estimation des coûts est un processus continu et répétitif ; plusieurs cycles de discussions et de calculs sont être nécessaires pour affiner les chiffres. Le but est d'informer les utilisateurs de l'ampleur générale potentielle de l'établissement des coûts et des principaux éléments générateurs de coûts.
- ▶ Les résultats de l'estimation des coûts alimentent l'exercice budgétaire.
- ▶ Les coûts estimatifs doivent être comparés aux ressources financières disponibles prévues pour évaluer l'accessibilité financière et les éventuels écarts de ressources.

Pourquoi est-ce important ?

- ▶ Afin de renforcer la stabilité des PSPNS en termes de fixation d'objectifs accessibles et financièrement réalisables, améliorant ainsi la responsabilisation.
- ▶ L'accessibilité financière, et par conséquent « les coûts », critères essentiels dans le processus d'établissement des priorités, ainsi que les informations relatives à ces coûts devraient guider la discussion sur les priorités du secteur de la santé. Ceci peut notamment engendrer une modification de l'ordre des activités et des réformes afin de les faire correspondre à la disponibilité des ressources. Les stratégies doivent

également viser à rationaliser les dépenses courantes permettant de progresser vers une couverture sanitaire universelle (CSU).

- ▶ Les projections des coûts des PSPNS peuvent aussi servir à sensibiliser l'opinion pour mobiliser des ressources supplémentaires.
- ▶ Les coûts estimatifs des PSPNS peuvent contribuer à l'élaboration d'un cadre de dépenses à moyen terme (CDMT) et d'un processus annuel de budgétisation et aider à orienter l'affectation des ressources en fonction des priorités stratégiques afin d'améliorer l'efficacité du système de santé et les résultats sanitaires généraux.

Quand faut-il procéder à une estimation des coûts des PSPNS ?

- ▶ Les coûts peuvent être estimés dans le cadre du processus de planification. Une estimation approximative des coûts peut commencer dès que les principaux axes de la politique et l'orientation générale du plan de santé sont convenus.
- ▶ L'estimation des coûts se doit de faire correspondre les politiques prévues aux probables ressources disponibles et les discussions concernant les scénarios politiques et des stratégies proposées pour les PSPNS doivent être suivies de près. Plusieurs sessions peuvent être nécessaires pour affiner l'estimation des coûts, au fur et à mesure de l'examen des priorités et de leur adaptation à l'enveloppe des ressources disponibles - éventuellement au moyen d'une analyse de scénarios.
- ▶ Les estimations de coûts ne doivent pas être interprétées comme des besoins en ressources fixes mais plutôt comme une projection initiale des ressources nécessaires, compte tenu du caractère dynamique de l'environnement et du niveau d'incertitude lié aux risques pour la population, et de l'évolution constante des stratégies de bonnes pratiques et des prix des biens et des services.

Qui doit participer à l'estimation des coûts des PSPNS ?

L'estimation des coûts des PSPNS concerne le secteur de la santé dans son intégralité. Il est de ce fait, conduit par le ministère de la Santé mais il doit être pertinent pour toutes les parties prenantes impliquées dans le processus de planification. Le rôle de la société civile, des partenaires de développement et d'autres ministères est essentiel lorsqu'il s'agit de fournir des données requises, d'assurer la cohérence avec les politiques et les plans proposés par le gouvernement dans d'autres secteurs et de valider les estimations finales en termes d'objectifs, de coûts et de résultats connexes attendus, comme l'accessibilité aux soins et l'impact général sur la santé de la population.

Comment est effectuée l'estimation des coûts des PSPNS ?

L'estimation des coûts doit faire partie intégrante du processus global de planification. L'analyse initiale porte sur le regroupement des informations concernant l'évolution probable des financements disponibles et des « plafonds » de la politique budgétaire au cours de la période de planification, ainsi que sur les réformes prévues, notamment celles qui peuvent avoir une incidence sur la structure des coûts, telles que les réformes de la fonction publique, les réformes de paiements des prestataires de soins de santé, etc. Par exemple, quelles sont les stratégies envisagées pour rationaliser les dépenses courantes et progresser vers une CSU ?

Une équipe chargée de l'estimation des coûts peut assurer la liaison entre les discussions plus générales sur la planification et le processus d'estimation des coûts. Cette équipe est souvent dirigée par des spécialistes du département de la planification et du personnel provenant du département des finances du

ministère de la Santé, mais elle travaille en étroite collaboration avec différentes parties prenantes (divers organismes et département techniques incluant notamment le ministère des Finances, mais aussi des gestionnaires de district ou les partenaires de développement, par exemple) pour promouvoir des processus participatifs et susciter des adhésions.

Des contributions sont recueillies auprès d'un éventail de services de planification techniques (personnels de santé, santé maternelle, santé mentale, par exemple) concernant leurs activités et les objectifs attendus tout en tenant compte des résultats escomptés de leurs activités par rapport aux objectifs politiques plus larges et aux réformes prévues dans le domaine de la santé.

Des scénarios sur les coûts sont présentés et discutés au moyen d'une série de consultations, y compris des processus de validation des données, avec des homologues techniques. La présentation des données sur les coûts comparées aux projections financières estimées, alimente au besoin les discussions sur l'établissement des priorités.

Les projections de coûts pluriannuelles¹ sont actualisées en permanence conformément à un cadre de planification dynamique, et sont reliées aux examens à mi-parcours et aux plans annuels.

Et si...

Certains paramètres sont à prendre en compte si le pays :

- ▶ a un système d'administration décentralisé ;
- ▶ est en situation de fragilité ;
- ▶ est fortement dépendant de l'aide.

¹ Les projections de coûts pluriannuelles pour le secteur de la santé servent souvent de base pour le calcul des objectifs de dépenses dans un CDMT.

7.1 Qu'entend-on par « estimation des coûts » des PSPNS ? Quelle est sa place dans le contexte plus large du financement de la santé ?

La planification sanitaire, l'estimation des coûts et la budgétisation sont des activités essentielles dans l'élaboration et la mise en œuvre d'une politique. La définition des priorités, la traduction de ces priorités en plans opérationnels - étapes essentielles de la politique de santé et du cycle de planification - sont abordées dans les chapitres précédents du présent guide pratique. Le processus de budgétisation fait l'objet du chapitre 8.

Le présent chapitre traite de la question sur la projection des coûts d'un plan de santé pluriannuel, en tenant compte des résultats et des investissements prévus. Il est important de distinguer l'estimation des coûts des PSPNS du processus de budgétisation. La projection pluriannuelle des coûts peut faire apparaître des objectifs ambitieux énoncés dans la stratégie, reflétant souvent des engagements convenus au terme de larges processus de consultation. Dans certains cas, les projections des coûts des PSPNS sont supérieures aux ressources disponibles. Ces PSPNS ne peuvent pas être considérés comme une plateforme réaliste aux fins de la planification. L'équilibre entre ambition et réalisme est difficile à maintenir. Ainsi, afin que l'analyse soit crédible, l'exercice d'estimation des coûts doit être associé à des projections réalistes du financement disponible, et ajusté en conséquence. Les pays peuvent utiliser des instruments tels que le cadre de dépenses à moyen terme (CDMT) ou d'autres approches pour organiser et présenter ces informations (Encadré 7.1).

Les projections de coûts des PSPNS peuvent ouvrir des perspectives politiques. Lorsque les estimations des coûts aboutissent à un soutien généralisé, elles peuvent être utilisées comme référence générale de mise en œuvre, façonnées en définitive par le processus annuel de budgétisation.

Encadré 7.1

Qu'est-ce qu'un CDMT ?

Un CDMT est un plan détaillé de dépenses effectué à l'échelle du gouvernement qui relie les priorités politiques aux affectations de crédits dans un cadre budgétaire (lié aux prévisions macroéconomiques et recettes estimées), généralement sur un horizon de planification de trois ans.¹¹ Le processus d'un CDMT facilite l'association des projections des coûts avec celles des ressources disponibles, il aide à la discussion lors d'arbitrages inter- et intra-sectoriels et sert à fixer les plafonds des dépenses dans différents secteurs publics. Un CDMT couvre l'ensemble des dépenses et recettes publiques quelle qu'en soit la source. Dans le contexte des PSPNS incluant des objectifs politiques pour l'ensemble du secteur de la santé, les estimations des ressources pour les activités des PSPNS peuvent être plus larges, voire aller au-delà de l'enveloppe des ressources du secteur public du CDMT (financement par le secteur privé, contribution d'autres secteurs aux objectifs du secteur de la santé, etc.).

La projection des coûts pour les stratégies d'investissement associée à un plan de santé pluriannuel est un élément essentiel d'une stratégie pour la santé.

¹¹ Pour plus de détails sur le CDMT, voir le chapitre 8 « Budgétisation du secteur de la santé » de ce guide pratique.

7.1.1 Qu'entend-on par « estimation des coûts » dans le présent guide pratique ?

« L'estimation des coûts » peut être définie comme un processus consistant à identifier les ressources nécessaires pour produire quelque chose ou entreprendre une action, puis à les évaluer en termes monétaires. Il existe plusieurs manières d'utiliser les données relatives aux coûts.^{III} Ce chapitre traite de l'élaboration de projections de coûts pluriannuelles sur les ressources nécessaires à la mise en œuvre d'activités stratégiques liées aux objectifs du PSPNS à moyen terme (de 3 à 10 ans) et pour l'ensemble du secteur de la santé. Ces estimations incluent généralement les ressources nécessaires aux différents secteurs du système de santé (personnels de santé, administration, chaîne d'approvisionnement, etc.) ainsi que celles indispensables aux différents programmes de santé publique, aux soins curatifs, aux réponses aux épidémies et aux luttes contre les maladies. L'inclusion d'activités qui ne répondent pas nécessairement à la définition classique du secteur de la santé est une préoccupation commune. Dans l'esprit des Objectifs de développement durable (ODD), les autorités chargées de la planification sanitaire peuvent encourager une intervention plurisectorielle pour répondre aux problèmes de santé qui l'exigent ; la question de savoir qui (quel secteur) doit en assumer le coût et pourquoi, est traitée plus en détail dans le chapitre sur la planification intersectorielle.^{IV} Il suffit d'indiquer ici qu'il incombe au secteur de la santé d'assurer un certain niveau d'investissement pour favoriser une meilleure collaboration avec d'autres secteurs. Cela doit figurer comme une orientation stratégique dans les PSPNS, et comme une activité spécifique dans un plan opérationnel.

Dans une large mesure, le processus d'estimation des coûts consiste à traduire les grands objectifs politiques (qui peuvent inclure des avantages ou des « résultats » tels que « l'augmentation du taux

d'utilisation des établissements de santé ») en activités concrètes. La transformation des objectifs de haut niveau énoncés dans les PSPNS en activités et en objectifs spécifiques est un processus qui doit être éclairé par une analyse approfondie de la situation et des études de faisabilité. Par exemple, les objectifs spécifiques aux programmes (liés par exemple au paludisme ou au VIH/sida) doivent être définis en tenant compte de la capacité globale du système de santé (disponibilité de personnel infirmier qualifié, etc.), doivent refléter les données les plus récentes sur les interventions et les stratégies d'investissement efficaces, et engager la responsabilité des décideurs. Une approche intégrée dans tous les programmes de santé est particulièrement importante au stade de la planification de l'utilisation de ressources communes (le personnel de santé, par exemple) et au moment d'envisager des approches spécifiques à un programme qui peuvent être partagées de façon plus rationnelle (comme l'installation de laboratoires distincts vs laboratoires communs). Le processus d'estimation des coûts peut favoriser une réflexion approfondie sur les détails de l'application d'un plan et il aide à identifier les domaines qui nécessitent une réflexion stratégique plus poussée.

Ainsi, une partie importante du travail d'estimation des coûts concerne :

- a) une réflexion stratégique sur les ressources nécessaires à la mise en œuvre des objectifs politiques, à savoir les réformes stratégiques et l'innovation au sein du système de santé ;
- b) une définition plus détaillée des types de moyens requis pour les activités spécifiques (temps de travail du personnel, matériels, véhicules, médicaments, etc.). Les détails sont nécessaires pour déterminer ensuite la quantité et le prix de chaque ressource.

^{III} « L'estimation des coûts » peut avoir de multiples objectifs et faire référence à différents types d'analyse. L'annexe 7.1 donne un aperçu de différentes situations dans lesquelles une analyse des coûts peut alimenter les stratégies pour la santé.

^{IV} Voir le chapitre 12 « Planification intersectorielle et équité en santé » de ce guide pratique.

La discussion relative aux objectifs politiques plus larges et aux activités associées a lieu pendant le processus de planification. Aussi est-il essentiel de réunir sans délai les personnes en charge de la planification et celles qui établissent les coûts pour que le plan de santé national n'aboutisse pas en une liste d'activités ou d'objectifs souhaités pour lesquels les ressources sont insuffisantes ou les capacités manquantes ; ce qui signifie alors que rien ne sera réalisé. Le processus d'estimation des coûts peut contribuer à fournir une évaluation réaliste de la faisabilité financière, élément important dans le processus décisionnel.

L'estimation des coûts doit également être utilisée pour examiner le chevauchement potentiel des activités des différents acteurs du système de santé. L'une des conclusions de l'analyse effectuée au Soudan pour élaborer des projections des coûts des PSPNS souligne que l'exercice a contribué à mettre en évidence des activités redondantes dans des domaines tels que le suivi et la logistique.¹ Des conclusions similaires concernant le chevauchement d'activités sont apparues lors de l'estimation des coûts du plan national de développement sanitaire (Plan Nacional de Desenvolvimento Sanitário) 2012-2025 en Angola.^V

Encadré 7.2

Combien coûtent les PSPNS ? Question pertinente

De l'avis de certains, l'estimation du coût général des PSPNS n'a guère d'utilité et il serait plus pertinent d'évaluer le coût de stratégies financières plus individualisées telles que : « quels moyens financiers sont nécessaires pour étendre mes prestations ? » ou « sur quels coûts hypothétiques s'appuyer pour rembourser différents prestataires ? ». Bien que ces deux questions spécifiques soient valables et utiles, le processus d'estimation des coûts des PSPNS peut servir à éclairer la prise de décision relative aux orientations stratégiques. L'essentiel réside dans la définition de « l'estimation des coûts » et dans l'approche adoptée pour l'analyse. L'estimation des coûts des PSPNS ne doit pas être abordée comme un simple exercice mathématique consistant à associer des chiffres et des activités ; elle doit être utilisée de manière stratégique, comme un instrument politique pour discuter des questions sur la faisabilité, la pérennité financière et la nécessité d'établir des priorités lorsque les ressources sont limitées. L'estimation des coûts des PSPNS peut également être très utile dans des contextes spécifiques, pour rassembler divers programmes mais aussi des planificateurs techniques dans une discussion commune.

L'intégration de l'estimation des coûts dans le processus de planification stratégique à un stade précoce permet de s'assurer que le plan national de santé s'accompagne d'une projection réaliste des besoins en ressources, et non d'une « liste de souhaits » inabordable.

^V Tânia Lourenço, ministère de la Santé angolais, communication personnelle (29 mars 2016).

L'analyse de scénarios - c'est-à-dire de projections alternatives pour la mise en œuvre de la vision stratégique décrite dans le plan, et les coûts associés - peut être un outil utile pour alimenter le dialogue relatif à la planification.

L'objectif d'un exercice d'estimation des coûts des PSPNS débouche souvent sur une analyse avec une question très large et visionnaire : quelles ressources sont nécessaires et comment doivent-elles être organisées pour que le secteur de la santé puisse répondre aux besoins sanitaires prioritaires de la population ? Ici, le mot clé est « prioritaires » car les besoins généraux en matière de santé sont infinis, et les ressources sont, en définitive, limitées par rapport aux besoins.

Il est rare d'avoir une seule réponse à cette question et le présent chapitre fait référence à « l'analyse de scénarios », à savoir l'élaboration de projections alternatives pour la vision stratégique décrite dans le plan. Si la vision globale du système de santé est à long terme, sur les 20 à 30 ans à venir (Encadré 7.3), les scénarios à moyen terme (de 3 à 10 ans) qui font l'objet des PSPNS et, par conséquent, de ce présent guide pratique, peuvent se référer à des scénarios plus spécifiques, comme par exemple :

- ▶ les différentes stratégies pour l'investissement dans le système de santé, c'est à dire stimuler « l'épine dorsale » ou « l'infrastructure » du système ;
- ▶ les différentes plateformes de prestation des services pour des ensembles de services de santé ;
- ▶ la diversité des services à fournir - si l'ensemble de services existants est élargi pour inclure, par exemple, davantage de soins tertiaires ou un nombre accru de services de santé mentale ;

- ▶ l'accent mis sur la prévention et les interventions de santé publique vs sur le traitement ;
- ▶ la mise en évidence des économies qui peuvent résulter de la modification des modèles de soins et d'une concentration sur des interventions préventives à fort impact ;
- ▶ l'examen des besoins en termes de planification des ressources compte tenu de stratégies de ciblage géographique différencié ou centré sur des groupes vulnérables, le cas échéant ;
- ▶ les différents modèles de paiement des prestataires (qui finalement modifient leur motivation, leur comportement et l'utilisation des ressources connexes) ;
- ▶ les différentes hypothèses sur l'évolution éventuelle du comportement de recours aux soins en fonction i) des investissements dans le système de santé et ii) de la modification des incitations pour les patients et les prestataires et, par conséquent, la couverture des services de santé et les résultats sanitaires prévus ;
- ▶ la modification des politiques relatives aux listes de médicaments essentiels et aux prix des produits pharmaceutiques (prix de référence, par exemple) ;
- ▶ les différentes hypothèses concernant la croissance économique et le budget estimatif disponible de la santé.

Tout ce chapitre montre la manière de proposer l'analyse de scénarios comme une approche permettant d'examiner la faisabilité et l'accessibilité financière de différentes réformes politiques ou de divers investissements stratégiques à moyen terme.

Encadré 7.3

Modèles de projection à long terme : dépenses de santé de 2003 à 2033 en Australie²

Sur base d'un modèle de soins de santé principalement financé par l'impôt, de nombreux pays membres de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) procèdent à des prédictions des dépenses à plus long terme afin d'évaluer tout particulièrement l'espace budgétaire en santé à venir. Les modèles de projections pour l'Australie combinent des données démographiques sur le vieillissement et la croissance de la population à des facteurs non démographiques comme l'évolution des taux de morbidité, le volume de services par cas traité, l'accès au traitement et l'inflation des prix dans le domaine de la santé. L'analyse applique des hypothèses sur la part des dépenses qui sera financée par les pouvoirs publics, que ce soit des dépenses directes ou par d'autres moyens privés. Les estimations obtenues en 2008 indiquaient une augmentation de 189 % entre 2003 et 2033 des dépenses totales en soins de santé et en soins résidentiels pour les personnes âgées, ce qui représente une augmentation de 9,3 % du produit intérieur brut (PIB) en 2002-2003 à 12,4% en 2032-2033. Les plus importantes augmentations prévues en volume de soins et de coûts connexes concernent le diabète et la démence. **Le rapport conclut que les projections sont pertinentes, pas tant pour l'exactitude des chiffres produits, mais parce qu'ils contribuent à la compréhension des éléments moteurs des dépenses de santé et de la place du secteur de la santé dans l'économie, ce qui pourra ultérieurement servir à alimenter la politique pour faire face aux changements prévus.**

7.1.2 Comment s'intègre l'estimation des coûts des PSPNS dans le contexte plus large du financement de la santé ?

De nombreux plans de santé pâtissent de la faiblesse de l'analyse de situation, du manque de clarté de la hiérarchisation des priorités et de la justification insuffisante du choix des objectifs, combinés à une réflexion limitée sur le financement et la pérennité.³ L'un des principaux défis tient au fait que la planification et l'estimation des coûts sont souvent basées sur un processus qui n'est pas véritablement participatif, ni fondées sur la consultation de plusieurs acteurs concernés. Il en résulte des plans qui ne reflètent pas correctement ce que les parties prenantes souhaitent et sont prêts à mettre en œuvre. De tels plans ne sont donc pas une base satisfaisante pour alimenter le processus de budgétisation et la mise en œuvre effective sur le terrain. Là encore, est observé le fait que l'élaboration des politiques, la planification, l'élaboration du budget et l'estimation des coûts sont menées indépendamment les unes des autres (souvent par différentes unités techniques du ministère de la Santé). Une autre difficulté consiste à assurer la coordination entre la planification au niveau central et au niveau régional/du district/de la communauté (processus descendant vs ascendant).^{VI}

L'aide au développement accroît davantage les disparités dans les pays à faible revenu.^{4,5} D'abord et avant tout, l'estimation des coûts des PSPNS doit tenir compte des changements anticipés de politiques et des ressources susceptibles d'être mieux utilisées. Faut-il reprogrammer les ressources actuelles vers d'autres priorités ou procéder à un changement dans les institutions et dans les processus administratifs afin de faire évoluer la manière dont se déroulent les activités, et contribuer ainsi à améliorer les stratégies ? Le processus d'estimation des coûts nécessite également l'examen des coûts fixes qui sont des engagements fermes et ne varient pas en fonction du nombre de services produits.

^{VI} Voir aussi le chapitre 11 « Élaboration d'une stratégie en santé au niveau décentralisé » de ce guide pratique.

7.2 Pourquoi estimer les coûts des PSPNS ?

Les projections de coûts doivent également tenir compte de l'évolution prévue de l'offre et de la demande de services de santé. L'évolution du côté de l'offre (manière dont les services sont fournis et achetés, par exemple) peut également avoir des répercussions du côté de la demande (une réduction des paiements directs des patients peut entraîner un recours accru aux soins) (voir Encadré 7.4).

Cette section traite de la raison pour laquelle l'estimation des coûts des PSPNS peut aider à alimenter le dialogue sur les politiques de santé. D'autres types d'analyses des coûts pouvant guider la planification sanitaire sont décrits dans l'annexe 7.1.

7.2.1 Parce que l'estimation du coût des PSPNS est une base nécessaire pour le dialogue sur les politiques concernant l'accessibilité financière des PSPNS

Encadré 7.4

Estimation du coût de l'ensemble des prestations en santé et paiement des⁶

De nombreux PSPNS sont étroitement liés à un ensemble de prestations (ou allocations) en santé, implicitement ou explicitement définies. Dans la plupart des contextes politiques, une estimation des coûts peut être utile pour faire progresser le dialogue sur les politiques autour de l'ensemble de ces prestations. S'il existe peu de documents disponibles permettant d'orienter la façon d'estimer les coûts de ces prestations, ces processus tendent à être orientés vers l'évaluation et l'établissement de taux pour le paiement des prestataires. Les estimations des coûts de ces prestations sont donc plus minces que l'estimation des coûts des PSPNS qui considère les activités à réaliser dans le champ de la planification de la santé. Une fois les coûts des extensions du programme de prestations estimées, l'analyse constitue une composante essentielle des scénarios pour les PSPNS et elle doit être prise en considération.

L'estimation des coûts peut être considérée comme le fondement d'une stratégie nationale efficace et globale. Ce point de vue se reflète dans les cinq attributs essentiels du Partenariat international pour la santé (International Health Partnership - IHP+) pour une stratégie nationale de santé, formalisée et appliquée dans le cadre d'une Évaluation conjointe des stratégies nationales de santé (Joint Assessment of National Health Strategies - JANS). L'Encadré 7.5 illustre deux attributs faisant référence aux coûts estimatifs et au cadre budgétaire de la stratégie.

Encadré 7.5

Critères utilisés pour évaluer l'exhaustivité du coût et du cadre budgétaire des PSPNS

L'IHP+ définit les attributs essentiels d'une stratégie nationale de santé.⁷ Les attributs 8 et 9 apportent des précisions sur le coût et le cadre budgétaire.

Attribut 8 : La stratégie nationale prévoit un cadre de dépenses, qui comprend un budget et une prévision des coûts exhaustifs des éléments du programme, couverts par la stratégie nationale.

La stratégie s'accompagne d'un cadre de dépenses solide assorti d'un plan chiffré qui établit des liens avec le budget. Ce cadre prévoit un financement adéquat pour les dépenses de fonctionnement et les investissements nécessaires à la mise en œuvre de la stratégie, notamment les coûts reliés aux ressources humaines, aux médicaments, à la gestion décentralisée, aux infrastructures et aux mécanismes de protection sociale. Il inclut également, le cas échéant, les coûts reliés aux activités et aux parties prenantes extérieures au secteur public.

Les estimations de coût sont clairement expliquées, justifiées et réalistes, et reposent sur des méthodes solides d'un point de vue économique.

Attribut 9 : La stratégie prévoit un cadre budgétaire et des projections de financement réalistes. Si la stratégie n'est pas pleinement financée, il existe des mécanismes pour veiller à l'établissement de priorités, conformément aux objectifs généraux de la stratégie.

Les projections de financement incluent toutes les sources de financement. Elles précisent les engagements financiers venant des principales sources, nationales ou internationales (y compris les prêts), et prennent en compte les incertitudes et les risques.

Les projections de financement sont réalistes et tiennent compte des conditions économiques, des plans de dépenses à moyen terme et des contraintes de l'espace budgétaire.

Si le niveau de financement est imprécis ou déficitaire, les dépenses prioritaires sont précisées, ainsi que les conséquences au niveau des résultats (soit en indiquant les plans et les cibles en fonction des scénarios de financement - important, faible, et le plus probable - ou en expliquant le processus suivi pour déterminer les priorités de dépenses).

Avec les objectifs de développement durable, l'accent est davantage mis sur le rôle des ressources nationales, y compris dans les pays à faible revenu. La notion « d'accessibilité financière » doit être fondée sur les projections tenant compte des ressources locales.

L'estimation globale des coûts peut être considérée comme un point de référence pour alimenter le dialogue sur la planification et le financement. La compréhension de la répercussion des coûts et des incidences sur les ressources éclaire le dialogue sur les politiques sur l'accessibilité financière des PSPNS, notamment sur la question de savoir si les objectifs sont réalistes et réalisables. La notion « d'accessibilité financière » est mise en évidence dans les discussions sur les objectifs de développement durable, où l'élément financier central est de développer la capacité des pays à augmenter ses ressources nationales par l'amélioration de l'administration fiscale et des politiques générales destinées à combattre la mauvaise gestion des fonds et les flux financiers illicites.⁸

Un lien étroit entre la planification et l'estimation des coûts doit exister au commencement de toutes discussions sur les réformes planifiées et les objectifs prévus, y compris sur les besoins en ressources. Le processus est répétitif car les décisions liées à la

planification doivent tenir compte de la faisabilité opérationnelle et financière, alors que les projections des coûts doivent être ajustées entre les activités planifiées et l'espace budgétaire disponible.

La première difficulté pour l'estimation des coûts des PSPNS est donc d'aller au-delà d'une simple quantification des objectifs énoncés. Dans de nombreux pays, l'équipe chargée d'estimer le coût des PSPNS a les compétences techniques. Elle est proche de l'équipe de planification générale des PSPNS qui lui procure les informations nécessaires. La principale difficulté est d'instaurer un dialogue qui va dans les deux sens, d'utiliser l'exercice d'estimation des coûts pour débloquer le dialogue sur les priorités stratégiques et les réformes qui doivent figurer dans les PSPNS. Un tel processus nécessite trois éléments qui sont relativement rares : la capacité technique, le pouvoir d'influence et le temps. La seconde difficulté consiste à déplacer le travail de planification et d'estimation des coûts au-delà de la sphère des

Figure 7.1 Estimation du coût des PSPNS



technocrates gouvernementaux et à établir un processus associant réellement plusieurs acteurs et un dialogue participatif. Même s'il est possible de confier le travail de calcul proprement dit, à des personnes qualifiées pour effectuer ces opérations

complexes, les hypothèses sur lesquelles reposent les données chiffrées et les détails concernant les activités que ces chiffres représentent, doivent être fondées sur un dialogue sur les politiques entre acteurs de plusieurs secteurs.

Tableau 7.1 Estimation du coût des PSPNS : difficultés et stratégies possibles pour surmonter ce défi

DIFFICULTÉS	STRATÉGIES POSSIBLES
L'équipe chargée de l'estimation des coûts est déconnectée du dialogue sur la planification	Élaborer des scénarios avec l'ensemble des données disponibles (salaires, coût prévisionnels des produits pour les services essentiels de santé, par exemple), les présenter pour obtenir l'attention des décideurs sur l'importance des projections de coûts. Les scénarios liés aux coûts (basés sur les meilleures données disponibles) peuvent être utilisés pour stimuler un dialogue politique rationnel et entre plusieurs acteurs sur les priorités du secteur de la santé.
L'exercice d'estimation des coûts est perçu comme dirigé de l'extérieur	Encourager la compréhension locale sur la manière dont le coût des PSPNS peut être utile pour le dialogue sur les politiques. À défaut de capacités de compréhension locale suffisantes, mettre l'accent sur la promotion du rôle indispensable du ministère de la Santé en termes de contrôle de la qualité des données et donc, des résultats finaux.
La contrainte de temps pour l'analyse	Axer l'attention sur les facteurs de coûts. Éviter de trop entrer dans les détails au risque de perdre l'intérêt et l'élan.
La participation au processus intéresse peu divers programmes techniques et gestionnaires de données	Mener des activités de sensibilisation avec les programmes de santé et les services du système de santé ; expliquer les objectifs de l'établissement des coûts ; dialoguer sur la manière dont les précédentes estimations des PSPNS ont été développées et utilisées et ce qui peut cette fois, être amélioré. Examiner spécifiquement l'estimation des coûts qui aurait pu être effectuée pour leur propre planification de programme et faire apparaître les liens/limites.
Difficultés à trouver des données locales ; dépendance aux données mondiales/par défaut	Utiliser les données mondiales/par défaut mais expliciter clairement les hypothèses et les sources de données. Définir un programme de collecte des données pour le prochain cycle d'estimation des coûts.

Le lien entre planification et estimation des coûts doit être très solide dès le début – toute discussion relative aux réformes prévues et objectifs planifiés doit prendre en compte les besoins en ressources.

7.2.2 Parce que l'estimation des coûts peut aider à promouvoir un appui cohérent aux PSPNS

Dans les pays où les programmes de santé (personnels de santé, santé maternelle, santé mentale, par exemple) ou la communauté sanitaire plus large (autres ministères, associations professionnelles, universitaires, société civile, etc.) ont peut-être eu une participation limitée au processus global des PSPNS, l'établissement des coûts est l'occasion pour ces parties prenantes de s'engager et de sentir que leurs problèmes sont pris en considération. Ces processus ont souvent plus de valeur que la simple production technique de chiffres et d'indicateurs car ils favorisent aussi une adhésion générale aux PSPNS. Dans certains contextes cependant, les individus participant à programmes spécifiques de santé ont un intérêt limité dans le processus des PSPNS dans la mesure où ils ne voient pas les avantages de s'engager dans une discussion sectorielle. C'est là que le service de planification centrale du ministère de la Santé doit faire un effort concerté pour atteindre les programmes individuels et s'engager dans leur intérêt. Cela sera d'autant plus facile que les cycles de planification seront alignés.

Le premier enseignement de l'économie est la pénurie : il n'y a jamais assez d'une chose pour satisfaire tous ceux qui la veulent. Le premier enseignement de la politique est qu'il ne faut pas tenir compte du premier enseignement de l'économie.

— Thomas Sewell

7.2.3 Parce que les projections de coûts des PSPNS mettent le ministère de la Santé dans une position renforcée pendant le stade de négociation budgétaire

La pénurie de ressources est le premier enseignement de l'économie dans le sens où il n'y aura jamais assez pour mettre en œuvre tout ce que décideurs souhaitent entreprendre. Les dépenses de santé représentent généralement environ 6 à 15 % des dépenses publiques, ce qui fait de la santé l'un des secteurs les plus importants dans la plupart des pays.^{vii} La planification du secteur de la santé nécessite des informations sur les coûts des politiques prévues précisément parce qu'elles doivent être examinées à la lumière des ressources disponibles limitées.

Les discussions avec les parties prenantes sur les PSPNS peuvent inclure un débat sur les implications financières des PSPNS. Dès que les estimations de ressources disponibles sont à portée de main, elles peuvent aider à sensibiliser et à mobiliser des ressources supplémentaires auprès du gouvernement et des partenaires pour apporter un appui au plan de santé. Il est également important de rester en dialogue continu avec le ministère des Finances pour échanger sur les informations qui lui semblent intéressantes pour décider de l'affectation des ressources au secteur de la santé. Il s'agira souvent d'informations concrètes sur les résultats du système de santé ou les résultats sanitaires (Encadré 7.6). Les estimations feront l'objet d'une présentation soignée, en des termes compréhensibles et parlants pour le personnel du ministère des Finances, de façon à constituer ensuite un bon outil de sensibilisation et de négociation avec le ministère des Finances.

^{vii} En 2014, les pays à faible revenu ont consacré en moyenne 10,4 % des dépenses publiques générales à la santé. Les valeurs pour les pays à revenu intermédiaire, tranche inférieure et tranche supérieure, étaient respectivement de 6,3 % et 10,5 %. En moyenne, les pays à revenu élevé accordent un rang de priorité plus élevé à la santé avec une part de 16,9 %. Source : OMS Global Health Expenditure Database (<http://who.int/health-accounts/ghed/en/>, consulté le 10 juillet 2016).

Encadré 7.6

Plus d'argent pour la santé suites aux négociations entre les ministères de la Santé et des Finances en Éthiopie⁹

« La façon dont nous avons commencé la planification de la santé fut le résultat d'une révolution qui a impressionné le ministère des Finances et l'a amené à allouer plus de budget à la santé » a déclaré Nejmudin Bilal, ancien Directeur général pour la politique, la planification et le financement, ministère de la Santé en Éthiopie.

En Éthiopie, le secteur de la santé a progressivement bénéficié d'importantes augmentations de crédits alloués au titre du budget national cours de la décennie 2000-2010. Les plafonds ont été modifiés de manière à tenir compte d'augmentations pour le secteur de la santé - une vraie révolution, compte tenu du fait que les ministères de la Santé de nombreux pays sont généralement ceux qui réussissent le moins à négocier une augmentation de leurs crédits.

Comment le ministère de la Santé éthiopien a-t-il réussi un tel exploit ?

L'exercice d'estimation des coûts détaillé entrepris pour le troisième plan de développement du

secteur de la santé éthiopien 2005/6-2009/10, comprenait une analyse de l'espace budgétaire et plusieurs scénarios de financement destinés à convaincre le ministère des Finances d'accorder la priorité au secteur de la santé. Une stratégie cruciale du ministère de la Santé a démontré au ministère des Finances que le but du secteur de la santé n'était pas seulement lié à la réalisation des objectifs de la Stratégie nationale de développement et des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) mais qu'ils y contribuaient de façon cruciale, et que l'extension de l'un des programmes phares du secteur de la santé - le Programme de mobilisation sanitaire (Health Extension Programme - HEP) - pourrait avoir un impact positif et déterminant sur ces engagements. Les divers scénarios de financement étaient liés à des effets plausibles, et le ministère de la Santé a par exemple pu démontrer que le financement intégral du HEP garantirait la réalisation de l'OMD 4, à savoir la réduction de la mortalité infantile en Éthiopie, ce qui est effectivement devenu réalité cinq ans plus tard.

L'exemple de l'Éthiopie (Encadré 7.6) témoigne avec force de la capacité d'un ministère de la Santé à tirer parti de la planification rationnelle de la santé et des résultats de l'estimation des coûts, en particulier lorsqu'ils sont judicieusement associés à une analyse de l'espace budgétaire et à un financement réaliste. L'exemple de l'Éthiopie

démontre également la nécessité de relier l'estimation des coûts à une orientation politique (ici le HEP) et de s'appuyer sur des arguments solides pour montrer le lien entre les investissements et l'amélioration des résultats du système de santé, en l'occurrence une réduction de la mortalité des enfants de moins de cinq ans.

7.2.4 Parce que l'estimation des coûts renforce la redevabilité

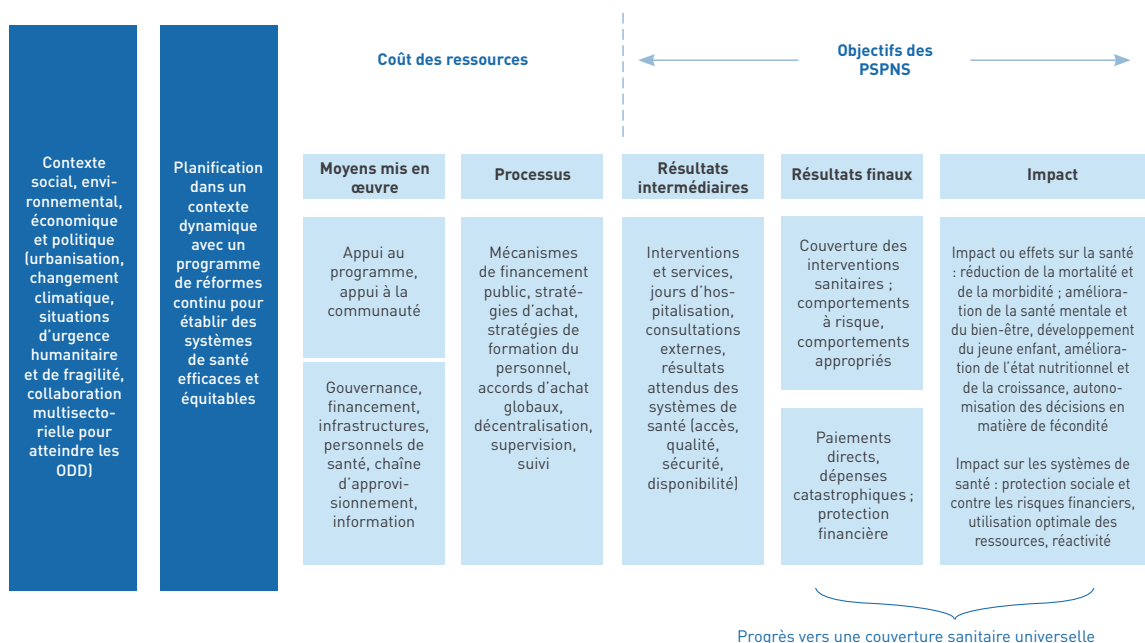
L'estimation détaillée des coûts des PSPNS peut renforcer la redevabilité vis-à-vis de la stratégie. C'est particulièrement le cas lorsque le processus d'estimation des coûts requiert une présentation ouverte et transparente des investissements concrets et des réformes nécessaires pour atteindre les objectifs énoncés ainsi qu'une estimation éclairée des ressources nécessaires à leur réalisation. Selon la portée des PSPNS, la redevabilité concernera principalement les institutions publiques chargées de la mise en œuvre mais éventuellement aussi, tout l'éventail des parties prenantes du secteur de la santé, y compris celles du secteur privé. Un exercice d'estimation des coûts des PSPNS aide à préciser « qui financera quoi » et dans quelle mesure les partenariats avec d'autres parties prenantes (comme les partenariats public-privé) sont nécessaires pour atteindre les objectifs du plan.

Dans le cadre de l'espace gouvernemental, un plan chiffré aide à établir les grandes lignes des changements de politiques envisagés et à s'assurer que le montant alloué à la santé suffit pour mettre en œuvre les politiques prévues.

L'estimation des coûts des PSPNS nécessite également d'entrer dans les détails de ces politiques. Quelles activités mettre en œuvre telle année et avec quelles finalités particulières et quelles ressources pour atteindre les objectifs ? Comment la structure des coûts doit évoluer au fil du temps ? Par exemple, sous l'effet de stratégies de prestation innovantes, d'une transition vers l'utilisation d'un ensemble de services plus rentable et d'une amélioration de l'efficacité des services, ou par une modification des stratégies d'achat ?

La redevabilité et la transparence sont renforcées lorsque les objectifs des PSPNS sont alignés sur les réformes planifiées, et lorsque les moyens prévus sont clairement définis et liés aux résultats intermédiaires et aux résultats finaux (figure 7.2). Les objectifs des PSPNS sont souvent centrés sur les produits, les résultats et leur impact. Les investissements nécessaires pour atteindre ces objectifs reposent sur les moyens. C'est là que le processus d'estimation des coûts des PSPNS peut faire ressortir l'importance de liens solides entre les moyens mis en œuvre, les processus/stratégies et les effets prévus à plus long terme.

Figure 7.2 Des moyens aux produits : un cadre conceptuel¹⁰



L'estimation des coûts peut faciliter une présentation ouverte et transparente des investissements et des activités nécessaires pour atteindre les objectifs fixés ; une estimation détaillée des coûts des PSPNS renforce effectivement la redevabilité.

Un plan bien chiffré permet à un éventail de parties prenantes - y compris la société civile, le secteur privé, les parlementaires et les médias - d'avoir connaissance de la justification des décisions d'affectation des ressources et de tenir pour responsable les personnes chargées de la mise en œuvre des politiques. L'étape essentielle suivante est cependant la mesure dans laquelle cette information contribue de manière transparente à la formulation du budget. Afin de faciliter ce processus, les informations relatives aux estimations pluriannuelles des coûts des PSPNS devront être suffisamment simplifiées pour

une large part de la population, notamment les personnes qui ne travaillent pas dans le secteur de la santé. Cela peut nécessiter l'élaboration de trois ou quatre niveaux de messages (pour les spécialistes techniques du domaine de la santé, les décideurs de la santé, les décideurs d'autres domaines, le grand public, etc.). L'encadré 7.7 présente un exemple de la manière dont l'examen des coûts prévus pour une stratégie permet aux parties prenantes telles que la société civile, de remettre en question les objectifs et les normes établis pour la prestation de services.

Encadré 7.7

Utilisation des estimations de coûts pour influencer l'affectation des ressources : exemple témoignant de l'influence de la société civile en Afrique du Sud¹¹

En Afrique du Sud dans les années 1990, le budget de la santé du gouvernement ne couvrait que partiellement les médicaments pour la prévention et le traitement du VIH/sida. L'accès aux médicaments destinés à prévenir la transmission de la mère à l'enfant (PTME) du VIH était limité, tout comme celui à la thérapie antirétrovirale (ARV) en général. Cela a conduit à la création d'une campagne d'action sur le traitement (Association Treatment action campaign - TAC) au milieu des années 1990. Cette campagne est devenue un mécanisme qui a permis à la société civile d'examiner les cibles, les hypothèses et les calculs budgétaires, puis de les remettre ouvertement en question.

En 1998, le gouvernement a suspendu les tests de PTME, invoquant leur coût élevé comme

principale raison. TAC a pu démontrer que les coûts seraient inférieurs aux estimations du gouvernement et que le financement par fonds publics d'un programme de PTME permettrait en fait de réaliser des économies en réduisant à l'avenir les infections par le VIH et les coûts associés. La discussion a pris fin devant les tribunaux où le juge a statué en faveur de TAC, affirmant que le coût d'un programme à l'échelle du pays utilisant la névirapine (médicament anti-VIH courant) était abordable. Dans le cadre de l'action en justice, le juge a attiré l'attention sur la sous-utilisation par les départements provinciaux de la santé de leurs budgets de lutte contre le VIH/sida et a soutenu que les ressources devraient être rendues disponibles. Entre 2000 et 2003, un procès similaire a suivi pour les ARV.

7.2.5 Parce que l'estimation des coûts peut aider à choisir les priorités pertinentes en fonction des fonds disponibles

Historiquement, de nombreux processus d'élaboration des PSPNS ont consisté à estimer les coûts et à les comparer aux estimations des financements disponibles pour faire apparaître un déficit financier, sans poursuivre l'analyse. Si la démonstration de l'existence d'un déficit financier peut être utile à des fins de revendications, elle n'entraînera pas, dans la plupart des contextes, une augmentation des ressources. Une étape ultérieure nécessaire est donc de fixer les priorités pour le cadre d'investissement à moyen terme. Les informations sur les coûts seront très utiles à cet effet. Le processus d'établissement des priorités est politiquement délicat et son succès repose sur l'adoption d'un processus transparent assorti de critères clairs. Dans le chapitre de ce guide pratique sur la définition des priorités^{VIII}, l'un des critères qui peut être utilisé pour fixer les priorités dans le cadre de la planification sanitaire nationale est le coût. Il existe différents types d'analyses de coûts qui peuvent être utilisées pour alimenter le processus de définition des priorités ; l'un d'eux est certainement l'estimation du coût des PSPNS car les répercussions sur les coûts des activités prévues affectent la hiérarchisation de ces activités. La production de scénarios multiples peut être particulièrement utile pour mettre en évidence les arbitrages possibles - par exemple, étendre la couverture des services en vue d'améliorer la qualité des soins pour les services existants. L'utilisation de scénarios peut également servir à identifier un ensemble de priorités clé qui continueront de constituer le cœur du plan de mise en œuvre des PSPNS en cas de chocs inattendus, comme des coupes budgétaires.

Un nombre croissant de pays utilise également « l'analyse de l'impact budgétaire » pour tenir compte de l'impact économique différentiel qu'une nouvelle technologie aurait sur le secteur de la santé, dans le cadre de la définition des priorités au moyen des processus d'évaluation des technologies sanitaires.^{IX}

Ces études modélisent les ressources budgétaires engagées par suite de maladie dans la situation actuelle et les comparent aux dépenses liées à l'introduction d'une nouvelle technologie.¹² Si ces modèles peuvent être très utiles pour appuyer les décisions sur la marge concernant les nouvelles technologies, le présent chapitre ne traite pas des évaluations d'intervention unique, mais examine les projections pluriannuelles pour l'ensemble du secteur de la santé.

7.2.6 Parce que l'estimation des coûts peut être une approche utile pour alimenter les discussions sur l'efficacité

L'estimation des coûts peut également être utilisé pour alimenter un dialogue sur la manière d'évaluer l'utilisation actuelle des ressources disponibles, et pour déterminer si ces ressources peuvent être dépensées de façon plus rationnelle. Dans de nombreux contextes, les contraintes budgétaires rendent difficile toute augmentation des crédits alloués au secteur de la santé ; une réduction des ressources disponibles est même possible. Les gains d'efficacité sont donc le meilleur moyen existant pour créer un espace budgétaire. Les discussions sur l'utilisation optimale des ressources peuvent être organisées ainsi :

Affectation optimale des ressources. Ou « quoi », c'est-à-dire, l'ensemble des services de santé fournis, et la question de savoir si la modification de la composition des services qui constituent cet ensemble (financé par des fonds publics) contribuera à une meilleure utilisation des ressources. L'analyse coût-efficacité Ou « quoi », c'est-à-dire, l'ensemble des services de santé fournis, et la question de savoir si la modification de la composition des

^{VIII} Voir le chapitre 4 « Définition des priorités des politiques, stratégies et plans nationaux de santé » de ce guide pratique.

^{IX} L'évaluation des technologies de la santé est « l'évaluation systématique des propriétés et des effets d'une technologie de la santé, pouvant porter tant sur les effets directs et intentionnels de cette technologie que sur ses

conséquences indirectes et non intentionnelles, et ayant pour principal objectif d'éclairer la prise de décision en matière de technologies de la santé ». [Définition du Réseau international des agences pour l'évaluation des technologies de la santé : <http://www.inahta.org/>, consulté le 19 juillet 2016]

La projection des coûts peut être utile pour alimenter le dialogue sur les politiques concernant la rationalisation de l'utilisation des ressources du secteur de la santé.

7.2.7 Résumé des raisons plaidant en faveur de l'estimation des coûts des PSPNS

services qui constituent cet ensemble (financé par des fonds publics) contribuera à une meilleure utilisation des ressources. L'analyse coût-efficacité^X est ici un instrument utile pour évaluer l'efficacité. En cas de réduction du budget pour la santé, des décisions importantes doivent être prises concernant la question de savoir s'il convient de limiter l'accès et/ou d'augmenter la participation aux frais pour certains services et/ou de certaines populations et, le cas échéant, lesquels seraient concernés.

Efficacité technique. Ou « comment » sont utilisées les ressources et si le même ensemble de services pourrait être fourni de manière plus efficace. Les stratégies potentielles peuvent inclure le transfert des tâches d'une catégorie de personnel de santé à une autre, la modification des stratégies d'achat de médicaments afin d'obtenir une réduction des prix, et le passage des soins hospitaliers aux soins ambulatoires lorsque cela peut être effectué sans danger et de manière efficace.

Plus précisément, dans le contexte des PSPNS, les questions essentielles comprennent l'inefficacité des systèmes parallèles (par exemple, les systèmes de chaîne d'approvisionnement pour les programmes de lutte contre une maladie spécifique) et la manière dont l'amélioration de l'intégration dans tout le système de santé peut contribuer à une meilleure utilisation des ressources. Là encore, des scénarios qui mettent l'accent sur les répercussions de différentes stratégies d'investissement sur les ressources et les comparent avec les résultats escomptés, contribueront à éclairer les discussions.

L'objet de l'estimation des coûts liés à la mise en œuvre des stratégies énoncées dans le plan national de santé consiste donc à examiner :

- ▶ l'enveloppe globale requise ; ainsi que
- ▶ la manière dont les ressources devront être réparties pour soutenir différents objectifs politiques, notamment leur affectation par domaine d'interventions sanitaires/par région géographique, etc.

Les résultats de ce qui précède doivent servir à éclairer, de manière itérative, le choix des priorités lorsque l'enveloppe globale est insuffisante et tout en gardant à l'esprit que certains coûts sont fixes et ne peuvent être réaffectés à court terme (par exemple, les salaires des personnels de santé).

Le processus d'estimation des coûts des PSPNS apporte donc une contribution essentielle au dialogue sur les politiques portant sur la faisabilité, l'efficacité économique, l'accessibilité et la pérennité financière, comme suit :

1. pour évaluer si le plan est réaliste sous l'angle des objectifs qu'il s'efforce d'atteindre (le lien entre activités/moyens mis en œuvre, besoins en ressources et résultats stratégiques attendus) ;
2. pour veiller à ce que le plan soit réaliste en termes de financement disponible (les coûts sont alignés sur les ressources financières probablement disponibles) ;
3. pour faciliter des négociations en connaissance de cause sur les résultats escomptés et les gains d'efficacité avec les organismes d'assurance et de sécurité sociale et autres organismes financiers ;
4. pour générer des informations claires et transparentes qui alimenteront le processus de formulation du budget de la santé.^{XI}

^X Voir le chapitre 4 « Définition des priorités des politiques, stratégies et plans nationaux de santé » de ce guide pratique.

^{XI} Pour l'examen de l'utilisation des projections de coûts et de budget permettant le renforcement de la responsabilisation, voir le chapitre 8 « Budgétisation du secteur de la santé ».

7.3 Quand procéder à l'estimation des coûts des PSPNS ?

La projection des coûts doit commencer tôt dans le processus de planification ; idéalement, dès que sont connus les domaines potentiels des réformes prioritaires et les orientations stratégiques. Une estimation des coûts préliminaire doit être effectuée pour chiffrer approximativement le prix de ces priorités et évaluer dans quelle mesure elles sont réalisables. Trop souvent, le travail d'estimation des coûts est effectué après que le plan global ait été établi et présenté comme un document définitif. Parfois, l'estimation des coûts est effectuée en marge, abstraction faite du pouvoir qu'a le processus d'estimation des coûts de transformer et de recentrer le dialogue sur les politiques. Le problème avec de telles pratiques est qu'elles désorientent la stratégie des besoins globaux de financement.

Dans certains cas, l'estimation des coûts rétroactif a démontré que les objectifs fixés dans les PSPNS nécessitaient des investissements inabordables à moyen terme. Cela peut alors remettre en question la validité même des PSPNS. Une estimation des coûts est l'occasion de replacer les PSPNS dans la réalité de ce qui est effectivement réalisable sur le terrain, dans le cadre d'une certaine enveloppe budgétaire.

En outre, la valeur ajoutée de l'analyse de scénarios sera minimale si le processus de planification est déjà terminé. S'il n'est plus possible de discuter sur les différents scénarios politiques, l'estimation des coûts devient un exercice mécanique et mathématique consistant à multiplier les activités par les prix sans moyen d'influer sur le débat politique. C'est là bien sûr une fausse dichotomie et cela dépend des objectifs et des stratégies décrites dans les PSPNS. Si les objectifs restent diffus, il est encore possible d'utiliser l'estimation des coûts pour modéliser différents scénarios de mise en œuvre et discuter des avantages de l'un par rapport à l'autre.

Une règle générale cependant, est de limiter la notion « planifier d'abord, puis établir les coûts » puisqu'un fossé s'établira entre ceux qui planifient et ceux qui estiment les coûts. Au lieu de cela, l'estimation des coûts doit faire partie intégrante du processus de planification. La section 7.5.2, ci-dessous, présente un aperçu de la façon dont les projections de coûts pour les PSPNS peuvent être produites par un processus itératif dans lequel la validité des estimations augmente à mesure de l'affinement des chiffres à chaque cycle d'itération.

Le temps imparti pour la réalisation du processus d'estimation des coûts et des ressources nécessaires pour effectuer un chiffrage solide dépend principalement de trois éléments :

- i) l'approche choisie en termes de portée et de méthodologie/outils ;
- ii) la disponibilité des données qui serviront de base à l'estimation des coûts ; et
- iii) la volonté politique et la participation de planificateurs compétents pour apporter leur contribution au processus.

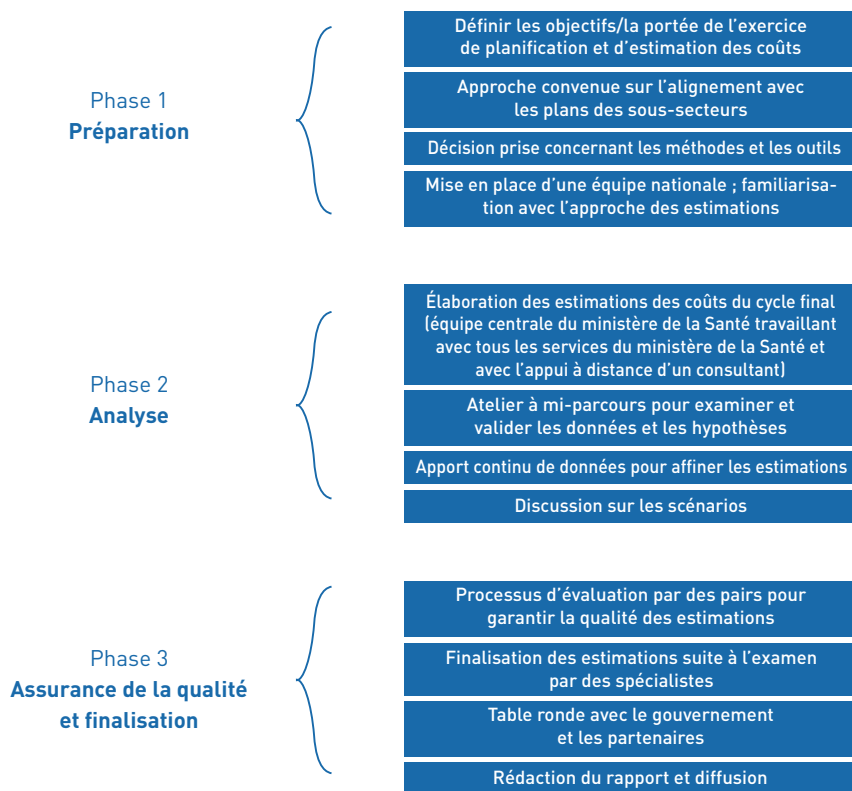
Il n'est pas rare que l'estimation des coûts s'étale sur trois à six mois lors de la première tentative, lorsque l'estimation des coûts est élaboré pour un plan national de santé global, en tenant compte des principales maladies, de tous les domaines de santé et de tous les prestataires de services, ainsi que du renforcement des systèmes. Il convient de souligner qu'un délai étendu sur trois à six mois ne signifie pas que tout ce temps est consacré uniquement au travail d'estimation des coûts ; cette durée permet des consultations et un processus itératif qui se nourrit de façon dynamique des discussions relatives à l'ambition de l'objectif fixé dans le plan stratégique (voir Figure 7.3. L'exemple du Mozambique où la durée totale du

La dissociation de l'estimation des coûts et de la planification fait abstraction de la capacité qu'a l'estimation des coûts de transformer et de recentrer le dialogue sur les politiques.

processus a été estimée à six mois, compte tenu des périodes d'inaction entre les trois phases de préparation, d'analyse, d'assurance de la qualité et de finalisation). Une estimation des coûts qui relie les changements stratégiques politiques aux coûts nécessite un large éventail d'hypothèses, de données et d'informations, en particulier par rapport à l'élaboration classique (historique) du

budget par lignes de dépenses. C'est la raison pour laquelle divers outils logiciels (voir Encadré 7.11) sont équipés de paramètres définis par défaut afin de réduire le temps consacré à la collecte de données et ainsi permettre aux planificateurs d'axer leur attention sur les questions relatives à l'affectation des ressources globales, au moins pour le premier cycle d'estimations.

Figure 7.3 Le processus d'estimation des coûts du plan national du secteur de la santé au Mozambique^{XII}



^{XII} Équipe chargée de l'estimation des coûts pour le plan stratégique du secteur de la santé 2014-2019, communication personnelle (juin 2013).

7.4 Rôle et responsabilités des parties prenantes des PSPNS dans le processus d'estimation des coûts

Bien que conduit par l'administration publique, l'estimation des coûts des PSPNS doit couvrir, dans la mesure du possible, l'intégralité du secteur de la santé, et pas seulement les services financés par les pouvoirs publics. Plusieurs parties prenantes jouent différents rôles dans ce processus. La liste ci-après des parties prenantes qui doivent être associées au processus correspond à la liste générale des organisations à inclure dans le processus de planification général, comme indiqué tout au long de ce guide pratique.

7.4.1 Le ministère de la Santé

L'estimation des coûts liés aux PSPNS est souvent mieux menée quand elle est confiée au ministère de la Santé. Elle est souvent gérée conjointement avec le département des Finances ou de l'Économie et le département de la Planification. C'est le cas lorsque les PSPNS en tant que tel, relèvent de l'autorité du ministère de la Santé, et l'estimation des coûts est un élément clé et une étape essentielle dans l'ensemble du processus de planification. L'estimation des coûts peut être supervisée par une équipe de spécialistes ou par un service institutionnalisé. Les aspects techniques de l'estimation des coûts peuvent, si nécessaire, être externalisés et confiés à un organisme indépendant ou à des consultants externes mais il importe que leur supervision et leur orientation soient confiées au ministère de la Santé.

L'estimation des coûts est un processus itératif qui consiste notamment à élaborer divers scénarios qui seront présentés aux parties prenantes à considérer. Le processus itératif de planification et de l'estimation des coûts ainsi que le travail d'élaboration de scénarios nécessitent de poser plusieurs hypothèses et de faire différentes estimations pour le secteur de la santé ; ce sont là des décisions claires que doit prendre le ministère de la Santé pour son propre secteur, que le travail technique concernant les estimations quantitatives soit effectué par des consultants externes ou du personnel en interne.

7.4.2 Les autres ministères, y compris les ministères de la Planification et des Finances

Les partenariats multisectoriels sont très importants pour l'amélioration des résultats sanitaires de la population. Aussi, l'engagement d'autres ministères est essentiel pour les réalisations en matière de santé publique. Un exemple est le domaine des maladies non transmissibles, où les ministères chargés des Sports, de la Jeunesse, des Transports, de l'Énergie, de l'Eau, de l'Environnement et de l'Agriculture jouent un rôle crucial en assurant un environnement propice à des réalisations de santé publique favorables. Le ministère de l'Éducation a également un rôle incontournable dans l'amélioration de la santé en général, que ce soit par des efforts directs (comme la santé scolaire et les établissements universitaires pour la formation du personnel de santé) ou indirects (une population plus instruite sera plus encline à adopter des comportements préventifs plus efficaces et à recourir rapidement à des soins en cas de besoin). La participation du ministère des Armées et de la Défense est souvent importante en raison de sa gestion des établissements de santé militaires.

Le rôle des autres ministères est également essentiel lorsqu'il s'agit de fournir des données utiles, en veillant à la cohérence avec les politiques et les plans du gouvernement dans d'autres secteurs, en validant les estimations finales en termes de cibles, de coûts et de résultats connexes prévus comme l'accessibilité aux soins et l'impact général sur la santé de la population. L'engagement du ministère des Finances, des systèmes d'assurance maladie et d'autres établissements financiers importants pour le processus d'estimation des coûts des PSPNS est bénéfique pour promouvoir l'harmonisation avec les processus budgétaires et de financement. Si elles sont réalisées de manière satisfaisante, les estimations de coûts peuvent servir de langage commun entre le ministère de la Santé et le ministère des Finances. Notamment :

L'estimation des coûts liés aux PSPNS est souvent mieux menée quand elle est confiée au ministère de la Santé, avec l'engagement rapide du ministère des Finances et, dans certains pays, le ministère de la Planification ou de la Prévoyance sociale.

- ▶ être à l'écoute du ministère des Finances au début du processus pour recueillir des données macroéconomiques sur les projections de croissance du produit intérieur brut et autres indicateurs de financement permettant d'alimenter les projections concernant le financement intérieur disponible pour la santé ;
- ▶ inviter les organismes financiers et le ministère des Finances à se joindre au processus des PSPNS en tant qu'acteurs actifs et les inviter à participer aux discussions sur les besoins estimatifs en ressources, les modalités de leur financement, et les réalisations sanitaires qu'elles financeront ;
- ▶ tenir les organismes financiers informés du processus d'estimation des coûts des PSPNS, et établir un lien avec les initiatives de planification budgétaire générales comme le CDMT ;
- ▶ inviter les organismes financiers au stade final des discussions concernant les coûts prévisionnels et celles sur l'accessibilité financière et la pérennité.

Dans les pays où il existe un ministère de la Planification, celui-ci jouera à l'évidence un rôle essentiel dans ce processus, ne serait-ce qu'en raison de ses liens avec l'Institut national de la statistique et autres services assurant la collecte et la gestion des données et la recherche.

7.4.3 Les autorités de santé infranationales, niveau communautaire inclus

Les autorités sanitaires régionales et de district jouent un rôle important dans la fourniture de données et d'informations complètes au niveau central pour un exercice central consolidé tel que l'estimation des coûts des PSPNS. Des données de qualité fiable provenant des régions et des districts sont indispensables pour alimenter le processus national de planification de la santé, et notamment l'analyse de situation.^{XIII} Les documents relatifs à l'analyse de situation et l'analyse

elle-même peuvent constituer un bon point de départ pour la conception des scénarios. Ils pourront par ailleurs aider à faire correspondre les estimations prévues aux activités planifiées pour surmonter les goulots d'étranglement au niveau régional.

Les questions liées aux problèmes et aux obstacles rencontrés au niveau local devront en outre être communiquées clairement aux responsables de l'élaboration des PSPNS et de l'estimation des coûts connexes car ils devront apparaître dans les hypothèses de base élaborées lors de l'examen des réformes politiques et de la conception des scénarios pour l'estimation des coûts. Dans tous les cas et compte tenu des liens étroits entre planification et l'estimation des coûts, les autorités sanitaires aux niveaux de la région et du district qui participent à l'ensemble du processus national de planification de la santé doivent également contribuer à l'estimation des coûts (Encadré 7.8). Le processus suivi sera différent d'un pays à l'autre et dépendra du degré de décentralisation de la politique et de la planification sanitaires.

7.4.4 Les parlementaires

Le budget national est généralement soumis à l'assemblée législative pour discussion puis adoption. C'est alors que des audiences et débats publics peuvent avoir lieu sur des parties spécifiques et/ou l'ensemble du budget, des commissions législatives spéciales participant à l'examen de sujets particuliers. Dans le cas présent, la commission de la santé est active dans l'étude les sections du budget consacrées à la santé élabore une analyse et une réponse, souvent sous la forme d'amendements.^{XIV} L'assemblée législative est donc un partenaire important pour le ministère de la Santé et peut accroître son appui au plan chiffré en s'engageant avec les parlementaires, et ce dès le début du processus de planification et d'estimation des coûts, dans l'explication et la clarification des raisons qui ont abouties aux choix de certaines orientations stratégiques et comment leurs incidences sur les coûts ont été estimées.

Des données et des informations transparentes qui révèlent la disparité des systèmes de santé et des besoins en matière de santé entre les régions géographiques sont essentielles pour orienter le processus national de planification de la santé, en particulier l'analyse de situation et l'estimation des coûts.

^{XIII} Pour de plus amples informations, voir le chapitre 3 « Analyse de situation du secteur de la santé » de ce guide pratique.

^{XIV} Pour de plus amples informations sur les budgets de la santé et le processus budgétaire dans son ensemble, voir le chapitre 8 « Budgétisation du secteur de la santé » du guide pratique.

Encadré 7.8

Harmoniser les cadres prioritaires/ciblés et l'estimation des coûts dans un système fédéral – Éthiopie ^{XV}

Compte tenu de la structure extrêmement décentralisée du système de santé éthiopien, une approche harmonisée de la définition des priorités et l'estimation des coûts à différents niveaux de l'administration est nécessaire pour guider l'élaboration du budget de la santé. L'Éthiopie compte neuf États régionaux et deux administrations urbaines, sous-divisées en woredas (districts) - unités administratives décentralisées de base - et en kebeles - composés de 2 500 à 4 000 habitants. Ces niveaux ont tous deux types de plans qui leur sont propres : plans stratégiques et plans opérationnels. Par conséquent, pour assurer l'alignement des plans préparés à tous les niveaux (alignement vertical et horizontal), le secteur de la santé éthiopien a redessiné son processus de planification et son processus de suivi et d'évaluation (monitoring and evaluation - M&E) en 2007 et applique désormais le principe « un plan, un budget et un rapport » pour l'harmonisation et l'alignement. Le processus de planification suit l'approche descendante et ascendante

afin d'harmoniser les priorités et les objectifs. Une approche descendante signifie qu'un plan indicatif est produit au niveau supérieur avec des priorités de haut niveau et que des objectifs ventilés sont assignés aux niveaux inférieurs. Sur base des priorités et des objectifs répercutés en aval (plan indicatif), les niveaux inférieurs (districts et établissements de santé) préparent leur plan complet qui sera associé à l'approche ascendante au niveau supérieur (région, puis niveau national).

Pour assurer l'harmonisation et l'alignement, le secteur utilise les mêmes méthodes d'estimation des coûts et de planification à tous les niveaux. Des techniques d'estimation des coûts allouées aux différents niveaux de gouvernance permettent d'adopter des hypothèses dans le plan national de santé de l'Éthiopie et de rendre compte avec exactitude des goulots d'étranglement rencontrés dans le secteur de la santé au niveau local.

7.4.5 Le secteur privé

Le secteur privé devrait en principe être un partenaire à part entière du processus d'estimation des coûts. Dans de nombreux pays, une part importante des soins de santé est assurée directement par le secteur privé ; en outre, une partie importante des approvisionnements du secteur de la santé proviennent du secteur privé. Il est important d'étudier soigneusement les contributions du secteur privé à but lucratif, du secteur privé à but non lucratif et de la pratique privée dans le secteur public ainsi que les partenariats public-privé. Les contributions provenant du secteur privé sont essentielles pour garantir l'exactitude des données et des informations.

Une approche générale peut être adoptée pour l'estimation des coûts des PSPNS.

- a) Axer l'attention sur les activités liées aux dépenses encourues par le gouvernement :
 - ▶ réglementer la prestation des services ; par exemple, réglementation et accréditation des prestataires privés ;
 - ▶ réglementer les activités liées aux déterminants de la santé publique au sens plus large ; par exemple, réglementation des fabricants privés de denrées alimentaires et de boissons, contrôle de la santé des travailleurs par les employeurs.

^{XV} Kahsu Bekuretsion, ministère fédéral de la Santé, Éthiopie, communication personnelle (18 mai 2016).

7.4.6 Les partenaires de développement

b) Énoncer clairement les hypothèses relatives à la prestation des services du secteur privé. Il convient de noter que les informations relatives aux activités du secteur privé (qualité, prix) peuvent ne pas être facilement accessibles et l'équipe chargée de l'estimation des coûts doit examiner attentivement les hypothèses établies et/ou réfléchir à la manière d'accéder à des données de qualité. La décision d'estimer et d'inclure les coûts associés dépend de l'étendue de l'estimation des coûts des PSPNS et des structures de paiement des prestataires.

- ▶ Lorsque des prestataires privés sont payés par le gouvernement pour la prestation de services, ces coûts peuvent être présentés séparément.
- ▶ L'inclusion des coûts du secteur privé alors que les prix sont inconnus devrait être soigneusement pris en compte : ces estimations très incertaines influencent à la hausse les estimations des coûts des PSPNS.^{xvi}
- ▶ Une option consiste à présenter les coûts des activités du secteur public avec une description de la participation prévue du secteur privé.

c) Modèle de financement disponible

- ▶ Le rôle du secteur privé est essentiel pour les hypothèses relatives aux financements disponibles estimatifs (le rôle des dépenses directs, les contributions d'autres sources du secteur privé).

Le rôle des partenaires de développement s'articule autour de la communication de données et d'informations pertinentes sur les projets et programmes auxquels ils sont associés et qui concernent les activités prévues dans le cadre des PSPNS. Ces informations portent à la fois sur i) les activités planifiées (pour l'estimation des coûts) et ii) les financements prévus (pour estimer les financements disponibles). Les partenaires de développement peuvent prêter leur concours directement au gouvernement dans leurs programmes (financement budgétaire) ou intervenir en dehors de l'espace budgétaire du gouvernement (financement extrabudgétaire) et entreprendre des activités indépendantes. Il convient de noter que la Déclaration de Paris (2005), le programme d'action d'Accra (2008) et le forum de haut niveau de Busan sur l'efficacité de l'aide (2011) encouragent toutes les activités planifiées et budgétaires des partenaires au développement. Dans certains pays à faible revenu, les ressources extérieures peuvent représenter plus de la moitié du budget public de la santé. Les ressources extérieures peuvent avoir un impact sur l'estimation des coûts du plan de santé (certains produits de base, par exemple, sont fournis dans le cadre de l'aide au développement et achetés en interne aux prix du marché international et non aux prix locaux) mais également sur les moyens financiers qu'il est prévu de mettre à la disposition du gouvernement au cours de la période de planification. Dans certains pays, les partenaires du développement entreprennent des activités du secteur de la santé au niveau des districts et leur participation au processus d'estimation des coûts est très importante pour l'intégration de considérations infranationales. Les partenaires de développement doivent assumer la responsabilité de la fourniture de données/d'informations sur les investissements prévus dans un format acceptable et compréhensible.

L'estimation des coûts doit en tenir compte du rôle essentiel que joue le secteur privé dans la mise en œuvre des PSPNS lorsque cette situation est stratégiquement importante.

^{xvi} Lorsqu'il est difficile d'accéder aux données du secteur privé, les coûts du secteur public peuvent être utilisés comme un substitut provisoire afin d'avoir une idée du besoin total en ressources attendues. Les hypothèses devront être clairement documentées.

7.4.7 La société civile, les associations professionnelles, les établissements universitaires, les think tanks et les groupes d'intérêts spéciaux

La société civile travaille directement avec les populations qui ont besoin des services et elle représente leurs demandes. Les associations professionnelles représentent le personnel de santé et savent concrètement de quelles ressources ils ont besoin pour la prestation des services. Les établissements universitaires sont importants, compte tenu de leur connaissance des bases de données et des études (estimation des coûts, rentabilité, etc.) qui pourraient être utiles dans l'estimation des coûts des

PSPNS. Comme pour les autres parties prenantes, il est important que la société civile fournisse des données et des informations pertinentes et en toute transparence ; par sa contribution déterminante au processus de planification général, la société civile veille à ce que les hypothèses faites pour les scénarios liés à l'estimation des coûts soient réalistes, réalisables et adaptées aux populations qu'elle représente (Encadré 7.9).

Encadré 7.9

Les OSC et l'estimation des coûts en Ouganda

Depuis le milieu des années 1990, les OSC contribuent de plus en plus à la discussion sur les politiques et à la formulation de la politique de santé en Ouganda.¹³ L'Ouganda a adopté une approche globale de la stratégie pour la santé, dans laquelle tous les pouvoirs publics, donateurs et intervenants du secteur de la santé sont regroupés ; cela permet au gouvernement de mieux comprendre les besoins en ressources et les coûts sur la base de la contribution des différentes parties comme les OSC. Les PSPNS en Ouganda ont bénéficié de la proximité des OSC pour leur connaissance des services de santé et de la situation locale.

De nombreuses OSC en Ouganda participent directement à la prestation des services, d'où l'importance de leur contribution au processus de planification et d'estimation des coûts.¹⁴ Par exemple, les OSC fournissent souvent des informations sur les besoins de ressources au niveau du district ou sur les coûts d'intervention dans les établissements et les hypothèses liées à l'estimation des coûts sont discutées en détail avec tous les prestataires de services, y compris les OSC.

7.5 Comment estimer les coûts des PSPNS : approches méthodologiques

7.5.1 La mise en route de l'estimation des coûts des PSPNS : fixer des objectifs et définir une approche

L'une des premières étapes de tout exercice d'estimation des coûts est de déterminer les objectifs et les résultats attendus. Pour les projections pluriannuelles des PSPNS, la portée de l'estimation des coûts doit être définie en fonction des réformes politiques envisagées. Il existe plusieurs approches.

Projections axées sur les objectifs. La question principale est de savoir « quelles stratégies nous rapprocheront le plus de la réalisation de nos objectifs ? ». Il faut noter que certaines cibles peuvent être fixées à un niveau international, comme les ODD.¹⁶ L'analyse doit examiner attentivement les activités potentiellement reliées et quelles sont les besoins de financement estimés nécessaires.

Estimation des coûts axé sur les ressources. La question principale est « comment optimiser les résultats avec une enveloppe budgétaire fixe ? ». Cela prend en compte les réformes politiques qui contribueront à progresser vers les objectifs intermédiaires et les objectifs stratégiques dans un contexte financier limité, avec un objectif de dépenses fixes.

Analyse des goulots d'étranglement. Il s'agit d'examiner les goulots d'étranglement existant actuellement dans le système afin de les réduire et d'améliorer en définitive la performance globale du système de santé (voir Encadré 7.11) et progresser ultérieurement vers les objectifs de la politique.

Souvent, les trois approches ci-dessus sont pertinentes pour le contexte du pays. Si les ressources sont limitées, les PSPNS doivent tenir compte des goulots d'étranglement existants dans le système et de la meilleure façon d'investir pour progresser vers les objectifs de santé. Là encore, les scénarios constituent un outil puissant pour permettre une discussion sur la façon de rapprocher la planification axée sur les objectifs d'une évaluation des contraintes liées aux ressources, moyennant la modélisation de différentes réformes politiques. Dans le cadre de l'analyse, il est utile de considérer l'efficacité de la répartition (que faire) et l'efficacité technique (comment procéder) - et de considérer les deux dimensions lors de la discussion sur ce qui peut être modifié dans le système existant ainsi que dans le cadre d'une éventuelle augmentation de l'enveloppe des ressources.

Les exercices d'estimation des coûts peuvent adopter des approches multiples telles que les projections axées sur les objectifs, l'estimation des coûts axée sur les ressources et l'analyse des goulots d'étranglement. Ces approches ne sont pas mutuellement exclusives et ces trois exemples peuvent être utiles au niveau d'un pays.

Encadré 7.10

Coûts des PSPNS (en US\$) présentés par objectif stratégique : exemple du Plan national de développement sanitaire 2011-2015 de la République démocratique du Congo

Axes stratégiques							
RÉSULTATS	PROGRAMMES	2011	2012	2013	2014	2015	TOTAL SUR 5 ANS
I. Développement des zones de santé							
Résultat escompté n° 1 : le taux de couverture de la population par les soins et les services de santé de qualité est augmenté de 30 %	1. Amélioration de la couverture des soins de santé	33 222 600	24 803 400	23 113 400	23 173 400	23 233 400	127 546 200
	2. Rationalisation du fonctionnement des établissements sanitaires à tous les niveaux du système.	68 465 400	84 476 420	108 297 020	117 089 420	158 467 840	536 796 100
	3. Appui aux zones de santé avec interventions de base	53 776 800	49 830 000	43 255 500	39 945 900	37 754 400	224 562 600
	4. Amélioration de la qualité des prestations	201 520	160 436	257 050	222 961	178 367	1 020 334
Résultat escompté n° 2 : le taux d'utilisation des services curatifs est augmenté de 25 %	1. Promotion de la participation communautaire à l'action sanitaire	6 455 715	806 315	821 915	829 715	825 115	9 748 775
	2. Promotion des services de santé	88 500	166 500	244 500	283 500	310 500	1 093 500
	3. Amélioration de l'accessibilité financière	-	-	-	-	-	-

Une décision claire et conjointe devra être prise par toutes les parties prenantes concernant la portée de l'estimation des coûts et sur l'étendue de la couverture de l'estimation des coûts - étendue exclusive aux services publics, ou à l'ensemble du secteur. Il est globalement recommandé (par exemple, dans les JANS, Encadré 7.5) que l'estimation des coûts des PSPNS soit large et couvre tous les besoins de mise en œuvre dans le secteur de la santé et les

autres secteurs. En fin de compte, cela dépendra des informations disponibles et de la façon dont les résultats finaux seront utilisés.

Une première étape consiste à identifier les types de produits attendus en tant que résultat final de l'estimation des coûts car ceux-ci influencent la portée de l'analyse, le niveau de détail requis dans les résultats finaux et la façon dont les informations

sont recueillies, analysées et présentées. Si un modèle ou un logiciel prédéveloppé est utilisé pour guider l'estimation des coûts, les types de produits qui peuvent être obtenus au moyen de l'outil sont évalués sur la base des besoins réels de la politique. Des formats types de présentation sont proposés

dans l'annexe 7.2. Comme indiqué ci-dessus, il est utile de tenir compte dès le début de la façon dont l'estimation des coûts des PSPNS doit être liée au processus de formulation du budget du pays, et à la manière dont les coûts doivent être présentés pour faciliter ce processus.

Encadré 7.11

Analyse des goulots d'étranglement

Vu l'importance des facteurs contextuels qui influent sur les schémas de recours aux soins de santé et sur l'offre de services de santé de qualité, le concept de l'analyse des goulots d'étranglement s'est avéré efficace pour le recensement et l'estimation du coût des obstacles à la mise en œuvre. Une analyse systématique de l'efficacité d'un système de santé à un niveau décentralisé révèle souvent que de nombreux freins à la mise en œuvre d'activités et de stratégies de santé efficaces sont liés aux obstacles rencontrés dans la prestation des services au niveau du district.¹⁸

Des goulots d'étranglement aux échelons inférieurs de gouvernance de l'exécution peuvent exister à divers niveaux et ce, pour un ensemble de raisons. Par exemple, les entraves à la demande peuvent inclure des normes communautaires et des comportements au sein des ménages, tandis que les entraves au niveau du prestataire concernent la gestion financière des administrations locales et, au niveau du district, l'entrave peut résulter de mauvaises pratiques de suivi.¹⁹ La première étape d'une analyse des goulots d'étranglement consiste à recenser ces obstacles au niveau du district et à concevoir des plans d'action stratégiques par le biais d'activités propres à recueillir un consensus, après quoi une estimation des coûts marginaux peut être effectuée selon différents scénarios pour alimenter les plans infranationaux et servir éventuellement de base à une stratégie nationale.

Le concept de l'analyse des goulots d'étranglement est devenu un instrument pratique pour l'analyse

de situation, les scénarios d'investissements stratégiques et les estimations des coûts marginaux grâce au modèle de Budgétisation des coûts marginaux face aux goulots d'étranglement (*Marginal Budgeting for Bottlenecks - MBB*), développé conjointement par le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) et la Banque mondiale.

Le modèle MBB aide l'utilisateur à considérer quelles interventions à fort impact pourraient être utilisées dans les plans de santé existants, quels sont les principaux goulots d'étranglement dans le système de santé qui entravent une prestation efficace des services, quel est le coût potentiel de plans alternatifs pour atténuer les entraves dans un système, et quelles sont les ressources financières supplémentaires nécessaires. Il est important de noter que ce modèle indique également ce qui pourrait être réalisé en termes de résultats sanitaires qui seraient obtenus si les goulots d'étranglement étaient éliminés.²¹ Bien que le modèle MBB se concentre principalement sur la santé maternelle et infantile, il a également été utilisé avec succès dans de nombreux contextes pour alimenter des scénarios pour l'établissement des coûts de stratégies du secteur national de la santé.²¹ Le plan éthiopien décrit dans l'Encadré 7.6 en est un exemple notoire. Ces goulots d'étranglement sont habituellement liés à la disponibilité des ressources humaines et des produits de base, à l'accessibilité et à l'utilisation des services de santé, à la qualité des services et à leur continuité.

7.5.2 L'estimation des coûts des PSPNS en 20 étapes

Le processus d'estimation des coûts des PSPNS suppose un échange itératif entre ceux qui planifient et ceux qui estiment les coûts ; une mobilisation rapide et un dialogue ininterrompu sur les différents scénarios liés aux coûts sont essentiels.

L'estimation des coûts peut faire partie des processus liés à un nouveau plan mais aussi à la révision de plans ou d'estimations préexistants, comme l'examen à mi-parcours des PSPNS ou d'un plan opérationnel pluriannuel, ou bien intervenir pendant d'autres événements importants de la politique de santé ou du cycle de planification d'un pays.

Les 20 étapes énumérées ci-dessous décrivent l'estimation des coûts des activités liées à de nouveaux PSPNS en cours d'élaboration. La liste des étapes est proposée à titre d'exemple mais n'a aucun caractère péremptoire.

- 1. Mobilisation rapide.** Soulever la question de l'estimation des coûts dès les premiers stades de la planification de l'élaboration des PSPNS. Dans un contexte où les personnes en charge de l'estimation des coûts font, dès le début, partie du processus national de planification de la santé, ils sont informés et ont accès aux données et aux discussions sur l'analyse de situation et peuvent alors se faire une idée des principales interventions qu'il convient de chiffrer. Faire observer que même les premières discussions sur le processus de planification peuvent être alimentés par une discussion autour des répercussions sur les ressources diverses politiques globales envisagées (par exemple, une modification de la composition du personnel de santé, une évolution vers un modèle renforcé de soins de santé primaires) et sur la question de savoir si ces politiques entreront dans le cadre de l'enveloppe de ressources prévues.
- 2. Préparation.** Identifier la portée de l'estimation des coûts et les résultats escomptés, le public cible (principaux utilisateurs des estimations de coûts) et le calendrier compte tenu du processus de planification stratégique global. Notez la date limite : quand avez-vous besoin

des estimations dans un format préliminaire et dans un format définitif ?

- 3. Constitution d'une équipe.** Mettre en place une équipe de coordination (composée généralement de deux à dix membres). La taille de l'équipe dépend de la portée de l'estimation des coûts, du niveau de détails prévu pour l'analyse et de temps imparti pour mener le travail à son terme. Il n'est pas nécessaire que tous les membres aient une expérience antérieure en matière d'estimation des coûts, mais deux ou trois membres au minimum doivent avoir cette expérience et connaître les exigences en matière de données. Veiller à ce que l'équipe de coordination ait accès, pendant la durée de l'exercice, aux principaux experts des différents départements du ministère de la Santé et aux principaux programmes de santé nationaux prioritaires.
- 4. Enveloppe budgétaire.** Rassembler les informations sur les tendances probables du financement disponible et des « plafonds » financiers pendant la période de planification (y compris les projections de croissance macroéconomique et les affectations au secteur de la santé).
- 5. Discussion sur les stratégies alternatives pour la couverture.** Procéder à un examen des goulots d'étranglement existants dans le système de santé. Recenser et examiner les réformes planifiées qui pourraient avoir une incidence sur la structure des coûts (par exemple, des réformes de la fonction publique, une réforme du paiement des prestataires de santé). Se faire une idée de ce que seront les principaux domaines stratégiques d'investissement pendant la période de planification. Quelles stratégies alternatives sont envisagées pour remédier aux goulots d'étranglement,

pour rationaliser les dépenses courantes et progresser vers une CSU ? Quel est l'impact attendu de ces stratégies sur la couverture des services de santé ? Comment le service responsable des PSPNS définirait-il les principales réformes qui auront une incidence sur la prestation des services, les structures administratives, l'accessibilité aux soins et la performance globale du système de santé ? Sur la base des discussions menées à ce jour, quels autres scénarios pourraient être envisagés pour le plan lui-même, et quels sont les coûts connexes ?

6. **Susciter l'adhésion.** Effectuer un premier briefing pour expliquer le processus aux divers décideurs et planificateurs (par exemple, chefs de département, administrateurs de district, ministère des Finances, parlementaires, représentants du secteur privé, donateurs) afin de motiver leur participation. Présenter les résultats actuels de l'analyse de l'enveloppe budgétaire. Discuter et faire approuver les orientations de l'estimation des coûts et ses liens avec le plan, y compris, si possible, plusieurs scénarios pour discuter des implications financières et de l'importance accordée à différentes politiques dans le cadre des PSPNS. Discuter de l'importance des investissements dans les systèmes de santé et de la manière de faire face aux goulots d'étranglement existants dans la prestation des services.
7. **Élaborer un plan de collecte des données** aux fins des projections de coûts (voir Encadré 7.12).
8. **Réunir des informations spécifiques** provenant de divers services techniques de planification (personnels de santé, santé maternelle, santé mentale, par exemple), concernant leurs activités prévues et leurs objectifs planifiés et,

dans la mesure du possible, en tenant compte des résultats escomptés de leurs activités par rapport aux objectifs politiques plus larges et aux réformes de santé prévues. Le cas échéant, ces discussions doivent tenir compte des scénarios possibles qui relient les plans d'investissement spécifiques au programme aux stratégies globales d'investissement pour les PSPNS. Un exemple pourrait être une réaffectation des ressources et un accompagnement de la réforme de financement de la santé qui restructure les modalités d'affectation des ressources et de paiement des prestataires. Dans ce contexte, les stratégies mises en place par certains services, telles que sur le personnel de santé et la santé mentale devront refléter la même action générale. À ce stade, il s'agit d'informer la première estimation approximative des coûts, en mettant l'accent sur les hypothèses appropriées pour les facteurs de coûts tels que les ressources humaines (salaires et autres coûts), les investissements dans les infrastructures et la logistique. Des méthodes rapides peuvent être utilisées pour déterminer le coût des médicaments, en appliquant par exemple des mesures d'inflation aux estimations des années précédentes, ou en utilisant éventuellement des outils avec des normes préétablies pour les médicaments par cas traité (voir Tableau 7.2, ci-dessous).

9. **Analyser les répercussions sur les ressources** des activités planifiées et évaluer les besoins financiers généraux. C'est le moment d'évaluer la portée éventuelle des synergies, d'accroître la coordination et/ou l'intégration de programmes et départements spécifiques ainsi que les probables contraintes (par exemple, les contraintes du système de santé à porter les objectifs spécifiques d'un programme).

La validation des données est une étape essentielle pour garantir la qualité de l'estimation des coûts ; elle facilite également l'adhésion des homologues techniques.

- 10. Impact de la modélisation.** Lors de la modélisation des effets sanitaires escomptés, examiner les résultats attendus. Si un impact limité sur la santé est prévu, engager une discussion avec les experts du programme pour envisager l'orientation des investissements vers des interventions plus efficaces.
- 11. Finaliser le premier cycle** de l'analyse des coûts, recenser les principaux facteurs de coûts et contrôler la validité des données liées aux facteurs de coûts.
- 12. Affiner les projections de l'espace budgétaire.** Obtenir et/ou élaborer des projections de croissance macroéconomique et des affectations au domaine de la santé afin de projeter l'espace budgétaire et l'espace financier global sur la durée du plan (l'expression « espace financier » est utilisé ici pour définir le contexte de financement plus large, incluant non seulement les dépenses publiques mais également celles du secteur privé et des partenaires de développement). Cette étape est à mener avec le ministère des Finances.
- 13. Organiser une consultation à mi-parcours** pour discuter des résultats du premier cycle, des divers scénarios d'ajustement des politiques et des plans, et des hypothèses sur l'efficacité probable des stratégies destinées à surmonter les goulots d'étranglement. Organiser un brainstorming sur les questions transversales - par exemple, résoudre les éventuelles pénuries de personnel de santé, rôle du secteur privé dans la prestation des services. Discuter de la nécessité d'établir des priorités compte tenu des contraintes concernant les ressources prévues. Il pourrait s'agir d'un atelier de trois ou quatre jours impliquant un groupe plus large de parties prenantes afin d'obtenir leur adhésion et leur participation, et discuter en profondeur de la production de scénarios de mise en œuvre.
- 14. Hiérarchisation.** Suite à l'atelier, ajuster si besoin la projection des coûts, compte tenu des discussions sur la hiérarchisation des activités.
- 15. Validation des données.** S'engager dans des processus globaux de contrôle de la qualité, en soumettant notamment les projections de coûts à une évaluation par les pairs. Organiser un atelier de validation des données pour entériner la couverture, les contributions et résultats pour les scénarios avec des homologues techniques. Ajuster les coûts prévus avec la contribution des services de planification.
- 16. Inventorier et associer les coûts** à divers cadres de présentation, y compris les formats du budget national, pour alimenter les discussions sur les futures affectations budgétaires.
- 17. Rédiger un rapport** pour enregistrer les hypothèses, les processus et les résultats.
- 18. Organiser un atelier de consultation** avec un ensemble plus large d'intervenants (technique et politique) et discuter, en même temps, des objectifs et des coûts des PSPNS - ainsi que des scénarios pour l'établissement de priorités dans différents contextes de croissance et/ou d'austérité financière.
- 19. Actualiser** les projections de ressources estimées et nécessaires au moment de l'atelier de consultation. Actualiser au besoin les estimations dans le cadre d'un environnement de planification dynamique, et relier ces processus aux examens intermédiaires et aux plans annuels.
- 20. Soutenir l'institutionnalisation** de ces processus.

Encadré 7.12

Élaboration d'un plan de collecte des données pour les projections de coûts

Afin de faciliter la collecte des données, un inventaire des documents et des spécialistes ressources doit être effectué à l'avance. Il est

utile d'indiquer quels membres de l'équipe seront responsables de la récupération de chaque source de données.

Exemples d'informations sur les sources de données, utilisés pour la projection des coûts des activités des PSPNS^{XVII}

TYPÉ DE DONNÉES	DOCUMENTS ET INFORMATIONS CONNEXES	ÉTABLISSEMENTS ET SPÉCIALISTES
Documents sur la planification générale	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Estimation des coûts des PSPNS précédents et des coûts connexes, le cas échéant ▶ Examen à mi-parcours et/ou final des PSPNS précédents ▶ Analyse de situation pour informer les nouveaux PSPNS ▶ Revue sur le secteur de la santé ▶ Comptes nationaux de la santé ▶ Enquête démographique et sanitaire/enquête en grappes à indicateurs multiples pour la couverture des services de santé ▶ Cadre budgétaire 	Nom et personne à contacter pour chaque document
Personnels de santé	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Projections sur le personnel de santé et plans existants ▶ Études de recherche sur l'efficacité du personnel de santé et la répartition du temps de temps ▶ Salaires et mesures d'incitation 	
Médicaments	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Liste des médicaments essentiels ▶ Prix des médicaments et des consommables ▶ Logistique et dispositions relatives à la chaîne d'approvisionnement, chaîne du froid incluse 	
Programme de lutte antipaludique	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Plan stratégique national pour le paludisme ▶ Proposition du Fonds mondial ▶ Évaluation des résultats du programme ▶ Protocoles thérapeutiques 	
Santé maternelle	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Indicateurs sanitaires liés à la santé maternelle (couverture, issues sanitaires, etc.) ▶ Divers plans et feuilles de route stratégiques et évaluations connexes ▶ Évaluations des soins obstétricaux d'urgence 	

Le niveau de détails fournis et la qualité des données dans ces systèmes et ces documents diffèrent d'un pays à l'autre. Dans un contexte décentralisé, des systèmes de communication des données (reporting) peuvent être mis en place de

telle sorte que les données soient principalement gérées au niveau régional. Peu d'établissements, par exemple, relèveront du niveau central. Dans ce cas, il peut être nécessaire de procéder à la collecte de données au niveau régional.

^{XVII} André Zida, Abt Associates, anciennement au ministère de la Santé du Burkina Faso, communication personnelle, (24 avril 2016).v

Révisions sectorielles et actualisation des estimations de coûts

Au cours d'une révision des PSPNS (à mi-parcours ou annuel), les progrès réalisés dans la réalisation des objectifs doivent être analysés en fonction de la suffisance de l'affectation budgétaire ou d'autres contraintes non financières. Le processus de révision du secteur peut révéler la nécessité de réorienter les PSPNS et/ou d'envisager d'autres stratégies de mise en œuvre. Il peut également établir une modification des ressources financières disponibles estimées par rapport à ce qui était initialement prévu. C'est alors l'occasion d'examiner le plan et de réviser l'estimation des coûts de manière exhaustive et transparente. Cet examen permet également de valider les hypothèses sur la base des données réelles.

Estimation des coûts itératif

Le processus d'estimation des coûts est naturellement itératif et son niveau de précision augmentera avec le temps. Les premières estimations des coûts doivent reposer sur de larges hypothèses afin de pouvoir produire une estimation globale qui pourrait alimenter les débats stratégiques sur l'accessibilité financière à un stade précoce. Le Tableau 7.2 en offre une illustration.



Tableau 7.2 Une approche progressive de l'estimation des coûts des PSPNS

	OBJET	APPROCHE
Premier cycle d'estimations	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Sur base d'hypothèses générales, évaluer l'enveloppe globale des ressources nécessaires et les comparer aux ressources financières susceptibles d'être disponibles pour évaluer l'accessibilité financière générale. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Focaliser l'attention sur les besoins généraux des systèmes de santé et sur les principaux programmes et domaines susceptibles de générer des coûts (tels que les salaires du personnel de santé). ▶ Utiliser des hypothèses simplifiées pour les moyens qui seront mis en œuvre dans les interventions et les prix des médicaments basées sur le statu quo, sauf si des différences connues risquent d'influer sur les coûts globaux. ▶ Ajuster les coûts des médicaments compte tenu de l'amélioration prévue de la couverture.
Deuxième cycle d'estimations	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Donner une estimation plus précise compte tenu de l'amélioration prévue de la couverture et des activités de soutien nécessaires afin de permettre la discussion sur les coûts relatifs de différents domaines de programmes/objectifs stratégiques. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Après avoir examiné les facteurs de coûts et discuté des réaffectations potentielles dans le cadre d'une enveloppe financièrement accessible, ajuster certaines des hypothèses liées aux facteurs de coûts pour s'assurer qu'elles sont correctes (par exemple, le prix des médicaments pour la tuberculose multirésistante, le prix des vaccins, les objectifs pour les véhicules et le matériel) ▶ Ajuster si nécessaire certains des objectifs des activités les plus essentielles et les coûts connexes pour qu'ils s'inscrivent dans l'enveloppe disponible. ▶ Estimer les améliorations probables de la couverture qu'entraîneront probablement les stratégies visant à résoudre les goulots d'étranglement. ▶ Envisager de procéder à une analyse de scénarios sans avoir encore affiné toutes les hypothèses relatives aux coûts.
A l'approche des estimations finales	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Donner une estimation spécifique aux objectifs et aux activités planifiées (ajustées), compte tenu de la viabilité financière. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ S'assurer que tous les services et activités de santé concernés sont inclus dans l'estimation des coûts, y compris ceux qui ont un budget de moindre importance. ▶ Hiérarchiser les activités compte tenu, le cas échéant, des contraintes financières/fiscales. ▶ Affiner davantage les besoins en examinant les hypothèses relatives aux contributions. ▶ Soumettre à un examen des pairs.
Estimations finales	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Produire une estimation finale des coûts qui servira ensuite à l'élaboration du budget. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Finaliser les hypothèses et la documentation connexe.

7.5.3 Différentes approches, méthodes et divers outils pour alimenter l'estimation des coûts des PSPNS : certaines questions à prendre en considération

D'une manière générale, les avantages que procurent les informations sur les coûts doivent être mis en balance avec le coût de leur production. Lors de l'élaboration d'une méthodologie d'estimation des coûts, il est nécessaire d'équilibrer des aspects tels que le niveau de détails, la pertinence, l'exactitude et la complexité du coût de production des informations sur les coûts. Les pratiques d'estimation des coûts adoptées doivent répondre aux besoins énoncés, mais elles doivent également être pérennes. L'investissement effectué pour produire l'information sur les coûts ne doit pas excéder les avantages que procure cette information.²⁰

La présente section décrit les approches et les concepts concernant la mesure et l'estimation des coûts. La première partie traite des questions générales. La deuxième partie considère des méthodes spécifiques - telles que les coûts unitaires, l'estimation des coûts fondé sur les ressources, l'historique de la budgétisation et examine le contexte de leur application, y compris les avantages et les inconvénients. Une troisième partie concerne différentes classifications des coûts et les avantages de les présenter séparément. La quatrième partie couvre les sujets sur l'inflation, les taux de change, et l'utilisation d'outils spécifiques élaborés au préalable.

Points fondamentaux

La liste suivante contient certains points à prendre en compte lors du choix d'une approche méthodologique d'estimation des coûts des PSPNS.

Les réponses aux questions politiques déterminent la portée de l'estimation des coûts et le lien avec d'autres processus stratégiques en cours (comme les réformes de l'ensemble des prestations).

Les résultats escomptés de l'exercice d'estimation des coûts, y compris les attentes des parties prenantes, doivent être déterminés. Si l'attente consiste à disposer d'un plan d'activités détaillé qui relie les moyens mis en œuvre et les résultats obtenus, cela déterminera l'approche à suivre.

Il est important de fixer un calendrier : le temps disponible pour l'estimation des coûts (s'il est limité, il est possible d'opter pour l'historique budgétaire concernant les catégories de coûts plus modestes et se concentrer sur les principaux facteurs de coûts pour les estimations détaillées).

Les ressources disponibles pour l'estimation des coûts (humaines, financières et d'information) influenceront sur l'approche adoptée.

Un autre facteur déterminant est la capacité d'accéder aux informations nécessaires, et aux personnes ressources/experts pour effectuer l'estimation des coûts.

La pérennité à moyen et long terme des pratiques proposées améliore leur valeur. Concevoir des scénarios : modélisation de systèmes efficaces vs pratique actuelle.

Une projection des besoins en ressources des PSPNS doit reposer sur des normes (par exemple, « un agent de santé doit être présent dans l'établissement huit heures par jour et fournir les médicaments correctement prescrits, conformément aux lignes directrices nationales ») ou sur les comportements réellement observés (tels que « les agents de santé passent en moyenne quatre heures par jour dans l'établissement et négligent souvent les lignes directrices nationales relatives à la prescription des médicaments »). L'approche adoptée pour l'analyse reflète une perspective philosophique. Si l'on ne s'attend pas à ce que des comportements inefficaces changent à court terme, l'équipe chargée de l'estimation des coûts peut vouloir discuter de la prise en compte de certaines inefficacités ou de la faiblesse du système (Encadré 7.13). L'analyse des goulots d'étranglement doit viser à réduire progressivement les inefficacités et à :

- i) modéliser le coût des activités qui augmenteraient les incitations pour être plus efficace, et ajuster les hypothèses du modèle des coûts
- ii) de telle façon que l'efficacité augmente avec le temps.

Encadré 7.13

Scénarios pour les projections liées aux personnels de santé au Mozambique et en Sierra Leone

L'estimation des coûts du plan stratégique national de santé du Mozambique (*Plano Estratégico do Sector da Saúde*)²¹ a envisagé deux scénarios pour les projections relatives aux ressources humaines. Un premier scénario suppose une main-d'œuvre hautement efficace qui réalise une productivité élevée compte tenu de l'utilisation d'équipements cliniques et de niveaux de compétences élevés. Un deuxième scénario suppose des ressources en main-d'œuvre plus intensifs exprimées en consultations plus longues avec les patients, notamment parmi les cadres infirmiers « de base » et le personnel de niveau intermédiaire. L'équipe technique de planification considère que le deuxième scénario reflète davantage les conditions réelles de prestation des services et l'utilisation de scénarios a permis ici des

discussions politiques fondées sur des modèles concrets.

En Sierra Leone, l'estimation des coûts du Plan de redressement du secteur de la santé (*Health Sector Recovery Plan*) 2015-2020²² a permis d'examiner l'utilisation prévue de la capacité du personnel de santé et l'utilisation de la capacité en lits d'hôpitaux. Ces résultats ont facilité une discussion sur la répartition actuelle du personnel, en particulier sur les pénuries évidentes de prestataires de soins de santé essentiels en comparaison aux besoins prévus correspondant à la mise en œuvre du plan. La modélisation a conduit le gouvernement à des engagements politiques concrets dans la révision des stratégies prévues concernant l'offre de personnels de santé et les stratégies de recrutement du secteur de la santé.

Alignement de l'estimations des coûts d'un programme spécifique avec celle des PSPNS

Par plans d'un programme spécifique, on entend ici plans de sous-secteurs tels qu'un plan stratégique de lutte contre le paludisme ou d'une feuille de route pour la santé maternelle. D'une manière générale, il est recommandé que les programmes/plans spécifiques aux secteurs soient parfaitement alignés sur les PSPNS et idéalement, qu'ils y soient totalement intégrés. On suppose souvent que la somme de tous les plans d'un programme est égale à l'ensemble des PSPNS. Cette hypothèse fait complètement abstraction des investissements importants dans le système de santé habituellement énoncés dans les PSPNS, d'autant plus que les programmes doivent tenir compte de la capacité du système de santé sous-jacent à fournir des services de santé, tant dans sa capacité actuelle que dans les améliorations prévues pour l'avenir.

En général, les méthodes d'estimation des coûts et les hypothèses sur le système de santé utilisées dans les différents domaines de programme et les PSPNS doivent être comparables. Si l'estimation des coûts (par exemple, le paludisme) s'appuie sur un système de santé inefficace et présente des taux de gaspillage significatifs, alors qu'un autre domaine (la vaccination, par exemple) suppose que le système de santé fonctionne de manière optimale, les hypothèses sous-jacentes sont différentes. Aussi est-il important de normaliser les hypothèses pour tous les programmes. Cela inclut les hypothèses de prix utilisées dans tous les programmes. Si les ressources sont censées être partagées (par exemple, le personnel de santé), les hypothèses autour du prix de ces ressources doivent être cohérentes dans les différents domaines du plan.

Les hypothèses relatives au prix et à la capacité du système de santé utilisées dans les estimations de coûts des différents programmes et des PSPNS doivent être comparables.

Méthodes

Évaluation ascendante vs affectation historique

Comme décrit précédemment, l'estimation des coûts d'un plan peut/ permet de relier les objectifs stratégiques du plan aux activités, et les activités à des coûts spécifiques. Le niveau de détail des estimations des coûts peut varier. Dans une certaine mesure, une approche d'affectation historique (ou « budgétisation par inertie » - inertia budgeting) peut être utilisée, un montant étant alloué à un domaine spécifique du plan en fonction du budget alloué de l'année précédente, souvent avec une légère augmentation du pourcentage tenant compte de l'inflation. Cela peut être justifié si le montant dépensé au cours des années précédentes est considéré comme approprié pour mener à bien les fonctions particulières et si un niveau d'activité et un budget connexe (ou nominalemment plus élevé) similaires devraient suffire pour les années à venir. Ce sera le cas, par exemple, du coût des frais généraux comme la tenue d'un registre national du cancer, ou le paiement des salaires du personnel administratif du programme du ministère de la Santé au niveau central.

L'utilisation de la budgétisation par inertie doit être envisagée avec soin. Cette approche est cependant moins utile lorsqu'il s'agit d'établir les coûts d'une stratégie qui envisage un système de santé susceptible d'être très différent du statu quo, incluant, par exemple, de nouveaux investissements significatifs ou différents types de services, une modification de la manière dont les services sont fournis et financés et, en définitive, une expansion de la couverture des services de santé. Dans ce cas, une approche ascendante plus détaillée de l'estimation des coûts permet de mieux prendre en compte les ressources nécessaires reflétant ces changements dans le système.

L'analyse peut utiliser une approche mixte et si la budgétisation par inertie peut être considérée comme suffisante dans certains domaines, une estimation des coûts plus détaillée peut être privilégiée dans d'autres domaines.

Estimation des coûts par approche ascendante : utilisation d'une analyse basée sur les coûts unitaires ou sur les coûts réels ?

L'estimation des coûts par approche ascendante repose sur des informations détaillées concernant les intrants, les quantités et les prix. Le point de départ consiste à identifier des activités spécifiques et des objectifs annuels, tels que la population nécessitant des services particuliers, par année. Ces éléments sont ensuite multipliés par les intrants moyens - par exemple, selon les besoins par personne et par service, et leurs prix respectifs. Une telle approche peut également être désignée comme l'estimation des coûts fondé sur les activités. L'approche ascendante est utile car elle permet de modéliser l'évolution possible de la structure des coûts pour des activités existantes si de nouvelles réformes sont mises en œuvre (par exemple, lorsque les sorties de fonds sont modifiées sur base d'une combinaison d'entrées spécifiques ou lorsque les prix des ressources changent).

Les coûts unitaires et les approches fondées sur les coûts réels peuvent être utilisés pour orienter l'estimation des coûts ascendant. Les coûts unitaires se rapportent aux coûts engagés pour produire une unité de « résultat », par exemple le coût par enfant ayant reçu tous les vaccins. L'application de coûts unitaires à des volumes requis peut aider à évaluer rapidement les fonds nécessaires mais cette méthode connaît certaines limites dans la mesure où les estimations des coûts unitaires dépendent fortement des hypothèses spécifiques utilisées pour les produire. Adam et al.²³ ont ainsi montré que le coût estimatif d'une consultation externe était très sensible aux hypothèses relatives au nombre de patients reçus par jour par un prestataire (voir Encadré 7.14 pour de plus amples informations sur les coûts unitaires).

L'estimation des coûts fondée sur les coûts réels tend à adopter une approche plus détaillée, les coûts résultant d'une multiplication des quantités et des prix. Cette approche maintient les prix et les quantités, considérés comme les principales « entrées » d'un coût, séparés et distincts. Par exemple,

L'estimation des coûts par approche ascendante repose sur des informations détaillées concernant les intrants, les quantités et les prix. L'affectation historique est une méthode d'allocation basée explicitement sur le budget de l'année précédente. Bien qu'il existe des situations pour lesquelles des affectations historiques sont nécessaires, une méthodologie plus détaillée et nuancée répondra mieux aux besoins d'estimation des coûts des PSPNS.

l'administration d'un traitement antipaludique aux femmes enceintes peut nécessiter une stratégie de proximité pour améliorer la sensibilisation, le diagnostic, l'accès aux médicaments antipaludiques, la répartition du temps de travail du personnel de santé et l'utilisation de l'établissement de santé. L'utilisation de l'approche des coûts unitaires revient par ailleurs à regrouper les quantités et les prix - par

exemple, le coût du traitement d'une femme enceinte atteinte de la malaria comprend des hypothèses sur le type de traitement administré et sur le coût de ce traitement qui ne sont d'ordinaire pas communiquées à ceux qui souhaitent comprendre sur quoi repose le coût unitaire. Le Tableau 7.3 résume les avantages et les inconvénients de ces deux approches.

Une approche ascendante de l'estimation des coûts nécessite des ressources importantes mais permet de modéliser l'évolution possible de la structure des coûts, sous l'effet de l'application de nouvelles réformes.

Tableau 7.3 Estimation des coûts basé sur les ressources vs approche du coût unitaire

	ESTIMATION DES COÛTS BASÉ SUR LES COÛTS RÉELS	APPROCHE DU COÛT UNITAIRE
Avantages	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Être capable de séparer les différentes composantes (personnels de santé, médicaments, frais de transport, etc.) et ainsi, de les estimer indépendamment pour une plus grande transparence et une meilleure vision de l'évolution de la structure des coûts et des facteurs de coûts dans le temps. ▶ Être en mesure d'ajuster les coûts si les quantités ou les niveaux des prix changent en raison d'une modification de certains facteurs comme les guides thérapeutiques ou les stratégies d'achat. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Peut être utilisée pour fournir des estimations rapides des besoins en ressources, en particulier lorsque ces estimations sont réalisées à haut niveau (par exemple, le coût unitaire par soins hospitaliers multiplié par l'augmentation prévue du recours aux soins hospitaliers pendant la durée des PSPNS). ▶ Fournir des estimations qui reflètent une partie d'un système commun lorsqu'on ne souhaite pas estimer le coût total du système.
Inconvénients	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Exige des ressources importantes et nécessite des hypothèses sur le degré d'utilisation ou de non-utilisation des ressources. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Repose sur des données de qualité, résultant d'études des coûts qui exigent elles-mêmes des ressources importantes. ▶ Risque de fournir des estimations erronées si les données sont inexactes. ▶ Difficultés à savoir dans quelle mesure les coûts unitaires sont représentatifs. ▶ Difficultés à comparer les coûts unitaires entre tous les services lorsqu'ils proviennent d'études différentes. ▶ Du fait du changement de la structure des coûts sous l'effet de l'évolution du système de santé, les coûts unitaires sont rapidement obsolètes.

Les estimations obtenues au moyen d'une approche fondée sur les coûts réels peuvent être transformées en estimations des coûts unitaires, mais

pas inversement. Dans le cadre de l'estimation des coûts des PSPNS, les deux approches peuvent être combinées.

Encadré 7.14

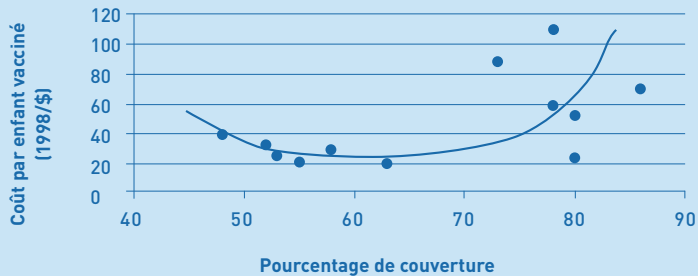
Coûts unitaires dérivés de façon descendante

Les coûts unitaires sont généralement calculés à l'aide d'une « approche descendante », se référant à un processus dans lequel le montant total des ressources est connu, et est ensuite attribuée à différentes fonctions de coûts, en utilisant des algorithmes d'allocation spécifiques. Un exemple est l'évaluation des coûts des soins hospitaliers, où les dépenses totales de l'hôpital sont attribuées aux différents services, afin d'évaluer le coût de chacun d'entre eux et le coût moyen par patient accueilli pour différents types de soins. Les coûts unitaires issus de la pratique réelle reflètent le système existant, notamment l'utilisation actuelle des capacités de ressources et les inefficiences associées (par exemple, si certains profils de personnel de santé sont inoccupés une grande

partie du temps, leurs capacités sont sous-utilisées et les coûts unitaires sont généralement plus élevés que dans un système dont les ressources sont utilisées de façon plus rationnelle).

Le concept d'économies d'échelle suppose que les coûts unitaires diminuent avec l'augmentation de la couverture car les coûts fixes sont répartis sur un plus grand nombre d'unités de production. Cependant, une fois qu'un certain niveau est atteint, correspondant à un taux de pleine utilisation des capacités, les coûts unitaires peuvent à nouveau augmenter (par paliers). Et ils ne régresseront probablement plus jusqu'à ce que soit atteint un certain niveau d'activité et de chiffre d'affaires de l'hôpital. Dans la plupart des contextes, il est

Illustration d'une « courbe des coûts unitaires » type selon des données publiées



D'après Johns B et Tan Torres T. Costs of scaling up health interventions : a systematic review. Health policy and planning. 2005. (<http://heapo.oxfordjournals.org/content/20/1/1.long>, consulté le 18 octobre 2016)

difficile de situer « l'établissement moyen » ou le programme de prestation dans la courbe des coûts. Puisque les coûts unitaires issus d'une affectation descendante reflètent le système actuel, ils n'indiquent pas nécessairement les ressources nécessaires pour garantir des résultats de qualité, en particulier dans les systèmes de santé qui souffrent d'une insuff-

isance chronique de financement. Lorsque des coûts unitaires sont utilisés, il est important d'examiner attentivement la façon dont les coûts unitaires pourraient évoluer au fil du temps et selon les populations et si les données recueillies comme point de référence reflètent les ressources nécessaires prévues dans le système.

Montants forfaitaires

Les montants forfaitaires se rapportent à un coût chiffré qui recouvre à la fois des ressources, des quantités et des lignes de coûts. Le coût forfaitaire couvre généralement plus d'éléments qu'un coût unitaire, mais de façon moins transparente - tel un montant forfaitaire global nécessaire à une pandémie ou à la préparation à une situation d'urgence. Les montants forfaitaires sont inférieurs aux coûts unitaires et à l'estimation des coûts basée sur les ressources parce qu'ils sont moins détaillés mais, là encore, l'analyste doit tenir compte des ressources disponibles pour l'estimation des coûts et de l'utilisation de montants forfaitaires dans certains cas, en particulier pour les éléments qui constituent une petite partie de l'ensemble des coûts. Dans certains contextes, des règles empiriques peuvent être appliquées, comme l'utilisation de méthodes moins complexes pour des coûts censés constituer 1 % ou moins de l'enveloppe globale des ressources.

Le montant forfaitaire doit néanmoins être suffisant et proportionnel aux résultats escomptés. Certaines catégories de coûts, comme les services publics, peuvent paraître fixes de nature, ce qui permet d'estimer les coûts forfaitaires, mais dans les faits, ils peuvent dissimuler des inefficacités dans l'utilisation des ressources. Tel est, par exemple, le cas des pays de l'ex-Union soviétique où le coût des services publics constituent une part importante du budget, notamment en raison de la configuration des infrastructures existantes. La forte densité des établissements entraîne des coûts fixes importants en électricité, chauffage, et les coûts des services publics peuvent être utilisés pour subventionner l'utilisation d'autres ressources. En République de Moldavie par exemple, plus de 25 % des dépenses de santé du gouvernement en 2000 ont été consacrés aux services publics.²⁴ Quelques années plus tard, les dépenses pour l'eau, le chauffage et l'électricité ont diminué de 6,8 %.²⁵

Traitement de divers types de coûts

Coûts d'investissement vs coûts de fonctionnement

L'établissement des coûts doit généralement présenter

une ventilation séparée des coûts d'investissement et des coûts de fonctionnement. Les coûts d'investissement concernent l'achat de biens ayant une durée de vie de plus d'un an (un appareil de radiographie, par exemple) tandis que les coûts de fonctionnement (ou coûts récurrents) se rapportent à des biens consommables, qui ont une durée de vie de moins d'un an (les dépenses d'électricité liées au fonctionnement d'un appareil de radiographie, par exemple).²⁶ Leur séparation vise à permettre aux planificateurs de comprendre quelle part des coûts représente des investissements ponctuels. Le modèle utilisé pour l'estimation des coûts doit également inclure des liens clairs entre les investissements et les coûts de fonctionnement. Chaque unité de capital supplémentaire investie entraînera des coûts supplémentaires de fonctionnement. Par exemple, dans de nombreux États de l'ex-Union soviétique, les pouvoirs publics ont engagé des coûts importants de fonctionnement pour la gestion des hôpitaux, les investissements remontant à 30 ou 40 ans. La fermeture des hôpitaux pourrait libérer les ressources actuellement utilisées dans la gestion de structures inefficaces, en réaffectant ces ressources vers des niveaux inférieurs, pour des services proches des patients. Dans d'autres contextes, il peut y avoir un besoin exprimé dans le cadre des PSPNS pour des investissements importants dans les soins tertiaires et, lorsque cela inclut la construction de nouvelles structures hospitalières, ces investissements doivent être accompagnés d'une augmentation des investissements récurrents liés aux salaires, aux produits de base et aux coûts de fonctionnement. Veuillez noter que les plans d'investissement et le financement connexe peuvent être consultés pour savoir s'il s'agit d'investissements ou de coûts de fonctionnement, en s'adressant aux différents ministères et/ou départements.

Coût d'intervention vs coûts programmatiques

Concernant les programmes techniques du ministère de la Santé de lutte contre les maladies, nombreux sont ceux dont les objectifs sont définis tant pour les interventions sanitaires (présence de personnel qualifié pendant les accouchements, par exemple) que pour les

Les différents types de coûts doivent être traités différemment, et parfois même séparément : coûts d'investissement vs coûts de fonctionnement, coûts d'intervention vs coûts programmatiques, coûts directs vs coûts indirects.

activités programmatiques (spécifiques au programme) (par exemple, mener des activités destinées à générer de la demande telles que l'information et la sensibilisation dans les communautés ou l'organisation de cours de formation pour améliorer les compétences des sages-femmes et leur permettre de dispenser des soins de qualité à la naissance). Il n'est pas du ressort d'un programme technique spécifique d'obtenir et de gérer un budget suffisant pour dispenser ces services. Cependant, plaider en faveur de crédits et gérer le budget spécifique aux activités « programmatiques » entre directement sous son influence. Aussi est-il souvent nécessaire d'estimer et de présenter séparément les coûts d'interventions des coûts programmatiques.

Coûts totaux vs coûts marginaux

Les PSPNS nécessitent des estimations de ses coûts totaux pour alimenter le CDTM et les discussions budgétaires. Les coûts marginaux concernent uniquement les besoins supplémentaires en ressources qui débordent du cadre actuel du système de santé, y compris ceux destinés à réformer et optimiser l'efficacité du système. Il est possible d'estimer les coûts marginaux puis de les ajouter aux dépenses de santé en cours, avec ou sans modifications modélisées de ces dernières, dans la perspective des réformes prévues, mais les mises en garde doivent être connues et documentées en ce qui concerne le niveau d'investissement actuel et de dépenses pendant la durée des PSPNS.

Points supplémentaires

Inflation

L'estimation des coûts peut inclure ou non l'inflation. Dans les deux cas, la décision doit être clairement communiquée et les hypothèses concernant l'inflation doivent être explicites. La principale raison de ne pas présenter des coûts qui tiennent compte de l'inflation est le caractère incertain de ce facteur, et les tendances futures peuvent s'écarter considérablement de ce qui a

été présenté dans les PSPNS. Aussi est-il recommandé aux pays qui souhaitent présenter des estimations tenant compte de l'inflation d'inclure plusieurs tableaux de résultats, dont au moins un avec des niveaux de prix constant, tandis que les autres présenteront des scénarios avec une inflation constante, l'inflation prévue par le Fond monétaire international (FMI), et des niveaux d'inflation réduits et/ou décroissants. Une autre option consiste à présenter d'abord les coûts à prix constants puis, à chaque actualisation/présentation à divers partenaires de financement, à convertir les coûts en chiffres qui intègrent l'inflation, en tenant compte des dernières données disponibles sur ce phénomène.

Taux de change et biens commercialisés

Le coût des médicaments et des tests de diagnostic dépend de la possibilité de les acheter localement ou s'ils doivent être importés et payés en devises étrangères. S'il faut les importer, l'accessibilité financière mesurée en monnaie locale dépend de taux de change favorables. Il peut être important de mentionner ce fait lors de l'estimation et de la présentation des coûts et :

- ▶ d'indiquer quels types d'investissements sont les plus touchés par les hypothèses relatives aux taux de change ;
- ▶ de présenter les coûts estimatifs pluriannuels en monnaie locale et en dollars des Etats-Unis, ou dans une autre devise mondiale.

Outils d'estimation des coûts

De nombreux outils sont disponibles pour guider le choix des priorités et les projections de coûts, que ce soit pour des maladies spécifiques ou pour une planification plus large du secteur de la santé. L'utilisation d'outils d'estimation des coûts préexistants présente plusieurs avantages et inconvénients. Certains sont énumérés dans le Tableau 7.4.

Tableau 7.4 Avantages et inconvénients potentiels des outils préexistants d'estimation des coûts

AVANTAGES POTENTIELS	INCONVÉNIENTS POTENTIELS
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Les outils fournissent une liste de contrôle des ressources recommandées pour différentes activités ou interventions, incluant souvent une liste d'interventions prioritaires à fort impact, recommandées à l'échelle mondiale. La fourniture d'une liste de contrôle peut aider à réduire le risque d'omission d'activités cruciales mais moins visibles (comme les coûts administratifs, la maintenance des équipements et des véhicules). 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Les utilisateurs peuvent se servir de la liste de contrôle comme d'un guide absolu et être tentés de remplir chaque section sans examiner attentivement ce qui serait le plus pertinent dans le contexte national.
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Les outils fournissent des algorithmes de calcul, simplifiant ainsi les calculs mathématiques. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Les algorithmes de calcul peuvent dissimuler des détails aux utilisateurs, aux dépens de la transparence.
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Les outils facilitent l'utilisation de méthodes/prix normalisés dans tous les domaines de calcul (comme différents domaines de programme sur une maladie). ▶ Les outils aident à fournir une base factuelle permettant d'expliquer les effets des investissements au niveau des programmes sur le système de santé. 	
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Les outils fournissent souvent les prix mondiaux par défaut des ressources, comme pour les médicaments, les vaccins et les véhicules et parfois même les prix locaux, comme pour les salaires du personnel de santé. Les données par défaut proviennent souvent de contextes ou de pays similaires et peuvent être utilisés pour guider l'estimation approximative initiale des coûts et servir de vérification des données locales. La valeur ajoutée des données par défaut est la suivante : <ul style="list-style-type: none"> ▶ après un rapide contrôle de faisabilité, elles peuvent être utilisées pour le premier cycle d'estimation des coûts bruts ; ▶ elles peuvent servir à vérifier quelles données locales sont mesurables. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Les utilisateurs peuvent appliquer des données par défaut aveuglément sans rechercher d'alternatives locales. ▶ Si les données par défaut ne sont pas actualisées, elles risquent de refléter des chiffres et des prix périmés.
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Les outils peuvent fournir un format de modèle standard pour les activités, qui permet aux utilisateurs de saisir facilement les données relatives à la définition des priorités pour les cours de formation, les achats de véhicules, etc. ▶ Réduction du risque d'erreurs de calcul. ▶ Les formules sont préalablement testées et validées. ▶ Un modèle standard, validé le rend plus accessible pour l'examen. 	
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Lorsque les outils incluent une composante d'impact épidémiologique, ils permettent de calculer les effets prévus du plan. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Les estimations d'impact épidémiologique doivent être considérées comme indicatives et non de manière absolue.
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Les outils fournissent rapidement et automatiquement des données sur les produits, y compris sous forme de tableaux et graphiques. ▶ Une analyse du système de santé dans son ensemble peut être plus facile dès lors que toutes les données associées à l'estimation des coûts sont regroupées dans une même base de données. 	
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Des ajustements peuvent être effectués au fil du temps dans une base de données récapitulative, qui pourra faire l'objet d'un suivi. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ L'utilisation des outils nécessite la mise en place et le maintien de capacités locales pour assurer l'actualisation nécessaire des projections.

L'outil OneHealth a été développé par un groupe d'agences des Nations Unies en réponse aux pays qui souhaitaient disposer d'un outil de planification et d'évaluation des coûts à l'échelle du secteur de la santé.

L'outil OneHealth - développé par un groupe de travail inter-agences composé de spécialistes sur l'estimation des coûts de l'OMS et d'autres institutions de l'Organisation des Nations Unies (ONU) - est l'un des instruments disponibles qui peut être utilisé pour générer l'ensemble des coûts et les objectifs à grande échelle aux fins d'estimer des coûts appuyant la planification et de la budgétisation stratégiques.

L'outil OneHealth a été conçu pour permettre à l'utilisateur d'évaluer dans quelle mesure les objectifs fixés dans le plan sont réalisables et d'examiner conjointement les objectifs du programme et des systèmes de santé. L'outil peut également être utilisé pour produire des estimations de l'impact sur la santé liées aux changements de couverture et de prestation de services (Encadré 7.15).

Encadré 7.15

L'outil OneHealth²⁷

L'outil OneHealth est un logiciel conçu pour alimenter la planification stratégique nationale de la santé et l'estimation des coûts dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Son développement a été supervisé par un groupe de travail inter-agences composé de représentants de l'OMS, de l'ONUSIDA (Programme commun des Nations Unies sur le VIH / sida), du PNUD (Programme des Nations Unies pour le développement), du FNUAP (Fonds des Nations Unies pour la population), de l'UNICEF, de la Banque mondiale et d'ONU-Femmes.

L'outil OneHealth a été développé en complément d'outils spécifiques aux maladies qui ne tiennent pas compte des coûts du système de santé. Cet outil relie les objectifs stratégiques et les objectifs des programmes de prévention et de lutte contre des maladies aux investissements nécessaires dans les systèmes de santé, et il constitue une plateforme pour l'analyse des coûts d'un plan du secteur de la santé dans son intégralité. Il fournit aux planificateurs un cadre unique pour l'analyse de scénarios, de l'estimation des coûts et l'analyse de l'impact sur la santé des stratégies

de lutte contre les principales maladies et les composantes du système de santé.

Outre le calcul des coûts, l'outil estime la réduction probable de la mortalité et de la morbidité sur la base des cibles définies par l'utilisateur. Pour la planification stratégique, l'outil offre par ailleurs une fonctionnalité utile qui est la possibilité de concevoir des scénarios pour développer des plans basés sur la question « Et si ? » et d'en examiner le coût et l'impact.

L'outil se présente avec des données par défaut intégrées au préalable, sur la prévalence et l'incidence des maladies, les protocoles d'intervention pour la promotion de la santé, les soins préventifs et curatifs, ainsi que les prix des médicaments, des fournitures et des équipements. Ces données par défaut peuvent toutes être modifiées par l'utilisateur.

La première version officielle de l'outil OneHealth a été publiée en mai 2012. Depuis, plus de 30 pays utilisent l'outil pour alimenter la planification et l'estimation des coûts.

Résumé des recommandations

Lorsque les ressources sont suffisantes, il est recommandé d'utiliser la méthode ascendante (basée sur les ressources) de l'estimation des coûts pour :

- ▶ associer entre les ressources et les produits, et améliorer ainsi la responsabilisation ;
- ▶ établir un lien entre l'estimation des coûts (certains éléments de coûts) et les catégories du budget national ;
- ▶ utiliser des hypothèses réalistes sur le rythme de la mise en œuvre et les effets des stratégies sur la couverture des interventions sanitaires sur la base d'une analyse des goulots d'étranglement.

L'estimation des coûts des PSPNS ne doit pas reposer sur des informations détaillées concernant les ressources, au nombre de gants et de boules de coton requis pour chaque estimation au cours des prochaines années. Lors de l'estimation des coûts, il est plutôt avantageux d'établir un lien entre les ressources et les produits à un niveau spécifique au contexte et à la population tout en réduisant au minimum la nécessité d'une planification détaillée. L'essentiel est que l'approche choisie repose sur des données factuelles et que le service de planification soit en mesure de justifier les montants indiqués, qu'il s'agisse de données historiques ou d'une prévision ascendante.

7.5.4 Garantir des estimations de coûts de qualité

Il est essentiel de prendre des mesures pour que les coûts des PSPNS respectent les normes requises. Les lignes directrices sur les normes et les critères sont incluses dans le JANS (Encadré 7.5) qui se concentre principalement sur l'exhaustivité de l'estimation des coûts (incluant tous les types de ressources et parties prenantes), la transparence (les estimations sont clairement expliquées), le réalisme (des orientations spécifiques limitées sont dans le JANS mais les « reality checks » [contrôles permettant de confronter les estimations à la réalité]

ci-dessous peuvent être une source d'inspiration) et la fiabilité méthodologique (les données relatives aux ressources doivent être aussi précises que possible, tout comme les algorithmes de calcul).

Tout d'abord, certains « reality checks » initiaux doivent être effectués au début du processus d'estimation des coûts :

- ▶ calculer les estimations par habitant, plus faciles à interpréter que des estimations agrégées ;
- ▶ comparer les estimations par habitant avec les dépenses courantes, les projections antérieures, et les estimations disponibles dans la littérature publique mondiale et/ou celles produites par des pays voisins/similaires ;
- ▶ comparer les coûts aux dépenses courantes.

Vérifier les facteurs de coûts (Encadré 7.16) et les comparer aux facteurs de coûts actuels courants issus des budgets ou des comptes de la santé actuels.

Ensuite, il peut également être utile de soumettre l'établissement des coûts à un examen par des pairs. De tels processus de révision s'accompagnent souvent de commentaires d'experts internes ou externes, voire les deux. Ces commentaires permettent à l'équipe d'améliorer le calcul et la présentation des estimations.

Enfin, la mise en place de processus pour la validation des données et la consultation générale des parties prenantes, tels que décrits ci-dessus dans la liste d'étapes proposées, appuient la validation des hypothèses utilisées, le choix des priorités définies et les résultats produits. L'un des processus d'examen de l'estimation des coûts s'effectue grâce à un processus JANS complet mais il existe aussi d'autres méthodes d'évaluation par les pairs, telles que l'invitation des experts à apporter des observations à distance.

Encadré 7.16

Examen des facteurs de coûts pour les besoins estimés en ressources prévues dans le plan de développement du secteur de la santé 2013-2025 en Angola²⁸

	Programme	Coûts 2013-2025 (en millions de US\$)	% des coûts 2013-2025
1	Prévention et contrôle des maladies	24 472	30.2
2	Soins de santé primaires et soins hospitaliers	851	1.1
3	Personnels de santé	20 517	25.3
4	Recherche	7	0.0
5	Réseau d'établissements de santé	33 001	40.7
6	Logistique, médicaments et dispositifs médicaux	2130	2.6
7	Systèmes d'information et de gestion sanitaires	53	0.1
8	Gouvernance et cadre institutionnel	20	0.0
9	Financement et viabilité	26	0.0
	Total	81 077	100.0

Le Plan national de développement du secteur de la santé (Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário - PNDS) est un outil stratégique et opérationnel destiné à aider à la réalisation des objectifs politiques énoncés dans la stratégie de développement national à long terme « Angola 2025 » et dans la politique nationale de réforme de la santé. Le PNDS inscrit la santé au centre du développement national et de la justice sociale, encourageant un accès universel et équitable à des soins de santé de qualité, en vue de lutter contre la pauvreté et d'améliorer le bien-être de la population. Le plan pour 2012-2025 fixe des objectifs ambitieux pour arriver à ces fins et les coûts prévus pour les investissements planifiés représentent une augmentation des dépenses de santé par habitant de 186 US\$ en 2011 à 276 US\$ en 2025.

Le tableau ci-dessus présente des exemples de résultats issus des projections de coûts pour le plan. Le montant de 81 milliards de US\$ sur 13 ans équivaut à 6,2 milliards de US\$ par an, bien qu'il soit estimé que les coûts augmenteront

pendant cette période pour atteindre 9,4 milliards de US\$ en 2025.

Le principal facteur de coûts est l'extension du réseau d'établissements de santé (40,7 %), ce qui implique principalement la construction et le maintien d'infrastructures pour la santé compte tenu des besoins résultant de la guerre civile en Angola et qui a détruit une grande partie du réseau des établissements existants. Le deuxième facteur de coûts est la prévention et le contrôle des maladies (30,2 %), dans lequel s'inscrivent les diverses estimations du programme national, notamment des facteurs de coûts importants tels que (par ordre d'importance, non indiquée ici) : la nutrition, la lutte contre le cancer, les maladies rénales chroniques, le VIH/sida, et la santé maternelle et infantile. Ces cinq domaines de programme représentent conjointement plus de 80 % des coûts prévus dans la catégorie prévention et le contrôle des maladies. Le personnel de santé représente 25,3 % des coûts globaux prévus du PNDS.

7.6 Et si ... ?

La présente section décrit les questions liées à l'estimation des coûts dans des contextes spécifiques tels que la décentralisation, les pays fortement dépendants de l'aide et les États en situation de fragilité.

7.6.1 Et si votre pays est doté d'une organisation décentralisée ?

Si la santé est du ressort d'une entité décentralisée, il est possible que toute la politique de santé et les cycles de financement relèvent d'une autorité décentralisée. Un processus décentralisé peut avoir mis en place des dispositions institutionnelles pour la coordination, la planification, la budgétisation, l'information financière et la mise en œuvre pour tous les ministères/institutions gouvernementales, ainsi qu'entre les différents niveaux administratifs du pays. Ces organismes de coordination sont des mécanismes importants pour les acteurs de la planification de la santé appelés à discuter de questions spécifiques liées aux estimations des coûts et aux hypothèses sous-jacentes et à revoir les calculs initiaux, à les vérifier et les comparer.

Le ministère de la Santé ou d'autres autorités centrales de planification doit donner des indications fermes sur les normes et les méthodologies à utiliser pour l'estimation des coûts - à défaut de quoi un ensemble diversifié et hétérogène de données provenant des différentes structures décentralisées rendra très difficile l'agrégation des données nationales et la production d'estimations nationales. Le coût d'une campagne de sensibilisation communautaire, par exemple, n'est pas comparable entre deux régions si les hypothèses sur lesquelles repose l'estimation des coûts et la méthodologie utilisée ne sont pas harmonisées.

Dans beaucoup de pays de grande taille, la majorité des dépenses de santé publiques sont effectuées au niveau infranational. Les pouvoirs publics locaux ont en général plus facilement accès à des données spécifiques au contexte local de sorte que les estimations de coûts peuvent être affinées et réellement

adaptées à la situation locale. Ces estimations sont extrêmement utiles pour établir les moyennes et les totaux nationaux et servir de base critique pour l'estimation des coûts des PSPNS.

Certaines questions à considérer lors de l'estimation des coûts et de la budgétisation dans des contextes décentralisés sont exposées ci-dessous. Compte tenu du lien entre les estimations des coûts et les affectations budgétaires, ces questions sont pertinentes pour les deux processus.

Que signifie concrètement la décentralisation dans votre pays ? Dans quelle mesure les structures, les responsabilités et les budgets sont-ils effectivement décentralisés ?

Plus les autorités locales ont de pouvoir et d'autorité, plus il y a de chances que l'estimation des coûts et la budgétisation soient rationnels et proches des besoins réels de la population locale.

L'autorité centrale doit-elle regrouper l'estimation des coûts et la budgétisation au niveau national ?

Si tel est le cas, les conseils et les modèles fournis par une autorité centrale seraient utiles et nécessaires pour réduire le poids de cette tâche et les marges d'erreur liées au reformatage et à la restructuration aux fins de la comparaison et de l'agrégation des données. En outre, un soutien technique d'une autorité centrale peut être recommandé.

L'autorité centrale doit tenir compte des revenus générés à différents niveaux pour établir des projections budgétaires plus précises.

Quel est le niveau de transparence des coûts, des budgets et des dépenses du système de santé déclarés au niveau décentralisé ?

Un faible niveau de transparence peut révéler un manque de responsabilité de l'autorité décentralisée à l'égard de la population et souligner l'occasion manquée de tirer parti des avantages de la proximité avec la population au profit de la planification et de la budgétisation.

Dans un contexte décentralisé, il est important d'harmoniser et d'aligner les hypothèses et les méthodologies utilisées pour l'estimation des coûts dans toutes les entités infranationales afin d'éviter un ensemble diversifié et hétérogène de données qui rendrait difficile l'agrégation des estimations nationales.

7.6.2 Et si votre pays est fortement dépendant de l'aide ?

Dans un contexte de dépendance de l'aide, les programmes verticaux peuvent bénéficier de financements importants sous forme de crédits affectés à des fins particulières. Des programmes spécifiques (par exemple, sur le VIH ou le paludisme) ont souvent des projections pluriannuelles qui ont été estimées dans le cadre de propositions de projets de développement. Ces projections doivent être alignées sur l'analyse générale des PSPNS. Il convient ici de noter quelques points essentiels.

Premièrement, un problème se pose souvent dans les pays à faible revenu quant au rôle relatif des stratégies axées sur une maladie spécifique ou sur un cycle particulier de vie qui bénéficient d'un financement extérieur dans le cadre des priorités de l'ensemble du secteur.²⁹ Une analyse de l'impact des objectifs du programme et de leurs projections sur les ressources générales communes du système de santé peut être extrêmement utile pour encourager les discussions autour de l'alignement des projets financés par des donateurs et les objectifs des PSPNS.

Deuxièmement, la viabilité devient un problème lorsqu'une grande partie des ressources provient de l'extérieur. Il faut en tenir compte lors de la mise en place d'un exercice d'estimation des coûts en raison de (a) la volatilité des flux d'aide extérieure³⁰ et (b) la transition prévue du soutien externe des donateurs au financement interne lorsque les pays ne sont plus « habilités » à bénéficier de l'aide selon les donateurs.

Troisièmement, les projets financés par l'aide extérieure peuvent fonctionner avec différents modèles de prestation de services issus de systèmes financés par le gouvernement, entraînant la fourniture de soins inéquitables.

Le travail d'estimation des coûts peut être utilisé comme un instrument puissant pour alimenter le dialogue sur les questions susmentionnées et

renforcer l'harmonisation autour des activités du secteur de la santé menées par différentes parties prenantes.

Quatrièmement, les coûts peuvent être significativement plus élevés dans les programmes financés directement par les donateurs.

7.6.3 Et si votre pays est en situation de fragilité ?

comparaison à d'autres pays, ce qui se traduit par une dépendance croissante aux paiements informels et à l'aide extérieure. En outre, la transition des secours d'urgence à court terme au développement à plus long terme implique un changement de modèles de financement pour le secteur de la santé - généralement, le gouvernement reprend le contrôle des services de base avec l'aide importante de donateurs. Dans la plupart des cas, ce moment est accompagné de la présence continue de services d'urgence, créant plusieurs flux de financement parallèles pour différents types et divers services, nécessitant une solide capacité d'orientation et de gestion de la part du ministère de la Santé. Ceci est rarement le cas, par définition, dans un État fragile, d'où l'extrême complexité et la grande difficulté de procéder à une planification et une estimation des coûts rationnels. Les investissements nécessaires sont par ailleurs souvent plus élevés dans les États fragiles que dans les États plus stables mais restent semblables, en raison de la nécessité de reconstruire le système de santé.³¹

Dans un contexte de fragilité ou en situation post-conflit, les contraintes de temps peuvent compromettre un travail détaillé sur l'estimation des coûts ; il est crucial que des spécialistes expérimentés entament rapidement cette tâche. Les résultats d'une estimation réaliste des coûts de redressement et de reconstruction peuvent être utilisés pour influencer sur les engagements et les promesses des donateurs.

Un dilemme supplémentaire tient au contexte hautement politisé dans lequel les gouvernements de transition interagissent avec leurs populations. Des attentes irréalistes peuvent être avancées, en l'absence des capacités et des budgets nécessaires pour leur mise en œuvre. Ce cercle vicieux peut être une menace supplémentaire pour la sécurité. Dans une telle situation, il est important de :

- ▶ procéder à une estimation solide et réaliste du coût d'un système de santé d'urgence/post-conflit ; les contraintes de temps peuvent ne pas permettre d'entrer dans les détails de l'exercice d'où l'importance de confier ce travail à des spécialistes expérimentés ;

- ▶ tenter d'utiliser l'estimation réaliste des coûts du redressement et de la reconstruction pour établir des liens avec les donateurs et influencer leurs engagements et annonces de contribution - et non l'inverse, c'est-à-dire ne pas laisser les engagements et les intérêts des donateurs régir la planification et l'estimation des coûts du redressement.

L'analyse de scénarios peut être un outil extrêmement utile dans des contextes fragiles pour prendre en compte l'incertitude de la situation.



7.7 Conclusion

Le présent chapitre décrit les principales questions à prendre en considération dans les projections de coûts pluriannuelles aux fins de l'élaboration des PSPNS.

L'estimation des coûts des PSPNS doit faire partie intégrante du processus de planification et il doit être envisagé dans le contexte plus large de processus de budgétisation et de financement. L'estimation des coûts est cruciale car elle peut aider à souligner la nécessité d'établir des priorités et d'alimenter le processus de choix des priorités.

Les projections de coûts doivent être interprétées comme reflétant un contexte dynamique et incertain, et nécessiteront par conséquent des mises à jour au fil du temps. Les avantages d'une approche ascendante - reliant les ressources et les produits, et appuyant la responsabilisation et le partage transparent de l'information - sont présentés.

Le principal facteur qui affecte les estimations de coûts est l'impact estimatif sur l'amélioration de la couverture des méthodes de mise en œuvre des stratégies et des activités spécifiques décrites dans les PSPNS. Ces estimations des progrès de la couverture doivent être clairement décrites dans des études telles que l'analyse des goulots d'étranglement.

L'utilisation de scénarios peut être un outil puissant pour démontrer quelles stratégies de mise en œuvre peuvent être plus réalisables et abordables que d'autres pendant la période de planification à court et à moyen terme. Les scénarios peuvent aider à informer les décideurs politiques que les estimations de coûts ne doivent pas être interprétées comme des chiffres « statiques » absolus, mais être considérées comme des estimations indicatives pour lesquelles subsiste un intervalle d'incertitude considérable.

Enfin, l'analyse des coûts des PSPNS est une composante essentielle pour alimenter le dialogue décisionnel à tous les niveaux. Le processus d'estimation des besoins en ressources par une approche participative peut en soi renforcer l'adhésion au processus des PSPNS parmi les acteurs nationaux et les partenaires extérieurs.

En résumé, il est essentiel que le processus d'estimation des coûts des PSPNS soit :

- ▶ une partie intégrante de la planification ;
- ▶ acquis localement ;
- ▶ un reflet des réformes politiques prévues ;
- ▶ soumis à des processus de validation et d'examen ;
- ▶ un outil d'analyse de faisabilité et d'efficacité ;
- ▶ un outil de responsabilisation.

Références bibliographiques

- Waddington, C. Lessons from the JANS on Sudan's national health sector strategic plan. Lessons learnt paper prepared for the International Health Partnership+. Geneva: Joint Assessment of National Health Strategies (JANS); 2013 (https://www.internationalhealthpartnership.net/fileadmin/uploads/ihp/Documents/Results___Evidence/JANS_Lessons/Lessons%20from%20JANS%20in%20Sudan%20July%202013%20-%20%20FINAL%20AUGUST%202013.pdf, consulté le 7 juillet 2016).
- Goss J. Projection of Australian health care expenditure by disease, 2003 to 2033. Canberra: Australian Institute of Health and Welfare; 2008 (<http://aihw.gov.au/publication-detail/?id=6442468187>, consulté le 8 juillet 2016).
- Green A. An introduction to health planning for developing health systems, 3rd edition. Oxford: Oxford University Press; 2007, 18-20.
- Tsofa B, Molyneux S, Goodman C. Health sector operational planning and budgeting processes in Kenya: "never the twain shall meet". *Int J Health Plann Manage*. 2015. doi:10.1002/hpm.2286.
- Stierman E, Ssengooba F, Bennett S. Aid alignment: a longer term lens on trends in development assistance for health in Uganda. *Global Health*. 2013; 9(1):7 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3599223/>, consulté le 8 juillet 2016).
- Özaltın A, Cashin C, editors. Costing of health services for provider payment: a practical manual based on country costing challenges, trade-offs, and solutions. Washington (DC): Results for Development Institute, Joint Learning Network for Universal Health Coverage; 2014.
- International Health Partnership (IHP+). Évaluation conjointe des stratégies et plans de santé nationaux: évaluation conjointe combinée: outil et guide. Version du 3 août 2013 (https://www.internationalhealthpartnership.net/fileadmin/uploads/ihp/Documents/Results___Evidence/JANS_Lessons/JANS%20Tool-Guidelines_Vers3_aug2013_fr_final_website.pdf, consulté le 9 juillet 2016).
- Inter-agency Task Force on Financing for Development. Addis Ababa Action Agenda: Monitoring commitments and actions. Inaugural report. 2016. New York: United Nations; 2016 (http://www.un.org/esa/ffd/wp-content/uploads/2016/03/Report_IATF-2016-full.pdf, consulté le 9 juillet 2016).
- Ethiopia Federal Ministry of Health. Health sector strategic plan (HSDP-III) 2005/6-2009/10. Addis Ababa: 2005 (<http://cnhde.ei.columbia.edu/files/4/1/2007-Jun-Thu-070511.pdf>, accessed 17 July 2016).
- Omaswa F, Boufford JI. Strong ministries of health for strong health systems: an overview of the study report: supporting ministerial health leadership: a strategy for health systems strengthening. African Centre for Global Health and Social Transformation (ACHEST)/The New York Academy of Medicine; 2010 (<http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/unpan/unpan038593.pdf>, consulté le 8 juillet 2016).
- D'après la Figure 1 du document : Suivi, évaluation et revue des stratégies sanitaires nationales : plateforme de pays pour l'information et la redevabilité. Genève: Organisation mondiale de la Santé/International Health Partnership; 2011 (http://www.who.int/healthinfo/MandE_NHS_french_lowres.pdf?ua=1, consulté le 17 juillet 2016).
- Overy N. In the face of crisis: the Treatment Action Campaign fights government inertia with budget advocacy and litigation. *International Budget Partnership: 2011 [From Analysis to Impact, Study No. 7]*; <http://www.internationalbudget.org/wp-content/uploads/LP-case-study-TAC.pdf>, consulté le 11 juillet 2016).
- Mauskopf JA, Sullivan SD, Annemans L, Caro J, Mullins CD, Nuijten M et al. Principles of good practice for budget impact analysis: report of the ISPOR Task Force on Good Research Practices - Budget Impact Analysis. *Value in Health*. 2007;10(5):336-47 (https://www.ispor.org/workpaper/research_practices/Principles_of_Good_Research_Practices-Budget_Impact_Analysis.pdf, consulté le 8 juillet 2016).
- Thue N, Makubuya AN, Nakireunda M. Report of a study on the civil society in Uganda: for the Royal Norwegian Embassy in Uganda. July 2002. Norwegian Agency for Development Cooperation (NORAD) (<https://www.norad.no/en/tools/publications/publications/2009/report-of-a-study-on-the-civil-society-in-uganda-for-the-royal-norwegian-embassy-in-uganda/>, consulté le 12 juillet 2016).
- Kruse SE. CSO and SWAPs in Uganda: the role of civil society organisations in Uganda's health sector programme. June 2003 (NORAD Report 5/2004; <https://www.norad.no/globalassets/import-2162015-80434-am/www.norad.no-ny/filarkiv/vedlegg-til-publikasjoner/052004.pdf>, consulté le 12 juillet 2016).
- Muhangi D. Study of civil society organizations in Uganda: phase II report. September 2004. Uganda Program for Human and Holistic Development (UPHOLD); 2004 (http://uphold.jsi.com/Docs/Resources/Research/CivilSociety/civil_society_organisation_mapping_study_phase2.pdf, consulté le 12 juillet 2016).
- La liste des Objectifs de développement durable est disponible en ligne sur le site du Département des Affaires économiques et sociales de l'Organisation des Nations Unies : <https://sustainabledevelopment.un.org/?menu=1300>, consulté le 18 juillet 2016.
- République démocratique du Congo. Plan national de développement sanitaire PND5 2011-2015. Kinshasa: Ministère de la Santé publique; 2010 (http://www.nationalplanningcycles.org/sites/default/files/country_docs/Democratic%20Republic%20of%20Congo/pnds_2011-2015.pdf, consulté le 14 juillet 2016).
- Soucat A. Health systems for the Millennium Development Goals: country needs and funding gaps. Un-edited conference version 29-30 October 2009 (https://www.internationalhealthpartnership.net/fileadmin/uploads/ihp/Documents/Results___Evidence/HAE_results___lessons/Working%20Group%201%20Technical%20Background%20Report%20%28World%20Bank%20UNICEF%20UNFPA%20PMNCH%29.pdf, consulté le 19 juillet 2016).
- Soucat A, Netsanet Waleign N. Reaching the MDGs evidence on high impact interventions. Kigali; June 23-27, 2015 (<http://slideplayer.com/slide/7765630/>, consulté le 31 juillet 2016).
- Lignes directrices sur l'établissement des coûts. Dans : Politiques, directives, normes et lignes directrices [site Web]. Ottawa: Gouvernement du Canada; 2016 (<https://www.tbs-sct.gc.ca/pol/docfra.aspx?id=30375§ion=html>, consulté le 10 juillet 2016).
- Dutta A, Perales N, Silva R, Crivillé C. Estimated resource needs and impact of Mozambique's Plano Estratégico do Sector Saúde, 2014-2019: results from the OneHealth model. Washington (DC): Futures Group, Health Policy Project; 2014 (https://www.healthpolicyproject.com/pubs/242_MozambiqueRelatóriodeCustosparaPESEEnglish.pdf, consulté le 18 juillet 2016).
- Nsofor E. Mission report on the costing of the multi-year Sierra Leone Health Sector Recovery Plan 2015-2020: February 16-March 27, 2015. Freetown: Human Support Services; 2015.
- Adam T, Ebener S, Johns B, Evans DB. Capacity utilization and the costs of primary care visits: implications for the costs of scaling up cost interventions. *Cost Eff Resour Alloc*. 2008;6 (<https://resource-allocation.biomedcentral.com/articles/10.1186/1478-7547-6-22>, consulté le 7 juillet 2016).
- Haazen DS, Hayer AS. Financing capital costs and reducing the fixed costs of health systems. In: Kutzin J, Chasin C, Jakab M, editors. Implementing health financing reform: lessons from countries in transition. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2010



Lectures complémentaires

(Observatory Studies Series, 21 http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0014/120164/E94240.pdf, consulté le 8 juillet 2016).

25 Atun R, Richardson E, Shishkin S, Kacevicius G, Ciocanu M, Sava V, et al. Moldova: health system review. *Health Systems in Transition*. 2008;10(5):1–138 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/95161/E91756.pdf, consulté le 9 juillet 2016).

26 Creese A, Parker D. Analyse des coûts dans les programmes de soins de santé primaires : manuel de formation à l'usage des responsables de programmes. Genève: Organisation mondiale de la Santé; 1995. (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/37848/1/9242544701.pdf>, consulté le 31 mai 2017).

27 Pour de plus amples informations sur l'outil OneHealth : Cost effectiveness and strategic planning (WHO-CHOICE) (<http://who.int/choice/onehealthtool/en/>, consulté le 18 juillet 2016) OneHealth Tool (<https://www.internationalhealth-partnership.net/fr/outils/outil-onehealth/>, consulté le 19 juillet 2016). ;

PC Applications: OneHealth Tool (<http://www.avenirhealth.org/software-onehealth.php>, consulté le 19 juillet 2016)

28 República de Angola. Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2012–2025 (PNDS). Luanda: Ministério da Saúde (site Web)

29 Stierman E, Ssengooba F, Bennett S. Aid alignment: a longer-term lens on trends in development assistance for health in Uganda. *Global Health*. 2013; 9(1):7 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3599223/>, consulté le 8 juillet 2016)

30 Ibid.

31 Witter S. Health financing in fragile and post-conflict states: what do we know and what are the gaps? *Soc Sci Med*. 2012;75(12):2370–7. doi: 10.1016/j.socscimed.2012.09.012.

Creese A, Parker D. Analyse des coûts dans les programmes de soins de santé primaires : manuel de formation à l'usage des responsables de programmes. Genève: Organisation mondiale de la Santé; 1995. (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/37848/1/9242544701.pdf>, consulté le 31 mai 2017).

Green A. An Introduction to health planning for developing health systems, 3rd edition. Oxford: Oxford University Press; 2007.

Lignes directrices sur l'établissement des coûts. Dans : Politiques, directives, normes et lignes directrices [site Web]. Ottawa: Gouvernement du Canada; 2016 (<https://www.tbs-sct.gc.ca/pol/doc-fra.aspx?id=30375§ion=html>, consulté le 10 juillet 2016).

The OneHealth Tool [website]. Washington (DC): Avenir Health; 2016. (<http://www.avenirhealth.org/software-onehealth.php>, consulté le 10 juillet 2016).

Rapport sur la santé dans le monde. Le financement des systèmes de santé: le chemin vers une couverture universelle. Genève: Organisation mondiale de la Santé; 2010 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44372/1/9789242564020_fre.pdf, consulté le 10 juillet 2016).

Annexe 7.1

Exemples de finalité de l'estimation et l'analyse des coûts à différents niveaux du système de santé

Tableau A.7.1

NIVEAU D'ANALYSE	EXEMPLES DE TYPES D'ANALYSE	OBJECTIFS COMMUNS
Centre de santé/hôpital	Estimation du coût par patient de différents diagnostics.	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Évaluer l'efficacité. ▶ Définir le montant de la participation financière des usagers. ▶ Concevoir une stratégie de financement croisé. ▶ Planifier les ressources des établissements
Projet spécifique de service de santé /stratégie de prestation particulière	Estimation des coûts liés de prestations d'interventions nutritionnelles dans la communauté.	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Évaluation économique (coût-efficacité). ▶ Évaluer la viabilité financière des programmes/projets nouveaux/existants.
Système de paiement des prestataires	Instauration de nouveaux taux de remboursement pour les prestataires de soins de santé.	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Stratégie de financement de la santé. ▶ Façonner les mécanismes de paiement.
Programme national	Estimations du coût d'une feuille de route pour la santé maternelle et infantile.	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Plaider en faveur d'une affectation accrue de ressources pour les objectifs propres au programme. ▶ Analyser les effets de l'évolution des objectifs, des ressources ou des stratégies de prestation du programme sur l'ensemble des ressources estimées nécessaires. ▶ Estimer le coût de l'élaboration de propositions (initiatives sanitaires mondiales, autres donateurs).
Coût de la mise en œuvre d'une intervention particulière	▶ Analyse de l'impact budgétaire	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Calculer et comparer les scénarios pour modifier la pratique clinique, notamment les coûts et les économies du point de vue du prestataire. ▶ Dans le cadre des processus d'établissement des priorités et décisionnel, examiner l'efficacité au regard des coûts en tant que critère explicite.
	▶ Coût-efficacité	
Plan au niveau du district	Estimation du budget pour toutes les activités sanitaires planifiées dans le district.	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Orienter le budget opérationnel annuel du district.
PSPNS	Estimation des coûts liés aux activités sanitaires planifiées dans le pays.	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Alimenter les priorités du plan de santé stratégique national et du budget connexe. ▶ Plaider en faveur d'une meilleure/différente affectation de ressources ou mobilisation des ressources.

Annexe 7.2

Exemple de contenu à inclure dans un rapport d'estimation des coûts des PSPNS

Acronymes

Remerciements

Résumé

Contexte

Historique/contexte de l'analyse, notamment celui sur le financement de la santé (paramètres macroéconomiques)
Objectifs de l'étude

Méthodes

Processus de décision sur la méthodologie utilisée pour l'estimation des coûts
Description de la méthodologie/des outils utilisés
Sources des données
Le cas échéant, plafonds ou mécanismes d'affectation imposés au sommet vs estimation des coûts ascendant

Hypothèses

Hypothèses concernant :

- ▶ la manière de modéliser certaines réformes politiques ;
- ▶ les changements de schémas d'utilisation ;
- ▶ les approches plurisectorielles ;
- ▶ la participation du secteur privé vs au secteur public ;
- ▶ une description des paramètres utilisés pour prévoir la disponibilité des ressources financières.

Résultats

(présenter si possible plusieurs scénarios)

Résultats types pour les coûts :
(Remarque : tous les résultats doivent indiquer clairement si l'inflation est intégrée ou non)

- ▶ coûts totaux et coûts par habitant ;
- ▶ coûts de fonctionnement vs coûts d'investissement ;

- ▶ répartition des coûts entre différentes catégories (médicaments, salaires, activités de programmes, par exemple) ;
- ▶ ventilation par maladie/programme ;
- ▶ recensement des facteurs de coûts et discussions sur la manière dont ils peuvent évoluer sous l'effet de réformes politiques ;
- ▶ comparaison des coûts estimatifs et des ressources disponibles prévues ;
- ▶ comparaison des coûts estimatifs et des dépenses de santé actuelles par habitant.

Résultats supplémentaires, dans la mesure du possible

- ▶ Impact sanitaire prévu
par exemple : nombre de décès maternels évités, nombre de décès d'enfants évités, le plan est-il appliqué comme prévu.
- ▶ Progrès de la réalisation des objectifs sanitaires nationaux, notamment des ODD.

Discussion

- ▶ Lacunes dans l'exhaustivité de l'estimation des coûts
- ▶ Limites des données
- ▶ Incertitude

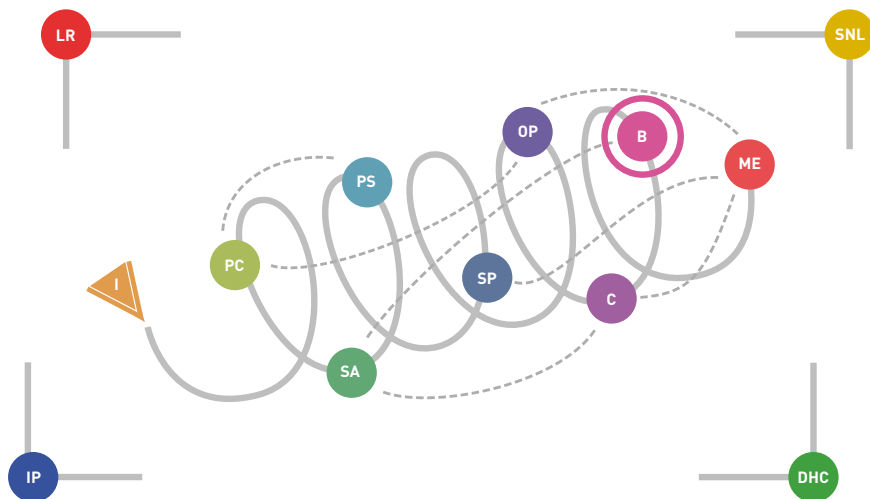
Observations générales

- ▶ Utiliser des diagrammes circulaires, des graphiques et des tableaux de synthèse dans le rapport principal ;
- ▶ Inclure des tableaux plus détaillés en annexe, le cas échéant.

Chapitre 8

Budgétisation du secteur de la santé

Dheepa Rajan
Helene Barroy
Karin Stenberg



I	CHAPITRE 1 Introduction : stratégies nationales en santé au XXI ^e siècle
PC	CHAPITRE 2 Consultation de la population sur ses besoins et ses attentes
SA	CHAPITRE 3 Analyse de situation du secteur de la santé
PS	CHAPITRE 4 Définition des priorités des politiques, stratégies et plans nationaux de santé
SP	CHAPITRE 5 Planification stratégique : traduire les priorités en plans nationaux
OP	CHAPITRE 6 Planification opérationnelle : transformer les plans nationaux en actions
C	CHAPITRE 7 Estimation des coûts des politiques, stratégies et plans nationaux de santé
B	CHAPITRE 8 Budgétisation du secteur de la santé
ME	CHAPITRE 9 Suivi, évaluation et revues des politiques, stratégies et plans nationaux de santé

Thèmes transversaux à la planification nationale de la santé

LR	CHAPITRE 10 Droit, réglementation et stratégies en santé
SNL	CHAPITRE 11 Élaboration d'une stratégie en santé au niveau décentralisé
IP	CHAPITRE 12 Planification intersectorielle et équité en santé
DHC	CHAPITRE 13 Stratégies en santé en situation de crise

Vue d'ensemble

Prendre part à la préparation du budget, comprendre les principes directeurs la budgétisation ainsi que la dynamique politique dans laquelle s'inscrit le processus d'élaboration et d'approbation du budget est essentiel pour les planificateurs et les gestionnaires de la santé. Dans de nombreux pays, l'inexistence de cet engagement a pour conséquence une nette segmentation des activités d'élaboration, de planification, d'établissement des coûts et de budgétisation de la santé entraînant une discordance entre les priorités de santé d'une part, et l'affectation et l'utilisation des ressources d'autre part.

Le secteur de la santé est financé par des fonds publics et privés. Pour progresser sur la voie de la couverture sanitaire universelle (CSU), il est nécessaire de recourir principalement à des fonds publics, obligatoires et prépayés. Par conséquent, la façon d'établir les budgets, de les allouer et de les utiliser dans le secteur de la santé est au cœur de la mise en place de la CSU. Le présent chapitre décrit le processus global de budgétisation dans le secteur public. Il étudie le rôle particulier que la santé doit y jouer, et tout particulièrement le rôle du ministère de la Santé et d'autres prenantes du secteur de la santé, pour intervenir à point nommé dans le processus de budgétisation.

Résumé

Qu'entend-on par budgétisation du secteur de la santé ?

La budgétisation se rapporte au processus de définition de l'allocation des ressources pour produire les meilleurs résultats, compte tenu du niveau des recettes publiques. Le budget de la santé, généralement inclus dans le budget général des administrations publiques, est plus qu'un simple instrument comptable indiquant les recettes et les dépenses ; il s'agit avant tout d'un texte décisif d'orientation qui énonce les principaux objectifs financiers du pays et son engagement réel à mettre en œuvre les politiques et stratégies de santé. Toute organisation œuvrant dans le domaine de la santé élabore un budget. Il est cependant question dans ce chapitre d'examiner le processus de budgétisation nationale qui s'effectue avec les contributions d'un large éventail d'intervenants dans le secteur de la santé.

Pourquoi est-ce important de comprendre le processus de budgétisation du secteur de la santé ?

Il est essentiel à ceux qui cherchent à influencer l'affectation des ressources dans un pays, de bien comprendre les principes directeurs de la budgétisation ainsi que la dynamique politique qui permet le processus d'élaboration et d'approbation du budget. Dans de nombreux pays, le manque de compréhension des questions budgétaires a pour effet de dissocier des processus tels que l'élaboration des politiques, la planification, l'établissement des coûts et la budgétisation. Il en résulte un déséquilibre entre les priorités

du secteur de la santé définies dans les plans et politiques stratégiques d'ensemble et les fonds finalement alloués au secteur de la santé par le biais de ce processus de budgétisation. Ce décalage a des conséquences négatives : les ressources ne sont pas utilisées aux fins prévues et l'obligation de rendre des comptes s'en trouve affaiblie. A contrario, une bonne compréhension du processus de budgétisation et l'implication à point nommé du ministère de la Santé et des autres intervenants du secteur de la santé dans le cycle budgétaire augmenteront les chances de voir correspondre l'allocation finale des ressources aux besoins prévus dans le secteur de la santé.

Quand a lieu le processus de budgétisation ?

Le processus de budgétisation commence par une étape de préparation/élaboration de propositions budgétaires, qui comprend une phase de négociation entre le ministère de la Santé et le ministère des Finances et se termine par un examen et une approbation parlementaires. Dans de nombreux pays, l'année fiscale correspond à l'année civile de 12 mois, commençant le 1er janvier. Cependant, l'exercice financier peut démarrer à une date différente ; par exemple, aux États-Unis d'Amérique, il commence le 1er octobre, en Australie et en Nouvelle-Zélande, le 1er juillet. Au cours d'une année donnée, trois cycles peuvent se dérouler simultanément : l'exécution du budget de l'exercice en cours qui se déroule essentiellement tout au long de l'année, à tout moment ; la préparation du budget pour l'année suivante ; et la vérification ou l'examen du budget de l'année précédente.

Qui participe au processus de budgétisation du secteur de la santé, et particulièrement à la phase de préparation du budget ?

Le ministère du Budget ou des Finances et les entités apparentées sont les principaux acteurs de l'élaboration du budget. Le ministère de la Santé a pour tâche essentielle de préparer, présenter et négocier des propositions budgétaires crédibles pour le secteur, axées sur les priorités. La société civile et le grand public peuvent chercher à influencer la définition du budget de la santé en s'engageant auprès du pouvoir exécutif ou du législateur.

Comment fonctionne le processus de budgétisation du point de vue des parties prenantes de la politique, stratégie et plan nationaux de santé (PSPNS) ?

Le cycle budgétaire commence lorsque le gouvernement planifie l'utilisation des ressources de l'année à venir. Pour que ces ressources soient utilisées en fonction des priorités de santé, les parties prenantes de la planification sanitaire doivent jouer un rôle stratégique dans ce processus et être prêtes à y souscrire. Le présent chapitre passe en revue les différentes étapes du cycle budgétaire et certaines questions pratiques dont les acteurs de la santé doivent tenir compte.

Autres considérations à prendre en compte

- ▶ Système décentralisé ;
- ▶ Environnement fragile ;
- ▶ Contexte fortement tributaire de l'aide.

8.1 Qu'entend-on par budgétisation du secteur de la santé ? Quelques grands concepts

8.1.1 Qu'est-ce qu'un budget ?

Au sens strict, le budget correspond aux prévisions du gouvernement des recettes et dépenses, généralement établies sur une base annuelle. Le budget de la santé est la part du budget national allouée au secteur de la santé, y compris à tous les ministères et instances prenant part aux activités liées à la santé. Un budget de la santé est plus qu'un simple instrument comptable indiquant les recettes et les dépenses, c'est un texte décisif d'orientation qui énonce les grands objectifs financiers du pays et son engagement réel à mettre en œuvre les politiques et stratégies de santé.

8.1.2 La gestion des finances publiques

Les règles de gestion des finances publiques (GFP - en anglais, Public financial management - PFM) déterminent la manière dont les budgets sont élaborés, les fonds distribués et comptabilisés. Cet aspect est d'une importance capitale pour la couverture sanitaire universelle (CSU) car la GFP est l'interface qui garantit qu'une augmentation des dépenses publiques se traduit bien par un élargissement de la couverture sanitaire.

Les autorités sanitaires nationales devraient s'efforcer à une collaboration constructive avec les autorités budgétaires nationales. Cette coopération permet d'assurer des budgets de la santé crédibles, axés sur les priorités

et garantit l'efficacité des flux financiers et l'exécution du budget, dans l'optique d'accroître la responsabilité finale.

8.1.3 Le cadre de dépenses à moyen terme

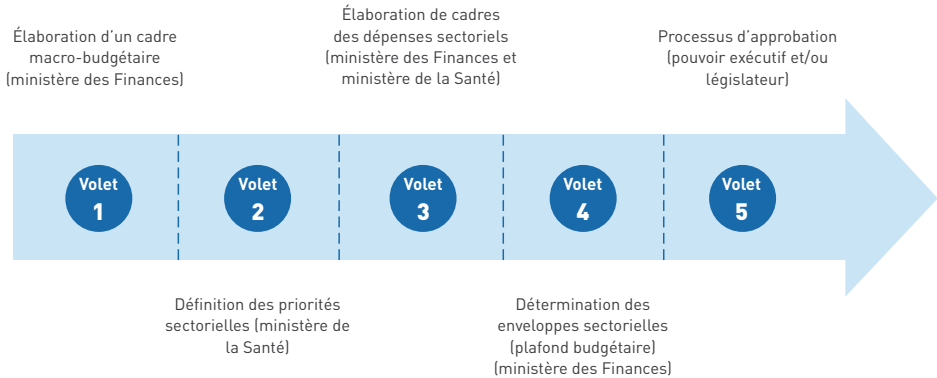
Un cadre de dépenses à moyen terme (CDMT) est un plan global des dépenses à l'échelle du gouvernement qui relie les priorités stratégiques aux affectations des dépenses dans un cadre budgétaire (lié aux prévisions macroéconomiques et recettes estimées), généralement sur une période de planification à trois ans. La budgétisation à moyen terme peut aider à lier les prévisions de recettes avec les allocations sectorielles et les priorités en matière de politique de santé. Elle peut aussi permettre de renforcer la qualité et la crédibilité globales des enveloppes budgétaires annuelles.

Pour bien s'acquitter de cette tâche, les gouvernements doivent être en mesure de produire des prévisions fiables de la conjoncture macroéconomique et des flux de recettes, ainsi que des prévisions du coût des politiques en vigueur et à venir. Alors que les premières sont généralement du ressort du gouvernement central, les secondes ne peuvent être calculées avec rigueur qu'en faisant appel aux connaissances spécialisées au niveau sectoriel. Certains pays ont également entrepris d'élaborer des CDMT par secteur/concernant spécialement la santé (voir Figure 8.1) qui s'inscrivent dans le cadre général, ce qui peut aider à définir des allocations annuelles plus crédibles.

Un budget de la santé alloue des crédits nationaux au secteur de la santé, présente les grands objectifs financiers du pays et constitue un engagement à l'égard de la mise en œuvre des politiques et stratégies de santé.

¹ Établies à l'aide de bons modèles macroéconomiques et de mécanismes de consultation avec les parties prenantes comme la banque centrale, l'administration fiscale et des organismes indépendants de recherche.

Fig. 8.1 Principaux volets d'un CDMT d'ensemble¹



8.1.4 La budgétisation du secteur de la santé par poste

La budgétisation par poste a été la norme dans de nombreux pays. Elle consiste à organiser les informations budgétaires en fonction du type de dépenses ou catégories de coûts. Concernant la santé, ces catégories se concentrent généralement sur le personnel, les coûts de fonctionnement et les investissements/équipements, qui tous peuvent être considérés comme les intrants nécessaires au bon fonctionnement du système de santé. Les prestataires de soins reçoivent un montant fixe pour une période déterminée pour couvrir les dépenses spécifiques (personnel, médicaments, équipements, etc.).

La présence de nombreux postes budgétaires permet au législateur de garder la maîtrise du budget mais offre peu de souplesse pour utiliser et gérer les fonds de santé car les dépenses doivent respecter des lignes budgétaires strictement définies. Dans de nombreux pays, la budgétisation par poste a eu un effet dissuasif majeur sur le fonctionnement du système d'achat de la santé. Cette procédure nécessite la mise en place de mécanismes de paiement appropriés pour que les fonds parviennent aux bons services et afin de maximiser de manière efficace l'utilisation des fonds publics.

8.1.5 La budgétisation axée sur la performance

La « budgétisation axée sur la performance », la « budgétisation fondée sur le rendement », la « budgétisation par programme », la « budgétisation axée sur les résultats » sont des termes similaires qui se regroupent autour d'une idée commune : intégrer des informations sur la performance dans les processus budgétaires. L'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) définit la budgétisation axée sur la performance comme « un processus de budgétisation permettant d'établir un lien entre des fonds alloués d'une part et des résultats mesurables de l'autre »². Ces classifications budgétaires alternatives présentent des avantages pour la gestion des fonds car elles offrent une plus grande autonomie aux gestionnaires. Dans le cas du secteur de la santé, elles assurent l'acheminement des fonds vers les services prioritaires et permettent au système d'achat de services de santé d'être opérationnel. La finalité et les résultats des dépenses budgétaires étant explicites, les parlementaires et les citoyens peuvent demander des comptes aux gestionnaires du budget.

La budgétisation par poste est un moyen d'organiser les informations budgétaires en fonction des types de dépenses ou catégorie de coûts. Bien que destinée à améliorer la transparence et la responsabilisation, cette approche offre bien souvent trop peu de souplesse et conduit à une affectation inefficace des ressources.

8.1.6 Espace budgétaire et marge budgétaire allouée à la santé

L'espace budgétaire est généralement défini comme « la marge budgétaire qui permet à un gouvernement d'affecter des ressources pour un objectif donné, sans mettre en péril la viabilité de sa situation financière »³. Le cadre conceptuel de Tandon & Cashin pour évaluer la marge budgétaire allouée à la santé dans les pays comprend des facteurs tels que les conditions macroéconomiques, la mesure dans laquelle le rang de priorité de la santé est redéfinie dans le budget de l'État, l'apport éventuel de nouvelles ressources spécialement affectées à la santé, le montant de l'aide extérieure et l'efficacité accrue des dépenses de l'État consacrées à la santé⁴.

Les parties prenantes de la planification sanitaire ont une influence variable sur ces cinq facteurs. Certains échappent complètement à leur contrôle, comme les conditions macroéconomiques. D'autres relèvent directement du secteur de la santé et exigent donc que les parties prenantes de la planification sanitaire leur accordent une attention particulière, à savoir l'efficacité des dépenses actuelles de santé et le montant de l'aide extérieure apportée à la

santé. Il y a aussi des facteurs sur lesquels les parties prenantes de la planification sanitaire n'ont pas directement prise mais pour lesquels le secteur de la santé peut jouer un rôle important en termes de plaidoyer, à savoir la nécessité de faire de la santé une priorité dans le budget global de l'État et s'il y a lieu, consentir à des efforts pour y intégrer de nouveaux fonds spécialement destinés à la santé.

L'étude de l'espace budgétaire alloué à la santé pourrait être, dans beaucoup de pays, mieux intégrée et systématisée dans le processus de budgétisation afin de pouvoir prendre de meilleures décisions d'ordre budgétaires. Les parties prenantes de la planification sanitaire ont tout intérêt à exploiter l'analyse de l'espace budgétaire pour examiner de plus près les facteurs politiques et institutionnels qui peuvent véritablement aider à mieux déterminer, affecter et utiliser les ressources prévues dans le budget pour la santé⁵. Un meilleur usage des fonds publics existants dans le but d'instaurer la CSU aide à agrandir la marge budgétaire dont bénéficie le secteur.



8.1.7 Les stratégies d'achat

L'achat implique trois séries de décisions : identifier les services à acheter, choisir les prestataires de services selon certains critères et déterminer les modalités de paiement des fournisseurs.

En tant que fonction générique secondaire du financement de la santé^{II}, l'achat désigne l'allocation de ressources aux prestataires de services de santé. Il implique trois séries de décisions :

1. **identifier les interventions** ou services à acheter en tenant compte des besoins de la population, des priorités nationales dans le domaine de la santé et du rapport coût/efficacité ;
2. **choisir des prestataires de services** selon des critères tels que la qualité des services, l'efficacité et l'équité ;
3. **déterminer les modalités d'achat** des services, notamment les dispositions contractuelles et les mécanismes de paiement des fournisseurs⁶.

Les achats sont effectués par une centrale d'achat, par exemple un régime d'assurance, le ministère de la Santé ou un organisme autonome. Il ne faut pas confondre achat et approvisionnement, lequel ne désigne généralement que l'achat de médicaments et autres fournitures médicales.

L'idée est de plus en plus admise, et les pays font des efforts en ce sens, qu'il faut passer d'une conception passive de l'achat (pas de sélection des fournisseurs, pas de contrôle de la performance, aucun effort pour influencer sur le prix, la quantité ou la qualité des soins) à une démarche active ou stratégique.

L'achat stratégique à l'aide des recettes du budget général suppose de relier, partiellement du moins, le transfert de fonds aux prestataires avec les informations sur les aspects de leur performance et les besoins sanitaires de la population qu'ils desservent.

^{II} Les fonctions de financement de la santé comprennent la mobilisation de ressources, la mise en commun des ressources et les stratégies d'achat.

8.2 Pourquoi est-ce important de comprendre le processus de budgétisation du secteur de la santé ?

Au cours du processus de budgétisation, le ministère des Finances demandera inévitablement aux parties prenantes et gestionnaires de la planification sanitaire de fournir des informations sur les priorités sectorielles et une estimation des coûts qu'elles entraînent. Comprendre les principes directeurs de la budgétisation ainsi que la dynamique politique d'élaboration et d'approbation du budget est essentiel pour défendre la cause de la santé. Dans de nombreux pays, le manque de compréhension des questions budgétaires a pour effet de dissocier les processus tels que l'élaboration, la planification des politiques, le calcul des coûts et la budgétisation du secteur de la santé. Il en résulte un déséquilibre entre les priorités du secteur de la santé définies dans les plans et politiques stratégiques générales et les fonds finalement alloués au secteur de la santé à l'issue du processus de budgétisation. Ce décalage a des conséquences négatives : les ressources ne sont pas utilisées aux fins prévues et l'obligation de rendre des comptes est affaiblie (voir Encadré 8.1). A contrario, une bonne compréhension du processus de budgétisation et la participation active et à point nommé du ministère de la Santé et autres intervenants du secteur de la santé dans le cycle budgétaire, augmenteront les chances de voir correspondre les ressources finalement allouées, aux besoins prévus dans le secteur de la santé.

En réalité, l'affectation des ressources à différentes institutions et pour divers usages est un processus essentiellement politique et non purement technocratique^{III}. Après avoir analysé

les besoins et déterminé les plans et politiques les plus équitables et les plus efficaces, les parties prenantes de la planification sanitaire doivent s'engager de manière proactive dans ce processus influencé par la politique. En effet, c'est ce processus qui détermine le budget détaillé de la santé au niveau national, lequel influe sur l'efficacité et l'efficience des dépenses publiques consacrées à la santé. La manière dont les gestionnaires de la santé seront en mesure de dépenser les fonds dépend en grande partie de l'allocation budgétaire. Le montant total de l'enveloppe budgétaire a son importance, mais pas seulement : important aussi la façon dont cette enveloppe est structurée, comment elle s'intègre dans le système, le rythme calendaire des décaissements et comment elle va permettre le fonctionnement du financement de la santé dans la pratique et l'achat de services nécessaires de santé.

Comprendre et influencer la préparation du budget du secteur de la santé est aussi une question d'efficacité et d'équité, qui sont deux objectifs clés des politiques de santé visant la CSU ; ces qualités sont de plus en plus souvent reconnues dans les PSPNS de nombreux pays. La façon dont le budget est préparé et alloué, y compris aux échelons inférieurs de l'État, conditionne directement la mesure dans laquelle les crédits pourront être et seront judicieusement et efficacement employés. Un appui pour une répartition équitable des ressources entre les populations et/ou les zones géographiques aura probablement une répercussion directe sur les résultats du secteur de la santé⁷.

Une bonne compréhension des principes qui régissent le processus de budgétisation du secteur de la santé réduit le risque de discordance entre les priorités du secteur de la santé définies dans les plans stratégiques et les crédits qui lui sont alloués.

^{III} Pour plus d'informations, voir le chapitre 4 du guide pratique, « Définition des priorités des politiques, stratégies et plans nationaux de santé ».

Encadré 8.1

Côte d'Ivoire : comprendre les décalages entre planification et budgétisation du secteur de la santé⁸

Plusieurs facteurs peuvent expliquer le décalage entre la planification et la budgétisation du secteur de la santé au niveau central et aux niveaux décentralisés dans le contexte ivoirien.

Au niveau central tout d'abord, on constate l'absence de cadre général et de calendrier harmonisé entre planification et budgétisation dans le domaine de la santé. Il n'existe aucun mécanisme spécifique pour aligner les processus de préparation du budget et de planification sanitaire au niveau national. Les plans opérationnels sont souvent élaborés pour l'année en cours tandis que le budget est établi pour l'année suivante. De plus, les buts et objectifs définis dans ces documents ne sont pas alignés. L'élaboration du budget repose uniquement sur la logique du financement par intrants, tandis que la stratégie existante définit une approche différente, suivant des programmes bien identifiés et des résultats escomptés. De plus, lorsque le processus de budgétisation par programme a été instauré, il a davantage servi à mettre en évidence les programmes financés par des fonds extérieurs plutôt que de répondre aux priorités définies au niveau national, comme le prévoit le PSPNS. Enfin, le décalage des processus tient aussi au fait qu'ils ont été relativement descendants et ne prennent pas en considération les besoins du secteur local dans un contexte d'après-guerre.

8.3 Quand a lieu le processus de budgétisation ?

8.3.1 Les étapes du cycle budgétaire – un bref aperçu

Les différents processus de financement public s'articulent autour du cycle budgétaire. Ce cycle annuel vise à garantir que les dépenses publiques sont bien planifiées, réalisées et comptabilisées. Un cycle budgétaire standard comprend quatre étapes distinctes :

- (a) définition et élaboration du budget ;
- (b) négociation et approbation du budget ;
- (c) exécution du budget ;
- (d) reporting (au sens de « rendre compte périodiquement »), audit et évaluation de l'exécution du budget.

Le ministère de la Santé est censé traduire les objectifs de la politique gouvernementale (tels qu'ils figurent dans le PSPNS) en estimations de coûts^{IV} et à hauteur du plafond budgétaire proposé pour le secteur. Le plafond budgétaire est fixé par le ministère des Finances sur base de prévisions de recettes détaillant les perspectives macroéconomiques à moyen terme du pays.

Le ministère des Finances et le ministère de la Santé négocient ces demandes jusqu'à s'entendre sur un projet de budget officiel de la santé censé refléter les prévisions de recettes et de dépenses pour l'exercice (un an, le plus souvent). La proposition budgétaire globale (qui comprend le budget de la santé) est ordinairement soumise pour approbation au Parlement, lequel peut proposer des amendements avant adoption officielle.

L'exécution du budget – le fait de le dépenser – consiste en un ensemble de processus qui mènent à des mouvements/transferts effectifs de fonds du Trésor public au ministère de la Santé et sous bénéficiaires (par exemple, districts, prestataires de services de santé, etc.). Au cours de la phase d'exécution du budget, le ministère de la Santé sera confronté aux principales questions concernant la prestation/l'achat de services de santé par ceux qui sont en première ligne (par exemple, les prestataires de services de santé) et la fonction de gestion financière venant en appui.

L'évaluation du budget se réfère aux processus de contrôle interne et externe permettant de garantir le respect des cibles et procédures prédéfinies. Les pouvoirs publics disposent également de procédures comptables et de contrôle qui permettent de suivre les flux financiers et/ou non financiers⁹ ; ces usages comptables doivent être respectés et leur bonne application, vérifiée.

Un des points importants à noter ici est la question des amendements budgétaires qui peuvent être adoptés par le Parlement au cours de l'exercice. Ce cas peut se produire lorsque, par exemple, les ressources budgétaires sont inférieures aux prévisions et que les dépenses globales doivent être réduites. Des négociations détermineront si le budget alloué à la santé sera maintenu ou modifié. C'est souvent à ce stade de renégociation budgétaire que le Premier ministre ou le Président peut jouer un rôle clé dans l'arbitrage entre les priorités variées et les différents secteurs. Les responsables de la santé doivent faire un travail de persuasion suffisant pour que le secteur de la santé demeure une priorité budgétaire tout au long de l'année.

Un cycle budgétaire standard comprend quatre étapes distinctes : définition et élaboration du budget ; négociation et approbation du budget ; exécution du budget ; reporting, audit et évaluation de l'exécution du budget.

^{IV} Voir le chapitre 7 du guide pratique, « Estimation des coûts des politiques, stratégies et plans nationaux de santé ».

8.3.2 Année budgétaire versus année civile

Tous les pays n'utilisent pas l'année civile pour déterminer un exercice financier. Dans tous les cas, les étapes du budget restent les mêmes.

Dans certains pays, le cycle budgétaire, désigné sous le nom d'année ou d'exercice budgétaire, correspond à l'année civile, mais ce n'est pas le cas partout. Un exercice se rapporte à une période consécutive de 12 mois qui peut ou non suivre le calendrier de janvier à décembre. Ainsi, dans la plupart des pays, l'année budgétaire correspond à l'année civile. Les autres dates d'exercice budgétaire couramment utilisées se situent entre le 1^{er} juillet d'une année et le 30 juin de l'année civile suivante ou le 1^{er} avril d'une année jusqu'au 31 mars de l'année civile suivante¹⁰. La Figure 8.2 décrit les étapes du cycle budgétaire selon un exercice correspondant à l'année civile.

Fig. 8.2 Étapes lors d'un exercice budgétaire commençant le 1^{er} janvier



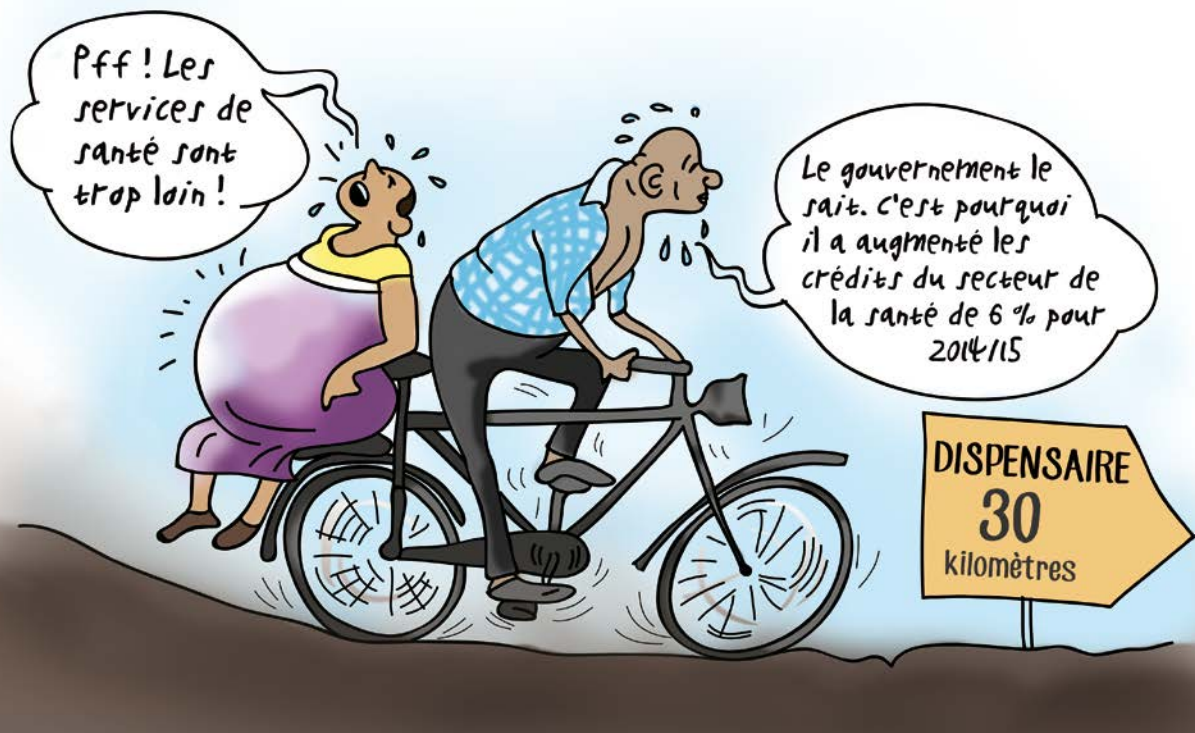


Fig. 8.3 De l'importance de faire de la santé une priorité budgétaire¹¹

8.4 Qui sont les personnes impliquées et engagées dans le processus de budgétisation du secteur de la santé ? Rôle des différentes parties prenantes

8.4.1 Ministère de la Santé : son engagement dans l'élaboration et l'exécution du budget de la santé

(a) Rôle du ministère de la Santé dans l'élaboration du budget de la santé

Le développement de solides enveloppes budgétaires de santé nécessite une forte implication des ministères de la Santé auprès des décideurs

budgétaires nationaux. Tout d'abord parce que les progrès réalisés en matière de CSU sont souvent associés à une augmentation du financement public de la santé. Mais aussi parce que ceux-ci exigent également un système de finances publiques fonctionnel pour aligner

les recettes avec le coût des services et mieux gérer les dépenses. Par conséquent, le dialogue avec le ministère des Finances / le Trésor doit certes porter sur le niveau de financement, mais également sur les règles de GFP qui régissent leur utilisation (constitution et allocation des budgets, gestion des dépenses, reporting).

Le rôle du ministère de la Santé dans le processus d'élaboration du budget se résume en trois contributions essentielles :

Le ministère de la Santé doit coopérer étroitement avec les décideurs du budget national lors de l'élaboration du budget de la santé. Des prévisions de dépenses crédibles et bien définies ainsi que des processus systématiques d'établissement des coûts et de fixation des priorités peuvent permettre au ministère de la Santé d'être en bonne position pour négocier sagement avec le ministère des Finances.

- (i) l'analyse des prévisions de dépenses par rapport aux recettes attendues ; l'objectif est ici d'estimer le potentiel d'augmentation des dépenses de santé. L'institutionnalisation de l'analyse de l'espace budgétaire pour la santé au sein du ministère de la Santé constituera une étape importante dans cette direction ;
- (ii) la rédaction de propositions budgétaires crédibles et bien définies pour la santé ; systématisation des exercices de calcul des coûts et d'établissement des priorités dans le cadre de l'enveloppe définie ;
- (iii) la participation aux négociations budgétaires et un soutien en faveur d'une allocation budgétaire saine.

(b) Rôle du ministère de la santé dans l'exécution du budget de la santé

L'étape d'exécution du budget est un processus décisif pour tous les ministères, y compris celui de la santé, car elle permet la mise en œuvre effective des activités du PSPNS. Le rôle essentiel du ministère de la Santé est alors de superviser, soutenir et surveiller l'exécution du budget qui est l'étape déterminante pour le degré de mise en œuvre ; un soutien technique et administratif dérisoire et une insuffisante

capacité de surveillance entraînent généralement un faible degré d'exécution du budget de la santé et une moindre utilisation des marges budgétaires. L'expérience montre qu'il est tout à fait possible d'étendre l'espace budgétaire alloué au secteur de la santé en accroissant l'efficacité des dépenses gouvernementales en matière de santé.¹²

Aux fins d'exécution du budget de la santé, le rôle du ministère de la Santé est notamment de comprendre des systèmes de GFP et en particulier, les règles et les réglementations relatifs aux dépenses. Dans nombre de pays, les capacités du ministère de la Santé dans ce domaine méritent d'être renforcées car la gestion des dépenses est souvent mal maîtrisée ou mal comprise par les non-spécialistes des finances publiques. Par exemple, dans de nombreux pays, le ministère de la Santé n'est pas l'autorité décisionnaire finale en matière de dépenses ; la décision revient au ministère des Finances. Cela signifie que les demandes de paiement pour des services déjà rendus finissent entre les mains du ministère des Finances (voir Encadré 8.2). Si les dépenses ne sont pas conformes aux règles, le ministère des Finances peut décider de ne pas payer, en particulier lorsque les fonds disponibles ne sont pas suffisants pour couvrir l'ensemble des demandes de paiement affluant de tous les secteurs. Le calendrier des décaissements de fonds est une autre difficulté liée à la mauvaise compréhension du système de GFP. Dans de nombreux pays, ce calendrier ne suit pas nécessairement les besoins des plans sectoriels : les fonds ne peuvent être décaissés qu'à des moments précis de l'année et par montants limités. Les ministères de la Santé devraient en tenir compte lors de la planification des activités et l'élaboration des budgets de la santé afin d'assurer l'efficacité de leur mise en œuvre.¹³

En collaborant au plus tôt avec le ministère des Finances, le ministère de la Santé peut mieux appréhender les règles de gestion financière et le fonctionnement général du système qui régit les dépenses. Une coopération plus étroite avec le

ministère des Finances et la participation de ses représentants lors des principales consultations du ministère de la Santé peuvent permettre aux deux parties de mieux comprendre les besoins et difficultés de chacun.



Encadré 8.2

Faibles niveaux d'exécution du budget de la santé : où est le problème ?¹⁴

Dans un grand nombre de pays, les budgets de la santé sont mal exécutés mais les raisons sous-jacentes de cette situation restent largement inexpliquées. Une analyse détaillée de la situation en République démocratique du Congo révèle que les responsabilités sont partagées. De nombreuses lacunes et retards tant du côté du ministère de la Santé qu'au niveau du ministère des Finances expliquent la faiblesse de l'exécution de l'enveloppe budgétaire consacrée à la santé, avec un goulet d'étranglement systémique majeur du fait que le ministère des Finances détient toujours l'autorité décisionnelle finale, et ce au-dessus de tous les autres ministères.

Un examen plus approfondi du processus d'exécution du budget en République démocratique du Congo ces dernières années, a montré que les principaux obstacles étaient les suivants :

- (i) l'estimation par le ministère de la Santé des ressources nécessaires à la santé a été finalisée trop tard. La qualité des calculs est variable d'une année sur l'autre.
- (ii) le ministère des Finances libère directement des fonds aux entités qui s'attendent à recevoir des paiements du ministère de la Santé [l'autorité décisionnaire finale concernant les dépenses est le ministère des Finances] et qui souvent, ne le fait pas en temps opportun.

Au cours de la période 2011-2013, les prévisions établies par le ministère de la Santé concernant les ressources nécessaires pour l'équipement, les services et les autres dépenses discrétionnaires (hors personnel) représentaient respectivement 14 %, 21 % et 59 % des fonds réclamés au Trésor public. Cela montre clairement la déconnexion entre l'estimation des ressources nécessaires et les ressources réellement utilisées. Il est néanmoins apparu que l'estimation des ressources nécessaires par le ministère de la Santé était plus conforme en ce qui concerne les fonds alloués aux dépenses de personnel (94 %).

Du côté du ministère des Finances, les sommes versées directement aux fournisseurs / prestataires de services pour le compte du ministère de la Santé ont représenté seulement 55 % pour les biens et l'équipement et 40 % pour la construction. Cela signifie que près de la moitié des fournisseurs du ministère ont été payés en retard. De plus, à la clôture du cycle budgétaire en fin d'année, ces retards de paiement ont été comptabilisés comme des arriérés au nom du ministère de la Santé et ont dû être transférés sur le budget de l'année suivante.

Dans l'ensemble, les goulets d'étranglement sont clairement de nature systémique et sont le signe de faiblesses à plusieurs niveaux. Il est donc nécessaire de mener une réforme complète à plus long terme des processus et des capacités du gouvernement.

Un élément essentiel pour une exécution efficace du budget de la santé et de la gestion des dépenses est la stratégie d'achat¹⁵ qui fait référence aux dispositifs mis en place et

aux mécanismes utilisés pour allouer des fonds aux prestataires de services de santé. Le ministère de la Santé est l'entité qui doit réfléchir et concevoir la façon dont les services

de santé devraient être acquis, dans le respect des règles en vigueur en matière de GFP. Cette tâche qui relève du ministère de la Santé, vise à améliorer les achats stratégiques des services de santé ; elle est essentielle au renforcement

de la performance des systèmes de santé et à la progression vers la CSU car elle détermine la façon dont les services sont financés et les prestataires encouragés (voir Tableau 8.1).

Tableau 8.1 Que peuvent faire les planificateurs de la santé pour favoriser la cohérence de la GFP avec le système de financement de la santé ?

CYCLE DES FINANCES PUBLIQUES	TYPE D' ACTIONS/DE SOUTIEN NÉCESSAIRE DE LA PART DES PLANIFICATEURS DE LA SANTÉ
Planification du budget à moyen terme	<ul style="list-style-type: none"> Élaboration d'un solide CDMT Systématisation de l'espace budgétaire pour l'évaluation de la santé Constitution d'un dossier (pour les cas d'investissement) en faveur de meilleure priorisation budgétaire pour la santé
Élaboration et négociation du budget	<ul style="list-style-type: none"> Élaboration d'enveloppes annuelles sectorielles judicieuses Affinement de la structure budgétaire Établissement des coûts associés à des changements de politique spécifiques (mécanismes de paiement des prestataires, paquet de services de santé)
Processus d'exécution	<ul style="list-style-type: none"> Bonne compréhension des règles de GFP Harmonisation des règles de GFP et des accords d'achat en matière de santé
Reporting, audit, évaluation	<ul style="list-style-type: none"> Unification des systèmes de reporting et d'audit et du système d'information sur la gestion financière Institutionnalisation des évaluations des dépenses publiques en santé et des comptes nationaux de la santé, l'accent étant particulièrement mis sur les dépenses publiques

8.4.2 Rôle des organisations de la société civile dans le processus d'élaboration du budget de la santé

D'autres parties prenantes comme les organisations de la société civile (OSC) et le grand public peuvent chercher à influencer le budget, en pesant de différentes façons sur le corps exécutif ou législatif : en analysant les propositions budgétaires du point de vue des besoins de la population, en militant pour davantage de transparence dans les processus budgétaires et en prenant part aux processus locaux d'établissement des budgets.^V

Dans la plupart des cas, la réalité est que le temps alloué aux négociations budgétaires est court et les sessions consacrées au budget sont trop brèves pour rendre le processus aussi participatif et efficace qu'il devrait être. Néanmoins, le ministère de la Santé peut avoir un rôle à jouer en encourageant et en renforçant la participation des citoyens et des OSC par la production ou l'approbation de documents exposant les bonnes pratiques en matière d'engagement des citoyens/OSC dans l'élaboration des budgets. Il peut également collaborer avec la société civile afin d'obtenir l'avis nuancé des citoyens (enquêtes d'évaluation des bénéficiaires, fiches d'évaluation citoyennes, sondages d'opinion, etc.) en matière de planification, de budgétisation et de surveillance.^{VI}

La participation de la société civile dans le processus budgétaire devrait donc non seulement être bien accueillie, mais aussi encouragée par le gouvernement, le Parlement et les autres parties prenantes. Plusieurs pays font état de faibles capacités législatives pour analyser les budgets et dépendent donc des ministères compétents, de la société civile, des universités et d'autres

organismes pour appuyer leur étude du budget. L'exemple du Mexique montre que la collaboration de la société civile avec le législateur en matière d'analyses budgétaires peut être fondamentale même si sa mise en place n'est pas facile, qu'elle prend du temps et qu'il faut, au moins dans un premier temps, que des relations se nouent avec le gouvernement et le Parlement et que chacun prouve sa crédibilité (voir Encadré 8.3).

Des études de cas menées en Asie et en Afrique montrent que, même dans des contextes fragiles, des évaluations citoyennes systématisées des propositions budgétaires peuvent effectivement être menées et apporter une réelle valeur ajoutée au processus d'élaboration du budget. Plus important encore, ces évaluations ont le potentiel de renforcer les pratiques générales de gouvernance et de responsabilisation entre les citoyens et les autorités publiques.¹⁶

Quelques pays sont allés plus loin en introduisant un « budget participatif » dans le cadre duquel les citoyens prennent part aux processus d'établissement des priorités budgétaires au niveau local. L'exemple de la République démocratique du Congo montre l'intérêt des enseignements tirés de cette expérience (Encadré 8.4).

Une fois le budget officiellement présenté au législateur, des audiences et débats publics peuvent également permettre à la société civile de s'exprimer sur des questions spécifiques et/ou sur le budget dans son ensemble. Souvent, avant de voter, les commissions législatives engagent des discussions avec la société civile et d'autres parties prenantes.

La participation de la société civile dans le processus budgétaire devrait être accueillie favorablement et encouragée par le gouvernement, le Parlement et autres parties prenantes.

^V Au-delà de la phase de préparation, les citoyens et plateformes de la société civile peuvent également jouer un rôle actif dans la phase de contrôle. Les bonnes pratiques tirées de l'expérience des pays comprennent des fiches d'évaluation citoyennes et des mécanismes de responsabilité sociale.

^{VI} Aux Philippines, par exemple, le gouvernement oblige les ministères et les organismes à consulter et collaborer avec les OSC et à les consulter lors de l'élaboration des propositions d'agencement du budget pendant la phase de préparation.

Encadré 8.3

Participation de la société civile dans l'élaboration du budget de la santé : le cas du Mexique¹⁷

Au Mexique, l'organisation non gouvernementale (ONG) FUNDAR (Centre de recherche et d'analyse) effectue un suivi des politiques publiques dans le domaine du social, et en particulier la santé. Une des politiques qui fait l'objet d'une surveillance depuis de nombreuses années est le Seguro Popular (SP – Assurance populaire), l'un des plus importants programmes des politiques sanitaires pour les personnes sans assurance. Le programme SP est donc la solution adoptée par le Mexique en matière de législation relative au droit à la santé et le budget qui lui est alloué est important. FUNDAR s'est consacré pendant de nombreuses années à la recherche et à l'analyse des politiques du programme SP et a appris à rassembler ses analyses pour les présenter aux législateurs et aux autres OSC.

Au Mexique, la politique de santé est décentralisée ; le gouvernement fédéral transfère jusqu'à 85 % des ressources allouées à la santé, aux autorités de l'État pour les services du SP. Dans plusieurs États, l'information relative au budget décentralisé n'est pas disponible et il y a peu de transparence concernant l'entité ou l'agence chargée de mettre en œuvre les services du SP. Les conséquences au niveau de la prestation des services de santé sont graves, avec des pénuries constantes de médicaments, des paiements directs élevés des soins par les ménages et un faible investissement dans les infrastructures sanitaires. De plus, le programme SP s'est avéré être une « poule aux œufs d'or » pour de nombreux États, avec son important budget, une grande souplesse

en matière de dépenses et un faible niveau de surveillance et de contrôle. Les responsables politiques de l'opposition ont fermement condamné cette situation, déclarant que le résultat n'était pas à la hauteur des attentes.

Grâce à ses travaux d'analyse budgétaire, FUNDAR a d'abord gagné en crédibilité et renforcé la confiance de différents législateurs et acteurs de la société civile au niveau des États. Pendant plusieurs années, FUNDAR a d'abord fait des propositions pour modifier le texte mexicain sur les dépenses de protection sociale afin de garantir plus de transparence. Pour ce faire, des rencontres ont eu lieu avec les corps exécutif et législatif, en particulier avec le Comité de la santé et le Comité du budget et des comptes publics. Les propositions n'ont pas immédiatement été prises en compte dans les décrets budgétaires mais, à force de persévérance, sept amendements ont été incorporés dans le décret fédéral relatif au budget en 2012, tous influencés par FUNDAR. Ces amendements visaient directement les questions de responsabilisation et de transparence et, au moins en théorie, cherchaient à améliorer le contrôle des dépenses et l'évaluation du budget du SP, ainsi qu'à accroître la capacité du pouvoir législatif de superviser les dépenses par l'intermédiaire du Bureau national d'audit. L'enseignement à tirer de cette expérience est qu'il faut beaucoup de temps pour influencer les budgets nationaux et que la société civile et les parlementaires, ainsi que le gouvernement et, au bout du compte, la population, puissent en tirer des bénéfices considérables.

Encadré 8.4

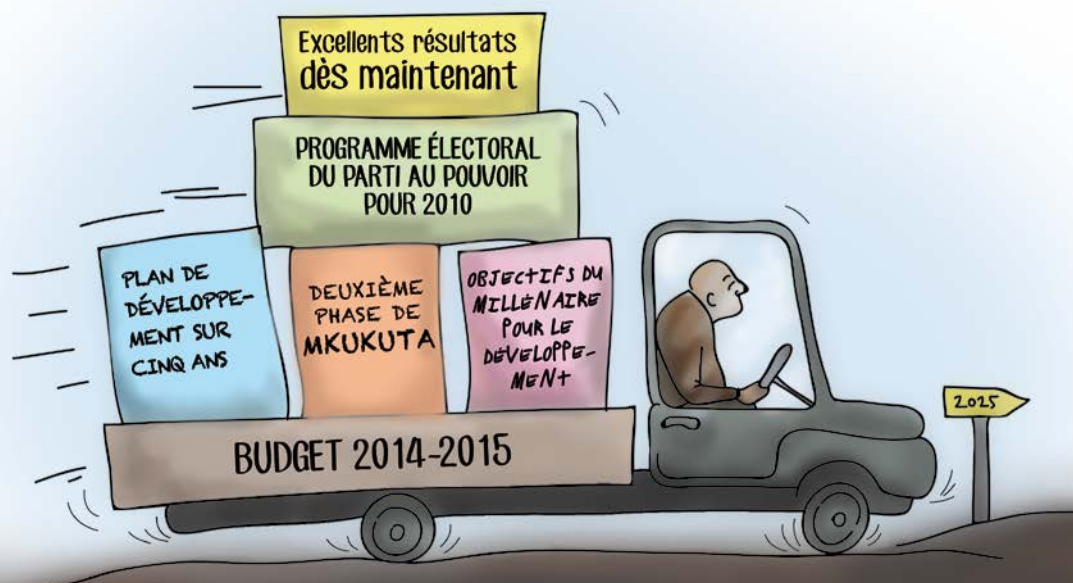
Budget participatif : enseignements tirés des expériences pilotes en République démocratique du Congo¹⁸

La participation récente des citoyens des zones rurales et des zones urbaines à l'établissement et à la gestion des budgets locaux a contribué à renforcer la gouvernance en République démocratique du Congo. Comment fonctionne la budgétisation participative dans la pratique ? L'autorité locale présente son budget à la population en précisant la part du budget allouée aux investissements locaux. Grâce à un processus de dialogue, les membres de la communauté peuvent choisir eux-mêmes les priorités à aborder et à financer avec le budget local. Par l'intermédiaire de ce processus participatif, la population est également impliquée dans le suivi de la mise en œuvre des activités sélectionnées. Où qu'elles se trouvent et grâce aux téléphones mobiles que la plupart

des Congolais possèdent aujourd'hui, les personnes prenant part au projet « Budget participatif » peuvent facilement obtenir les informations utiles sur la date, l'heure et le lieu des réunions. Ces personnes peuvent également prendre connaissance des décisions prises lors des réunions, voter par SMS (service de textos) et surtout, surveiller et évaluer les décisions prises lors d'un vote et ceci, tout en vaquant à leurs occupations quotidiennes. Cette approche participative a permis aux entités territoriales décentralisées impliquées dans le projet pilote d'améliorer la gouvernance locale grâce à la responsabilisation sociale, à la participation effective des citoyens à la gestion des affaires publiques et à la surveillance des investissements publics par les citoyens.

8.5 Comment le processus de budgétisation fonctionne-t-il du point de vue des parties prenantes à la PSPNS ?

Fig. 8.4 Harmoniser le budget et les priorités stratégiques : un défi de taille¹⁹



Le cycle budgétaire démarre avec la planification de l'utilisation des ressources pour l'année à venir, par le gouvernement. Pour que cela soit fait conformément aux priorités des politiques

sanitaires, les planificateurs de la santé doivent s'engager de manière stratégique dans le processus et être prêts à le soutenir.

8.5.1 Élaboration du budget

Il convient de garder à l'esprit que le ministère des Finances doit tenir compte des diverses priorités du gouvernement et prendre des décisions en procédant à des arbitrages. Le ministère de la Santé doit donc disposer de données probantes et faire valoir des arguments solides, soigneusement étudiés pour justifier les besoins du secteur de la santé.

Les projections macroéconomiques, habituellement calculées par une unité spécialisée au sein du ministère des Finances, permettent au service du budget de ce ministère de déterminer le montant global des dépenses pouvant être consenties sans conséquences macroéconomiques négatives, en tenant compte du montant prévu des recettes et d'un niveau raisonnable de déficit.

Dans de nombreux pays, le Premier ministre, le Président et/ou le gouvernement participent directement à l'établissement et à la préparation du budget, en particulier pour influencer les principales orientations stratégiques et les modalités de mise en œuvre.

L'établissement initial du budget national s'effectue dans le service du budget du ministère des Finances, avec l'intervention des différents secteurs. Le degré d'ouverture et d'interaction avec les autres secteurs varie d'un pays à l'autre et ce processus déterminera le temps nécessaire à la mise au point d'un budget (quelques semaines ou quelques mois). Le ministère des Finances demandera certainement des informations claires, transparentes et concrètes à ses propres services ou directement aux autres ministères. Certains ministères des Finances publient des circulaires relatives au budget pour donner des instructions aux ministères sectoriels, précisant le plafond indicatif des dépenses globales fixé pour chaque ministère. Cette circulaire comprend également des renseignements sur la façon de préparer les estimations de dépenses en cohérence avec les objectifs macroéconomiques. Elle définit les hypothèses économiques à adopter pour l'évaluation des niveaux de salaire, le taux de change et les niveaux de prix (et de préférence les niveaux de prix différenciés pour les différentes catégories économiques de biens et de services).

Le ministère de la Santé peut directement négocier avec le service du budget ou avec une personne d'un autre service du ministère des Finances chargée du secteur de la santé. Le ministère des Finances doit tenir compte de diverses priorités gouvernementales et prendre des décisions en procédant à des arbitrages, l'objectif étant que le total des dépenses budgétaires corresponde au montant disponible dans l'espace budgétaire du pays. Des négociations auront aussi lieu entre la direction centrale du ministère de la Santé et les responsables du budget au niveau des districts.

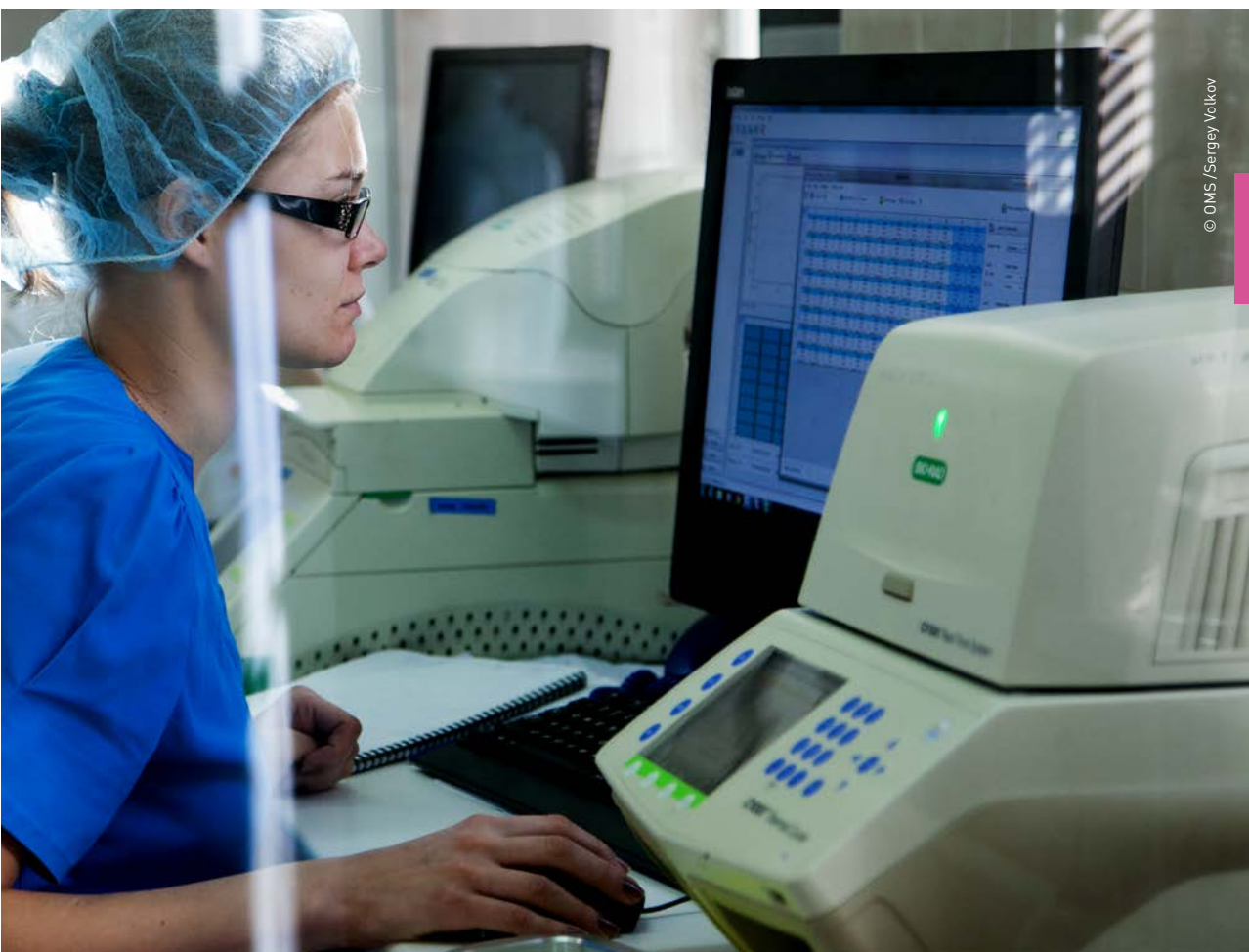
En réalité, bon nombre des processus de budgétisation utilisent une budgétisation historique, c'est-à-dire que le budget est basé sur les allocations de l'année précédente. À moins de changements radicaux de la situation économique ou dans les priorités du gouvernement (par exemple au moment de la crise liée à la maladie à virus Ebola en 2014, en Afrique de l'Ouest), les grandes lignes du budget sont généralement connues. Elles combinent les projections critiques sur la croissance économique, l'inflation, la démographie, les recettes (toutes ces informations devraient être incluses dans l'énoncé du projet de budget) et les objectifs budgétaires globaux. Les fonds budgétisés sont souvent liés aux coûts fixes du personnel et d'infrastructure, ce qui laisse une flexibilité limitée - voire une marge budgétaire réduite - pour les postes relatifs aux traitements essentiels des patients tels que les médicaments et autres articles jetables.

Le ministère de la Santé peut se placer en position de force dans la négociation en préparant un plan chiffré et un programme de négociation avant que le ministère des Finances n'entame les consultations avec les différents secteurs. Habituellement, une simple demande

d'augmentation des fonds pour le secteur de la santé ne suffira pas à convaincre un ministère des Finances confronté à différentes priorités concurrentes. Un plan chiffré est un prérequis aux négociations avec le ministère des Finances ; néanmoins, d'autres informations spécifiques telles que, par exemple, celles sur les bénéficiaires ultimes de ce plan, les résultats escomptés en matière de santé et, le cas échéant, les conséquences de ce plan sur l'économie du pays et sur les objectifs du gouvernement dans leur ensemble, doivent être débattues au préalable, calculées et analysées afin d'être abordées avec

le ministère des Finances. Il s'agit d'une étape fondamentale pour engager le processus de budgétisation, notamment la défense du budget et la négociation avec les différentes parties prenantes. Une étroite collaboration avec les OSC et les groupes de réflexion peut s'avérer utile dans ce cas, en particulier dans des domaines d'expertise spécifiques (Encadré 8.3).

Une fois les négociations budgétaires finalisées, le gouvernement approuve les propositions d'inscription au budget qui seront présentées au Parlement.²⁰



Encadré 8.5

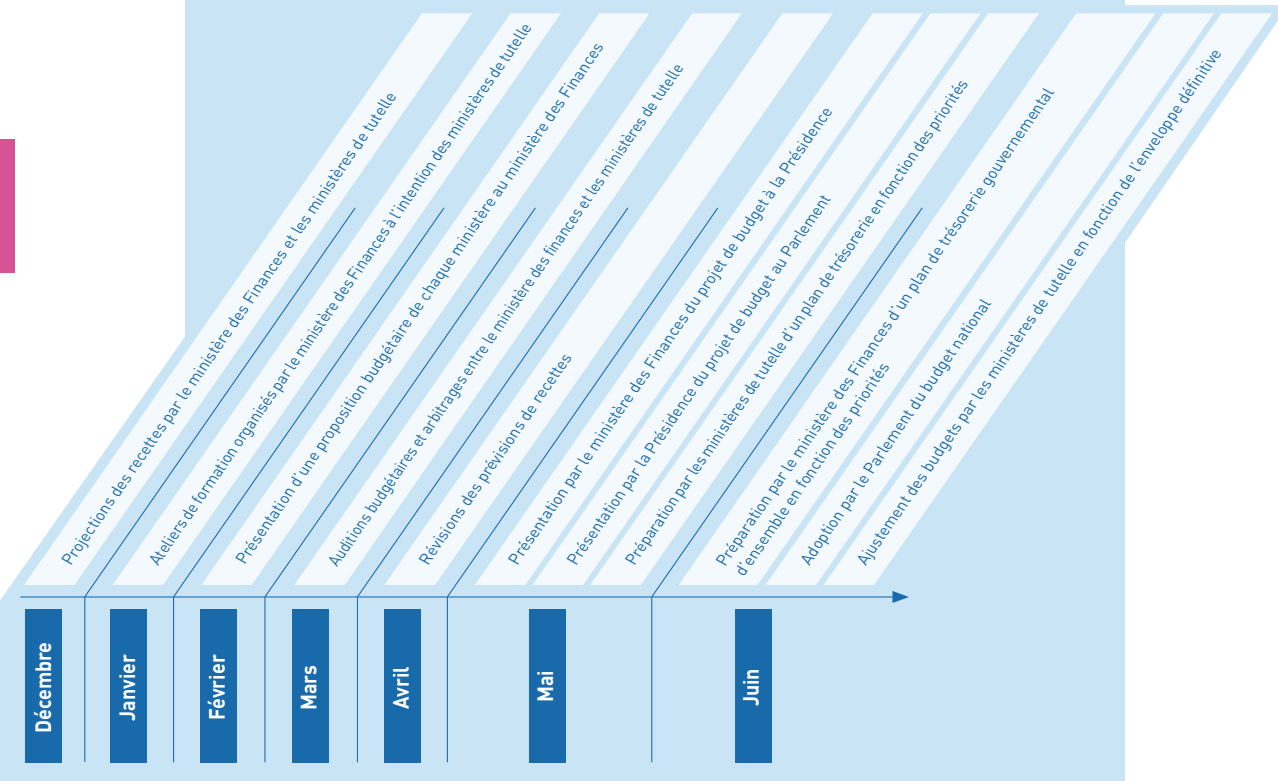
Principales étapes du processus de budgétisation au Libéria²¹

L'exemple du Libéria nous permet d'illustrer dans la pratique, l'implication d'un large éventail de parties prenantes dans chaque étape du processus de préparation du budget.

Au Libéria, le ministère des Finances pilote le processus de planification et de budgétisation. Il calcule les prévisions de recettes et diffuse ensuite ces informations aux ministères concernés, parfois au cours d'un atelier. Les ministères de tutelle sont ensuite chargés de soumettre des propositions budgétaires, après

quoi des auditions budgétaires, un débat et des révisions des premières projections de recettes sont organisés entre le ministère des Finances et les ministères concernés.

Le processus débouche sur un projet de budget que le ministère de la Santé soumet officiellement au Président et au Parlement. Une fois le budget national adopté par le Parlement, les ministères de tutelle sont censés adapter leurs budgets internes en fonction des crédits budgétaires définitifs.



Encadré 8.6

Le processus de préparation du budget au Ghana²²

Le processus budgétaire au Ghana est un événement annuel qui comprend, l'établissement de plafonds et de priorités générales par le niveau supérieur (capitale) sur base des remontées d'informations provenant des niveaux inférieurs. Les principales étapes du processus sont répertoriées ci dessous.

1. Demande de contributions du grand public, notamment des groupes de la société civile et du secteur privé.
2. Mise à jour du cadre macroéconomique, y compris l'ensemble des plafonds des dépenses et de la répartition des crédits du gouvernement et des bailleurs de fonds.
3. Examen préliminaire des politiques par les ministères, départements et organismes comprenant le calcul des coûts des objectifs, des politiques et des activités.
4. Réunions intersectorielles afin d'identifier les domaines dans lesquels les effets, les objectifs et les résultats se chevauchent et font double emploi, ceux dans lesquels la collaboration et la coordination s'imposent dans la planification et la mise en œuvre des activités. Ces réunions aboutissent à une compilation de commentaires et retours sur la priorisation des objectifs.
5. Examen et finalisation des plafonds compte tenu de la prévision des coûts prévus.
6. Approbation par le gouvernement des plafonds définitifs.
7. Élaboration de plans opérationnels plus détaillés pour la première année. Ces plans sont élaborés en partant de la base, notamment les plans régionaux et de districts, et reflètent les orientations politiques et les priorités établies dans les PSPNS.
8. Examens des plans opérationnels au cours d'audiences stratégiques et techniques avec le ministère des Finances et de la Planification économique. Après l'étape de finalisation, le ministère consolide le budget national.
9. Allocation définitive des plafonds entre les différents centres de dépenses et les différents objectifs.

8.5.2 Adoption ou promulgation du budget

Un budget est réputé “adopté” lorsqu’il est introduit devant le législateur pour examen puis promulgué sous forme de loi. La commission des dotations (budgétaires) a généralement le pouvoir de voter sur les questions financières en tant qu’organe principal législatif ; elle fait des recommandations et rend compte des décisions en matière de dépenses au nom du législateur. Lors de l’étape d’approbation du budget, des audiences publiques et des débats peuvent avoir lieu sur des parties spécifiques et/ou sur l’ensemble du budget, et des commissions (ou sous-commissions) législatives participent au dialogue portant sur des sujets précis. Dans ce cas, la commission relative à la santé (qui peut prendre la forme d’une sous-commission de la commission des dotations ou d’une commission permanente distincte)^{VII} étudiera les sections du budget général portant sur la santé et préparera une analyse et une réponse, souvent sous la forme d’amendements. C’est à ce moment que le ministère de la Santé a la précieuse possibilité de collaborer avec le législateur et d’appuyer les analyses techniques et les vérifications croisées avec le plan sanitaire chiffré. Au cours de cette étape du cycle budgétaire, l’attention des médias est centrée sur le budget national et cette tribune peut être utilisée pour l’attirer sur des questions spécifiques, en partenariat avec des organisations de défense des droits et la société civile.

8.5.3 Exécution du budget

Cette étape du cycle budgétaire comprend la mise en œuvre effective du budget prévu, qui est rarement exécuté sans quelques aménagements. La question cruciale est de savoir si les dépenses imprévues sont suffisamment justifiées par des décisions politiques, des changements dans les projections macroéconomiques ou d’autres raisons, et si elles sont bien documentées.

Dans de nombreux pays, les capacités de mise en œuvre et de contrôle du budget sont insuffisantes, ce qui exacerbe les problèmes d’un système budgétaire défaillant et empêche le respect du budget planifié. Pour le ministère de la Santé et tout autre ministère de tutelle, il est essentiel que son calcul des coûts pour le secteur et son CDMT aient défini sans ambiguïté la destination et l’affectation des crédits. Ces précisions peuvent s’avérer utile dans une situation où le budget n’est pas clair ou où les systèmes de compte rendus ne fournissent pas les informations adéquates pour contrôler les dépenses.

8.5.4 Évaluation du budget

L’évaluation et le contrôle de l’intégralité du budget national sont habituellement confiés à une institution supérieure de contrôle des finances publiques (ISC). Son mandat est de surveiller les dépenses publiques, de les comparer aux budgets établis et aux objectifs de dépenses, et de garantir leur conformité avec les lois et la réglementation pertinentes. L’ISC est l’un des organismes les plus importants pour veiller à ce que l’argent soit dépensé de manière appropriée et conformément aux prévisions.

De plus en plus, les ISC sont chargées de vérifier l’efficacité de l’utilisation des fonds, d’examiner l’optimisation des ressources et d’évaluer la performance des services publics.²³ Normalement, la tâche du suivi et de l’application des résultats et recommandations de l’audit relève du pouvoir législatif. Idéalement, le législateur et l’ISC (et le cas échéant, les OSC) devraient collaborer étroitement pour s’assurer que les conclusions de cette institution sont bien prises en compte.

Plus précisément en ce qui concerne le secteur sanitaire, l’exécution du budget de la santé peut être évaluée lors des examens sectoriels périodiques. Cela relèverait du cycle de planification et d’élaboration de la politique de santé et serait distinct des audits budgétaires nationaux, même si des audits spécifiques à la santé peuvent être assurés – et le seront certainement – par l’ISC du pays.

^{VII} Toutes les commissions du législateur en lien avec la santé n’ont pas forcément d’influence sur le budget. Cette commission ou l’organe compétent en matière de santé, n’a pas le même mandat d’un pays à l’autre.

Le processus d’adoption du budget est un moment essentiel pour le ministère de la Santé ; c’est une précieuse occasion pour collaborer avec les commissions du législateur compétent en matière de santé et pour soutenir les analyses budgétaires et les vérifications croisées avec le plan sanitaire chiffré.

L’institution supérieure de contrôle des dépenses publiques (ISC) a pour mandat de surveiller les dépenses publiques, de les comparer aux budgets établis et aux objectifs de dépenses, et de garantir leur conformité avec les lois et réglementations pertinentes.

8.6 Questions opérationnelles importantes à prendre en compte par les parties prenantes de la planification sanitaire lors du processus de budgétisation du secteur de la santé

8.6.1 Considérations juridiques

Bien que le cadre juridique précis de la budgétisation gouvernementale varie d'un pays à l'autre, il est généralement précisé sous une forme ou une autre, que ce soit par une loi, un décret, une directive réglementaire ou d'autres moyens. Les intervenants en matière de planification de la santé doivent savoir comment puiser les informations pertinentes pour le budget et à quel niveau apporter une contribution technique et exercer leur influence.

La Constitution d'un pays est au sommet de la hiérarchie des normes juridiques. Bien qu'elle ne traite habituellement que de grands principes, la Constitution peut toutefois clarifier trois aspects importants, à savoir :

1. les pouvoirs relatifs à l'exécutif et législatif en matière de finances publiques ;
2. la définition des relations financières entre les niveaux national et infranational de l'État ; et
3. l'exigence, par exemple dans les systèmes de droit commun (common law), selon laquelle tous les fonds publics doivent être dépensés uniquement en vertu d'une loi.

La loi organique est généralement le principal instrument d'établissement des principes de gestion des finances publiques. Cela peut prendre la forme d'une loi unique orientant l'établissement, l'approbation, l'exécution, le contrôle et l'audit du budget, ou il peut y avoir plusieurs lois couvrant des domaines spécifiques de la gestion des finances publiques qui peuvent également concerner les niveaux national et infranational de l'État. La loi organique sur le budget donne

également au gouvernement ou au ministre chargé des Finances publiques, le pouvoir d'édicter des règlements et des instructions détaillés.

La Constitution, la loi organique relative au budget et la réglementation financière sont permanentes et constituent le cadre juridique au sein duquel la loi relative au budget annuel/loi de finances comprend les estimations de recettes et de dépenses pour une année donnée ; cette loi est préparée, approuvée, exécutée et auditée. La loi relative au budget annuel peut prendre différentes formes selon le système en place.

Dans les systèmes francophones et latino-américains, la portée de la loi sur le budget annuel (budget ou loi de finances dans les pays francophones et ley anual de presupuestos en Amérique latine) est plutôt vaste ; en effet, elle énonce le montant et les détails des recettes, des dépenses et du solde, toutes mesures de législation fiscale et tout changement autorisé apporté aux dépenses. Le Brésil par exemple, dispose de seuils minimaux de dépenses de santé aux niveaux municipal, étatique et fédéral qui exigent qu'un certain pourcentage du budget annuel soit consacré aux services de santé²⁴. Sous un régime de droit commun, seules les estimations des recettes et des dépenses doivent être présentées au Parlement. En revanche, dans beaucoup d'économies en transition, le budget annuel a souvent été assez sommaire car aucune législation détaillée ne stipulait les détails à fournir. Avant les réformes récentes, les prévisions budgétaires ont été présentées sous forme agrégée, par institution budgétaire - il s'agissait en général uniquement des institutions de supervision et non pas des unités subordonnées - et ventilées uniquement selon de vastes « fonctions ».²⁵

Le cadre juridique influant sur l'élaboration et l'exécution du budget comprend la Constitution, la loi de finances organique et des règlements financiers.

8.6.2 Comment les pays peuvent-ils introduire et entreprendre efficacement une budgétisation pluriannuelle ?

Les cadres de dépenses à moyen terme (CDMT) dans le secteur de la santé se sont appuyés sur la nécessité d'assurer l'accessibilité financière et la faisabilité opérationnelle des propositions de politiques de santé.

Depuis le milieu des années 1980, les réformes budgétaires à l'échelle mondiale concernaient principalement les efforts visant à passer de la planification et de l'approbation des budgets pour une année seulement à une perspective pluriannuelle visant à améliorer le caractère viable et prévisible du financement du secteur. La nécessité d'assurer l'accessibilité financière et la faisabilité opérationnelle des propositions politiques a été un facteur important pour l'introduction de perspectives à moyen terme. Étant donné que le décalage entre la prise de décision en matière de santé, la planification et les processus budgétaires a été reconnu comme un facteur commun de gouvernance dans plusieurs pays, le CDMT pour la santé est de plus en plus considéré comme un élément central des programmes de réforme de la gestion des dépenses publiques (voir Encadré 8.7).

À ce jour, les CDMT ont eu un effet mitigé sur l'amélioration de la prévisibilité budgétaire pour les ministères de la Santé. Toutefois, certains éléments laissent à penser qu'ils ont entraîné des réaffectations budgétaires dans le secteur²⁸. Il est fréquent de constater que la qualité des estimations prospectives des dépenses et des prévisions de recettes est généralement médiocre. Concernant les dépenses prévisionnelles, elles ont tendance à trop souvent consister en une proposition de budget pour la première année d'un cadre pluriannuel, suivie de projections des coûts ajustées en fonction de l'inflation pour les années suivantes ; en d'autres termes, une augmentation graduelle pluriannuelle. Quant

Encadré 8.7

Instaurer le CDMT pour la santé en Afrique : le cas du Malawi et de la République démocratique du Congo

Malawi²⁶

En 1993, un examen de la gestion budgétaire au Malawi a révélé de véritables insuffisances dans le système de budgétisation du pays, soulignant en particulier le fait que les objectifs de dépenses généraux et spécifiques des pouvoirs publics n'étaient pas assez clairs. En réponse aux conclusions de l'examen, la Banque mondiale a contribué en 1995 à l'introduction du processus de CDMT au Malawi dans quatre secteurs, notamment celui de la santé. La première année de mise en œuvre a essentiellement porté sur le calcul des coûts, de manière adéquate, des priorités spécifiques au secteur en vue de refléter ses plans stratégiques. Tous les autres secteurs ont rejoint le processus l'année suivante, le ministère des Finances assurant la direction générale et la gestion. Après les premières années de mise en œuvre, il était manifeste que la Direction du budget nécessitait davantage de personnel et des dispositions ont été prises pour une augmentation des effectifs. Le CDMT au Malawi était considéré comme un processus visant à l'amélioration de la prise de décision et des liens entre les politiques, les priorités, les ressources et les budgets. Ce processus a impliqué une approche conjointe ascendante et descendante. On entend par « ascendante » une analyse macroéconomique portant sur les recettes totales et l'allocation de plafonds budgétaires à différents secteurs. Parallèlement, une approche descendante au

niveau sectoriel consistait à ventiler celles-ci selon les activités et les coûts. Au Malawi, une attention particulière a été accordée sur l'implication d'un large éventail de parties prenantes dans la conception et la mise en œuvre du processus ainsi que la présentation du processus de budgétisation comme outil de gestion pour l'ensemble des secteurs. Dans le cadre du CDMT, le ministère des Finances assumait un rôle moins dominant mais davantage tourné vers la supervision de la performance, en veillant à la responsabilisation et la transparence en matière d'utilisation des ressources. Une évaluation effectuée début 2014 a montré des améliorations satisfaisantes de la crédibilité budgétaire du Malawi ainsi que des liens renforcés entre les politiques et les budgets. Toutefois, des améliorations significatives demeuraient nécessaires pour l'exécution et le contrôle du budget, ainsi que les procédures de comptabilité.

République démocratique du Congo²⁷

À partir de 2011, la Direction d'Études et Planification (DEP) du ministère de la Santé publique a mis en place un programme d'amélioration du processus budgétaire au moyen d'un concept de gestion axé sur les résultats, qui utilise le CDMT comme un outil. Depuis 2012, le ministère de la Santé publique et les ministères provinciaux ont chaque année, établi un CDMT national et provincial. Cet outil figure dans la feuille de route de la réforme des dépenses publiques initiée par le ministère de l'Économie et des Finances, faisant du secteur de la santé un pionnier en matière de réforme, à étendre à tous les autres secteurs. Les avantages sont double. Premièrement, les pratiques de gestion axées sur les résultats sont reprises par les équipes provinciales chargées de la planification et

de la budgétisation. Ces équipes joueront un rôle central dans l'allocation des ressources pour la santé. Deuxièmement, l'outil facilite le développement d'un argumentaire permettant de défendre le budget consacré à la santé lors de la prise de décision pour le budget annuel. En 2014, de solides arguments ont permis au ministère de la Santé publique d'obtenir une augmentation de 20 % du budget initialement annoncé pour les dépenses non salariales. Cela représente USD 10 millions supplémentaires dans l'allocation pour la santé.

Toutefois, du fait du caractère imprévisible des ressources extérieures et de l'incertitude autour de la décentralisation, le processus budgétaire à moyen terme est un exercice particulièrement délicat qui a souvent très peu de rapport avec les réalités macroéconomiques. Les CDMT de la République démocratique du Congo sont élaborés à partir de données incomplètes et inégales ; en effet, les provinces n'ont pas une idée précise des ressources nationales et extérieures qu'elles recevront l'année suivante. Par conséquent, les CDMT sont rarement utilisés pour gérer les ressources et relèvent plutôt d'un exercice théorique. Les efforts du ministère de la Santé publique pour améliorer le processus budgétaire sont entravés par l'incertitude régnant autour de la décentralisation et de la fragmentation du financement extérieur. Les efforts récemment déployés par le ministère de la Santé publique pour renforcer sa stratégie de financement, devraient permettre au gouvernement de définir sa vision officielle du financement de la santé et l'architecture de décentralisation, ce qui permettra d'améliorer le processus budgétaire.

aux projections de recettes, elles sont parfois jugées irréalistes et ne permettent pas une planification stratégique adéquate.

Dans la plupart des pays, le processus et la qualité des budgets santé ainsi que les CDMT doivent être renforcés, et plus particulièrement :

- ▶ des scénarios de ressources plus réalistes ;
- ▶ un meilleur alignement des plafonds des CDMT sur les allocations sectorielles annuelles ;
- ▶ un soutien renforcé au ministère de la Santé dans l'élaboration de scénarios de dépenses de santé saines ;
- ▶ des processus plus participatifs.

Encadré 8.8

Obstacles à la budgétisation à moyen terme²⁹

Les systèmes existants dans les pays d'Afrique francophones et anglophones peuvent avoir des répercussions sur la mise en œuvre de réformes standards telles que la budgétisation à moyen terme. Alors que les systèmes francophones ont des avantages en termes de contrôle budgétaire et proposent des mécanismes adaptés à une perspective à moyen terme (tel que permettre aux programmes d'immobilisations d'avoir une base juridique pluriannuelle dans les lois financières), ils posent également des problèmes importants. En effet, le contrôle central sur les dépenses des ministères décourage les organismes de gestion à assumer la responsabilité stratégique de dépenses judicieuses et le format du budget n'aide en rien dans cette situation. En mettant bien l'accent sur le droit dans les systèmes francophones, l'absence de dispositions légales pour les mécanismes modernes de gestion budgétaire tels que les CDMT ainsi que la budgétisation par programme, signifie que les réformes de ces effets ont

très peu d'impact. En revanche, l'exigence de se conformer aux directives de l'Union économique et monétaire de l'Afrique de l'Ouest a conduit à des réformes réussies des principaux éléments des systèmes de GFP.

En Afrique anglophone, la tradition de gestion financière basée sur le modèle britannique peut rivaliser avec le modèle constitutionnel des États modernes. L'une des principales préoccupations est le rôle du Parlement qui contrecarre une budgétisation globale à moyen terme, abordable et efficace. Dans les pays anglophones, la place juridique importante accordée à la responsabilisation des agents comptables de l'organisme de gestion (en l'occurrence, le ministère de la Santé) ébranle un ministère des Finances solide, chargé d'exécuter un processus budgétaire discipliné. Le faible rôle des Parlements et l'insuffisance des capacités de prévision à moyen terme, en particulier au niveau sectoriel, influent davantage sur l'impact de ces réformes.

Figure 8.5 Introduire la budgétisation axée sur la performance : du concept à la pratique³⁰



8.6.3 Comment les pays peuvent-ils passer d'une budgétisation par poste budgétaire à une budgétisation axée sur la performance ?

De nombreux pays s'éloignent progressivement de la budgétisation axée sur les activités ou par ligne budgétaire, pour adopter un système davantage axé sur le rendement et qui accorde une place plus importante aux résultats. Le passage de la budgétisation traditionnelle à des méthodes de budgétisation alternatives dont les résultats et le rendement sont axés sur les priorités, est considéré comme plus utile en tant qu'instrument de politique ou de prise de décision. Il permet de prouver aux responsables élus et aux fonctionnaires administratifs ce qui est accompli avec les fonds, au lieu de simple-

ment démontrer que ces fonds ont été utilisés pour l'achat d'intrants approuvés.³¹ À la fin du cycle budgétaire, un examen de la performance est censé aider les planificateurs à allouer et à dépenser les ressources de manière plus efficace en vue de réaliser les objectifs fixés dans les années suivantes (voir Encadré 8.9). Pour progresser vers une budgétisation axée sur la performance, les pays adoptent un système de planification, de budgétisation et d'évaluation qui met l'accent sur la relation entre le budget prévu et les résultats escomptés.

Le passage à une budgétisation axée sur la performance crée un système qui privilégie la relation entre le budget prévu et les résultats escomptés. Il y a toutefois des réserves, notamment sur le risque accru de nouveaux cloisonnements des postes budgétaires et la confusion initiale dans les systèmes faibles de GFP.

Il faut émettre cependant plusieurs réserves. En effet, alors que la budgétisation axée sur la performance semble avoir été efficace pour mieux éclairer les décisions d'allocation des ressources et pour soutenir une meilleure qualité des processus de négociation entre le ministère des Finances et les ministères de tutelle tels que celui de la Santé, il existe un manque de preuves systématiques des véritables effets sur la performance du secteur de la santé. La budgétisation axée sur la performance exige une capacité de gestion budgétaire considérable au sein des institutions de gestion. Le fait d'accorder plus d'autonomie à ces institutions (telles que le ministère de la Santé) exigerait que des systèmes de responsabilisation soient mis en place et fonctionnent de manière à ce qu'une plus grande souplesse débouche effectivement sur de meilleurs résultats sectoriels. Toutefois, dans les systèmes faibles de GFP, l'introduction

d'une classification budgétaire alternative est susceptible de créer davantage de confusion et de réduire la responsabilisation, du moins au départ. Les budgets pourraient ainsi devoir être présentés sous différents formats durant la phase de transition.

Pour le secteur de la santé en particulier, l'introduction de budgets de programmes peut accroître les risques de création de nouveaux cloisonnements (les budgets de programme sont souvent des programmes verticaux, spécifiques à une maladie). La modification de la structure du budget ne sera pas suffisante pour orienter les flux vers les résultats escomptés. Tout aussi important que la structure budgétaire : la gestion du personnel et la structure des pouvoirs publics qui fournissent des incitations et la responsabilisation en vue de l'amélioration de la performance du secteur de la santé.



Encadré 8.9

De la budgétisation par poste budgétaire à la budgétisation par programme : le cas de la République de Corée³²

Le système budgétaire de la République de Corée a révélé que la caractéristique la plus problématique du système de classification budgétaire était le fait de mettre l'accent sur les classifications par organisation (ministères et organismes) et, avant tout, par compte budgétaire. Par conséquent, les dépenses aux niveaux des programmes et des activités étaient fragmentées sur différents comptes. À l'inverse, même lorsqu'un programme ou une activité était exclusivement financé par un compte budgétaire unique, des vérifications croisées étendues ont été nécessaires pour vérifier qu'il n'existait pas d'autres dépenses dans un autre compte. À l'opacité de l'information sur les dépenses pour les programmes ou les activités, s'est ajouté le fait qu'il existait plus de 6 000 activités. Ainsi, la solution exigeait que le système de classification budgétaire soit simplifié afin de rendre les informations sur les dépenses plus transparentes et accessibles. En outre, il conviendrait que cette rationalisation du système de classification soit accompagnée d'une plus grande discrétion accordée aux ministères dépensiers, comme celui de la santé. Cela permettrait également au bureau chargé du budget et au corps législatif de se concentrer sur les décisions plus larges en matière d'allocation des ressources, tout en mettant à profit les compétences des gestionnaires de première ligne en matière de dépenses dans leurs secteurs, en vue d'accroître l'efficacité des décisions relatives aux dépenses de niveau inférieur.

Compte tenu de cette orientation générale, les pouvoirs publics ont pris des décisions concernant plusieurs principes de base pour la restructuration du budget par poste budgétaire, en budgétisation par programme :

1. un programme ne peut s'étendre à plusieurs ministères ;
toutes les activités ayant le même objectif
2. politique doivent être regroupées dans un programme unique, quelle que soit la source de revenu ;
3. les programmes doivent être clairement différenciés les uns des autres, tant dans l'objectif de la politique que dans le nom du programme.

D'autres lignes directrices ont été établies afin d'assurer une correspondance de la classification des programmes avec le National Fiscal Management Plan (plan national de gestion budgétaire, équivalent coréen du CDMT) et que le nombre final d'activités soit réduit à un niveau satisfaisant pour la prise de décisions en matière d'allocation des ressources. Par ailleurs, le gouvernement a décidé que l'ensemble des coûts indirects (salaires, entretien des installations, etc.) pour chaque ministère seraient regroupés dans un programme distinct, de même que les simples transferts entre les différents comptes budgétaires, plutôt que de répartir ces coûts ou transferts dans d'autres programmes.

8.6.4 Quand et comment les pays doivent-ils évaluer l'espace budgétaire alloué à la santé ?

Le passage à la budgétisation axée sur la performance crée un système qui met l'accent sur la relation entre le budget prévu et les résultats escomptés. Il faut toutefois émettre des réserves, notamment sur le risque accru de nouveaux cloisonnements budgétaires et la confusion initiale dans les systèmes de GFP détaillés.

La recherche d'un espace budgétaire pour la santé devrait être intégrée au processus de budgétisation (voir Figure 8.6 et Encadré 8.10). Il est essentiel d'implanter un espace budgétaire pour l'analyse de la santé dans le processus global de prévision budgétaire. Il est probable que l'analyse sera mieux placée au stade de la formulation du budget à moyen terme. Il s'agit d'un moment critique, largement inexploité, qui devrait permettre un alignement réaliste des prévisions de recettes sur les priorités du gouvernement et les plafonds de dépenses associés. Si l'évaluation de l'espace budgétaire par secteur est menée avant et en tant que support pour l'élaboration d'un CDMT sain, elle maximisera l'impact sur le changement. Grâce à une telle évaluation, les planificateurs de la santé apporteront une valeur technique utile et un soutien pour explorer l'espace budgétaire potentiel réel, plutôt que de se concentrer sur les cadres et plafonds historiques.

Une idée plus réaliste du potentiel de l'espace budgétaire pour la santé peut également aider les ministères de la Santé à mieux planifier une éventuelle réduction des allocations de ressources à la santé au cours de l'année ; ceci peut se produire en période de difficultés financières compte tenu des fluctuations de l'aide extérieure, d'une réduction des ressources nationales, ou pour d'autres raisons. Dans de telles circonstances, la mise en œuvre des PSPNS peut être gravement compromise si les réductions potentielles des ressources ne sont pas dûment planifiées et prises en compte dès le départ.

Encadré 8.10

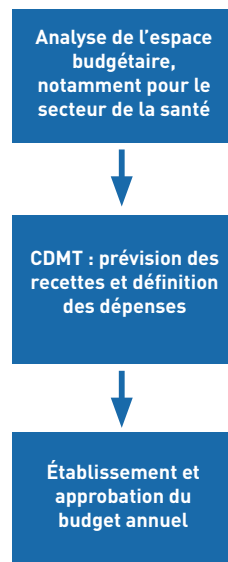
Bilan sur l'espace budgétaire alloué à la santé : principaux enseignements tirés des évaluations dans les pays en développement³³

Les enseignements tirés de l'expérience des pays ont montré que dans des contextes où les dépenses publiques de santé étaient très limitées (toutes normes incluses), les projections de l'espace budgétaire alloué à la santé ont permis d'identifier des scénarios possibles pour accroître la disponibilité des ressources sur le plan de production de recettes mais aussi de dépenses. Ils ont mis en évidence l'existence de marges sur des ressources clairement inexploitées (par exemple les taxes, les ressources minérales), le décalage entre les priorités du gouvernement et les engagements internationaux (par exemple, le peu d'importance accordée à la santé) ainsi que des pertes liées à l'efficacité et à l'efficience (par exemple, une faible exécution, une répartition des allocations déséquilibrées, un manque d'efficacité au niveau technique).

Dans les pays plus avancés (là où l'enveloppe budgétaire comprend des recettes plus élevées et une grande importance est accordée à la santé), les données factuelles montrent que d'autres gains découleront vraisemblablement du côté des dépenses grâce à une meilleure gestion de l'enveloppe budgétaire existante, consacrée à la santé. À court et moyen

terme, une combinaison stratégique d'une exécution améliorée et d'allocations modifiées dans l'enveloppe budgétaire, est susceptible de stimuler l'expansion de l'espace budgétaire pour le secteur. Dans de tels contextes, les expériences réussies des pays se sont concentrées sur la façon d'aligner une enveloppe budgétaire existante sur les objectifs de la CSU (à savoir réduire les inégalités en matière d'utilisation des services et de dépenses), plutôt que de retarder ou de perturber le déroulement de leur processus de réforme ainsi que les gains substantiels attendus des ressources.

Figure 8.6
Positionnement
de l'analyse
de l'espace
budgétaire
alloué à la
santé dans le
processus de
budgétisation³⁴



8.6.5 Comment collecter les données nécessaires ?

L'accès à des données budgétaires et financières de qualité ainsi que leur utilisation efficace sont essentiels pour les planificateurs et gestionnaires de la santé, en particulier pour orienter les décisions relatives aux futurs investissements. Dans de nombreux pays, le ministère de la Santé et les autres parties prenantes ne peuvent pas s'appuyer sur des données budgétaires et financières de bonne qualité pour les raisons suivantes :

- ▶ le manque d'accès aux données et leur utilisation par les unités compétentes du ministère de la Santé ;
- ▶ la mauvaise classification des dépenses publiques consacrées à la santé ;

- ▶ les lacunes dans les rapports de gestion financière et des systèmes de consolidation au sein du ministère de la Santé et dans tous les ministères.

Au cours des dix dernières années, la production systématique de comptes nationaux de la santé a permis de suivre les dépenses globales de santé à partir de différentes sources au niveau national, et de fournir une description systématique des flux financiers liés à la consommation de biens et de services de santé (voir Encadré 8.11). Le ministère de la Santé est encouragé à utiliser les résultats des comptes de la santé de façon plus systématique en vue d'éclairer davantage la planification et la budgétisation sanitaires. Il

Des données budgétaires et financières de bonne qualité sont essentielles pour éclairer la planification et la budgétisation sanitaire. Les évaluations des dépenses devraient donc être institutionnalisées, notamment parce que les pays sont encouragés à progresser vers un recours accru aux dépenses publiques en vue de progresser vers la CSU.

est également nécessaire d'institutionnaliser et de systématiser les évaluations des dépenses publiques ainsi que les comptes nationaux de la santé au sein du ministère de la Santé afin de renforcer sa capacité à informer et à influencer les décideurs en matière de budget. Étant donné que les pays sont encouragés à privilégier les dépenses publiques pour progresser vers la CSU35, des efforts supplémentaires seront déployés pour renforcer la production et l'utilisation efficace de données de bonne qualité sur

les dépenses publiques consacrées à la santé. Ce faisant, trois aspects principaux peuvent faire l'objet d'un suivi annuel :

1. le montant alloué au secteur de la santé par rapport au budget global ;
2. la part du budget allouée, effectivement exécutée ;
3. les raisons de la sous-utilisation des budgets ou des dépenses excessives.

Encadré 8.11

Rôle des comptes nationaux de la santé dans l'orientation de l'établissement du budget et du suivi des dépenses³⁶

Les comptes de la santé couvrent les dépenses réelles et non les budgets ou les engagements pris. Ils font le suivi des dépenses de santé de toutes les sources (y compris les sources non gouvernementales) chez les différents types de prestataires (par exemple les hôpitaux par rapport aux prestataires de services auxiliaires) et aux utilisations différentes (par exemple les soins en milieu hospitalier par rapport aux soins ambulatoires ou les soins curatifs par rapport aux soins préventifs).

Les comptes de la santé abordent cinq questions fondamentales.

1. D'où proviennent les ressources (par quels mécanismes de financement les recettes/ressources ont-elles été regroupées) ?

2. Qui gère ces ressources et en vertu de quels mécanismes de financement les individus ont-ils accès aux biens et aux services de soins de santé ?
3. Quels types de biens et de services sont consommés ?
4. Quels prestataires de soins de santé fournissent ces biens et services ?
5. Qui bénéficie de ces dépenses (par âge, sexe, région, maladie) ?

Un nouveau système de comptes de la santé a été lancé en 2011, permettant d'effectuer des comparaisons entre pays et de tenir compte d'un certain nombre de changements et d'améliorations.

8.6.6 Comment les pays devraient-ils comprendre et influencer la budgétisation du secteur de la santé sous l'angle de l'économie politique ?

Dans l'ensemble, le processus d'élaboration du budget est un lieu de contestation du pouvoir et des ressources. Par conséquent, il ne s'agit pas uniquement du résultat de la rationalité économique mais avant tout, d'un exercice politique (voir Encadré 8.12). L'élément central pour les planificateurs de la santé est de reconnaître que la phase de préparation du budget est fondamentalement politique car elle consiste à faire des choix politiques fondés sur les préférences de la société et à les relier aux stratégies concrètes du secteur de la santé.

Pour comprendre le processus de budgétisation sous l'angle de l'économie politique, il est nécessaire de comprendre les processus d'accompagnement de la politique et de la planification de la santé³⁷.

- ▶ Le processus d'allocation des ressources à différents objectifs, priorités ou institutions est essentiellement politique, plutôt que purement technocratique. Outre l'analyse des besoins en matière de santé, les intervenants en planification de la santé devraient accorder suffisamment d'attention à la compréhens-

sion des processus politiques relatifs à la budgétisation avant et pendant le processus de formulation du budget.

- ▶ Le processus d'allocation budgétaire ne se fait pas indépendamment des questions macroéconomiques, de revenus et sans prendre considération les préoccupations relatives à l'efficacité et à l'efficacités dans l'utilisation des fonds alloués à la santé et dans d'autres secteurs. Une compréhension holistique des systèmes de dépenses publiques, ainsi que les cultures institutionnelles qui les conditionnent, est importante pour formuler des stratégies de changement et d'amélioration (c'est-à-dire une allocation accrue à la santé).
- ▶ Il convient de ne jamais supposer automatiquement que les budgets alloués à la santé se traduisent correctement en dépenses. Quels fonds sont véritablement dépensés et par qui ? Sur quels enjeux et à quelle fin ? Les réponses à ces questions sont souvent déterminées au cours de l'exécution du budget, ce qui en soi, implique des interactions politiques, financières et techniques dans un large éventail d'intérêts et de pouvoirs.

Le processus budgétaire est un exercice fondamentalement politique ; cette reconnaissance doit être comprise par les parties prenantes de la planification de la santé.



Encadré 8.12

Les politiques d'élaboration du budget³⁸

Pour garantir un changement significatif en matière d'allocations budgétaires, il est recommandé de disposer d'informations sur les aspects suivants :

- (a) la structure officielle des rôles et des responsabilités dans le cadre du processus budgétaire ;
- (b) les règles officielles régissant la prise de décisions, le choix politique et la responsabilité dans le système de gestion des dépenses publiques ;
- (c) les réseaux de pouvoir et d'influence des parties prenantes (en dehors de la répartition officielle des rôles et des responsabilités), qui ont un impact sur les résultats du processus budgétaire ;
- (d) les incitations à l'action (dissimulées et visibles) ayant une incidence sur la prise de décisions des hommes politiques et des fonctionnaires lors de la formulation et de l'exécution du budget ;
- (e) la latitude des bureaucrates de tous niveaux à agir de manière indépendante et discrétionnaire dans le processus d'exécution du budget ;
- (f) les normes et les valeurs prévalant dans les principales institutions, dans le cadre du processus de formulation et d'exécution du budget.

Un certain nombre d'enseignements susceptibles d'orienter les pratiques peuvent être tirés de l'expérience des initiatives budgétaires aux objectifs sociaux et sanitaires, notamment les suivants : premièrement, les processus budgétaires qui réussissent par rapport aux objectifs sociaux et sanitaires impliquent souvent un large éventail de parties prenantes ayant des postes et des compétences différents - notamment les ONG, les chercheurs, les parlementaires, les membres des partis politiques, les technocrates et les membres des groupes sociaux en question. Deuxièmement, de nombreuses initiatives sociales sur le processus budgétaire dans les pays en développement ont réussi grâce au soutien des donateurs. Il s'agissait parfois d'appui à des groupes de la société civile, d'autres fois d'appui au renforcement des capacités des pouvoirs publics ou quelques fois de la fourniture de ressources supplémentaires (par exemple, l'allègement de la dette des pays pauvres très endettés). Troisièmement, les initiatives couronnées de succès (comme le mouvement de budgétisation participative au Brésil ou l'initiative de budgétisation liée au genre en Afrique du Sud) sont souvent des facettes d'un mouvement ou d'un projet politique populaire plus large. Lorsque les pouvoirs publics disposent de cadres particulièrement solides d'objectifs politiques ou autres cadres de responsabilisation (telles que les dispositions constitutionnelles relatives aux droits économiques et sociaux), l'espace pour un engagement en faveur des pauvres dans le processus budgétaire est plus fort.

8.6.7 Au-delà du budget : l'importance des systèmes de finances publiques pour le financement de la santé et la CSU

Du point de vue des finances publiques, les principaux objectifs de la GFP sont de maintenir une discipline budgétaire durable ainsi que d'assurer une allocation stratégique et pertinente des ressources et une prestation efficace des services publics. Par ailleurs, le financement de la santé se caractérise généralement par des fonctions qui orientent la collecte, l'allocation et le regroupement des ressources ainsi que l'achat de services, l'objectif ultime étant la CSU. Il est essentiel de favoriser la compréhension mutuelle ainsi qu'un meilleur alignement entre la GFP et les systèmes de financement de la santé ; les parties prenantes de la planification ont ici un rôle essentiel à jouer.

Les systèmes de GFP déterminent le niveau et l'affectation du financement public (formulation du budget), l'efficacité des dépenses (exécution budgétaire) ainsi que la flexibilité avec laquelle les fonds peuvent être utilisés (mise en commun, dispositions infranationales en matière de GFP et d'achats). Alors que la GFP est parfois considérée comme un goulet d'étranglement pour des dépenses de santé efficaces du fait des rigidités dans la façon dont les budgets sont formulés et exécutés, les règles de GFP fournissent également au secteur une plateforme nationale et intégrée pour gérer les ressources indépendamment de leurs sources (c'est-à-dire, entre entités nationales et infranationales).

Du point de vue de la GFP, la santé est perçue comme l'un des secteurs de dépenses qui fournit des services et des biens publics essentiels mais qui, dans l'ensemble, a une mauvaise compréhension des rôles et des règles en matière de GFP pour l'efficacité du secteur public et la responsabilité financière. Dans certains pays, le secteur de la santé est perçu comme doté de moins de capacités par rapport aux autres secteurs, pour énoncer de manière adéquate ses priorités et ses besoins

et définir des budgets crédibles. Souvent, les dépenses réelles du secteur de la santé sont loin des objectifs initialement définis. Dans la plupart des pays à faible revenu, les dépenses réelles en santé sont généralement inférieures aux allocations budgétaires ; ce constat reflète en définitive les difficultés du secteur à planifier, à prendre des engagements et à débloquer des fonds selon les règles nationales de la GFP. La perception du manque de résultats mesurables et immédiats sur la santé obtenus grâce à des ressources publiques tend également à renforcer une perception commune quant à l'inefficacité et aux insuffisances du secteur.

Dans l'ensemble, la santé a été à la fois un secteur de distorsion et d'innovation pour les systèmes de GFP. Au cours des deux dernières décennies, le secteur de la santé a parfois généré le développement de systèmes de GFP parallèles pour sécuriser les investissements et limiter les risques fiduciaires pour les investissements extérieurs. Les allocations affectées et la budgétisation parallèle, la mise en commun des achats, les dispositions en matière de rapports sont devenues un attribut fort de l'aide au développement du secteur. Parallèlement, plusieurs pays à revenu faible ou intermédiaire se sont également lancés dans des réformes alternatives du financement de la santé qui ont été mutuellement bénéfiques tant pour le secteur que pour la GFP dans son ensemble, moyennant, par exemple le développement de CDMT sectoriels, le renforcement des mécanismes d'achats nationaux, le suivi des ressources et des dépenses jusqu'au niveau infranational, la bonne gestion des fonds communs nationaux, l'introduction d'agents chargés des achats et de mécanismes de paiements stratégiques pour contrôler les dépenses et, en même temps, élargir la couverture. À cet égard, le secteur de la santé peut contribuer à mobiliser les efforts nationaux en matière de GFP.

Les principaux objectifs des systèmes de finances publiques sont de maintenir une discipline budgétaire durable, d'assurer une allocation stratégique et pertinente des ressources et de fournir des services publics de manière efficace.



Figure 8.7 Avoir un système de GFP opérationnel, qu'est-ce que ça signifie ?

8.7 Et si ... ?

Cette section passe en revue les questions budgétaires dans des contextes spécifiques tels que les États dotés d'une organisation

administrative décentralisée, les pays fortement dépendants ou les États fragiles.

8.7.1 Et si votre pays est doté d'une organisation décentralisée ?

Dans les pays où la santé est du ressort d'une entité décentralisée, il est possible que les cycles de planification et d'élaboration des politiques de santé relèvent intégralement d'une autorité décentralisée. La décentralisation budgétaire consiste à transférer certaines responsabilités en matière de dépenses et/ou recettes à des niveaux administratifs inférieurs ; ceci peut avoir des conséquences sur le financement du secteur de la santé, ainsi que sur la manière dont les fonds circulent dans le système de santé. Il est alors particulièrement important de préciser les cas où les autorités locales peuvent décider de l'affectation des dépenses

de santé et les cas où le niveau central définit les dépenses et les entités décentralisées ne font que mettre à exécution les choix en matière de dépenses de santé.

Pour les responsables de la planification dans le domaine de la santé, il est essentiel de comprendre à quel niveau les décisions relatives aux recettes et aux dépenses sont prises (voir Encadré 8.13). La décentralisation peut de ce fait, rendre le processus de budgétisation du secteur de la santé plus complexes, d'autant plus dans des contextes où les systèmes de gouvernance sont fragiles. En outre, il convient de veiller à

La décentralisation budgétaire consiste à transférer certaines responsabilités en matière de dépenses et/ou de recettes à des niveaux administratifs inférieurs. Ceci peut avoir des conséquences sur le financement du secteur de la santé ainsi que sur la manière dont les fonds circulent dans le système de santé.

ce que la décentralisation ne soit pas source d'un nouveau manque d'efficacité, du fait par exemple d'achats distincts pour chaque région, alors qu'il serait plus judicieux que les achats soient groupés et gérés par un acheteur unique.

Dans les pays décentralisés ou ceux dans lesquels un processus de décentralisation est en cours, les trois principales difficultés suivantes ont été observées :

- (a) Les mécanismes de mobilisation des ressources peuvent s'avérer concurrentiels et fragmentés, conduisant à un manque d'efficacité dans les efforts de collecte et de mise en commun ;
- (b) Les priorités du secteur de la santé (souvent fixées au niveau national) ne se reflètent pas toujours dans les budgets et les objectifs en matière de dépenses au niveau local (la santé peut ne plus être prioritaire dans les budgets infranationaux) ;
- (c) La gestion des états financiers est plus complexe et conduit à une consolidation moins rigoureuse des données financières au niveau national ainsi qu'à une responsabilité financière restreinte.

Lorsque le processus de décentralisation est bien géré, des dispositions institutionnelles existent pour la coordination, la planification, la budgétisation, l'établissement des rapports financiers, et la mise en œuvre dans l'ensemble des institutions gouvernementales/ministères ainsi qu'entre les différents niveaux administratifs du pays. Ces organes de coordination sont des mécanismes importants pour que les parties prenantes du ministère de la Santé et de la planification dans le secteur de la santé puissent discuter de questions budgétaires spécifiques liées à des règles particulières (telles que les modalités des transferts budgétaires) et examiner l'exécution budgétaire par rapport aux priorités du secteur.³⁹

Encadré 8.13

Mises en garde dans un contexte de décentralisation : le cas de la Zambie⁴⁰

Dans un contexte décentralisé, des difficultés surgissent lorsque le processus de décentralisation n'est pas préparé de manière appropriée ou ne fonctionne pas comme il le devrait. Cela peut vouloir dire que certaines structures et responsabilités sont décentralisées alors que d'autres ne le sont pas, l'autonomie réellement accordée aux communautés et aux responsables des districts au niveau local s'en trouvant limitée, de même que les avantages qu'ils en tirent. L'exemple de la Zambie illustre les problèmes susceptibles de surgir dans une telle situation : après environ une décennie de mise en œuvre, une évaluation de la décentralisation a permis de constater que dans les districts sanitaires, l'étendue des choix possibles en matière de dépenses, de paiements directs par les patients, de passation de marchés, de priorités et de gouvernance, restait limitée. Leurs choix étaient encore plus limités concernant les salaires et indemnités et ces districts n'avaient aucun contrôle sur les principales sources de recettes supplémentaires, telles que les impôts locaux. Les indicateurs de performance des systèmes de santé n'ont pas non plus révélé de changement majeur par rapport à la période antérieure à la décentralisation, ce qui laisse supposer que les changements avantageux escomptés pour le système de santé ne se sont pas concrétisés. Il s'agit d'une situation particulièrement difficile car les attentes que suscite fréquemment l'introduction de la décentralisation, ne trouvent pas d'écho concret sur le terrain si celle-ci n'est pas mise en œuvre de façon appropriée. Cette situation est généralement liée au fait que dans certains domaines, l'autorité et le pouvoir de décision restent détenus au niveau central, ce qui entraîne des tensions entre les décisions politiques prises au niveau central qui se répercutent de haut en bas, sur la gestion locale des programmes.

L'autorité chargée de la planification au niveau central devrait donner de solides orientations quant aux méthodes à utiliser pour l'établissement des coûts, la budgétisation et le suivi des dépenses. Sans cela, la diversité et l'hétérogénéité de l'ensemble des données provenant des différentes structures décentralisées rendra très difficile l'agrégation des données et la production d'estimations au niveau national. Ainsi, dans les pays où les systèmes de financement de la santé sont très décentralisés et les orientations ou l'autorité centrales limitées, une analyse supplémentaire des données sur les comptes nationaux de la santé doit être effectuée. Obtenir des chiffres comparables et cohérents est souvent un défi à relever, qui peut nécessiter l'intervention d'un expert externe. Nombreux sont les pays qui ne disposeront peut-être ni du temps ni des ressources pour faire cet effort supplémentaire. Au niveau mondial, il existe une ferme volonté de mise en place de logiciel d'information sanitaire au niveau des districts (District Health Information Software - DHIS2) et de systèmes d'information sur la gestion des hôpitaux afin de renforcer la cohérence dans l'établissement de rapports.

En dernier lieu, dans un contexte décentralisé, une question susceptible de se poser est celle d'une absence relative de rapports et de transparence sur les flux financiers. Il est fréquent que le niveau central fasse l'objet d'un examen plus approfondi et soit soumis à des pressions politiques concernant les fonds qu'il attribue et verse aux autorités décentralisées. Ensuite, comme l'illustre l'exemple du Mexique (Encadré 8.3), l'accès aux données budgétaires et aux dépenses régionales ou de district peut s'avérer considérablement plus difficile. De faibles niveaux de transparence aux niveaux des régions et des districts peuvent refléter une absence d'obligation de rendre compte à la population sur les questions relatives aux budgets et aux dépenses de santé. Cela impliquerait que les avantages et la valeur ajoutée d'un système décentralisé, proche des besoins de la population ne sont pas exploités et que les problèmes budgétaires ont simplement été déplacés du niveau central au niveau décentralisé. Comme le montre l'Encadré 8.3, les groupes de la société civile peuvent être

des partenaires essentiels du gouvernement et de la population pour veiller à une plus grande responsabilisation et transparence aux niveaux inférieurs du système de santé et plaider pour que les objectifs de décentralisation soient atteints.

Quelques questions à prendre en considération pour l'établissement des coûts et la budgétisation dans des contextes décentralisés

Concrètement, que signifie la décentralisation dans votre pays ? Dans quelle mesure les structures, les responsabilités et les budgets sont-ils réellement décentralisés ?

- ▶ Plus les entités locales sont investies d'un pouvoir et d'une autorité accrue, meilleure est la possibilité de calculer les coûts et de budgétiser de manière rationnelle les besoins réels de la population locale.

L'autorité centrale doit-elle agréger les coûts et la budgétisation à l'échelle nationale ?

- ▶ Dans l'affirmative, des orientations et des modèles émanant d'une autorité centrale seraient utiles et nécessaires pour réduire la charge de travail et les marges d'erreurs inhérentes au reformatage et à la restructuration nécessaires pour comparer et agréger les données. En outre, un soutien technique de la part de l'autorité centrale pourrait être recommandé.
- ▶ L'autorité centrale devrait tenir compte des recettes générées à différents niveaux pour parvenir à des projections plus précises concernant l'espace budgétaire.

Dans quelle mesure les coûts, budgets et dépenses du système de santé sont-ils transparents au niveau décentralisé ?

- ▶ Un faible niveau de transparence peut indiquer un manque de responsabilisation de l'autorité décentralisée vis-à-vis de la population et par conséquent, une occasion perdue de tirer parti des avantages de la proximité avec la population dans la planification et la budgétisation.

Encadré 8.14

Budgétisation et gestion des dépenses de santé dans un État décentralisé : le Nigeria⁴¹

Le Nigeria est un État fédéral avec trois niveaux de gouvernement : le gouvernement fédéral, 36 gouvernements d'États et 774 gouvernements des zones administratives locales. Les principaux acteurs du secteur de la santé publique au Nigeria sont le ministère fédéral de la Santé, les 36 ministères de la Santé des États, les 774 départements de la Santé des zones administratives locales et les autorités du territoire de la capitale fédérale, ainsi que diverses institutions parapubliques et institutions de formation et de recherche qui s'occupent de questions de santé.

Le ministère fédéral de la Santé, les ministères de la Santé des États et les départements de la Santé des zones administratives locales sont responsables de la planification et de la gestion des dépenses de santé dans leurs juridictions respectives. Les flux de dépenses publiques des trois niveaux de gouvernement ne sont en grande partie, pas coordonnés. Les décisions fédérales, étatiques et locales en matière de répartition et de dépenses sont prises indépendamment les unes des autres et le gouvernement fédéral n'a pas le pouvoir constitutionnel de contraindre d'autres niveaux administratifs à dépenser conformément aux priorités nationales.

La complexité des transferts budgétaires et des flux financiers au Nigeria entre les entités fédérales, étatiques et locales fait qu'il est difficile pour le gouvernement de

concilier et de suivre les flux entre les différents niveaux et organismes du système de santé. En général, l'absence de données précises et détaillées sur les budgets et les dépenses indique que les administrations publiques, quel que soit leur niveau, n'ont pas les moyens d'assurer une répartition équitable, efficace et efficiente des ressources sanitaires.

Une autre complication liée à la structure décentralisée du Nigeria vient de la création dans 30 États seulement, d'un nouvel organisme : l'Agence de développement des soins de santé primaires (State Primary Health Care Development Agency). Cette agence est désormais responsable des soins de santé primaires dans l'État et chargée de contrôler l'ensemble des établissements et du personnel des soins primaires. Dans les 30 États où cette agence existe, les autorités sanitaires des zones administratives locales relèvent également de son contrôle direct, ce qui crée une grande confusion quant à la délimitation des tâches et des mécanismes de financement.

L'exemple du Nigeria montre que la décentralisation ne résout pas toujours les problèmes existants ; de fait, lorsqu'elle n'est pas organisée et est gérée de façon inappropriée, la décentralisation peut être involontairement source d'obstacles.

8.7.2 Et si votre pays est fortement dépendant de l'aide ?

La transparence budgétaire est un principe clé de la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide au développement (2005), dans laquelle les bailleurs de fonds et les pays bénéficiaires sont convenus qu'une plus grande transparence budgétaire est nécessaire pour garantir l'attribution des ressources en faveur de stratégies efficaces de réduction de la pauvreté. Le Programme d'action d'Accra (2008) et l'Accord de partenariat de Busan (2011) comportaient également des engagements supplémentaires de la part des donateurs concernant la fourniture d'informations opportunes sur les flux d'aide aux gouvernements bénéficiaires, de façon à ce que les budgets nationaux puissent s'appuyer sur des flux de financement prévisibles.

Toutefois, dans la réalité, les pays les plus fortement tributaires du financement des donateurs sont particulièrement vulnérables face à l'imprévisibilité des fonds externes. La dépendance à l'égard des donateurs est un concept complexe car la définition de ce qui constitue la dépendance n'est pas claire - en particulier si celle-ci repose davantage sur une question d'influence plutôt que sur un montant ou une part du budget provenant de l'aide extérieure. Néanmoins, il est reconnu que les apports de fonds externes peuvent ne pas uniquement présenter des aspects positifs. Les subventions des donateurs peuvent être des fonds dédiés (ou fonds fléchés) et une absence de projections fiables pour la planification des années à venir peut être constatée⁴². De plus, certains signes montrent que l'augmentation de l'aide au développement n'est pas nécessairement associée à une augmentation des dépenses publiques issues de sources intérieures et destinées à la santé.⁴³

Une analyse réalisée dans 16 pays fortement dépendants de l'aide - pays dont l'indice de dépendance à l'aide est en moyenne supérieur à 10 % au cours des années 2000 à 2006 - a révélé que malgré la présence des donateurs pouvant favoriser des réformes qui visent à renforcer la transparence

budgétaire, ces effets peuvent être contrebalancés par d'autres caractéristiques de l'activité des bailleurs de fonds, telles que la fragmentation et certaines modalités de l'aide qui ne contribuent que de manière limitée à un soutien plus large au gouvernement et à un financement centralisé du secteur.⁴⁴

Le rapport d'enquête sur le « budget ouvert » (Open Budget survey) 2012⁴⁵ évalue le degré de transparence budgétaire, la participation au budget et la surveillance budgétaire dans 100 pays. L'un des principaux constats est que la transparence budgétaire dans les pays à faible revenu est affectée par le choix des modalités de l'aide (c'est-à-dire la manière dont l'aide est fournie) et le type d'interventions des donateurs, plutôt que par le niveau global de dépendance vis-à-vis de l'aide. Pour résumer, plus la part de l'aide acheminée par les systèmes budgétaires des pays bénéficiaires est importante, plus ces systèmes seront renforcés et plus ils seront susceptibles de devenir transparents.

« La transparence est davantage corrélée à un indice relatif à l'engagement des donateurs qui s'efforce de saisir la qualité plus que la quantité des flux financiers des dons, plutôt que d'être liée au niveau de dépendance générale vis à vis de l'aide. »⁴⁶

Le manque de transparence budgétaire ne tient pas seulement au montant de l'aide et à ses modalités, mais aussi au nombre de donateurs présents. Plus le nombre de donateurs est élevé, plus la fragmentation est grande. Dans de nombreux pays, la santé reste le secteur le plus fragmenté, ce qui complique la planification sectorielle.

Les difficultés les plus fréquentes en matière budgétaire dans les pays dépendant de l'aide sont les suivantes :

- ▶ Les problèmes liés à la prévisibilité des fonds venant des donateurs et à l'alignement, l'harmonisation et la coordination avec les stratégies du secteur et les budgets de celles-ci ;
- ▶ L'écart entre les fonds promis et les montants réellement versés par les donateurs aux pays dépendants de l'aide ;
- ▶ Le calendrier de déblocage des fonds – cela a une incidence sur la crédibilité budgétaire et la capacité à mettre en œuvre les activités ;
- ▶ Les conditions imposées par les donateurs liée au versement de fonds spécifiques.

Afin de surmonter certaines des difficultés susmentionnées, un dialogue constant avec les donateurs sur ces questions est nécessaire. Ces échanges peuvent considérablement contribuer à rassembler et à documenter des éléments probants

démontrant le type de difficultés rencontrées du fait des obstacles liés au budget, y compris les retards dans la mise en œuvre voire l'absence totale de mise en œuvre.

8.7.3 Et si la division et/ou la fragilité posent problème dans votre pays ?

Les États fragiles ou en situation post-conflit disposent d'une assiette fiscale réduite et de recettes limitées en comparaison à d'autres pays, ce qui se traduit par une dépendance accrue à l'égard des paiements informels et du financement par les donateurs. En outre, la transition de l'aide d'urgence à court terme au développement à plus long terme implique un changement dans les modèles de financement pour le secteur de

Les difficultés les plus fréquentes en matière budgétaire dans les pays dépendants de l'aide sont la prévisibilité limitée des fonds venant des donateurs, l'écart entre les fonds promis et les montants réellement versés par les donateurs, le calendrier de déblocage des fonds par rapport aux besoins, et les conditions imposées par les donateurs au versement de fonds spécifiques.



© OMS Vriet Nam/J. Zak

la santé - généralement, une reprise en charge de certains des services fondamentaux par le gouvernement se fait grâce à une aide importante de la part des bailleurs de fonds. Dans la plupart des cas, cette transition s'accompagne aussi de la présence constante de services d'urgence, créant ainsi plusieurs sources de financement parallèles pour différents types et niveaux de services qui nécessitent une forte capacité de pilotage et de gestion par le ministère de la Santé. Cette situation se présente - presque par définition d'un État fragile - rarement, d'où l'extrême complexité et la difficulté d'une planification et d'une budgétisation rationnelles (pour exemple, voir Encadré 8.15).

Dans des situations d'État fragiles, les dépenses privées, les envois de fonds en provenance de l'étranger et les flux d'aide finissent par représenter des montants plus importants que prévu consacrés à la santé. Les estimations provenant d'Afghanistan, du Libéria et de la région du Darfour au Soudan démontrent que les dépenses de santé privées augmentent soudainement lorsque le financement public est largement absent^{VIII}. Un niveau élevé de dépenses privées signifie que seules les personnes qui ont de l'argent peuvent payer pour avoir accès aux services de santé.

Une première estimation de l'enveloppe totale des ressources futures escomptées pour la santé constituerait une bonne base pour amorcer le dialogue sur les politiques au cours du processus de planification sanitaire nationale. Compte tenu du caractère aléatoire des estimations, divers scénarios peuvent être élaborés prenant par exemple des niveaux de financement faibles ou élevés. Dans la mesure du possible, une étude spécifique portant sur le niveau des dépenses privées se justifierait compte tenu de leur poids dans le secteur de la santé.

Encadré 8.15

Comptes de la santé dans un contexte de conflit ou en situation d'urgence

Dans les pays touchés par un conflit, les activités relatives aux comptes de la santé demeurent complexes d'un point de vue logistique et méthodologique en raison de l'insécurité inhérente à la situation, des insuffisances de la gouvernance et des faiblesses institutionnelles. Habituellement, les investissements publics sont très limités, les dépenses directement à la charge des ménages peuvent augmenter et l'accès aux services de santé et aux produits de santé est restreint ; ceci peut entraîner une augmentation des comportements à risque et à l'appauvrissement des populations. Ces pays sont fortement tributaires de l'aide internationale pour la fourniture des soins de santé et dans le même temps, la capacité d'absorption des institutions publiques bénéficiaires peut être très faible. Les comptes de la santé dans les contextes post-conflits se concentrent généralement sur le suivi des ressources de fonds externes. Il est important de valider les résultats des comptes de la santé en interne (avec les autorités et parties prenantes chargées des données), mais aussi de vérifier les données avec d'autres sources (rapports des donateurs et bases de données internationales) et de les analyser en les comparant avec les indicateurs économiques et sanitaires généraux. Les résultats issus des rapports relatifs aux comptes de la santé peuvent contribuer à améliorer la responsabilisation et la coordination parmi les donateurs, à veiller à une répartition plus équitable de l'aide au développement et à améliorer la réaffectation des fonds destinés à la santé.

^{VIII} Pour plus d'informations, voir le chapitre 13 du guide pratique : « Stratégies en santé en situation de crise ».

8.8 Conclusion

Un budget de la santé doit être considéré comme un texte d'orientation crucial pour le secteur, qui énonce les principaux objectifs financiers et son engagement concret à mettre en œuvre les politiques et stratégies de santé.

Au cours du processus d'élaboration du budget, les parties prenantes et les administrateurs chargés de la planification de la santé devront comprendre les principes directeurs de la budgétisation ainsi que la dynamique politique dans laquelle s'inscrit le processus d'élaboration et d'approbation du budget. À défaut, une occasion majeure de faire valoir l'importance de la santé sera perdue. Si le ministère de la Santé et d'autres parties prenantes du secteur se mobilisent activement et en toute connaissance de cause, auprès du ministère des Finances et des autres acteurs au cours du cycle budgétaire, l'affectation des ressources répondra plus probablement aux besoins planifiés dans le secteur de la santé et l'exécution sera davantage susceptible de faire suite aux attributions de ressources.

Les différents processus de financement public sont structurés autour du cycle budgétaire. Dans ce chapitre, les quatre étapes distinctes du cycle budgétaire (définition et formulation du budget,

négociation et approbation, exécution du budget et rapport sur l'exécution budgétaire, audit et évaluation) sont détaillées en mettant l'accent sur le rôle spécifique de chacune des parties prenantes du secteur de la santé au cours de ces phases, les points d'entrée possibles de la participation, et les problèmes particuliers dont il convient, ce faisant, de prendre en considération.

L'élaboration d'enveloppes budgétaires robustes dans le secteur de la santé requiert, par essence, une forte mobilisation des ministères de la Santé auprès des décideurs du budget national afin de rendre le point de vue du secteur de la santé clair, compréhensible et convaincant. Cela signifie que le ministère de la Santé et les parties prenantes de la planification doivent examiner de manière approfondie les modalités opérationnelles et les coûts associés aux besoins du secteur de la santé et la manière dont les services de santé doivent être achetés dans le cadre des règles existantes en matière de GFP.

Références bibliographiques

- 1 Adapté de : Banque mondiale. Manuel de gestion des dépenses publiques. Washington (D.C.), 1998 (<http://documents.worldbank.org/curated/en/631911468782365117/pdf/18168.pdf>, consulté le 17 août 2016)
- 2 La définition de la « budgétisation axée sur la performance » figure dans la section Budgétisation et dépenses publiques du site Web de l'OCDE à l'adresse <http://www.oecd.org/fr/gov/budgetisation/reseaudeshrsurlaperformanceetlesresultats.htm>, consulté le 17 août 2016
- 3 Heller PS. The prospects of creating 'fiscal space' for the health sector. *Health Policy Plan.* 2006;21(2):75-9 (<https://academic.oup.com/heapol/article-lookup/doi/10.1093/heapol/czj013>, consulté le 17 août 2016)
- 4 Tandon A, Cashin C. Assessing public expenditure on health from a fiscal space perspective. Washington (DC): World Bank; 2010 (HNP Discussion Paper; <http://siteresources.worldbank.org/HEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/Resources/281627-1095698140167/AssesingPublicExpenditureFiscalSpace.pdf>, consulté le 17 août 2016)
- 5 Barroy H, Sparkes S, Dale E. Fiscal space for health: from concept to practice. Brief summary of findings and key messages. Document d'information établi pour une réunion de l'OMS sur l'espace budgétaire, la gestion financière et le financement de la santé tenue à Montreux du 26 au 28 avril 2016. Pour plus d'informations sur la réunion, voir http://www.who.int/health_financing/topics/public-financial-management/montreux-meeting-2016/en/
- 6 Resilient and Responsive Health Systems [RESYST]. What is strategic purchasing for health? Topic 4: Financing research theme; 2014 (<http://resyst.lshtm.ac.uk/sites/resyst.lshtm.ac.uk/files/docs/reseources/Purchasing%20brief.pdf>, consulté le 17 août 2016)
- 7 Cashin C. Health financing policy: the macroeconomic, fiscal, and public finance context. Washington (DC): World Bank Group; 2016 (A World Bank study; <http://documents.worldbank.org/curated/en/394031467990348481/Health-financing-policy-the-macroeconomic-fiscal-and-public-finance-context>, consulté le 17 août 2016)
- 8 Bassalia D. Misalignment between health planning and budgeting in Cote d'Ivoire (non publié). Harmonization for Health in Africa, Community of Practice; 2016
- 9 Andrews M, Cangiano M, Cole N, de Renzio P, Krause P, Seligmann R. This is PFM. Boston: Harvard University; 2014 (CID Working Paper No. 285; https://www.hks.harvard.edu/content/download/69282/1249938/version/1/file/285_Andrews_This+is+PFM.pdf, consulté le 17 août 2016)
- 10 Fiscal year: country comparison to the world. IN: The world factbook. Washington (DC): CIA (site Web) (<https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/fields/2080.html>, consulté le 17 août 2016)
- 11 United Republic of Tanzania. Government budget for financial year 2011/2012: citizens' budget edition. Dar es Salaam: Ministry of Finance in collaboration with Policy Forum (http://www.opengov.go.tz/files/publications/attachments/CITIZEN_ENGLISH_2011_12_FINAL_en_sw.pdf, consulté le 30 août 2016)
- 12 Mathonnat J. Disponibilité des ressources financières pour la santé dans les pays d'Afrique subsaharienne. CERDI, Agence française de développement, 2010 (<http://www.ffem.fr/webdav/site/afd/shared/PUBLICATIONS/RECHERCHE/Archives/Notes-et-documents/52-notes-documents.pdf>, consulté le 18 août 2016)
- 13 Public financing for health in Africa: from Abuja to the SDGs. Geneva: World Health Organization; 2016 (WHO/HIS/HGF/Tech.Report/16.2; <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/249527/1/WHO-HIS-HGF-Tech.Report-16.2-eng.pdf>, consulté le 30 août 2016)
- 14 Barroy H, Andre F, Mayaka S, Samaha H. Investing in universal health coverage: opportunities and challenges for the Democratic Republic of Congo. 2014 Health public expenditure review. Washington (DC): World Bank; 2016 (<http://documents.worldbank.org/curated/en/782781468196751651/pdf/103444-WP-P147553-PUBLIC-Health-PER-Investing-in-Universal-Health-1608488.pdf>, consulté le 18 août 2016)
- 15 Rapport sur la santé dans le monde – Le financement des systèmes de santé : le chemin vers une couverture universelle. Chapitre 4 : Plus de santé pour son argent. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2010 (http://www.who.int/whr/2010/10_chap04_fr.pdf?ua=1, consulté le 18 août 2016)
- 16 Petrie M, Shields J. Producing a citizens' guide to the budget: why, what and how? *OECD Journal on Budgeting.* 2010;2:1-13 (<https://www.oecd.org/gov/budgeting/48170438.pdf>, consulté le 18 août 2016)
- 17 de Renzio P, Krafchik W. Lessons from the field: the impact of civil society budget and analysis and advocacy in six countries: practitioners guide. Washington (DC): International Budget Project; 2005 (<http://www.internationalbudget.org/wp-content/uploads/Lessons-from-the-Field-The-Impact-of-Civil-Society-Budget-Analysis-and-Advocacy-in-Six-Countries.pdf>, consulté le 18 août 2016)
- 18 Le budget participatif, une expérience de bonne gouvernance financée par la Banque mondiale dans la province du Sud-Kivu. Washington (D.C.), Banque mondiale, 10 septembre 2012 (<http://www.banquemondiale.org/fr/news/feature/2012/09/10/participatory-budgeting-an-experience-in-good-governance>, consulté le 18 août 2016)
- 19 United Republic of Tanzania. Government budget for financial year 2011/2012: citizens' budget edition. Dar es Salaam: Ministry of Finance in collaboration with Policy Forum (http://www.opengov.go.tz/files/publications/attachments/CITIZEN_ENGLISH_2011_12_FINAL_en_sw.pdf, consulté le 30 août 2016)
- 20 Potter B, Diamond J. Guidelines for public expenditure management. Washington (DC): International Monetary Fund; 1999 (<https://www.imf.org/external/pubs/ft/extend/>, consulté le 30 août 2016)
- 21 Improving health sector resource allocation in Liberia: towards developing a resource allocation formula. Washington, [DC/Monrovia]: World Bank/Ministry of Health and Social Welfare; [2012]

- 22 Health dialogue - Case study: maternal and child health in Ghana. Centurion: Collaborative Africa Budget Reform Initiative (CABRI); 2011 (http://www.cabri-sbo.org/uploads/files/Documents/report_2011_cabri_value_for_money_health_1st_dialogue_english_cabri_health_dialogue_ghana_case_study.pdf, consulté le 18 août 2016)
- 23 van Zyl A, Ramkumar V, de Renzio P. Responding to challenges of supreme Audit institutions: Can legislatures and civil society help? U4Issue. 2009;1 (<http://www.u4.no/publications/responding-to-the-challenges-of-supreme-audit-institutions-can-legislatures-and-civil-society-help/>, consulté le 18 août 2016)
- 24 Cashin C. 2016. Ibid. ref 7
- 25 Potter B, Diamond J. Guidelines for public expenditure management. Washington (DC): International Monetary Fund; 1999 (<https://www.imf.org/external/pubs/ft/expend/>, consulté le 30 août 2016)
- 26 Malawi: public expenditure review. Washington [DC]: World Bank; 2013 (Poverty Reduction and Economic Management 4; <http://documents.worldbank.org/curated/en/568641468048896702/Malawi-Public-expenditure-review>, consulté le 18 août 2016)
- 27 Barroy H. 2016. Ibid. ref 14
- 28 Gottret P, Schieber G. Health financing revisited: a practitioner's guide. Washington, DC: World Bank; 2006 (<http://documents.worldbank.org/curated/en/874011468313782370/Health-financing-revisited-a-practitioners-guide>, consulté le 18 août 2016)
- 29 Are we asking the right questions? Embedding a medium-term perspective in budgeting. Centurion: CABRI; 2007 (<http://www.cabri-sbo.org/en/publications/are-we-asking-the-right-questions-embedding-a-medium-term-perspective-in-budgeting-4th-annual-seminar>, consulté le 18 août 2016)
- 30 Programmed-based budgeting: experiences and lessons from Mauritius. Centurion: CABRI. 2010 (CABRI Joint Country Case Study; http://www.cabri-sbo.org/uploads/files/Documents/report_2010_cabri_capable_finance_ministries_budget_practices_and_reforms_english_cabri_budget_practices_and_reforms_-_mauritius.pdf, consulté le 18 août 2016)
- 31 Ibid.
- 32 Kim JM, editor. From line-item to program budgeting: global lessons and the Korean case. Seoul: World Bank/ Korea Institute of Public Finance; 2010 (<http://www1.worldbank.org/publicsector/pe/bookprogrambudget.pdf>, consulté le 18 août 2016)
- 33 Barroy H. 2016. Ibid. ref 5
- 34 Barroy H. 2016. Ibid. ref 5
- 35 Jowett M, Kutzin J. Raising revenues for health in support of UHC: strategic issues for policy makers. Geneva: OECD/Eurostat/World Health Organization; 2015 (Health Financing Policy Brief No 1; http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/192280/1/WHO_HIS_HGF_PolicyBrief_15.1_eng.pdf, consulté le 16 août 2016)
- 36 OECD, Eurostat, WHO. A system of health accounts 2011. Paris: OECD Publishing; 2011 (<http://www.who.int/health-accounts/methodology/sha2011.pdf>, consulté le 16 août 2016)
- 37 Norton A, Elson D. What's behind the budget? Politics, rights and accountability in the budget process. London: Overseas Development Institute; 2002 (<https://www.odi.org/sites/odi.org.uk/files/odi-assets/publications-opinion-files/2422.pdf>, consulté le 18 août 2016)
- 38 Ibid.
- 39 Kakhonen S, Lanyi A. Decentralization and governance: does decentralization improve public service delivery?. Washington (DC): World Bank; 2001 (PREM Notes No. 55; <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/11382>, consulté le 30 août 2016)
- 40 Bossert T, Chitah MB, Bowser D. Decentralization in Zambia: resource allocation and district performance. Health Policy Plan. 2003;18(4):357-69 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14654512>, consulté le 18 août 2016)
- 41 Ohadi E, El-Khoury M, Williamson T, Brinkerhoff D. Public budgeting and expenditure management in three Nigerian states: challenges for health governance. Bethesda (MD): USAID/Health Systems 20/20; 2012 (<https://www.hfgproject.org/wp-content/uploads/2015/02/Public-Budgeting-and-Expenditure-Management-in-Three-Nigerian-States-Challenges-for-Health-Governance.pdf>, consulté le 18 août 2016); contribution de Ogochukwu Chukwujekwu, OMS, observations non publiées, 2016
- 42 de Renzio P, Angemi D. Comrades or culprits? Donor engagement and budget transparency in aid dependent countries. Barcelona: Institut Barcelona d'estudis internacionals; 2011 (IBE Working Papers 2011/33; <http://www.internationalbudget.org/wp-content/uploads/Donor-Engagement-and-Budget-Transparency.pdf>, consulté le 18 août 2016)
- 43 Lu C, Schneider MT, Gubbins P, Leach-Kemon K, Jamison D, Murray, CJ. Public Financing of Health in Developing Countries: A cross-national systematic analysis. Lancet. 2010;375(9723): 1375-87. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)60233-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(10)60233-4)
- 44 de Renzio P. 2011. Ibid. ref 42
- 45 International Budget Partnership. Open budget survey 2012. Open budget. Transform lives. (<http://www.internationalbudget.org/wp-content/uploads/OBI2012-Report-English.pdf>, consulté le 18 août 2016)
- 46 Tandon A, Cashin C. Assessing public expenditure on health on a fiscal space perspective. Washington (DC): World Bank; 2010 (HNP discussion paper; <http://site-resources.worldbank.org/HEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/Resources/281627-1095698140167/AssessingPublicExpenditureFiscalSpace.pdf> consulté 17 August 2016).

Références complémentaires

Andrews M, Cangiano M, Cole N, de Renzio P, Krause P, Seligmann R. This is PFM. Boston: Harvard University; 2014 (CID Working Paper No. 285; https://www.hks.harvard.edu/content/download/69282/1249938/version/1/file/285_Andrews_This+is+PFM.pdf, consulté le 17 août 2016).

Barroy H, Andre F, Mayaka S, Samaha H. Investing in universal health coverage: opportunities and challenges for the Democratic Republic of Congo. 2014 Health public expenditure review. Washington (DC): World Bank; 2016 (<http://documents.worldbank.org/curated/en/782781468196751651/pdf/103444-WP-P147553-PUBLIC-Health-PER-Investing-in-Universal-Health-1608488.pdf>, consulté le 18 août 2016).

Cashin C. Health financing policy: the macroeconomic, fiscal, and public finance context. Washington (DC): World Bank Group; 2016 (A World Bank study; <http://documents.worldbank.org/curated/en/394031467990348481/Health-financing-policy-the-macroeconomic-fiscal-and-public-finance-context>, consulté le 17 août 2016).

Le Houerou P, Taliercio R. (2002) : Medium term expenditure frameworks: from concept to practice: preliminary lessons from Africa. Washington (DC): World Bank; 2002 (African Region Working Paper Series No. 28; <http://www1.worldbank.org/publicsector/Learning-Program/Le%20Houerou-Taliercio.pdf>, consulté le 20 août 2016).

Kutzin J, Yip W, Cashin C. Alternative financing strategies for universal health coverage. In: Scheffler RM, editor. World scientific handbook of

global health economic and public policy. Volume 1: Economics of health and health systems. World Scientific Publishing Company; 2016, 267–309 (http://www.who.int/health_financing/documents/alternative-strategies-for-uhc/en/, consulté le 18 août 2016).

Norton A, Elson D. What's behind the budget? Politics, rights and accountability in the budget process. London: Overseas Development Institute; 2002 (<https://www.odi.org/sites/odi.org.uk/files/odi-assets/publications-opinion-files/2422.pdf>, consulté le 18 août 2016).

Tandon A, Cashin C. Assessing public expenditure on health from a fiscal space perspective. Washington (DC): World Bank; 2010 (HNP Discussion Paper; <http://siteresources.worldbank.org/HEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/Resources/281627-1095698140167/Assesing-PublicExpenditureFiscalSpace.pdf>, consulté le 17 août 2016).

Tsofa B, Molyneux S; Goodman C. Health sector operational planning and budgeting processes in Kenya- "never the twain shall meet", International J Health Plann Manage. 2015;31(3):206–76 (<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/hpm.2286/full>, consulté le 19 août 2016).

Wildavsky, A. Political implications of budgetary reform. Public Administration Review. 1961; 21;183–90 (<http://www.jstor.org/stable/973628>) [abonnement requis].

World Health Organization. Public Financing for Health in Africa: from Abuja to the SDGs. WHO/HIS/HGF/Tech.Report/16.2; 2016.



Chapitre 9

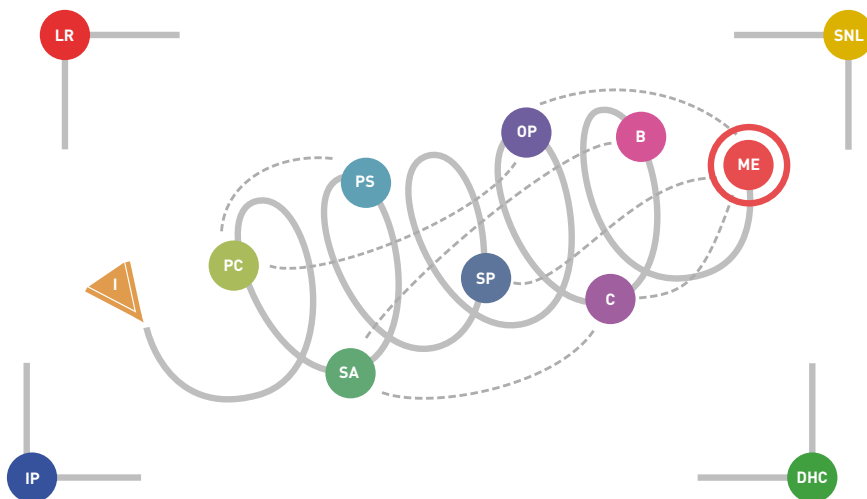
Suivi, évaluation et revue des politiques, stratégies et plans nationaux de santé

Kathryn O'Neill

Kavitha Viswanathan

Eduardo Celades

Ties Boerma



I	CHAPITRE 1 Introduction : stratégies nationales en santé au XXI ^e siècle
PC	CHAPITRE 2 Consultation de la population sur ses besoins et ses attentes
SA	CHAPITRE 3 Analyse de situation du secteur de la santé
PS	CHAPITRE 4 Définition des priorités des politiques, stratégies et plans nationaux de santé
SP	CHAPITRE 5 Planification stratégique : traduire les priorités en plans nationaux
OP	CHAPITRE 6 Planification opérationnelle : transformer les plans nationaux en actions
C	CHAPITRE 7 Estimation des coûts des politiques, stratégies et plans nationaux de santé
B	CHAPITRE 8 Budgétisation du secteur de la santé
ME	CHAPITRE 9 Suivi, évaluation et revues des politiques, stratégies et plans nationaux de santé

Thèmes transversaux à la planification nationale de la santé

LR	CHAPITRE 10 Droit, réglementation et stratégies en santé
SNL	CHAPITRE 11 Élaboration d'une stratégie en santé au niveau décentralisé
IP	CHAPITRE 12 Planification intersectorielle et équité en santé
DHC	CHAPITRE 13 Stratégies en santé en situation de crise

A man wearing a blue cap with the World Health Organization logo and a grey jacket is looking down at a document. In the background, a woman in a patterned dress is talking on a mobile phone. The scene is outdoors, possibly at a health facility.

Vue d'ensemble

Ce chapitre décrit l'objectif et l'importance du suivi, de l'évaluation et de la revue dans l'observation des progrès et des performances des politiques, stratégies et plans nationaux de santé (PSPNS), et pour alimenter le dialogue politique en santé. Les activités de suivi, d'évaluation et de revue nécessitent une approche intégrée qui s'appuie sur une plateforme unique de suivi et d'évaluation (S&E) dirigée par les pays. Les principaux éléments et caractéristiques d'une telle plateforme sont présentés ci-après ; des recommandations essentielles sont par ailleurs formulées pour encourager les pays à aller de l'avant et à renforcer leur propre plateforme.



Résumé

Qu'entend-t-on par « suivi, évaluation et revue des politiques, stratégies et plans nationaux de santé (PSPNS) » ?

Le suivi, l'évaluation et la revue sont des fonctions essentielles destinées à garantir la mise en œuvre des actions prioritaires en matière de santé énoncées dans les PSPNS, telle que planifiée, compte tenu des objectifs fixés et des résultats souhaités.

- ▶ Le suivi consiste à rassembler toutes les données pour analyser les progrès de la mise en œuvre des activités.
- ▶ L'évaluation, fondée sur le suivi, détermine si les résultats souhaités d'une intervention menée dans le cadre des PSPNS ont été obtenus.
- ▶ Sur la base des éléments d'information collectées à travers les processus de suivi et d'évaluation (S&E), la revue sert à mesurer les progrès généraux et les performances d'ensemble, ceci afin d'identifier les problèmes et prendre des mesures correctives.

Une plateforme de pays unique rassemble tous les éléments liés au suivi, à l'évaluation et à la revue du plan sectoriel de la santé, notamment les politiques et plans nationaux relatifs au S&E et au système d'information sanitaire nationaux, les sources de données opérationnelles, les capacités institutionnelles en matière de collecte, de gestion, d'analyse et d'utilisation des données ainsi que les processus de revue nationaux pour la planification et la prise de décisions.

Pourquoi est-ce important ?

Pour plusieurs raisons :

- ▶ Les progrès et la performance de la stratégie nationale en santé doivent être surveillés ;
- ▶ Le suivi régional et mondial des questions de santé prioritaires repose sur le suivi national ;
- ▶ La possibilité de rendre des comptes sur les progrès accomplis dans la réalisation des objectifs de développement durable (ODD) liés à la santé, passe nécessairement par des systèmes S&E solides ;
- ▶ Les inégalités en santé doivent être surveillées ;
- ▶ Chaque pays a besoin de mécanismes de surveillance opérationnels ;
- ▶ La redevabilité est un fondement nécessaire pour le dialogue politique.

Quelles sont les composantes d'une plateforme S&E ?

Le suivi, l'évaluation et la revue de la stratégie nationale de santé nécessitent une approche intégrée et globale qui repose sur une plateforme unique, telle que décrite dans le cadre IHP+ pour le suivi des stratégies nationales de santé¹, répondant à tous les besoins nationaux en matière de données et permet de suivre les progrès de la réalisation des ODD liés à la santé, avec un engagement politique de haut niveau et des investissements des pays et des partenaires internationaux. Les quatre principales composantes d'une plateforme S&E énoncées ici, doivent être renforcées :

1. un environnement politique et institutionnel sain, notamment des politiques de gouvernance fiables et des mécanismes de coor-

dination communs à plusieurs acteurs, un solide plan de S&E intégré dans la stratégie nationale de santé, un cadre logique complet qui oriente le choix des indicateurs et des cibles, l'utilisation de normes internationales applicables aux données, une architecture unifiée des données et des innovations ;

2. des sources de données opérationnelles, notamment les systèmes d'enregistrement et de statistiques des faits d'état civil, les enquêtes de population, les systèmes d'information de routine des établissements de santé, les enquêtes menées dans les établissements de santé, les sources de données administratives telles que les comptes nationaux de santé et les registres du personnel de santé, les systèmes d'information logistiques, la surveillance des maladies et de la santé publique, divers travaux de recherche ;
3. une capacité institutionnelle solide en matière de collecte, de gestion, d'analyse, d'utilisation et de diffusion des données ;
4. des mécanismes nationaux efficaces de revue et d'action, tels qu'un système régulier et transparent de revues avec une large participation des principales parties prenantes, et des processus permettant de traduire les résultats en prise de décision.

Comment renforcer le suivi, l'évaluation et la revue ?

Les principales mesures pour renforcer la plateforme de pays consistent à :

1. évaluer les principales caractéristiques de la plateforme de S&E selon les besoins et dresser la liste des actions prioritaires pour remédier aux insuffisances et aux faiblesses majeures ;

2. passer en revue et sélectionner les indicateurs fondamentaux, établir des références et déterminer les cibles pour le suivi des priorités nationales et les objectifs de santé ;
3. élaborer un plan complet de S&E, incluant l'alignement des plans relatifs à des maladies particulières et l'identification des actions prioritaires ;
4. calculer le coût du plan de S&E et développer un cadre d'investissement commun comme base pour les investissements des pouvoirs publics et ceux des partenaires ;
5. revoir et évaluer régulièrement la plateforme de S&E.

Qui sont les principales parties prenantes ?

Les parties prenantes incluent les décideurs politiques nationaux et infranationaux, les gestionnaires et les planificateurs des programmes, la société civile et les partenaires de développement.

Quand mettre en œuvre le suivi, l'évaluation et la révision ?

Le suivi, l'évaluation et la revue doivent être liés aux cycles de planification nationaux, notamment lorsque les progrès et les performances sont discutés et que des actions correctives sont décidées.

Et si...

Certains paramètres sont à prendre en compte si le pays :

- ▶ est en situation de fragilité ;
- ▶ a un système d'administration décentralisé.

9.1 Qu'entend-t-on par « suivi, évaluation et revue des PSPNS » ?

9.1.1 Quelles sont les différences entre suivi, évaluation et revue ?

Le suivi, l'évaluation et la revue sont des fonctions essentielles destinées à garantir la mise en œuvre des actions prioritaires en matière de santé décrites dans le PSPNS en tenant compte des objectifs fixés et des résultats souhaités.

Le suivi consiste à recueillir, surveiller et analyser des données afin d'identifier les événements mais aussi les lieux et les personnes concernées. Le suivi utilise un ensemble d'indicateurs fondamentaux et de cibles pour fournir des informations précises en temps opportun afin d'éclairer les revues des progrès et performances ainsi que les processus décisionnels. Dans le contexte des PSPNS, les indicateurs et les cibles doivent être liés aux orientations stratégiques et aux principaux objectifs du secteur de la santé.

L'évaluation repose sur les données du suivi mais l'analyse est beaucoup plus approfondie. Des données supplémentaires sont souvent nécessaires pour tenir compte de l'évolution du contexte et déterminer si les changements observés sont imputables aux services.

Les revues réunissent les éléments d'information issus des processus de suivi et d'évaluation pour évaluer les progrès et les performances. Les revues du secteur de la santé requièrent des mécanismes institutionnels nationaux associant plusieurs parties prenantes pour fournir les bases d'une redevabilité mutuelle. Les revues doivent relier les évaluations aux actions nationales de suivi, notamment la hiérarchisation des priorités, l'allocation des ressources et le dialogue politique. Plusieurs caractéristiques sont recommandées pour assurer la fiabilité de l'analyse de situation du secteur de la santé.

9.1.2 Le suivi, l'évaluation et la revue nécessitent une solide plateforme de S&E de pays

Le suivi, l'évaluation et la revue des PSPNS requièrent une approche intégrée et complète des systèmes de santé qui repose sur une plateforme unique de S&E de pays, telle que décrite dans le cadre IHP+ pour le suivi des stratégies sanitaires nationales.² Cette plateforme doit satisfaire à tous les besoins du pays en matière de données et permettre le suivi des progrès de la réalisation des objectifs du secteur de la santé énoncés dans les PSPNS et dans les ODD internationaux liés à la santé, tout en bénéficiant d'un engagement politique de haut niveau et des investissements des pays et des partenaires internationaux.

Une plateforme de pays unique regroupe tous les éléments liés au suivi, à l'évaluation et à la revue des PSPNS, notamment les politiques et les plans de S&E spécifiques et les systèmes d'information sanitaire nationaux (voir Figure 9.1). De plus, les sources de données du pays et les organismes qui produisent, réunissent, analysent, synthétisent et diffusent les données font partie intégrante de la plateforme unique. Les processus de revues nationaux doivent utiliser la base de données de la plateforme comme un point d'ancrage pour la planification et la prise des décisions.

La plateforme couvre toutes les composantes d'un système de santé et des grands programmes de lutte contre les maladies ; elle sert de mécanisme de compte rendu entre les niveaux infranational, national et mondial, qui aligne les parties prenantes nationales et mondiales du secteur de la santé autour d'une approche commune dirigée par le pays.

Le suivi consiste à recueillir, surveiller et analyser des données pour identifier les événements, les lieux et les personnes concernées, tandis que l'évaluation repose sur les données du suivi mais l'analyse est beaucoup plus approfondie.

La plateforme a pour objectif d'être utile aux pays ainsi qu'aux partenaires mondiaux pour la santé, aux donateurs et organismes de même ordre, et d'aboutir à un meilleur alignement des systèmes de surveillance nationaux et

mondiaux. La plateforme se doit de réduire la redondance des tâches, se concentrer sur le suivi des résultats du secteur de la santé, et améliorer la redevabilité et l'harmonisation des systèmes de S&E.

Fig. 9.1 La plateforme de S&E et ses liens avec le système d'information sanitaire



Une plateforme unique de pays de suivi, d'évaluation et de revue doit permettre de suivre les progrès accomplis dans la réalisation des objectifs nationaux du secteur de la santé, tels qu'énoncés dans les PSPNS et dans les ODD relatifs à la santé au niveau international.

La plateforme est souvent décrite dans le plan de S&E et/ou dans le plan stratégique du système d'information sanitaire. Le plan de S&E est normalement élaboré parallèlement à la conception des PSPNS, et tient compte de leurs priorités. Dans certains pays, la stratégie sanitaire nationale contient un chapitre spécifique sur le S&E, donnant un aperçu des indicateurs et des priorités pour le renforcement des systèmes de S&E. Il s'accompagne souvent d'un plan de S&E détaillé distinct. Dans certains pays aussi, la stratégie du système d'information sanitaire sert de plan opérationnel pour renforcer les sources de données et le système d'information

sanitaire dans son ensemble, et répondre aux besoins de suivi de la stratégie sanitaire nationale.

Le plan de S&E et le plan stratégique du système d'information sanitaire peuvent, l'un et l'autre, aider à harmoniser la position des partenaires du secteur de la santé, des pouvoirs publics et des autres parties prenantes concernant les priorités nationales pour le renforcement des systèmes qui produisent les informations sanitaires. Ils sont complémentaires et tant les plans de S&E que les plans stratégiques des systèmes d'information sanitaire peuvent couvrir toutes les fonctions précitées.

9.2 Pourquoi le suivi, l'évaluation et la revue sont importants ?

9.2.1 Parce que les progrès et la performance de la stratégie nationale en santé doivent être surveillés

Les PSPNS s'emploient à satisfaire aux besoins de santé publique du pays et définissent un plan à cet effet. Le suivi, l'évaluation et la revue sont importants puisqu'ils constituent les systèmes de mesure et les mécanismes de redevabilité de base qui servent à planifier et gérer les objectifs et les cibles de la stratégie sanitaire nationale et à rendre compte de leur réalisation. Des indicateurs sont nécessaires à l'appui de la planification, du suivi, des revues du programme pour le secteur de la santé dans son ensemble, et il en va de même pour certains programmes.

Tous les pays doivent pouvoir produire des statistiques sur la mortalité par âge, sexe et cause de décès ; l'incidence et la prévalence des maladies ; la couverture des interventions, y compris la qualité des services ; la prévalence des facteurs de risque ; la protection financière ; et sur bases des données relatives aux intrants (moyens mis en œuvre) et extrants (les résultats) du système de santé pour gérer et planifier les services. Les données produites au moyen du système d'information national permettent à un pays de surveiller les progrès et les performances du plan du secteur de la santé dans son ensemble mais aussi de plans relatifs à une pathologie spécifique, tels que ceux portant sur le VIH, la tuberculose, le paludisme, etc. au niveau national et infranational. À partir d'une base de référence connue, les progrès peuvent suivre un rythme approprié, tenant compte des ressources disponibles.

9.2.2 Parce que le suivi régional et mondial des questions de santé prioritaires repose sur le suivi national

Plus de 90 cibles ont été approuvées par les États Membres à l'Assemblée mondiale de la Santé et dans les réunions d'autres organes directeurs. Des centaines d'indicateurs ont par ailleurs été recommandés pour couvrir un large éventail de programmes de santé et de lutte contre les maladies. L'OMS et ses partenaires sont convenus d'une liste mondiale de référence de 100 indicateurs sanitaires de base, références à hiérarchiser aux fins du suivi des progrès.³

9.2.3 Parce que faire part des progrès de la réalisation des ODD liés à la santé nécessite des systèmes de S&E solides

L'objectif sanitaire global est associé à 13 cibles (ou objectifs secondaires) ; trois cibles liées aux ODD et trois en lien avec le programme émergent de lutte contre les maladies non transmissibles et les traumatismes. Trois autres cibles sont transversales ou visent les systèmes de santé, notamment la couverture sanitaire universelle (CSU) (voir Figure 9.2). D'autres indicateurs liés à la santé sont inclus dans d'autres ODD.

Le suivi, l'évaluation et la revue apportent les systèmes de mesure et les mécanismes de responsabilisation de base servant à planifier, gérer et rendre compte des objectifs et des cibles de la stratégie nationale de santé.

Faire part des progrès de la réalisation des 13 cibles des ODD liés à la santé, tels que la couverture sanitaire universelle, nécessite des systèmes de S&E solides.

9.2.4 Parce qu'il faut assurer un suivi des inégalités en santé

Les statistiques doivent faire ressortir les inégalités en santé par grandes catégories, notamment les caractéristiques démographiques (âge, sexe), le statut socio-économique (revenu, éducation), et le lieu de résidence (province/district) ou d'autres caractéristiques (migrations, minorités, etc.). Les données sur les niveaux et les inégalités en termes de protection financière et de couverture des interventions constituent l'essentiel du suivi de la CSU.

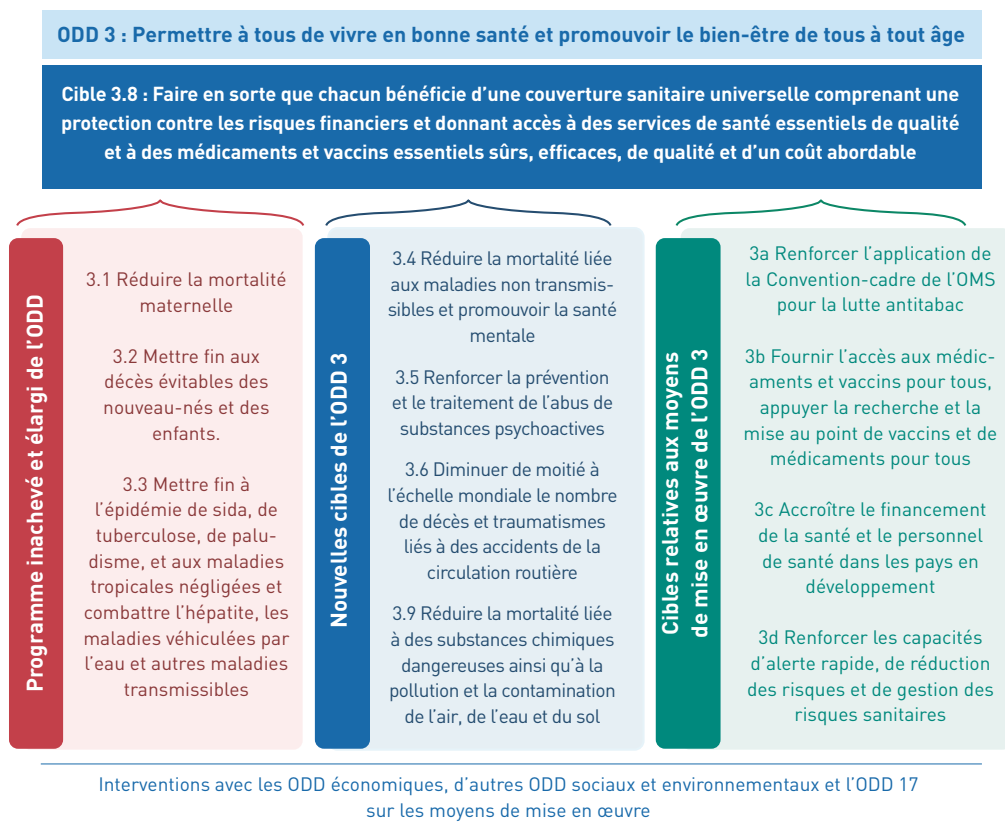
9.2.5 Parce que chaque pays a besoin de mécanismes de surveillance opérationnels

Tous les pays ont besoin de surveiller activement les maladies et la santé publique pour détecter et signaler les problèmes de santé et événements à déclaration obligatoire et agir en conséquence, en particulier en cas de maladies transmissibles à tendance épidémique. Les systèmes de surveillance s'appuient sur de multiples sources d'information, notamment les données de routine, les rapports médicaux et les systèmes de surveillance sentinelle dans des populations spécifiques.

9.2.6 Parce que la redevabilité repose nécessairement sur le suivi, l'évaluation et la revue

Le suivi des priorités nationales, notamment les ODD liés à la santé, requiert des mécanismes de redevabilité bien établis aux niveaux national, régional et mondial. Ces mécanismes doivent être participatifs, indépendants, fondés sur les faits, transparents, et doivent déboucher sur des actions correctives.

Figure 9.2 Cadre de suivi des ODD liés à la santé⁴



9.2.7 Parce que les données de qualité font l'objet d'une demande et d'un intérêt croissants pour la prise des décisions et la redevabilité

Lors du sommet sur l'évaluation et la redevabilité des résultats en santé qui s'est tenu en juin 2015, plus de 600 responsables de la santé du monde entier, décideurs, leaders d'opinion et responsables exécutifs venus de plus de 60 pays représentant les partenaires de développement, les gouvernements des pays partenaires et la société civile, ont approuvé la feuille de route pour l'évaluation de l'action sanitaire et la redevabilité pour l'après-2015⁵ et l'appel à l'action en cinq points⁶. L'appel à l'action dresse la liste des actions et des cibles prioritaires visant à renforcer les systèmes nationaux de données et la redevabilité pour le programme de

développement durable post-2015. Le projet de collaboration sur les données sanitaires (Health Data Collaborative) a été mis sur pied suite à l'appel des dirigeants des agences mondiales de la santé en septembre 2015 en faveur d'une collaboration accrue visant à l'appui des pays pour la mise en œuvre du plan d'action en cinq points. La valeur ajoutée de cette collaboration réside dans l'action collective et harmonisée qui vise à réduire le morcellement des services d'information sanitaire nationaux, à optimiser l'impact des investissements respectifs et à améliorer la pérennité.



9.3 Quelles sont les composantes d'une plateforme S&E ?

Afin de renforcer une plateforme de S&E, il importe de comprendre le résultat final souhaité : une plateforme solide de suivi, évaluation et revue, pilotée par le pays et dont les quatre composantes essentielles sont :

- ▶ un environnement politique et institutionnel sain ;
- ▶ des sources de données opérationnelles ;
- ▶ une solide capacité institutionnelle pour la collecte, la gestion, l'analyse, l'utilisation et la diffusion des données ;
- ▶ des mécanismes nationaux de revue et d'action efficaces.

Cette section passe en revue les principales composantes de la plateforme de S&E.

9.3.1 Un environnement politique et institutionnel sain pour le S&E

Un **environnement politique et institutionnel sain** inclut les principaux éléments suivants.

Une structure de gouvernance et des mécanismes de coordination efficaces

La plateforme de suivi, d'évaluation et de revue nécessite une structure de gouvernance efficace dans laquelle les institutions et les principales parties prenantes ont des rôles et des responsabilités clairement définis dans le processus de collecte, d'analyse et d'utilisation des données pour la prise de décisions. Une structure de gouvernance efficace inclut un mécanisme de

coordination dirigé par le pays pour assurer le suivi, l'évaluation et la revue périodique du secteur de la santé avec la participation active de plusieurs parties prenantes (gouvernement, partenaires de développement et société civile). Ce mécanisme de coordination est généralement un sous-groupe du comité de coordination du secteur de la santé.

Un solide plan de S&E vise à atteindre les buts et objectifs des PSPNS et repose sur une sérieuse analyse de situation du système de S&E dans le pays. Le plan de S&E est complet et porte sur une sélection d'un ensemble restreint et équilibré d'indicateurs fondamentaux, assortis de cibles et de bases de références bien définies ; il identifie les sources de données pour chaque indicateur et précise les plans à appliquer pour remédier à l'insuffisance et à la faiblesse des données, tout en montrant la façon de mener une évaluation de la qualité des données ; il indique les résultats des analyses qui doivent être obtenus et prévoit des plans de communication et de diffusion des résultats. Le plan décrit également les moyens de renforcer les capacités institutionnelles en matière de collecte, d'analyse et de diffusion des données. L'Annexe 9.1 propose une ébauche de modèle d'élaboration d'un plan de S&E complet. Ce dernier peut aussi être accompagné d'une stratégie nationale globale pour les services d'information sanitaire qui fournit des détails supplémentaires aux fins du renforcement des services d'information sanitaire du pays.

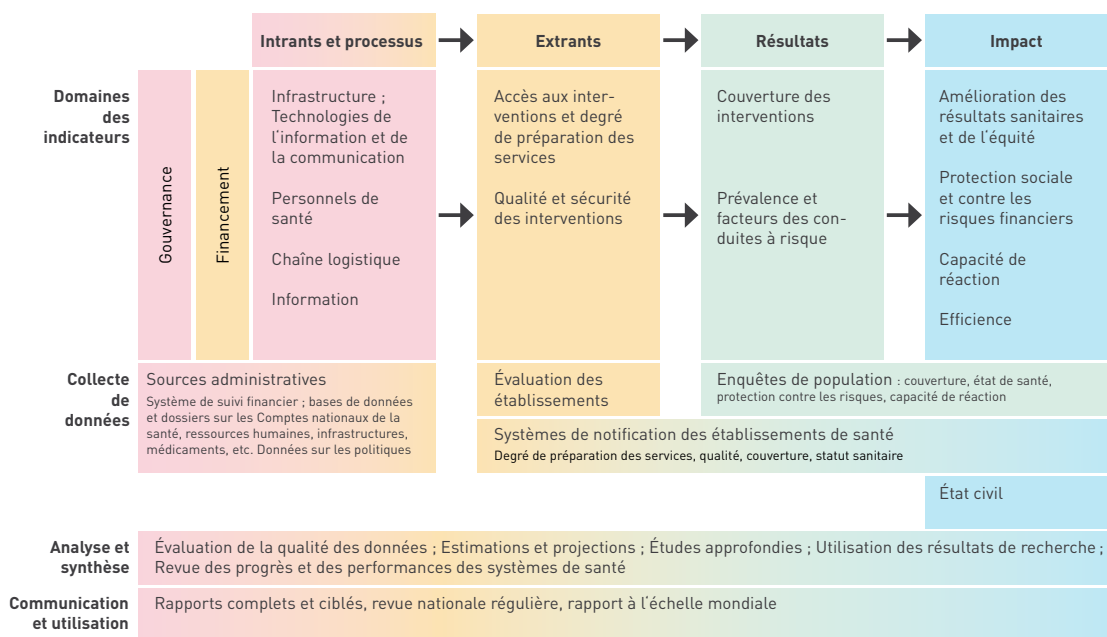
Un cadre de S&E complet guide les activités de suivi, d'évaluation et de revue, notamment la sélection des indicateurs et des cibles de base. Le cadre logique de S&E commun de l'IHP+

Une plateforme nationale solide de suivi, d'évaluation et de revue inclut un environnement politique et institutionnel sain ; des sources de données opérationnelles ; une solide capacité institutionnelle pour la collecte, la gestion, l'analyse, l'utilisation et la diffusion des données ; et des mécanismes nationaux de revue et d'action efficaces.

(voir Figure 9.3) propose une représentation logique, sous forme de chaîne de résultats, des activités de suivi, d'évaluation et de revue, et montre comment les intrants du système de santé (le financement et les infrastructures, par exemple) et les processus (la chaîne d'approvisionnement, par exemple) se reflètent dans les extrants (tels que la disponibilité des services et des interventions), les résultats éventuels (la couverture des interventions, par exemple) et

l'impact (l'amélioration des résultats sanitaires, par exemple). Non seulement, le cadre facilite l'identification des indicateurs de base des PSPNS pour chaque maillon de la chaîne des résultats, mais il relie également les indicateurs aux méthodes de collecte des données. Le cadre commun de S&E peut être utilisé par toutes les parties prenantes et le gouvernement pour témoigner des performances à la fois des programmes et des systèmes de santé.

Fig. 9.3 Le cadre logique commun de S&E du partenariat IHP+ pour une stratégie sanitaire nationale



Source : Suivi, évaluation et revue des stratégies sanitaires nationales - Plateforme de pays pour l'information et la redevabilité. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2011 (https://www.uhc2030.org/fileadmin/uploads/uhc2030/Documents/Tools/M_E_Framework/M%26E.framework.2011.pdf, consulté le 17 octobre 2016)

Indicateurs fondamentaux et cibles reposant sur les normes internationales applicables aux données

Indicateurs fondamentaux

La sélection des indicateurs doit être fondée sur des considérations de fiabilité scientifique, de pertinence, d'utilité pour la prise des décisions, de réactivité aux changements et de disponibilité des données. La difficulté consiste à assurer un ensemble équilibré et restreint d'indicateurs de base avec des niveaux de référence et des objectifs bien définis. L'ensemble d'indicateurs de base doit répondre aux besoins d'informations pour le suivi des progrès et des performances

par rapports aux principaux objectifs des PSPNS, et un équilibre approprié doit être observé dans tout le cadre logique (couverture des intrants, extrants, résultats et impact) et dans tous les grands domaines de programme (voir Encadré 9.1).

Il est important de garder à l'esprit que les indicateurs quantitatifs sont censés donner une indication des faits ; ce sont des indicateurs traceurs qui ne peuvent décrire la totalité de la réalité.



Encadré 9.1

Liste mondiale de référence des 100 indicateurs sanitaires de base⁷

L'adoption d'indicateurs internationaux standardisés permet aux pays de comparer leurs performances à celles de pays similaires, dans leur région ou leur catégorie de revenu. La production de rapports distincts pour les parties prenantes nationales ou externes s'en voit aussi nettement réduite. La Liste mondiale de référence des 100 indicateurs sanitaires de base est un ensemble standard d'indicateurs de base, considérés comme prioritaire par la communauté internationale pour fournir des informations concises sur la situation sanitaire et son évolution, et notamment sur les réponses à apporter aux niveaux national et mondial. La liste mondiale de référence des 100 indicateurs sanitaires de base comprend des indicateurs pertinents pour l'établissement des rapports nationaux, régionaux et mondiaux sur l'ensemble des priorités sanitaires mondiales, notamment les objectifs sanitaires des ODD pour l'après-2015. Les pays peuvent choisir l'ensemble d'indicateurs correspondant aux priorités de leur stratégie nationale de santé et à leur capacité de collecte des données nécessaires. La Figure 9.4 donne un aperçu de la Liste mondiale de référence des 100 indicateurs sanitaires de base.

État de santé

Mortalité selon l'âge et le sexe

- ▶ Espérance de vie à la naissance
- ▶ Taux de mortalité des adultes entre 15 et 60 ans
- ▶ Taux de mortalité des moins de 5 ans
- ▶ Taux de mortalité infantile
- ▶ Taux de mortalité néonatale
- ▶ Taux de mortinatalité

Mortalité par cause de décès

- ▶ Ratio de mortalité maternelle
- ▶ Taux de mortalité par tuberculose
- ▶ Taux de mortalité liée au sida
- ▶ Taux de mortalité due au paludisme
- ▶ Mortalité entre 30 et 70 ans attribuable aux maladies cardiovasculaires, aux cancers, aux affections respiratoires chroniques et au diabète
- ▶ Taux de suicide
- ▶ Taux de mortalité due aux accidents de la circulation

Fécondité

- ▶ Taux de fécondité des adolescentes
- ▶ Indice synthétique de fécondité

Morbidité

- ▶ Nouveaux cas de maladies à prévention vaccinale
- ▶ Nouveaux cas de maladies à déclaration obligatoire déterminées dans le cadre du Règlement sanitaire international (RSI) et nouveaux cas d'autres maladies à déclaration obligatoire
- ▶ Taux d'incidence du VIH
- ▶ Taux de prévalence du VIH
- ▶ Prévalence de l'antigène de surface du virus de l'hépatite B
- ▶ Taux d'incidence des infections sexuellement transmissibles (IST)
- ▶ Taux d'incidence de la tuberculose
- ▶ Taux de notification de la tuberculose
- ▶ Taux de prévalence de la tuberculose
- ▶ Prévalence parasitaire du paludisme chez les enfants de 6 à 59 mois
- ▶ Taux d'incidence du paludisme
- ▶ Incidence du cancer, par type de cancer

Figure 9.4 Liste mondiale de référence des 100 indicateurs sanitaires de base

Facteurs de risque

Nutrition

- ▶ Allaitement exclusif au sein du nourrisson âgé de 0 à 5 mois
- ▶ Initiation précoce de l'allaitement au sein
- ▶ Incidence d'un faible poids à la naissance chez les nouveau-nés
- ▶ Enfants de moins de cinq ans présentant un retard de croissance
- ▶ Enfants de moins de cinq ans présentant une émaciation
- ▶ Prévalence de l'anémie chez les enfants
- ▶ Prévalence de l'anémie chez les femmes en âge de procréer

Infections

- ▶ Utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un partenaire à haut risque

Facteurs de risque environnementaux

- ▶ Population utilisant un service d'eau de boisson géré de manière sûre
- ▶ Population utilisant un service d'assainissement géré de manière sûre
- ▶ Population utilisant des combustibles modernes pour cuisiner/se chauffer/s'éclairer
- ▶ Niveau de pollution atmosphérique en ville

Maladies non transmissibles

- ▶ Consommation totale d'alcool par habitant (15 ans ou plus)
- ▶ Consommation de tabac chez les personnes de 18 ans ou plus
- ▶ Enfants de moins de cinq ans présentant une surcharge pondérale
- ▶ Obésité et surpoids chez l'adulte (également chez l'adolescent)
- ▶ Hypertension chez l'adulte
- ▶ Élévation de la glycémie/diabète chez l'adulte
- ▶ Apport en sel
- ▶ Activité physique insuffisante chez l'adulte (également : chez l'adolescent)

Traumatismes

- ▶ Prévalence de la violence exercée par le partenaire intime

Couverture des services

Santé reproductive et santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent

- ▶ Besoins de planification familiale satisfaits par des méthodes modernes
- ▶ Taux de prévalence de la contraception
- ▶ Couverture par les soins anténatals
- ▶ Naissances assistées par du personnel de santé qualifié
- ▶ Couverture par les soins postnatals
- ▶ Demande de soins pour des symptômes de pneumonie
- ▶ Enfants souffrant de diarrhée recevant une solution de réhydratation orale (SRO)
- ▶ Couverture par la supplémentation en vitamine A

Vaccination

- ▶ Taux de couverture vaccinale, par vaccin, pour chaque vaccin prévu dans le programme national

VIH

- ▶ Personnes vivant avec le VIH chez lesquelles le diagnostic a été posé
- ▶ Prévention de la transmission mère-enfant
- ▶ Couverture par les soins de l'infection à VIH
- ▶ Couverture par le traitement antirétroviral
- ▶ Suppression de la charge virale du VIH

VIH / tuberculose

- ▶ Thérapie préventive de la tuberculose pour les personnes séropositives pour le VIH nouvellement inscrites dans un programme de soins contre le VIH
- ▶ Résultats du test du dépistage du VIH chez les patients tuberculeux, enregistrés, nouveaux et en rechute
- ▶ Patients tuberculeux, nouveaux et en rechute, et séropositifs pour le VIH sous traitement antirétroviral pendant le traitement antituberculeux

Tuberculose

- ▶ Patients tuberculeux avec résultats d'antibiogramme
- ▶ Taux de détection des cas de tuberculose
- ▶ Couverture par le traitement de deuxième intention parmi les cas de tuberculose multirésistante

Paludisme

- ▶ Traitement préventif intermittent du paludisme pour les femmes enceintes
- ▶ Utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide
- ▶ Traitement des cas de paludisme confirmés
- ▶ Couverture par la pulvérisation intra domiciliaire d'insecticide à effet rémanent

Maladies tropicales négligées

- ▶ Couverture par la chimiothérapie préventive de certaines maladies tropicales négligées

Dépistage et soins préventifs

- ▶ Dépistage du cancer du col de l'utérus

Santé mentale

- ▶ Couverture par les services de prise en charge des troubles mentaux graves

Système de santé

Systèmes de santé

- ▶ Taux de mortalité péri opératoire
- ▶ Admissions en obstétrique et gynécologie pour une interruption de grossesse
- ▶ Ratio de mortalité maternelle hospitalière
- ▶ Revue des décès maternels
- ▶ Taux de rétention sous traitement antirétroviral
- ▶ Taux de succès thérapeutique contre la tuberculose
- ▶ Disponibilité et capacité opérationnelle de services spécifiques

Accès

- ▶ Utilisation des services
- ▶ Accès aux services de santé
- ▶ Densité des lits d'hôpitaux
- ▶ Disponibilité des médicaments et des produits essentiels

Personnel de santé

- ▶ Densité et distribution du personnel de santé
- ▶ Diplômés des établissements préparant aux professions de santé

Informations sanitaires

- ▶ Couverture par l'enregistrement des naissances
- ▶ Couverture par l'enregistrement des décès
- ▶ Complétude des rapports des établissements de santé

Financement de la santé

- ▶ Dépenses en santé courantes totales, en pourcentage du produit intérieur brut (PIB)
- ▶ Dépenses en santé courantes des administrations publiques et des régimes obligatoires, en pourcentage des dépenses en santé courantes
- ▶ Dépenses en santé directes, en pourcentage des dépenses en santé courantes
- ▶ Financement provenant de sources extérieures, en pourcentage des dépenses en santé courantes
- ▶ Dépenses d'investissement totales dans la santé, en pourcentage des dépenses en santé courantes augmentées des dépenses d'investissement
- ▶ Ratio des dépenses en santé catastrophiques
- ▶ Ratio de l'appauvrissement dû aux dépenses directes en santé

Sécurité sanitaire

- ▶ Indice des principales capacités requises selon le RSI

Valeurs de référence et cibles

Chaque indicateur de base doit avoir une cible définie, et une limitation dans le temps. La définition d'une cible nécessite une valeur de référence qui indique le point à partir duquel les réalisations sont définies. Les cibles décrivent un niveau de progrès réaliste mais significatif compte tenu des ressources investies. La définition des cibles doit également tenir compte des méthodes de mesure utilisées, de leur faisabilité et de la fréquence à laquelle les mesures sont effectuées (voir Encadré 9.2 et Figure 9.5).

Encadré 9.2

Différentes approches pour définir les cibles

Il existe plusieurs manières de fixer des cibles, selon le type de résultats souhaités et les informations disponibles.

- ▶ Cibles absolues : une cible chiffrée spécifique, citant une valeur de référence. Par exemple : une couverture vaccinale contre la rougeole passant de 70 % à 85 % en 5 ans.
- ▶ Cibles relatives : une évolution relative indépendante de la valeur initiale. Par exemple : une baisse de deux tiers du taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans (Objectif du Millénaire pour le développement - OMD). On a souvent recours aux cibles relatives lorsque les valeurs initiales sont incertaines.
- ▶ Taux annuel d'évolution : il décrit le rythme des changements attendus, en particulier lors d'une période de développement des services. On pourrait par exemple s'attendre à avoir une augmentation de la couverture élargie de 2 % à 4 % par an.

Figure 9.5 Indicateurs de base du plan stratégique du secteur de la santé (Health Sector Strategic Plan - HSSP) III de la République-Unie de Tanzanie⁸

	Progrès généraux	Réalisation	Objectifs 2015	Équité	Comparaison (rang)
ÉTAT DE SANTÉ					
Espérance de vie (années)		61 (F)/58 (H) (2011)	62/59		1
Taux de mortalité des moins de 5 ans		81/1,000 (2006-10)	54		1
Taux de mortalité néonatale		26/1,000 (2006-10)	19		1
Taux de mortalité infantile		51/1,000 (2006-10)	-		3
Taux de retard de croissance chez les enfants		35% (2011)	22%		5
Taux d'insuffisance pondérale chez les enfants		14% (2011)	14%		2
Taux de mortalité maternelle		454/100,000 (2004-10)	156		4
Taux de fécondité totale		5.4 (2008-10)	5.1		5
Taux de fécondité des adolescentes		44% (2010)	39%		
Prévalence du VIH chez les jeunes		2.0% (2011/2)	-		
Prévalence du VIH chez les femmes enceintes (15-24 ans)					
Taux de notification des cas de tuberculose		75% (2011) 52% (2012)	70%		
Cas de lèpre diagnostiqués et traités					
Taux d'incidence du choléra		343 cas	0		
Taux de létalité lié au choléra		4.1%	<1%		
Prévalence du paludisme chez les patients en consultation externe (part confirmé en laboratoire)		33 % (moins de 5 ans) (2012)	-		
Prévalence parasitaire du paludisme (enfants)		9.2% (2012)	5%		
COUVERTURE DES INTERVENTIONS					
Couverture de la vaccination anti-rougeole		100% (2012)	85%		1
Couverture de la vaccination DTC-Hb3		95% (2012)	85%		4
Couverture de la supplémentation en vitamine A (2 doses)		60% (2010)	-		7
Couverture de la vaccination par l'anatoxine tétanique (2 doses)		88% (2011)	90%		
Première consultation prénatal → 16 semaines		15% (2006-10)	60%		5
Au moins 4 consultations prénatals		36% (2009-10)	90%		7
Naissances dans un établissement de santé		58% (2011)	70%		
Naissances en présence de personnel qualifié		62% (2010-11)	80%		8
Couverture des soins postnatals		31% (2006-10)	-		
Taux de prévalence de la contraception		27% (2010)	60%		5
Utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide (enfants/femmes enceintes)		73%/75% (2011/12)	80%		3
Couverture de la prévention de la transmission mère - enfant chez les femmes enceintes		77% (2011)	80%		
Couverture de la prise d'antirétroviraux chez les personnes qui en ont besoin		65% (2012)	60%		
Taux de succès du traitement antituberculeux		90% (2011)	85%		2
SYSTÈMES DE SANTÉ					
Dépenses de santé du secteur public (%)		7.3% (2011)	15%		
Dépenses de santé totales par habitant		Int. \$37			
Couverture des régimes d'assurance (Fond de santé communautaire - Community Health fund CHF/TIKA)		3% (2010)	80%		
Densité en personnel de santé : médecins et médecins assistants		0.9/10,000	-		
Densité en personnel de santé : infirmières et sages-femmes		4.9/10,000	-		
Densité en personnel de santé : pharmaciens		0.12/10,000			
Consultations externes par habitant/an		0.73 par personne	30		
Établissements de formation agréés		56			
Ruptures de stock des médicaments témoins et vaccins					

I G = genre. R = lieu de résidence (urbain ou rural). W = quintile de richesse (W pour Wealth)

Architecture unifiée des données

Les pays ont intérêt à instituer des politiques et à faire respecter les engagements pour la mise en œuvre d'une architecture des données intégrée dans le système d'information sanitaire national. Cela consiste notamment à fournir les caractéristiques complètes sur le contenu et l'accessibilité des sources de données. La disponibilité de normes appliquées aux données, entièrement documentées, pour le système d'information sanitaire national favorise la compatibilité entre les sources de données et entre les domaines de programme qui utilisent des systèmes de S&E distincts.

Les technologies de l'information innovantes

peuvent contribuer au renforcement des sources de données ; ainsi l'utilisation de dossiers électroniques des patients et des établissements, l'utilisation de dispositifs portatifs pour la collecte des données, ainsi que le partage et l'échange de données grâce à des bases de données interopérables pouvant être installés dans établissement ou dans le district, ou au niveau régional ou national. Les pays doivent définir le cadre juridique et politique général pour l'utilisation d'innovations techniques et autres dans le domaine

de l'information sanitaire. Ce cadre doit inclure l'utilisation de dispositifs électroniques pour la déclaration en ligne des événements de santé et le retour d'informations qui peut provenir au niveau individuel ou collectif. Les partenaires de développement doivent soutenir les innovations axées sur des approches nationales durables et évolutives, et le renforcement des capacités, y compris les partenariats public-privé, les accords de collaboration avec le milieu universitaire, l'utilisation des technologies de l'information, ainsi que la collaboration sud-sud et entre pairs.

Un cadre d'investissement commun

Le plan complet de S&E fournit les bases d'un cadre pluriannuel d'évaluation des coûts et d'investissement pour le S&E que les gouvernements et les partenaires de développement à tous les niveaux peuvent s'engager à financer pour suivre, évaluer et réviser la stratégie nationale de santé. Un cadre d'investissement commun permet au gouvernement et à ses partenaires d'identifier les insuffisances en matière de financement et d'éviter la répétition inutile de certains investissements (voir Encadré 9.3).

Le plan complet de S&E fournit les bases d'un cadre pluriannuel d'évaluation des coûts/d'investissement pour le S&E que les gouvernements et les partenaires de développement à tous les niveaux peuvent s'engager à financer pour suivre, évaluer et réviser la stratégie nationale de santé.



Encadré 9.3

Étude de cas du Kenya : la feuille de route pour un plan unique de S&E chiffré⁹

Dans de nombreux pays, les systèmes de S&E axés uniquement sur une maladie fonctionnent parfois de manière isolée, plutôt que de communiquer entre eux et de s'associer aux activités dirigées par le gouvernement. Certains de ces systèmes recueillent des données sur des indicateurs qui ne correspondent pas à ceux que les pays ont définis dans leur plan national de santé. C'est là un gaspillage de ressources, l'établissement des rapports exigés pesant lourdement sur l'activité des personnels de santé.

Au Kenya, afin de soutenir la démarche du ministère de la Santé en tant que leader dans l'intégration de ces systèmes de S&E dans un cadre unifié et plus efficace, les partenaires mondiaux de la santé s'emploient désormais à harmoniser leurs ressources financières et techniques, et à s'assurer qu'elles sont conformes aux priorités nationales. Au cours d'une réunion de quatre jours à Nairobi en mai 2016, diverses parties prenantes ont signé une déclaration commune d'engagement en appui d'un « cadre unique de S&E » et pour la mise en place d'un projet de collaboration sur les données sanitaires (Kenya Health Data Collaborative). Les partenaires présents étaient

les suivants : CDC (Center for Disease Control and Prevention, États-Unis d'Amérique), GAVI (Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination), GIZ (Deutsche Gesellschaft für International Zusammenarbeit), le Fonds mondial (Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme), PEP-FAR (Plan d'urgence du Président pour la lutte contre le sida), ONUSIDA (Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida), UNICEF (Fonds des Nations Unies pour l'enfance), USAID (Agence des États-Unis pour le développement international), OMS et le groupe de la Banque mondiale.

Le ministère de la Santé a élaboré une feuille de route chiffrée et détaillée dont la mise en œuvre a été confiée à des groupes de travail techniques sur l'analyse des données, la qualité des soins, la mise en place d'un observatoire national des données de santé, l'enregistrement de l'état civil, et l'informatique.

Cette approche collaborative vise à renforcer le système d'information sanitaire du Kenya en établissant un front uni pour soutenir et financer un plan de S&E national unique.

9.3.2 Sources de données opérationnelles

Aucune source de données n'est, à elle seule, en mesure de répondre à tous les besoins statistiques ; les systèmes d'information sanitaire nationaux doivent s'appuyer sur plusieurs sources de données.

Compte tenu du large éventail d'indicateurs liés à la santé devant être surveillés, aucune source de données n'est, à elle seule, en mesure de répondre à tous les besoins statistiques. Les systèmes d'information sanitaire nationaux doivent s'appuyer sur de multiples sources de données, dirigées par des institutions nationales compétentes pour la collecte, la compilation et le partage, l'analyse et la synthèse des données, ainsi que la communication et l'utilisation des résultats. Les principales sources de données pour les statistiques sanitaires et leurs caractéristiques essentielles sont décrites ci-après (voir également Figure 9.6).

Recensement de la population et de l'habitation

Le registre du recensement est la principale source d'informations pour déterminer la taille d'une population, sa répartition géographique et ses caractéristiques sociales, démographiques et économiques. Les recensements fournissent un dénominateur pour le calcul des statistiques d'état civil et de nombreux indicateurs de santé, en particulier en l'absence d'informations fiables provenant des systèmes d'enregistrement et de statistiques des faits d'état civil. Le recensement doit en principe avoir lieu tous les 10 ans, et fournir des données statistiques indispensables et complètes.

Systèmes d'enregistrement et de statistiques des faits d'état civil

Tous les pays doivent disposer de systèmes d'enregistrement et de statistiques des faits d'état civil qui enregistrent l'occurrence et les caractéristiques des naissances, décès et autres faits d'état civil pour produire des statistiques sur la fécondité et la mortalité. Les statistiques sur les causes de décès proviennent de la certification médicale des causes de décès conformément aux normes énoncées dans la Classification statistique internationale des maladies (CIM). À défaut, l'autopsie verbale peut être utilisée pour estimer la répartition des causes de décès dans la population. Des systèmes types d'enregistrement des faits d'état civil sont utilisés comme mesure intermédiaire pour générer des statistiques essentielles à l'aide de méthodes innovantes.

Enquêtes de population

Les pays doivent avoir mis en place un programme pluriannuel d'enquêtes nationales sur la santé pour suivre les progrès sur les principaux aspects de l'état de santé de la population, de la couverture des services, des comportements liés à la santé et des facteurs de risque, ainsi que des dépenses de santé directes, incluant notamment les dimensions de l'équité et l'utilisation de marqueurs biologiques. Un programme d'enquêtes identifie les priorités stratégiques, la périodicité et la portée de la collecte des données, il renforce l'assurance de la qualité, des pratiques éthiques, de la transparence

et du partage des données, conformément à des protocoles de confidentialité rigoureux et aux normes de mesures internationales pour garantir la comparabilité des résultats entre les groupes de population et sur des périodes de temps différentes.

Systèmes d'information des établissements de santé et communautaires

Les établissements de santé (publics et privés) et les communautés doivent produire des statistiques fiables et en temps voulu pour effectuer un suivi des intrants du système de santé, de la charge de morbidité, des prestations des services de santé et les résultats, notamment la mortalité et les causes de décès dans les établissements. Des systèmes d'enregistrement électroniques et de déclaration en ligne doivent, dans la mesure du possible, être utilisés. Les données sont analysées et utilisées en association avec d'autres sources pour la planification, les revues et l'action aux niveaux local, régional et national du système de santé. Le système d'information sur les installations comprend la vérification au moyen d'évaluations internes pour surveiller la qualité de la prestation des services et des soins dispensés, ainsi que la qualité des données.

Surveillance de la santé publique/des maladies

Les systèmes de surveillance de la santé publique/des maladies détectent les cas de maladies transmissibles à déclaration obligatoire et autres événements de santé, les signalent et y apportent une réponse. Les données issues

des déclarations doivent conduire à des actions immédiates de contrôle de l'épidémie. Les systèmes de surveillance et d'action doivent être, dans la mesure du possible, reliés aux systèmes d'information de routine des établissements et des communautés. Une surveillance efficace améliore la détection et la prévision des épidémies, et fournit une évaluation objective et un suivi efficace des programmes d'intervention. Un ensemble bien défini de fonctions essentielles et de capacités de surveillance est suivie par l'OMS en vertu du Règlement sanitaire international.

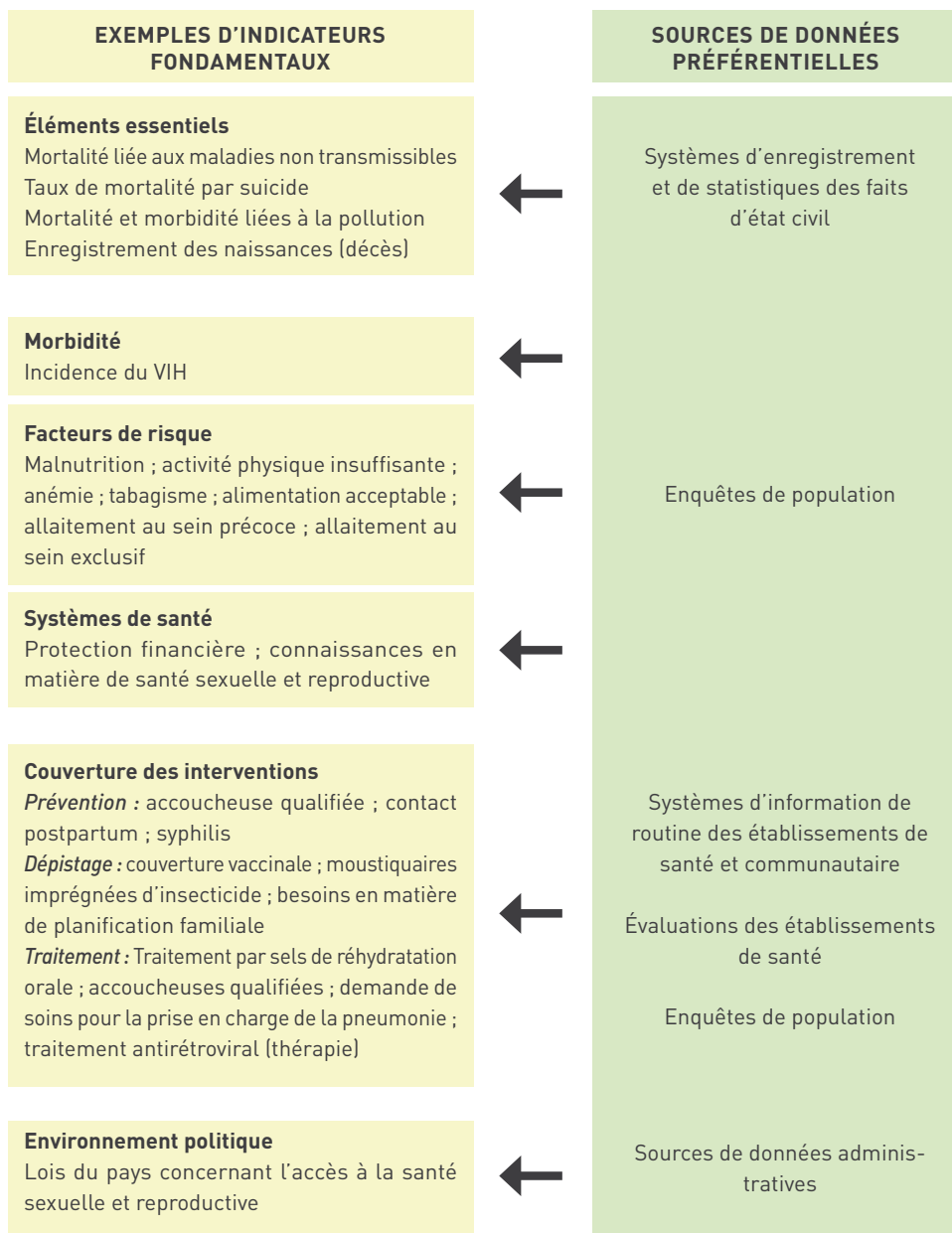
Sources de données administratives

Tous les pays se doivent de disposer de bases de données complètes et de systèmes de suivi électroniques pour ce qui concerne les dépenses de santé, la gestion logistique, notamment les médicaments, l'équipement et le matériel. Un registre électronique spécifique peut être utilisé pour suivre les statistiques relatives aux personnels de santé. Des systèmes de comptes de la santé et de comptes relatifs aux personnels de santé doivent être tenus conformément aux normes internationales.

Sources de données extérieures au secteur de la santé

Des sources de données d'autres secteurs peuvent aussi fournir des informations liées aux grandes causes responsables de la charge de morbidité mondiale ou aux menaces pour la sécurité sanitaire, telles que les informations sur l'approvisionnement en eau et l'assainissement, la pollution de l'air ou le secteur de l'éducation.

Figure 9.6 Sources de données préférentielles pour les indicateurs sanitaires fondamentaux



9.3.3 Fortes capacités institutionnelles en matière de collecte, de gestion, d'analyse, d'utilisation et de diffusion des données

Tous les pays se doivent de disposer des capacités institutionnelles suffisantes pour la collecte, la compilation et le partage des données sanitaires, l'assurance de la qualité des données, l'analyse et la synthèse des résultats en utilisant toutes les sources de données pertinentes et pour la communication et l'utilisation des résultats. Le renforcement des capacités des institutions nationales, notamment le ministère de la Santé, le bureau national de la statistique et les instituts nationaux de santé publique ainsi que les établissements universitaires, bénéficiera, le cas échéant, de l'appui des partenaires mondiaux.

Les domaines particuliers dans lesquels ces capacités sont nécessaires sont notamment les suivants.

Collecte de données

Le bureau (ou office) national de la statistique est généralement responsable des enquêtes sur la santé des ménages et des statistiques de l'état civil à partir des registres des naissances et des décès. Le ministère de la Santé joue cependant un rôle majeur. Il dirige souvent la compilation de données administratives et cliniques et peut travailler avec des institutions spécifiques pour évaluer la qualité des données. Les évaluations des établissements sont par ailleurs souvent réalisées par le ministère de la Santé auquel cas un certain degré d'indépendance est nécessaire pour la collecte des données, en recrutant, par exemple, du personnel des centres de formation pour le travail de terrain.

Compilation et stockage des données

La compilation et le stockage des données consistent à rassembler les données produites par le bureau national de la statistique, le ministère de la Santé, les chercheurs, les donateurs, les partenaires de développement, les organisations non gouvernementales et autres. Cette responsabilité incombe en général au ministère de la Santé ou au bureau national de la statistique mais une institution semi-indépendante joue parfois ce rôle majeur. Donner la possibilité d'un accès public aux données sanitaires est un élément essentiel de la transparence dans un système de S&E sain.

Évaluation de la qualité des données, validation et ajustement

Ces activités doivent inclure des évaluations indépendantes de la qualité des données générées par des sources cliniques et administratives, des enquêtes ad hoc et d'autres sources de données. Ces évaluations sont confiées de préférence à des institutions nationales indépendantes telles que des centres universitaires et de recherche travaillant en collaboration avec le ministère de la Santé et le bureau national de la statistique.

Analyse des données et évaluation des performances.

Cela consiste à faire la synthèse des données provenant de sources multiples dans le but de la revue, de la planification, de l'analyse des

Tous les pays se doivent de disposer des capacités institutionnelles suffisantes pour la collecte, la compilation et le partage des données sanitaires, l'assurance de la qualité des données, l'analyse et la synthèse des résultats, en utilisant toutes les sources de données pertinentes et pour la communication et l'utilisation des résultats.

politiques, de l'élaboration de rapports régionaux et mondiaux, et de l'évaluation. Ce travail est réalisé de préférence par des organismes nationaux en collaboration avec le ministère de la Santé et le bureau national de la statistique. Les partenaires mondiaux peuvent également apporter une assistance technique.

Estimation et modélisation statistique

L'accent étant mis sur les statistiques sanitaires essentielles, cela inclut l'application des normes, méthodes et outils mondiaux pour corriger les biais et les valeurs manquantes, générer des estimations et faire des prévisions à des fins de planification. La responsabilité des estimations et de la modélisation statistique incombe en premier lieu aux établissements universitaires et au personnel chargé de l'analyse des données au niveau du ministère de la Santé et du bureau national de la statistique.

Présentation et diffusion des données à différents publics cibles

La présentation et la diffusion des données se concentrent sur les principaux processus de prise de décision, où une communication efficace des résultats peut conduire à un ajustement de la mise en œuvre des plans et à des révisions de ceux-ci. Les rapports mondiaux doivent être alignés autant que possible sur les rapports nationaux. La communication avec le grand public et avec les médias est également essentielle et nécessite généralement des compétences particulières. La responsabilité de la présentation et de la diffusion des données incombe souvent aux responsables de l'analyse des données du gouvernement, dans les établissements publics et universitaires, ce qui suppose un savoir-faire particulier en matière de communication.

Encadré 9.4

Présentation des données pour évaluer l'équité

La réalisation d'un objectif comme la CSU est fondamentalement une question d'équité. La Figure ci-dessous fournit un exemple de la manière de représenter l'inégalité de la couverture entre le quintile le plus pauvre et le quintile le plus riche d'une population pour un éventail de services de santé essentiels.

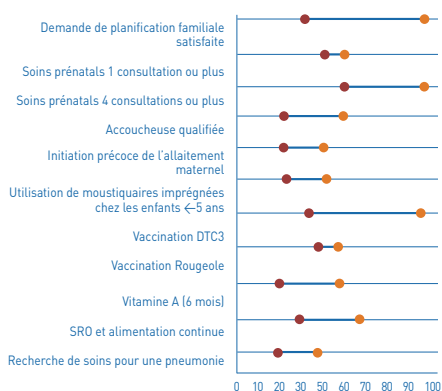
Présentation des mesures de l'équité dans la couverture des services de santé

Equité

Inégalités socioéconomiques en matière de couverture des interventions

Quintile de richesse des ménages:

● 20% des plus pauvres ● 20% des plus riches



Source : Enquête démographique et de santé 2007

Les niveaux de couverture sont indiqués pour les 20 % les plus pauvres (points rouges) et les 20 % les plus riches (points orange). Plus l'espace entre les deux points est grand, plus les inégalités sont importantes. Ces estimations peuvent varier des autres graphiques, en raison des différences dans les sources de données.

L'utilisation de rapports et de graphiques standard (comme ci-dessus) permet aux décideurs de relever facilement les disparités et de comparer les résultats obtenus entre les zones locales et le niveau national. Des graphiques similaires peuvent être utilisés pour évaluer l'équité concernant d'autres caractéristiques d'une population comme la situation géographique, le sexe, et l'âge.

9.3.4 Des mécanismes solides pour la revue et l'action

La valeur d'une plateforme de S&E dépend de la mesure dans laquelle les données sont revues et utilisées pour agir, dans le but d'améliorer les résultats en matière de santé (voir Encadré 9.5). Une indication claire montrant que les résultats

des revues ont une influence sur la prise de décision se traduit quand ces résultats sont utilisés pour orienter l'allocation des ressources et l'engagement des dépenses.

Une indication claire montrant que les résultats des revues ont une influence sur la prise de décisions se traduit lorsque ces résultats sont utilisés pour orienter l'allocation des ressources et l'engagement des dépenses.

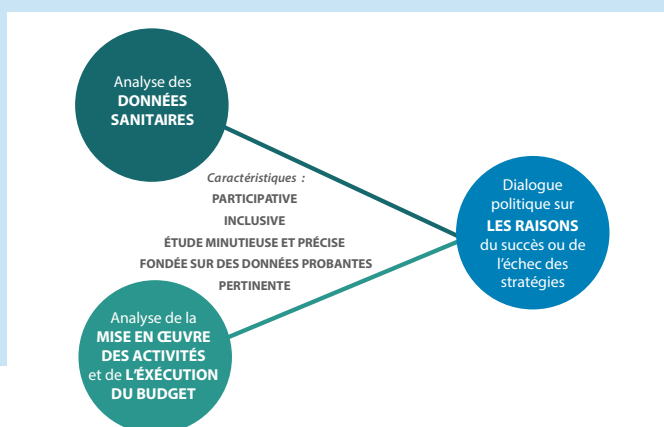
Encadré 9.5

Utilisation des données de santé dans une analyse de situation ou une revue sectorielle

Les données sur la santé doivent faire partie intégrante de toutes analyses de situation et de toutes revues du secteur de la santé.ⁱⁱ Une analyse de situation du secteur de la santé examine en profondeur tous les aspects liés aux intrants, aux processus et aux produits, donnant ainsi une vue complète du secteur de la santé. Ces informations sont extrêmement pertinentes et utiles car elles permettent de comparer et de contraster les données et les informations existantes afin de mieux suivre les progrès accomplis. Si les données et informations existantes sont peu nombreuses, une analyse de situation peut servir de base pour éclairer les cycles de S&E. Dans le cadre d'une revue du secteur

de la santé, l'analyse porte davantage sur les tendances à moyen ou long terme et sur la compréhension des causes afin de proposer des solutions réalisables et viables.

Une analyse des données de santé, associée à un examen de la manière dont les activités du secteur de la santé ont été mises en œuvre et si elles sont conformes au budget prévu, peut constituer une base de preuves solide pour le dialogue politique sur les raisons du succès ou de l'échec de certaines politiques, stratégies ou certains plans. La Figure ci-dessous montre comment les données sanitaires sont directement utilisées et intégrées dans le dialogue politique du secteur de la santé.



ⁱⁱ Pour plus d'informations, consulter le Chapitre 3 « Analyse de situation du secteur de la santé ».

Les mécanismes solides pour la revue et l'action ont les principales caractéristiques suivantes.

Mécanismes pour fournir régulièrement des informations sur les performances

Les boucles de rétro-information doivent être bidirectionnelles afin que les prestataires des services locaux disposent des informations nécessaires pour remédier aux disparités en ce qui concerne la couverture ou la qualité des services de santé et que les analystes au niveau central puissent analyser et interpréter les données plus efficacement eu égard au contexte local et aux besoins en informations. Des systèmes de données ouverts et transparents sont nécessaires pour garantir la pleine participation de toutes les parties prenantes au processus de revue et de planification des actions, notamment les parties prenantes aux niveaux infranationaux et celles du secteur privé. Les prestataires des services ont aussi avantage à comparer leurs performances à celles de leurs pairs dans le cadre d'une approche d'une supervision d'appui, par opposition à un système de revue qui pénalise un examen ouvert et franc des réalisations et des problèmes.

Un système de revue des progrès et des performances

Un système de revue périodique commun des progrès et des performances obtenus associant un large éventail des principales parties prenantes doit être mis en place. Ce doit être un système transparent où les évaluations du succès et les méthodes de mesure sont documentées et où les résultats sont mis à la disposition du public. Les revues doivent être effectuées à différents moments et avoir des objectifs différents (voir Encadré 9.6).

Encadré 9.6

Types de revue

Revue annuelle : La revue annuelle est axée sur les indicateurs et les cibles qui figurent dans les plans opérationnels annuels. Il s'agit principalement d'indicateurs d'intrants, de processus et de résultats. On peut aussi, s'ils sont disponibles, examiner les indicateurs de couverture. Les revues annuelles doivent régulièrement orienter l'évaluation.

Revue à moyen terme : Cette revue est normalement effectuée à mi-période de la mise en œuvre de la stratégie sanitaire nationale. Il couvre toutes les cibles figurant dans la stratégie, y compris celles correspondant aux indicateurs de résultat et d'impact, et il tient également compte de l'évolution du contexte. La revue à moyen terme doit coïncider avec la revue annuelle (par exemple, être effectué la troisième année du plan quinquennal). Les résultats servent à ajuster les priorités et les objectifs nationaux.

Revue finale : Cette revue consiste en une analyse globale des progrès et des performances pendant toute la période couverte par la stratégie sanitaire nationale. Il s'appuie sur les revues annuelles et à moyen terme, auxquels s'ajoutent les résultats de certains travaux de recherche et de l'évaluation prospective qui doit être prévue dès le début.

Les revues portant sur un programme spécifique ne doivent pas être menées de manière distincte et constituer des activités parallèles ; elles doivent plutôt être reliés à la revue de l'ensemble du secteur de la santé et y contribuer. Cette organisation concerne à la fois le moment pendant lequel ces revues se déroulent, et la méthodologie ou les analyses requises pour les données.

L'évaluation est planifiée à l'avance et mise en œuvre à titre prévisionnel

Une évaluation bien conçue est planifiée en même temps que l'élaboration du plan de S&E

de la stratégie sanitaire nationale. L'évaluation prévisionnelle associe des données issues des systèmes de suivi de routine pour les indicateurs fondamentaux, que complètent des études approfondies - qui peuvent être quantitatives (de préférence longitudinales) et qualitatives. Ces données sont analysées conjointement pour permettre de tirer des conclusions sur l'attribution des changements à des interventions particulières et sur la contribution de l'évolution du contexte. Les évaluations utilisent si possible les données provenant des revues du secteur de la santé, et les renforcent. Elles doivent d'appuyer sur les systèmes nationaux existants et, le cas échéant, inclure un objectif explicite de renforcement des capacités et de renforcement des systèmes.



9.4 Comment renforcer une plateforme de S&E de pays ?

Le renforcement d'une plateforme de S&E de pays repose sur l'évaluation de ses principales caractéristiques et l'identification d'actions prioritaires, l'élaboration d'un plan de S&E complet ainsi que sur la revue et l'évaluation régulières de cette plateforme.

1. **Évaluer les principales caractéristiques de la plateforme de S&E selon les besoins, et dresser la liste des actions prioritaires pour remédier aux insuffisances et aux faiblesses majeures.**

La plateforme de S&E de pays doit être évaluée selon les normes et caractéristiques d'une plateforme opérationnelle afin d'identifier ses insuffisances, ses forces et ses faiblesses. Les priorités sont définies sur la base des faiblesses.

2. **Passer en revue et sélectionner un ensemble d'indicateurs de base, établir des références et déterminer les cibles pour le suivi des priorités nationales et des objectifs de santé.**

Compte tenu des priorités définies dans la stratégie nationale de santé, le ministère de la Santé - en collaboration avec les parties prenantes concernées - doit examiner et sélectionner un ensemble d'indicateurs nationaux de base. Les stratégies spécifiques à un programme doivent être examinées en même temps que l'ensemble des PSPNS afin d'identifier et d'harmoniser les indicateurs de base (voir Encadré 9.7).

3. **Élaborer un plan complet de S&E, incluant l'alignement des plans relatifs à des maladies particulières et l'identification des actions prioritaires.**

Le plan de S&E doit spécifier la coordination et l'alignement des processus et des

mécanismes de S&E entre les programmes spécifiques. L'alignement des plans spécifiques aux maladies et aux programmes sur les PSPNS peut être amélioré en veillant à l'existence d'un unique plan complet de S&E national qui précise de façon logique et par paliers successifs, la manière dont il est relié aux plans de S&E propres à une maladie.

4. **Calculer le coût du plan de S&E et développer un cadre d'investissement commun servant de base pour les investissements nationaux et des partenaires.**

Un plan d'action chiffré et hiérarchisé est la première étape en vue de l'obtention de ressources pour renforcer la plateforme de S&E. Pour chaque ensemble d'activités, les investissements nationaux et des partenaires doivent être identifiés et documentés en tant qu'éléments d'un cadre d'investissement commun.

5. **Revoir et évaluer régulièrement la plateforme de S&E.**

Des évaluations régulières et planifiées du système de S & E sont nécessaires pour s'assurer que les indicateurs mesurent ce qui était prévu ; que les données sont générées dans le respect des normes ; que l'analyse des données et la communication des résultats fournissent les informations nécessaires aux décideurs ; et que la gestion des données comprend une évaluation de la qualité globale des données.

Encadré 9.7

Étude de cas au Malawi : « 'Plus' peut, dans la réalité, signifier 'moins' »

Le processus de sélection des indicateurs au Malawi inclus dans le cadre de S&E du deuxième plan stratégique du secteur de la santé national (Health Sector Strategic Plan - HSSP II) a débuté fin 2014. La liste, qui comptait initialement 195 indicateurs, a été progressivement réduite. Le Département de la planification et de l'élaboration des politiques du ministère de la Santé a affiné cette liste, en collaboration avec tous les autres départements de ce ministère et les partenaires nationaux de l'action sanitaire. Les parties prenantes ont reconnu que trop d'indicateurs alourdissaient la tâche de collecte des données et pouvaient empêcher de distinguer clairement les priorités sanitaires du pays.

« Une pléthore d'indicateurs nous sont proposés, » déclare le Dr Simon Ndira, l'un des conseillers techniques principaux pour les systèmes d'information sanitaire du ministère de la Santé. « Mais on a généralement tendance à vouloir recueillir quantité de données sans nécessairement se rendre compte que 'plus' peut, dans la réalité, signifier 'moins'. »

Les critères sur lesquels repose le choix des indicateurs fondamentaux tiennent compte de plusieurs éléments :

1. sont-ils nécessaires pour le suivi des nouveaux ODD liés à la santé ?

2. correspondent-ils à la liste des 100 indicateurs de base recommandés par l'OMS ?
3. ont-ils inclus dans les PSPNS précédents, permettant ainsi un suivi des indicateurs au fil du temps ?
4. sont-ils alignés sur les indicateurs propres à un programme particulier ?
5. ont-ils un sens dans le contexte des priorités sanitaires du Malawi ?

L'un des grands changements dans la liste des indicateurs de base du HSSP II par rapport au HSSP I concerne les mesures destinées à surveiller l'émergence de nouvelles problématiques de santé - en particulier les maladies non transmissibles telles que le diabète et l'hypertension - et des domaines multisectoriels tels que l'assainissement, l'environnement et la nutrition.

Tandis que le Malawi sélectionne ses indicateurs de base, les parties prenantes prévoient également la façon de renforcer les sources pertinentes pour la collecte des données, comme le système d'enregistrement et de statistiques des faits d'état civil et d'autres sources de données administratives.

9.5 Qui doit participer au suivi, à l'évaluation et aux examens ?

À la demande du ministère de la Santé, et sous la direction du pays, les principales parties prenantes - les pouvoirs publics à différents niveaux, les organisations de la société civile (OSC), les partenaires de développement internationaux et les institutions de recherche

locales, entre autres - doivent être associées aux différentes étapes pour renforcer la plateforme de S&E. Le Tableau 9.1 présente un aperçu de certains de leurs rôles potentiels, qui sont propres au pays et doivent être adaptés au contexte.

Tableau 9.1 Exemples du rôle des principales parties prenantes dans le suivi, l'évaluation et la revue

Parties prenantes	Suivi régulier	Évaluation	Revue
Ministère de la Santé	Rôle directeur dans le suivi périodique de la mise en œuvre des politiques de santé, de l'utilisation des ressources sanitaires et de la réalisation des objectifs sanitaires	Supervision du processus. Identifier les processus, les méthodes et les outils pour une évaluation menée conjointement avec l'entité qui fera l'évaluation, le cas échéant.	Coordination de la revue annuelle conjointe, de la revue à moyen terme et des autres revues. Rôle de supervision
Autres administrations (ministère des Finances, Bureau national de la statistique, Bureau d'enregistrement national ...)	Collecte, partage et analyse des informations pertinentes pour le secteur de la santé (par exemple : enregistrement des naissances et des décès ; dénominateurs relatifs à la population ; suivi des dépenses)	Mise à disposition des informations (financières par) pour le processus d'évaluation	Mise à disposition de moyens et contribution significative au processus de revue, notamment en assurant la disponibilité des informations requises
Institut national de santé publique	Revue annuelle liée à une maladie ou un programme particulier, le cas échéant	Revue neutre et indépendante des performances et analyse des obstacles aux progrès dans le secteur	Intégration des résultats des revues des programmes et des autres études et travaux de recherche dans les revues sanitaires annuelles conjointes
Partenaires de développement internationaux	Mise à disposition et promotion d'un système de redevabilité mutuelle concernant le respect des engagements et des plans de travail des partenaires de développement en termes de fonds, de fournitures et de services	Promotion d'une redevabilité mutuelle, y compris l'évaluation des engagements des partenaires de développement, la présentation de rapports sur les indicateurs et les comportements énoncés dans l'accord ou le protocole d'accord conclu avec le ministère de la Santé, le cas échéant	Promotion de la redevabilité mutuelle, notamment en montrant comment l'appui à tout projet est aligné sur la stratégie nationale
OSC	Surveillance des performances du secteur, en soulignant les lacunes tant pour les autorités que pour le grand public	Communication des résultats de l'évaluation et sensibiliser l'opinion à ces résultats. Présentation du point de vue des OSC au niveau national/régional/provincial	Participation aux processus de redevabilité mutuelle et étude des résultats de la revue
Instituts de recherche nationaux	Analyse des progrès et de l'évolution de la couverture, de l'utilisation des services et de l'état de santé de la population	En tant qu'entité indépendante, réalisation et/ou finalisation d'une évaluation indépendante des performances et des progrès du secteur de la santé	Intégration des résultats des revues des programmes et des autres études et travaux de recherche dans les revues sanitaires annuelles conjointes

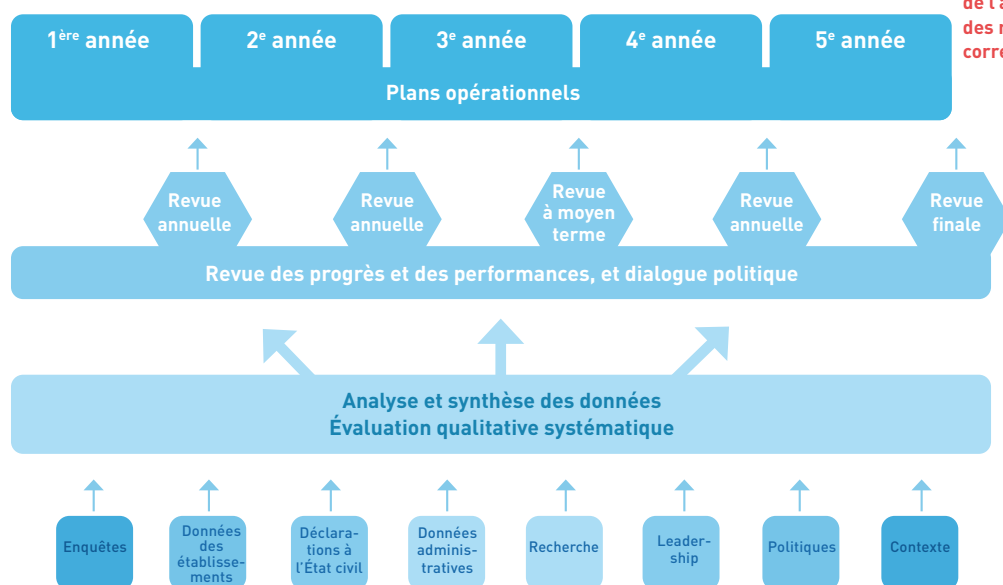
9.6 Quand mettre en œuvre le suivi, l'évaluation et la revue ?

La mise en œuvre du suivi, de l'évaluation et de la revue doit être liée aux cycles de planification du pays, notamment lors de la discussion sur les progrès et les performances du secteur et lors de l'adoption de mesures correctives.

La Figure 9.7 illustre comment un système de revue peut être mis en œuvre pendant la durée du cycle national de politique et de planification.

Les S&E doivent être liés au cycle de planification du pays, et être mis en œuvre lors de la discussion sur les progrès et les performances du secteur et lors de l'adoption des mesures correctives.

Fig. 9.7 Calendrier type des revues des progrès et des performances des stratégies sanitaires nationales¹⁰



Les rapports annuels ou les données produites répondent de préférence aux besoins de gestion des programmes à l'échelle nationale, de rapports mondiaux et/ou de rapports des partenaires de développement.

Encadré 9.8

L'exemple du Mozambique : unis dans la planification, unis dans la réponse¹¹

La planification annuelle conjointe fondée sur les résultats des processus de suivi et de revue est essentielle pour identifier des actions efficaces fondées sur des données probantes, éviter la multiplication des efforts fournis et le financement répété des mêmes activités. Dans la province du Zambèze au Mozambique, par exemple, la tenue des réunions de planification annuelles conjointes suit les évaluations et les revues ; pendant ces réunions, sont recensées les meilleures approches pour définir les investissements prioritaires dans les activités qui fonctionnent. Ces processus sont dirigés par la Direction provinciale de la planification et de la coopération et associent tous les départements de la direction provinciale de la santé, l'UNFPA (Fonds des Nations Unies pour la population), l'UNICEF (Fonds des Nations Unies pour l'enfance), le PAM (Programme alimentaire mondial), les dona-

teurs, les représentants des districts et les partenaires de la province, notamment les OSC. Les résultats des revues sont utilisés pour la planification, garantissant la synergie des résultats obtenus par les partenaires et par le ministère de la Santé.

Dans le domaine de la vaccination, l'UNICEF et l'OMS ont trouvé les moyens de compléter mutuellement leurs activités. L'UNICEF soutient la logistique des vaccins, en fournissant des réfrigérateurs et des glacières pour une distribution appropriée, et des motos pour la supervision. L'OMS fournit des services de formation grâce à son outil de gestion des données vaccinales et un appui technique pour la supervision. Ces rôles complémentaires ont permis d'atteindre les objectifs fixés par le ministère de la Santé pour trois indicateurs liés à la vaccination.

9.7 Et si ... ?

9.7.1 Et si la division et/ou la fragilité posent un problème dans votre pays ?

Le suivi, l'évaluation et la revue des PSPNS dans des contextes fragilisés compliquent davantage les processus de suivi régulier. Malgré la diversité des situations de fragilité décrites dans les précédents chapitres de ce guide pratique, des problèmes courants associés au suivi, à l'évaluation et à la revue des progrès et des performances sanitaires apparaissent : le dysfonctionnement de la politique mise en œuvre et de l'environnement institutionnel ; la faiblesse ou l'inexistence des sources de données ; les risques significatifs d'affectation de la qualité des données ; la faible capacité institutionnelle à analyser et utiliser les données ; les capacités opérationnelles insuffisantes pour surveiller la prestation des services ; le caractère ponctuel ou changeant des cycles de planification et de revues ; les capacités administratives limitées du secteur public ; et l'évolution rapide des besoins et des priorités sanitaires qui rendent difficile la standardisation d'une approche de S&E.

Les partenaires de l'action sanitaire, les donateurs et les pouvoirs publics ont progressivement adapté leur approche de suivi, d'évaluation et de revue dans ces contextes. Divers partenaires du domaine de la santé se sont employés à satisfaire aux besoins de suivi dans les situations de fragilité en se concentrant sur un ensemble restreint d'indicateurs de moyens et de résultats ; en ajoutant des indicateurs prenant en compte un conflit et la violence au cadre de suivi ; et en appuyant certaines activités de collecte des données, notamment en collaborant avec des partenaires locaux et des contractants internationaux.¹² Les pays touchés par l'épidémie de maladie à virus Ebola en Afrique de l'Ouest ont également adapté les cycles de planification et de suivi au scénario du relèvement après Ebola. La Sierra Leone a raccourci l'ensemble du cycle de planification national et élaboré la stratégie du relèvement post-Ebola qui s'étend sur 24

mois, couvrant la période de juillet 2015 à juin 2017, et qui sert de cadre général pour d'autres stratégies et d'autres plans sectoriels. Il en résulte des ensembles spécifiques d'indicateurs de performance de base qui font l'objet d'une surveillance mensuelle et trimestrielle.

Les approches possibles pour suivre les progrès et les performances des PSPNS dans les systèmes de santé en proie à de grandes difficultés ou dans des contextes de fragilité sont notamment les suivantes.

Adapter les processus de suivi, d'évaluation et de revue à l'évolution des cycles de planification ; des revues opérationnelles conjointes plus fréquentes, par exemple, peuvent être pertinentes dans des contextes où les données de routine produites par le système d'information sanitaire habituel sont insuffisantes et incomplètes.

Inclure des indicateurs spécifiques et prioritaires, tels que des indicateurs sur la violence sexuelle ou d'autres liés à un contexte de conflit.

Accroître les investissements dans les systèmes de données sanitaires, notamment les processus de vérification et de surveillance, dans la perspective du renforcement des systèmes de santé.

Associer des acteurs locaux et des acteurs extérieurs au secteur public au processus de suivi, notamment la collecte, l'analyse et l'utilisation des données.

Renforcer progressivement les capacités du système national, en coordination avec les partenaires, les pouvoirs publics et les autres acteurs.

Renforcer les capacités du ministère de la Santé pour consolider la surveillance et le suivi.

Dans un contexte de fragilité, les partenaires en santé peuvent adapter le S&E en se concentrant sur un ensemble restreint d'indicateurs de moyens et de résultats, en ajoutant des indicateurs prenant en compte un conflit et la violence au cadre de suivi, et soutenir des mesures spécifiques à la collecte des données.

9.7.2 Et si votre pays est doté d'une organisation décentralisée ?

Le suivi et l'évaluation dans un contexte décentralisé requièrent l'alignement des différents niveaux et des boucles de rétro-information. Le suivi des inégalités infranationales peut fournir des informations utiles pour les plans et les politiques ciblés.

De nombreux pays sont dotés de processus décisionnels décentralisés, notamment les fonctions administratives et de mise en œuvre du système de soins de santé. Le suivi et l'évaluation dans ces contextes doivent être adaptés, compte tenu de certains aspects principaux :

Le suivi et l'évaluation au niveau *national* dans un contexte décentralisé

- ▶ Alignement des stratégies et des plans nationaux et infranationaux

Les PSPNS doivent identifier et exposer clairement une composante solide et complète du suivi et de l'évaluation.¹³ La conception de cette composante, ou cadre, doit toutefois être coordonnée et transcrite dans les documents infranationaux à des fins de cohérence. De la même façon, les stratégies infranationales doivent servir de base au cadre national de S&E. Une interaction constante entre les niveaux national et infranational est cruciale pour le succès, la répétabilité et la reproductibilité des mécanismes de suivi, d'évaluation et de revue.

- ▶ Les mécanismes de revue et les boucles de rétro-information doivent être complets et ouverts aux fins de la redevabilité

Les mécanismes de revus choisis doivent être complets, pas seulement sous l'angle sectoriel ou lié aux programmes mais également au regard des niveaux national et

infranational. Des activités de suivi et d'évaluation rigoureuses nécessitent un dialogue politique et des évaluations systématiques et régulières.¹⁴ Ces mécanismes - ainsi que les outils et méthodes pour les utiliser - doivent être adaptés aux caractéristiques formelles ou informelles (notamment pour le processus de dialogue) de la décentralisation qui prévaut dans le pays. La redevabilité concernant les résultats du suivi et de l'évaluation doit être exigée à tous les niveaux des pouvoirs publics.

- ▶ Permettre une réflexion sur l'état de la décentralisation

Lors du suivi et de l'évaluation dans un contexte décentralisé, il est important de tenir compte de la manière dont la décentralisation a été intégrée et utilisée à toutes les étapes de planification antérieures. Du fait de l'ampleur de l'évaluation, les questions liées aux processus peuvent également être prises en considération - à l'exception des questions liées à la santé. Il peut être bénéfique pour le processus de planification d'établir un lien entre les résultats en matière de santé et la décentralisation. L'ensemble d'indicateurs liés aux résultats sanitaires peut, par exemple, être complété par des indicateurs politiques, administratifs et fiscaux aux fins du suivi et de l'évaluation de la performance des caractéristiques infranationales de la planification. Aussi, la collecte de données de routine doit être adaptée car ces indicateurs ne font pas toujours partie de l'ensemble recueilli dans de nombreux

pays.¹⁵ L'inclusion de la décentralisation dans l'évaluation peut nécessiter une adaptation des dispositions existantes en matière de responsabilité, d'autorité et de redevabilité.^{III}

▶ Surveiller les inégalités au niveau infranational

Le suivi des inégalités en santé entre les niveaux infranationaux peut apporter des éclaircissements sur les programmes et les politiques de santé ciblés, notamment lorsque les disparités sont importantes. Les mesures synthétiques des inégalités peuvent condenser des données ventilées en résultats concis qui peuvent être utilisées pour dessiner les tendances et établir des comparaisons.¹⁶ Le choix de mesures synthétiques appropriées pour quantifier les inégalités infranationales doit être effectué avec soin (par exemple, la comparaison entre les différences et les ratios) pour permettre aux décideurs politiques, aux partenaires et à la société civile, entre autres, de bien saisir les inégalités infranationales et ainsi, de faciliter le ciblage et le déploiement des interventions auprès des sous-groupes de population défavorisés.

Questions particulières à prendre en considération pour le suivi et l'évaluation au niveau infranational

▶ Choix des outils et des méthodes d'évaluation

Les outils d'analyse et d'évaluation déterminant le succès et la validité des exercices de S&E et améliorant la redevabilité concernant leurs résultats, doivent être choisis eu égard aux caractéristiques du système de santé. Il est important de garantir la cohérence et la comparabilité entre les différents niveaux infranationaux et de donner un appui à ces niveaux (capacités et financement) pour pouvoir analyser et utiliser les données.

▶ Plans de S&E infranationaux

Les pays qui ont fait l'objet d'un processus de décentralisation, comme le Kenya, ont établi une nouvelle strate d'autorités infranationales, auxquelles des crédits sont alloués et des fonctions prescrites. L'accès aux données au niveau infranational pour surveiller les performances est essentiel pour le suivi des progrès et des performances des plans stratégiques et d'investissement infranationaux du secteur de la santé. Le Kenya a actualisé sa feuille de route de S&E pour s'assurer que les besoins de S&E de ses districts sont identifiés et bien pris en compte, notamment le renforcement des capacités analytiques des districts.¹⁷

III Hutchinson and LaFond (voir note bibliographique n° 15) ont élaboré un « cadre conceptuel pour l'évaluation de la décentralisation » qui propose un guide détaillé pour le suivi et l'évaluation de la décentralisation dans le secteur de la santé, l'accent portant sur les questions conceptuelles et un choix de mesures concrètes.



9.8 Conclusion

Les données de qualité pour la prise des décisions et la redevabilité font l'objet d'une demande et d'un intérêt croissants. Une solide plateforme de suivi, d'évaluation et de revue est nécessaire pour surveiller les progrès et les performances de la stratégie sanitaire nationale ; faire rapport sur les progrès de la réalisation des ODD liés à la santé et le suivi régional et mondial des questions de santé prioritaires, notamment les inégalités en santé ; et pour fournir les bases de la redevabilité et du dialogue politique.

Une plateforme unique de pays réunit tous les éléments liés au suivi, à l'évaluation et à la revue du plan du secteur de la santé, y compris la politique et les plans nationaux relatifs au S&E et aux systèmes d'information sanitaire nationaux, les sources de données opérationnelles, les capacités institutionnelles en matière de collecte de données, de gestion, d'analyse et d'utilisation des données, ainsi que les processus de revue nationale pour la planification et la prise des décisions.

Un alignement des partenaires et des pouvoirs publics sur une plateforme de S&E dirigée par le pays permet de porter à une plus grande échelle l'appui technique nécessaire au renforcement des capacités de S&E du pays et des systèmes de données. Un solide plan de S&E de pays sert de base pour le renforcement de la plateforme nationale de S&E et permet de mieux harmoniser les investissements nationaux et les investissements des partenaires. Pour plus d'informations sur cette approche, voir <https://www.healthdatacollaborative.org>.

Références bibliographiques

- 1 Suivi, évaluation et revue des stratégies sanitaires nationales - Plateforme de pays pour l'information et la redevabilité. Genève: Organisation mondiale de la Santé; 2011 (http://www.who.int/healthinfo/MandE_NHS_french_lowres.pdf, consulté le 17 octobre 2016)
- 2 Ibid.
- 3 Liste mondiale de référence des 100 indicateurs sanitaires de base. Organisation mondiale de la Santé; 2015. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204687/1/WHO_HIS_HSI_2015.3_fre.pdf, consulté le 17 octobre 2016)
- 4 Health in 2015: from MDGs, Millennium Development Goals to SDGs, Sustainable Development Goals. Genève: Organisation mondiale de la Santé; 2015 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/200009/1/9789241565110_eng.pdf?ua=1, consulté le 17 octobre 2016)
- 5 The roadmap for health measurement and accountability. Washington (DC): The World Bank Group; 2015 (https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/roadmap_6-4-15_web.pdf, consulté le 17 octobre 2016)
- 6 Health measurement and accountability post 2015: five-point call to action. 2015 (http://www.searo.who.int/entity/health_situation_trends/5-point-call-to-action.pdf?ua=1, consulté le 17 octobre 2016)
- 7 Liste mondiale de référence des 100 indicateurs sanitaires de base. Genève: Organisation mondiale de la Santé; 2015 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204687/1/WHO_HIS_HSI_2015.3_fre.pdf?ua=1, consulté le 17 octobre 2016)
- 8 Midterm analytical review of performance of the health sector strategic plan III 2009-2015. Dar es Salaam: United Republic of Tanzania Ministry of Health and Social Welfare; 2013(http://www.who.int/healthinfo/country_monitoring_evaluation/TZ_AnalyticalReport_2013.pdf, consulté le 17 octobre 2016)
- 9 One monitoring and evaluation framework for the health sector in Kenya: towards accelerating the achievement of universal health coverage in Kenya. The Kenya Health Data Collaborative Report. Republic of Kenya Ministry of Health; 2016 (https://www.healthdatacollaborative.org/fileadmin/uploads/hdc/Documents/Kenya_Health_Data_Collaborative_Conference_Report.pdf, consulté le 17 octobre 2016)
- 10 Ibid ref. 1.
- 11 Support to the National Integrated Plan to achieve MDGs 4&5 in Mozambique. Lessons Learnt (2012-2015). UNICEF, UNFPA, WFP, WHO; 2015
- 12 Review of the Global Fund in fragile states: final report. Euro Health Group; 2014 (https://www.theglobalfund.org/media/3010/terg_evaluation2013-2014thematicreviewfragilestates_report_en.pdf, consulté le 18 octobre 2016)
- 13 Ibid ref. 1.
- 14 Ibid ref. 1.
- 15 Hutchinson PL, LaFond AK. Monitoring and evaluation of decentralization reforms in developing country health sectors. Bethesda (MD): The Partners for Health Reformplus Project, Abt Associates Inc.; 2004 (http://www.phrplus.org/Pubs/Tech054_fin.pdf, consulté le 18 octobre 2016)
- 16 Hosseinpoor AR, Bergen N, Barros AJD, Wong KLM, Boerma T, Victora CG. Monitoring subnational regional inequalities in health: measurement approaches and challenges. Int J Equity Health. 2016;15(1):18 (<https://equityhealthj.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12939-016-0307-y?site=equityhealthj.biomedcentral.com>, consulté le 18 octobre 2016)
- 17 Communiqué on commitments to support One Monitoring and Evaluation Framework for Kenya. Republic of Nairobi: Kenya Ministry of Health; 2016 (https://www.healthdatacollaborative.org/fileadmin/uploads/hdc/Documents/Kenya_Final_One_ME_Communique.pdf, consulté le 18 octobre 2016)

Ouvrages complémentaires

Environnement politique et institutionnel

Liste mondiale de référence des 100 indicateurs sanitaires de base. Organisation mondiale de la Santé; 2015. Disponible en anglais et en français. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204687/1/WHO_HIS_HSI_2015.3_fre.pdf, consulté le 17 octobre 2016)

Monitoring, evaluation and review: an assessment and planning tool, 2016. Organisation mondiale de la Santé; 2016. Sous presse.

Suivi, évaluation et revue des stratégies sanitaires nationales - Plateforme de pays pour l'information et la redevabilité. Genève: Organisation mondiale de la Santé; 2011. Disponible en anglais, en français et en espagnol. (http://www.who.int/healthinfo/MandE_NHS_french_lowres.pdf, consulté le 17 octobre 2016)

La couverture universelle en santé: suivi des progrès à l'échelon national et mondial: cadre, mesures et objectifs. Genève/Washington (DC): Organisation mondiale de la Santé / Groupe de la Banque mondiale; 2014. Disponible dans les 6 langues de l'Organisation des Nations Unies (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112823/1/WHO_HIS_HIA_14.1_fre.pdf, consulté le 18 octobre 2016)

Sources de données opérationnelles

Systèmes d'information des établissements

Creating a master health facility list. Working version. Genève: Organisation mondiale de la Santé; 2013 (http://www.who.int/healthinfo/systems/WHO_CreatingMFL_draft.pdf, consulté le 18 octobre 2016)

Monitoring, evaluation and review: an assessment and planning tool, 2016. Organisation mondiale de la Santé; 2016. Sous presse.

Health facility & community data toolkit. Genève: Organisation mondiale de la Santé/USAID/Université d'Oslo; 2014 (http://www.who.int/healthinfo/facility_information_systems/Facility_Community_Data_Toolkit_final.pdf?ua=1, consulté le 18 octobre 2016)

Performance of routine information system management tools package. Chapel Hill (NC): MEASURE Evaluation; 2016, document de travail, avril 2016.

Routine health information systems: a curriculum on basic concepts and practice. (NC): MEASURE Evaluation; 2017. (<https://www.measureevaluation.org/resources/publications/sr-16-135b>, consulté le 20 décembre 2017)

Mesurer la disponibilité et la capacité opérationnelle des services (SARA): un outil d'évaluation des établissements de santé. Guide pratique, version 2.2. Genève: Organisation mondiale de la Santé; 2015. Disponible en anglais et en français (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/183121/1/WHO_HIS_HSI_2015.5_fre.pdf, consulté le 18 octobre 2016)

Capacités institutionnelles en matière de gestion, d'analyse et de communication des données

Système d'enregistrement et de statistiques des faits d'état civil

Strengthening civil registration and vital statistics for births, deaths and causes of death: resource kit. Genève: Organisation mondiale de la Santé; 2013 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/78917/1/9789241504591_eng.pdf, consulté le 18 octobre 2016)

Verbal autopsy standards: ascertaining and attributing causes of deaths. 2014 WHO verbal autopsy instrument. Genève: Organisation mondiale de la Santé; 2014 (Version mise à jour en 2016: <http://www.who.int/healthinfo/statistics/verbalautopsystandards/en/>, consulté le 20 décembre 2017)

Rapid assessment of national civil registration and vital statistics systems. Genève: Organisation mondiale de la Santé; 2010 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70470/1/WHO_IER_HSI_STM_2010.1_eng.pdf, consulté le 18 octobre 2016)

WHO application of ICD-10 for low-resource settings initial cause of death collection: the startup mortality list (ICD-10-SMoL), version 2.0. Genève: Organisation mondiale de la Santé; 2014 (http://www.who.int/healthinfo/civil_registration/ICD_10_SMoL.pdf?ua=1, consulté le 18 octobre 2016)

Analyse des données

Analysing mortality levels and causes-of-death (ANACoD), electronic tool. Genève: Organisation mondiale de la Santé; 2014. Disponible en anglais, en français, en espagnol et en russe (<http://www.who.int/healthinfo/anacod/en/>, consulté le 18 octobre 2016)

A system of health accounts: 2011 edition. Genève: Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE)/Eurostat/Organisation mondiale de la Santé; 2011 (<http://www.oecd.org/els/health-systems/a-system-of-health-accounts-2011-9789264270985-en.htm>, consulté le 18 octobre 2016)

Joint annual health sector reviews: why and how to organize them. Genève/Washington (DC): IHP+ et Organisation mondiale de la Santé / Groupe de la Banque mondiale; 2014 (https://www.uhc2030.org/fileadmin/uploads/ihp/Documents/Results__Evidence/HAE_results__lessons/ihp_jar_oct2014_en_web.pdf, consulté le 18 octobre 2016)

Revue des progrès et des performances et redevabilité

Handbook on health inequality monitoring with a special focus on low- and middle-income countries. Genève: Organisation mondiale de la Santé; 2013 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85345/1/9789241548632_eng.pdf?ua=1, consulté le 18 octobre 2016)

Suivi, évaluation et revue dans un système de santé fragilisé

The challenging operating environments policy. GF/B35/03. Board Decision. The Global Fund 35th Board Meeting 26–27 April 2016, Abidjan, Côte d'Ivoire (https://www.theglobalfund.org/media/4220/bm35_03-challengingoperatingenvironments_policy_en.pdf, consulté le 18 octobre 2016)

Review of the Global Fund in fragile states: final report. Euro Health Group; 2014 (https://www.theglobalfund.org/media/3010/terg_evaluation2013-2014thematicreviewfragilestates_report_en.pdf, consulté le 18 octobre 2016)

Pooled funding to support service delivery: lessons of experience from fragile and conflict-affected states. London: Department for International Development (DFID); 2013 (https://assets.publishing.service.gov.uk/media/57a08a10ed915d622c00053d/61050-PFs-Full_Volume_May2013_.pdf, consulté le 18 octobre 2016)

Annexe 9.1

Modèle/esquisse d'un plan de S&E

Chapitre 1 : La stratégie sanitaire nationale, élément de base pour les résultats et la redevabilité

- 1.1 Buts et objectifs de la stratégie sanitaire nationale
- 1.2 État actuel du système d'information sanitaire
- 1.3 Processus d'élaboration de la composante suivi, évaluation et revue
- 1.4 Alignement du suivi, de l'évaluation et de la revue propres à une maladie ou à un programme particulier

Chapitre 2 : Capacités institutionnelles

- 2.1 Principaux mécanismes de coordination dirigés par le pays
- 2.2 Rôles et responsabilités des principaux organismes nationaux et des parties prenantes
- 2.3 Stratégie nationale de renforcement des capacités

Chapitre 3 : Cadre de suivi et d'évaluation

- 3.1 Cadre de suivi et d'évaluation
- 3.2 Indicateurs
- 3.3 Sources de données
 - ▶ Besoins en matière de collecte de données pour tous les indicateurs de base
 - ▶ Principales insuffisances et faiblesses des données et comment y remédier
 - ▶ Gestion des données
- 3.4 Analyse, synthèse et qualité des données
 - ▶ Activités d'analyse et de synthèse des données
 - ▶ Évaluations régulières des progrès et des performances
 - ▶ Processus d'assurance de la qualité des données
- 3.5 Élément évaluation
- 3.6 Diffusion et utilisation des données
 - ▶ Résultats des analyses et responsabilités

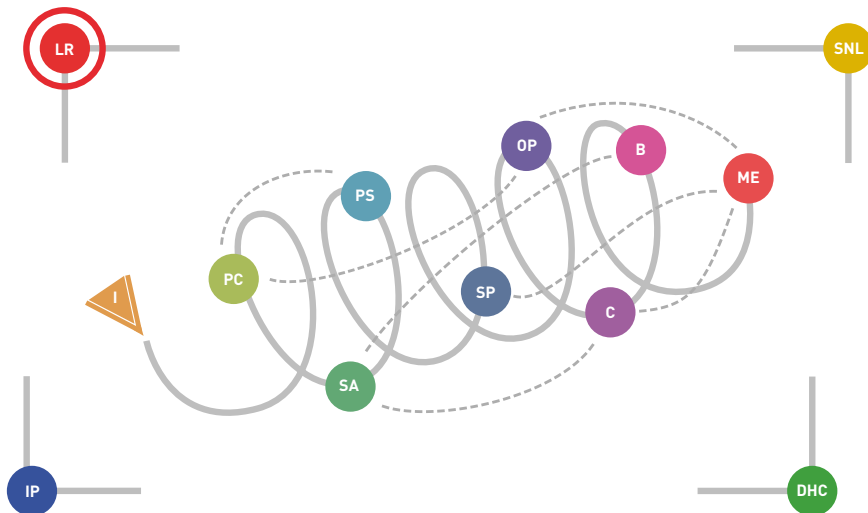
Chapitre 4: Mécanismes d'examen et d'action nationaux

- 4.1 Système de revues périodiques conjointes des progrès et des performances pour l'utilisation dans la prise de décision
- 4.2 Liens entre les revues spécifiques à un programme particulier et la revue générale du secteur de la santé
- 4.3 Processus décisionnels pour les mesures correctives et les versements des fonds financiers

Chapitre 10

Droit, réglementation et stratégies en santé

David Clarke



I	CHAPITRE 1 Introduction : stratégies nationales en santé au XXI ^e siècle
PC	CHAPITRE 2 Consultation de la population sur ses besoins et ses attentes
SA	CHAPITRE 3 Analyse de situation du secteur de la santé
PS	CHAPITRE 4 Définition des priorités des politiques, stratégies et plans nationaux de santé
SP	CHAPITRE 5 Planification stratégique : traduire les priorités en plans nationaux
OP	CHAPITRE 6 Planification opérationnelle : transformer les plans nationaux en actions
C	CHAPITRE 7 Estimation des coûts des politiques, stratégies et plans nationaux de santé
B	CHAPITRE 8 Budgétisation du secteur de la santé
ME	CHAPITRE 9 Suivi, évaluation et revues des politiques, stratégies et plans nationaux de santé

Thèmes transversaux à la planification nationale de la santé

LR	CHAPITRE 10 Droit, réglementation et stratégies en santé
SNL	CHAPITRE 11 Élaboration d'une stratégie en santé au niveau décentralisé
IP	CHAPITRE 12 Planification intersectorielle et équité en santé
DHC	CHAPITRE 13 Stratégies en santé en situation de crise



Vue d'ensemble

Dans le cadre du processus de planification nationale de la santé, la réglementation est un moyen essentiel dont dispose l'État pour donner effet à ses choix en matière de politique sanitaire, particulièrement grâce à l'exercice du pouvoir réglementaire dont dispose le pouvoir exécutif. Les 25 dernières années ont connu des changements majeurs dans la façon dont les pouvoirs publics s'organisent, offrent des services, conçoivent et mettent en œuvre des politiques publiques. Une série de décisions auparavant du ressort du

ministre de la Santé ou de son administration, est désormais prise par des autorités régionales ou locales, des agences publiques dotées de la personnalité juridique et bénéficiant d'une certaine autonomie, des entreprises privées, des organisations non gouvernementales et des particuliers. Par conséquent, la réglementation a gagné en importance comme levier essentiel à la disposition des pouvoirs publics pour influencer sur la quantité, la qualité, la sécurité et la répartition des prestations dans les systèmes de santé.

Résumé

Qu'entend-t-on par règles de droit ?

Le terme *regulation* utilisé en anglais reflète deux idées bien distinctes en langue française : le « règlement » et la « réglementation ». Dans le cadre de cette présente publication, la traduction de *regulation* comme « réglementation » est retenue. Elle désigne l'emploi de différents types d'instruments pour la mise en œuvre des objectifs de la politique socio-économique. Elle englobe alors les normes juridiques.

Le terme « règlement » est employé pour décrire un ensemble de normes juridiques adoptées par l'autorité administrative compétente soit afin d'assurer l'exécution d'une loi votée par le législateur, soit par délégation d'autorité, impliquant l'utilisation d'un pouvoir normatif autonome.

Les normes juridiques sont des règles qui régissent les comportements. Elles sont le fait : du pouvoir législatif qui édicte les lois ; du pouvoir exécutif ou de collectivités territoriales qui adoptent des normes réglementaires (décrets, règlements et arrêtés) ; ou du pouvoir judiciaire, par le biais de la jurisprudence, c'est-à-dire l'ensemble des décisions de justice relatives à un précédent juridique contraignant. La jurisprudence est la source principale du droit dans les systèmes juridiques de *common law*.

Pourquoi les règles de droit sont importants ?

Dans le processus de planification nationale de la santé, les règles de droit fixent les règles de base.

Dans le cadre de la mise en œuvre des politique, stratégie et plan national de santé (PSPNS), les règles de droit sont des mécanismes essentiels. Ils traduisent les principaux objectifs de la politique de santé en actions. Ceci en fixant des normes et des exigences ainsi que l'utilisation de sanctions ou d'incitations propres à influencer le système de santé (et le comportement de ses acteurs).

Quand faut-il intégrer un travail législatif et réglementaire dans le processus de planification nationale de la santé ?

La réflexion concernant l'élaboration de règles de droit doit avoir lieu au début du processus de planification. Il importe que les principaux acteurs impliqués saisissent les règles juridiques et les éventuelles dispositions, relatives à la manière dont le processus doit être exécuté.

Les questions spécifiques concernant les règles de droit sont à prendre en compte au cours des différentes activités de planification. Par exemple, l'analyse des besoins en réglementation doit s'insérer dans le cadre des travaux d'un pays, lors de l'étude de la situation de son secteur de la santé. Elle s'inscrit aussi dans l'élaboration d'options relatives à des interventions juridiques donnant effet aux PSPNS du pays.

Qui doit être impliqué dans l'élaboration des règles de droit ?

De nombreux acteurs sont impliqués dans le travail d'élaboration des normes juridiques et autres formes de réglementation : décideurs politiques, juristes, analystes politiques mais aussi spécialistes de la planification en santé, fournisseurs de soins de santé et citoyens. Le rôle des différentes parties prenantes varie et couvre plusieurs fonctions : la prise de décision, la mobilisation et l'apport de ressources, la contribution au dialogue sur la politique et sur les règles juridiques, ainsi que la mise en œuvre des politiques publiques.

Comment procéder à l'élaboration de règles de droit ?

Dans un premier temps, s'assurer que les exigences juridiques à respecter dans le cadre du processus de planification sont bien comprises, notamment les prescriptions relatives au processus budgétaire. Lire attentivement la législation et les recommandations pertinentes. Le cas échéant, demander un conseil juridique.

Rencontrer ensuite les responsables politiques et juridiques du ministère de la Santé afin de discuter du rôle de chacun dans l'élaboration des règles de droit. Envisager leurs conséquences éventuelles sur le processus de planification.

Identifier les autres acteurs clés avec lesquels il est nécessaire de collaborer en matière de normes juridiques et de réglementation.

Enfin, recenser les tâches spécifiques à effectuer en matière d'élaboration de normes juridiques et de réglementation dans le cadre des activités de mise en œuvre des PSPNS en tenant compte des efforts à fournir à cet égard dans le cadre du processus.

À mesure que le processus se déroule, évaluer à chaque étape les enjeux, les tâches et les éléments à prendre en compte en matière d'élaboration de normes juridiques et de réglementation.

À noter : Le travail à effectuer en matière d'élaboration de normes juridiques et autres formes de réglementation ne doit pas être considéré comme un processus indépendant mais comme faisant partie intégrante du dialogue sur la politique nationale de santé avec les différentes parties prenantes : ministère de la Santé et des Finances, autres ministères, société civile, organisations non gouvernementales, organisations internationales, institutions universitaires, associations professionnelles et communautés. Une approche similaire devra être adoptée lors de l'application des règles de droit.

10.1 Qu'entend-t-on par règles de droit?

10.1.1 Quelques concepts essentiels

Réglementation

La réglementation couvre 3 aspects :

- (a) l'adoption par les autorités politiques et administratives de règles accompagnées de mécanismes de surveillance et d'exécution (relevant généralement d'un organisme public spécialisé) ;
- (b) toute intervention directe des pouvoirs publics dans l'économie, quelle qu'en soit sa forme ; ou
- (c) tout dispositif de contrôle ou d'influence social, quelle qu'en soit la source, affectant tous les aspects du comportement.

Le premier aspect, l'adoption de règles par le pouvoir exécutif suppose inévitablement qu'il exerce un pouvoir réglementaire. Par conséquent la première dimension de la définition concerne l'utilisation d'instruments juridiques visant à modifier les comportements. Par exemple, un gouvernement peut mettre en place des mesures contraignantes applicables aux administrateurs d'un établissement de santé, telle que l'obtention d'une autorisation préalable avant d'offrir des services, et l'application de sanctions si ces règles ne sont pas respectées.

Le deuxième aspect se rapporte aux autres instruments de réglementation dont dispose le pouvoir exécutif pour contrôler ou influencer le pilotage du système de santé. Les outils de réglementation possibles incluent des instruments fiscaux et économiques ou de régulation de marché (tels qu'un impôt sur le tabac, un numerus clausus dans les écoles de soins infirmiers ou des dispositifs de tarification des médicaments) et de règles relatives à l'accès à l'information (telles qu'obliger les prestataires de soins à communiquer certains renseignements aux usagers pour leur permettre de faire de meilleurs choix).^{1,1}

Le troisième aspect montre que, de plus en plus, la réglementation résulte du fait des pouvoirs publics mais également d'acteurs non gouvernementaux. Cet aspect illustre le choix qui se pose au pouvoir exécutif : introduire lui-même une réglementation ou permettre aux acteurs non gouvernementaux de s'autoréguler. Le cas d'un gouvernement choisissant de permettre à un groupe de professionnels de la santé de s'autoréguler et de fixer les règles de conduite de ses membres constitue un bon exemple de ce type d'options.

Tous les gouvernements sont en charge de la réglementation, mais elle peut aussi être le fait d'acteurs non étatiques.

¹ La réglementation en matière de divulgation d'informations vise à corriger l'asymétrie de l'information. Les organisations de soins de santé sont tenues de fournir au consommateur et à la concurrence des informations accessibles et transparentes sur les prix, la qualité et la quantité.



© UN Photo/Eskinder Debebe

Encadré 10.1

Exemples des différents aspects de la réglementation

La promulgation de règles par les pouvoirs publics

La Turquie offre une bonne illustration de la façon dont les règles introduites par les décideurs politiques peuvent conduire à un changement de comportement positif (conforme à ses intentions politiques). Ainsi, pour mettre en œuvre sa politique visant à réduire la morbidité liée au tabagisme, la Turquie a promulgué des lois imposant des taxes sur le tabac, interdisant les publicités en faveur des produits du tabac et interdisant de fumer dans les lieux publics. Ces interventions ont permis de réduire la proportion de fumeurs dans la population adulte.²



Recours à d'autres instruments réglementaires (fondés, par exemple sur des mesures incitatives)

Des mesures visant à favoriser la demande de soins telles que des bons et des transferts conditionnels pour encourager l'utilisation des soins de santé primaires, sont actuellement appliquées dans de nombreux pays d'Amérique latine et en Asie. Un appui financier direct est ainsi apporté aux familles dans la réalisation d'objectifs spécifiques, tels que le recours aux soins prénatals ou l'accouchement dans un établissement de santé, avec des professionnels formés.³

Régulation par des acteurs non gouvernementaux

De nombreux pays ont recours à l'autorégulation du personnel de santé. Ainsi en Inde, la loi intitulée *Indian Medical Council Act*⁴ permet au Conseil médical de réglementer le comportement professionnel des médecins en établissant des normes et un code de déontologie pour ces praticiens.

Les normes juridiques

Les normes juridiques sont l'un des types de réglementation les plus importants.

Les normes juridiques sont un type essentiel de réglementation utilisées pour encourager ou modifier les comportements.

Elles désignent l'ensemble des règles coercitives régissant le comportement. Ces normes sont établies par les autorités d'un État souverain légitimement constitué⁵. Elles peuvent émaner d'un pouvoir législatif et il s'agit alors de lois à part entière (souvent appelées *Statutes* ou *Acts* en anglais), d'un pouvoir exécutif ou de collectivités territoriales par l'établissement d'actes réglementaires (comme des décrets ou des règlements autonomes) ou de l'autorité judiciaire sur base de la jurisprudence, c'est à dire des précédents juridiques contraignants (généralement dans les juridictions de *common law*).

La législation

« Législation » est un terme générique qui recouvre les différents types de lois établies par l'Assemblée législative d'un pays ou un autre organe du même ordre. Ce terme recouvre deux grands types de lois : la législation primaire et la législation secondaire.

La législation primaire se réfère aux lois établies par le corps législatif national (ou corps législatif d'États dans un système fédéral). Elle fixe généralement l'organisation des pouvoirs et les principes fondamentaux. Il n'est cependant pas toujours souhaitable ou possible pour cette législation de couvrir l'ensemble des détails, systèmes et structures techniques nécessaires à la mise en œuvre, ces précisions font l'objet d'une législation secondaire.

La législation secondaire se rapporte aux règles juridiques adoptées par le pouvoir exécutif au niveau national ou par les autorités locales habilitées (ordonnances, décrets, règlements, et arrêtés par exemple). Elle apporte les précisions techniques voulues et définit les systèmes et structures nécessaires pour donner pleinement effet à la législation primaire. Elle peut également intervenir dans des domaines propres et qui lui sont réservées, échappant à la compétence du législateur (c'est le cas des règlements autonomes qui ressortent de la compétence du pouvoir exécutif et intervenant dans des domaines échappant à la compétence du législateur).

Encadré 10.2

Exemples illustrant les différences entre législation primaire et législation secondaire

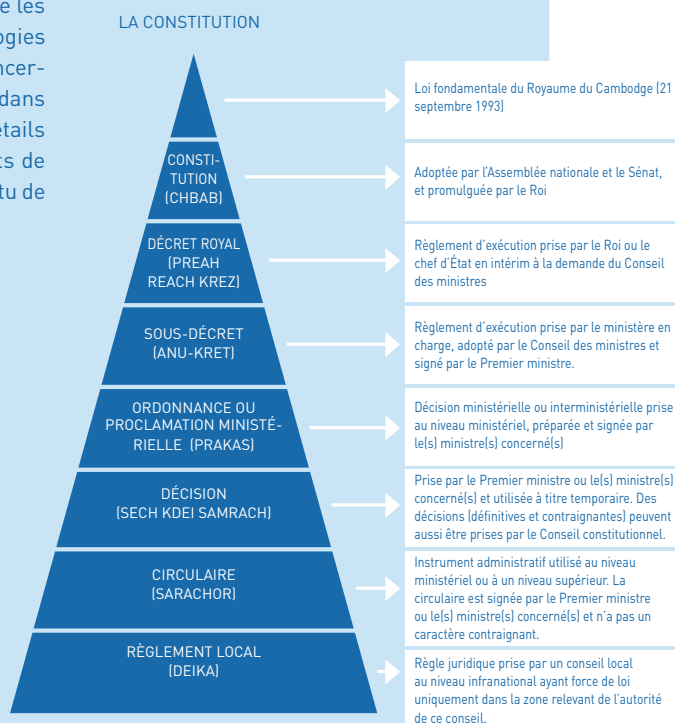
Nigéria

En 2014, le Nigéria a adopté une loi offrant un exemple de législation primaire, intitulée *National Health Act*, qui vise à mettre en place un cadre juridique aux prestations des services de santé. Cette loi attribue les rôles et responsabilités en matière de service de santé à différents échelons d'organisations gouvernementales et non gouvernementales. Les modalités de fonctionnement de cette loi et sa mise en œuvre font l'objet d'une législation secondaire et de mesures politiques et administratives. Par exemple, la partie II de la loi établit un cadre qui régit les établissements de santé et les technologies sanitaires. Les dispositions précises concernant ce cadre sont cependant prévues dans une législation secondaire fixant les détails de la nomenclature des établissements de santé et technologies sanitaires, en vertu de la loi. Elle précise :

- ▶ leurs rôles et fonctions dans le cadre du système national de santé ;
- ▶ la taille des communautés desservies et leur localisation ;
- ▶ la nature et le niveau des services de santé qu'ils sont en mesure d'offrir ;
- ▶ leur emplacement géographique et leur importance démographique ;
- ▶ la nécessité de structurer la prestation des services de santé conformément aux normes et critères nationaux dans un cadre national intégré et coordonné ; et
- ▶ pour les établissements de santé privés, leur statut à but lucratif ou non lucratif.

Cambodge

Dans le système juridique cambodgien, les questions relatives aux grands principes juridiques, aux principales fonctions et pouvoirs et les arrangements institutionnels sont régies par des « lois » et des décrets royaux de niveau supérieur. Les précisions clarifiant le sens, l'intention et les conditions de mise en œuvre pratique sont abordées dans des décrets subsidiaires, des instructions ministérielles, des décisions et des circulaires ministérielles ou des règlements locaux (voir le schéma ci-dessous).



10.1.2 Utilisation des règles de droit dans le secteur de la santé

La force des règles de droit tiennent à leur faculté de :

- ▶ créer et reconnaître des droits ;
- ▶ imposer des obligations et des sanctions ;
- ▶ établir de façon permanente, des institutions et des dispositifs institutionnels.^{II}

Les pays utilisent les normes juridiques et autres types de réglementations de trois manières.

1. Tout d'abord, les pays légifèrent pour mettre en place la structure juridique du système de santé, afin d'en assurer la cohésion et l'efficacité. Une législation relative aux systèmes de santé établit la responsabilité juridique des acteurs principaux du système de santé et l'obligation de rendre compte de la performance de ce dernier (planification, fixation des priorités, financement, prestation de services, intégrité et supervision, etc.). Par exemple, la *National Health Services Act* du Royaume-Uni, Encadré 10.3.
2. Ensuite, les gouvernements adoptent des règles afin de promouvoir des objectifs politiques importants en matière de systèmes de santé, tels qu'assurer l'accès universel aux services de santé, adopter des socles de protection sociale, encourager l'utilisation efficace et équitable des ressources ou encore, assurer le respect des obligations internationales en référence notamment aux Règlements sanitaires internationaux (RSI)^{III}. Voir les exemples de l'Encadré 10.4.
3. Enfin, les gouvernements adoptent des règles de droit afin de protéger la population contre tout préjudice ou contre les effets néfastes des activités commerciales non réglementées dans le système de santé (et remédier aux défaillances du marché dans le secteur de la santé). Par exemple, les prestataires privés pourraient vouloir segmenter les marchés de façon à privilégier les activités les plus rentables, telles que celles touchant aux pathologies faciles à traiter ou affectant les patients ayant des revenus plus élevés. Dans ce genre de situation, l'adoption de normes juridiques ou autres réglementations peut s'avérer nécessaire afin d'obliger (ou d'encourager) les prestataires privés à offrir un plus large éventail de services et permettre l'accès aux services à tous, indépendamment du revenu. Voir les exemples de l'Encadré 10.4.

^{II} Pour exemple, voir la partie sur l'utilisation de la législation pour appuyer et officialiser le fonctionnement de l'Assemblée nationale de la santé de Thaïlande, Encadré 10.9.

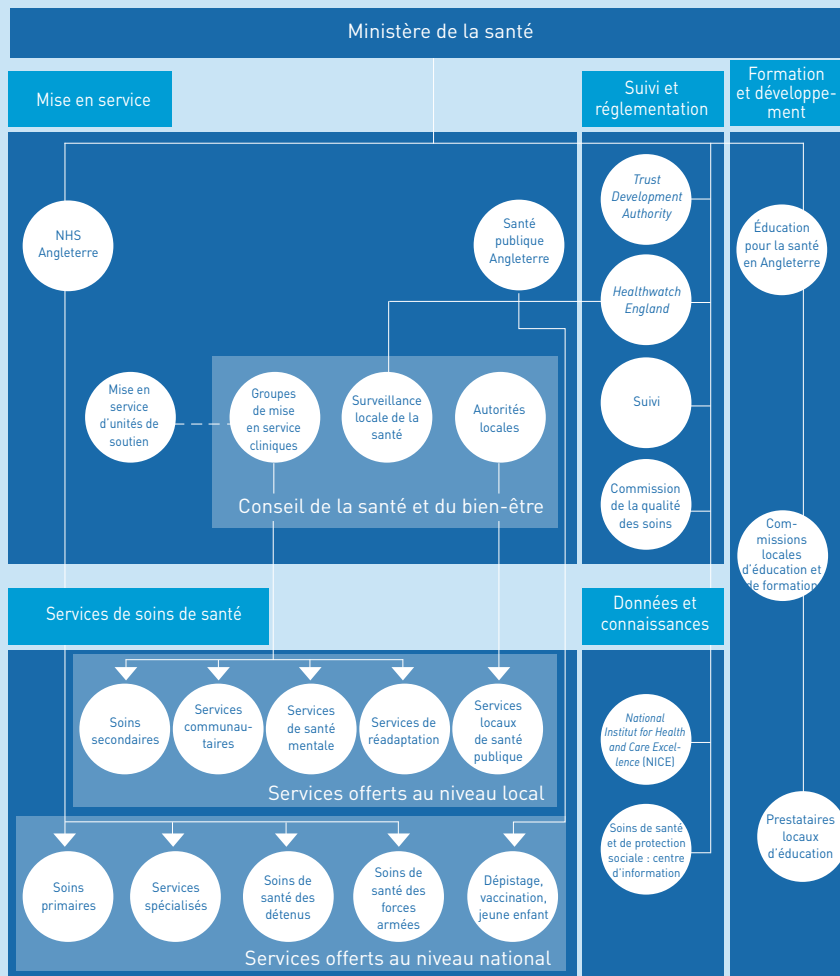
^{III} Le Règlement sanitaire international (2005) est un instrument juridique qui a force obligatoire pour plus de 196 pays, notamment l'ensemble des États membres de l'OMS.

Les règles de droit facilitent la mise en œuvre de la politique nationale de santé. Elles permettent de créer des droits, des règles, de mettre en place des garde-fous et contribuent à la sécurité sanitaire.

Encadré 10.3

Structure du *National Health Service* établie par la *Health and Social Care Act 2012*⁶

The Health and Social Care Act 2012 prévoit une profonde réorganisation de la structure du *National Health Service* (NHS) en Angleterre (voir le schéma ci-dessous).



Le secrétaire d'État à la Santé est le plus haut responsable du ministère de la Santé. Il assure l'orientation stratégique de la santé publique, du NHS et de la protection sociale en Angleterre.

Le directeur général de la santé est le principal conseiller médical et scientifique du gouvernement du Royaume-Uni mais aussi le chef de file des médecins en Angleterre et des directeurs de la santé publique dans les administrations locales.

Le directeur national de la santé de NHS Angleterre est responsable de la politique et de la stratégie cliniques qui mettent l'accent sur les résultats cliniques, le renforcement de l'orientation clinique et la promotion de l'innovation.

Le directeur des soins infirmiers est le plus haut responsable du personnel infirmier et obstétrical en Angleterre, chargé notamment de la supervision de l'amélioration de la qualité en matière de sécurité et de prise en charge des patients.

Les directeurs généraux en chef (à savoir le directeur scientifique, le dentiste en chef, le chef des services pharmaceutiques et le chef des professionnels de la santé) sont responsables de leurs professions respectives et apportent leurs expertises cliniques dans l'ensemble du système de santé.



Encadré 10.4

Exemples des différentes orientations de la réglementation

Lois sur le système de santé établissant les bases sur lesquelles le système de santé d'un pays est organisé, administré et financé.

Lois de santé publique visant à protéger la population des maladies transmissibles ou autres risques de santé, prévoyant une surveillance en santé et les moyens d'intervention pour prévenir la propagation de maladies ou autres risques de santé. (Ces lois doivent être compatibles avec les obligations du pays, en vertu du Règlement sanitaire international (2005)).

Lois régissant la qualité de la prestation des services de santé.

Lois prévoyant le financement du système de santé, telles que celles sur le financement de l'Assurance maladie.

Lois régissant le fonctionnement des hôpitaux, cliniques ou autres services de santé.

Lois instituant des socles de protection sociale ; un ensemble de droits sociaux fondamentaux découlant des traités relatifs aux droits de l'homme, concernant notamment l'accès aux services essentiels (santé, éducation, logement, eau et assainissement et autres services, tels que définis au niveau national), les avantages sociaux (en espèces ou en nature) visant à garantir un revenu suffisant, la sécurité alimentaire, une nutrition adéquate et l'accès aux services essentiels.

Lois régissant la formation requise, les qualifications et les normes de pratique des agents de santé.

Lois régissant le traitement et les soins destinés aux personnes atteintes de troubles mentaux.

Lois réglementant la sécurité et l'efficacité des médicaments et des dispositifs médicaux.

Lois régissant la fabrication, la commercialisation et la vente des produits alimentaires.

Lois protégeant les droits des patients.

Lois relatives aux facteurs de risque de maladies non transmissibles, notamment sur :

- ▶ la consommation du tabac (les parties à la Convention-cadre pour la lutte antitabac^{IV} étant tenus de veiller à ce que leur législation antitabac soit conforme aux exigences de la Convention) ;
- ▶ l'usage nocif de l'alcool ;
- ▶ les maladies d'origine alimentaire (telles que les lois sur la commercialisation des aliments et boissons riches en graisses, en sucre ou en sel, destinés aux enfants).

Lois sur la collecte et l'utilisation d'informations relatives à la santé (y compris sur la protection de la vie privée des patients).

^{IV} La Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac est un traité international négocié sous les auspices de l'OMS en réaction à la mondialisation de l'épidémie de tabagisme.

10.2 L'utilité de la règle de droit dans le processus de planification nationale de la santé

Dans le cadre de la planification nationale de la santé, les règles de droit servent à établir une feuille de route juridique pour le processus et, en tant que mécanisme essentiel de mise en œuvre, à traduire les objectifs politiques en mesures concrètes.

Dans le contexte de la planification nationale de la santé, les normes juridiques et règlements ont deux principaux objectifs :

- (a) Mettre en place une feuille de route pour la planification nationale de la santé ; et
- (b) En tant que mécanisme clé de réalisation, permettre de refléter les principaux objectifs des politiques de santé en actions en fixant des normes et des exigences et en prévoyant des sanctions et des incitations propres à influencer le système de santé (et ses participants)

le Burkina Faso a adopté en 2015 une nouvelle loi sur l'Assurance maladie universelle (AMU). L'adoption de cette loi représente une réalisation majeure puisqu'elle consacre le « droit à la santé » dans un cadre juridique destiné à améliorer l'accès aux services de santé tout en réduisant les difficultés de caractère financier pour ceux qui y font appel.

Les principales caractéristiques de la nouvelle loi sont les suivantes :

- ▶ l'assurance d'une protection de base en matière de santé à l'ensemble de la population *via* un fond commun ;
- ▶ une affiliation obligatoire au régime de protection en fonction de la solvabilité individuelle, l'État subventionnant les plus démunis ;
- ▶ des prestations rendues en fonction des besoins en santé du patient et non de sa capacité à payer.

Encadré 10.5

Exemple d'utilisation de la législation pour donner effet à une politique de santé

Dans le cadre de sa politique visant à assurer « l'accès à la santé pour tous »,



10.2.1 Une feuille de route pour la planification nationale de la santé

Certains pays se sont dotés de normes juridiques qui définissent ce qui constitue en réalité une feuille de route juridique pour le processus de planification nationale de la santé. Cette feuille de route doit être soigneusement étudiée pour déterminer les sujets les plus préoccupants qui appellent des mesures pratiques en matière de processus de planification nationale de la santé.

La feuille de route peut être constituée :

- (a) d'une ou de plusieurs normes juridiques traitant de la mise en place d'une stratégie ou d'un plan national de santé ; et/ou
- (b) d'une ou de plusieurs normes juridiques fixant les règles régissant l'élaboration et l'approbation du budget national de la santé.

Les éventuelles questions opérationnelles au sein de ces deux principales options sont abordées ci-après.

Règles de droit relatives aux politiques, stratégies ou plans nationaux de santé (PSPNS)

Concernant le PSPNS, un pays peut adopter des normes juridiques :

- ▶ prévoyant qu'il doit se doter d'un plan stratégique de santé,
- ▶ chargeant un organisme ou une personne de l'élaboration du plan (par exemple, le ministère ou le ministre de la Santé) ;
- ▶ décrivant les principaux points à aborder dans un tel plan ;
- ▶ précisant qui doit être consulté sur le plan et comment ;
- ▶ prévoyant la marche à suivre pour l'élaboration définitive du plan ;
- ▶ indiquant les rapports à présenter sur le plan à un organe de surveillance (par exemple, l'Assemblée nationale ou le corps législatif national).

Les normes juridiques contribuent à formaliser et créer une base durable au processus de planification.

L'objet de ce type de normes juridiques est double :

- ▶ fournir un dispositif durable pour la planification nationale de la santé (si l'obligation de faire un plan est une obligation légale, elle est beaucoup plus susceptible de se produire que si l'exigence est une simple disposition administrative).
- ▶ donner une obligation légale à adhérer à un mécanisme conçu pour assurer la cohérence nationale de la politique de santé (en particulier si une norme juridique prévoit que tous les plans ou activités subsidiaires doivent être compatibles avec le plan national de santé - une question particulièrement importante dans les systèmes de santé décentralisés).

Encadré 10.6

The New Zealand Public Health and Disability Act 2000 (loi néo-zélandaise sur la santé publique et l'invalidité) – un exemple de cadre juridique pour la formulation et la planification d'une stratégie de la santé.

The New Zealand Public Health and Disability Act (NZPHD Act) fixe la structure d'assise du financement du secteur public et l'organisation des services de santé et des services pour le handicap en Nouvelle-Zélande. La loi établit des conseils de district pour la santé (*district health board - DHB*) et définit les tâches et le rôle des principaux acteurs, notamment ceux du ministère de la Santé, des comités ministériels et des organisations de prestataires de services de santé. Les DHB sont chargés de fournir et de financer les prestations de services de santé dans leur propre district (les services d'appui aux personnes handicapées et certains services de santé étant financés et achetés au niveau national par le ministère de la Santé).

Orienter ses programmes de façon stratégique

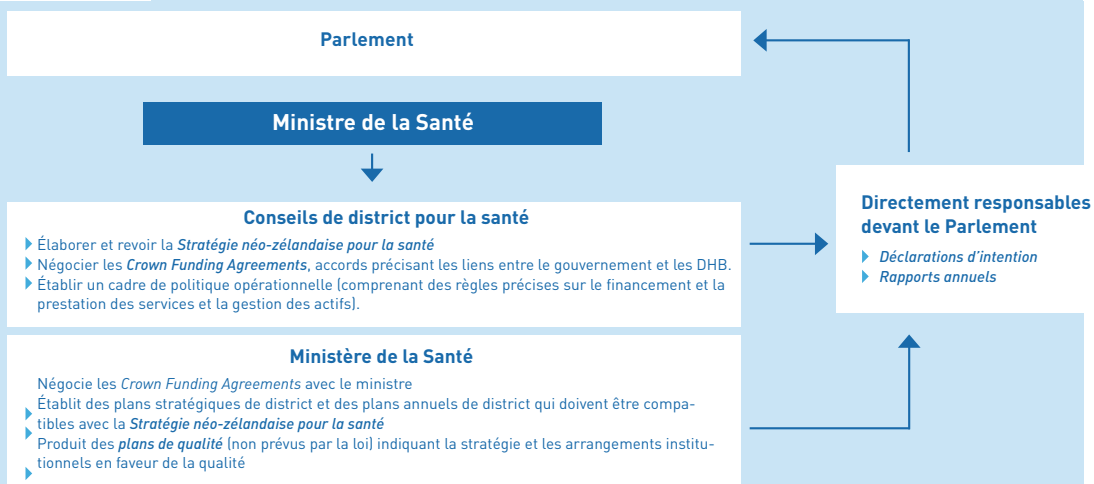
La NZPHD Act fixe également l'orientation et les objectifs stratégiques pour les services de santé et les services aux personnes handicapées.

En vertu de l'article 8 de la loi, le ministre de la Santé doit élaborer une stratégie pour les services de santé, intitulée stratégie néo-zélandaise pour la santé (*the New Zealand*

health Strategy), servant de cadre à l'orientation générale du secteur de la santé en vue d'améliorer la santé de la population et des communautés. L'article 8 exige également que le ministre responsable des questions relatives aux personnes handicapées, définit une stratégie pour les services de soutien à ces personnes, appelée stratégie néo-zélandaise en matière de handicap (*the New Zealand disability strategy*) ; cette stratégie encadre l'action du gouvernement dans l'orientation générale du secteur du handicap, afin d'améliorer les services de soutien aux personnes handicapées.

Cadres et exigences de la planification

L'article 38 de la NZPHD Act⁷ prévoit la formulation de plans annuels par les DHB. Chaque plan doit : chercher à tenir compte des besoins locaux, régionaux et nationaux en matière de services de santé ; indiquer comment coordonner de manière satisfaisante les services de santé pour répondre à ces besoins ; définir un agencement optimal pour assurer la prestation la plus efficace des services de santé ; refléter et être compatible avec l'orientation générale énoncée dans la stratégie néo-zélandaise de la santé et dans la stratégie nationale en matière de handicap.



Lois régissant l'élaboration du budget

Une autre catégorie importante de lois ayant une incidence sur le processus de planification nationale de la santé : les lois relatives au budget ou lois de finances.

La plupart des pays sont dotés de normes régissant le fonctionnement du processus national d'élaboration du budget. Dans un nombre croissant de pays, les normes régissant l'établissement du budget national (pour des raisons historiques ou en raison des réformes budgétaires) ont fait l'objet de règles juridiquement contraignantes (incorporées dans la loi de finances nationale)⁸.

Il y a plusieurs raisons pour lesquelles les pays établissent les règles relatives à leurs processus budgétaires dans leurs lois. Il s'agit notamment de :

- ▶ renforcer la transparence du système budgétaire et de mieux rendre compte des dépenses ;
- ▶ préciser clairement les attributions des pouvoirs législatif et exécutif en matière financière ;
- ▶ prévoir des règles de fonctionnement claires pour le système budgétaire ;
- ▶ veiller à ce que les règles budgétaires jouissent d'une autorité suffisante ;
- ▶ apporter des précisions aux exigences posées par la Constitution en matière budgétaire ;
- ▶ réformer le système budgétaire ;
- ▶ contribuer à la stabilité macroéconomique.

Dans les pays où les règles relatives à l'établissement du budget national et au système budgétaire ont été incorporées dans la loi, les

approches juridiques adoptées peuvent être très variables. Elles impliquent habituellement une hiérarchie des normes comprenant la Constitution du pays, une loi organique relative aux lois de finances et des règlements financiers.

Le degré de précision et les dispositions spécifiques varient considérablement d'un pays à l'autre

Dans de nombreux pays, la Constitution précise les attributions générales des pouvoirs législatif et exécutif, notamment quelques dispositions essentielles sur le processus budgétaire. Dans certains pays, tout un chapitre de la Constitution est consacré au budget et aux finances publiques.

Des mesures précises peuvent être énoncées dans une loi-cadre mais aussi faire l'objet de règlements de niveau inférieur

Dans certains pays, le contenu des lois de finances visant à approuver les processus budgétaires annuels se borne à énoncer des principes fondamentaux qui concernent le corps législatif. Les dispositions détaillées font l'objet de règlements d'application. Dans d'autres pays, les lois contiennent des dispositions spécifiques sur l'ensemble des principales étapes du processus budgétaire.

Les lois de finances revêtent parfois un statut particulier

Quelques pays ont accordé un statut spécial aux lois relatives au processus budgétaire. Dans ce cas, la Constitution exige qu'une loi précise le calendrier et les procédures d'élaboration, d'approbation et d'exécution du budget ainsi que la justification des dépenses et les comptes définitifs qui doivent être approuvés (parfois appelée loi organique).

L'existence d'un cadre juridique pour le budget de la santé améliore la bonne gouvernance du secteur de la santé ainsi que la transparence et l'obligation de rendre des comptes.

Encadré 10.7

Exemple de cadre juridique pour les lois de finances

Le Rwanda dispose d'un cadre juridique pour la gestion des finances publiques, établi par la Constitution rwandaise de 2003 et la loi organique de 2006 relative aux finances et au patrimoine de l'État.

La Constitution et la loi organique de 2006 prévoient les principales institutions chargées du budget : le Parlement, le Conseil des ministres, le ministère des Finances et de la Planification économique et l'Office de l'auditeur général des finances de l'État. En vertu de la Constitution, la Chambre des députés est annuellement saisie du projet de loi de finances et de son examen avant son adoption définitive, soumise à l'avis consultatif du Sénat. Le Conseil des ministres, en tant qu'organe exécutif, est chargé de la formulation, de la préparation et de la présentation du projet de loi de finances à la Chambre des députés. Le pouvoir exécutif est également

responsable de l'exécution du budget après l'adoption de la loi de finances. La Constitution instaure aussi l'Office de l'auditeur général des finances de l'État ; il permet de rendre compte de manière indépendante des activités du gouvernement en veillant à ce qu'elles soient menées conformément aux intentions du Parlement. Chaque année, l'auditeur général est tenu de soumettre un rapport financier vérifié au Parlement. Ce rapport d'audit rend compte de l'exécution du budget, des dépenses engagées de manière superflue ou contrairement à la loi et d'éventuels détournements ou mauvaise utilisation des fonds publics.

La loi organique relative aux finances et le règlement financier qui l'accompagne, mettent en place des procédures précises pour la vérification et l'utilisation des fonds publics.

10.2.2 Les règles de droit, dispositif essentiel de mise en œuvre des politiques et des plans de santé

Les normes juridiques et les autres formes de réglementation sont des instruments essentiels à la mise en œuvre de la politique et des plans de santé.

En particulier, les règles de droit permettent :

- ▶ d'atteindre les objectifs politiques souhaités ; et
- ▶ la gestion des contributions et processus spécifiques qui conditionnent l'efficacité du système de santé (le Tableau 10.1 fournit des exemples de contribution apportée par les réglementations et les lois à l'efficacité des éléments du système de santé, pertinent pour la couverture sanitaire universelle (CSU)).

Les normes juridiques et les autres formes de réglementation sont des instruments essentiels à la mise en œuvre de la politique et des plans de santé.



Tableau 10.1 Règles de droit et performance du système de santé

OBJECTIFS DU SYSTÈME DE SANTÉ	EXEMPLES DE STRATÉGIES DE RÉGLEMENTATION	EXEMPLES D'OUTILS ET D'APPROCHES DE RÉGLEMENTATION POSSIBLES
<p>Amélioration de l'accès aux services en fonction des besoins en santé de la population</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Réduire les obstacles à l'accès aux services. ▶ Prévenir la discrimination (âge, sexe et handicap). ▶ Privilégier les efforts visant à réduire l'inefficacité du système de santé. ▶ Mettre au point des critères équitables et transparents pour la répartition des ressources en santé. ▶ Permettre aux usagers de faire valoir leurs droits d'accès aux services. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Établir une liste de services de santé essentiels et des critères d'accès explicites. ▶ Mettre en place des mécanismes pour assurer l'accès aux services sur la base des critères (par exemple, une loi ou un dispositif contractuel). ▶ Exiger la transmission d'informations sur les services de santé et les critères d'accès. ▶ Légiférer pour interdire des activités spécifiques portant atteinte aux droits d'accéder aux services. ▶ Réglementer pour interdire les pratiques discriminatoires. ▶ Établir des lois et des chartes sur les droits des patients. ▶ Établir des dispositifs de règlement des litiges pour défendre les droits en matière d'accès aux services. ▶ Utiliser la politique fiscale ou de subventions. ▶ Définir des critères de contrôle d'accès aux soins.
<p>Protection contre le risque financier</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Réduire les inefficacités. ▶ Mettre au point des dispositifs pour la mutualisation des financements. ▶ Promouvoir le développement de dispositifs de financement durable. ▶ Assurer la transparence et l'obligation de redevabilité du système de financement de la santé. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Prestation de services universels financés par des recettes fiscales. ▶ Politique fiscale et subventions. ▶ Contrôle des prix. ▶ Processus d'attributions de contrats et d'un système d'appels d'offre. ▶ Réglementation du marché de l'assurance maladie (par exemple, l'octroi de licences aux assureurs, surveillance prudentielle, transmission de l'information, exigences de maintien de réserves). ▶ Règles de divulgation d'informations (par exemple, les lois sur la liberté de l'information). ▶ Dispositifs d'audit et de notification. ▶ Dispositifs de lutte contre la corruption et les dépenses de service non autorisées.

OBJECTIFS DU SYSTÈME DE SANTÉ	EXEMPLES DE STRATÉGIES DE RÉGLEMENTATION	EXEMPLES D'OUTILS ET D'APPROCHES DE RÉGLEMENTATION POSSIBLES
<p>Améliorer la couverture, la qualité et l'efficacité des services par rapport aux besoins de la population.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Assurer l'accès aux médicaments essentiels. ▶ Assurer la qualité, la sécurité et l'efficacité des services. ▶ Privilégier les efforts visant à réduire l'inefficacité du système de santé. ▶ Promouvoir le développement de dispositifs de financement durable. ▶ Inciter le secteur privé à aligner ses objectifs sur les réalisations sociales souhaitées par les pouvoirs publics. ▶ Améliorer les résultats et l'efficacité cliniques. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Prioriser l'utilisation de médicaments et de produits génériques. ▶ Contrôles des prix. ▶ Mise à jour des listes de médicaments essentiels et des critères d'accès. ▶ Surveillance des pratiques en matière de prescriptions. ▶ Taxes et subventions. ▶ Dispositifs contractuels. ▶ Établissement de priorités et de résultats définis pour la fourniture de services par le secteur privé liée à des incitations ou à des sanctions en cas de manquement. ▶ Lutte contre les facteurs de risque de maladies non transmissibles. ▶ Utilisation des recommandations cliniques. ▶ Réglementation des services (licence, certification, accréditation). ▶ Réglementation des professions de santé (critères d'admission, compétence et aptitude à exercer). ▶ Interdiction de pratiques contraires à la libre concurrence. ▶ Incitations à travailler avec les populations à risque ou mal desservies. ▶ Normes juridiques et dispositifs de contrôle de la corruption.

10.3 Quand recourir à la législation ?

10.2.3 Droit et contraintes sur les pouvoirs du gouvernement

Le pouvoir exécutif dispose de pouvoirs limités et reste responsable sur le plan juridique.

En plus de permettre l'action gouvernementale, la norme juridique fournit aussi les moyens, tant constitutionnels qu'institutionnels, par lesquels les pouvoirs du gouvernement, de ses fonctionnaires et agents sont limités, lesquels sont tenus responsables au plan juridique. La limitation de ces pouvoirs prend des formes très diverses. Dans certains pays par exemple, on observe une séparation officielle entre pouvoirs législatif, exécutif et autorité judiciaire, chacun se voyant conférer des moyens de faire contrepoids aux deux autres.

Le fonctionnement de l'exécutif peut aussi être limité par des contrepoids institutionnels : l'action des autorités gouvernementales peut ainsi être contrôlée par les pouvoirs législatif et judiciaire et par des organismes d'audit et d'examen indépendants. En plus de ces limites et contrepoids, des dispositifs peuvent permettre de sanctionner les fautes graves des représentants du gouvernement.

L'important est que les principaux acteurs impliqués dans le processus de planification comprennent l'ensemble des règles et obligations juridiques régissant le déroulement du processus politique et de la planification. Ils doivent également veiller, dans l'exercice de leurs fonctions, à agir conformément aux politiques, règles et procédures qui s'appliquent à leur organisation ou à leur conduite personnelle.

La législation est un moyen d'arriver à une fin. Elle est l'un des nombreux instruments réglementaires qu'il est possible d'utiliser pour atteindre un résultat politique déterminé.

Par exemple, un pays peut souhaiter établir un plan stratégique de santé qui oblige les pouvoirs publics et les organisations non gouvernementales à suivre une approche déterminée. Un moyen de réaliser cet objectif peut consister à adopter une loi disposant que l'ensemble des acteurs sont tenus de suivre l'approche souhaitée. Toutefois, cette norme pourrait s'avérer superflue si ces acteurs ont des incitations à suivre cette approche. Par exemple, il peut exister un large consensus à ce sujet ou des incitations financières qui encouragent les acteurs dans le sens voulu. Dans cette situation, une législation peut ne pas s'avérer nécessaire.

Lorsqu'on décide de l'utilisation d'une loi, d'un règlement ou d'une approche non réglementaire pour atteindre un objectif politique déterminé, il importe de bien étudier les avantages et les inconvénients de chacune des options et les considérations liées à leur mise en œuvre pratique. À cet égard, l'analyse d'impact de la réglementation (AIR) offre une approche systématique pour une évaluation critique des effets positifs et négatifs des différentes approches possibles (voir Encadré 10.10).

10.4 Qui doit participer à l'élaboration des règles de droit ? Quels sont les rôles et les responsabilités des différents acteurs ?

Les travaux sur les normes juridiques et les autres formes de réglementation portent sur les questions techniques de santé, le dialogue sur les politiques, l'examen des questions juridiques, les processus politiques, la planification et la mobilisation de ressources. De nombreux acteurs différents sont susceptibles d'être impliqués : décideurs politiques, juristes, analystes politiques, spécialistes de la planification en santé,

prestataires de soins de santé, professionnels de la santé et particuliers.

Afin d'aider les planificateurs en santé (et autres) à identifier les personnes avec qui ils devront collaborer pour l'élaboration de normes juridiques et autres formes de réglementation, le Tableau 10.2 synthétise les rôles alloués à chacun des principaux acteurs.

Les travaux sur les règles de droit doivent bien être intégrés dans les processus d'élaboration des politiques et de planification.

Tableau 10.2 Les principaux acteurs et leurs rôles dans l'élaboration de règles de droit concernant la santé

ACTEURS	RÔLES
Les décideurs politiques (ministre de la Santé, autres membres du gouvernement)	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Plaider pour la nécessité d'un cadre législatif et réglementaire ▶ Mobiliser les ressources nécessaires ▶ Prendre la décision ultime sur l'approche à suivre ▶ Fournir une direction politique et un soutien à l'approche réglementaire (qu'il s'agisse de lois ou d'une autre approche réglementaire)
Les décideurs des politiques de santé	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Etablir les objectifs politiques ▶ Coordonner le processus ▶ Procéder à des analyses ▶ Conseiller le décideur ultime sur la procédure à suivre ▶ Évaluer le succès final de l'instrument réglementaire choisi
Le planificateur en santé	<ul style="list-style-type: none"> ▶ S'assurer que les objectifs des travaux sont alignés sur les plans nationaux du secteur de la santé ▶ Veiller à ce que le programme de travail dans le domaine de la santé dispose d'un espace suffisant pour se consacrer à un projet de loi ou à une autre forme de réglementation ▶ Fournir des données en vue de l'analyse de situation ▶ Apporter des informations sur les coûts et avantages des différentes approches réglementaires (notamment le recours à une loi) ▶ Aider à la planification de la mise en œuvre

ACTEURS	ROLE
<p>Le régulateur</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Contribuer à l'analyse de situation ▶ Aider à générer des solutions réglementaires (lois et autres) qui fonctionneront dans la pratique ▶ Superviser et appliquer la nouvelle approche réglementaire
<p>Les autres organes exécutifs (par exemple, ministère de la Justice ou des Finances)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Ministère de la Justice : donner son avis sur les principes et la politique juridiques. Éventuellement, participer également à la rédaction et la définition des mesures législatives nécessaires ▶ Ministère des finances : Participer aux discussions sur l'incidence économique d'une nouvelle norme juridique, sur les coûts à supporter par les pouvoirs publics et le secteur concerné
<p>Les autorités de l'État et autorités régionales ou locales (dans les pays dotés d'un système décentralisé, les autorités nationales collaborent avec les autorités de l'État ou les autorités régionales ou locales sur la réglementation du secteur de la santé).</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Contribuer au processus d'établissement des objectifs de la politique ▶ Fournir des éléments contribuant à l'analyse de situation ▶ Aider à générer des solutions réglementaires (lois et autres) qui fonctionnent dans la pratique ▶ Participer au processus d'approbation de l'option retenue ▶ Agir en tant qu'organisme de réglementation, superviser et appliquer la nouvelle approche réglementaire
<p>La population</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Contribuer à l'analyse de la situation. Par exemple, comment la situation actuelle du pays affecte la population dans la pratique ▶ Aider à générer des solutions
<p>La cible de la réglementation proposée</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Fournir des informations pour alimenter l'analyse de situation et des informations sur l'impact que le type de réglementation retenu (lois ou autres) a sur le groupe qui en fait l'objet (y compris les coûts) ▶ Contribuer à l'élaboration de solutions ▶ Aider à expliquer tout nouveau mécanisme de réglementation au personnel et aux partenaires
<p>Les organisations de la société civile</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Représenter les intérêts du public et de la communauté dans le processus ▶ Promouvoir l'équité et les intérêts des groupes défavorisés ▶ Négocier des normes et approches en matière de santé publique ▶ Construire un consensus politique, diffuser des informations sur les lois et autres types de réglementations ▶ Renforcer l'appui du public en faveur d'une approche envisagée

ACTEURS	ROLE
Les associations professionnelles	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Fournir des informations pour alimenter l'analyse de situation ▶ Apporter une contribution au nom de leurs membres ▶ Contribuer à l'élaboration de solutions ▶ Aider à établir un consensus avec leurs membres concernant l'utilisation des normes juridiques et autres formes de réglementation ▶ Aider à expliquer l'exigence de nouvelles normes juridiques et autres formes de réglementation à leurs membres
Les donateurs	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Apporter des ressources pour le processus législatif / réglementaire ▶ Fournir des informations pour alimenter l'analyse de situation ▶ Contribuer au travail d'élaboration d'options réglementaires
Les organismes partenaires internationaux	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Apporter une orientation impartiale et des conseils concernant l'utilisation des lois et autres approches et solutions réglementaires ▶ Fournir une assistance technique à l'appui du processus ▶ Agir en tant que facilitateur ou coordinateur dans le processus
Les organes (législatif ou exécutif) en charge du travail législatif ou réglementaire	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Offrir un cadre pour un débat politique sur une nouvelle loi envisagée ▶ Offrir un cadre permettant aux parties prenantes de faire des observations sur un projet de loi ▶ Adopter une nouvelle loi ou apporter des modifications à une loi existante
Les tribunaux	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Fournir des conseils sur les exigences des outils de réglementation (en particulier les lois) ▶ Rendre des arrêts contraignants sur les litiges ▶ Offrir aux citoyens un moyen de faire valoir leurs droits ▶ Veiller à ce que les organismes de réglementation respectent la procédure prévue lorsqu'ils appliquent l'approche réglementaire ▶ Imposer et faire appliquer des sanctions en cas de violation des nouvelles exigences réglementaires
Les médias	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Fournir des informations sur le processus visant à encourager la participation des différents acteurs cités ▶ Aider les personnes à comprendre les exigences de la nouvelle approche réglementaire

Liste des points essentiels auxquels les planificateurs en santé sont invités à prêter attention :

- ✓ Le planificateur en santé doit comprendre toutes les règles et exigences juridiques, tant du point de vue de la préparation de la stratégie ou du plan national de santé que du processus d'élaboration du budget.
- ✓ Il doit examiner les textes de lois et lignes directrices pertinentes (par exemple, celles relatives au processus de formulation de stratégies ou de plans de santé et aux lois pertinentes sur le cycle budgétaire) et demander le cas échéant un avis juridique sur la manière de s'acquitter de toutes les obligations connexes. Ceci afin de s'assurer que les dispositions prévues en matière d'élaboration de plans ont bien été suivies (telles que les exigences spécifiques de consultation).
- ✓ Les processus et procédures de planification doivent être établis et appliqués de manière à respecter les dispositions légales.
- ✓ Le planificateur en santé doit travailler en étroite collaboration avec les responsables du ministère des Finances pour veiller à ce que les exigences des lois de finances d'un pays soient comprises et respectées.



10.5 Comment procéder à l'intégration des règles de droit dans le contexte de la planification nationale de la santé ?

10.5.1 Questions spécifiques liées aux règles de droit à prendre en compte à chaque étape de la planification nationale de la santé

Les questions relatives aux questions juridiques et réglementaires doivent être examinées au cours des étapes suivantes :

Consultation de la population

Les normes juridiques sont pertinentes de deux façons lors de l'étape de consultation de la population du processus de planification sanitaire nationale.

La première façon est qu'il peut y avoir des règles juridiques et des dispositions régissant la consultation. Par exemple, il existe peut-être des règles de consultation dans une loi ou dans des conventions juridiques établies, ou encore des obligations de consultation imposées par les tribunaux. Ces règles peuvent s'appliquer :

- ▶ aux personnes à consulter ;
- ▶ à la façon de les consulter ;
- ▶ au délai de réponse qui leur est attribué ;
- ▶ à la manière de donner suite aux observations des personnes consultées.

La seconde façon par laquelle les règles de droit se rapportent au processus de consultation

est celle où celles-ci sont proposées dans le but de donner effet aux préférences politiques du gouvernement ou pour aider à résoudre les problèmes du système de santé.

Dans ce cas, il peut être nécessaire de consulter la population sur les détails de propositions juridiques et réglementaires ou sur les questions à l'étude. Ceci afin :

- ▶ d'informer la population sur la question ou le problème posés et les objectifs du gouvernement ;
- ▶ de rassembler les informations nécessaires permettant d'analyser les options légales et réglementaires et alimenter les travaux sur la conception de la loi / réglementation ;
- ▶ de faciliter la collaboration et la recherche de solutions ;
- ▶ de recueillir des informations pour une évaluation d'impact de la réglementation (voir ci-dessous les parties concernant les étapes ultérieures du processus de planification nationale de la santé) ;
- ▶ de rechercher un consensus ou un soutien en faveur de la proposition juridique ou réglementaire.

Des règles juridiques sur la consultation existent dans certains pays.

Encadré 10.8

Exemple de loi régissant la consultation sur les plans de santé, au Danemark

La loi danoise sur la santé adoptée en 2005 prévoit la coopération entre les municipalités et les régions sous la forme d'accords régionaux de soins de santé obligatoires ; ils couvrent des questions telles que la coordination du traitement, la prévention, le parcours de soins des patients (sortie du patient d'un établissement de santé) et les soins de réadaptation. Les accords sur les soins de santé sont le point d'ancrage de

comités consultatifs régionaux composés de représentants de la région, des autorités municipales de la région et de praticiens privés. Ces comités consultatifs régionaux règlent les litiges (concernant par exemple, le niveau de service, les indications professionnelles et les critères de référence dans le domaine de la formation) et établissent les bases d'un dialogue permanent sur la planification.



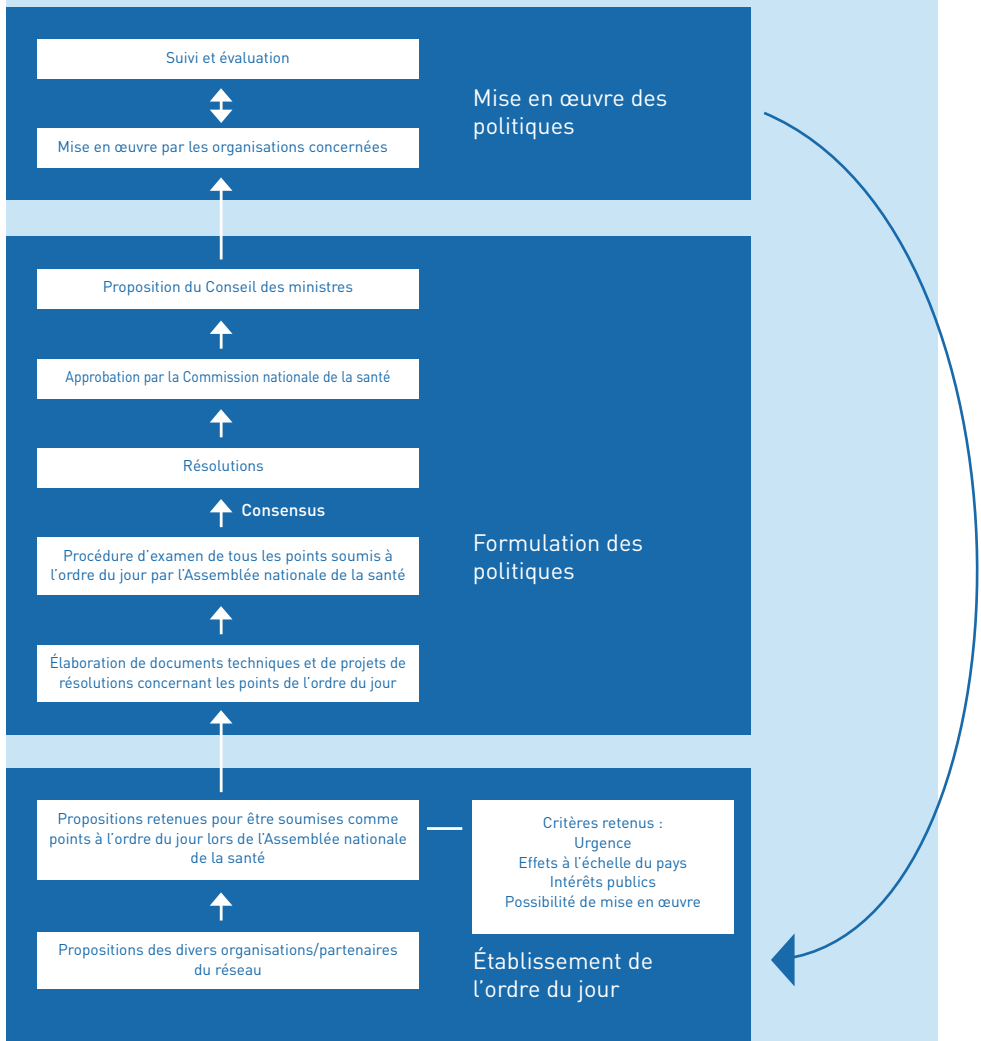
Encadré 10.9

Exemple de cadre juridique concernant la consultation de la population – Assemblée nationale thaïlandaise de la santé

En 2007, la Thaïlande a promulgué une loi nationale sur la santé prescrivant la création de la Commission et du Bureau nationaux de la santé et prévoyant la tenue annuelle d'une Assemblée nationale de la santé. La Commission, présidée par le Premier ministre, compte 39 membres désignés et répartis

uniformément entre le gouvernement, les milieux universitaires, les professionnels de la santé et les organisations de la société civile.

Le schéma ci-dessous résume la méthode suivie par l'Assemblée nationale de la santé.



Questions juridiques à considérer lors de la préparation d'une consultation de la population

Il est important de comprendre ce que sont les règles juridiques régissant la consultation dans un pays déterminé. Les règles peuvent être comprises en examinant les lois et les documents d'orientation pertinents et en demandant l'avis d'un spécialiste.

Dans le contexte de l'élaboration de lois pour le secteur de la santé, la consultation de la population peut être réalisée lors de la proposition d'une nouvelle loi, comme sur n'importe quelle autre question.

Quand la consultation de la population porte sur un sujet de santé, il convient de repérer au préalable les éventuelles questions juridiques

et d'adapter en conséquence la méthodologie de la consultation et les questions posées à la population.

La prise de décisions sur ces questions est guidée par l'objectif même du processus de consultation. Par exemple, des approches très différentes peuvent être nécessaires si la consultation vise simplement à informer la population d'une nouvelle loi ou si elle a pour but d'encourager les parties prenantes à collaborer avec le gouvernement pour définir des solutions réalistes en matière de lois ou de règlements, à des problèmes particuliers du système de santé.



Analyse de situation

L'analyse de la réglementation doit s'inscrire dans le cadre d'une analyse de la situation générale du pays. Elle consiste à évaluer :

- ▶ les lois existantes et autres mécanismes de réglementation ;
- ▶ les acteurs et les institutions concernés par la réglementation et leurs capacités ;
- ▶ les obligations internationales en rapport avec le fonctionnement du système de santé ; et
- ▶ les systèmes de juridiques et réglementaires existants, le processus et les outils utilisés dans le pays.

L'analyse de la réglementation permet d'exposer les problèmes et les contraintes juridiques et contribue aux efforts de réforme réglementaire.

L'utilité d'une analyse de la réglementation

L'examen des questions juridiques et réglementaires dans le cadre de l'analyse de situation d'un pays comporte deux objectifs.

Le premier consiste à rechercher les contraintes juridiques qui pourraient avoir une incidence sur les projets du gouvernement. Ceci impliquera probablement une analyse des règles de droit en vigueur dans le pays (en particulier les normes juridiques relatives à la santé) et de la Constitution pour déterminer les domaines éventuels dans lesquels la législation en vigueur est susceptible d'entraver les projets du gouvernement en matière de santé.

Le deuxième objectif consiste à éclairer les éventuels travaux sur l'utilisation des approches juridiques et réglementaires afin de donner effet aux intentions politiques ou d'apporter des solutions aux problèmes du système de santé.

Questions juridiques à considérer lors de la préparation d'une analyse de situation

Le système juridique (et son fonctionnement).

Les types d'outils réglementaires utilisés (lois et autres outils).

Le cadre juridique d'ensemble (Constitution, lois organiques, lois, règlements, règles).

Toutes dispositions contraignantes venant d'un traité (par exemple, le Règlement sanitaire international).

L'efficacité des outils de réglementation en vigueur (ceux qui ont fonctionné, ceux qui n'ont pas donné satisfaction).

La procédure à suivre pour légiférer (par exemple, le processus législatif et les dispositions à respecter).

Toutes contraintes juridiques concernant la réglementation (par exemple, la Constitution affecte-t-elle ou limite-t-elle les règles qu'il est possible d'adopter ?).

La situation en matière d'état de droit (questions relatives au maintien de l'ordre et à la sécurité, à la légitimité du système juridique, à la séparation des pouvoirs, à l'application équitable de la loi ou à l'efficacité globale de l'application du droit).

Les institutions de réglementation, leur rôle, leurs capacités et leur financement (tribunaux, forces de l'ordre, facultés de droit, associations de juristes, groupes d'intérêt public dans le domaine du droit, groupes de défense des intérêts juridiques, ONG juridiques).

La capacité technique du gouvernement à exercer les fonctions réglementaires (établissement de normes, suivi, évaluation et exécution).

La disponibilité d'un personnel qualifié en matière de réglementation.

Le financement nécessaire au processus de réglementation.

Définition des priorités

Les résultats d'une analyse de situation de la réglementation dans un pays devraient contribuer à la définition des priorités.

L'évaluation peut clarifier plusieurs questions relatives au processus de définition des priorités.

- ▶ Certaines approches pourraient ne pas être juridiquement possibles (par exemple, parce qu'elles sont interdites par la Constitution du pays, par une loi ou en vertu de règles internationales régulièrement ratifiées en droit interne).
- ▶ D'autres approches pourraient être juridiquement possibles en théorie, mais difficiles à suivre en pratique.
- ▶ L'évaluation peut permettre d'identifier des approches légales et réglementaires possibles et prometteuses, qui doivent être examinées lors de la phase d'identification des stratégies efficaces.

Espace réglementaire

L'espace réglementaire se réfère à la capacité des pouvoirs publics à élaborer et appliquer efficacement la réglementation et à choisir entre plusieurs outils réglementaires distincts. L'espace réglementaire définit essentiellement les paramètres disponibles pour le travail sur la réglementation et détermine notamment si une réforme réglementaire est effectivement possible. Il faut donc considérer si les réformes envisagées dans un pays sont acceptées (ou soulèvent des oppositions), si l'État (surtout au niveau des décideurs politiques clés) dispose des pouvoirs nécessaires pour procéder à des

réformes et s'il est possible de les mettre en œuvre dans la pratique (le pays ayant, par exemple, les ressources pour appliquer la réglementation ou la loi envisagées de manière efficace)⁹.

Impact de la réglementation

L'analyse d'impact de la réglementation (AIR) est un outil important pour l'étape de définition des priorités (et aussi pour l'identification de stratégies efficaces). L'AIR comprend une évaluation des effets probables d'une nouvelle loi ou autres réglementations envisagées. Il s'agit d'un processus bien défini qui aide les autorités compétentes à élaborer une réglementation sur base d'une analyse et d'informations fiables.

L'AIR vise à déterminer si un projet de loi ou un acte réglementaire aura l'effet désiré. Elle contribue à mettre en lumière les éventuels effets secondaires, les coûts occultes ainsi que les alternatives possibles. Elle quantifie les coûts probables pour la population, les entreprises et l'État. En général, l'AIR débouche sur un rapport résumant le problème visé par la réglementation envisagée, les options privilégiées et les principaux impacts.

L'AIR est également un outil important pour mettre en évidence les situations dans lesquelles une réglementation est inappropriée ou superflue.

Cet outil est couramment utilisé dans les pays de l'OCDE¹⁰, son utilisation dans les pays en développement soulevant toutefois plusieurs difficultés¹¹.

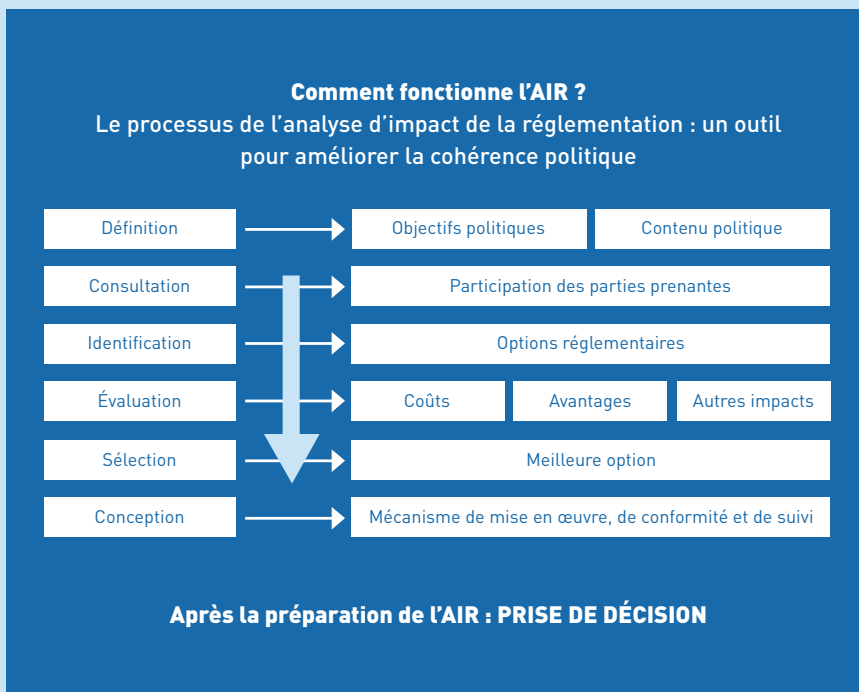
L'analyse d'impact de la réglementation (AIR) est un processus bien défini visant à améliorer la qualité de la prise de décision en matière de réglementation.

L'intervention du pouvoir judiciaire dans la définition des priorités pour la santé

L'autre moyen important par lequel les questions juridiques peuvent influencer l'étape de définition des priorités est celle des pays dont la Constitution ou d'autres lois confèrent un droit de recevoir des produits ou des services de santé qui peut être exécuté par un tribunal.

Encadré 10.10

Exemple d'un processus d'AIR



Encadré 10.11

Un exemple d'intervention des tribunaux pour faire valoir un droit à la santé

Au cours de ces dernières années, plusieurs pays à revenu intermédiaire d'Amérique latine ont connu une forte augmentation du nombre d'actions en justice concernant l'accès à des services de soins curatifs. Ces actions sont fondées sur les droits conférés par la Constitution du pays ou par d'autres lois relatives à la santé. Il s'agit souvent de contentieux portant sur le droit d'accès à certains traitements ou médicaments. Certains considèrent ces poursuites comme un moyen de remédier aux carences fréquentes de l'État en matière de prestation de soins de santé.

Les administrateurs de la santé publique soutiennent en revanche que ces poursuites judiciaires entravent les efforts de distribution nationale et régionale de médicaments, accroissent l'inégalité d'accès et vont à l'encontre de l'usage rationnel des médicaments dans le système de soins de santé public¹².

Questions juridiques à considérer lors de la définition des priorités

Comprendre s'il existe des obstacles juridiques ou réglementaires qui affectent le processus de hiérarchisation des priorités. Des informations permettant de mener cette évaluation auraient dû être générées lors de l'étape d'analyse de la situation.

Comprendre « l'espace réglementaire » pour tout travail juridique ou réglementaire qui pourrait être nécessaire dans un domaine prioritaire particulier.

Dans les pays où les décisions relatives à la définition des priorités peuvent être contestées devant les tribunaux, veiller à ce que la procédure suivie et la décision prise soient objectivement équitables et fondées sur des preuves.

S'il existe un risque de voir la définition des priorités contestée devant les tribunaux, demander un avis juridique pour s'assurer que les exigences légales sont bien respectées.

Transformer les priorités en un plan de santé national

Les travaux sur les règles de droit entamés au cours de l'étape 3 se poursuivent pendant l'étape 4 pour appuyer la formulation d'un plan national de santé d'un pays.

Au cours de cette étape, il est important de veiller au respect de toutes les exigences juridiques spécifiques qui pourraient s'appliquer au processus de construction et de finalisation du plan national de santé (dans les pays dotés de lois et de dispositions spécifiques sur le sujet).

Les travaux peuvent également se poursuivre dans le cadre de l'AIR si des approches juridiques ou réglementaires sont nécessaires pour rendre le plan opérationnel.

Planification opérationnelle

Au cours de l'étape 5, le travail principal sur les règles de droit dépend essentiellement de l'orientation stratégique donnée par le PSPNS. Si l'élaboration d'une nouvelle norme juridique ou réglementation est nécessaire pour donner effet au plan national de santé, son application doit être soigneusement planifiée.

Il existe deux phases distinctes dans la mise en œuvre d'une nouvelle juridique :

- ▶ la phase initiale lors de l'introduction d'une nouvelle réglementation ; et
- ▶ l'administration courante et une révision de la réglementation.

La phase initiale présente des caractéristiques particulières car c'est à ce stade que les comportements ancrés doivent changer conformément aux attentes sous-jacentes de la réglementation. Ces comportements sont fonction à la fois des attitudes et des capacités. De plus, ce sont souvent les comportements de plusieurs groupes qui doivent changer.

Les comportements à modifier pour atteindre les objectifs de la loi dépendent souvent du contexte et peuvent être profondément enracinés ; il ne faut surtout pas sous-estimer les efforts à accomplir pour les modifier. Par conséquent, il faut laisser suffisamment de temps à la mise en œuvre, adopter des stratégies appropriées pour faciliter et gérer le processus de changement et consentir à une surveillance et à une évaluation permanente.

Questions juridiques à considérer lors de la transformation des priorités en un plan national de santé

Veiller à ce que toutes les exigences juridiques liées au processus de préparation et de finalisation du plan national de santé soient pleinement respectées.

Poursuivre les travaux sur l'AIR (selon les besoins) avec l'accompagnement de conseillers politiques et juridiques du pays.

Si une nouvelle norme juridique est nécessaire, il faudra en assurer la mise en œuvre, la mise à jour et la révision.

Dès le départ, les questions suivantes doivent être posées :

- ▶ Quels groupes seront touchés par cet outil de réglementation (les principaux étant les prestataires, les usagers, le législateur, les organismes chargés des normes, etc.) ?
- ▶ Pour que la réglementation atteigne les objectifs fixés, quels comportements ces groupes devraient adopter ?
- ▶ Quels pourraient être les obstacles au changement des comportements ?
- ▶ Quelles activités concrètes sont susceptibles de réduire au mieux ces obstacles ?
- ▶ Quels sont les incitations existantes propres à influencer les comportements des groupes touchés ?
- ▶ Quelle stratégie de suivi et d'évaluation est nécessaire pour identifier et aborder les questions émergentes qui affectent une mise en œuvre efficace de la réglementation ?
- ▶ Lorsqu'on considère les facteurs influant la mise en œuvre continue de la réglementation, il est important de noter que les interventions qui ne permettent pas d'atteindre les objectifs visés résultent surtout de choix stratégiques peu judicieux du législateur et non de la réglementation elle-même.

Questions à considérer au cours de la planification opérationnelle de la PSPNS

Le processus ne prend pas fin avec l'établissement d'une règle de droit visant à appliquer une politique – il est également important de planifier sa mise en œuvre.

Les considérations spécifiques relatives à la mise en œuvre de la réglementation sont notamment :

Les questions administratives, telles que savoir qui mettra en œuvre et administrera la réglementation et sera responsable de son fonctionnement.

Le calendrier et les dispositions transitoires, par exemple l'introduction différée ou progressive de nouvelles exigences et la fourniture d'une assistance temporaire aux groupes concernés, telles que l'éducation aux nouvelles dispositions.

Les stratégies de minimisation des coûts de mise en conformité, y compris les stratégies de mise en œuvre requises comme une campagne d'éducation, des services consultatifs et des tests auprès des intervenants. Et s'il existe une réglementation pouvant être réduite ou supprimée pour éviter toute redondance.

Les risques liés à la mise en œuvre et leur impact potentiel sur l'efficacité d'une option. Les stratégies permettant d'atténuer ces risques doivent être envisagées.

L'information nécessaire aux groupes concernées pour respecter la réglementation ainsi que les modalités de communication (envisager la possibilité de rationaliser ou de tirer parti des sources d'information ou des méthodes de communication existantes).

La stratégie d'application : comment et qui en assurera le respect ?

Budgétisation et estimation des coûts

Les principales questions juridiques ou réglementaires relatives à l'étape 6 concernent la détermination des coûts de toute intervention législative ou réglementaire, de leur mise en œuvre, de leur supervision et de leur application.

Des estimations spécifiques des coûts peuvent être nécessaires dans un certain nombre de catégories.

Une estimation des coûts pertinente de la réglementation permet d'en aviser sa faisabilité.

- ▶ Les coûts se rapportant aux ressources humaines et aux apports techniques spécifiques (par exemple, des experts juridiques) dans le cadre d'un processus de réforme de lois ou de réglementations. La complexité et l'ampleur des changements législatifs des processus peuvent varier ; de mineures modifications législatives à une refonte à grande échelle qui s'étend sur plusieurs années, faisant appel à d'importantes ressources.
- ▶ Les frais administratifs courants, occasionnés par le processus d'adoption d'une nouvelle règle de droit.
- ▶ Dans certains cas, un pays peut décider de créer un nouvel organisme de réglementation chargé de mettre en œuvre et de superviser une nouvelle loi ou un nouveau régime de réglementation. Le coût de la création et du fonctionnement d'un tel organisme doit être déterminé.
- ▶ Les coûts liés à l'information destinée aux groupes concernés par une nouvelle loi ou un nouveau régime de réglementation pour qu'ils respectent les dispositions.
- ▶ Les coûts associés à la supervision et à l'application des nouvelles dispositions (frais de fonctionnement d'un service d'inspection chargé d'en surveiller la conformité, par exemple).

Encadré 10.12

Coûts associés à la création d'un organisme de réglementation : l'exemple de la Thaïlande

La *National Health Security Act B.E. 2545* (2002) constitue la base juridique du système de couverture universelle en Thaïlande. Cette loi stipule la création du Bureau national de sécurité sanitaire et du Fonds national de sécurité sanitaire. Le Bureau national est un organisme autonome disposant de 13 bureaux régionaux responsables du plan de couverture universelle. La mise en place du Bureau national a nécessité l'engagement de dépenses courantes couvrant les frais administratifs annuels. En 2013, ces frais ont représenté 0,85 % du budget du plan de couverture universelle.

Cet exemple démontre l'importance d'évaluer et d'intégrer les coûts de la mise en œuvre lors de l'examen de la faisabilité d'une nouvelle règle de droit.

Questions juridiques à considérer lors de l'estimation des coûts de la PSPNS

Veiller au respect des exigences légales relatives au processus de préparation et de finalisation du plan national de santé.

Veiller à ce que les travaux sur les lois, normes juridiques et autres formes de réglementation appuient et se nourrissent du dialogue sur les politiques du pays et s'alignent au contenu et à l'esprit du plan national de santé.

Poursuivre les travaux sur l'AIIR avec les conseillers politiques et juridiques du pays (selon les besoins).

Suivi et évaluation

Les travaux planifiés visant à surveiller et évaluer l'impact du PSPNS devraient (là où la réforme du droit positif est une composante clé de la PSPNS ou la facilite) inclure une évaluation de la réforme législative et réglementaire elle-même. Les réformes juridiques doivent être évaluées de la manière suivante :

- ▶ Rendre des comptes aux donateurs et aux parties prenantes quant à la valeur de l'intervention.
- ▶ Améliorer les connaissances et la compréhension de l'intervention et de ses objectifs, notamment des besoins des bénéficiaires éventuels et des pratiques efficaces.
- ▶ Contribuer à l'ensemble des connaissances sur les stratégies et interventions réglementaires efficaces.
- ▶ Mesurer le véritable impact de la réglementation du point de vue des objectifs visés.
- ▶ Etablir des indicateurs pour mesurer l'impact des lois et normes juridiques et autres formes de réglementation du point de vue des résultats recherchés. Grâce à ces mesures, on pourra déterminer dans quelle mesure les lois ou la réglementation ont produit les changements souhaités¹³.

Il est important de surveiller les effets de la réglementation afin de s'assurer que celle-ci poursuit toujours les résultats escomptés.

Encadré 10.13

S'inspirer des leçons pratiques de l'évaluation de la réglementation dans les pays à revenu faible ou intermédiaire : exemple

La gestion et la réglementation du système de santé au Viet Nam, en Inde et en Chine est un projet pluridisciplinaire et multipartenaire, mis en œuvre sur une période de trois ans (de juillet 2009 à décembre 2012). Utilisant la santé maternelle comme étude de cas critique, le projet a étudié la réglementation concernant la gouvernance au sens large dans le cadre de la politique et la pratique des systèmes de santé maternelle pour le Viet Nam, l'Inde et la Chine. L'étude a :

- ▶ examiné l'application de normes internationales en matière de gouvernance et de réglementation des activités de santé maternelle, dans la mesure où ces normes existaient ;
- ▶ décrit les normes nationales de gouvernance et de réglementation des activités de santé maternelle dans les trois pays ; et
- ▶ examiné les effets de la gouvernance et de la réglementation des systèmes et des services de santé maternelle sur l'accès équitable à des soins de qualité dans chacun de ces pays.

L'un des principaux résultats du projet a débouché sur l'élaboration d'une approche intégrée pour l'évaluation de la réglementation. En appliquant cette méthodologie, le projet souligne le rôle limité du contrôle réglementaire dans les conditions actuelles des pays à revenu faible ou intermédiaire, à l'exception peut-être des services centralisés. L'étude a également constaté que le contexte historique, sociopolitique et administratif était à l'origine de mécanismes entravant la réglementation dans ces pays.

L'étude a conclu que la réglementation devrait être intégrée dans une politique sanitaire plus générale en indiquant plusieurs raisons.

- ▶ La réglementation en elle-même n'est pas très efficace, surtout dans le cas des pays à revenu faible ou intermédiaire.
- ▶ La réglementation est susceptible de produire des effets indésirables. Au Viet Nam par exemple, la réglementation sur les soins obstétricaux d'urgence a entraîné une surcharge des hôpitaux de province, et s'est conjuguée avec l'idée largement répandue selon laquelle la qualité des services est meilleure au niveau provincial que dans les districts.
- ▶ Des incitations matérielles ou des sanctions ne suffisent pas pour motiver ou dissuader les professionnels de la santé ; des incitations non financières sont également nécessaires.
- ▶ L'État est souvent peu enclin à réglementer le secteur privé, lequel devrait être davantage associé aux processus de réglementation.
- ▶ La conception de la réglementation en Chine, en Inde et au Viet Nam a été menée en vase clos par des bureaucrates, des politiciens et des conseillers extérieurs aux gouvernements. Il pourrait être judicieux de donner aux acteurs non étatiques - comme les usagers des établissements de santé et divers groupes socioéconomiques - les moyens de faire entendre leur voix afin que les règlements reflètent mieux leurs besoins¹⁴.

Questions juridiques à prendre en compte lors du suivi et de l'évaluation des PSPNS

La question essentielle est de savoir comment mesurer l'efficacité des changements réglementaires.

Des plans doivent être élaborés pour le suivi, l'évaluation et l'étude de l'efficacité des lois et normes juridiques et autres formes de réglementation au fil du temps.

Il est également important de soumettre toute nouvelle règle juridique à un examen périodique afin de déterminer si la solution apportée à un problème particulier est la bonne à long terme. Le suivi et l'évaluation contribuent à veiller à ce que les nouvelles règles de droit ont bien les effets souhaités (en offrant les prestations désirées aux coûts escomptés), sans conséquences imprévues. Le suivi et l'évaluation restent nécessaires à mesure que les circonstances changent et évoluent.

Lorsqu'une nouvelle norme juridique est proposée, il est important de bien comprendre les voies par lesquelles l'intervention doit produire les résultats souhaités. L'analyse doit tenir compte de la façon dont l'efficacité sera mesurée : les indicateurs utilisés, les données nécessaires, le recueil de l'information et les personnes en charge de cette collecte.

Une consultation permanente ou périodique

des parties prenantes peut être appropriée, auquel cas les dispositions nécessaires à cet effet doivent être convenues. Il est également judicieux d'établir un mécanisme de réaction (c'est-à-dire un moyen pour les parties prenantes de poser des questions ou de se plaindre). Des rapports publics réguliers sur l'efficacité de la loi ou de la réglementation peuvent également être pris en considération.

Il faut également prévoir quand et comment la loi ou la réglementation sera réexaminée. Les organismes doivent envisager d'entreprendre un examen périodique des interventions réglementaires particulières. Ces examens doivent être signalés et faire l'objet d'une consultation afin de s'assurer que la loi ou la réglementation demeure adaptée à son objet. Les examens doivent tenir compte des questions suivantes :

- ▶ Le problème est-il toujours présent ? (et s'agit-il du même problème que celui identifié à l'origine ?)
- ▶ Les objectifs sont-ils atteints ?
- ▶ Les effets sont-ils ceux attendus ? Y a-t-il des problèmes imprévus ou des effets indirects inattendus ?
- ▶ L'intervention est-elle encore nécessaire ? L'intervention actuelle reste-t-elle la plus appropriée ou une autre mesure serait-elle préférable ?

10.5.2 Obstacles et contraintes juridiques à considérer dans la planification nationale de la santé

Les lois existantes peuvent appuyer la réalisation de nouvelles politiques et plans ou au contraire, les entraver. Ainsi, il est important d'identifier les lois pertinentes et de déterminer leur impact sur ce qui est planifié.

Parfois, le cadre législatif et réglementaire pré-existant d'un pays peut constituer une contrainte ou un obstacle à la réalisation des intentions politiques du gouvernement. Le planificateur de la santé doit en être conscient. Il doit aussi savoir les surmonter et éventuellement demander des avis juridiques ou aborder le sujet lors de réunions gouvernementales de haut niveau si l'impact est important sur le plan national de santé ou sur une modification de la politique pour sa mise en œuvre.

Trois principaux obstacles juridiques peuvent entraver le processus de planification de la santé dans un pays.

1. La Constitution, des obligations internationales (des engagements juridiques contraignants en vertu d'un traité, par exemple) ou des lois peuvent interdire de suivre une politique ou une approche particulière ou influencer son élaboration ou sa mise en œuvre (notamment lorsqu'il est impossible ou difficile de modifier la Constitution, le traité ou la loi en cause peuvent être modifiés afin de les rendre compatibles avec la politique ou l'approche prévue). Dans les pays dotés d'un système de santé décentralisé par exemple, la Constitution peut influencer, voire imposer des restrictions sur le mode de financement ou de paiement des services de santé au niveau national. La conception de tout système national de financement ou de paiement devrait être modifiée pour se conformer à la Constitution.
2. Lorsqu'un cadre législatif et réglementaire existant ne joue plus son rôle, c'est à dire qu'il ne permet pas de suivre la politique ou l'approche proposée car il est dépassé, en décalage avec l'approche politique prévue ou présente des lacunes (et où il est possible de modifier la loi ou la réglementation en cause pour le rendre cohérent ou permettre la politique, l'approche planifiées). Un pays

pourrait vouloir par exemple, obliger ses agents de santé à se conformer à de nouvelles exigences quant à la façon dont ils fournissent des services (par exemple pour améliorer la qualité des soins) mais l'application de ces dispositions est exclue par la législation en vigueur. Celle-ci devra alors faire l'objet d'un amendement pour combler cette lacune.

3. Lorsque le cadre juridique et existant est conforme à la politique ou à l'approche envisagée mais que le système juridique n'est pas en mesure de l'appuyer (en raison de problèmes liés aux capacités et/ou compétences des acteurs, institutions ou processus réglementaires nécessaires pour donner effet à la politique ou à l'approche envisagée). Un pays peut vouloir par exemple, mettre en place un nouveau système pour sous-traiter la fourniture de services de santé au secteur privé. Il peut avoir adopté une loi pour autoriser cette nouvelle politique mais peut manquer de l'expertise ou de la capacité nécessaire pour préparer et négocier des contrats commerciaux efficaces répondant aux objectifs de santé, voire vérifier convenablement si les prestations effectivement fournies correspondent bien aux clauses du contrat.

Cependant, même lorsqu'un pays n'a pas la capacité de conclure un contrat commercial, il peut avoir recours à ce que l'on appelle des contrats relationnels. Les contrats commerciaux « purs » et les contrats « relationnels » constituent tous deux des catégories de contrats au sens juridique. La différence tient à ce que dans la première catégorie, les conditions détaillées du contrat sont importantes pour son exécution et les parties peuvent solliciter les tribunaux en cas de litige. Toutefois, les contrats de cette nature peuvent être difficiles à établir dans un contexte où le contrôle de l'exécution des contrats est difficile (en raison de l'absence générale d'institutions juridiques).

Un contrat relationnel, en revanche, est fondé sur la confiance réciproque entre les deux parties, chacune estimant que l'autre agira dans l'intérêt commun. Par conséquent, le contrat n'a pas besoin d'être exhaustif et détaillé ; un accord sur les principaux objectifs de la relation, les méthodes de travail et les moyens à utiliser pour mener à bien les actions, suffit. La souplesse et la coopération qui caractérisent ce type de contrat visent à assurer à la fois sa pérennité, mais aussi son efficacité contractuelle¹⁵.

Encadré 10.14

Exemple d'utilisation de contrats relationnels au Cambodge

La réforme de la santé au Cambodge offre un bon exemple de l'utilisation de contrats relationnels. Avant 1999, le système de santé était considéré comme particulièrement faible et peu efficace : les taux de mortalité restaient élevés, les paiements directs des ménages constituaient une très large partie des dépenses totales consacrées à la santé alors que la population était une des plus pauvres de la région et la pénurie de médicaments et de matériels médicaux incitait les patients à se tourner vers les soins traditionnels plutôt qu'à faire appel aux services offerts par le système de santé. L'irrégularité du paiement des salaires du personnel de santé contribuait largement au manque d'efficacité du système de santé cambodgien ; les agents de santé exerçaient souvent des activités parallèles et non autorisées pour compléter leurs revenus, rendant plus difficile

l'application de la politique de santé par la réglementation en place. S'il a été possible de remédier à certaines des carences du système en introduisant un nouveau plan de couverture sanitaire et un ensemble de services minimaux, la qualité des services ne pouvait encore être garantie. Des réformes juridiques et financières s'imposaient pour améliorer l'accès aux services de santé primaires et créer un système de santé publique efficace et rentable.

Afin d'améliorer la performance du système de santé, un système de contrat au niveau du district a été adopté, une approche largement favorisée pour améliorer l'accès aux soins dans les zones défavorisées et mal desservies. Les décideurs politiques cambodgiens ont utilisé à titre expérimental différents types de contrats dans les différents districts, en ayant recours avant tout à des contrats relationnels de quatre ans avec des ONG. Certains se sont adressés à des sous-traitants privés pleinement responsables de leur personnel et de leur budget, tandis que d'autres faisaient appel aux districts où le secteur privé assurait les services de gestion dans un secteur de la santé majoritairement public. La première méthode était considérée comme un engagement politique à l'égard des contrats de district, le sous-traitant étant entièrement responsable de la prestation de services. Avec la deuxième méthode d'entente contractuelle, les autorités de district exerçaient un contrôle plus étendu sur l'établissement du budget et de la réglementation, notamment l'introduction d'un programme d'incitation financière pour les agents de santé afin d'améliorer la motivation à offrir des soins de meilleure qualité¹⁶.

¹⁵ Les activités extra-légales sont des activités non autorisées par la législation nationale, mais les autorités n'interviennent cependant pas activement pour les empêcher et ce pour différentes raisons. En l'espèce, elles concernent les agents de santé qui ouvrent leur propre cabinet, laboratoire privé, etc. Ces activités informelles permettent d'assurer un revenu supplémentaire aux agents de santé victimes du versement irrégulier de leurs

traitements par l'État. Les parties prenantes acceptent cette réalité et admettent que les agents de santé du secteur public ont besoin d'un revenu plus élevé pour subvenir à leurs besoins. Les activités privées parallèles ne font dès lors l'objet d'aucune action en justice. En fait, les agents de santé concernés ne cherchent pas à les dissimuler et fournissent à leurs employeurs des informations à leur sujet.



10.6 Conclusion

Ce chapitre explique le rôle et l'importance de la règle de droit dans le processus de planification nationale de la santé. Il explique comment les lois et réglementations peuvent :

- ▶ apporter une structure et des règles pour le processus de planification nationale de la santé d'un pays ; et
- ▶ agir comme outil et levier politiques importants pour améliorer la performance du système de santé.

Il ressort avant tout du présent chapitre que les travaux sur les lois / normes juridiques et autres formes de réglementation ne doivent pas être envisagés comme un processus distinct, mais comme faisant partie intégrante du dialogue sur les politiques d'un pays en engageant les parties prenantes des ministères de la Santé et des

Finances, d'autres ministères, de la société civile, des organisations non gouvernementales, des organismes internationaux, des établissements universitaires, des associations professionnelles et des communautés. Une démarche similaire doit être adoptée lors de l'application de la loi et de la réglementation.

Pour les planificateurs et les décideurs, il est donc essentiel :

- ▶ de comprendre toutes les exigences légales qui affectent le processus de planification nationale de la santé ; et
- ▶ de veiller à ce que la tâche et les contributions nécessaires à l'élaboration et à l'application des lois et de la réglementation soient pleinement intégrées au processus de planification nationale de la santé.

Références bibliographiques

- 1 Akhtar A. Health care regulation in low- and middle-income countries: a review of the literature. Mebourne: Nossal Institute for Public Health; 2011 (Health Policy and Health Finance Knowledge Hub, Working Paper Series No. 14; (http://community.eldis.org/.5b0c5e57/HPHF_Hub_WP_No_14_Health_care_regulation_in_low-and_mid-dle-income_countries.pdf, consulté le 1er mars 2016).
- 2 Lutte contre les maladies non transmissibles : la Turquie progresse. Organisation mondiale de la Santé ; 2012 (http://www.who.int/features/2012/ncd_turkey/fr/, consulté le 2 décembre 2016).
- 3 Lagarde M, Haines A, Palmer N. The impact of conditional cash transfers on health outcomes and use of health services in low and middle income countries. Cochrane Database of Systematic Reviews 2009, Issue 4; 2009.
- 4 Medical Council of India. The Indian Medical Council Act, 1956. (<http://www.mciindia.org/ActsandAmendments/TheMedicalCouncilAct1956.aspx>, consulté le 12 mars 2016).
- 5 Morgan B, Yeung K. An Introduction to Law and Regulation. Cambridge: Cambridge University Press 2007.
- 6 National Health Service. The NHS in England: The NHS structure. (<http://www.nhs.uk/NHSEngland/thenhs/about/Pages/nhsstructure.aspx>, consulté le 10 février 2016).
- 7 Office of the Auditor-General, New Zealand. Contoller and Auditor-General. (<http://www.oag.govt.nz>, consulté le 12 mars 2016).
- 8 The legal framework for budget systems: an international comparison. OECD Journal on Budgeting, 2004;4(3):Special Issue (<http://www.oecd.org/governance/budgeting/35933542.pdf>, consulté le 1er mars 2016).
- 9 Odugbemi S, Jacobson T. Governance reform under real-world conditions: citizens, stakeholders, and voice. Washington (DC): World Bank; 2008 (<https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/6513>, consulté le 1er mars 2016).
- 10 Analyse d'impact de la réglementation. Dans : OCDE/Direction de la Gouvernance publique et du développement territorial/Politique réglementaire [site Web]. Paris, Organisation de coopération et de développement économiques, 2016 (<http://www.oecd.org/fr/gov/politique-reglementaire/air.htm>, consulté le 12 mars 2016).
- 11 RIA in OECD countries. In: OECD/Directorate for public governance and territorial development/regulatory policy [website]. Paris: Organisation for Economic Co-operation and development; 2016 (<http://www.oecd.org/gov/regulatory-policy/riainoecdcountriesand-challengesfordevelopingcountries.htm>, consulté le 12 mars 2016).
- 12 Biehl J. Global Health Research: Right to Health Litigation. (<http://joaobiehl.net/global-health-research/right-to-health-litigation/>, consulté le 12 mars 2016).
- 13 Coglianse C. Measuring regulatory performance: evaluating the impact of regulation and regulatory policy. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD); 2012: 7 [Expert Paper No. 1; http://www.oecd.org/gov/regulatory-policy/1_coglianse%20web.pdf, consulté le 10 mars 2016] (OECD 2012).
- 14 Community Research and Development Information Service. HESVIC Report Summary. (http://cordis.europa.eu/result/rcn/57803_en.html, consulté le 12 mars 2016).
- 15 The Role of Contracting in Improving Health Systems Performance, Discussion Paper. World Health Organization. Discussion Paper Number 1 – 2004, Department "Health System Financing, Expenditure and Resource Allocation" (FER), Cluster "Evidence and Information for Policy (EIP). Genève (Suisse).
- 16 Robert Soeters and Fred Griffiths. Improving government health services through contract management: a case from Cambodia. Health Policy and Planning 18(1): 74–83. Oxford University Press 2003.

Documents complémentaires

Afifi NH, Busse R, Harding A. Regulation of health services. In: Harding A, Preker AS, editors. Private participation in health services. Washington (DC): Human Development Network; 2003: 221–344 (Health, Nutrition and Population Series; <https://www.wbginvestmentclimate.org/toolkits/public-policy-toolkit/upload/Read-ing-Material-1.pdf>, consulté le 10 mars 2016).

Baldwin R, Cave M. Understanding regulation: theory, strategy, and practice, 2nd edition. Oxford: Oxford University Press; 2011.

Bingham T. The rule of law. London: Allen Lane; 2011.

Consultation on strategic contracting in health systems: synthesis of the meeting, Geneva, 9–11 January 2008. Geneva: World Health Organization; 2008 (http://www.who.int/health_financing/documents/strategic_contracting_synthesis_en.pdf, consulté le 10 mars 2016).

The Fiscal Transparency Code. Washington (DC): International Monetary Fund; 2014 (<http://blog-pfm.imf.org/files/ft-code.pdf>, consulté le 10 mars 2016).

Hood CC, Margetts Hz. The tools of government in the digital age, 2nd edition. Basingstoke: Palgrave Macmillan; 2007.

The legal framework for budget systems: an international comparison. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2004 (<http://www.oecd.org/unitedkingdom/35933542.pdf>, consulté le 10 mars 2016).

Morgan B, Yeung K. An introduction to law and regulation. London: Cambridge University Press; 2007.

Recommandation du Conseil concernant la politique et la gouvernance réglementaires. Paris, Organisation de coopération et de développement économiques, 2012 (<https://www.oecd.org/fr/gov/politique-reglementaire/Recommandation%20with%20cover%20FR.pdf>, consulté le 10 mars 2016).

Regulatory impact analysis handbook. Wellington: New Zealand Treasury; 2013 (<http://www.treasury.govt.nz/regulation/regulatoryproposal/ria/handbook>, consulté le 10 mars 2016).

Regulatory institutions and practices. Wellington: New Zealand Productivity Commission; 2014 (<http://www.productivity.govt.nz/sites/default/files/regulatory-institutions-and-practices-final-report.pdf>, consulté le 10 mars 2016).

Le rôle de la contractualisation dans l'amélioration de la performance des systèmes de santé. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2004 (http://www.who.int/health_financing/documents/cov-dp_e_04_1-role_contracting/fr/, consulté le 10 mars 2016).

Saltman TB, Busse R, Mossialis B, editors. Regulating entrepreneurial behaviour in European health care systems. Buckingham: Open University Press; 2002 (European Observatory on Health Care Systems series; Saltman et al Regulating entrepreneurial behaviour in European health care systems, Open University Press 2002, consulté le 10 mars 2016).

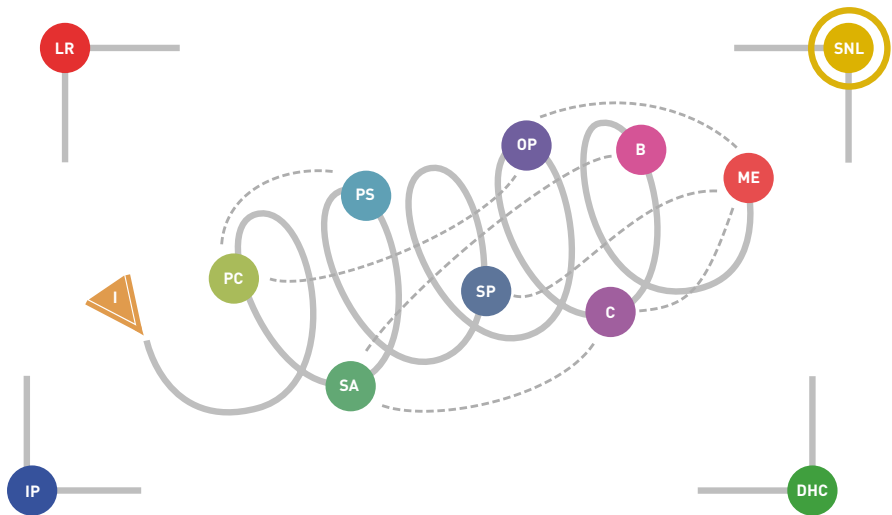
Yeung K. The regulatory state. In: Baldwin R, Cave M, Lodge M (eds). The Oxford handbook of regulation. Oxford: Oxford University Press; 2010.

Chapitre 11

Élaboration d'une stratégie en santé au niveau décentralisé

Katja Rohrer





I	CHAPITRE 1 Introduction : stratégies nationales en santé au XXI ^e siècle
PC	CHAPITRE 2 Consultation de la population sur ses besoins et ses attentes
SA	CHAPITRE 3 Analyse de situation du secteur de la santé
PS	CHAPITRE 4 Définition des priorités des politiques, stratégies et plans nationaux de santé
SP	CHAPITRE 5 Planification stratégique : traduire les priorités en plans nationaux
OP	CHAPITRE 6 Planification opérationnelle : transformer les plans nationaux en actions
C	CHAPITRE 7 Estimation des coûts des politiques, stratégies et plans nationaux de santé
B	CHAPITRE 8 Budgétisation du secteur de la santé
ME	CHAPITRE 9 Suivi, évaluation et revues des politiques, stratégies et plans nationaux de santé

Thèmes transversaux à la planification nationale de la santé

LR	CHAPITRE 10 Droit, réglementation et stratégies en santé
SNL	CHAPITRE 11 Élaboration d'une stratégie en santé au niveau décentralisé
IP	CHAPITRE 12 Planification intersectorielle et équité en santé
DHC	CHAPITRE 13 Stratégies en santé en situation de crise

Vue d'ensemble

Le terme « infranational » décrit tout type d'autorité gouvernementale en dessous du niveau national, indépendamment du système politique, financier ou administratif du pays. « Élaboration d'une stratégie (en santé) au niveau décentralisé » fait référence à tout processus systématique de planification, de programmation, de budgétisation ou d'allocation de ressources au niveau infranational : l'échelon local, régional ou de district. Le transfert de la fonction de planification au niveau infranational, que ce soit par déconcentration, délégation ou dévolution peut avoir des effets positifs sur la redevabilité de la politique publique à l'égard des bénéficiaires des services. En outre, cela

peut contribuer à accroître la participation communautaire, la flexibilité en matière de planification et aider à atténuer les déséquilibres géographiques et sociaux. Ce chapitre traite des difficultés spécifiques à un système décentralisé et des processus de planification ; les orientations sont classées selon le public cible à l'échelle nationale (sur quoi les responsables de ce niveau doivent-ils porter une attention particulière dans un pays organisé de manière décentralisée lorsqu'ils entreprennent un processus de planification sanitaire à l'échelle nationale ?) et infranationale (quels sont les points à prendre en compte pour entreprendre un processus de planification à l'échelle infranationale ?).

Résumé

Qu'entend-t-on par l'élaboration d'une stratégie en santé au niveau décentralisé ?

« L'élaboration d'une stratégie au niveau décentralisé » fait référence à tout processus systématique de planification, de programmation, de budgétisation ou d'allocation de ressources au niveau infranational comme par exemple, l'échelon local, régional, provincial ou de district. La planification infranationale est généralement déterminée par les dimensions et la portée de la décentralisation, ainsi que par le degré d'autonomie de l'autorité de planification infranationale.

Pourquoi est-il important d'élaborer une stratégie en santé au niveau infranational ?

Les modalités de décentralisation influent considérablement sur la structure, le contenu, les différentes étapes et les résultats des politiques, stratégies et plans nationaux de santé (PSPNS). De plus, la planification à l'échelle infranationale, que ce soit dans un contexte de déconcentration, de délégation ou de dévolution, peut avoir des effets positifs sur la responsabilité des politiques publiques à l'égard des bénéficiaires des services. En outre, cela peut contribuer à accroître la participation communautaire, la flexibilité en matière de planification et aider à atténuer les déséquilibres géographiques et sociaux. Enfin,

dans certains cas, il s'agit simplement d'une nécessité légale et le fait de ne pas prendre conscience des conséquences d'une planification décentralisée est une occasion manquée.

Quand faut-il envisager une planification à l'échelle infranationale au cours du cycle de planification ?

Les autorités nationales chargées de la planification doivent prendre en compte la planification infranationale à toutes les étapes du cycle des politiques et de planification. Toutefois, dès le départ, il est essentiel d'étudier attentivement les dispositions et le calendrier relatifs à la planification infranationale en fonction du processus général d'élaboration d'une stratégie en santé. La contribution des acteurs infranationaux est cruciale pour l'élaboration du plan national de santé global. Dans le même temps, une collaboration au niveau national dans les processus de planification à l'échelle infranationale est nécessaire pour garantir une cohérence entre les régions et les structures infranationales, et pour permettre le regroupement des données et des informations au niveau national.

Qui doit prendre part à la planification infranationale ?

Toutes les parties prenantes impliquées dans le processus de planification nationale de la santé, qu'elles relèvent ou non du ministère de la Santé, doivent prêter attention à la structure décentralisée du système de santé et à ce que cela implique pour la planification à l'échelle nationale et infranationale. Les acteurs non gouvernementaux et les partenaires extérieurs (agences des Nations unies, organisations bilatérales, par exemple) qui appuient les processus de planification, doivent tenir compte du système décentralisé et intervenir conformément à son cadre réglementaire. Le ministère de la Santé a une fonction de supervision spécifique : il doit apporter des orientations et renforcer les capacités des entités infranationales en vue de garantir l'harmonisation générale avec la vision nationale pour le secteur de la santé.

Comment élaborer une stratégie en santé à l'échelle infranationale ?

La planification infranationale joue un rôle important à toutes les étapes du cycle des politiques et de planification. Chaque étape est abordée en lien avec la planification infranationale à proprement parler, ainsi qu'en rapport avec la planification élaborée au niveau national dans un contexte décentralisé. Des recommandations concrètes sont présentées et des points spécifiques sont à prendre en considération.

11.1 Qu'est-ce que l'élaboration d'une stratégie au niveau décentralisé ?

11.1.1 Qu'entend-t-on par « infranational » ?

Les termes « infranational » et « national » désignent différents niveaux organisationnels d'un gouvernement. « Infranational » caractérise tout type d'autorité en dessous du niveau national, indépendamment de la structure politique, financière ou administrative du pays. Cela comprend par conséquent toutes les autorités gouvernementales intermédiaires et locales (districts, états, régions, provinces, par exemple), ainsi que les organisations publiques semi-indépendantes (organismes parapublics, par exemple) au niveau infranational.

La plupart des pays sont dotés d'un système de gouvernance à trois niveaux :

- ▶ Le premier est généralement le niveau national et comprend le ministère de la Santé national voire, dans certains cas, fédéral.
- ▶ Le deuxième niveau est généralement celui des autorités régionales, par exemple des États dans un système fédéral (comme en Inde, en Allemagne ou au Nigéria), des cantons (en Suisse) ou des régions (au Mali).
- ▶ Le troisième niveau correspond généralement au district (parfois appelé « système de santé local » dans la littérature scientifique) ou à une unité administrative locale qui peut être plus ou moins grande et comprendre plus ou moins de sous-unités (voir Encadré 11.2, plus loin dans ce chapitre). En Inde, par exemple, un district est une unité administrative locale qui se situe immédiatement en dessous du niveau de l'État.

Par conséquent, dans ce guide pratique et notamment dans ce chapitre, le terme « infranational » sera utilisé pour caractériser tout type d'autorité en dessous du niveau national.

11.1.2 Qu'entend-t-on par « élaboration d'une stratégie au niveau infranational » ?

L'élaboration d'une stratégie au niveau infranational, ou la « planification infranationale », désigne tout processus systématique de planification, de programmation, de budgétisation ou d'allocation de ressources (soit toutes les étapes du cycle de politique et de planification) à un niveau inférieur au niveau national, c'est-à-dire au niveau régional, local ou d'un district.

Le degré d'interaction entre les niveaux national et infranational ainsi que leur implication dans leurs processus de planification respectifs est déterminé par les caractéristiques de la décentralisation et le degré d'autonomie accordé à chaque niveau du système de santé. Les processus de planification aux niveaux infranational et national sont ainsi fortement liés par des relations hiérarchiques et fonctionnelles. Par conséquent, il est essentiel pour toutes les parties prenantes du secteur de la santé, indépendamment du niveau auquel elles opèrent, de comprendre les dynamiques d'un processus de planification infranational.

« Infranational » caractérise tout type d'autorité en dessous du niveau national, indépendamment de la structure politique, financière ou administrative du pays.

L'élaboration d'une stratégie au niveau infranational fait référence à tout processus systématique de planification, de programmation, de budgétisation ou d'allocation de ressources à un niveau inférieur au niveau national, c'est-à-dire au niveau régional, local ou d'un district.

Figure 11.1 Élaboration d'une stratégie en santé au niveau infranational



Damian Glez, d'après une idée de Bruno Meessen.

11.1.3 Qu'entend-t-on par « décentralisation » ?

En pratique, la décentralisation se présente dans chaque pays de différentes manières et influence fortement les mécanismes de planification du secteur de la santé à l'échelle infranationale.

La décentralisation désigne le « transfert de la responsabilité formelle et du pouvoir de prendre des décisions en matière de gestion, de production, de répartition et/ou de financement des services de santé, généralement d'un plus petit à un plus grand nombre d'acteurs différents d'un point de vue géographique ou opérationnel ». En d'autres termes, un système de santé décentralisé est un système dans lequel les responsabilités et le pouvoir décisionnel sont transférés du niveau national (c'est-à-dire, du ministère de la Santé) aux autorités et administrations infranationales.

En pratique, la décentralisation se présente de différentes manières selon les pays et les contextes, et elle influence fortement les mécanismes de planification sanitaire infranationaux. Les caractéristiques de la décentralisation présentées dans l'Encadré 11.1 déterminent par conséquent le degré de transfert de pouvoir, de responsabilité, d'influence et de redevabilité aux niveaux infranationaux.

Encadré 11.1

Les caractéristiques de la décentralisation : dimensions, degrés et portées^{2,3,4}

Dimensions de la décentralisation (ces catégories peuvent coexister et ne s'excluent pas mutuellement) :

- ▶ **Décentralisation politique.** Les entités politiques sont gérées conformément aux principes démocratiques : plus de pouvoir en matière d'élaboration des politiques accordé aux représentants infranationaux.
- ▶ **Décentralisation administrative.** Les entités administratives sont gérées conformément aux préceptes managériaux : le niveau infranational bénéficie d'un plus grand rôle s'agissant de la prestation de services.
- ▶ **Décentralisation budgétaire.** Les entités fiscales sont gérées principalement comme des organismes financiers : les institutions infranationales ont plus de pouvoir pour lever et utiliser des fonds.

Degré d'autonomie :

- ▶ **Déconcentration :** transfert des responsabilités administratives du niveau national au niveau infranational. L'autorité et les responsabilités sont transférées du niveau national, c'est-à-dire du ministère de la Santé, à l'échelle régionale ou locale qui correspond à des antennes infranationales du ministère de la Santé.

- ▶ **Délégation :** transfert de pouvoirs bien définis concernant certaines responsabilités administratives ou compétences en ce qui concerne l'introduction de politiques aux niveaux infranationaux. Les pouvoirs et les responsabilités sont transférés du ministère de la Santé aux entités qui ne sont pas sous sa supervision directe.
- ▶ **Dévolution :** transfert du pouvoir politique du gouvernement national aux gouvernements de territoires autonomes.

Portée de la décentralisation

- ▶ **Nombre de secteurs concernés par la décentralisation :** tous les secteurs de l'État ou seulement certains d'entre eux et certaines fonctions.
- ▶ **Nombre de niveaux de décentralisation :** nombre de niveaux infranationaux (niveau fédéral, niveaux des États, des districts, des municipalités, etc.).

11.1.4 En pratique, à quoi ressemble la décentralisation ? Exemples de quelques pays

La décentralisation n'est pas un concept homogène car les caractéristiques et spécificités des systèmes de santé varient en fonction de l'histoire et des structures sociales de chaque pays. Un système de santé décentralisé est le produit d'un ensemble de facteurs divers qui tiennent :⁵

- ▶ au contexte et aux circonstances politiques, sociales et culturelles d'un pays ;
- ▶ à l'organisation du système de santé ;
- ▶ aux caractéristiques propres aux fonctions décentralisées ; et
- ▶ à la nature des institutions auxquelles les responsabilités sont transférées.

Par conséquent, la « décentralisation » et la « centralisation » ne doivent pas être considérées comme deux concepts qui s'excluent mutuellement, mais plutôt comme les extrémités d'un vaste éventail de situations, chacune caractérisée par différents éléments et combinaisons.⁶

Les systèmes de santé décentralisés peuvent ainsi varier d'un pays à l'autre. En outre, dans la pratique, il n'existe aucun exemple de système répondant entièrement au principe de déconcentration, de délégation ou de dévolution. En effet, presque tous les systèmes sont mixtes puisqu'ils comportent différents éléments de décentralisation qui tiennent, dans une large mesure, à l'histoire, à la culture et aux structures politiques du pays concerné. Le système de santé du Canada, par exemple, se caractérise par une forte décentralisation, avec des niveaux infranationaux autonomes, bien que le gouvernement fédéral reste en charge de la réglementation sanitaire et pharmaceutique, ainsi que du financement de la santé. La prestation de services de santé relève principalement de la responsabilité des dix provinces du pays. En Espagne, compte tenu de son développement historique, le

degré de décentralisation varie en fonction des communautés, en particulier en ce qui concerne les responsabilités budgétaires. La communauté basque et la communauté de Navarre peuvent prélever l'impôt directement auprès de la population locale et utiliser une partie de ces fonds pour la santé, tandis que toutes les autres se voient allouer un budget pour la santé par les autorités nationales.^{7,8}

11.1.5 La planification infranationale dans un système décentralisé

Dans la mesure où les spécificités de la planification infranationale sont déterminées par les caractéristiques de la décentralisation du système de santé (et du contexte politique dans sa globalité), il est important de comprendre les degrés d'autonomie des institutions infranationales (voir Tableau 11.1). Bien qu'elles ne soient en pratique jamais aussi nettes et absolues, les catégories présentées ci-après contiennent néanmoins des éléments essentiels qui façonnent les arrangements infranationaux.

(a) Déconcentration : transfert de responsabilités à une autorité administrative de niveau inférieur, le leadership et le pouvoir décisionnel demeurant en grande partie au niveau central.

Le ministère de la Santé d'un pays transfère une partie de son autorité et de ses responsabilités à des institutions (administratives) infranationales chargées de la santé. La déconcentration permet la création de structures de gestion infranationales pour les activités liées à la santé. Le leadership reste inhérent au niveau national, mais sa mise en œuvre concrète passe par les administrations infranationales qui relèvent des autorités nationales.⁹

Un système de santé décentralisé est le produit d'un ensemble de facteurs, tels que le contexte et les circonstances politiques, sociales et culturelles d'un pays, l'organisation du système de santé national, les caractéristiques propres aux fonctions décentralisées, ainsi que la nature des institutions auxquelles les responsabilités sont transférées.

Le Portugal a engagé une réforme de décentralisation dans les années 1990. Aujourd'hui, le niveau national est responsable de la réglementation, de la planification et de l'administration. Les administrations régionales de santé relèvent du ministère de la Santé et supervisent la gestion du secteur de la santé à l'échelle régionale. Les décisions relatives aux budgets alloués aux régions et aux mécanismes de rémunération des médecins et du financement des hôpitaux sont prises à l'échelon national. Les systèmes de gestion des hôpitaux suivent par conséquent les principes de la déconcentration. Les administrations régionales de santé supervisent la prestation de soins de santé primaires et la gestion des hôpitaux, tandis que certaines décisions clés qui ont des conséquences sur le système de santé régional, sont prises à l'échelle nationale.¹⁰

(b) Délégation : transfert de responsabilités à un niveau organisationnel inférieur.

Dans ce cas de figure, les fonctions managériales et administratives et/ou le pouvoir d'introduire une politique sont transférés au niveau infranational, parfois par l'intermédiaire d'une entité paraétatique (de niveau national ou infranational) semi-indépendante. En principe, il s'agit des cas dans lesquels les pouvoirs et les responsabilités sont transférés du ministère de la Santé national à des entités qui peuvent ou non être sous la supervision directe de ce ministère. Ces entités ne peuvent être contrôlées que de manière indirecte.¹¹ D'autres exemples de décentralisation concernent un transfert de pouvoir d'une institution (nationale) gouvernementale à une institution (également

nationale) indépendante. Toutefois, il existe également des exemples de délégation de pouvoirs du niveau national au niveau infranational dans différents contextes décentralisés.

Les exemples suivants concernent les services de santé du Ghana et de la Zambie, et montrent que le transfert de responsabilités peut supposer une délégation du niveau national au niveau infranational ainsi que d'une institution publique nationale à une institution (non étatique) indépendante (qui peut être active à l'échelle nationale ou infranationale). Dans les deux cas, les principes clés restent les mêmes.

En 1996, le Ghana a adopté la Loi sur les services de santé et les hôpitaux universitaires (Health Service and Teaching Hospital Act) qui a introduit la décentralisation dans le secteur de la santé. Cette loi prévoit la décentralisation budgétaire du secteur de la santé, y compris la délégation des dépenses liées à la prestation de services de santé du ministère de la Santé nationale à une institution publique autonome, appelée Ghana Health Service (GHS). Le GHS est responsable de la mise en œuvre des politiques nationales de santé. Il désigne les membres des services administratifs régionaux et de district. Bien qu'il soit considéré comme une institution indépendante (« organe exécutif »), il est néanmoins tenu de rendre compte de ses activités auprès du ministère de la Santé. Le GHS a donc pour fonction de mettre en œuvre des politiques approuvées par le ministère de la Santé, telles que l'amélioration de l'accès à des services de santé de qualité grâce aux ressources qui lui sont allouées. Au milieu des années 1990, la Zambie a également

Les différentes catégories de décentralisation – déconcentration, délégation, dévolution – façonnent les arrangements infranationaux.

engagé un processus de décentralisation du secteur de la santé, en appliquant toutefois une approche quelque peu différente. La gestion du système de santé à l'échelle des districts est passée sous la responsabilité d'équipes de gestion sanitaire de district dont l'autonomie reste limitée, le ministère de la Santé conservant le pouvoir de nommer les membres des comités locaux et d'approuver les plans et budgets. La création du Comité central de la santé (Central Board of Health), relève également de ce processus de délégation. Ce Comité, et non les pouvoirs publics locaux, s'est vu attribuer la responsabilité d'une part importante des activités quotidiennes du système de santé, et donc la responsabilité opérationnelle du système de santé.^{12,13}

(c) Dévolution : transfert de l'autorité, y compris du pouvoir décisionnel, à un échelon politique inférieur

La dévolution se réfère au transfert légal du pouvoir et de la responsabilité (autorité) en matière de prise de décision, de financement et de gestion, du niveau national vers des gouvernements territoriaux indépendants.¹⁴

Les systèmes de santé de l'Irlande du Nord, de l'Écosse et du Pays de Galles sont distincts du système de santé anglais, suite à une réforme de dévolution engagée par le Royaume-Uni. Grâce à

cette réforme, les systèmes de santé sont sous l'entière responsabilité des nouveaux gouvernements démocratiquement élus des trois régions : « Des élus régionaux investis de compétences propres et redevables devant les citoyens qui les ont élus, ont désormais la responsabilité de fournir des services de santé et d'adopter des réformes [...] ».¹⁵

Dans les années 1990, l'Ouganda a engagé un processus de réforme et introduit une décentralisation politique et administrative qui ont eu des conséquences importantes dans le secteur de la santé. Les gouvernements locaux se sont vu attribuer d'importantes responsabilités en matière de prise de décision politique et administrative, et notamment le pouvoir de prélever des impôts. Dans un premier temps, les représentants élus des districts ont reçu la responsabilité de gérer l'ensemble des services de santé de leur territoire. Dans un second temps, des sous-districts de santé ont été créés afin de creuser davantage le processus de décentralisation, permettant une meilleure répartition des responsabilités d'un district à l'autre.¹⁶

Ainsi, les différentes fonctions inhérentes à un système de santé - le financement, la prestation de services, par exemple - sont assumées par différentes entités, à différents niveaux du système de santé en fonction du degré et des modalités de décentralisation.

Tableau 11.1 Caractéristiques de la décentralisation : degrés d'autonomie et examen

DEGRÉ D'AUTONOMIE	TRANSFERT DE...	IMPLIQUE :
Déconcentration	... la responsabilité à un niveau administratif inférieur, la plus grande part du leadership et du pouvoir décisionnel demeurant au niveau central	<ul style="list-style-type: none"> ▶ le transfert de certaines responsabilités du ministère de la Santé national à des institutions (administratives) infranationales chargées des questions de santé ; ▶ la création de structures de gestion infranationales pour les activités liées à la santé ; ▶ le leadership global qui reste au niveau national, mais sa mise en œuvre passe par des administrations infranationales qui relèvent des autorités nationales.
Délégation	... la responsabilité à un niveau organisationnel inférieur	<ul style="list-style-type: none"> ▶ le transfert des fonctions de gestion et des fonctions administratives et/ou du pouvoir d'introduire une politique à des niveaux infranationaux, dans certains cas à une entité paraétatique (nationale ou infranationale) semi-indépendante ; ▶ le transfert de l'autorité et des responsabilités du ministère de la Santé national à des entités qui peuvent, ou non, être sous la supervision directe de ce ministère ; ▶ un contrôle, de manière indirecte, des entités infranationales.
Dévolution	... l'autorité à un niveau politique inférieur	<ul style="list-style-type: none"> ▶ le transfert légal du pouvoir et des responsabilités (autorité) en matière de prise de décision, de financement et de gestion du niveau national à des autorités territoriales indépendantes.

En réalité, la décentralisation n'est pas un processus statique. Elle se définit au contraire par une relation dynamique entre le niveau national et le niveau infranational, avec des changements constants dans l'espace décisionnel des deux (ou plus) niveaux. Dans le cadre de la planification infranationale, cela signifie que les degrés d'autonomie varient selon les tâches et décisions qu'une entité infranationale peut être amenée à mettre en œuvre pour le système de santé. Au sein d'un même pays, des variations du degré d'autonomie peuvent être observées ce qui signifie que la planification infranationale peut ne pas être la même pour différentes entités infranationales. En général, les combinaisons d'ampleur/de portée et de degré d'autonomie des mécanismes de décentralisation s'expliquent par des différences de besoins ainsi que par des contextes politiques et historiques spécifiques.¹⁷

Enfin, il faut garder à l'esprit que le degré d'autonomie s'accompagne du transfert de certaines étapes du cycle politique et de planification du niveau national au niveau infranational. Ainsi, la déconcentration est davantage liée à la planification opérationnelle et au suivi à l'échelle d'une unité opérationnelle, car toutes les autres étapes du cycle sont traitées au niveau central. La délégation, en revanche, suppose de transférer davantage de responsabilités en matière de planification stratégique au niveau infranational. Quant à la dévolution, il s'agit de transférer l'intégralité du cycle au niveau infranational.

11.1.6 La planification infranationale dans un système centralisé peu réceptif

Ce chapitre porte principalement sur une forme institutionnalisée de planification infranationale ; il aborde la planification infranationale en lien avec l'existence d'un niveau national (fonctionnel). Pour autant, il est important de souligner que la mise en œuvre d'un processus de planification infranationale est possible même dans des endroits où le gouvernement national ne « fonctionnent » pas, comme cela peut être le cas dans un État fragile ou lorsque le pouvoir central d'un pays est trop éloigné des niveaux infranationaux et, par conséquent, qu'il n'est pas en mesure d'exercer

le leadership ou de donner des orientations. La planification infranationale peut alors servir à compenser les lacunes des autorités nationales et à maintenir ou à établir certains services publics. Dans les faits, ces environnements se caractérisent par une décentralisation de fait et, en conséquence, le district (ou autre entité infranationale) sanitaire peut potentiellement assumer le rôle de principale unité opérationnelle fonctionnelle dans le secteur de la santé,¹⁸ et compenser le manque de pouvoir normatif des autorités centrales (voir Encadré 11.2).

La planification infranationale peut permettre de compenser les lacunes des autorités nationales et de maintenir ou d'établir certains services publics dans les États fragiles ou lorsque le pouvoir central est trop éloigné des niveaux infranationaux.



© Shutterstock

Encadré 11.2

Les systèmes de districts sanitaires (ou districts de santé)

Un système de districts sanitaires est un exemple particulier de structure infranationale. Il peut s'agir de « structures existantes et fonctionnelles et de processus de gestion à l'échelle du district qui permettent de fournir des soins de santé essentiels à la population ». ¹⁹ Les systèmes de districts sanitaires s'appuient sur les principes des soins de santé primaires ²⁰ et prennent en considération la participation des communautés locales dans les processus ascendants de planification et développement des politiques. Ce système fournit des services de soins de santé primaires qui incluent des soins curatifs et préventifs, conformément aux besoins locaux et aux politiques nationales. ²¹

Le système de districts sanitaires est un élément du système national de santé. Il couvre un district, gouverné par les membres élus du comité de district. En fonction du degré de décentralisation, le comité peut être chargé de l'intégralité de la prestation de soins de santé et de la mise en œuvre des politiques à l'échelle du district. Dans de nombreux cas, le deuxième niveau (correspondant à l'échelon régional, par exemple) garantit le déploiement de politiques nationales (en matière de santé), la formation, le contrôle de la qualité et la coordination entre les districts.

Le système de de districts sanitaires ne se limite pas aux prestataires de services de santé publique, mais également aux prestataires

privés, aux organisations non gouvernementales (ONG), aux organisations religieuses et aux tradipraticiens œuvrant dans le district.

En République démocratique du Congo, par exemple, les systèmes de districts sanitaires se sont avérés résilients et solides durant la longue période de conflit et de troubles qu'a connue le pays dans les années 1990 et 2000. ²² Au cours de cette période, les conditions économiques, politiques et sociales ont eu des effets délétères considérables sur les performances du système de santé avec, en pratique, un niveau central inexistant pour toutes les questions infranationales. Pourtant, de nombreux districts ont su préserver leurs services de santé grâce à des infrastructures et à des solutions locales, ainsi qu'à un mode de fonctionnement solide à l'échelle du district. Ainsi, le district de santé de Rutshuru, dans la province du Nord-Kivu, a pu continuer à fournir des services de santé, même au plus fort du conflit, non seulement à destination de la population locale, mais également pour un grand nombre de réfugiés de provinces et de districts voisins, et ce malgré l'absence de gouvernance réelle des autorités centrales. ²³

11.1.7 Les causes sociales et les dynamiques politiques de la décentralisation

Dans la plupart des pays, la décentralisation est la conséquence de particularités historiques, politiques, sociales et géographiques spécifiques à chaque groupe de population d'un même pays. Les différences socioéconomiques et culturelles peuvent créer des tensions entre les groupes de population et la décentralisation offre des possibilités d'autonomie locale en vue d'apaiser ces tensions. Dans certains cas, la décentralisation peut même être un héritage de l'époque coloniale, et donc avoir été introduite dans le processus de constitution de l'État et de la nation par des acteurs extérieurs.

Un système de santé (politique et) décentralisé, formel et fonctionnel, peut créer les conditions pour une reconnaissance officielle de ces différences. S'agissant d'élaborer une stratégie pour la santé, les décideurs doivent tenir compte de certaines questions liées à l'économie politique de la décentralisation.

- ▶ L'élaboration d'une stratégie pour la santé consiste à prendre des décisions en fonction des priorités locales ou régionales qui peuvent être différentes des priorités nationales.
- ▶ Le contexte politique national détermine toujours, *in fine*, la structure institutionnelle de la décentralisation (ainsi que les processus de sa mise en œuvre)²⁴ et, par conséquent, les caractéristiques de la planification sanitaire, même au niveau infranational.
- ▶ La planification sanitaire et l'allocation des ressources peuvent devenir un enjeu encore plus politique dans un pays décentralisé au sein duquel des groupes de population expriment ouvertement des besoins différents.
- ▶ Les mécanismes légaux et constitutionnels sont des facteurs importants en vue de définir les rôles et responsabilités de chacun au cours du processus de planification, et ils doivent donc être pris en compte et suivis tout au long du cycle de planification.

▶ Dans certains cas, les obstacles liés à la décentralisation ne dépendent pas de difficultés propres à la planification ou aux processus, mais bien de la situation du pays plus généralement. Par exemple :

- ▶ *un système décentralisé* dans un environnement fragile : autorités centrales faibles contre autorités/gouvernance locales fortes ;
- ▶ *une décentralisation forcée* due à des obstacles géographiques : un pays divisé en plusieurs îles, des territoires divisés par des restrictions politiques (comme la Cisjordanie et la bande de Gaza) ;
- ▶ *la décentralisation* utilisée comme moyen pour atteindre d'autres objectifs politiques, comme la marginalisation de sous-groupes d'individus spécifiques ou par la création d'un nombre infini de sous-unités afin d'accroître la dépendance financière aux autorités nationales et affaiblir les capacités des sous-unités à exercer leurs responsabilités et à rendre des comptes.

Dans certains cas, le renforcement de l'autonomie que permet la décentralisation peut réduire les tensions et les divergences entre les groupes de population. Pour autant, les tensions et conflits entre groupes de population ou entre autorités nationales et infranationales peuvent continuer d'être inhérents à l'environnement politique d'un pays. Les orientations et suggestions de ce guide pratique reposent sur l'hypothèse que la communication et la coordination sont des principes essentiels de soutien à la planification sanitaire décentralisée. Elles peuvent par conséquent ne pas être applicables dans des situations de conflits marqués.

Dans la plupart des pays, la décentralisation est la conséquence de particularités historiques, politiques, sociales et géographiques spécifiques à chaque groupe de population d'un même pays.



11.2 Pourquoi est-il important d'élaborer une stratégie en santé au niveau infranational ?

11.2.1 Les effets positifs d'une plus grande redevabilité des politiques publiques envers les bénéficiaires des services publics

Le degré de redevabilité des décideurs est lié à leur capacité à prendre des décisions et, ainsi, à améliorer la prestation de services. La distance entre la décision et l'intervention est moindre à l'échelle infranationale, que ce soit en termes de temps ou de hiérarchie. Des études ont montré que la « redevabilité descendante » peut conduire à plus d'équité et d'efficacité.²⁵ Cette « redevabilité descendante » est beaucoup plus concrète au niveau infranational, où les décideurs sont beaucoup plus proches des populations qu'ils représentent et aussi, beaucoup plus intégrés. Par conséquent, le type et le degré de décentralisation déterminent dans une grande mesure les capacités des décideurs à exercer leurs responsabilités.²⁶ Par exemple, la pression sur les autorités infranationales peut s'accroître, car les citoyens peuvent évaluer les performances des autorités locales plus facilement que celles d'un gouvernement central et apprécier directement les services auxquels ils ont accès. La planification infranationale peut donc servir de moteur pour améliorer la fourniture de services durables.²⁷

11.2.2 Une mobilisation et une participation (sociale) accrues

Lorsque les décisions sont prises au niveau local et concernent le quotidien des individus, la population est davantage motivée à y prendre part. Les questions concrètes du secteur de la santé font l'objet de débats à l'échelle infranationale, parfois par le biais de mécanismes de participation officiels.²⁸ Cette contribution de la communauté est essentielle pour l'élaboration de stratégies en santé car elle permet d'assurer un lien solide entre les besoins et les souhaits des populations et la vision du pays en matière de santé.

La planification infranationale peut augmenter la participation communautaire au moyen de mécanismes d'inclusion locaux qui peuvent être adaptés en fonction des conditions locales. Il est nécessaire de prévoir des espaces formels pour pérenniser la participation de la communauté et prendre en compte l'opinion de la population pour la planification et dans le débat politique. Une approche de la planification décentralisée et proche de la population peut favoriser la création d'espaces de ce type.¹ Une étude portant sur la planification infranationale de la santé à Maharashtra, en Inde, montre que cela permet d'intégrer plus facilement les données factuelles obtenues à l'échelle de la communauté à la planification sanitaire, et de renforcer la robustesse de la planification en améliorant la capacité d'adaptation aux enjeux locaux, ainsi que le fonctionnement des établissements de santé.²⁹

La planification infranationale peut servir de moteur pour améliorer la fourniture de services durables.

Lorsque les décisions sont prises au niveau local et concernent la vie quotidienne des individus, la population est davantage motivée à y prendre part ; la planification infranationale peut augmenter la participation communautaire au moyen de mécanismes d'inclusion locaux qui peuvent être adaptés aux conditions locales.

¹ Voir le chapitre 2 « Consultation de la population sur ses besoins et ses attentes » de ce guide pratique pour une présentation détaillée.

11.2.3 Une flexibilité accrue

Des études de cas ont mis en évidence un lien positif entre l'élaboration d'une stratégie à l'échelle infranationale et une amélioration des résultats en matière de santé, qui tient surtout à l'utilisation de données factuelles plus solides à l'échelon local et d'une riposte plus adaptée aux problèmes.

La proximité avec les réalités et les conditions de vie des populations est un avantage considérable, car cela permet de s'adapter plus rapidement aux attentes et aux besoins locaux.³⁰ Par la même occasion, l'élaboration d'une stratégie sanitaire à l'échelle nationale peut bénéficier de la flexibilité et de l'adaptabilité aux contextes locaux grâce à une coopération étroite avec les autorités infranationales.

Diverses études de cas ont mis en évidence un lien positif entre l'élaboration d'une stratégie à l'échelle infranationale et une amélioration des résultats en matière de santé.³¹ Les effets positifs de la planification décentralisée tiennent principalement à l'existence de données factuelles plus solides car collectées, analysées et contextualisées à l'échelle locale, ainsi qu'à une riposte plus rapide et plus adaptée face à un problème.

11.2.4 Une meilleure résorption des déséquilibres géographiques et sociaux

L'allocation équitable des ressources, en particulier au bénéfice des régions les plus pauvres, est plus probable à un niveau infranational, dont les structures administratives sont plus proches des besoins de la population.³² Des études montrent que l'amélioration de la planification au bénéfice des pauvres à l'échelle infranationale tient notamment au fait que les autorités infranationales disposent d'informations supplémentaires sur les bénéficiaires, par rapport aux pouvoirs publics nationaux.³³

L'amélioration de l'accès aux services de santé dans les zones reculées sur un long terme peut être soutenue par la mise à disposition de moyens financiers et de capacités au niveau infranational. Ce niveau d'autorité dispose en effet de plus d'informations et est plus incité à intervenir, étant davantage redevable envers la population locale.

L'évaluation des besoins sanitaires locaux et les mesures prises localement pour y répondre au moyen d'une approche ascendante sont cruciales pour « l'efficacité d'allocation » à l'échelle nationale.³⁴ L'interaction des autorités locales avec la population sur des questions de santé, aide à concevoir une vision plus réaliste des obstacles que doit surmonter un pays dans le domaine de la santé.

11.2.5 Une meilleure collaboration ascendante, intersectorielle et multipartite

Le transfert de responsabilités et de l'autorité à un (ou plusieurs) niveau infranational peut accroître considérablement l'intégration horizontale de la santé, des services de santé et d'autres services et secteurs liés au secteur de la santé.³⁵ Au niveau infranational, les administrateurs de chaque secteur sont moins nombreux et la collaboration est souvent déjà fonctionnelle, car les différents acteurs se connaissent et sont proches des communautés. Par conséquent, la régionalisation du pouvoir décisionnel peut renforcer la coordination et la collaboration avec les institutions, les partenariats et les réseaux communautaires.

11.2.6 Une obligation légale

Dans les systèmes formellement décentralisés, la planification infranationale peut être prévue par la Constitution du pays et donc être une obligation légale au regard du système politique.

De plus, certains mécanismes politiques et économiques nécessitent une planification infranationale. Celle-ci peut ainsi être requise dans un système qui prévoit une décentralisation budgétaire. Lorsque la fiscalité locale ou les recettes collectées au niveau décentralisé sont la principale source de financement du secteur de la santé, il est nécessaire d'interagir avec les niveaux infranationaux et de tenir compte de leurs processus de planification afin de gérer convenablement l'allocation des ressources et leur utilisation.

La planification infranationale peut être prévue par la Constitution du pays et donc être une obligation légale au regard du système politique.

Encadré 11.3

Un exemple de système de santé décentralisé : développement et conception du système de santé brésilien

Historique

Le cheminement du Brésil vers la décentralisation a été progressif. Le Système de santé unifié (*Sistema Unico de Saude - SUS*) a été créé en 1990 d'après les principes de la Constitution de 1988 qui prévoit que « tout citoyen a le droit d'avoir accès à des soins de santé et que l'État doit fournir un accès universel et égalitaire à des services de santé ».³⁶ Le SUS a mis en place un système décentralisé de soins de santé publique, complété par une prestation privée de services où le gouvernement fédéral est responsable des politiques et des réglementations nationales, et les municipalités sont chargées de la planification sanitaire et de la fourniture de ces services.³⁷ Avant 1996, toutefois, les fonds fédéraux étaient alloués en fonction de la population et du nombre de prestataires plutôt qu'en fonction des besoins locaux.³⁸ Par conséquent, les municipalités plus riches et plus peuplées disposaient de plus de fonds et de prestataires et donc, de

meilleurs services de santé que les régions plus pauvres. La publication d'un ensemble de normes appelées *Normas Operacionais Basicas* (normes opérationnelles de base) en 1996 a permis de corriger ces inégalités en obligeant les municipalités à fournir à leur population un ensemble de services essentiels, réunis dans le *Piso Assistencial Basico* (PAB), et les autorités fédérales à soutenir financièrement ces services grâce à des fonds provenant principalement de taxes prélevées à l'échelle fédérale, des États et des municipalités.³⁹

Ainsi, la décentralisation budgétaire⁴⁰ s'est accompagnée de mesures destinées à fournir aux États une autonomie politique et administrative pour la gestion des politiques publiques. Cela signifie que la prise de décision en matière de santé a été transférée aux autorités infranationales.⁴¹

Le système de santé décentralisé actuel

Dans le cadre du SUS, le gouvernement fédéral est responsable principalement de l'élaboration des politiques nationales en matière de santé, en plus du suivi et de l'évaluation, de la gestion des relations entre le secteur privé et le secteur public et du soutien financier aux administrations décentralisées du secteur de la santé. Au niveau national, le ministère de la Santé dispose de représentants, connus sous le nom de Secrétariats, au sein des administrations infranationales (au niveau de chaque État et municipalité) pour garantir le fonctionnement du système de santé, en particulier s'agissant de la responsabilité budgétaire et de la gestion des ressources. Bien que la planification sanitaire relève en priorité des municipalités, les décisions nationales de planification et d'allocation des ressources sont prises tous les quatre ans, lors des Conférences nationales sur la santé. Le Brésil se divise en 26 États, comprenant en tout 4 390 conseils municipaux

de santé, ce qui constitue un réseau important qui s'étend sur tout le pays.⁴² La planification à l'échelle municipale comprend l'élaboration d'un budget et de plans pour l'allocation des ressources, en plus de la gestion et de la planification des ressources humaines.⁴³ Les services de prestation des soins primaires sont sous l'autorité du Programme de santé familiale du Brésil, qui est organisé au niveau municipal. Ce programme fournit non seulement des soins de santé primaires par des professionnels de santé, mais dispose également d'une composante de sensibilisation dans lequel la communauté est encouragée à jouer un rôle actif. La décentralisation de l'autorité en matière de santé au niveau local a ainsi permis d'accroître la mobilisation des ressources et de donner aux administrations municipales un rôle plus actif dans la prestation des services.⁴⁴⁻⁴⁶



11.3 Quand faut-il envisager une planification à l'échelle infranationale au cours du cycle de planification ?

Les autorités nationales chargées de la planification doivent prendre en considération la planification infranationale à chaque étape du cycle de politique et de planification. Pour autant, il est crucial de tenir compte dès le début des mécanismes et du calendrier de la planification infranationale, en lien avec le processus général de planification sanitaire. Les contributions des acteurs au niveau infranational sont essentielles pour l'élaboration du plan national de santé d'ensemble. Dans le même temps, la collaboration des autorités nationales aux processus de planification infranationale est nécessaire pour garantir la cohérence au sein des structures infranationales et entre les régions, ainsi que pour permettre le regroupement de données et d'informations à l'échelle nationale.

Les dimensions et la portée de la décentralisation, ainsi que le degré d'autonomie accordé à l'entité chargée de la planification, sont autant de facteurs déterminants des processus de planification infranationale, le déroulement de leur élaboration et leur calendrier. Les autorités nationales et infranationales chargées de la planification doivent en tenir compte tout au long du cycle de planification.

Tout au long du cycle de planification, les autorités nationales et infranationales chargées de la planification doivent tenir compte des dimensions et de la portée de la décentralisation, ainsi que du degré d'autonomie accordée à l'entité chargée de la planification.

11.4 Qui doit prendre part à la planification infranationale ?

Toutes les parties prenantes intervenant dans le processus national de planification sanitaire, qu'elles fassent ou non partie du ministère de la Santé, doivent prêter attention à la structure décentralisée du système de santé et à ses conséquences sur la planification nationale et infranationale.

Toutes les parties prenantes impliquées dans le processus de planification nationale de la santé, qu'elles fassent ou non partie du ministère de la Santé, doivent prêter attention à la structure décentralisée du système de santé et à ses conséquences sur la planification nationale et infranationale (voir Tableau 11.2). Les acteurs non gouvernementaux et les partenaires extérieurs (agences des Nations Unies, organisations bilatérales, par exemple) qui soutiennent le processus de planification doivent tenir compte du système de décentralisation et agir conformément au cadre réglementaire qui le régit. Pour cela, il importe de fonder les programmes et interventions sur les documents stratégiques nationaux (par exemple, le PSPNS), mais également à partir des structures institutionnelles, des stratégies et des plans infranationaux. Le ministère de la Santé a une fonction spécifique de supervision qui consiste à apporter des orientations et un appui permettant le renforcement des capacités dont disposent les entités infranationales, assurant ainsi une cohérence globale avec la vision nationale du secteur de la santé.

En outre, il est nécessaire de faire le lien avec certains acteurs qui n'interviennent qu'au niveau national (ministère de la Santé fédéral, groupes parlementaires, ministère des Finances et de la

Planification, associations professionnelles, par exemple) ou infranational (ministère de la Santé d'un État, organisations et associations professionnelles locales) au contexte global décentralisé du pays et de les inclure dans les processus de dialogue entre les différents niveaux organisationnels.

Toutefois, les rôles spécifiques ainsi que le type d'acteurs concernés par la planification décentralisée dépendent du contexte du pays et du type de décentralisation (l'implication, la fonction et la responsabilité étant proportionnelles au degré d'autonomie, qui va de la déconcentration à la dévolution, en passant par la délégation). Par exemple, le niveau d'implication du ministère de la Santé national, et par conséquent son rôle dans le processus de planification, varie en fonction du degré, de la portée et des dimensions de la décentralisation.

Tableau 11.2 Les parties prenantes et leurs rôles dans l'élaboration d'une stratégie pour la santé au niveau infranational

ACTEUR	NIVEAU	RÔLE
Ministère de la Santé (fédéral)	Échelon national : premier niveau	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Respecter et assurer le fonctionnement du système de santé décentralisé conformément à la Constitution du pays et à ses implications pour la planification infranationale et nationale ▶ Suivre, guider et soutenir les niveaux infranationaux si la Constitution le prévoit ▶ Servir d'intermédiaire entre les autres secteurs à l'échelon national
Département régional de la santé	Échelon infranational : deuxième et/ou troisième niveau	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Jouer le rôle d'institution intermédiaire pour soutenir tous les niveaux du gouvernement et interagir avec les institutions infranationales non étatiques engagées pour qu'elles puissent remplir leurs missions ▶ Assumer les responsabilités attribuées à l'échelon infranational dans le cadre du processus de décentralisation ▶ Servir d'intermédiaire entre les autres secteurs à l'échelon infranational
Partenaires de développement internationaux (agences des Nations unies, agences bilatérales, ONG internationales)	Entités extérieures : mobilisation possible à l'échelon national (premier niveau) et/ou à l'échelon infranational (deuxième ou troisième niveau)	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Intervenir et apporter un appui conformément au cadre réglementaire régissant la décentralisation ▶ Fonder les interventions sur les documents stratégiques nationaux et infranationaux (planification sanitaire au niveau du district, par exemple)
Institutions nationales ^{II} non étatiques (secteur privé, ONG, établissements universitaires, organisations de la société civile)	Entités intérieures : mobilisation possible à l'échelon national (premier niveau) et/ou à l'échelon infranational (deuxième ou troisième niveau)	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Respecter les mécanismes institutionnels de coopération et de coordination prévus par le processus de décentralisation ▶ Apporter un appui conforme au cadre réglementaire régissant la décentralisation

^{II} Par opposition à « internationales », sans indication de leur niveau organisationnel au sein de l'État.

11.5 Comment élaborer une stratégie en santé au niveau infranational ?

Une planification sanitaire pérenne et inclusive est une question importante pour tous les niveaux de l'État. Par conséquent, la planification infranationale concerne toutes les étapes du cycle de politique et de planification. Cette section aborde chacune de ces étapes en lien avec la planification infranationale et présente des recommandations concrètes et les aspects à prendre en considération.

11.5.1 Consultation de la population

Consulter la population à l'échelle nationale dans un système décentralisé

Rien ne s'oppose à une consultation de la population^{III} dans un système décentralisé. La possibilité et les modalités légales d'une consultation dépendent de la Constitution et du cadre légal du pays, qui déterminent également les responsabilités des différents niveaux du système de santé à cet égard.

Impliquer les niveaux infranationaux et garantir un suivi infranational adapté

Des structures de planification décentralisées peuvent améliorer considérablement une consultation nationale de la population. L'engagement infranational à une consultation nationale offre la possibilité d'une interaction plus étroite avec la population. Les modalités de consultation doivent être aussi adaptées que possible à la situation infranationale, en particulier aux zones les moins desservies et les plus difficiles à atteindre. En outre, le suivi de la consultation doit s'appuyer sur une collaboration étroite avec les autorités et les décideurs infranationaux pour une restitution spécifique des résultats de la consultation sur les questions qui les concernent et les intéressent particulièrement.

Les autorités nationales doivent profiter des connaissances et de la sensibilisation des institutions infranationales aux conditions de vie et de santé des populations locales. Par conséquent, les entités locales peuvent contribuer à améliorer la conception et le suivi du processus de consultation, ainsi que des PSPNS, en fonction des priorités identifiées lors de la consultation.

Les personnes vivant dans des zones isolées et difficiles à atteindre ainsi que les sous-catégories de populations marginalisées et vulnérables doivent être intégrées au processus de consultation par le biais des acteurs locaux avec qui elles ont construit une relation de confiance. À cet égard, les structures de planification infranationales doivent être utilisées, car elles peuvent permettre d'établir un lien local et régional solide avec les institutions nationales, qui n'ont pas forcément le même type d'accès à la population locale.

Adapter et transposer l'approche méthodologique (nationale) aux niveaux infranationaux

Dans certains pays, les méthodes d'enquête doivent être choisies en fonction de critères déterminés par le cadre légal et constitutionnel. Par exemple, un référendum à l'échelle du pays peut être contraire à la loi, mais d'autres méthodes peuvent être tout à fait autorisées. Il importe de garder à l'esprit que la méthodologie d'enquête choisie doit :

- ▶ correspondre à une répartition claire des rôles et des responsabilités entre les autorités nationales et infranationales ou autres, et garantit une représentativité durant les phases de préparation et de suivi de la consultation ;
- ▶ tenir compte des spécificités des différentes communautés - langues, conditions de vie, questions liées aux rapports hommes/femmes, accès à certains services - qui peuvent être dues aux différences socioéconomiques et culturelles entre chaque région.

^{III} Voir le chapitre 2 « Consultation de la population sur ses besoins et ses attentes » de ce guide pratique pour une présentation détaillée.

Lorsqu'on entreprend une consultation de la population à l'échelle infranationale, il est important d'impliquer les autorités nationales, de reconnaître qu'un soutien en termes de capacités et de ressources supplémentaires peut s'avérer nécessaire et d'envisager les résultats de la consultation dans une perspective à long terme, aussi bien au niveau national qu'infranational.

Exemple de consultation de la population en Suisse

Le système de santé suisse se caractérise par une forte décentralisation. Les cantons, qui constituent l'échelon infranational du pays, disposent d'un haut degré d'autonomie et prennent part en continu au processus de décision politique national.⁴⁸ Ils sont responsables des soins de santé, y compris de leur financement, et consultent régulièrement la population afin de donner aux citoyens un rôle important dans la santé. De plus, des référendums initiés par la population sont régulièrement organisés et les citoyens sont appelés à prendre des décisions dans le domaine de la santé. En 2007 et en 2014, par exemple, la population a dû se prononcer sur la suppression des caisses d'assurance privées à but non lucratif et sur la création d'une caisse unique gérée à l'échelle nationale par les pouvoirs publics.⁴⁹ La population a rejeté cette proposition à deux reprises, et les cantons restent donc chargés des systèmes de financement de l'assurance santé, démontrant ainsi l'influence des citoyens dans un système décentralisé.⁵⁰

Aspects spécifiques à prendre en considération pour l'organisation d'une consultation de la population à l'échelle infranationale

Même lorsqu'il s'agit de consulter la population à l'échelle infranationale, certaines questions doivent être prise en considération.

Mobiliser le niveau national

La mobilisation de tous les niveaux de l'État est essentielle, même à l'échelon infranational. Le niveau national peut apporter un soutien technique, contribuer à la coordination, assurer la cohérence et le partage de l'information entre les entités infranationales pour orienter les processus de planification nationale. Il est crucial d'avoir une bonne coordination des parties prenantes impliquées, à la fois sur le plan vertical (tous les niveaux de l'État) et horizontal (parties prenantes concernées ou chargées du pilotage)⁴⁷, en particulier lorsque la consultation n'est pas directement réalisée par le ministère de la Santé. Dans les contextes où apparaissent des tensions entre les niveaux national et infranational, cette implication doit être attentivement étudiée, en mettant l'accent sur la participation de tous les niveaux des pouvoirs publics, et les termes de référence doivent être précis et approuvés par toutes les parties.

Apporter un appui supplémentaire pour le renforcement des capacités et des ressources pour organiser une consultation de la population à l'échelle infranationale

Dans le cas où la consultation de la population ne concerne qu'un État^{IV} ou une région spécifique, les autorités locales qui l'organisent peuvent se tourner vers les pouvoirs publics nationaux pour obtenir un appui en ressources humaines, financier, ainsi qu'un soutien pour le renforcement des capacités afin de concevoir et de gérer au mieux la consultation.

Restituer les résultats de la consultation à l'échelle nationale et infranationale

Les résultats de la consultation doivent être mis à disposition des parties prenantes de tous les niveaux

de l'État. Les méthodes de diffusion doivent permettre une restitution adaptée des résultats, d'une manière qui soit compréhensible, utilisant un langage simple et sans jargon technique. Cela suppose une communication claire en ce qui concerne la suite à donner aux résultats et la façon dont ils amèneront à définir des priorités qui seront intégrées dans le processus de planification afin d'élaborer un plan axé sur les demandes.

Les pouvoirs publics nationaux et infranationaux sont responsables envers la population des résultats de la consultation, indépendamment de l'échelon auquel la consultation a été organisée. Il est préférable de concevoir la consultation comme une première étape pour mettre en place des revues régulières du secteur de la santé nationale. Par conséquent, les processus de revue à l'échelle nationale doivent être élaborés de sorte à inclure les résultats des processus de consultation à l'échelle infranationale, et inversement.

^{IV} Le terme « État » désigne les entités publiques infranationales. Pour certains pays, un autre terme pourrait mieux convenir (« district », par exemple), mais, à des fins de simplification, seul le terme « État » sera employé dans ce

chapitre. Les différentes responsabilités politiques et administratives de ces États selon les pays ne peuvent être abordées ici.

11.5.2 Analyse de situation

Mener une analyse de situation à l'échelle nationale dans un système décentralisé

L'analyse de situation est une étape essentielle pour la planification sanitaire nationale.^V Toutefois, pour mener une analyse de situation complète et inclusive, en particulier dans un système décentralisé, la planification infranationale et ses caractéristiques doivent être prises en compte. Comme dans l'étape de consultation de la population, une analyse de situation à l'échelle nationale peut tirer d'importants bénéfices de la proximité avec la population que la planification infranationale peut offrir.

L'amélioration des politiques nationales grâce aux éléments probants obtenus à l'échelle infranationale

Une analyse de situation entreprise à l'échelle infranationale peut avoir un impact positif au niveau national sur les politiques et les décisions fondées sur des données probantes. Les approches infranationales peuvent répondre aux préoccupations locales, prendre en compte des informations et des données locales pour l'élaboration des politiques, la définition des priorités et l'allocation des ressources, et donc rendre les PSPNS plus adaptables aux niveaux infranationaux, augmentant ainsi la probabilité d'une mise en œuvre

réussie. Les résultats d'une analyse de situation peuvent soutenir tous les niveaux de l'État dans l'exercice de leurs responsabilités s'agissant de la planification et de la prise de décision, grâce à des liens transversaux et au partage d'informations.

L'acceptation des conclusions de l'analyse de situation à tous les niveaux du système de santé

Veiller à ce que les résultats de l'analyse de situation menée à l'échelle nationale soient acceptés par tous les niveaux repose avant tout sur la participation et la représentation adaptée de toutes les parties prenantes (gouvernementales ou non), aussi bien à l'étape de préparation que du suivi de l'analyse de situation. Il importe, au préalable, de définir précisément les rôles et les responsabilités des parties prenantes nationales et infranationales. Les parties prenantes qui ont un pouvoir de négociation plus faible (parce qu'elles n'ont pas les capacités suffisantes ou qu'elles ne sont représentées que dans un État/une région) peuvent se voir attribuer un rôle plus important dans le suivi de l'analyse de situation.

^V Pour une présentation détaillée de ce sujet, voir chapitre 3 « Analyse de situation du secteur de la santé » de ce guide pratique

Aspects spécifiques à prendre en considération pour réaliser une analyse de situation à l'échelle infranationale

Une analyse de situation à l'échelle infranationale doit bénéficier des contributions du niveau national

Même dans le cas d'une analyse de situation à l'échelle infranationale, la participation des autorités nationales peut se révéler constructive et, dans la mesure du possible, doit être assurée. La coordination et la communication entre les différents niveaux sont importantes en vue d'élaborer une méthodologie adaptée et d'aborder les problèmes qui concernent le niveau infranational, mais qui nécessitent une expertise ou des informations susceptibles d'être disponibles ailleurs.

Prendre en compte l'avis de la communauté : une opportunité à saisir

À l'échelle nationale, il est difficile d'intégrer l'opinion des citoyens dans le cadre d'un processus de planification global. Au niveau infranational, c'est davantage possible, grâce à la proximité des autorités infranationales avec les utilisateurs du système de santé. Cette opportunité ne doit pas être sous-estimée : intégrer les leaders communautaires, les familles et les patients dans le processus de planification local peut générer des bénéfices considérables en matière d'utilisation des services de santé et de satisfaction des patients.⁵¹ Cette démarche est plus réaliste à l'échelon infranational.

Encadré 11.5

L'analyse de situation à l'échelon infranational au Brésil

Dans le Système de santé unifié du Brésil, la responsabilité de la planification sanitaire semestrielle et annuelle incombe principalement au niveau municipal.^{52,53} Les résultats des analyses de situation à l'échelle des villes et des États jouent un rôle essentiel dans le processus de planification sanitaire nationale, qui est organisé tous les quatre ans pour ajuster les orientations et des réglementations en matière de santé, ainsi que pour décider de l'allocation des ressources.⁵⁴ La Conférence nationale sur la santé réunit des représentants des 26 États du Brésil et de 4 390 conseils municipaux de santé pour examiner les résultats des analyses et débattre de décisions politiques relatives à la santé. Les échanges commencent à l'échelon des comités municipaux au début de la conférence avant de se poursuivre à un niveau plus élevé. Les analyses de situation à un échelon inférieur au Brésil apportent des résultats précieux qui permettent de mettre en évidence les réalités locales à l'intention des comités des États et des pouvoirs publics nationaux.⁵⁵

À l'échelle nationale, il est difficile d'intégrer l'opinion des citoyens dans le cadre d'un processus de planification global. Au niveau infranational, c'est davantage possible, grâce à la proximité des autorités infranationales avec les utilisateurs du système de santé.

11.5.3 Définition des priorités^{VI}

Définir les priorités à l'échelle nationale dans un système décentralisé

Les autorités de planification infranationale connaissent et comprennent bien la situation à l'échelle locale, ce qui constitue un avantage indéniable pour interpréter les données locales.

Les autorités de planification infranationale connaissent et comprennent bien la situation à l'échelle locale, ce qui constitue un avantage indéniable pour interpréter les données locales.

Un processus national de définition des priorités^{VI} doit garantir des stratégies de communication et de diffusion adaptées au niveau infranational, en particulier lorsque les priorités choisies ne sont pas pertinentes dans certains contextes infranationaux. Les activités de communication sur les priorités et les orientations stratégiques d'un pays en matière d'intervention sanitaire sont plus efficaces lorsqu'elles sont menées par des acteurs infranationaux qui peuvent réunir les informations en fonction des intérêts et des besoins locaux.

Programmes verticaux

Les cycles de planification des programmes de santé verticaux sont souvent différents de ceux des PSPNS. Il peut arriver que les priorités des programmes verticaux aient déjà été fixées et que des ressources aient déjà été réservées à ces programmes avant que le processus de définition des priorités du secteur global de la santé ne soit mis en œuvre. Cela peut se présenter de manière plus marquée au niveau infranational, où les priorités définies à l'échelle nationale pour l'ensemble du secteur de la santé peuvent manquer de pertinence au regard des priorités fixées de fait dans le cadre de solides programmes verticaux accompagnés de financements.

La solution réside dans une meilleure coordination entre les programmes verticaux et les départements (transversaux) du ministère de la Santé nationale, ainsi qu'avec les autorités sanitaires infranationales. Au niveau national, le

ministère de la Santé doit jouer un rôle important de coordination et de facilitation, et promouvoir l'intégration et l'harmonisation des nationaux, infranationaux et programmatiques.

Identification des demandes et des besoins en santé - différences entre les entités infranationales

Les besoins et les demandes de la population, ainsi que les priorités de santé qui en découlent, peuvent varier entre différentes entités infranationales. En particulier lorsque le processus de décentralisation trouve son origine dans des divisions sociales ou culturelles, il importe de garder à l'esprit que les généralisations appliquées à l'échelle nationale ne doivent pas être décidées à partir d'un nombre limité d'entités infranationales.

Aspects spécifiques à prendre en considération pour définir les priorités à l'échelle infranationale

Trouver l'équilibre entre les priorités nationales et infranationales

Pour définir des priorités, il est nécessaire de bien comprendre la situation du secteur de la santé local. Dans bien des cas, des priorités ont également été fixées à un niveau supérieur à celui du district : au niveau régional, national, parfois, ou même à un niveau transnational ou mondial. Or, ces priorités ont des conséquences sur le processus local de détermination des priorités.

Un long exercice de définition des priorités n'est pas forcément nécessaire s'il existe un accord au niveau national, avec une participation des acteurs infranationaux, pour que certaines activités soient

^{VI} Voir le chapitre 4 « Définition des priorités des politiques, stratégies et plans nationaux de santé » de ce guide pratique.

considérées comme prioritaires. Par exemple, un district participera vraisemblablement aux efforts mondiaux pour l'éradication de la poliomyélite si le pays et le secteur national de la santé l'ont décidé, et ont attribué des fonds à cette fin.

Par conséquent, une coopération étroite avec les autorités nationales chargées de la planification sanitaire durant le processus de définition des priorités est vitale. Il est nécessaire d'adapter les priorités lorsqu'il existe des différences réelles de profils épidémiologiques ou de conditions socioéconomiques : il est inutile de faire de la schistosomiase, par exemple, une priorité nationale dans les régions où la maladie n'est pas présente.

Trouver des méthodes adaptées de communication de suivi

Compte tenu de la complexité du processus de définition des priorités - les ressources étant limitées et la demande élevée -, il est essentiel de recourir à une communication et un suivi rationnels des mesures prises, en particulier à l'échelle infranationale où les décideurs et la population sont proches et ont des liens de confiance. Les individus peuvent ne pas comprendre pourquoi les services de santé dans d'autres régions du pays sont prioritaires par rapport à leurs propres besoins. De plus, dans les pays caractérisés par un fort sentiment d'appartenance infranational, les rivalités entre les États ou les régions peuvent exacerber les incompréhensions et les fausses perceptions. Dans une telle situation, il convient de mettre l'accent sur la diffusion d'informations relatives aux critères utilisés pour définir les priorités et allouer les ressources, et mettre en œuvre des mécanismes de suivi.

Encadré 11.6

La définition des priorités en Ouganda

En Ouganda, des membres désignés de la communauté sont nommés pour représenter la population au sein de comités techniques chargés de prendre des décisions dans le domaine de la santé en veillant à ce que les priorités locales soient correctement prises en compte dans la planification ascendante.⁵⁶ Dans le système décentralisé de l'Ouganda, les structures de planification participative sont puissantes et les représentants au niveau des districts ont un pouvoir décisionnel en ce qui concerne la définition des priorités. Des inquiétudes persistent néanmoins, notamment sur l'indépendance financière des échelons inférieurs impliqués dans la définition des priorités, sur la capacité des districts à jouer un rôle accru dans le processus, ainsi que sur les luttes qui en résultent en vue de fixer efficacement des priorités.⁵⁷ Les efforts pour améliorer la communication entre les différents niveaux du système et renforcer la participation de la population au-delà de ses représentants - par exemple, en encourageant les initiatives locales - ont fait l'objet d'échanges afin de lutter contre ces préoccupations et d'intégrer davantage les besoins de la communauté dans les priorités.

11.5.4 Planification stratégique

La planification stratégique^{VII} adopte une perspective générale qui tient compte de l'ensemble du secteur pour identifier des interventions, en déterminer les étapes et établir un calendrier.

Mettre en œuvre une planification stratégique à l'échelon national dans un système décentralisé

Les plans et stratégies infranationaux doivent être reconnus

Les plans infranationaux (établis au niveau des États ou des districts, par exemple) orientent les décisions locales et les processus de mise en œuvre. Ces plans doivent être pris en compte au cours du cycle de planification national et doivent jouer un rôle de premier plan à l'étape de planification stratégique, lorsqu'il est question de traduire les priorités en cibles. Par exemple, une analyse de l'ensemble des plans infranationaux peut être utilisée comme base pour comprendre les besoins et les demandes en santé à l'échelle infranationale et, d'une manière générale, du pays.

La cohérence et la communication entre les différents niveaux des pouvoirs publics doivent être renforcés

En général, le processus de planification stratégique n'est pas un exercice linéaire. Il se caractérise au contraire par des mouvements circulaires, qui vont des besoins et demandes identifiés au niveau local aux priorités et cibles identifiées au niveau national, et inversement. Cela fonctionne ainsi dans tous les contextes. Toutefois, dans un contexte décentralisé, il existe plusieurs niveaux de décideurs (à l'échelon national et infranational), ce qui rend plus complexe ce va-et-vient (par comparaison avec un système plus centralisé où, en dernière instance, c'est l'autorité centrale qui prend la décision). Les moyens de communication entre les différents niveaux durant cette phase de planification doivent être précisés et accessibles à toutes les parties. Ils doivent aussi reposer sur des ressources suffisantes tout en tenant compte des investissements nécessaires.

Une révision du plan national stratégique dans un système décentralisé peut être plus difficile

Une révision du plan stratégique, à la suite d'une modification des priorités durant la mise en œuvre du plan par exemple, peut s'avérer relativement complexe dans un système décentralisé. Une révision peut perturber la fourniture de services au niveau local ou avoir des conséquences négatives sur le maintien des plans infranationaux, comme ceux adoptés au niveau des États ou des districts.

Par conséquent, les révisions réellement nécessaires doivent être adoptées en suivant une méthode inclusive et participative similaire au processus de planification stratégique initial, et qui intègre tous les niveaux de gouvernance du secteur de la santé (voire d'autres secteurs, le cas échéant, comme les représentants du ministère de l'Environnement, du ministère des Transports, du ministère de l'Éducation, etc.).

Aspects spécifiques à prendre en considération pour la planification stratégique au niveau infranational

Une planification stratégique infranationale fidèle s'effectue principalement dans un système décentralisé disposant d'une structure fédérale robuste. Le niveau national peut se limiter à apporter des orientations correspondant à la vision globale du secteur de la santé, et laisser aux structures fédérales le soin de les préciser concrètement. Au Canada, par exemple, les autorités de santé régionales ont pour mandat légal de planifier la coordination et la continuité des soins parmi une multitude d'organisations et de fournisseurs de services de santé dans une zone géographique définie.⁵⁸ Bien qu'une orientation stratégique générale soit fixée par les ministères de la Santé des provinces, la planification détaillée et la coordination sont mises en œuvre par les autorités de santé à l'échelle régionale. En Inde, les États entreprennent des processus de planification indépendamment du niveau central, comprenant les

Les moyens de communication entre les différents niveaux dans le cadre d'un processus de planification stratégique doivent être précisés et accessibles à toutes les parties. Ils doivent aussi reposer sur des ressources suffisantes tout en tenant compte des investissements nécessaires.

^{VII} Pour une présentation détaillée, voir le chapitre 5 « Planification stratégique : traduire les priorités en plans nationaux » de ce guide pratique.

principales stratégies et activités ainsi que les besoins budgétaires et les résultats sanitaires.⁵⁹

Connaître les ressources disponibles

Les objectifs et les cibles de tout plan stratégique doivent correspondre au budget disponible. Dans le cadre d'un système décentralisé, il peut s'avérer plus difficile de déterminer ce qui est « disponible ». Les niveaux infranationaux peuvent recevoir des fonds du niveau national, collecter leurs propres recettes et/ou recevoir des aides extérieures. Il importe de connaître le calendrier d'obtention des fonds (en particulier ceux qui émanent du niveau national) et les restrictions ou modalités d'obtention des fonds qui pourraient compliquer la situation du budget au niveau infranational. Il faut également prévoir du personnel et adapter le calendrier général en conséquence afin de pouvoir s'appuyer sur une vision d'ensemble solide des fonds disponibles et des échéances de décaissement.

En Inde, par exemple, les États soumettent un plan détaillé aux autorités nationales. Tous les plans des États font l'objet d'une négociation collective avec les autorités nationales pour déterminer le montant des enveloppes budgétaires attribuées à chaque État. Ces ressources sont ensuite allouées à chaque État en plusieurs tranches, en fonction de l'utilisation qu'ils en font et de leurs dépenses.^{VIII}

Lier le niveau national au niveau infranational

Bien que la planification stratégique infranationale puisse être parfaitement indépendante des processus nationaux, les plans stratégiques infranationaux doivent être liés au plan stratégique global du secteur de la santé au niveau national, et inversement. Il est par conséquent crucial de faire coïncider le calendrier des processus de planification infranational et de veiller à la transparence de ces processus (cohérence et communication).

^{VIII} OMS, Bureau de l'OMS en Inde (communication personnelle)

Encadré 11.7

Les plans infranationaux alimentent le processus de planification stratégique nationale : le cas de la République unie de Tanzanie

Les comités de gestion des établissements de santé et les conseils chargés de la gestion des services de santé communautaires en République unie de Tanzanie jouent un rôle essentiel dans la planification sanitaire à l'échelon communautaire dans le cadre du système de santé décentralisé du pays.⁶⁰ Les comités de gestion des établissements de santé servent de plateforme pour l'élaboration de plans locaux par les membres de la communauté.⁶¹ Cela permet de mettre en évidence les besoins de la communauté et d'y répondre. Une fois les plans de santé et les budgets fixés à l'échelon local, ils sont soumis pour approbation aux conseils de district, qui sont également chargés du suivi et de l'examen des rapports sur les progrès en matière de santé. Le transfert de la planification sanitaire aux autorités infranationales est prévu par la Loi de réforme des autorités locales de 1998 et par les plans nationaux de santé de la République unie de Tanzanie. Les plans locaux alimentent le processus de planification stratégique national par une planification ascendante, et pour soutenir les objectifs nationaux tels que la réduction de la pauvreté, l'accent est mis sur l'amélioration de la qualité des soins et le renforcement de l'accès aux soins de santé.⁶²



11.5.5 Planification opérationnelle

Entreprendre une planification opérationnelle au niveau national dans un système décentralisé

Les centres budgétaires et les unités opérationnelles qui mettent en œuvre une planification opérationnelle à l'échelon national doivent tenir compte des besoins infranationaux, conformément à la compétence et à la portée de l'action des institutions.

Clarifier la source de financement

Lorsque les entités de niveau national sont chargées d'activités qui relèvent du niveau infranational, les acteurs des deux niveaux doivent activement s'impliquer dans l'exercice de planification opérationnelle pour le centre budgétaire de niveau national. Dans ce cas, il faut tout d'abord préciser la provenance des ressources pour ce processus. Tout particulièrement pour les activités de suivi des recommandations, la source des financements nécessaires (budget national ou budgets/contributions infranationales, par exemple) doit toujours être clairement identifiée.

Aligner les divers plans opérationnels avec la stratégie nationale

Une stratégie adoptée à l'échelon national ou d'un État s'accompagne de plusieurs plans opérationnels – à l'échelle nationale, à l'échelle infranationale et même à l'échelle locale. Il est essentiel de veiller à ce que les plans opérationnels locaux et infranationaux soient en phase avec les plans opérationnels nationaux et les PSPNS. Quels que soient les niveaux et les degrés de décentralisation du système de santé, le ministère de la Santé national, lorsqu'il en a la possibilité constitutionnelle et politique, peut vouloir orienter et superviser les opérations en vue de garantir leur cohérence.

Aspects spécifiques à prendre en compte pour la planification opérationnelle à l'échelon infranational

Gérer la complexité lors de l'élaboration des plans opérationnels à l'échelon local et infranational

Dans un cadre (fortement) décentralisé, la planification opérationnelle élaborée niveaux local et infranational est transmise à l'échelon supérieur pour consolidation, par le biais d'un processus ascendant. L'élaboration et la consolidation de ces plans opérationnels infranationaux nécessitent des capacités et des ressources humaines et financières considérables. Il peut être nécessaire pour les niveaux infranationaux et locaux de demander aux échelons régionaux ou nationaux un soutien sous la forme de capacités supplémentaires. Compte tenu des différences en ce qui concerne les problèmes de chaque État dans le domaine de la santé, tous les plans opérationnels nécessitent des connaissances spécifiques et une compréhension précise de la situation. Le niveau national peut fournir aux niveaux infranationaux une aide non négligeable en vue d'élaborer et de consolider les plans, grâce à une expertise technique et en assumant un rôle de modérateur, tout en acceptant que le niveau infranational ait le dernier mot sur les décisions prises.

Coordonner les plans opérationnels infranationaux avec les postes budgétaires nationaux

Dans l'idéal, les catégories des plans opérationnels doivent correspondre aux postes budgétaires nationaux (« plan comptable ») de l'autorité de financement, par exemple le ministère des Finances à l'échelon national et le bureau local du Trésor au niveau du district. En pratique, toutefois, les parties prenantes à la planification sanitaire observent souvent que les lignes du budget national sont peu adaptées aux enjeux du district. Un compromis peut consister à réaliser un « exercice de traduction » en ajoutant à la matrice du plan opérationnel une colonne supplémentaire pour les postes budgétaires nationaux.

Les centres budgétaires et les unités opérationnelles qui mettent en œuvre une planification opérationnelle à l'échelon national doivent tenir compte des besoins infranationaux, conformément à la compétence et à la portée de l'action des institutions.

11.5.6 Estimation des coûts et budgétisation

L'estimation des coûts et la budgétisation^{IX} nécessitent un haut niveau d'expertise de la part de tous les échelons impliqués dans le processus. Le degré et le type de décentralisation sont particulièrement importants.

Évaluation des coûts et budgétisation à l'échelle nationale dans un système décentralisé

Des mécanismes de décentralisation peu clairs peuvent avoir des effets néfastes sur l'estimation des coûts et la budgétisation

L'évaluation des coûts et la budgétisation nécessite un haut niveau d'expertise de l'ensemble des niveaux impliqués dans le processus.

Le manque de clarté concernant les structures et la répartition des rôles et des responsabilités entre les différents échelons peut réduire les bénéfices liés à la connaissance précise de la situation locale et aux informations spécifiques au contexte. L'ambiguïté peut limiter le contrôle et les décisions des autorités infranationales en matière de dépenses, de paiements directs par les usagers, de passation de marchés, de priorités et de gouvernance du secteur de la santé en général. De plus, la confusion et le mélange des rôles et des responsabilités entre les différents niveaux de l'État peuvent conduire à contester les choix qui portent sur les principales sources de revenus, comme les taxes locales.

Combiner des informations et des données qui varient d'un État à l'autre

L'un des problèmes de la décentralisation est l'existence de bases de données variées et hétérogènes issues des différents niveaux infranationaux. À cet égard, la mise en place d'une administration nationale chargée de fournir des orientations quant aux méthodes à utiliser pour l'établissement des coûts, la budgétisation et le suivi des dépenses

permettant d'agréger les données obtenues à l'échelle du pays et de produire des estimations nationales, peut garantir la cohérence des données et produire des informations comparables.

Aspects spécifiques à prendre en considération pour l'estimation des coûts et la budgétisation à l'échelon infranational

Les autorités infranationales doivent s'appuyer sur leur compréhension de la situation locale et sur leur accès à des informations spécifiques

Les niveaux infranationaux ont la considérable possibilité de veiller à ce que les décisions en matière d'allocation budgétaire correspondent aux besoins locaux. Par conséquent, il est crucial d'aider les autorités infranationales (renforcement des capacités) à améliorer l'efficacité et l'efficacé des dépenses réalisées à l'échelon infranational.

Plus les autorités locales disposent de responsabilités et de pouvoirs importants, plus elles sont en mesure de réaliser une évaluation des coûts et d'établir un budget de manière rationnelle, en tenant compte des besoins réels de la population locale. En outre, dans le cas d'une décentralisation fiscale formelle, les décideurs politiques doivent prendre en compte la production de recettes à différents niveaux pour améliorer la réalisation de projections fiscales adaptées en fonction des régions.

La mobilisation des ressources à l'échelon infranational

Dans de nombreux systèmes décentralisés, les entités locales/infranationales ont la possibilité

^{IX} Pour une présentation détaillée, voir le chapitre 7 « Estimation des coûts des politiques, stratégies et plans nationaux de santé » et le chapitre 8 « Budgétisation du secteur de la santé » de ce guide pratique.

de lever des taxes (décentralisation fiscale). Toutefois, dans de nombreux cas, en particulier dans les pays à revenu faible, l'assiette fiscale peut être particulièrement réduite. Renforcer les interventions au niveau communautaire et soutenir le recours à des outils d'analyse budgétaire sont des méthodes efficaces pour consolider les capacités de gouvernance des autorités infranationales. Ces interventions de renforcement des capacités (financières) permettront d'accroître l'efficacité technique grâce à une planification et à une gestion plus en phase avec les besoins locaux.

Dans un système décentralisé, la capacité à réagir rapidement est un avantage considérable : l'efficacité allocative et des investissements pertinents grâce à un financement supplémentaire peuvent entraîner une amélioration de la qualité des services et du niveau de santé général.

Encadré 11.8

L'estimation des coûts et la budgétisation dans un système décentralisé

L'évaluation des coûts et la budgétisation en Éthiopie, dont le système de santé se caractérise par une forte décentralisation, nécessitent une harmonisation de tous les niveaux administratifs. Le plan stratégique adopté par l'Éthiopie pour son secteur de la santé met l'accent sur le principe « un plan, un budget, un rapport » pour la gestion de l'ensemble des activités sanitaires dans le pays. L'Éthiopie compte neuf États régionaux et deux administrations urbaines, sous-divisées en « woredas » (division administrative simple) et en « kebeles » (sous-division administrative). Le pays doit pouvoir compter sur un mécanisme d'allocation efficace pour le transfert des fonds aux différents niveaux de l'État.⁶³ Si l'estimation des coûts est réalisée à tous les niveaux du système de santé, c'est à l'échelle des woredas que ce processus est susceptible d'être le plus utile, car c'est là que les administrations connaissent le mieux les besoins et les coûts locaux en matière de santé.^{64,65} Le principe de budget unique qui regroupe l'ensemble des fonds pour les services de santé repose sur de solides estimations des coûts afin d'établir un budget cohérent pour l'ensemble du pays, au sein duquel les diversités régionales sont très marquées.⁶⁶

11.5.7 Suivi & évaluation (S&E)

La qualité du S&E^x, y compris des mécanismes de revues, dépend largement de la qualité du dispositif correspondant, prévu par la stratégie nationale et les stratégies infranationales (alignement), de la capacité des personnes et institutions concernées ainsi que des méthodes pour collecter les données et garantir leur qualité.⁶⁷

La qualité du S&E dépend largement de la qualité du dispositif prévu par la stratégie nationale et les stratégies infranationales, de la capacité des personnes et des institutions concernées, et des méthodes pour collecter les données et garantir leur qualité.

S&E au niveau national dans un système décentralisé

Alignement des stratégies et des plans nationaux et infranationaux

Les PSPNS doivent identifier et présenter clairement une solide et complète composante de S&E.⁶⁸ La conception de cette composante, ou cadre, doit toutefois être coordonnée et rapportée dans les documents infranationaux à des fins de cohérence. De la même façon, les stratégies infranationales doivent servir de base au cadre national de S&E. Une interaction constante entre le niveau national et le niveau infranational est cruciale pour le succès, la répétabilité et la reproductibilité des mécanismes de suivi, d'évaluation et de revue.

Les mécanismes de revues et les boucles de rétroaction doivent être complets et ouverts à des fins de redevabilité

Les mécanismes de revues choisis doivent être complets, pas seulement sous l'angle sectoriels ou liés aux programmes mais également au regard des niveaux national et infranational.

Des activités de S&E rigoureuses nécessitent un dialogue politique et des évaluations systématiques et régulières.⁶⁹ Ces mécanismes - ainsi que outils et méthodes pour les utiliser - doivent être adaptés aux caractéristiques formelles ou informelles (notamment pour le processus de dialogue) de la décentralisation qui prévaut dans le pays. La redevabilité concernant les résultats du suivi et de l'évaluation doit être exigée à tous les niveaux des pouvoirs publics.

Permettre une réflexion sur l'état de la décentralisation

Lorsque l'on entreprend le S&E dans un contexte décentralisé, il est important de tenir compte de la manière dont la décentralisation a été intégrée et utilisée à toutes les étapes de planification antérieures. Du fait de l'ampleur de l'évaluation, les questions liées au processus peuvent également être prises en considération - à l'exception des questions liées à la santé. Il peut être bénéfique pour le processus de planification d'établir un lien entre les résultats en matière de santé et la décentralisation. L'ensemble d'indicateurs liés aux résultats sanitaires peut, par exemple, être complété par des indicateurs politiques, administratifs et fiscaux en vue du S&E de la performance des caractéristiques infranationales de la planification. Aussi, la collecte de données de routine doit être adaptée car ces indicateurs qualitatifs et quantitatifs ne font pas toujours partie de ceux recueillis dans de nombreux pays.⁷⁰ L'inclusion de la décentralisation dans l'évaluation peut nécessiter une adaptation des dispositions existantes en matière de responsabilité, d'autorité et de redevabilité.^{x1}

X Pour une présentation détaillée, voir le chapitre 9 « Suivi, évaluation et revues des politiques, stratégies et plans nationaux de santé » de ce guide pratique.

X1 Hutchinson et LaFond (voir note bibliographique n° 69) ont élaboré un « cadre conceptuel pour l'évaluation de la décentralisation » qui propose un guide détaillé pour le S&E de la décentralisation dans le secteur de la santé, l'accent portant sur les questions conceptuelles et un choix de mesures concrètes.

Surveiller les inégalités aux niveaux infranational

Le suivi des inégalités en santé entre les niveaux infranationaux peut apporter des éclaircissements sur les programmes et les politiques de santé ciblés, notamment lorsque les disparités sont importantes. Les mesures synthétiques des inégalités peuvent condenser des données ventilées en résultats concis qui peuvent être utilisés pour dessiner les tendances et établir des comparaisons.⁷¹ Le choix de mesures synthétiques appropriées pour quantifier les inégalités infranationales doit être effectué avec soin pour permettre aux décideurs politiques, aux partenaires et à la société civile, entre autres, de bien saisir les inégalités infranationales et ainsi, de faciliter le ciblage et le déploiement des interventions auprès des sous-groupes de population défavorisés.

Aspects particuliers à prendre en considération pour le S&E au niveau infranational

Choix des outils et des méthodes d'évaluation

Les outils d'analyse et d'évaluation déterminant le succès et la validité des exercices de S&E et améliorant la redevabilité concernant leurs résultats, doivent être choisis eu égard aux caractéristiques du système de santé. Il est important de garantir la cohérence et la comparabilité entre les différents niveaux infranationaux et de prêter appui à ces niveaux (capacités et financement) pour pouvoir analyser et utiliser les données.

Plans de S&E infranationaux

Les pays qui ont fait l'objet d'un processus de dévolution, comme le Kenya, ont établi une nouvelle strate d'autorités infranationales, à laquelle des crédits ont été alloués et des fonctions prescrites. Plusieurs d'entre elles ont décidé d'élaborer des plans de S&E distincts. Ces plans définissent la manière dont les données collectées à l'échelon infranational seront utilisées pour le suivi des progrès et des performances des plans stratégiques et d'investissement infranationaux du secteur de la santé. Au début, un soutien technique des autorités centrales peut être nécessaire. Par exemple, le Kenya a actualisé sa feuille de route de S&E pour s'assurer que les besoins de S&E de ses districts soient identifiés et pris en compte, notamment grâce à des mesures de renforcement des capacités d'analyse, de validation et de synthèse des données au niveau des districts.⁷²

Tableau 11.3 Aspects à prendre en considération pour l'élaboration d'une stratégie en santé au niveau infranational

	CONSULTATION DE LA POPULATION	ANALYSE DE SITUATION	DÉFINITION DES PRIORITÉS
Bénéfices dans un système de santé décentralisé	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Proximité formelle et géographique avec les besoins et les attentes de la population ▶ Meilleure intégration des communautés marginalisées 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Proximité formelle et géographique avec les besoins en santé et les conditions de vie de la population ▶ Politiques nationales pour profiter des éléments factuels infranationaux 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Mobilisation d'acteurs infranationaux reconnus et représentatifs des différents intérêts au niveau infranational pour améliorer la définition des priorités au niveau national ▶ Une sensibilisation et une participation accrues grâce à des flux d'information décentralisés ▶ Augmentation potentielle du nombre de parties prenantes en raison du système décentralisé - sans impact sur le niveau de qualité
Aspects à prendre en considération pour la mise en œuvre	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Implication de l'ensemble des parties prenantes à tous les niveaux ▶ Méthodologie employée pour la consultation en vue de prendre en compte la décentralisation et des éventuelles différences de conditions de vie ▶ La restitution des résultats et l'élaboration à l'échelle infranationale de scénarios de suivi plus aisément transposés dans des contextes locaux 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Implication de l'ensemble des parties prenantes à tous les niveaux ▶ Les conclusions de l'analyse de situation sont acceptées par les parties prenantes de tous les niveaux de l'État ▶ Diffusion des résultats de l'analyse de situation à tous les niveaux de l'État 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Importance d'une définition claire des rôles et responsabilités ▶ Les différences entre les entités infranationales (comme les États dans un État fédéral) en ce qui concerne les exigences et les besoins doivent être prises en compte et communiquées efficacement ▶ Le manque de synchronisation entre les plans adoptés au niveau du pays et de l'État ainsi qu'entre les programmes doit être pris en compte ▶ Les méthodes, outils et approches adoptés doivent correspondre à la situation du pays

PLANIFICATION STRATÉGIQUE	PLANIFICATION OPÉRATIONNELLE	COÛT ET BUDGET	SUIVI & ÉVALUATION
<ul style="list-style-type: none"> ▶ La proximité formelle et géographique avec les besoins sanitaires et les conditions de vie de la population peut appuyer une perspective globale ▶ Renforcer la légitimité du processus de planification et la participation 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Participation des acteurs et inclusion des plans infranationaux en vue d'accroître la légitimité et l'adhésion à l'échelle infranationale ▶ Proximité formelle et géographique aux besoins sanitaires et aux conditions de vie de la population ▶ La décentralisation peut renforcer la planification opérationnelle grâce à un lien entre les besoins sanitaires à l'échelle infranationale et les perspectives stratégiques nationales 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Une meilleure compréhension des conditions locales et un meilleur accès à des informations spécifiques à la situation locale ▶ Un renforcement des capacités des autorités locales pour améliorer l'efficacité et la mobilisation des ressources locales 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ La proximité avec les conditions de vie de la population et avec la mise en œuvre des activités, pour faciliter la collecte de données sur le degré d'équité de la couverture ▶ Suivi et évaluation du statut et de la qualité du système de santé décentralisé
<ul style="list-style-type: none"> ▶ La participation de l'ensemble des parties prenantes à tous les niveaux ▶ Les méthodes, outils et approches adoptées doivent correspondre à la situation du pays ▶ Des canaux de communication clairs doivent exister entre les différents niveaux de l'État ▶ Des plans infranationaux doivent être envisagés ▶ Il est plus difficile d'apporter des révisions au plan national dans un système décentralisé 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ La multiplicité des plans opérationnels à harmoniser avec la stratégie nationale ▶ La gestion des difficultés au cours de l'élaboration des plans opérationnels à l'échelle locale et infranationale ▶ Les révisions des plans opérationnels infranationaux doivent être communiquées aux autorités nationales, et inversement 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Des mécanismes de décentralisation clairs sont essentiels pour réussir l'évaluation des coûts et la budgétisation ▶ Les données pouvant varier d'un État à l'autre doivent être réunies à l'échelle nationale ▶ La rédaction de comptes rendus et la transparence s'agissant des flux monétaires doivent faire l'objet d'un suivi par les différents niveaux des pouvoirs publics 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ L'alignement entre les composantes de S&E des plans et stratégies adoptées à l'échelle nationale et infranationale ▶ Mécanismes de revues et boucles de rétroaction complets et ouverts afin de garantir la redevabilité ▶ Choix d'outils et de méthodes d'évaluation à adapter à un système de santé décentralisé ▶ Des rôles et responsabilités clairs

11.5.8 Aspects généraux à prendre en considération à l'échelle infranationale à chaque étape du cycle de planification

Un transfert de responsabilité ambigu ne reflète pas toujours la réalité

Dans un système décentralisé, au sein duquel différents acteurs (inter)agissent à différents niveaux, une coordination et une communication claires sont essentielles.

- ▶ Plus les liens entre les étapes du cycle de planification, les rôles et responsabilités sont clairs, plus la planification sera simple à organiser. À l'inverse, une répartition floue des rôles, des responsabilités et des chaînes de responsabilité entre les différents niveaux de l'État peut entraver inutilement le processus de planification. Particulièrement lorsque les processus décisionnels entre les autorités nationales et infranationales ne sont pas suffisamment réglementés et définis, il existe un risque de blocage des réformes ou des décisions. La complémentarité des rôles alloués aux acteurs nationaux et infranationaux est une des caractéristiques importantes de la planification infranationale et, à ce titre, elle doit être régulièrement réévaluée.
- ▶ Le ministère de la Santé n'a, en général, pas le monopole de la prestation des services de santé, que ce soit dans un système centralisé ou décentralisé. Dans de nombreux contextes, le secteur privé et d'autres acteurs fournissent également des services de santé (par exemple, les ONG, les organisations confessionnelles). Plusieurs d'entre eux n'interviennent que dans une zone spécifique ou ne s'adressent qu'à une catégorie de population en particulier.⁷³ Par conséquent, il est important que les rôles et responsabilités des institutions étatiques nationales et décentralisées et des acteurs supplémentaires à tous les niveaux, soient clairement précisés pour réduire le manque de coordination dans la prestation de services.
- ▶ Ce point est tout aussi important dans les situations où il existe un organisme national distinct chargé de l'achat de services de santé qui verse des fonds aux prestataires locaux de services de

santé (hôpitaux de districts, centres de santé), en plus des budgets alloués par le niveau national au niveau infranational. Il existe alors plusieurs flux de financement qui parviennent directement au même niveau administratif infranational ou directement au prestataire, et qui sont souvent mutualisés alors qu'ils requièrent un reporting ascendant différent et requiert la création de lignes comptables supplémentaires. Il convient de réfléchir au degré d'autonomie des prestataires de services, afin qu'ils puissent réagir de manière cohérente aux mesures incitatives qui découlent des méthodes de paiement mises en place par l'organisme distinct chargé de l'achat, ainsi que par les administrations étatiques infranationales. Un organisme distinct chargé de l'achat, tel qu'un organisme d'assurance santé, par exemple, doit collaborer avec les autorités infranationales pour établir les modalités des flux de financement et les besoins de la population afin de garantir un approvisionnement approprié en médicaments et autres matériels, ainsi que pour garantir une planification adéquate en termes d'infrastructures et de ressources humaines. Le défi consiste à éviter que les autorités locales en arrivent à devoir gérer à la fois la fonction d'achat et d'approvisionnement. Surtout lorsque l'organisme chargé de l'approvisionnement n'est pas le même que l'organisme chargé de la prestation de services, cela oblige à prendre en compte la division réelle du travail entre les gestionnaires à l'échelon national, le (ou les) centrale d'achat et les unités infranationales en matière d'achat, de fourniture, de planification et de réglementation. Bien souvent, la répartition des rôles n'est pas suffisamment claire.

- ▶ Dans certains cas, le développement de la planification et l'administration restent du ressort du niveau national, tandis que certains secteurs peuvent être décentralisés. Il s'agit en pratique d'un scénario complexe, car le cadre réglementaire en matière

Les parties prenantes impliquées dans la planification sanitaire doivent avoir conscience des incohérences existantes et s'y adapter de manière responsable et durable, s'il n'est pas possible d'y remédier.

de santé est parfois peu clair. Par conséquent, il est essentiel de comprendre à quel(s) niveau(x) la planification est réellement mise en œuvre et comment ces différents niveaux sont liés entre eux. Par exemple, quelles sont les conséquences pour les niveaux infranationaux, d'une planification réalisée uniquement au niveau national ? Dans certains pays, même des fonctions spécifiques (comme la réglementation sur le médicament ou l'accréditation des hôpitaux) demeurent sous la responsabilité des autorités nationales, tandis que d'autres sont décentralisées. Dans la mesure où ces fonctions s'exercent en parallèle, les rôles, les responsabilités et les chaînes de responsabilité doivent être clairs.

- ▶ Les incohérences du système politique général peut sous-entendre que certaines fonctions et services peuvent être centralisés, et d'autres décentralisés. Ceci peut entraîner une charge supplémentaire en ce qui concerne la planification dans un système (de santé) décentralisé. Certaines incohérences sont profondément intégrées dans le système de santé et peuvent être difficiles à corriger. C'est le cas, par exemple, lorsque la prestation de services est décentralisée, mais pas l'accréditation des établissements de santé. Les parties prenantes impliquées dans la planification sanitaire doivent être conscientes des incohérences existantes et s'y adapter de manière responsable et durable, s'il n'est pas possible d'y remédier. La solution semble résider dans une communication (intersectorielle) bien gérée et harmonisée entre tous les secteurs concernés (et en particulier des finances), tant sur un plan horizontal que vertical (au sein du secteur de la santé). Des échanges constants entre les différents acteurs impliqués peuvent aider à trouver un accord ou une solution pour permettre la complémentarité, et limiter autant que possible l'inefficacité et les redondances.

Encadré 11.9

En Nouvelle-Zélande, le système décentralisé repose sur des rôles et responsabilités clairs

La Loi sur la santé publique et le handicap (Public Health and Disability Act) adoptée en 2000 par la Nouvelle-Zélande définit clairement les rôles et les responsabilités des différents niveaux du système de santé. Elle établit la structure de financement et l'organisation des services de santé et des services pour les personnes handicapées en Nouvelle-Zélande. Cette loi prévoit que le ministère de la Santé élabore et examine, au niveau fédéral, la stratégie du pays en matière de santé et qu'il négocie des accords de financement avec les entités fédérales en vue d'établir des liens entre le niveau fédéral et les conseils de santé des districts, et qu'il mette en place des cadres opérationnels pour le financement et la prestation de services.⁷⁴ Au niveau des districts, 21 conseils de santé sont chargés d'élaborer des plans annuels stratégiques à l'échelle du district. Le Parlement a un rôle de partenaire en ce qui concerne la redevabilité : il supervise les déclarations d'intention et les rapports annuels fournis par le ministère de la Santé et par les conseils de santé de district. En définissant directement les missions et les rôles des principaux acteurs dans le cadre de la Loi sur la santé et le handicap, la Nouvelle-Zélande veille à la redevabilité et à l'organisation de chaque niveau du système de santé décentralisé à toutes les étapes des processus de planification, de mise en œuvre et d'évaluation.⁷⁵

Le transfert du pouvoir aux niveaux infranationaux crée des attentes

Les rôles et responsabilités attribués aux différents niveaux qui composent un système décentralisé doivent mutuellement se compléter. Il est toutefois essentiel de gérer les attentes entre les différents échelons des pouvoirs publics.

- ▶ Dans certains cas, les entités infranationales qui doivent assumer d'importantes responsabilités en matière de planification et de mise en œuvre, peuvent n'avoir ni le temps ni les capacités de satisfaire les attentes des autorités nationales en ce qui concerne les besoins et les attentes de la population (performances). Par conséquent, les rôles et les responsabilités doivent toujours aller de pair avec les capacités nécessaires pour les exercer. C'est au niveau national qu'il revient de veiller au renforcement des capacités à tous les niveaux.
- ▶ En outre, il peut arriver que les structures locales ne correspondent pas aux attentes du niveau national en ce qui concerne la redevabilité. Même si l'on admet que des structures décisionnelles décentralisées peuvent renforcer la redevabilité (et la responsabilité), l'existence (historique) de dirigeants locaux et de mécanismes de pouvoir (« élites locales ») qui ne prennent pas en compte les attentes des autorités nationales peut être une source de préoccupation.⁷⁶ Ces questions particulièrement délicates nécessitent d'entreprendre un travail à long terme avec les communautés en question en vue d'introduire des changements dans les structures de pouvoir et les mécanismes de redevabilité à l'égard de la population locale. Il faut ainsi prévoir du temps et des ressources, et planifier une collaboration avec des entités locales (organisations de la société civile, groupes communautaires, etc.).

Dans un système décentralisé, l'engagement international doit être bien géré

L'engagement international est un autre élément à prendre en compte lorsque l'on aborde la décentralisation dans le secteur de la santé.

- ▶ Les parties prenantes impliquées dans la planification sanitaire doivent garder à l'esprit que les acteurs internationaux (agences des Nations unies, pays donateurs, Initiatives pour la santé mondiale) peuvent agir seulement à certains niveaux (national ou infranational), dans certaines zones (seulement dans des États/régions spécifiques) ou prioriser certains objectifs sanitaires seulement (mortalité infantile dans les zones rurales, par exemple), ce qui peut entraîner des déséquilibres dans la prestation de services entre différents États/unités infranationales. S'agissant de la planification, il est nécessaire d'avoir conscience des déséquilibres potentiellement créés par la prestation de services externes (qui peuvent ne pas apparaître immédiatement lorsque la planification est décentralisée).
- ▶ Les responsabilités internationales du gouvernement national (à l'égard du Règlement sanitaire international, de l'OMS, de l'Union européenne, par exemple) et leurs conséquences sur la planification doivent peut-être être transposées ou adaptées aux niveaux infranationaux, en fonction de la nature précise de ces engagements internationaux. Par exemple, le Règlement sanitaire international est signé et ratifié à l'échelon national, mais il doit également être transposé aux niveaux infranationaux.
- ▶ Les institutions supranationales (Union européenne, MERCOSUR, Union africaine) peuvent ajouter une nouvelle strate de gouvernance au niveau national. Même si les caractéristiques et les structures de ces institutions supranationales sont très différentes, il est important de comprendre le sens de leur implication, et notamment les opportunités, qu'elles peuvent constituer pour le secteur de la santé et la planification infranationale.⁷⁷

La répartition des richesses et des ressources financières doit être attentivement examinée

Dans de nombreux pays, certaines régions sont plus riches et d'autres plus pauvres, chacune ayant des taux d'impositions et des paiements directs par les usagers potentiellement différents.⁷⁸ Cela peut avoir pour conséquence des inégalités dans l'accès aux soins, et amener à des discussions sur l'équité et la compensation financière (paiement de péréquation) des régions les plus riches vers les régions les plus pauvres.⁷⁹ Dans certaines situations, le débat sur le paiement de péréquation peut se révéler très compliqué si les régions les

plus riches ne sont pas disposées à soutenir les régions les plus pauvres.

Lors des discussions concernant la répartition des ressources financières dans un système décentralisé, il faut également veiller à ce que l'assise financière et les capacités techniques des unités infranationales soient adaptées à leurs responsabilités, et étudier les manières d'accroître ces capacités si nécessaire.



11.5.9 Questions générales à prendre en considération pour la mise en place de structures de planification infranationales au cours d'un processus de décentralisation^{XII}

Aujourd'hui, de nombreux pays ont besoin d'adopter une réforme institutionnelle qui réduise notamment le rôle des autorités de niveau national, en particulier en ce qui concerne la prestation de services de santé.^{XIII} Les organisations moins grandes sont en effet plus souples, plus efficaces et davantage tenues à la redevabilité (dans le secteur de la santé et au-delà).

Clarifier les buts et les objectifs pour le renforcement de la planification au niveau infranational

La planification infranationale et la décentralisation doivent être considérées comme un moyen, et non comme une fin en soi. Un processus de décentralisation du système de santé/des structures politiques n'a pas nécessairement des effets positifs sur les résultats en matière de santé à lui tout seul. La décentralisation doit davantage être perçue comme un concept général qui permet d'améliorer les processus de planification et de mise en œuvre ayant des effets positifs sur les résultats sanitaires. Elle doit être considérée comme un mécanisme politique pour atteindre des objectifs spécifiques comme l'amélioration de l'efficacité et l'efficience.

La décentralisation de la planification sanitaire n'est donc pas une solution en soi. Avant de s'engager dans un processus de réforme de la décentralisation, il est essentiel d'identifier et de reconnaître les problèmes et difficultés qu'une réforme doit permettre de régler. La décentralisation ne doit donc pas être envisagée pour se débarrasser de responsabilités en les déléguant à des échelons inférieurs, mais comme un moyen d'améliorer les processus.

Préparer le terrain pour un processus de réforme de la décentralisation

Les enseignements politiques que l'on peut tirer d'études de cas et d'analyses des processus de décentralisation suggèrent que le renforcement des capacités à l'échelle locale/infranationale en prévision d'un transfert des responsabilités est une étape cruciale. Les représentants élus à l'échelon national/infranational doivent bénéficier d'initiatives de renforcement des capacités axées sur la planification dans un système de santé décentralisé. Les périodes électorales à l'échelle régionale et locale pouvant engendrer de grands changements dans les représentants infranationaux, le renforcement des compétences doit régulièrement être organisé et être conçu de manière à permettre une participation flexible.⁸⁰

- ▶ Il convient de préciser, pour l'échelon infranational, les modalités de mise en œuvre, de suivi et d'évaluation, ainsi que de soutien. Il est essentiel de comprendre que les effets d'une réforme de la décentralisation ne peuvent être perçus qu'à long terme. Les aspirants au changement à court terme risquent d'être déçus.⁸¹
- ▶ Le renforcement des capacités doit être anticipé par le niveau national afin qu'il puisse garantir un appui aux autorités infranationales en matière de planification, de budgétisation et de ressources logistiques.

^{XII} Le présent guide pratique n'a pas pour vocation de donner des orientations sur la façon de décentraliser le secteur de la santé/la planification sanitaire. Son objectif est plutôt de traiter des quelques questions qui peuvent survenir lors d'un processus de décentralisation politique, fiscale et administrative.

^{XIII} De nombreux pays (notamment européens) se trouvent pris dans le cercle vicieux de la décentralisation : ils centralisent certaines fonctions, puis les décentralisent de nouveau et inversement, en tentant de trouver le bon équilibre entre réactivité et efficacité (voir référence bibliographique n°3).

Encadré 11.10

Préparer le terrain de la décentralisation au Pakistan

Adopté en 2010, le 18^e amendement à la Constitution du Pakistan a limité les compétences des autorités fédérales et renforcé celles des provinces. En conséquence, le ministère fédéral de la Santé a été supprimé et les responsabilités qui relevaient toujours de l'échelon fédéral ont été transférées à d'autres ministères fédéraux. L'adoption de cet amendement a entraîné plusieurs problèmes, qui ont le plus souvent été attribués à la disparition non planifiée du ministère de la Santé et au transfert immédiat de ses compétences aux provinces, sans période de transition.^{82,83} Au niveau fédéral, la division des responsabilités en matière de santé entre les autres ministères s'est révélée peu claire, et ces ministères ne disposaient pas des capacités et de la motivation nécessaires pour assumer ces compétences supplémentaires. La suppression du ministère fédéral de la Santé a également entraîné la perte d'autorité en matière de santé des pouvoirs publics fédéraux et une fragmentation des processus de prise de décision, menaçant tout particulièrement des domaines

tels que la sécurité sanitaire et la mobilisation de ressources nationales et extérieures.⁸⁴ Au niveau provincial, les autorités s'accordaient généralement sur le fait qu'elles avaient besoin d'un soutien important et d'une restructuration organisationnelle pour assumer les responsabilités liées aux programmes verticaux et aux activités de réglementation et d'informations qui incombaient, avant l'adoption du 18^e amendement, aux autorités fédérales. En outre, les écarts de capacités entre les provinces risquaient fortement d'accroître les disparités et les inégalités géographiques. Enfin, le manque de clarté en ce qui concerne la répartition des responsabilités entre les autorités fédérales et provinciales a créé de nouvelles tensions, comme en témoigne le retard pour la création d'une autorité fédérale de réglementation pharmaceutique.⁸⁵ En 2013, le nouveau gouvernement pakistanais démocratiquement élu, a ainsi approuvé le rétablissement d'un ministère fédéral de la Réglementation et de la Coordination des services nationaux de santé.

Concevoir un système de santé décentralisé adapté au contexte national

Le contexte dans lequel s'inscrit une réforme de la décentralisation, qui consiste généralement en une réforme de la gouvernance et de la structure du gouvernement, doit être reconnu. C'est surtout le contexte politique national qui peut déterminer la structure institutionnelle d'une réforme sur la décentralisation et, par conséquent, ses effets sur le processus de décentralisation du secteur de la santé.⁸⁶

La mise en place de canaux de communication entre la population et les autorités locales durant cette réforme permet de tirer pleinement avantage de ce qu'un processus de décentralisation peut offrir. Trop souvent, les canaux de communication ne sont ouverts que lorsque les principales décisions en matière de décentralisation ont été prises, et les autorités passent ainsi à côté d'une opportunité majeure d'introduire des changements positifs.



© OMS



11.6 Conclusion

Le plus souvent, la planification infranationale n'est pas un choix mais une réalité, un contexte auquel les décideurs doivent s'adapter. Mais cette situation offre en fait de très nombreux avantages, et peut même être considérée comme un atout potentiel pour la planification nationale de la santé. Toutefois, certaines difficultés doivent être reconnues et examinées avec attention pour tirer pleinement parti d'un processus de planification plus proche de la population, en tant que bénéficiaire et acteur actif. Dans bien des cas, les problèmes de planification abordés dans ce chapitre tiennent à des structures infranationales mal conçues et à un manque d'harmonisation avec les besoins de la population, ou à des chaînes de responsabilité et une redevabilité floues. Dans nombre de pays, le manque de clarté s'agissant des rôles et responsabilités en matière d'achat, de prestation et de réglementation des services de santé en est un exemple manifeste. La planification du secteur de la santé au niveau infranational est forcément limitée si ces problèmes ne sont pas réglés.

La conclusion à tirer en ce qui concerne les processus de planification sanitaire et d'élaboration des politiques en général, est que les mécanismes institutionnels globaux et les compétences doivent être définis précisément, et que les tensions éventuelles doivent être clarifiées au moment d'entreprendre une planification infranationale.

L'élaboration d'une politique ou d'une stratégie adaptée peut s'avérer plus efficace si le personnel chargé de la planification et les décideurs identifient et acceptent la complexité et les incohérences qui peuvent être liées à la décentralisation.

Ce chapitre propose des méthodes pour tirer profit de l'élaboration d'une stratégie en santé à l'échelle infranationale en vue de fournir des services de meilleure qualité et plus adaptés aux besoins et aux attentes de la population.

Références bibliographiques

- 1 Vrangbaek K. Towards a typology for decentralization in health care. In: Saltman RB, Bankauskaite V, Vrangbaek K, editors. Decentralization in health care: strategies and outcomes. Maidenhead: Open University Press; 2007 [European Observatory on Health Systems and Policy Series; http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/98275/E89891.pdf, consulté le 21 octobre 2016]
- 2 Saltman RB, Bankauskaite V, Vrangbaek K, editors. Decentralization in health care. Maidenhead: Open University Press; 2007 [European Observatory on Health Systems and Policy Series; http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/98275/E89891.pdf, consulté le 21 octobre 2016]
- 3 Bremner J. The complexities of decentralization. EURO Observer. 2011;13(1):1-3 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/135664/EuroObserver13_1.pdf, consulté le 21 octobre 2016)
- 4 Paris V, Devaux M, Wei L. Health systems institutional characteristics: a survey of 29 OECD countries. Paris: OECD; 2010 [OECD Health Working papers No. 50, [http://www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?cote=DELSA/HEA/WD/HWP\(2010\)1&docLanguage=En](http://www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?cote=DELSA/HEA/WD/HWP(2010)1&docLanguage=En), consulté le 21 octobre 2016]
- 5 Mills A. Decentralization concepts and issues: a review. In: Mills A, Vaughan JP, Smith DL, Tabibzadeh I, editors. Health system decentralization: concepts, issues and country experience. Geneva: World Health Organization; 1990 [<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39053/1/9241561378.pdf>, consulté le 21 octobre 2016]
- 6 *Ibidem*
- 7 Lopez-Casasnovas G. Health care and fiscal decentralisation in Spain. 2003 (<http://docplayer.net/985481-Guillem-lopez-casasnovas-prof-in-public-economics-director-of-the-center-for-health-and-economics-univ-pompeu-fabra-catalonia.html>, consulté le 21 octobre 2016)
- 8 Garcia-Milà T, McGuire TJ. Fiscal Decentralization in Spain: An Asymmetric Transition to Democracy. 2002 mars 22 (<http://www.crei.cat/wp-content/uploads/users/pages/march02.pdf>, consulté le 21 octobre 2016)
- 9 *Ibid. ref. 2*
- 10 La gestion des systèmes de santé dans les états membres de l'UE. Le rôle des collectivités locales et régionales. Union Européenne ; 2012 (<https://publications.europa.eu/fr/publication-detail/-/publication/7e0508a6-8e7b-47b7-a09d-69db5a9b2a28>, consulté le 21 octobre 2016) ; Pita Barros P, Ribeirinho Machado S, de Alemida Simoes J. Portugal: health system review. Health Syst Transit. 2011;13(4) (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/150463/e95712.pdf, consulté le 31 octobre 2016) ; *Ibid. ref. 4*
- 11 *Ibid. ref. 2*
- 12 Bossert T, Chitah MB, Simonet M, Mwansa L, Daura M, Mabandhala M, et al. Decentralization of the health system in Zambia. Bethesda [MD]: Partnerships for Health Reform, Abt Associates; 2000 [Major Applied Research 6, Technical Report 2; https://www.researchgate.net/publication/239493517_Decentralization_of_the_health_system_in_Zambia, consulté le 15 septembre 2016]
- 13 Jeppsson A, Okuonzi S. Vertical or holistic decentralization of the health sector? Experiences from Zambia and Uganda. Int J Health Plann Manage. 2000;15(4):273-89 (https://www.researchgate.net/publication/12085252_Vertical_or_holistic_decentralization_of_the_health_sector_Experiences_from_Zambia_and_Uganda, consulté le 21 octobre 2016)
- 14 *Ibid. ref. 2*
- 15 Greer SL. Devolution and health: data and democracy. BMJ. 2014;[348] (<https://www.bmj.com/content/348/bmj.g3096.full> [abonnement requis]). doi: 10.1136/bmj.g3096
- 16 Tashobya CK, Ssengooba F, Cruz VO. Health systems reforms in Uganda: processes and outputs. London: Health Systems Development Programme, London School of Hygiene & Tropical Medicine; 2006 (http://r4d.dfid.gov.uk/pdf/outputs/healthsysdev_kp/uganda_book.pdf, consulté le 21 octobre 2016)
- 17 Bossert T. Analyzing the decentralization of health systems in developing countries: decision space, innovation and performance. Soc Sci Med. 1998;47(10):1513-27 (<http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.572.9642&rep=rep1&type=pdf>, consulté le 25 octobre 2016)
- 18 Rajan D, Kalambay H, Mossoko M, Kwete D, Bulakali J, Lokonga JP, et al. Health service planning contributes to policy dialogue around strengthening district health systems: an example from DR Congo 2008-2013. BMC Health Serv Res. 2014;14:522 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4224692/>, consulté le 21 octobre 2016).
- 19 Sambo LG, Chatora RR, Goosen ESM. Tools for assessing the operationality of district health systems: guidelines. Brazzaville: Regional Office for Africa, World Health Organization; 2003. http://www.who.int/management/district/assessment/assessment_tool.pdf, consulté le 21 octobre 2016]
- 20 Declaration on strengthening district health systems based on primary health care. Harare: World Health Organization; 1987 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/61958/1/WHO_SHS_DHS.pdf, consulté le 21 octobre 2016)
- 21 G6rger H, Kirsch-Woik T, Schmidt-Ehry B, editors. The district health system; experiences and prospects in Africa; manual for public health practitioners. 2nd edition Wiesbaden: Universum Verlag, 2004 [Schriftenreihe der GTZ; 276].
- 22 *Ibid. ref. 18*
- 23 Porignon D, Soron Gane EM, Lokombe TE, Isu DK, Hennart P, Van Lerberghe W. How robust are district health systems? Coping with crisis and disasters in Rutshuru, Democratic Republic of Congo. Trop Med Int Health. 1998;3(7):559-65 (<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1365-3156.1998.00263.x/full>, consulté le 21 octobre 2016)
- 24 Saltman RB, Vrangbaek K. Drawing lessons for policy-making. In: Saltman RB, Bankauskaite V, Vrangbaek K, editors. Decentralization in health care. Maidenhead: Open University Press; 2007. pp. 77-84 [European Observatory on Health Systems and Policy Series; http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/98275/E89891.pdf, consulté le 21 octobre 2016]
- 25 Ribot JC. African decentralization: local actors, powers and accountability. Geneva: United Nations Research Institute for Social Development (UNRISD); 2002 [Programme on Democracy, Governance and Human Rights Paper No.8; <http://www.unrisd.org/unrisd/website/document.nsf/0/3345AC-67E6875754C1256D12003E6C95>, consulté le 21 octobre 2016]

- 26 Mitchell A, Bossert TJ. Decentralisation, Governance and Health System Performance: "Where You Stand Depends on Where You Sit". *Development Policy Review*. 2010;28(6):669-91
- 27 Alves J, Peralta S, Perelman J. Efficiency and equity consequences of decentralization in health: an economic perspective. *Revista portuguesa de saúde pública*. 2013;31(1):74-83
- 28 Shukla A, Khanna R, Jadhav N. Using community-based evidence for decentralized health planning: insights from Maharashtra, India. *Health Policy Plan*. 2014; 1-12 (<http://heapol.oxfordjournals.org/content/early/2014/09/21/heapol.czu099.full.pdf+html>, consulté le 22 octobre 2016)
- 29 *Ibidem*
- 30 Bossert TJ, Beauvais JC. Decentralization of Health Systems in Ghana, Zambia, Uganda and the Philippines: a comparative analysis of decision space. *Health Policy Plan*. 2002;17(1):14-31.
- 31 *Ibid.* ref. 28 Guanaes FC, Macinko J. The health effects of decentralizing primary care in Brazil. *Health Aff*. 2009;28(4):1127-35. doi:10.1377/hlthaff.28.4.1127
- 32 Bardhan P. Decentralization of governance and development. *J Econ Perspect*. 2002;16(4):185-205 (<http://pubs.aeaweb.org/doi/pdfplus/10.1257/089533002320951037>, consulté le 22 octobre 2016)
- 33 Alderman H. Social assistance in Albania: decentralization and targeted transfers. Washington [DC]: World Bank; 1998 (Living Standards Measurement - Working Paper No. 134)
- 34 *Ibid.* ref. 30
- 35 Axelsson R, Marchildon GP, Repullo Labrador JR. Effects of decentralization on managerial dimensions of health systems. Dans: Saltman RB, Bankauskaite V, Vrangbæk K, editors. *Decentralization in health care*. Maidenhead: Open University Press; 2007:141-66 (European Observatory on Health Systems and Policy Series; http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/98275/E89891.pdf, consulté le 21 octobre 2016)
- 36 Jurberg C. Flawed but fair: Brazil's health system reaches out to the poor. *Bull World Health Organ*. 2008;86(4):248-9 (<http://www.who.int/bulletin/volumes/86/4/08-030408/en/>, consulté le 22 octobre 2016)
- 37 Compare: Institutional structure [website] Washington [DC]: Joint Learning Network for universal health care; 2016 (<http://programs.jointlearningnetwork.org/programs/compare/structure/237>, consulté le 22 octobre 2016)
- 38 Health financing profile - Brazil.[online] Washington [DC]: World Bank; 2014 (<http://documents.worldbank.org/curated/en/638281468226148870/pdf/883440BRI0P123010final0January02014.pdf>, consulté le 22 octobre 2016)
- 39 *Ibid.* ref. 37
- 40 Mora M, Varsano R. Fiscal decentralization and subnational fiscal autonomy in Brazil: some facts of the nineties. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2001 (Texto para discussão N° 854; http://ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/TDs/td_0854.pdf, consulté le 22 octobre 2016)
- 41 Pierantoni CR, Garcia ACP. Human resources for health and decentralization policy in the Brazilian health system. *Hum Resour Health*. 2011;9:12 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3123266/>, consulté le 22 octobre 2016)
- 42 *Ibid.* ref. 37
- 43 Jha PC. Decentralization and Federalism in Brazil. *The Indian Journal of Political Science*. 2007;68(1):157-71 (<http://www.jstor.org/stable/41858828>, consulté le 22 octobre 2016).
- 44 *Ibid.* ref. 37
- 45 Decentralization of Health Care in Brazil. Washington [DC]: World Bank; 2003 (Report No. 24416-BR; <http://documents.worldbank.org/curated/en/991401468741318246/pdf/multi0page.pdf>, consulté le 22 octobre 2016)
- 46 *Ibid.* ref. 43
- 47 Mullins DR. Accountability and coordination in a decentralized context: institutional, fiscal and governance issues. Washington [DC]: American University; 2004 (<http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.456.918&rep=rep1&type=pdf>, consulté le 22 octobre 2016)
- 48 Armingeon K, Linder W, Zohnhöfer R. 2014 Switzerland report. Sustainable Governance Indicators. 2014 (http://www.sgi-network.org/docs/2014/country/SGI2014_Switzerland.pdf, consulté le 22 octobre 2016).
- 49 De Pietro C, Camenzind P, Sturny I, Crivelli L, Edwards-Garavoglia S, Spranger A, et al. Switzerland: health system review. *Health Syst Transit*. 2015;17(4):1-288 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/293689/Switzerland-HiT.pdf?ua=1, consulté le 22 octobre 2016)
- 50 *Ibid.*
- 51 Nannyonjo J, Okot N. Decentralization, local government capacity and efficiency of health service delivery in Uganda. *Journal of African Development*. 2013;15(1):125-158 (http://www.jadafea.com/wp-content/uploads/2014/07/JAD_vol15_ch6.pdf, consulté le 22 octobre 2016)
- 52 *Ibid.* ref. 45
- 53 Brazil: health systems and services profile: monitoring and analysis of health systems change/reform. Brasilia D.F.: Pan American Health Organization; 2008 (http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Health_System_Profile-Brazil_2008.pdf, consulté le 22 octobre 2016)
- 54 *Ibid.* ref. 43
- 55 *Ibid.* ref. 37
- 56 Bolsewicz Alderman K, Hipgrave D, Jimenez-Soto E. Public engagement in health priority setting in low- and middle-income countries: current trends and considerations for policy. *PLoS Med*. 2013;10(8):e1001495 (<http://journals.plos.org/plosmedicine/article/asset?id=10.1371/journal.pmed.1001495.PDF>, consulté le 22 octobre 2016)
- 57 Kipiriri L, Norhein OF, Heggenougen K. Public participation in health planning and priority setting at the district level in Uganda. *Health Policy Plan*. 2003;18(2):205-13 (<http://heapol.oxfordjournals.org/content/18/2/205.long>, consulté le 22 octobre 2016)
- 58 Marchildon GP. Canada: Health System Review. *Health Syst Transit*. Copenhagen: WHO; 2013 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/181955/e96759.pdf, consulté le 25 janvier 2016)
- 59 Framework for implementation: national health mission 2012-2017 New Delhi: Government of India Ministry of Health and Social Welfare (<http://www.nhm.gov.in/images/pdf/about-nrhm/nrhm-framework-implementation/nrhm-framework-latest.pdf>, consulté le 22 octobre 2016)

- 60** Kilewo EG, Frumence G. Factors that hinder community participation in developing and implementing comprehensive council health plans in Manyoni District, Tanzania. *Glob Health Action*. 2015;8:26461 [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4452651/pdf/GHA-8-26461.pdf, consulté le 22 octobre 2016]
- 61** Frumence G, Nyamhanga T, Mwangi M, Hurtig AK. Participation in health planning in a decentralised health system: experiences from facility governing committees in the Kongwa district of Tanzania. *Glob Public Health*. 2014;9(10):1125-38. doi:10.1080/17441692.2014.953563
- 62** Kessy FL. Improving health services through community participation in health governance structures in Tanzania. *Journal of Rural and Community Development*. 2014;9(2):14-31 [journals.brandonu.ca/jrcd/article/download/826/179, consulté le 22 octobre 2016]
- 63** Ethiopia Federal Ministry of Health. Health Sector Strategic Plan (HSDP-III) 2005/6-2009/10. Addis Ababa: Planning and Programming Department; 2005 [http://www.nationalplanningcycles.org/sites/default/files/planning_cycle_repository/ethiopia/ethiopia-health-sector-development-planhsdp-iii.pdf, consulté le 23 octobre 2016]
- 64** Federal Democratic Republic of Ethiopia Ministry of Health. Health Sector Development Programme IV: 2010/11-2014/15 Final draft. 2010 [http://phe-ethiopia.org/admin/uploads/attachment-721-HSDP%20IV%20Final%20Draft%2011Octoberr%202010.pdf, consulté le 23 octobre 2016]
- 65** Savedoff WD, Grépin K. Health sector corruption in Ethiopia. In: Plummer J, editor. *Diagnosing corruption in Ethiopia: perceptions, realities, and the way forward for key sectors*. Washington (DC): World Bank; 2012:19-66
- 66** Health care financing reform in Ethiopia: improving quality and equity. Washington (DC): USAID; 2012 [https://www.hfgproject.org/wp-content/uploads/2015/02/Ethiopia_Health_Care_Reform_Brief1.pdf, consulté le 23 octobre 2016]
- 67** *Suivi, évaluation et revue des stratégies sanitaires nationales : plateforme pays pour l'information et la redevabilité*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2011 [https://www.who.int/healthinfo/MandE_NHS_french_lowres.pdf, consulté le 23 octobre 2016]
- 68** *Ibidem*
- 69** *Ibidem*
- 70** See also: Hutchinson, PL, LaFond AK. Monitoring and evaluation of decentralization reforms in developing country health sectors. Bethesda (MD): The Partners for Health Reformplus Project, Abt Associates Inc.; 2004 [http://www.phrplus.org/Pubs/Tech054_fin.pdf, consulté le 23 octobre 2016]
- 71** Hosseinpoor AR, Bergen N, Barros AJD, Wong KLM, Boerma T, Victora CG. Monitoring subnational regional inequalities in health: measurement approaches and challenges. *Int J Equity Health*. 2016;15(18) [https://equityhealth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12939-016-0307-y, consulté le 23 octobre 2016]
- 72** Communiqué on commitments to support One Monitoring and Evaluation Framework for Kenya. Kenya Ministry of Health; 2016 [https://www.healthdatacollaborative.org/fileadmin/uploads/hdc/Documents/Country_documents/Final_One_M_E_Communique__23rd_May_2016.pdf, consulté le 23 octobre 2016]
- 73** *Ibid. ref. 5*
- 74** Controller and Auditor-General. New Zealand [www.oag.govt.nz, consulté le 23 octobre 2016]
- 75** The New Zealand health and disability system: organisations and responsibilities: briefing to the Minister of Health. Wellington: New Zealand Ministry of Health; 2014 [https://www.health.govt.nz/system/files/documents/publications/new-zealand-health-and-disability-system-organisations-responsibilities-dec14-v2.pdf, consulté le 23 octobre 2016]
- 76** Bardhan P. Decentralization of governance and development. *Journal of Economic Perspectives*. 2002;16(4):185-205 [https://pubs.aeaweb.org/doi/pdfplus/10.1257/089533002320951037, consulté le 23 octobre 2016]
- 77** Voir par exemple : https://ec.europa.eu/health/home_fr, consulté le 23 octobre 2016
- 78** Jiménez D, Smith PC. *Decentralisation of health care and its impact on health outcomes*. Heslington (York): Centre for Health Economics, University of York; 2005: 1-51 [https://www.york.ac.uk/media/economics/documents/discussionpapers/2005/0510a.pdf, consulté le 23 octobre 2016]
- 79** *Ibid. ref. 27*
- 80** *Ibid. ref. 28*
- 81** Guanais FC, Macinko J. The health effects of decentralizing primary care in Brazil. *Health Aff*. 2009;28(4):1127-35. doi:10.1377/hlthaff.28.4.1127.
- 82** Nishtar S, Mehboob AB. Pakistan prepares to abolish Ministry of Health. *Lancet* (online) May 5, 2011 doi:10.1016/S0140-6736(11)60606-5.
- 83** Jinnah Institute. *Devolution: provincial autonomy and the 18th amendment*. Karachi: The Jinnah Institute 2014 [http://jinnah-institute.org/devolution-provincial-autonomy-and-the-18th-amendment/, consulté le 23 octobre 2016].
- 84** *Ibidem*
- 85** Nishtar S. Drug regulation and beyond. *The News International*. 25 June 2011 [Heartfile Viewpoint No. 101; http://www.heartfile.org/pdf/101_DRUG_REGULATION_AND_BEYOND.pdf, consulté le 23 octobre 2016].
- 86** *Ibid. ref. 24*

Chapitre 12

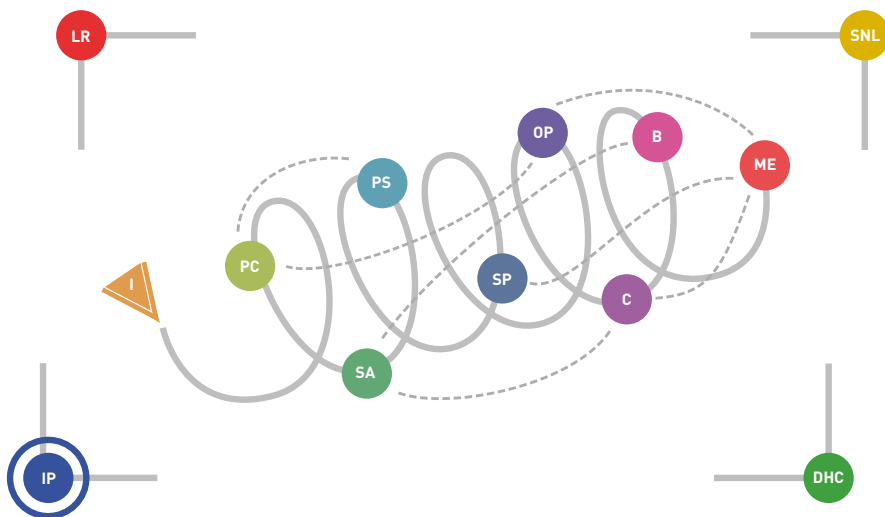
Planification intersectorielle et équité en santé

Erik Blas

Nathalie Roebbel

Dheepa Rajan

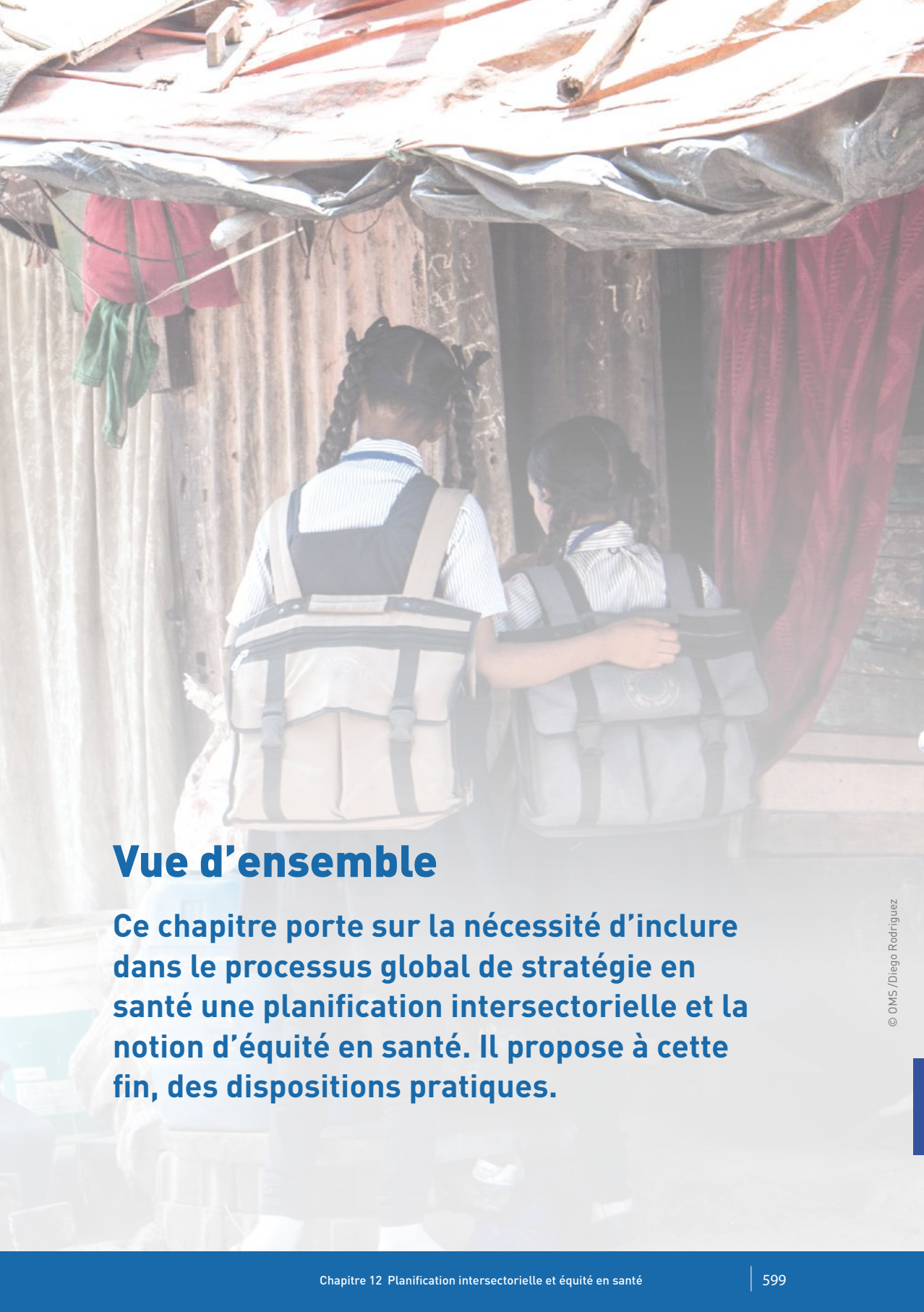
Nicole Valentine



I	CHAPITRE 1 Introduction : stratégies nationales en santé au XXI ^e siècle
PC	CHAPITRE 2 Consultation de la population sur ses besoins et ses attentes
SA	CHAPITRE 3 Analyse de situation du secteur de la santé
PS	CHAPITRE 4 Définition des priorités des politiques, stratégies et plans nationaux de santé
SP	CHAPITRE 5 Planification stratégique : traduire les priorités en plans nationaux
OP	CHAPITRE 6 Planification opérationnelle : transformer les plans nationaux en actions
C	CHAPITRE 7 Estimation des coûts des politiques, stratégies et plans nationaux de santé
B	CHAPITRE 8 Budgétisation du secteur de la santé
ME	CHAPITRE 9 Suivi, évaluation et revues des politiques, stratégies et plans nationaux de santé

Thèmes transversaux à la planification nationale de la santé

LR	CHAPITRE 10 Droit, réglementation et stratégies en santé
SNL	CHAPITRE 11 Élaboration d'une stratégie en santé au niveau décentralisé
IP	CHAPITRE 12 Planification intersectorielle et équité en santé
DHC	CHAPITRE 13 Stratégies en santé en situation de crise



Vue d'ensemble

Ce chapitre porte sur la nécessité d'inclure dans le processus global de stratégie en santé une planification intersectorielle et la notion d'équité en santé. Il propose à cette fin, des dispositions pratiques.



Résumé

Qu'est-ce que l'équité en santé et la planification intersectorielle ?

L'équité en matière de santé est reconnue comme une composante fondamentale du programme de développement durable, et comme un élément essentiel dans la progression de tous pays vers la couverture sanitaire universelle (CSU). La planification intersectorielle implique pour les gouvernements et les autres parties prenantes, d'aborder de manière proactive les déterminants des inégalités en matière de santé en identifiant et en favorisant une action intersectorielle qui fasse partie intégrante du processus national de planification de la santé.

Pourquoi une planification intersectorielle est-elle nécessaire ?

La planification intersectorielle prend en compte les déterminants de la santé, en parallèle aux données concernant l'offre et à l'utilisation des services cliniques, afin de parvenir à une plus grande pérennité des résultats en :

- ▶ déterminant et en faisant face aux facteurs de risques de maladies dans une démarche concertée ;
- ▶ faisant progresser le niveau de santé des populations ainsi que l'équité dans la répartition de l'action sanitaire au sein des populations ;
- ▶ favorisant la réalisation des objectifs de développement durable (ODD).

À quel moment should we engage other sectors?

Il conviendrait de le faire dès le commencement du processus de planification nationale en santé.

- ▶ Toutefois, la planification intersectorielle n'est pas un processus linéaire, une multiplicité de points d'entrée possibles existent.
- ▶ Ces différents points d'entrée trouvent leur correspondance dans les objectifs de développement durable (ODD) qui ont été approuvés.
- ▶ La planification intersectorielle en santé doit être perçue comme un processus multidirectionnel, continu et en constante évolution.

Qui doit y être associé ? Rôles et responsabilités

Le secteur de la santé et, en particulier, le ministère de la Santé qui doit avoir un rôle directeur. Il doit en outre avoir une compréhension des intérêts et des rôles différents de nombreux autres secteurs.

- ▶ Il convient de rechercher des partenariats ou des parrainages pour chaque niveau des autorités gouvernementales dont les responsabilités s'exercent sur l'ensemble des secteurs (ministère du Plan, Bureau du Premier ministre ou Bureau de la présidence, etc.).
- ▶ Tous les secteurs doivent avoir des liens établis avec les 17 ODD.
- ▶ Si tous les secteurs peuvent apporter une contribution à l'amélioration de la santé, il existe des différences dans les mécanismes propres à chaque secteur et dans l'influence potentielle que chacun d'eux recèle par rapport aux facteurs de risques et aux déterminants sociaux les plus importants

Comment planifier et mettre en oeuvre une action intersectorielle ?

Chaque pays est différent et doit donc établir et présenter son état des lieux spécifiques en vue d'une action intersectorielle visant la réduction des inégalités en santé. Ainsi, il est important :

- ▶ de garder à l'esprit que l'audience cible est composée de personnes qui n'appartiennent pas au secteur de la santé ;
- ▶ de trouver un terrain commun et de fonder une compréhension commune entre le secteur de la santé et les autres secteurs concernés ;
- ▶ de faire bon usage de la phase d'analyse de situation du cycle de planification nationale en matière de santé ;
- ▶ d'engager un dialogue politique et une négociation ;
- ▶ d'établir des liens entre les groupes d'indicateurs, y compris sur les déterminants sociaux, les caractères transversaux de l'inéquité et les niveaux des chaînes de résultats, de même qu'entre les différents secteurs.



12.1 Qu'est-ce que la planification intersectorielle et l'équité en santé ?

12.1.1 Équité en santé et déterminants sociaux de la santé - quel lien avec la planification nationale de santé ?

« *La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. La possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soit sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale.* »¹

Cette définition de la santé, inscrite dans la Constitution de l'OMS, comporte l'idée que certains êtres humains pourraient être privés de leur droit de jouir du meilleur état de santé possible en raison de leur race, de leur religion, de leurs opinions politiques ou de leur condition économique ou sociale, ce qui souligne une véritable injustice. Cette définition englobe implicitement le concept d'équité en santé puisque la règle d'or de la santé doit être une seule et même norme, pour toutes les composantes de la population, sans considération des caractéristiques inhérentes à ces composantes, qui servent souvent de base à la discrimination ou qui sont la raison de leur vulnérabilité : la race, la religion, les opinions politiques ou la condition économique ou sociale. De fait, en dépit de l'augmentation marquée de l'espérance de vie et des améliorations majeures des conditions de santé à l'échelle mondiale, les inégalités en santé - c'est-à-dire les différences de l'état de santé entre les groupes de population les plus favorisés et ceux moins favorisés - demeurent un problème majeur qui, dans certains contextes, s'aggravent. Aujourd'hui encore, 70 ans après la création de l'OMS, les différences sur le plan des conditions de santé dans le monde restent considérables. Par exemple, l'espérance de vie des femmes atteint 87 ans au Japon,

alors qu'elle n'est que de 46 ans en Sierra Leone. En Angola, 167 enfants sur 1000 meurent avant leur cinquième anniversaire, alors qu'au Luxembourg la mort prématurée frappe deux enfants sur 1000.²

Ces inégalités en matière de santé, qu'elles concernent les maladies transmissibles ou non, les traumatismes ou résultant de nouveaux risques émergents comme le changement climatique, trouvent leurs racines dans les déterminants sociaux de la santé. Les déterminants sociaux de la santé sont les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ainsi que, plus largement, l'ensemble des forces et des systèmes qui façonnent les conditions de la vie quotidienne : la politique et le système économique, les priorités des programmes de développement, les normes politiques et sociales et le régime politique. Les conditions économiques et sociales, leurs effets sur la vie des individus et les différences qui en résultent en termes d'espérance de vie et d'état de santé constituent également des inégalités en matière de santé, car elles sont évitables, injustes et inévitables.³

L'équité en santé et la prise en compte des déterminants sociaux de la santé sont reconnus comme des composantes essentielles du programme de développement durable post-2015 et de la voie à suivre par tous pays pour aller vers la couverture sanitaire universelle (CSU). La planification intersectorielle implique que les gouvernements et autres parties prenantes abordent de manière proactive les déterminants sociaux de la santé et les inégalités dans ce

Les inégalités en santé sont l'une des principales circonstances des déterminants sociaux de la santé.



domaine, en identifiant et favorisant l'action intersectorielle en tant que composante majeure et intégrale du processus national de planification de la santé. En d'autres termes, réduire les inégalités en santé est la condition sine qua non de la réalisation de l'objectif de la CSU, l'une des directions stratégiques singulières de nombreux Politiques, stratégies et plans nationaux de santé (PSPNS). Sans une action intersectorielle conçue comme une composante - voire aussi, un état d'esprit - pleinement intégrée dans le processus national de planification de la santé, les inégalités dans ce domaine persisteront probablement et, par conséquent, la santé de la population considérée en pâtira inévitablement.

À cet égard, l'objectif de ce chapitre est de décrire les démarches et pratiques indispensables permettant d'inclure une planification intersectorielle de la santé et l'équité en santé dans le cadre du processus national de planification sanitaire. Ce chapitre traite de la raison et de la façon d'associer d'autres secteurs aux processus de planification nationale de la santé, avec pour objectif d'assurer à la fois une meilleure situation sanitaire et l'équité en santé.

Encadré 12.1

Principaux concepts relatifs aux déterminants sociaux de la santé⁴

Qu'entend-on par inégalités en santé ?

Les inégalités en santé sont d'évitables injustices en matière de santé relevées au sein de différents groupes de personnes d'un même pays ou entre différents pays. Elles sont le reflet des inégalités que l'on peut constater en général au sein d'une société et entre différentes sociétés. Les conditions socio-économiques dans lesquelles se trouvent les individus déterminent le risque de tomber malade et les mesures à prendre pour prévenir ou traiter la maladie lorsqu'elle survient.

Qu'entend-on par gradient social ?

Dans tout pays et d'une manière générale, les données montrent que plus un individu occupe une position socio-économique défavorable, plus il est en mauvaise santé. Il existe un gradient social [en santé] qui concerne l'ensemble de la hiérarchie des catégories socio-économiques. Ce phénomène mondial est observé tant dans les pays à revenu faible ou intermédiaire que ceux à revenu élevé. Le gradient social en santé signifie que les inégalités en santé n'épargnent aucun individu.

Qu'entend-on par déterminants sociaux de la santé ?

Les déterminants sociaux de la santé sont les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent, ainsi que les systèmes mis en place et qui ont une influence sur les conditions d'existence de chacun. Ces conditions sont elles-mêmes placées sous l'influence d'un ensemble de forces ayant un caractère plus général : l'économie, les politiques sociales et la politique d'une manière générale.

L'important de l'action intersectorielle pour la santé :

D'après la Déclaration d'Alma-Ata, la coordination des activités inhérentes au secteur de la santé et des différents secteurs concernés permet à chaque être humain de parvenir au niveau de santé le plus élevé possible.

12.1.2 Les objectifs de développement durable - une connotation marquée d'intersectorialité

Depuis 1978, un certain nombre de concepts, de théories et de cadres ont été conçus puis promus en vue « d'atteindre le meilleur niveau de santé possible pour chaque être humain » et ce, en travaillant dans tous les secteurs. Sont cités à titre d'exemple : Santé pour tous⁵ ; la Charte d'Ottawa pour la Promotion de la santé⁶ ; les approches pangouvernementales et pansociétales (*Whole-of-government and whole-of-society*)⁷ ; l'approche La santé dans toutes les politiques⁸ ; l'approche fondée sur les droits de l'homme⁹ ; les approches différenciées selon le genre ou sexes-spécifiques¹⁰ ; les approches sur les déterminants sociaux de la santé¹¹. Chacun de ces concepts présente des forces et fondements théoriques ainsi que des idéologies propres. Tous sont cependant axés sur la santé et se préoccupent de l'équité en santé ; ils préconisent des actions faisant intervenir des secteurs autres que celui de la santé pour leur mise en œuvre, tout en reconnaissant également les difficultés de leur réalisation.

La plupart des grands programmes de santé publique prennent en considération, à un moment ou à un autre, une action intersectorielle dans leurs stratégies globales ou régionales et certains ont généré des cadres d'actions multisectorielles. Pour n'en mentionner que quelques-uns : le Plan d'action mondial 2013-2020 pour la lutte contre les maladies non transmissibles¹² qui retient l'action multisectorielle parmi ses principes généraux, et comporte une annexe reliant 21 secteurs aux principaux facteurs de risque de maladies non transmissibles ; la stratégie de l'ONUSIDA 2016-2021 « Accélérer la riposte pour mettre fin au sida » qui comporte un volet entier sur le VIH et les Objectifs de développement durable (ODD) et préconise une action conjointe ainsi qu'une mise en commun des progrès en la matière¹³ ; en 2013, le partenariat Roll back malaria / Programme des nations unies pour le développement (PNUD) publiait un cadre d'actions multisectorielles de lutte contre le paludisme¹⁴ et en

2014, le programme de l'OMS Santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile plaide pour une politique multisectorielle dans la publication « A multisectoral policy compendium for [reproductive, maternal, newborn and child health] *RMNCH* »¹⁵.

Ces exemples concernent toutefois des programmes spécifiques de santé publique. Il est regrettable que les orientations générales de la planification nationale de la santé de ces dernières décennies accordent souvent une place plus étroite à l'action intersectorielle (voir Encadré 12.2) que dans les stratégies spécifiques des programmes. Très peu de pays, à l'instar de l'Australie, la Finlande et la Nouvelle-Zélande, ont inclus systématiquement et de manière exhaustive d'autres secteurs dans leur processus de planification nationale de la santé. Il s'agit là de quelque chose d'assez remarquable étant donné que l'action collective déployée par 16 programmes de santé publique sous l'égide de la Commission des déterminants sociaux de la santé a révélé que la plupart des déterminants sociaux concourant à des inégalités en santé se retrouvent dans divers problèmes de santé publique, qu'il s'agisse des maladies transmissibles, des problèmes relevant de la santé maternelle et néonatale, des problèmes nutritionnels, des maladies non transmissibles, ou encore des traumatismes.¹⁶

Ceci peut s'expliquer par la perpétuation d'un certain cloisonnement de la pensée par secteur, tel qu'observé il y a 30 ans et qui affectait alors aussi bien la santé que d'autres secteurs (voir Encadré 12.1). Dirigeants et personnels peuvent vouloir rester dans leurs zones de confort qui leur est familière. Cela peut être la résultante de principes d'allocations budgétaires et de responsabilité budgétaire au sein d'un gouvernement, principes qui s'accommodent mal avec une collaboration intersectorielle ou entre une multiplicité de parties prenantes. La focalisation par secteur spécifique, caractéristique des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) et des mécanismes de

financement par des donateurs y contribuent également. Or, les résultats sont des opportunités manquées d'amélioration durable de la santé des populations et, au final, un alourdissement des coûts des soins de la santé et une baisse de la productivité sociale et économique dans les sociétés.

Encadré 12.2

Pourquoi la planification intersectorielle fait-elle défaut dans le processus de planification ?¹⁷

« Reconnaissant le caractère multisectoriel du développement sanitaire, la Déclaration d'Alma-Ata insistait sur la nécessité d'une coordination des activités à caractère sanitaire entreprises dans les différents secteurs... »

« Plusieurs raisons expliquent que les stratégies de la santé n'aient pas beaucoup progressé dans cette direction. Malgré la nouvelle stratégie de la santé, la planification sanitaire est restée un exercice plus ou moins cantonné au seul secteur de la santé, mené principalement par des professionnels de la santé relativement isolés des autres processus du développement. Cet isolement est renforcé par la tendance qu'ont la plupart des secteurs à considérer la santé comme avant tout du ressort des services médicaux et le produit de leur action, ce qui ramène la stratégie de santé à une approche curative. Dans ces conditions, les autres secteurs du développement tendent à considérer la collaboration intersectorielle en faveur de la santé comme un gaspillage de temps et de ressources au détriment de leurs propres priorités. »

Les ODD¹⁸ suivent une approche multisectorielle holistique du développement, par comparaison avec l'approche sélective par secteur caractéristique des OMD. Les ODD diffèrent des OMD à plusieurs égards. Ils s'adressent à tous les pays et ne sont pas simplement des objectifs d'aide au développement. Ils intègrent la notion d'équité, en affirmant la nécessité de ventiler les données et d'observer les avancées enregistrées par les différents groupes de population et non de prendre simplement en considération la moyenne des réalisations. Ils intègrent l'idée qu'un développement durable ne peut être atteint qu'en abordant tous les objectifs simultanément et non d'une manière sélective. La concrétisation des ODD passe donc nécessairement par une action intersectorielle, tant au niveau mondial, que dans chaque pays et, à l'intérieur de chacun, au niveau infranational. L'une des manières extrêmement importantes pour qu'une action intersectorielle soit instaurée au niveau national consiste en une approche intersectorielle du processus de planification nationale de la santé, c'est-à-dire en une planification intersectorielle, sujet du présent chapitre. Les ODD sont donc la préoccupation de tous : des planificateurs de santé nationaux ou locaux, voire même de la communauté internationale.

La concrétisation des ODD passe nécessairement par une action intersectorielle, tant au niveau mondial, que dans chaque pays et à l'intérieur de chacun, au niveau infranational.

12.1.3 Comprendre la planification intersectorielle : la Nouvelle-Zélande et de la Norvège, des exemples à suivre

Certains pays ont déjà intégré avec succès l'équité en santé et l'action intersectorielle dans leur processus de planification nationale de la santé et dans les documents y afférant. À ce titre, ils peuvent être considérés comme des exemples pour des stratégies spécifiques à la santé, dont les objectifs généraux impliquent une collaboration avec d'autres secteurs.

Des exemples existent de pays qui, dans une certaine mesure, ont intégré l'équité en santé et l'action intersectorielle dans leur processus de planification nationale de la santé et dans les documents y afférant (voir Encadrés 12.5 et 12.7). Cette section examine la stratégie en santé adoptée par la Nouvelle-Zélande en 2000 (*New Zealand Health Strategy 2000*) et la loi de santé publique adoptée par la Norvège en 2012. Ces deux exemples illustrent une stratégie spécifique de la santé dont les objectifs généraux, tout autant que les objectifs spécifiques, impliquent une collaboration ou une action concertée avec des secteurs autres que celui de la santé.

La population de la Nouvelle-Zélande compte principalement trois grands groupes ethniques - les Maoris, les peuples du Pacifique, les Européens - et ce pays entretient une politique de protection sociale consolidée au fil de son histoire. En 1999, un changement de gouvernement a entraîné un revirement de vision politique ; la croissance économique n'est alors plus perçue comme unique mesure de progrès, les avancées dans l'accomplissement social prenant un poids équivalent. Dans le cadre du processus de planification prévu par la Stratégie en santé 2000, des analyses approfondies ont été effectuées notamment sur l'espérance de vie selon l'origine ethnique, la précarité ou encore sur la répartition des facteurs de risque tels que le tabagisme. Les résultats ont fait ressortir de fortes inégalités et ont souligné l'importance de lutter contre les causes profondes sous-jacentes, c'est-à-dire les déterminants sociaux.¹⁹

La stratégie en santé 2000 de la Nouvelle-Zélande s'est ainsi donnée pour objectif principal de réduire les inégalités entre les trois groupes de population susmentionnés, en abordant les principaux déterminants de la santé et en réorientant les services de santé. Certains des 10 objectifs principaux et des 61 objectifs spécifiques de cette

stratégie nécessitent une action intersectorielle précise. D'autres relèvent plus directement du secteur de la santé et de ses propres institutions ; il s'agit notamment de l'amélioration de l'accès aux services de santé, de l'amélioration de la participation des populations Maoris ou Pacifique dans la prise de décision du système de santé ou en tant que personnel des services de santé.

Le déploiement de la stratégie prend en compte les déterminants sociaux de la santé et les indicateurs sur les inégalités en santé relatés dans des comptes rendus annuels, élaborés par le ministère du Développement social. Ces comptes rendus permettent de suivre l'impact à moyen et long termes des initiatives et des actions politiques. Ils apportent ainsi des éléments d'évaluation et d'appréciation des politiques publiques. Toutefois, une étude²⁰ portant sur l'efficacité de cette approche souligne une problématique quant à un usage négligeable de ces comptes rendus par les institutions publiques, d'avantage concernées par le développement économique. L'une des conclusions de cette étude insiste sur la nécessité d'ancrer ces comptes rendus dans la législation nationale.

L'approche de la Norvège diffère puisque la mise en place d'un cadre commun de suivi intersectoriel s'appuie sur la loi de santé publique de 2012²¹, laquelle prévoit une large responsabilité des diverses instances gouvernementales en matière de santé et d'équité en santé. Ceci est l'aboutissement d'un grand travail intersectoriel, entre le lancement de la Stratégie en 2007 visant à réduire les inégalités sociales en santé et la loi de santé publique de 2012, pour faire accepter progressivement cette conception plus étendue de la santé dans la sphère politique²². La loi de santé publique constitue désormais la base selon laquelle il est publiquement fait rapport à la fois de la situation de la santé de la population et du travail intersectoriel mené en matière de politique de santé publique.

12.1.4 La planification intersectorielle, élément central de ce chapitre

Ce chapitre est centré sur la planification générale de la santé publique et du développement, et non sur les services de santé et la planification individuelle de programmes de santé publique. Par conséquent, ne sont abordés que très succinctement par exemple, les questions d'inégalités en santé découlant de différence de traitement en termes d'accès aux services de santé mais aussi les bénéfices tirés de ces services. Ce chapitre cherche à adopter une approche pragmatique plutôt que dogmatique. Il rend compte qu'il n'existe pas de modèle rapide et prêt à l'emploi, garantissant la réussite en matière d'action intersectorielle et de recherche d'équité

en santé, mais que certaines logiques fortes s'imposent et que des exemples se dégagent et peuvent servir de source d'inspiration.

Ce chapitre montre qu'il n'existe pas, en matière d'action intersectorielle, de modèle rapide et prêt à l'emploi, garantissant la réussite, mais que certaines logiques fortes apparaissent qui plaident en faveur de certaines pratiques de planification, applicables dans différents contextes.



12.2 Pourquoi une planification intersectorielle est-elle nécessaire ?

Le paludisme sous sa forme endémique a disparu de la majeure partie de l'Amérique du Nord et dans le nord de l'Europe au fil du développement social et économique général, non pas par effet direct d'un contrôle vectoriel ou d'une prévention chimio-prophylactique, mais grâce à de meilleures conditions de logement, au drainage des terres, à la disparition de la promiscuité, à des logements pourvus de fenêtres hermétiques, à la disparition progressive de la cohabitation des humains et de leurs animaux. Cependant, immédiatement après la Première Guerre mondiale, des épidémies de paludisme ont sévi à travers l'Europe. Celles-ci ont reflé ou réagi facilement aux actions de lutte, suggérant qu'un système sanitaire fort (en termes d'administration des traitements adéquats) et l'amélioration généralisée des conditions économiques et sociales - plutôt qu'un changement d'écologie vectorielle - contribuèrent principalement à résoudre ce problème. En situation de guerre, la résurgence transitoire du paludisme, les mouvements de population et d'autres perturbations associées, ont été observées dans plusieurs endroits, notamment en Arménie, en Azerbaïdjan, en Italie, en Espagne et au Tadjikistan, et ce sont suivies d'un retour rapide à la normale dès que l'existence reprenait un cours normal. En revanche, lorsque la lutte contre le paludisme ne tient pas compte des problèmes de développement plus généraux et repose uniquement sur le contrôle direct des vecteurs et la chimiothérapie, au travers de campagnes locales ou mondiales, on assiste souvent à une recrudescence du fléau avec une virulence accrue dès que les mesures instaurées par la campagne se relâchent.²³

Un autre exemple de même caractère provient de l'histoire de la tuberculose en Europe. Les taux de mortalité de la tuberculose en Europe ont augmenté aux 17 et 18e siècles avec l'industrialisation et l'urbanisation, époque où la densité de la population s'est accrue dans les villes, ce qui a

entraîné des conditions de vie précaires et de la malnutrition, facteurs contribuant à la progression de la maladie. Avec la croissance économique qui a suivi, les réformes sociales, le déclin progressif du niveau de pauvreté et l'amélioration des conditions de vie, l'incidence de la tuberculose a diminué de huit à dix fois lorsque les premiers moyens de traitement de la maladie par chimiothérapie sont apparus dans les années 1940. Selon certains auteurs, le déclin de cette maladie jusqu'à la fin des années 1940 serait à porter exclusivement au crédit de l'amélioration de l'état nutritionnel et des conditions de vie de la population. D'autres ont fait valoir que les interventions de santé publique telles que l'isolement des personnes contagieuses et la pasteurisation du lait pour prévenir la diffusion de la tuberculose bovine ont largement contribué au recul de la maladie. En tout état de cause, il s'avère clairement que, d'une part, les taux d'incidence de la tuberculose les plus élevés ont été enregistrés dans des lieux où l'urbanisation rapide était associée à de très mauvaises conditions de vie pour les catégories de personnes les plus défavorisées. D'autre part, le recul le plus rapide observé, tant de l'incidence de la tuberculose que de la mortalité imputable à cette maladie, a été enregistré lorsque la croissance économique se doublait d'une réforme du secteur social et de la santé, ainsi que d'avancées médicales majeures²⁴.

Ces deux exemples suggèrent en outre qu'il existe des liens solides entre le développement général des sociétés et le progrès de la santé. Ils soulignent que le développement socioéconomique et le développement des systèmes de santé se renforcent mutuellement et accroissent respectivement leurs chances de réussite durable. En d'autres termes, aborder les déterminants de la santé (qui implique nécessairement une collaboration entre secteurs) tout en agissant sur les services de santé conduit à renforcer la pérennité des résultats.

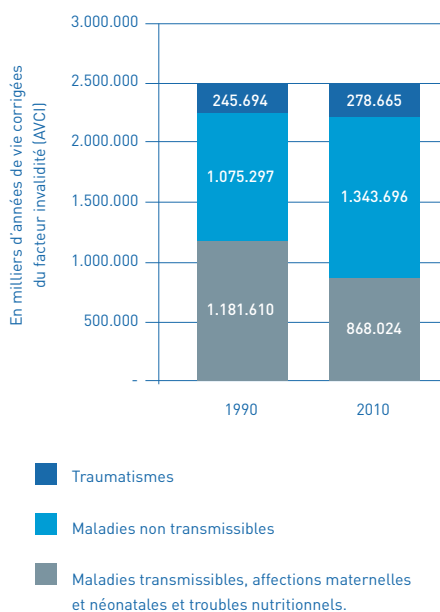
Le développement économique et social et le développement des systèmes de santé se renforcent mutuellement ; agir sur les déterminants de la santé en même temps que sur les services de santé, permet d'obtenir des résultats durables.

12.2.1 La charge de morbidité

Entre 1990 et 2010, une réduction notable de la charge de morbidité globale imputable aux maladies transmissibles, aux affections maternelles et néonatales et aux troubles nutritionnels a été enregistrée et ce, dans une proportion de 1, 18 milliards d'années de vie corrigées du facteur invalidité (AVCI) en 1990 à 0, 97 milliards d'AVCI en 2010, soit un recul de 26,6 % (Figure 12.1)²⁵. Ce succès peut s'expliquer par une combinaison de facteurs, et notamment : la réduction générale de la pauvreté, l'amélioration de l'accès à l'éducation, en particulier pour les filles ; l'amélioration de l'accès à l'eau potable et de l'assainissement ; et un meilleur accès à certains services de santé. Tous ces facteurs ont été spécifiquement soulignés dans les OMD et dans les actions prévues dans différents secteurs, autres que la santé.

Cependant, la Figure 12.1 fait également apparaître que la charge globale de morbidité est restée sensiblement inchangée, avec 2,5 milliards d'AVCI au cours de ces deux décennies, c'est-à-dire que les avancées enregistrées pour les maladies transmissibles, les affections maternelles et néonatales et les troubles nutritionnels ont été contrebalancés par l'augmentation des maladies non transmissibles (MNT) et les traumatismes. Les MNT ont progressé de 25,3 %, passant de 1,08 milliard en 1990 à 1,34 milliards en 2010 et les traumatismes ont augmenté de 0,03 milliards au cours de la même période. Cette aggravation peut s'expliquer par le fait que les gens vivent plus longtemps [en 1990, l'espérance de vie moyenne à la naissance était de 64 ans. En 2013, elle est de 71 ans²⁶]. Les changements de modes de vie et les expositions aux facteurs de risque pourraient toutefois aussi avoir contribué à cette augmentation.

Figure. 12.1 Charge de morbidité au niveau mondial (1990-2010)



Enrayer l'expansion des maladies non transmissibles exige de s'attaquer de manière efficace à leurs facteurs de risques et déterminants. Cela ne peut se faire que si le secteur de la santé et toute une série d'autres secteurs agissent de manière concertée.

Si rien n'est fait pour enrayer l'expansion des MNT, il y a fort à craindre que la charge globale de morbidité dans son ensemble, sera plus élevée en 2030 qu'elle ne l'était en 1990. Stopper l'épidémie des MNT exige de s'attaquer de manière efficace à leurs facteurs de risques et déterminants. Cela ne peut se faire que si le secteur de la santé et toute une série d'autres secteurs agissent de manière concertée, c'est-à-dire au moyen de politiques, stratégies et plans nationaux pour la santé (PSPNS) qui revêtent un caractère intersectoriel et global.

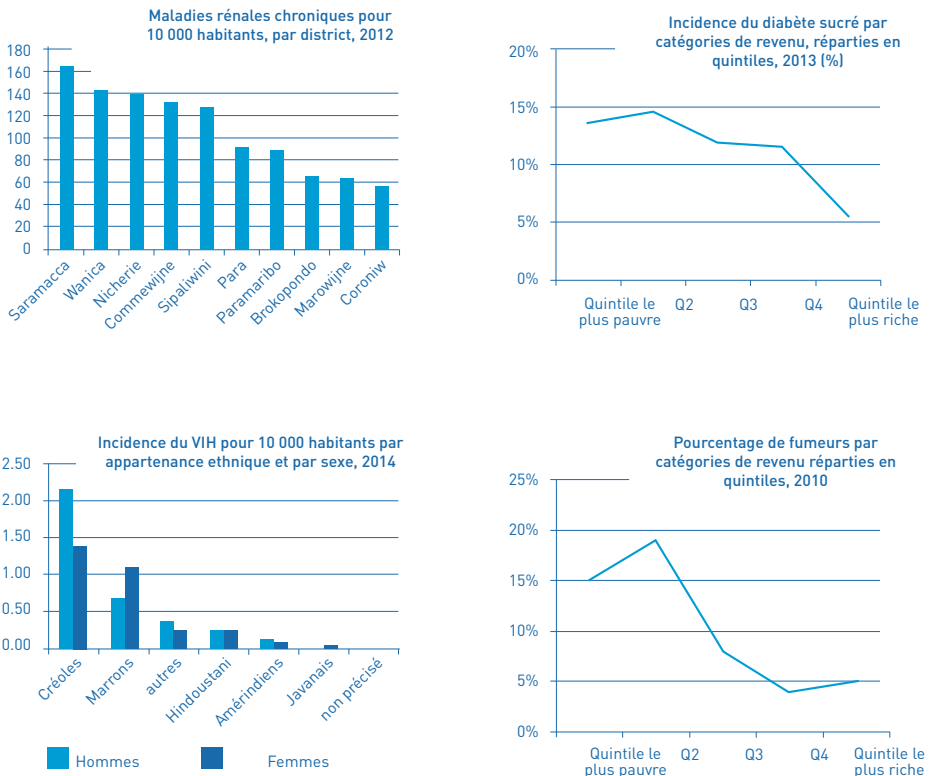
12.2.2 Les déterminants sociaux

Les statistiques de la charge générale de morbidité à l'échelle mondiale (Figure 12.1) masquent des différences considérables d'un pays à l'autre. Et même au sein même de chaque pays, une désagrégation des moyennes nationales, par exemple par aire géographique, niveau de ressources, appartenance ethnique et sexe, révèle presque toujours des inégalités considérables en matière de santé, comme c'est le cas au Suriname (Figure 12.2).

Au Suriname, la fréquence des maladies rénales chroniques est 2,5 fois plus élevée dans le district

de Saramacca que dans celui de Coronie et le diabète de type II est trois fois plus répandu dans le quintile de population le plus pauvre que dans le quintile de population le plus riche. La prévalence du VIH est beaucoup plus élevée chez les Créoles et les Marrons (Bushinengués) que dans les autres groupes ethniques. Il est cependant intéressant de constater que chez les Créoles, la prévalence est plus faible chez les femmes que chez les hommes, alors que c'est le contraire chez les Marrons. Enfin, la prévalence du tabagisme dans les deux quintiles les plus pauvres s'avère trois à quatre fois plus élevée que dans le quintile le

Figure 12.2 Exemples d'inégalités en santé au Suriname²⁷



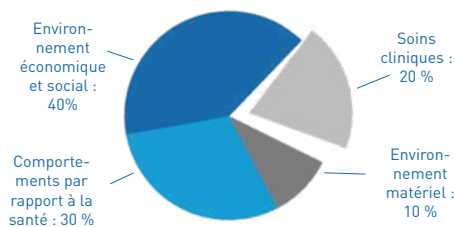
plus riche. Bien que les taux de morbidité et la prévalence des facteurs de risque soient plus élevés dans la population étant dans les quintiles les plus pauvres que celle des quintiles les plus riches, les districts ainsi que les groupes ethniques connaissant les prévalences les plus élevées diffèrent en fonction des types de maladies, des conditions de vie et des facteurs de risque. Un tel constat soulève la question importante de savoir comment déterminer le profil de la population dans une société donnée.

Les effets que les soins cliniques peuvent avoir sur la santé des populations sont beaucoup plus faibles que ce que l'on a tendance à croire. Une étude sur diverses communautés menée aux États-Unis d'Amérique montre que l'accès aux soins cliniques et la qualité de ces soins n'entrent qu'à hauteur de 20 % dans les causes de décès prématurés dans la population considérée. Les 80 % représentant les autres causes sont notamment à rechercher parmi les facteurs économiques et sociaux (40 %), les comportements par rapport à la santé (30 %), et l'environnement matériel (10 %) (Figure 12.3)²⁸. Or, les comportements en santé et l'environnement matériel sont placés eux-mêmes sous l'influence de facteurs économiques et sociaux. Cela signifie que la santé d'une population se trouve placée à près de 80 % sous l'influence des conditions dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ; en d'autres termes, ils sont placés sous l'influence des déterminants sociaux de la santé.

Un accès équitable à des soins cliniques de qualité et d'un rapport coût/efficacité satisfaisant doit rester un droit fondamental pour tous. L'amélioration effective, durable du niveau et de la répartition des services de santé nécessite des actions dans de multiples secteurs pour lutter contre les principaux facteurs de risque liés aux expositions et aux comportements des individus, tels que les risques alimentaires, la malnutrition maternelle et infantile, l'usage du tabac, l'exposition à la pollution atmosphérique, la consommation d'alcool et de drogue, l'insalubrité de l'eau, l'absence d'assainissement et d'hygiène corporelle, les pratiques sexuelles à risques, les risques d'accidents du travail, la sédentarité et ses conséquences, les agressions sexuelles et actes de violence ainsi que tout autres risques environnementaux contribuant à la charge globale de morbidité²⁹. Cette démarche nécessite en outre, des actions sur les déterminants sociaux qui sont la cause de différences entre les composantes de la population en termes d'exposition et de vulnérabilité et qui ont souvent leurs racines dans le contexte sociétal et dans la situation sociale, politique et économique³⁰. Les ODD préconisent une action globale sur ces déterminants et facteurs de risque, en mettant l'accent sur l'équité dans tous les objectifs aussi bien qu'à travers l'objectif spécifique de l'équité (ODD 10), qui souligne le besoin urgent de désagrégation des données (par catégorie de revenu, genre, âge, race, appartenance ethnique, statut migratoire, handicap, situation géographique et autres caractéristiques pertinentes propres au contexte national)³¹.

La santé d'une population peut tenir à 80 % aux conditions dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent, en d'autres termes aux déterminants sociaux de la santé.

Fig. 12.3 Facteurs affectant la santé des populations aux États-Unis d'Amérique



De même, les PSPNS doivent s'appuyer sur une analyse approfondie de données désagrégées (ou ventilées) et doivent mettre singulièrement l'accent sur les facteurs déterminant la situation sanitaire de la population, en veillant à ce qu'ils soient examinés. Ignorer ces facteurs signifie que la situation sanitaire globale ne peut être, dans les meilleurs des cas, que très peu améliorée. S'attacher aux déterminants sociaux de la santé signifie un engagement dans une action intersectorielle et une telle approche doit être intégrée dans le processus de planification nationale de la santé.

Encadré 12.3

Développement de l'enfant au Viet Nam - une meilleure planification intersectorielle vraiment nécessaire

L'éducation maternelle a longtemps été considérée comme un déterminant important de l'état de santé maternelle et infantile dans de nombreux pays, y compris au Viet Nam³². Dans les zones rurales de ce pays, seulement 22,8 % - contre 53,9 % en milieu urbain - des mères d'enfants de 0 à 8 ans ont terminé leurs études secondaires. Or, les comportements de recours aux services de santé et le taux d'utilisation sont liés au niveau d'éducation³³. Certains auteurs suggèrent que ce comportement tient à une connaissance limitée de certains symptômes caractéristiques chez le nourrisson et l'enfant, ce qui entraîne des retards dans le recours aux services de santé avec, pour conséquence, un risque accru d'issue défavorable.

Dans le quintile de population le plus pauvre au Vietnam, le taux d'achèvement des études secondaires est de 8,1 %, alors qu'il est de 73,7 % dans le quintile de population le plus riche. Dans le groupe ethnique majoritaire du Viet Nam (Kinh), le taux d'achèvement des études secondaires est de 34,4 %, alors qu'il n'est que de 13,6 % dans les groupes ethniques minoritaires. Dans le quintile de population le plus pauvre, 58,9 % des enfants âgés de 36 à 59 mois ont accès à une éducation préscolaire, contre 90,6 % des enfants de cette

classe d'âge dans le quintile de population le plus riche³⁴. Or, ce que vit un enfant jusqu'à l'âge de 8 ans s'avère déterminant pour le reste de son existence et il existe une forte association entre la survie d'un enfant et son développement. Chez un individu, tout ce qui touche au physique, au social, à l'émotionnel et au langage a une forte influence sur l'apprentissage de base, la réussite scolaire, l'intégration dans l'économie, la citoyenneté sociale et la santé³⁵.

Ces inégalités font partie d'un cercle vicieux d'inégalités intergénérationnelles qui ne peut être rompu que par une action appropriée. Cette action doit nécessairement être de nature intersectorielle car elle doit s'exercer à un niveau où convergent l'éducation, l'administration locale, la protection sociale et la santé. Cette action intersectorielle doit être soigneusement planifiée et intégrée dans les PSPNS. Si l'action intersectorielle n'a qu'un caractère ponctuel et isolé, elle ne peut avoir un effet durable. S'assurer que ce caractère intersectoriel constitue une composante intrinsèque des PSPNS, c'est garantir la collaboration indispensable à plus long terme pour apporter le type de changement nécessaire au Viet Nam.



© Erik Blas

12.3 À quel stade faut-il mobiliser les autres secteurs ?

La réponse immédiate à la question posée ci-dessus serait : « dès le début ». Cependant, la planification intersectorielle, en tant que partie intégrante du processus de planification nationale en santé n'est pas un processus linéaire, si bien qu'il existe une multiplicité de point de départ, comme exposé dans l'Encadré 12.4. La phase « analyse de situation », en particulier, ouvre un champ de possibilités immense pour aborder les bonnes questions concernant l'équité et les déterminants de la santé et pour garantir que ces aspects fondamentaux soient évalués comme il convient. Des actions peuvent être entreprises tout au long du cycle de planification ; toutefois, si l'on ne tient pas compte des questions fondamentales qui s'imposent à l'évidence lors de la phase d'analyse de situation, de telles actions ne seront pas intégrées.

L'Encadré 12.4 synthétise huit points d'entrée devant permettre de lutter contre les inégalités en santé et de s'orienter vers une collaboration intersectorielle dans la planification nationale en santé. Pour certains de ces points d'entrée, le secteur de la santé est à la fois leader et exécutant. Pour d'autres, l'importance accordée au secteur de la santé est de fournir un leadership. Pour d'autres encore, le secteur de la santé peut jouer principalement un rôle de catalyseur. Ces différents points d'entrée à retenir pour lutter contre les inégalités en santé trouvent un écho dans les ODD approuvés, où le sujet de la santé est traité dans l'Objectif 3 mais aussi dans d'autres objectifs (voir Annexe 12.1). Presque tous les ODD jouent un rôle clé pour la santé. Chaque point d'entrée est brièvement décrit en référence à trois ODD clés, indiqués entre parenthèses. Veuillez noter que plusieurs analyses mentionnées en tant que point d'entrée peuvent être réalisées pendant l'analyse de situation du cycle de planification de la politique de santé.

Seuls les liens les plus étroits avec les autres ODD sont indiqués dans l'Encadré 12.4. Il existe, bien entendu, beaucoup d'autres liens aux intensités diverses (voir Annexe 12.1). Souvent, l'étroitesse d'un

lien entre un point d'entrée et un ODD dépend du contexte national et local. Les nombreux éléments de l'analyse et de l'action peuvent, au final, apparaître dans des plans de travail et stratégies de divers secteurs. Toutefois, tous les éléments importants doivent être mentionnés dans les PSPNS avec la référence au secteur et au plan sectoriel de la responsabilité duquel ils relèvent. Ils doivent tous être réunis dans un cadre de suivi et de redevabilité propre aux PSPNS et, d'une manière plus générale, aux ODD. Dans les sections suivantes, les détails de l'analyse, de la planification et du suivi sont examinés.

Encadré 12.4

Huit points d'entrée potentiels pour atteindre et maintenir une plus grande équité en santé³⁶

- 1. Analyse des preuves d'inégalités et de leurs causes.** Examiner les données de santé désagrégées, pertinentes pour le pays considéré ; Effectuer une revue de la littérature scientifique dont les études (y compris qualitatives) menées dans certaines strates de la population ; Procéder à une étude des causes d'inégalités qui nécessitent une action intersectorielle ; Passer en revue les rapports émanant d'instances compétentes en matière de droits de l'homme (ODD 5, ODD 6 et ODD 17).
- 2. Analyse de la législation, des politiques, des normes, des protocoles et lignes directrices / action.** Étudier comment l'équité, les droits de l'homme, le genre et les déterminants sociaux sont affectés par la politique en vigueur et par le cadre légal, normatif, programmatique, de suivi et d'évaluation et en quoi ces aspects peuvent influencer sur les inégalités en santé (SDG 5, SDG 10 et SDG 16).

La phase « analyse de situation », en particulier, ouvre un champ de possibilités immense pour aborder les bonnes questions concernant l'équité et les déterminants de la santé et pour garantir que ces aspects fondamentaux soient évalués comme il convient.

3. Analyse des / action sur les causes provoquant des différences (ou déterminants sociaux en jeu) afin d'identifier les causes les plus pertinentes, et notamment celles qui ont le plus d'influence sur :

- ▶ une différence d'exposition à un environnement physique. Par exemple, un milieu de travail défavorable, un cadre de vie hostile, des infrastructures insuffisantes, une consommation malsaine et nocive, etc. (ODD 6, 8 et 11) ;
- ▶ une différence d'exposition à un environnement social. Par exemple, des normes sociales pouvant être néfastes pour la santé, des préjugés sexistes et les répressions dans ce sens, une discrimination ethnique et raciale, des pratiques commerciales non contrôlées, etc. (ODD 5, 10 et 16) ;
- ▶ des différences de vulnérabilité collective ou individuelle, c'est-à-dire la pauvreté et le chômage, des dysfonctionnements au sein de la famille ou de la communauté, une éducation scolaire insuffisante, une faible capacité à se prendre en charge sur le plan de la santé et des soins, l'alcoolisme, l'insécurité alimentaire et la malnutrition, etc. (ODD 1, 2 et 4) ;
- ▶ des différences quant à l'accès aux produits et services de santé, c'est-à-dire une accessibilité inadaptée, des barrières financières, des produits et des services de mauvaise qualité, etc. (ODD 1, 10 et 16) ;
- ▶ des différences d'accessibilité aux services de santé, par exemple une mauvaise qualité des services accessibles, des traitements ou des soins discriminatoires, des biais dans les systèmes de références des soins, un découplage entre les services offerts et les soins nécessaires, une interaction patient/soignant déficiente, un manque d'adhésion aux conseils et aux recommandations de traitement, etc. (ODD 5, 10 et 15) ; et
- ▶ des différences quant aux conséquences de la maladie et du handicap, c'est-à-dire la perte de revenu, l'appauvrissement/l'assujettissement à des dépenses de santé catastrophiques, la stigmatisation et les autres formes de discrimination (ODD 1, 10 et 16).

4. Analyse et attribution des ressources. Ici, il ne s'agit pas uniquement de la question du niveau des ressources en termes absolus mais bien plus de la manière dont ces ressources sont réparties et mises à profit dans la société. Dans un pays, tout biais dans la répartition de l'attention, des ressources et des efforts risquent de privilégier des résultats qui ont pour effet d'accroître et non de réduire les inégalités (ODD 1, 10 et 16).

5. Analyse, stratégies et actions propres à traiter en particulier des problèmes sexospécifiques. La réactivité aux problèmes sexospécifiques doit être encouragée dans tous les processus, dans toutes les organisations et dans tous les services (ODD 4, 5 et 16).

6. Analyse et déploiement des moyens de participation de la société civile et des individus au processus de décision. Le droit à la santé ne saurait être mieux protégé que lorsque les populations et les individus concernés, y compris celles ou ceux qui sont marginalisés ou défavorisés, sont activement associés au processus de décision de la politique de santé, à la planification de la santé et à la prise en charge de leur propre santé (ODD 4, 10 et 16).

7. La transparence, la redevabilité et le contrôle du bon fonctionnement des directions sectoriels et des services en charge sont essentiels pour réduire les inégalités en santé, tout autant que des mécanismes sûrs de signalement et d'instruction des plaintes dans les cas de menace, de non-respect ou de violation des droits à la santé et ce, tant au niveau individuel que collectif (ODD 5, 10 et 16).

8. La garantie d'un équilibre et de l'équité hommes / femmes dans les processus institutionnels, en assurant la parité des sexes, une représentation appropriée des deux sexes, l'inclusion des groupes de populations concernées dans le personnel, la direction et les membres de conseils d'administration (ODD 5, 10 et 16).

12.4 Qui doit être associé ? Rôles et responsabilités de chacun

Les différents secteurs et bien souvent, également les différents programmes sanitaires peuvent avoir des cycles de planification différents. En outre, dans certains pays, il peut y avoir un plan général de développement national ayant aussi son propre cycle. Une coordination proactive du secteur de la santé avec l'ensemble de ces éléments est absolument capitale.

La planification intersectorielle pour la santé doit être perçue comme un processus multidirectionnel, continu et en évolution constante. Il importe de suivre de près les différents cycles de planification et de suivi car ils offrent de nouvelles opportunités permettant d'introduire les considérations de santé dans les mécanismes de planification et de suivi des secteurs concernés. Du point de vue du secteur de la santé, la planification intersectorielle implique des contacts réguliers avec les autres secteurs et une attention aux nouvelles opportunités, cruciales lorsque le sujet de la santé doit être discuté.

Les occasions à ne pas manquer pour mener à bien l'engagement des autres secteurs sont à saisir au moment de la préparation du plan nationale de développement et du plan national de santé. Cela implique l'intégration des autres secteurs tout au long du processus de planification de la santé et, réciproquement, d'introduire la santé dans les processus de planification des autres secteurs à partir de la phase d'analyse de situation et de définition des priorités, par exemple.

Un rôle clé du secteur de la santé, et en particulier du ministère de la Santé, consiste à être le leader et à comprendre les différents intérêts et les rôles divers des nombreux autres secteurs qui influent réellement ou potentiellement sur les facteurs de risques et sur les déterminants sociaux de la santé, ainsi qu'à faciliter ce processus (pour exemple, voir le cas de l'Estonie, Encadré 12.5). Ce rôle nécessite une capacité technique, des connaissances et des compétences allant bien au-delà des simples aspects cliniques de la santé³⁷. Si de tels moyens ne sont pas disponibles de manière adéquate, il est possible de faire appel à des consultants, et les capacités requises peuvent ainsi se construire au fil du processus. Le ministère de la Santé ne sera pas en mesure d'assumer à lui seul cette responsabilité. Aussi, des partenariats avec des instances publiques investies de responsabilités intersectorielles (comme par exemple, le ministère du Plan, le cabinet du Premier ministre ou le Bureau de la présidence, etc.) ou un parrainage de ces instances doivent être recherchés. Toutefois, le secteur de la santé doit prendre l'initiative de diriger le processus, de le maintenir en action et sur les bons rails. Une attention particulière doit être accordée pour s'assurer que la démarche se fonde sur des faits et qu'elle repose sur un consensus, et d'empêcher qu'elle ne soit marginalisée par des priorités politiques ou par l'influence de groupes d'intérêts particuliers.

Encadré 12.5

Le plan national de santé publique 2009-2020 de l'Estonie³⁸ est relié à un grand nombre de stratégies et de plans de développement relevant de différents secteurs

Ministère des Affaires sociales

- ▶ Plan de développement des soins de santé primaires (en préparation)
- ▶ Plan directeur du système hospitalier Estonien (2002)
- ▶ Plan de développement du réseau de soins infirmiers 2004-2015
- ▶ Stratégie de garantie des droits de l'enfant
- ▶ Plan de développement pour la prévention de la violence au sein de la famille (en préparation)
- ▶ Stratégie nationale concernant le cancer 2007-2015
- ▶ Stratégie nationale concernant le VIH/sida 2006-2015
- ▶ Stratégie nationale de prévention des addictions aux drogues à l'horizon 2012
- ▶ Stratégie nationale de lutte contre la tuberculose 2008-2012
- ▶ Stratégie nationale de prévention des maladies cardio-vasculaires 2005-2020
- ▶ Plan de développement du traitement de l'infertilité 2007-2010
- ▶

Chancellerie d'État

- ▶ Politique européenne de l'Estonie pour 2007-2011
- ▶ Programme du gouvernement pour 2007-2011

Ministère des Finances

- ▶ Cadre de référence de la stratégie nationale 2007-2013

Ministère de la Population et des Affaires ethniques

- ▶ Programme Estonien d'intégration 2008-2013

Ministère de l'Environnement

- ▶ Stratégie nationale de l'Estonie pour le développement durable «Estonie 21»
- ▶ Stratégie de l'Estonie pour l'environnement à l'horizon 2030
- ▶ Plan national de développement de la sécurité radiologique 2008-2017

Ministère de la Culture

- ▶ Programme stratégique de développement des sports pour tous 2006-2010

Ministère de l'Intérieur

- ▶ Youth Work Plan de développement pour le soutien de l'initiative citoyenne 2007-2010
- ▶ Stratégie de développement régional de l'Estonie 2005-2015
- ▶ Plan national de développement du territoire "Estonie 2010"
- ▶ Plan de développement de la sécurité intérieure 2009-2013 (en préparation)

Ministère de l'Éducation et de la Recherche

- ▶ Stratégie pour le travail des jeunes 2006-2013
- ▶ Plan de développement du système éducatif général 2007-2013
- ▶ Programmes de prévention de la violence à l'égard des plus faibles "pour une école sûre" (en préparation)

Ministère de l'Agriculture

- ▶ Stratégie de développement rural de l'Estonie 2007-2013
- ▶ Plan de développement du volet gouvernemental du ministère de l'Agriculture 2009-2012

Ministère de la Justice

- ▶ Plan de développement pour le recul de la délinquance juvénile 2007-2009
- ▶ Plan de développement pour la lutte contre la traite des êtres humains

Ministère des Affaires économiques et de la Communication

- ▶ Plan de développement du logement en Estonie 2008-2013
- ▶ Plan de développement des transports 2006-2013
- ▶ Programme national de sécurité routière en Estonie 2003-2015
- ▶ Stratégie et plan de mise en œuvre de l'Estonie pour une société informée

Pour obtenir un impact positif sur un facteur de risques ou un déterminant social de la santé, il est important, dans un premier temps, de repérer les secteurs qui partagent un intérêt commun pour la santé, et ceux qui ont un intérêt différent, voire même opposé.

L'Encadré 12.4 et de l'Annexe 12.1 permettent de connaître les secteurs à impliquer dans la démarche. Le tableau proposé dans l'Annexe 12.1 donne un aperçu des liens à établir entre les huit points d'entrée et les 17 ODD. Si tous les secteurs sont susceptibles d'apporter des améliorations dans la situation sanitaire, ils présentent beaucoup de différences quant aux mécanismes selon lesquels chacun opère et à l'influence que chacun peut exercer par rapport aux principaux facteurs de risque et aux principaux déterminants sociaux de la santé. De plus, l'intérêt d'agir pour chacun des secteurs peut également être variable. Ces intérêts peuvent être classés ainsi :

Un intérêt partagé : tel est le cas lorsqu'un secteur partage lui aussi un intérêt particulier pour la santé pour apporter un changement positif à un facteur de risque ou à un déterminant social. Par exemple, le secteur de l'éducation peut très certainement partager l'intérêt contribuant à réduire les risques de « cumul de désavantages (ou d'handicaps) ». Cela s'explique par le fait que le secteur de l'éducation mesure la réussite de son action à la progression de la scolarisation, au recul de l'abandon de scolarité et à la progression des taux de réussite des études.

Un intérêt différent : tel est le cas lorsque l'intérêt du secteur considéré s'avère différent de l'intérêt du secteur de la santé, sans y être nécessairement opposé. Par exemple, l'intérêt prééminent du secteur « urbanisme et transports » peut consister en une fluidification de la circulation routière motorisée, et non de privilégier des modes de déplacement faciles et sûrs, favorisant une activité physique, comme la marche à pied ou les déplacements à vélo.

Un intérêt contraire : il arrive que les intérêts poursuivis par un autre secteur se trouvent directement en opposition à ceux de la santé. Par exemple, certaines composantes du commerce et de l'industrie peuvent avoir des intérêts contraires à une réduction de la commercialisation et de l'accès aux produits du tabac et de l'alcool, leur argument étant qu'une telle réduction aura une incidence directe sur leurs résultats.

Il importe de repérer les secteurs qui partagent la santé comme un intérêt principal, tendant à obtenir un impact positif sur un facteur de risque ou un déterminant social, les secteurs qui ont un intérêt différent et, enfin, ceux qui ont un intérêt directement opposé. La raison en est, naturellement, que cela peut avoir un effet déterminant sur le processus, de même que sur les chances de réussite de la mise en œuvre d'un aspect donné du plan.

Lorsque les intérêts sont partagés, il n'est pas nécessaire d'inciter l'autre secteur ou de négocier avec lui pour le convaincre à agir. Par contre, lorsque les intérêts sont différents, certaines incitations à l'égard de l'autre secteur peuvent être nécessaires, ainsi que des explications sur les bienfaits attendus pour la santé de l'action considérée. L'accent doit alors être mis sur les principaux points ayant une influence sur le facteur de risque ou le déterminant social considéré.

Une attention particulière doit être accordée aux situations dans lesquelles un secteur a des intérêts opposés et exerce une influence potentielle forte par rapport à un facteur de risque ou un déterminant social. Pour un même facteur de risque ou déterminant social, d'autres secteurs peuvent avoir une influence potentielle forte ou moyenne, partageant des intérêts communs avec le secteur de la santé qui peuvent être différents mais pas opposés. Un partage des forces de ces deux secteurs peut aboutir par exemple, à une modification de la législation ou de la réglementation ou à un renforcement du dispositif d'application de la législation.

Le Tableau 12.1 présente succinctement les rôles et responsabilités du ministère de la Santé et des autres secteurs et acteurs au cours des trois phases de la planification et de la gestion de l'action intersectorielle : l'analyse, la négociation et la planification, le suivi et la redevabilité. Des précisions sur chacune de ces phases sont fournies dans la section 12.5.

Tableau 12.1 Rôles et responsabilités

PHASE	MINISTÈRE DE LA SANTE	AUTRES SECTEURS ET ACTEURS
<p>Analyse (voir partie 12.5.1)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Gérer le processus de collecte de connaissances – commander ou effectuer directement la collecte des connaissances disponibles et leur mise en commun sous un format propice à la prise de décision ▶ Diriger l'analyse et la réalisation d'un consensus – associer les principaux intervenants, les experts et les meneurs de l'opinion pour avoir une compréhension commune des causes de la charge de maladies et de la situation d'inégalité en santé dans le pays ▶ Informé et diffuser l'information – générer et nourrir un débat public reposant sur des données factuelles, puis demander de l'action ▶ Identifier les lacunes sur le plan des connaissances – encourager et orienter la collecte de données et la recherche de futures données 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Cabinet du Premier ministre, planification nationale, etc. : parrainer, inscrire l'action intersectorielle en faveur de la santé et de l'équité en santé dans l'agenda du cabinet ainsi que dans les analyses se rapportant au développement national ▶ Chercheurs, Bureau des statistiques, services d'information des secteurs, organismes de la société civile : fournir des données et participer à l'analyse ▶ Politiciens, leaders d'opinion et médias : contribuer au consensus et au processus de dissémination
<p>Négociation et planification (voir partie 12.5.2)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Définir les priorités pour la planification, la conception et la mise en œuvre de la politique – ceci peut inclure le rapprochement de toutes les parties prenantes dans un processus de consensus ▶ Identifier et gérer les éventuels conflits d'intérêts et controverses – ceci peut inclure des exercices de courtage et de négociation, des propositions de compromis ou une mobilisation de pression sur une décision politique ou sur la législation ▶ Former de formateurs – intégrer les préoccupations en matière de santé et d'équité en santé dans les programmes de formation continue pour différents secteurs et catégories de cadres ▶ Mettre en mouvement le processus politique – réunir la puissance de la connaissance et des bases factuelles, le poids social de la société civile et la puissance de l'État à travers une dynamique politique responsable ; faire passer la santé à un rang prioritaire dans l'agenda politique ▶ Relier de manière appropriée le plan national de santé avec les plans des autres secteurs concernés – négocier l'intégration d'actions pertinentes dans les plans d'autres secteurs, selon des formats autorisant un suivi intersectoriel 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Cabinet du Premier ministre, planification nationale, etc. : parrainer, maintenir l'action intersectorielle en faveur de l'équité en santé à l'ordre du jour, et surveiller la progression ▶ Secteurs, y compris organismes de la société civile : participer au processus, s'engager dans une action axée sur des résultats dans leurs domaines de compétence respectifs et intégrer l'équité en santé dans leurs propres plans
<p>Suivi et redevabilité (voir partie 12.5.3)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Assurer un suivi de activités des autres secteurs portant sur la santé, notamment sur les politiques déployées et leurs résultats. ▶ Améliorer ses propres sources de données, en termes d'exhaustivité et d'aptitude à la ventilation ▶ Encourager, orienter et soutenir les autres sources de données afin de générer des données ventilées pertinentes, reliant la santé aux déterminants sociaux et aux facteurs de risques ▶ Analyser, diffuser et présenter l'information sous des formats favorables à informer sur l'action managériale et des débats politiques publics rationnel 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Cabinet du Premier ministre, planification nationale, etc. : parrainer, rendre les ministères responsables de leurs engagements et rendre des comptes au cabinet ▶ Secteurs, y compris organismes de la société civile : faire rapport sur les actions décidées et les résultats, participer aux examens des bilans et s'engager dans la poursuite d'une action axée sur des résultats dans leurs domaines de compétence respectifs. ▶ Politiciens, leaders d'opinions et médias : participer au processus d'évaluation, de création d'un consensus et de diffusion.

La question du financement de la planification intersectorielle est parfois posée. Dans le cas d'un intérêt partagé, il semble évident que celui-ci reviendrait au secteur concerné, à partir de ses attributions budgétaires courantes. Toutefois, en présence d'intérêts différents (mais non opposés), cela peut avoir des impacts budgétaires, du fait que les secteurs concernés peuvent avoir à prendre des dispositions supplémentaires ou à agir différemment pour que cela ait une incidence positive sur la santé ou sur l'équité en santé. Cela peut avoir pour effet de devoir procéder à des réaffectations budgétaires internes ou la nécessité d'obtenir des allocations budgétaires supplémentaires. Cependant, comme il ne sera pas demandé aux secteurs concernés de déployer des activités

qui ne rentrent pas dans leurs compétences, la mise en œuvre doit être couverte dans leur propre budget sectoriel - même s'il s'avère nécessaire que le ministère des Finances alloue des ressources supplémentaires qui pourraient être dégagées, le cas échéant, par le biais de taxes/d'impôts au profit de la santé publique. Les secteurs qui ont des intérêts opposés, peuvent être amenés à « payer », par le biais de taxes/d'impôts au profit de la santé publique, par exemple une taxe sur le tabac, sur l'alcool, sur les aliments malsains, etc.³⁹ Une initiative qui peut être pertinente pour couvrir le budget du secteur de la santé consisterait en programmes de renforcement des capacités ayant pour vocation d'intégrer les considérations de santé dans les programmes de formation continue d'autres secteurs clés.



12.5 Comment planifier et mettre en œuvre une action intersectorielle ?

Chaque pays ayant ses spécificités, il appartient à chacun de préparer et d'élaborer son propre plaidoyer en faveur d'une action intersectorielle sur les inégalités en santé, en s'appuyant sur ses propres données et analyses des facteurs de risque et déterminants sociaux à l'origine de la situation, afin de mobiliser l'attention politique et de parvenir à un engagement intersectoriel. Pour plaider une telle cause, il est important de garder à l'esprit que les divers interlocuteurs n'appartiennent pas au milieu médical. Premièrement, ces interlocuteurs doivent pouvoir saisir le message d'emblée. Deuxièmement, ils doivent percevoir en quoi ce message est pertinent. Troisièmement, ils doivent être convaincus des raisons pour lesquelles ils doivent s'engager. Il est indispensable de trouver un terrain d'entente et d'établir une compréhension commune entre le secteur de la santé et les autres secteurs concernés.

Il existe un large éventail d'options et d'outils⁴⁰ permettant de visualiser les données sous forme de tableaux et de graphiques selon diverses présentations (voir, par exemple, Figure 12.2). Il est important de recouper les groupes d'indicateurs, y compris ceux sur les déterminants sociaux, à travers les dimensions de l'inégalité et les niveaux de chaînes de résultats, et à travers les différents secteurs. Les présentations tabulaires ou graphiques s'avèrent souvent insuffisantes ou peuvent ne pas être pleinement comprises par le public ciblé. Il est donc utile de les compléter

en « racontant l'histoire », c'est-à-dire au moyen d'énoncés brefs, formulés spécialement en fonction de l'auditoire auquel on s'adresse. Dans le cas du Viet Nam (Encadré 12.3), au moins trois secteurs contribuent directement à briser le cercle vicieux de l'inégalité intergénérationnelle - à savoir l'éducation, les collectivités locales et la prévoyance sociale -, tandis que le problème sous-jacent de la répartition inéquitable des ressources repose sur la finance, les politiciens et la société civile. D'autres secteurs, dont celui de l'économie, peuvent prendre conscience de leur intérêt dans les résultats de l'action et l'amélioration des indicateurs, c'est-à-dire dans une participation économique et sociale accrue et dans un recul de la demande en soins de santé.

Une option parallèle, plus complète et plus technique, consiste à extraire toutes les informations pertinentes concernant chacune des pathologies majeures sévissant dans le pays - prévalence, répartition géographique et selon les groupes de population, causes possibles de leurs particularités - et d'en faire une présentation sous forme de tableaux génériques, par pathologie⁴¹. Cette option présente l'avantage de mettre en évidence les causes des pathologies en même temps que d'identifier les principales connaissances et lacunes de l'action. Une telle analyse offre une excellente opportunité de mobilisation de la communauté scientifique et les organisations de la société civile (OSC) dans l'élaboration du dossier (voir également le point 12.5.1).

La planification et la mise en œuvre d'une action intersectorielle sont une démarche spécifique à chaque pays ; la planification doit reposer sur ses propres données et analyses des facteurs de risques et des déterminants sociaux à l'origine des inégalités en santé.

12.5.1 Un bon point de départ : l'analyse de situation du cycle de planification nationale en santé

Comme expliqué plus haut (Encadré 12.4), il existe plusieurs analyses qui peuvent être menées au cours de l'analyse de situation, l'une des phases du cycle de planification, en vue d'intégrer la planification intersectorielle en faveur de la santé et de l'équité en santé dans le processus général de planification nationale en santé. Certains pays peuvent analyser les données provenant de systèmes existants de suivi, contenant des informations valables sur des facteurs intersectoriels qui influent sur l'équité en santé (voir, par exemple, le système de la boussole - compass - en Finlande¹). Comme point d'entrée, d'autres pays peuvent prendre des analyses plus larges sur la situation sanitaire globale et les priorités intersectorielles associées.⁴²

Complémentaire à ces approches analytiques, un point d'entrée concret pourrait être la charge de morbidité totale et les facteurs de risques qui lui sont associés dans le pays, réparties par maladie ou conditions de vie et, lorsque cela est possible, ventilés en fonction de dimensions pertinentes de l'inégalité dans le pays. Cela devrait faire partie intégrante de la phase d'analyse de situation du cycle de planification de la politique nationale de santé. L'étude Global Burden of Disease génère des profils actualisés pour chaque pays⁴³. Ces profils fournissent un classement des 25 plus gros contributeurs aux décès prématurés et aux AVCI, avec des comparaisons allant de 1990 à 2010, permettant une comparaison avec d'autres pays de niveau de développement économique analogue⁴⁴. Le fait de commencer par le profil de la charge de morbidité, en particulier par les composantes des AVCI, permet de se concentrer plus facilement sur les divergences d'intérêts, de les hiérarchiser et de les surmonter. Cela peut

permettre d'attribuer une importance appropriée aux différentes pathologies et conditions de vie qui affectent le bien-être social, psychologique et physique sans nécessairement entraîner de décès prématurés. Cela contribue également à éviter de tomber dans le piège consistant à être entraîné, notamment dans des directions erronées, par la disponibilité ou au contraire l'absence de données pertinentes. Les profils fournissent également une vue d'ensemble de la charge de morbidité découlant des 15 principaux facteurs de risque. Sont inclus à la fois ceux qui sont les facteurs associés, par exemple l'hypertension artérielle, l'indice de masse corporelle élevé, l'anémie, etc., et les facteurs d'exposition, par exemple les risques alimentaires, le tabagisme, la pollution de l'air intérieure, etc. Les facteurs de risque sont reliés à des déterminants sociaux et sont au cœur de l'équation maladie-santé qui ne peut être abordée sans une véritable action intersectorielle.

Lors de l'analyse de situation (et, parfois, lors des phases suivantes) du cycle de planification en santé, il suffit généralement de regarder quels sont les 10 ou 15 plus gros contributeurs à la charge de morbidité et, éventuellement, une ou deux autres maladies connues pour affecter particulièrement certains sous-groupes de population ou certaines aires géographiques. La raison à cela vient du fait que les mêmes déterminants sociaux et facteurs de risques favorisent plusieurs maladies et une répartition inéquitable de celles-ci.⁴⁵

Les profils par pays de la charge de morbidité ne présentent pas les données ventilées par tranche de revenus, genre, âge, race, appartenance ethnique, situations migratoires, handicap, situation géographique et autre éléments per-

¹ La Finlande a un système de suivi intersectoriel qui permet d'analyser les besoins de la population et la réponse des services sociaux et de santé, qui sert aussi pour les besoins de la déclaration au niveau national, même si

l'importance accordée au niveau national à cette dernière catégorie de données est moindre. (<http://www.hyvinvointikompassi.fi/en/web/hyvinvointikompassi/>, consulté le 26 mai 2016)

tinents dans les contextes nationaux, comme cela est suggéré pour les ODD⁴⁶. Pour trouver des données ventilées de cette nature, croisés avec les principales maladies ou conditions et leurs facteurs de risques, il faut chercher dans les informations de routine au niveau local, les données tirées d'études et d'enquêtes. Les données analysées en préparation du plan national doivent être examinées plus attentivement en ayant en tête l'équité, les facteurs de risques et les déterminants sociaux. Le plus souvent, cependant, on ne dispose pas d'informations complètes. L'un des résultats de la phase d'analyse de situation peut être d'attirer l'attention sur le manque d'information et de stimuler le dialogue sur les moyens susceptibles de combler cette insuffisance de données.

Toutefois, même avec des données manquantes, le tableau des inégalités finit généralement par se dessiner comme une mosaïque, avec les tendances qui apparaissent, même si des éléments sont manquants. Une fois que les tendances commencent à apparaître, il est temps de commencer à se poser des questions sur leur signification. Pourquoi certains districts ont une prévalence plus élevée de maladies rénales chroniques ? Pourquoi la prévalence du diabète est plus élevée chez les individus des quintiles de revenus les plus faibles que chez les individus du quintile de revenus les plus élevés ? Pourquoi la prévalence du VIH est plus élevée chez certains groupes ethniques ? Pourquoi les personnes pauvres fument-ils plus que les personnes riches ? (Voir Figure 12.2). Et dans les cas très fréquents où l'on ne dispose que de très peu d'informations, cela doit conduire à l'inclusion de mécanismes d'observation des inégalités en tant qu'éléments clés de discussion au cours des processus nationaux de planification de la santé.

L'une des difficultés porte sur les données ventilées concernant la prévalence qui, lorsqu'elles existent, sont souvent éparpillées, sans

qu'aucune de leurs différentes sources ne disposent d'une vue d'ensemble complète. Une autre difficulté tient à ce que les réponses aux questions de causalité, c'est-à-dire sur les déterminants sociaux causant les inégalités observées, sont souvent spécifiques au pays ou au contexte et qu'elles ne sont mises en lumière que lorsque le processus de planification fait porter les efforts dans la compréhension des causes profondes des goulets d'étranglement. Afin de surmonter ce genre de difficultés, les planificateurs peuvent, par exemple, adopter une approche itérative telle que proposée dans la méthode Delphi, dans le cadre de l'analyse de situation⁴⁷. D'autres options à plus long terme consistent à intégrer la production de données sur les inégalités dans les systèmes de routine de recueil d'informations sur la santé, à réaliser des enquêtes périodiques pour mesurer les progrès par rapport aux déterminants de la santé et aux inégalités, à organiser des groupes de discussion avec des informateurs clés sur le système de la santé, etc.

La méthode Delphi est particulièrement utile pour faire apparaître les manques de connaissances et pour parvenir rapidement à un consensus sur la situation, tandis que des efforts de plus long terme sont accomplis pour améliorer la base de données probantes. Les détails sont présentés dans l'Encadré 12.6. L'approche Delphi peut révéler des lacunes dans les données désagrégées sur les maladies et les facteurs de risque et aider à les combler. Elle peut aussi souligner des lacunes dans l'explication des causes des inégalités et, par exemple, révéler des taux plus élevés d'une charge de morbidité spécifique, par comparaison avec des pays servant de référence. Les approches visant à combler les lacunes dans les connaissances et à parvenir à un consensus devraient constituer une part déterminante des dialogues politiques autour du plan national de santé, mais aussi autour des plans concernant d'autres secteurs.

Toutefois, même avec des données manquantes, le tableau des inégalités finit généralement par se dessiner comme une mosaïque, avec les tendances qui apparaissent, même si des éléments sont manquants. Une fois que les tendances commencent à apparaître, il est temps de commencer à se poser des questions sur leur signification.

La méthode Delphi, l'analyse des données clés pour la planification en santé

Première étape : Consultation d'un petit nombre d'experts ayant accès aux données relatives aux niveaux et à la répartition des maladies, des conditions et des facteurs de risque à mettre en évidence ; cette mise en commun aboutit à en une présentation des données sous un format standard, comme illustré par exemple dans la Figure 12.2.

Deuxième étape : le nombre des participants est plus important, de manière à inclure des personnes pouvant aider à l'interprétation des données. Tout en continuant de combler les lacunes, on commence à poser des questions sur les causalités et à demander aux personnes de communiquer les documents disponibles (rapports ou études) étayant les réponses données ; le produit de cette deuxième phase consiste en une rétro information consolidée.

Troisième étape : les personnes sélectionnées pour participer au panel reçoivent un questionnaire récapitulant les éléments et appréciations présentés de manière synthétique par les enquêteurs au cours de la première phase. Il leur est demandé de réviser leur jugement ou « de préciser les raisons pour lesquelles leur point de vue reste extérieur au consensus ».

Quatrième étape : dans cette étape qui est souvent la dernière, la liste des éléments et appréciations restants, des avis minoritaires, et des éléments sur lesquels un consensus s'est dégagé est distribuée aux participants ; le produit de cette quatrième étape devrait être un tableau complet de la problématique d'équité, incluant les déterminants sociaux clés qui façonnent les inégalités.

Cette analyse peut davantage venir à l'appui de la planification nationale en santé et servir à sensibiliser et à mobiliser la volonté politique.

Chaque étape doit être raisonnablement courte - d'une semaine à 10 jours - et offrir une transparence totale sur la restitution des informations, afin que les participants puissent constater leur contribution.

12.5.2 Dialogue politique et négociation

Une fois que les principaux facteurs de risque et les déterminants sociaux qui façonnent la situation de santé de la population ont été identifiés, l'étape suivante consiste à savoir ce qu'il faut faire et quels sont les acteurs susceptibles d'intervenir à ce propos. En premier lieu, il ne s'agit pas de dire quel est précisément l'organisme ou l'individu, mais plutôt quels sont les secteurs qui sont d'ores et déjà présents et sont en mesure d'influer sur les facteurs de risque et les déterminants sociaux, et de déterminer quel serait le mécanisme et les atouts de leur pouvoir d'influence.

Les résultats de l'analyse, y compris sur le niveau et la répartition des besoins en santé dans la population et les causes profondes, doivent être acceptées et assimilées tant par les acteurs du secteur de la santé que par les autres secteurs - publics ou privés - ou à la société civile. Dans certains pays, il existe déjà des instances de concertation pouvant servir de plateformes de discussion et permettant de trouver un consensus. Lorsque de telles plateformes existent, elles doivent être pleinement exploitées, de manière à assurer la diffusion des résultats des analyses ainsi qu'un dialogue sincère sur les causes et les conséquences.

Dans les pays où de telles plateformes n'existent pas, il peut être nécessaire d'organiser un atelier national axé sur le consensus pour confirmer l'analyse et s'accorder d'une manière générale sur les mesures à prendre et sur les acteurs responsables. Des séances d'information et des consultations avec le cercle le plus élevé du gouvernement (Premier ministre, cabinet, Parlement) contribuent à mobiliser la volonté politique et le soutien. Parallèlement, une communication efficace sur les éléments révélés par l'analyse s'avère également d'une importance cruciale pour informer les médias, la classe politique et le public sur la situation sanitaire de la population du pays et les causes de cette situation. Le processus national de planification de la santé est

assurément le meilleur instrument possible pour attirer l'attention sur les problèmes vitaux que posent les inégalités en santé et les déterminants sociaux de la santé et pour motiver les parties prenantes à proposer des accords, à offrir des concessions et à obtenir des compromis ou des engagements. Les stratégies de négociation choisies par les parties prenantes influenceront fortement la tonalité des discussions et la nature des accords qui pourront en résulter. Il existe une multiplicité de stratégies et d'approches de négociation susceptibles de mettre en avant la

valeur d'une négociation inspirée par l'esprit de coopération, dans la perspective d'une démarche axée sur la Santé pour tous.⁴⁸

Un exemple est illustré dans le tableau 12.2 sur la manière dont, dans un pays, il peut y avoir correspondance entre les cinq principaux facteurs de risques (d'après le profil de la charge de morbidité) et deux des secteurs de ce même pays. Il existe naturellement plus de secteurs et éventuellement plus de facteurs de risques inhérents au contexte spécifique.

Après avoir identifié les principaux facteurs de risques et les déterminants sociaux, l'étape suivante consiste à savoir ce qu'il y a lieu de faire et quels sont les acteurs susceptibles d'intervenir à ce propos.

Tableau 12.2 Exemples illustratifs des secteurs - correspondances des facteurs de risque avec les mécanismes et les forces d'influence – autre que son propre personnel
La perception des forces d'influence est évaluée par les mentions *, ** et ***

SECTEUR	Les cinq principaux facteurs de risques d'exposition dans le pays considéré (exemples)				
	Risques alimentaires	Tabagisme	Inactivité physique	Consommation d'alcool	Risques professionnels
Urbanisme et transports	Accès facile ou facilité à une alimentation saine. (**)	Interdiction de fumer dans les lieux publics (fermés ou ouverts sur l'extérieur). (**)	Accès facile ou facilité à une activité physique, notamment à la marche à pied, aux déplacements à vélo en sécurité. (***)	Réglementation de l'implantation et des heures d'ouverture des débits de boissons. (**)	Planification de l'implantation des établissements industriels ou commerciaux et instauration de services publics appropriés. (*)
Éducation	Éducation pour une alimentation équilibrée - défense d'apporter de la nourriture malsaine/ fourniture d'une nourriture saine dans les restaurations collectives. (***)	Information, défense de fumer dans les lieux publics, offre d'une aide au sevrage tabagique. (**)	Information, promotion, offre de possibilités et de conseils. (***)	Information, défense de consommer dans les lieux publics et offre de conseil. (**)	Éducation sur les risques et sur les droits. (**)

Tout secteur peut agir sur les facteurs de risque menaçant la santé de la population. Cependant, le type de mécanisme et la force d'influence peut varier d'un secteur à l'autre. Dans le Tableau 12.2 par exemple, le secteur « Urbanisme et transports » a une très forte influence sur l'activité physique ; cette influence est modérée sur les risques alimentaires, le tabagisme et la consommation d'alcool et elle est faible en matière de santé au travail. Quant au secteur

« Éducation », il est considéré comme ayant une puissante influence sur les risques alimentaires et l'activité physique et une influence modérée sur le tabagisme, la consommation d'alcool et les risques professionnels. Si, plus précisément, les mécanismes et leur force relative peuvent varier d'un contexte à un autre, la planification intersectorielle se doit de reposer sur les mécanismes des secteurs qui semblent avoir une influence potentielle forte ou moyenne.

Le Tableau 12.3 présente quelques exemples illustratifs de cinq déterminants sociaux et deux secteurs - là encore, avec une évaluation des mécanismes potentiels et de la force d'influence.

Seuls deux secteurs et cinq déterminants sont présentés même si ceux-ci sont plus nombreux, ce nombre étant dépendant du contexte du pays.

Tableau 12.3 Exemples illustratifs des secteurs - correspondances des déterminants sociaux avec les mécanismes et les forces d'influence – autre que son propre personnel
La perception des forces d'influence est évaluée par les mentions *, ** et ***

SECTEUR	Déterminants sociaux les plus importants dans le pays considéré (exemples)				
	Normes sociales et culturelles préjudiciables et inégalités hommes/femmes	Absence d'opportunités d'emploi et d'éducation	Cumul de désavantages (ou handicaps)	Commercialisation, tarification et disponibilité de produits du tabac, d'alcool et d'aliments malsains	Manque de capital social dans les familles et collectivités considérées
Urbanisme et transports	Diversifier les solutions et organiser des centres de proximité pour les communautés. (**)	Planifier un mélange approprié en termes d'opportunités d'emploi, d'éducation, de lieux de vie ; assurer de moyens de transport public sûr, facile et efficaces. (***)	Planifier les services publics, diversifier les solutions, faciliter l'accès à des transports publics et à des espaces verts. (***)	Instituer des normes éthiques pour l'activité commerciale en refusant la publicité pour le tabac, l'alcool, les aliments malsains dans l'espace public et les transports. (*)	Planifier l'intégration de services sociaux et de santé publics, de centres de proximité, jardins partagés, etc. (**)
Éducation	Assurer une éducation sur les normes sociales et culturelles, les conceptions sexospécifiques, les droits, la participation et le respect de la diversité. (***)	Fournir une éducation de la seconde chance, aligner l'éducation sur les besoins du marché du travail, etc. (***)	Suivre étroitement et agir sur la couverture scolaire, le taux d'abandon/de réussite de la scolarité dans les endroits et chez les catégories de population vulnérables. (***)	Éduquer les écoliers/étudiants et refuser la publicité ou le parrainage venant de producteurs de tabac, d'alcool et d'aliments malsains. (**)	Identifier les catégories d'écoliers/étudiants vulnérables et agir en concertation avec les services sociaux et de santé pour répondre à leurs besoins spécifiques et à ceux de leur famille. (***)

Tout secteur peut agir sur tous les facteurs de risques et déterminants sociaux influant sur la santé de la population, à des degrés divers et à l'aide de mécanismes différents.

Tout secteur peut agir d'une manière ou d'une autre sur les déterminants sociaux de la santé, mais à des degrés d'intensité variables. Par exemple, dans le Tableau 12.3, le volet « Urbanisme et transports » est considéré comme ayant une influence puissante sur l'« absence d'opportunités d'emplois et d'éducation », de même que sur le « regroupement de désavantages », tandis que son influence sur le « manque de capital social dans les familles et communautés considérées »

n'y est perçue que comme moyenne, et elle est considérée comme étant encore plus faible sur les « normes sociales et culturelles préjudiciables et inégalités hommes/femmes » et sur tout ce qui concerne la « commercialisation, tarification et disponibilité de produits du tabac, d'alcool et d'aliments malsains ». Les priorités de la planification intersectorielle se doivent d'être axées sur les mécanismes dans lesquels les secteurs ont une influence potentielle forte ou moyenne.

L'un des défis de la planification intersectorielle est que, même s'il est facile de s'entendre sur les objectifs (impact et retombées souhaités), il peut s'avérer délicat de s'entendre sur les résultats - en termes de politiques et de leurs conséquences - et sur la source et l'attribution des ressources (financières et humaines) nécessaires. Outre les divergences d'intérêts mentionnées dans la section 12.4, les différents secteurs se caractérisent souvent par des structures distinctes, du personnel aux antécédents scolaire et professionnel différents, ayant parfois une démarche différente dans l'appréciation de la réussite. Une autre difficulté tient certainement au fait que la planification intersectorielle, par définition, et l'équité en santé opèrent de manière transversale, dans chacun des plans de secteur. Si les précautions ne sont pas prises, l'organisation peut s'avérer être complexe à mettre en œuvre.

Le Tableau 12.4 illustre la façon dont les constatations des Tableaux 12.2 et 12.3 peuvent progresser vers les engagements pris par les différents secteurs et montre comment les progrès, en termes de résultats de la politique, peuvent être mesurés. Les engagements doivent être reflétés dans le plan sanitaire intersectoriel national, le détail des activités et des contributions doivent l'être dans les plans individuels de secteur. Autrement dit, contrairement aux systèmes de cadre logique, un résultat de niveau inférieur peut contribuer à plus d'un résultat de niveau supérieur, par exemple, avoir un impact dans différents secteurs. De même, ce qui peut être considéré comme produit dans un secteur peut être envisagé comme un résultat dans un autre.

Tableau 12.4 Exemple illustratif de chaînes de résultats et d'engagements

IMPACT	RÉSULTATS	PRODUITS (ENGAGEMENTS DE CHAQUE SECTEUR)	
<p>Réduction de la charge de morbidité, réduction des inégalités en santé, selon les dimensions clés de l'équité, par exemple :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ situation géographique ▶ situation économique ▶ appartenance ethnique/genre 	<p>Réduction de la prévalence du facteur de risque et du gradient, par exemple « inactivité physique »</p>	<p>Urbanisme et transports (***)</p>	<p>Politique : Toutes les zones urbaines doivent permettre un accès facile et sécurisé à l'activité physique, notamment aux modes de déplacement doux (marche, vélo).</p> <p>Indicateur de résultat de la politique : Proportion de zones urbaines offrant un accès facile et sécurisé à une activité physique, notamment à des modes de déplacement doux.</p>
		<p>Éducation (***)</p>	<p>Politique : Tous les établissements scolaires et pour toutes les classes, possibilité d'exercer quotidiennement au moins 60 minutes d'activité physique d'intensité modérée à forte.</p> <p>Indicateur de résultat de la politique : Une plus grande proportion d'établissements scolaires assurant quotidiennement au moins 60 minutes d'activités physiques d'intensité modérée à forte.</p>
	<p>Réduction des déterminants sociaux défavorables, par exemple du « cumul des handicaps »</p>	<p>Éducation (***)</p>	<p>Politique : Toutes les académies doivent identifier les secteurs et les groupes de populations vulnérables et prendre des mesures appropriées.</p> <p>Indicateur de résultat de la politique : Proportion de secteurs et de groupes de populations dans lesquels les taux de scolarisation et les taux de réussite scolaire sont supérieurs aux seuils fixés.</p>
			<p>Urbanisme et transports (***)</p>

Il convient de s'intéresser en premier aux secteurs identifiés comme ayant une très forte influence sur un facteur de risque ou un déterminant social dans les Tableaux 12. 2 et 12.3. Toutefois, les synergies entre une politique coordonnée et une action de mise en œuvre entre secteurs permettent incontestablement, dans bien des cas, d'accroître la force de ceux qui, considérés isolément, apparaissent comme n'ayant qu'une influence moyenne. Par conséquent, il est logique de rassembler des secteurs autour d'un ou de plusieurs facteurs de risques et déterminants sociaux communs pour décider du rôle de chacun et à quel moment agir, et d'engager chacun à entrer en action et à rendre compte des résultats.

Toutes organisations, qu'il s'agisse d'institutions publiques ou d'entreprises privées, peuvent agir pour influencer positivement les facteurs de risque vis-à-vis de leur propre personnel. Ils peuvent, par exemple, bannir la consommation de la nourriture malsaine dans leurs locaux et offrir des possibilités de s'alimenter sainement en lieu et place. Ils peuvent interdire l'usage du tabac ou même la consommation d'alcool pendant les heures de travail et proposer des services de sevrage. Ils peuvent également revoir les procédures de travail, informer, promouvoir et donner des possibilités d'exercer facilement des activités physiques et offrir des conseils à leur personnel et aux membres de leur famille. Ils peuvent rechercher des réponses aux conditions stressantes et autres facteurs de risque professionnels, et offrir des modalités sûres de signalement et de remédiation. De même, toutes organisations de tout secteurs peuvent s'attaquer aux déterminants sociaux au sein même de leur entreprise et avec leur personnel. Ils peuvent par exemple : privilégier la diversité sociale et culturelle et mettre l'accent sur l'équilibre hommes/femmes dans leur politique de recrutement mais aussi dans les opportunités de carrière au sein de l'organisation ; assurer des conditions d'emploi décentes ; offrir des possibilités d'emploi en particulier aux jeunes ; offrir des services de conseil ou d'orientation aux membres de leur personnel se trouvant dans une situation vulnérable ; bannir de leur environnement toute publicité incitant à consommer du tabac, de l'alcool et de la nourriture malsaine sur le lieu de travail ; etc.

12.5.3 Suivi et responsabilisation (ou redevabilité)

Dans la Déclaration politique de Rio sur les déterminants sociaux de la santé⁴⁹, les chefs de gouvernement, ministres et représentants gouvernementaux définissent la santé et l'équité en santé comme « une responsabilité partagée qui exige l'engagement de tous les secteurs des pouvoirs publics, de toutes les couches de la société... ». Ils reconnaissent en outre, que pour aborder les déterminants sociaux de la santé et l'équité en santé, « la gouvernance suppose de prendre des décisions de manière transparente et participative, en permettant à tous les groupes et secteurs concernés de s'exprimer ». Ils indiquent également le besoin « d'élaborer des politiques efficaces et débouchant sur des résultats clairs et mesurables, qui permettent de renforcer la responsabilisation ». Les gouvernements participants s'engagent à œuvrer « dans différents secteurs et à différents niveaux de gouvernement, y compris, [...], par le biais de stratégies nationales de développement » pour renforcer la responsabilisation des décideurs politiques en matière de santé, tout en reconnaissant le rôle prééminent des ministères de la Santé dans ce domaine. Un suivi est essentiel à la responsabilisation. À cette fin, il est indispensable de disposer de données convenablement ventilées. Le Programme de développement durable à l'horizon 2030⁵⁰ suggère que les pays à envisager de compiler des « données de qualité, actualisées et exactes, ventilées par niveau de revenu, sexe, âge, race, appartenance ethnique, statut migratoire, handicap et emplacement géographique, et selon d'autres caractéristiques propres à chaque pays ». Selon la nature du déficit d'équité devant être observé dans un pays donné, des réadaptations plus ou moins importantes des sources de collecte de données seront nécessaires, par exemple les systèmes de surveillance, les sources basées sur la population (recensements, systèmes d'enregistrement de l'état civil et enquêtes auprès des ménages), sur les institutions (registres de ressources, dossiers de service et dossiers individuels), les enquêtes

et études ad hoc ainsi que l'analyse, les liens et la communication des informations résultantes. La nécessité de renforcer les capacités des pays à cet égard est explicitement prévue sous « Données, suivi et application du principe de responsabilité », ODD 17.18 et 17.19.

Dans beaucoup de pays, un plan et une plateforme de suivi et d'évaluation sont en place, mais pâtiennent de faiblesses majeures, en particulier pour ce qui est de la ventilation des données et de l'analyse intersectorielle. Le suivi de l'action intersectorielle en matière de santé et d'équité en santé consiste à veiller à ce que ce qui avait planifié soit effectivement réalisé par les différents secteurs et aux différents niveaux de la société - du niveau de la communauté jusqu'aux plus hautes sphères du gouvernement - et ait effectivement les effets attendus. Si les politiques engagées par chacun des secteurs (par exemple : « toutes les académies doivent identifier les secteurs et les groupes de population vulnérables et prendre des mesures appropriées ») peuvent simplement être dénombrées, il est nécessaire d'avoir des indicateurs pour suivre les résultats politiques (par exemple : « Réduction des déterminants sociaux défavorables, par exemple du cumul des handicaps ») et les impacts (par exemple : « Réduction de la charge de morbidité ainsi que des inégalités en santé, selon les dimensions clés de l'équité ») se réalisent comme prévu (voir Tableau 12.4). Lors de la sélection des indicateurs de suivi de la planification intersectorielle et de l'équité en santé, il est indispensable de tenir compte du fait qu'il existe de nombreuses sources différentes et plusieurs types de données, tant quantitatives que qualitatives. De plus, l'utilisation des données ainsi que la responsabilité de leur mise à disposition s'effectuent au sein d'instances diverses ; au niveau des communautés, des instances des autorités locales, des administrations et conseil de district, des directions de secteurs de divers niveaux, y compris des institutions, jusqu'aux cabinets ministériels et Parlement. Ces diverses instances doivent être considérées en tenant compte de leurs droits individuels et de leurs besoins spécifiques, plutôt que simplement dans le cadre d'un système hiérarchique

produisant des données agrégées. Il peut être opportun d'examiner :

La faisabilité technique - il s'agit là d'apprécier la facilité relative à l'acquisition, l'analyse et l'interprétation des données nécessaires au suivi des indicateurs d'impact et de résultats politiques, ventilés selon les dimensions d'iniquité pertinentes et par les fournisseurs de données et les utilisateurs concernés.

La fiabilité technique - Celle-ci se rapporte à la manière dont les sources de données peuvent être utilisées pour fournir des informations précises à ce jour mais aussi pour l'avenir. Cela signifie qu'il est nécessaire de s'assurer que les méthodes et les mesures sont scientifiquement solides et stables dans le temps ; que le degré d'erreur et les données manquantes sont acceptables ; que les processus sont transparents avec des audits crédibles ; que la collecte et l'analyse des données sont exemptes de toute distorsion imputable à une ingérence politique ; que le cycle de collecte de données est plus court, voire comparable au rythme attendu de changement ; qu'il n'y a pas d'adoption prochaine d'une réglementation qui pourrait entraver la collecte et l'utilisation des données qu'il existe un financement stable et une capacité locale garantissant la pérennité de la collecte des données.

La validité technique - elle correspond à la mesure dans laquelle l'indicateur saisit l'influence des déterminants sociaux et des facteurs de risque sur le niveau de santé des populations (charge de morbidité) et la répartition (iniquité) sur le territoire et/ou dans les groupes de population. En d'autres termes, que l'indicateur mesure réellement ce qu'il est censé mesurer ; qu'il fournisse une valeur de substitution raisonnable pour un domaine plus large, permettant de généraliser son résultat à l'échelle du pays, dans son ensemble. En substance, cela va au-delà de ce qui est directement mesuré par l'indicateur.

La faisabilité programmatique - Ici, il s'agit de déterminer si les messages issus des indicateurs peuvent être communiqués et être compréhensibles.

sibles à tous les niveaux : politiciens, décideurs, gestionnaires sectoriels, médias, société civile.

La pertinence programmatique - il s'agit là de déterminer si les messages issus des indicateurs sont utiles à chaque secteur pour prendre des mesures, mais aussi pour le dialogue et l'action intersectoriels et pour alimenter les débats politiques et publics.⁵¹

La finalité du suivi est d'indiquer si les politiques, les programmes et les pratiques concrétisent bien ce pour quoi ils ont été conçus. Lorsque le résultat n'est pas au rendez-vous, le suivi doit être en mesure de donner des orientations vers d'éventuelles mesures correctives. Quant aux données résultant du suivi des efforts intersectoriels, elles doivent être comprises par des groupes de personnes souvent très divers, tant par leur niveau d'instruction, leur expérience professionnelle, leur appartenance politique, leurs intérêts, que par leur vision des choses.

En dernier lieu, le suivi et la responsabilisation sont le ciment de l'action intersectorielle, l'un et l'autre étant indissociablement liées à la gouvernance, non seulement par rapport au plan national de santé, mais aussi au plan de développement national et, internationalement, aux ODD. Le suivi fait partie intégrante d'un processus continu d'ajustements et d'améliorations visant à maintenir sur les bons rails les progrès pour améliorer la santé et accroître l'équité en santé. Le suivi de l'action intersectorielle pour l'équité en santé s'inscrit également dans un processus de redevabilité allant bien au-delà de la simple responsabilité managériale, pour tendre à une dimension de responsabilité politique et morale et trouver ainsi sa place dans l'espace politique et public.

En Norvège la Direction de la santé a mis en place un système de suivi intergouvernemental. Dérivant de ce système, les rapports annuels sur la santé de ce pays rassemblent tous les indicateurs de l'action intersectorielle visant à réduire les inégalités en santé. Le rapport sur la politique de santé publique (Folkehelsepolitisk Report⁵²) souligne que c'est bien aux politiques,

et pas seulement à l'administration, qu'incombe la responsabilité et la redevabilité en matière de réduction des inégalités. Comme mentionné précédemment, en Nouvelle-Zélande, les indicateurs relatifs aux déterminants sociaux de la santé et à l'inégalité en santé ont été intégrés dans les rapports sociaux détaillés produits par le ministère du Développement social.⁵³

Au Suriname, la stratégie de suivi visant à intégrer la santé dans toutes les politiques (*Health in all policies - HiAP*) s'appuyant sur les droits, intègre et officialise une démarche d'intégration, de transparence et de redevabilité et fait le lien avec les sphères politiques et publiques. Le processus de suivi a été conçu pour associer, par exemple, les enfants des écoles primaires, les citoyens, les organisations de la société civile, le personnel des autorités publiques et du secteur privé, les statisticiens et autres experts de divers domaines, ainsi que les responsables politiques locaux et nationaux. L'un des principes clés de cette stratégie repose sur le fait que les données doivent être analysées et utilisées en restant aussi près que possible du terrain où population concernée et où l'action doit être engagée et qu'elle doit être consolidée de manière appropriée par des mesures politiques et permettre un feedback. Un rapport annuel sur la santé de la population est présenté à l'Assemblée nationale et un forum national sur la santé se tient chaque année (Encadré 12.7).

Une fois définies les modalités concernant l'établissement des rapports sur les ODD, un mécanisme de responsabilisation nationale et internationale est disponible ; mécanisme de responsabilisation nationale analogue à celui mis en avant dans les rapports sociaux en Nouvelle-Zélande. Les concepts et terminologies tels que « accès équitable », « égalité des chances », « réduction des inégalités », « intégration », « universalité », « égalité » et « pour tous » apparaissent dans la quasi-totalité des 17 objectifs. En outre, le préambule de la résolution de l'Assemblée générale des Nations Unies A/RES/70/1 souligne que la mise en œuvre des ODD repose sur un partenariat collaboratif.

Le suivi sert à indiquer si les politiques, les programmes et les pratiques concrétisent bien ce pour quoi ils ont été conçus ; les résultats générés par le suivi peuvent aider à concevoir d'éventuelles mesures correctives pour ce qui doit être amélioré.

Encadré 12.7

Le Groupe de la stratégie de suivi HiAP⁵⁴

L'exemple du Suriname

Au Suriname, la planification et le suivi intersectoriels dans le domaine de la santé sont coordonnés par le Groupe de stratégie de suivi HiAP, présidé par le bureau du Vice-président et par le ministère de la Santé publique, ce dernier agissant en tant que secrétariat. Ce groupe assure un lien direct avec l'action gouvernementale au quotidien, conduite à partir du bureau de la vice-présidence. En outre, ce groupe est chargé des missions suivantes :

- ▶ la préparation du rapport annuel sur la santé de la population. Ce rapport présente un état aussi récent que possible de la charge de morbidité, des facteurs de risque, des inégalités et des déterminants sociaux en jeu ainsi que de l'action politique dans le pays. Ce rapport est présenté à l'Assemblée nationale ;
- ▶ l'organisation d'un forum national annuel de la santé. Cette manifestation permet aux politiques, administrateurs de chaque secteur, chercheurs secteur privé et société civile d'être au fait de l'état aussi récent que possible des connaissances et des progrès en matière de politiques et de mise en œuvre, mais aussi d'échanger sur les expériences, d'innover et de discuter de la voie à suivre pour l'avenir.



12.6 Conclusion

Un processus national de planification de la santé doit constituer l'un des points d'entrée pour lutter contre les inégalités en santé et s'attaquer aux déterminants sociaux de la santé. La planification intersectorielle implique donc à ce que l'accent soit mis explicitement sur le dialogue politique en santé, autour de l'action intersectorielle.

Des pratiques modèles existent, principalement à partir de programmes spécifiques à une maladie ou au cycle de la vie. Les approches adoptées par ces programmes au cours de la dernière décennie pour intégrer une action intersectorielle dans leur stratégie mondiale ou régionale ont généré des cadres d'action multisectorielle et ont abouti à un meilleur ciblage des principaux déterminants de la santé. De nombreux enseignements particulièrement utiles peuvent être tirés de ces expériences.

Ce chapitre élucide les différents points d'entrée permettant d'aborder l'iniquité en santé et souligne l'importance de s'engager dans une collaboration intersectorielle dans la planification nationale en santé. Par rapport à certains de ces points d'entrée, le secteur de la santé est à la fois leader et exécutant ; par rapport à d'autres, le secteur de la santé s'attachera à assumer son rôle de leader ; tandis que pour d'autres, le secteur de la santé peut jouer un rôle de catalyseur. Ces différents points d'entrée pour lutter contre les inégalités en santé trouvent leur correspondance dans les ODD approuvés, au regard desquels la santé va au-delà de l'objectif 3.

Des éléments de fait particulièrement solides démontrent que le développement socio-économique et celui des systèmes de santé se renforcent mutuellement, augmentant ainsi les chances de réalisations durables des objectifs. En d'autres termes, aborder les déterminants de la santé (démarche qui implique en soi une collaboration entre secteurs) doit intervenir de manière concomitante à la démarche s'intéressant

aux services de soins cliniques. Ce n'est pas là une tâche impossible. Des exemples du monde entier soulignent que l'engagement d'autres secteurs dans des efforts conjoints peut se faire avec succès et au profit de tous. Toutefois, cela nécessite des changements dans la façon dont les ministères de la Santé fonctionnent habituellement. De nouvelles compétences et approches en matière d'analyse, de planification, de suivi et de redevabilité doivent être développées. Ces approches doivent atteindre un public plus large, impliquant différents secteurs et professions mais aussi les communautés, les sphères gouvernementales plus élevées, les politiciens et le grand public.

Certains pays ont d'ores et déjà ouvert la voie. Cela étant, il n'existe pas de modèle de marche à suivre rapide et simple et chaque pays doit trouver son propre chemin, tout en s'inspirant de l'expérience des autres, afin de surmonter le problème de manque de cohérence entre les diverses politiques gouvernementales. Dans le passé, ce manque de cohérence a conduit une partie de certains gouvernements à agir dans le sens de l'amélioration de la santé tandis que d'autres parties travaillaient à promouvoir le commerce et le développement industriel avec des initiatives s'avérant néfastes pour la santé et le bien-être des populations.

L'une des raisons pour lesquelles de telles incohérences se font jour tient au manque de compréhension entre les différents secteurs, des liens qui existent entre d'un côté, la santé et la qualité de vie et, de l'autre, les déterminants sociaux et économiques de la santé. Une autre de ces raisons tient au fait que certaines politiques, a priori sans rapport entre elles, peuvent avoir des impacts inattendus qui ne sont pas mesurés et auxquels aucune importance n'est accordée.

Ce chapitre propose des idées et des principes essentiels et encourage les planificateurs de la santé à s'engager dans la démarche.

Références bibliographiques

- 1 Principes de la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé tels qu'adoptée par la Conférence internationale de la santé qui s'est tenue à New York du 19 au 22 juin 1946, puis signée le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 États [Documents fondamentaux de l'Organisation mondiale de la Santé, n°2, page 100] et entrée en vigueur le 7 avril 1948. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 1948
- 2 Statistiques sanitaires mondiales 2015. Organisation mondiale de la Santé ; 2015 (http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/FR_WHS2015.pdf?ua=1, consulté le 25 septembre 2017)
- 3 Whitehead, M. The concepts and principles of equity and health. *Int J Health Serv.* 1992;22(3):429-45
- 4 Concepts clé. In: WHO/social determinants of health [website]. Genève ; Organisation mondiale de la Santé, 2016 (http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/key_concepts/fr/, consulté le 25 septembre 2017)
- 5 Stratégie mondiale de la santé pour tous d'ici l'an 2000. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 1981 [Santé pour tous, n°3; <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/38894/1/9242800031.pdf>, consulté le 25 septembre 2017]
- 6 Organisation mondiale de la Santé, Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. Genève; 1986 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf, consulté le 25 septembre 2017)
- 7 Santé 2020 : un cadre politique européen à l'appui des actions pangouvernementales et pansociétales en faveur de la santé et du bien-être. Copenhague ; Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2013 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/215258/Health2020-Long-Fre.pdf?ua=1, consulté le 25 septembre 2017)
- 8 Health in all policies: training manual. Genève : Organisation mondiale de la Santé; 2015 (http://www.who.int/social_determinants/publications/health-policies-manual/en/, consulté le 18 mai 2016)
- 9 25 questions réponses sur la santé et les droits humains. Genève : Organisation mondiale de la Santé; 2002 [Série Santé et droits humains, n° 1; <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s21768fr/s21768fr.pdf>, consulté le 25 septembre 2017].
- 10 Gender mainstreaming for health managers: a practical approach. Facilitators' guide. Genève : Organisation mondiale de la Santé; 2011 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44516/1/9789241501071_eng.pdf, consulté le 18 mai 2016)
- 11 Comblent le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé : rapport final de la Commission des Déterminants Sociaux de la Santé. Genève : Organisation mondiale de la Santé; 2008 (http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/fr/, consulté le 25 septembre 2017)
- 12 Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020. Genève : Organisation mondiale de la Santé; 2013 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/94384/1/9789241506236_eng.pdf?ua=1, consulté le 19 mai 2016)
- 13 Stratégie de l'ONUSIDA pour 2016-2021: accélérer la riposte pour mettre fin au sida. Genève : ONUSIDA; 2015 (http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_STRATEGY_REPORT_FR_web.pdf, consulté le 25 septembre 2017)
- 14 Blas E. Cadre d'action multisectorielle de lutte contre le paludisme. Genève : Partenariat Roll Back Malaria/PNUD [Programme des Nations unies pour le développement]; 2013 (<http://www.rollbackmalaria.org/files/files/about/MultisectoralApproach/Multisectoral-Action-Framework-for-Malaria-fr.pdf>, consulté le 26 septembre 2017)
- 15 A policy guide for implementing essential interventions for reproductive, maternal, newborn and child health (RMNCH): multisectoral policy compendium for RMNCH. Genève : organisation mondiale de la santé; 2014 (http://www.who.int/pmnch/knowledge/publications/policy_compendium.pdf, consulté le 19 janvier 2016)
- 16 Blas E, Sivasankara-Kurup A. (sous la direction de). Equity, social determinants and public health programmes. Genève : Organisation mondiale de la Santé; 2010 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44289/1/9789241563970_eng.pdf, consulté le 19 mai 2016)
- 17 Action intersectorielle en faveur de la santé : le rôle de la coopération intersectorielle dans les stratégies nationales de la santé pour tous. Genève : Organisation mondiale de la Santé; 1987 (<http://apps.who.int/iris/handle/10665/37195>, consulté le 26 septembre 2017)
- 18 Transformer notre monde : le Programme de développement durable à l'horizon 2030 ; résolution de l'Assemblée générale de l'Organisation des Nations Unies (A/RES/70/1). New York; 2015 (http://unctad.org/meetings/fr/SessionalDocuments/ares70d1_fr.pdf, consulté le 26 septembre 2017)
- 19 The New Zealand Health Strategy. Wellington: Ministry of Health; 2000 (<http://www.health.govt.nz/system/files/documents/publications/newzealandhealthstrategy.pdf>, consulté le 25 août 2016)
- 20 Pega F, Valentine N, Matheson D. Monitoring social well-being to support policies on the social determinants of health: the case of New Zealand's "Social Reports/Te PDRongo Oranga Tangata". Genève : Organisation mondiale de la Santé; 2010 [Social Determinants of Health Discussion Paper 3; http://www.who.int/social_determinants/corner/SDHDP3.pdf?ua=1, consulté le 19 mai 2016]
- 21 Norwegian Public Health Act. Oslo [Norvège]; Ministère de la Santé et des services de soins; 2011 [ACT-2011-06-24- 29; <http://app.uio.no/ub/ujur/oversatte-lover/data/lov-20110624-029-eng.pdf>, consulté le 25 mai 2016].
- 22 Strand M, Brown C, Torgerson TP, Giaever, O. Setting the political agenda to tackle health inequity in Norway. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2009 [Studies on social and economic determinants of public health, No.4; <https://extranet.who.int/isacs/case/1100>, consulté le 25 mai 2016]
- 23 Blas E. 2013. *Ibid* ref. 14
- 24 Lönnroth K, Jaramillo E, Williams B, Dye C, Raviglione M. Tuberculosis: the role of risk factors and social determinants. In: Blas E, Sivasankara-Kurup A (sous la direction de). Equity, social determinants and public health programmes. Genève : Organisation mondiale de la Santé; 2010:219-241 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44289/1/9789241563970_eng.pdf, consulté le 19 mai 2016)
- 25 Murray CJL, Vos T, Lozano R, Naghavi M, Flaxman AD, Michaud C, et al. Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet.* 2012;380:2197-223. ([http://www.thelancet.com/article/S0140-6736\(12\)61689-4/abstract](http://www.thelancet.com/article/S0140-6736(12)61689-4/abstract), consulté le 19 mai 2016)

- 26 Espérance de vie. Statistiques de l'Observatoire mondial de la santé/OMS [site Web]. Genève : Organisation mondiale de la Santé; 2016 (http://www.who.int/gho/mortality_burden_disease/life_tables/situation_trends/en/, consulté le 19 mai 2016)
- 27 Health in all policies Suriname. In: Health in all policies in the Americas [website]. Washington (DC): Pan American Health Organization; 2015 (http://www.paho.org/sur/index.php?option=com_content&view=article&id=494:health-in-all-policies-suriname&Itemid=477, consulté le 3 juin 2016)
- 28 Wisconsin Health Gaps Report. Madison: University of Wisconsin Population Health Institute; 2015 (<http://www.countyhealthrankings.org/health-gaps/wisconsin>, consulté le 19 mai 2016)
- 29 Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks in 188 countries, 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet* [online] 2015 ([http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(15\)00128-2/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(15)00128-2/abstract), consulté le 19 mai 2016)
- 30 Blas E, Sivasankara-Kurup A. 2010. *Ibid* ref. 16
- 31 *Ibid* ref. 18
- 32 Målvist M, Hoa DT, Thomsen S. Causes and determinants of inequity in maternal and child health in Vietnam. *BMC Public Health*. 2012 Aug 11;12:641. doi: 10.1186/1471-2458-12-641.
- 33 Kaljee LM, Anh DD, Minh TT, Huu Tho L, Batmunkh N, Kilgore PE. Rural and urban Vietnamese mothers utilization of healthcare resources for children under 6 years with pneumonia and associated symptoms. *J Behav Med*. 2011 Aug;34(4):254-67. doi: 10.1007/s10865-010-9305-5. Epub 2010 Dec 3.
- 34 Van Minh H et al. Monitoring intersectoral factors influencing equity-oriented progress towards universal health coverage (UHC) and health equity - étude de cas concernant le Vietnam. 2014. Non publiée.
- 35 Irwin LG, Siddiqi A, Hertzman G. Early child development: a powerful equalizer. Commission des déterminants sociaux de la santé. Rapport final; 2007. Genève. Organisation mondiale de la Santé. (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/69729/1/a91213.pdf?ua=1>, consulté le 19 mai 2016)
- 36 Adapté de : Manuel de l'OMS sur l'élaboration de lignes directrices, deuxième édition. Genève : Organisation mondiale de la Santé; 2014 (<http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s22083en/s22083en.pdf>, consulté le 19 mai 2016)
- 37 Drager N, McClintock E, Moffitt M. Negotiating health development: a guide for practitioners. Cambridge (MA)/Genève: groupe gestion des conflits/Organisation mondiale de la Santé ; 2000 (<http://www.who.int/trade/resource/en/Negotiating.pdf?ua=1>, consulté le 19 mai 2016)
- 38 National Health Plan 2009–2020. Republic of Estonia; 2008. (<http://pns.dgs.pt/files/2010/03/pnsest.pdf>, consulté le 19 mai 2016)
- 39 Pomeranz JL. Taxing food and beverage products: a public health perspective and a new strategy for prevention. *U. Michigan J L Reform*. 2013;46(3):299–1027 (<http://repository.law.umich.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1011&context=mjlr>, consulté le 19 mai 2016)
- 40 Handbook on health inequality monitoring: with a special focus on low- and middle-income countries. Genève : Organisation mondiale de la Santé; 2013 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85345/1/9789241548632_eng.pdf?ua=1, consulté le 19 mai 2016)
- 41 *Ibid* ref. 27
- 42 Ataguba, JE-0; Day, C; McIntyre, D. Explaining the role of the social determinants of health on health inequality in South Africa. *Global Health Action* 2015;8:2886. (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4575416/pdf/GHA-8-28865.pdf>, consulté le 26 mai 2016)
- 43 Institute for Health Metrics and Evaluation. Global burden of disease – country profiles 2013 [website] (<http://www.healthdata.org/results/country-profiles>, consulté le 24 mai 2016)
- 44 Institute for Health Metrics and Evaluation. Suriname; 2010 (<http://www.healthdata.org/suriname>, consulté le 26 mai 2016)
- 45 Blas E, Sivasankara-Kurup A. 2010. *Ibid* ref. 16
- 46 *Ibid* ref. 18
- 47 Hsu C-C, Sandford BA. The Delphi technique: making sense of consensus. *Practical Assessment, Research & Evaluation*. 2007;12(10):1–8 (<http://pareonline.net/pdf/v12n10.pdf>, consulté le 19 mai 2016)
- 48 Health in all policies: training manual. *Ibid* ref. 8.
- 49 Organisation mondiale de la Santé. Déclaration politique de Rio sur les déterminants sociaux de la santé. Genève; 2011 (http://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_declaration_French.pdf, consulté le 19 mai 2016).
- 50 *Ibid* ref. 18
- 51 Blas E, Ataguba JE, Huda TM, Bao GK, Rasella D, Gerecke MR. The feasibility of measuring and monitoring social determinants of health and the relevance for policy and programme: a qualitative assessment of four countries. *Global Health Action*. 2016;9:29002 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4744867/pdf/GHA-9-29002.pdf>, consulté le 19 mai 2016).
- 52 Direction de la santé, Oslo (Norvège). Folkehelsepolitisk rapport 2015. [Rapport sur la santé publique 2015]; [Rapport IS-2776; <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1130/Folkehelsepolitisk-rapport-2015-IS-2776.pdf>, consulté le 25 mai 2016].
- 53 2010 the social report – te p-rongo orange tangata. Wellington: Ministry of Social Development; (<http://socialreport.msd.govt.nz/documents/2010/the-social-report-2010.pdf>, consulté le 25 mai 2016).
- 54 *Ibid* ref. 27

Lectures complémentaires

Ashwill M, Saavedra-Chanduvi J, Narajan A, Tiwari S. Analysing the World Bank's goal of achieving "shared prosperity". *Inequality in focus*. 2013;2(3); 1–15 (<http://documents.worldbank.org/curated/en/158991468161657336/pdf/825330BRI0ineq00Box379865B00PUBLIC0.pdf>, consulté le 24 mai 2016)

Blas E, Sivasankara-Kurup A. (sous la direction de). *Equity, social determinants and public health programmes*. Genève : Organisation mondiale de la Santé; 2010 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44289/1/9789241563970_eng.pdf, consulté le 19 mai 2016)

Drager N, McClintock E, Moffitt M. *Negotiating health development: a guide for practitioners*. Cambridge (MA)/Genève: groupe gestion des conflits/Organisation mondiale de la Santé ; 2000 (<http://www.who.int/trade/resource/en/Negotiating.pdf?ua=1>, consulté le 19 mai 2016)

Handbook on health inequality monitoring: with a special focus on low- and middle-income countries. Genève: Organisation mondiale de la Santé; 2013 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85345/1/9789241548632_eng.pdf?ua=1, consulté le 19 mai 2016)

Health in all policies: report on perspectives and intersectoral actions in the African region. Brazzaville: Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional en Afrique; 2013 (<http://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-06/hiap-report-africa-region.pdf>, consulté le 25 mai 2016).

Health in all policies: report on perspectives and intersectoral actions in the Western Pacific. Regional report. Manila: Organisation mondiale de la Santé, Western Pacific Region; 2013. (http://www.wpro.who.int/topics/social_determinants_health/health_in_all_policy_report.pdf, consulté le 25 mai 2016).

Intersectoral actions for addressing the social determinants of health: report of a regional consultation WHO-SEARO, 23–25 August 2011. New Delhi: World Health Organization, Regional Office for SouthEast Asia; 2012 (http://apps.searo.who.int/PDS_DOCS/B4876.pdf, consulté le 25 mai 2016).

Leppo K, Ollila E, Peña S, Wismar M, Cook S, editors. *Health in all policies: seizing opportunities, implementing policies*. Helsinki: Ministry of Social Affairs and Health; 2013 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/188809/Health-in-All-Policies-final.pdf?ua=1, consulté le 19 mai 2016).

Transformer notre monde : le Programme de développement durable à l'horizon 2030 ; résolution de l'Assemblée générale de l'Organisation des Nations Unies (A/RES/70/1). New York; 2015 (http://unctad.org/meetings/fr/SessionalDocuments/ares70d1_fr.pdf, consulté le 26 septembre 2017)

Annex 12.1

Points d'entrée pour une collaboration intersectorielle et liens avec les ODD

Les liens entre les points d'entrée et les ODD sont évalués ainsi : très forts = *** ; de force intermédiaire = ** ; forts = *.

À l'exception du 3, chaque point d'entrée se voit ainsi attribuer trois liens très forts (***), trois liens de force moyenne ** et trois liens forts.

POINTS D'ENTRÉE		1	2	3
ODD		Preuves sur les inégalités et leurs causes	Législation, politiques, règles et normes, etc.	Causes des écarts
1	Pas de pauvreté	**	**	***
2	Faim « zéro »			***
3	Bonne santé et bien-être			
4	Éducation de qualité	**	**	***
5	Égalité entre les sexes	***	***	***
6	Eau propre et assainissement	*	*	***
7	Énergie propre et d'un coût abordable			**
8	Travail décent et croissance économique	**	**	***
9	Industrie, innovation et infrastructures			**
10	Inégalités réduites	***	***	***
11	Villes et communautés durables	*	*	***
12	Consommation et productions responsables			**
13	Mesures relatives à la lutte contre les changements climatiques			**
14	Vie aquatique			**
15	Vie terrestre			**
16	Paix, justice et institutions efficaces	*	***	***
17	Partenariats pour la réalisation des objectifs	***	*	**

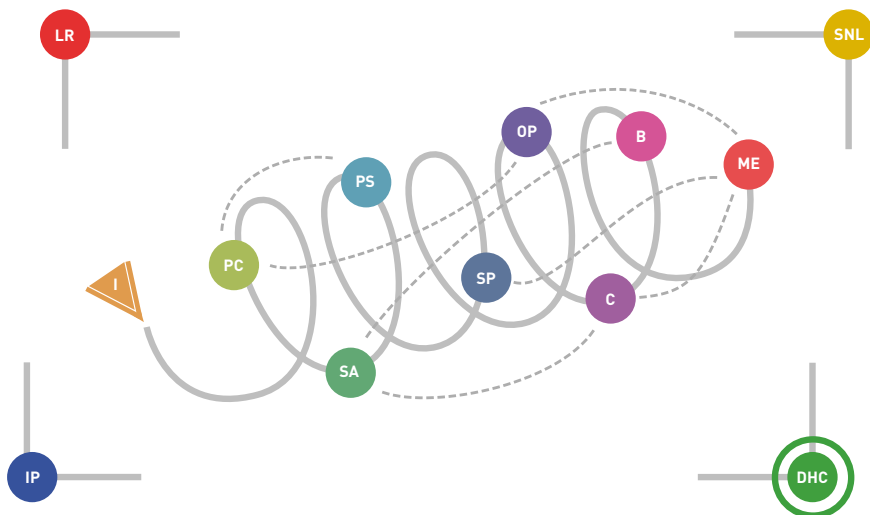
4	5	6	7	8
Attribution des ressources	Stratégies pour aborder les questions de genre	Stratégies pour aborder les questions de genre	Transparence et redevabilité	Équilibre hommes/femmes et équité dans les processus d'organisation
***	**	**	**	***
*	*		*	
**	***	***	***	*
**	***	**	*	***
*	**	**		*
***	**	*	**	**
**				
		***	***	***
	*	*	*	*
***	***	***	***	***
*	*	*	**	**

Chapitre 13

Stratégie en santé en situation de crise

Enrico Pavignani

Sandro Colombo



I	CHAPITRE 1 Introduction : stratégies nationales en santé au XXI ^e siècle
PC	CHAPITRE 2 Consultation de la population sur ses besoins et ses attentes
SA	CHAPITRE 3 Analyse de situation du secteur de la santé
PS	CHAPITRE 4 Définition des priorités des politiques, stratégies et plans nationaux de santé
SP	CHAPITRE 5 Planification stratégique : traduire les priorités en plans nationaux
OP	CHAPITRE 6 Planification opérationnelle : transformer les plans nationaux en actions
C	CHAPITRE 7 Estimation des coûts des politiques, stratégies et plans nationaux de santé
B	CHAPITRE 8 Budgétisation du secteur de la santé
ME	CHAPITRE 9 Suivi, évaluation et revues des politiques, stratégies et plans nationaux de santé

Thèmes transversaux à la planification nationale de la santé

LR	CHAPITRE 10 Droit, réglementation et stratégies en santé
SNL	CHAPITRE 11 Élaboration d'une stratégie en santé au niveau décentralisé
IP	CHAPITRE 12 Planification intersectorielle et équité en santé
DHC	CHAPITRE 13 Stratégies en santé en situation de crise



Vue d'ensemble

Cette publication n'est pas à lire comme une somme d'instructions détaillées à appliquer mécaniquement. Convaincus qu'aucune approche « prête à l'emploi » n'est susceptible de produire des résultats satisfaisants, les auteurs ne tentent pas non plus de donner une présentation simplifiée des problèmes à résoudre. Les enjeux de la formulation et de la planification d'une politique et d'une stratégie des systèmes de santé dans un contexte de crise sont abordés ici, en soulignant les principales différences qui peuvent exister avec un tel exercice dans un contexte plus stable. Les leçons à tirer des contextes dits « fragiles » permettent de proposer des approches adaptées de la politique et de la planification et de fournir des suggestions pour éviter de commettre à l'avenir les erreurs les plus courantes.



Résumé

Section 1

Cette section présente différentes situations de fragilité, de pauvreté et de violence qui ne cadrent pas facilement avec le concept et la catégorie « d'État fragile ». Les principaux déterminants de la fragilité y sont exposés, tout en insistant sur leur tendance à se renforcer eux-mêmes. La compréhension du contexte et de son évolution est nécessaire avant de concevoir des stratégies.

Section 2

Cette section expose les discussions autour de l'aide accordée aux États fragiles, question qui suscite un regain d'intérêt. Un examen des exigences et des principes de gestion de l'aide apportée aux États fragiles, ainsi que certains des programmes et instruments les plus influents des donateurs, permet de faire valoir que les approches actuelles sont mal adaptées à des contextes instables et que de nouvelles modalités sont nécessaires pour améliorer l'efficacité de l'aide.

Section 3

Cette section passe en revue les caractéristiques propres aux États fragiles qui ont une incidence sur la politique et la planification en santé et qui nécessitent des approches adaptées. La dynamique et le caractère imprévisible du contexte et aussi la pluralité des acteurs, qu'ils fassent partie ou non du domaine de la santé, sont pris en compte. Il est essentiel, mais difficile, de réaliser une analyse de situation dans ces conditions, notamment l'évaluation de la capacité des principaux acteurs – publics et privés – de la santé. Tout comme dans les pays stables, la conception et la planification d'une stratégie dans un contexte fragile, sont des processus politiques répétitifs et permanents, qui exigent des négociations avec de nombreuses parties prenantes.

La composante suivi & évaluation doit être forte pour établir un lien entre la conception et la mise en œuvre d'une stratégie. Elle apporte des indications sur les ajustements nécessaires aux stratégies et aux plans. Une nouvelle typologie empirique des situations, accompagnée de suggestions de marche à suivre possible, est proposée pour faciliter l'adaptation des approches à des situations spécifiques. Les aspects fondamentaux des principaux sous-secteurs (financement, ressources humaines, médicaments et formations sanitaires) sont ensuite abordés.

À la fin de ce chapitre, des lectures complémentaires annotées sont proposées, et l'Annexe 13.1 présente les critères d'évaluation d'une politique ou d'une stratégie.





13.1 Le contexte d'États « fragiles »

Dans ce chapitre, nous avons choisi de retenir l'expression « États fragiles » en raison de sa large diffusion, même si, comme nous le verrons, ce terme est manifestement inadéquat.

La terminologie employée pour identifier et classer les États en situation de faiblesse a évolué depuis la fin des années 1980, moment où, aussi bien des décideurs que des universitaires se sont intéressés aux situations de défaillance de l'État.¹ Plus récemment, les vocables de « fragilité » et de « situation de fragilité » ont été de plus en plus utilisés pour souligner la nécessité de se pencher également sur les acteurs non étatiques.² Cela étant, la notion de fragilité d'un État « reste un concept difficile à cerner ».³ Tandis que la terminologie a évolué, les typologies et les indices de fragilité se sont eux-mêmes multipliés. Ainsi, il n'existe aucun consensus sur une liste commune d'États effectivement fragiles. Les diverses définitions convergent vers une combinaison de dysfonctionnements selon les dimensions clés de la gouvernance : incapacité à protéger les populations contre la violence ; inaptitude à assurer la fourniture de services essentiels ; absence de légitimité, souvent associée à des violations des droits de l'homme.

La notion d'État fragile est particulièrement étendue : il existe non seulement des différences de degré, de type et de facteurs de fragilité de l'État, mais encore la fragilité varie substantiellement au sein d'un même pays, comme c'est le cas, par exemple, en République démocratique du Congo et au Soudan. De plus, les États fragiles tendent à se trouver géographiquement concentrés, comme c'est le cas dans la région des Grands Lacs ou dans la Corne de l'Afrique et avec l'Afghanistan et le Pakistan. Ces régions connaissent des échanges transfrontaliers légaux et illégaux de marchandises, un trafic d'êtres humains et d'autres activités criminelles et elles offrent souvent un refuge à des groupes terroristes ou des groupes rebelles. La mondialisation permet, par les technologies de la communication et la déréglementation des marchés, une interpénétration des économies formelles et informelles et aussi des réseaux étatiques et non étatiques.

Mesurer la fragilité d'un État est problématique : cela suppose non seulement de définir un certain modèle d'État comme point de référence, mais aussi de choisir parmi des systèmes de classification élaborés à des fins différentes et basés sur des indicateurs, des sources de données et des méthodes d'agrégation.

Il n'existe pas de consensus sur une liste commune d'États fragiles.

¹ Si l'on traduit les désignations en anglais qui ont pu être pratiquées au fil des années, cela donne : Quasi ou pseudo États, États les moins développés, États à faible revenu en difficulté, États en faillite, États voyous, États en

situation d'échec, États défaillants, États en crise, États peu performants, États dont le développement s'est arrêté.

NATIONAL IMMUNIZATION DAYS (NID)
SAY NO TO POLIO, VACCINATE ALL CHILDREN
UNDER FIVE YEARS OF AGE ON NOVEMBER 11 - 15
AND AGAIN ON DECEMBER 9 TO 13



© Photo Nations Unies/ Eric Kanalstein

Les déterminants de la fragilité comprennent les conflits, la faiblesse des institutions, les chocs externes, la pauvreté, la maladie et l'instabilité régionale.⁴ C'est l'interaction entre ces différents déterminants qui détermine le résultat ; la dynamique peut différer d'une situation à une autre, même lorsque les caractéristiques clés de la fragilité semblent similaires. Souvent, les moteurs du dysfonctionnement sur le plan de la gouvernance sont de nature à se renforcer eux-mêmes et les uns les autres. En conséquence, l'évolution rapide des environnements crée des difficultés supplémentaires pour les décideurs, les bailleurs et les acteurs de terrain.

Avant de formuler des stratégies de relance, les parties prenantes doivent réfléchir aux principales caractéristiques de la situation de crise actuelle, et sur ce à quoi pourrait ressembler la situation du pays considéré à l'avenir.

- ▶ Premièrement, il convient de déterminer si la situation d'instabilité actuelle est de nature structurelle ou transitoire. De fait, les troubles ayant agité récemment la région du Darfour, au Soudan ou encore la République démocratique du Congo, lorsqu'on les replace dans une perspective remontant aux 100 dernières années, suggèrent la présence de facteurs de stress qui ne devraient pas disparaître de sitôt.
- ▶ Deuxièmement, les chances qu'une administration publique légitime, bienveillante et performante finisse par émerger d'une situation de crise prolongée, doivent être évaluées en faisant preuve de réalisme.
- ▶ Troisièmement, il est nécessaire d'évaluer les chances qu'un pays d'ores et déjà divisé par la violence reste intact. L'Érythrée et le Soudan du Sud ont réussi dans leur quête de reconnaissance internationale en tant qu'État et, dans le monde, d'autres groupes politiques, qui aspirent à leur propre indépendance en tant qu'entité étatique, émergent régulièrement.
- ▶ Quatrièmement, doivent être évaluées les perspectives économiques, le rétablissement (ou non) des moyens de subsistance, la réintégration des personnes déplacées et des personnes réfugiées.

- ▶ Enfin, la dimension supranationale doit, elle aussi, être comprise : pendant combien de temps les acteurs extérieurs resteront-ils impliqués dans les affaires intérieures ? Les bailleurs de fonds soutiendront-ils la transition et le développement du système de santé ? Les pays voisins connaîtront-ils une reprise ou contribueront-ils au contraire à ce que la crise perdure ? Si la crise affectant l'ensemble formé par la Guinée, le Libéria et le Sierra Leone semblait sur le point de se résoudre avant que n'éclate l'épidémie d'Ébola en 2014, la situation affectant la République centrafricaine, le Tchad et la région du Darfour n'offre pas de telles perspectives.

Lorsque les faits sont rares mais que les rumeurs abondent, des représentations simplistes de la réalité peuvent se substituer à des interprétations plus fines et influencer fortement sur la définition des priorités politiques et stratégiques, sans considération des réalités du terrain. Autessere a montré comment, dans le cas de la République démocratique du Congo, les « cadres narratifs » dominants concernant ce pays ont eu une profonde influence sur les stratégies et les pratiques, avec des conséquences inattendues.⁵

Les limitations des définitions et typologies actuelles suggèrent que, pour être efficaces, les politiques et les plans en santé nécessitent une connaissance du contexte beaucoup plus approfondie que ne le permet l'approche conventionnelle concernant les États fragiles. Nous proposons donc une typologie empirique des situations pour des approches adaptées aux politique et planification sanitaire. Cette caractérisation, qui sera examinée plus amplement dans la section^{3,5}, prend en considération le contexte du pays, les acteurs politiques et sanitaires et leurs interactions sur le plan de la politique et de la planification en santé. Les systèmes de santé des États fragiles se caractérisent en fonction des capacités et des ressources disponibles, de la légitimité et de l'engagement du gouvernement et autres détenteurs du pouvoir, et des autres acteurs clés dans le domaine de la santé : les bailleurs de fonds, les organisations caritatives, les agences et programmes internationaux, les prestataires privés, etc.

La première étape d'une stratégie de développement et de planification en santé consiste à analyser le contexte général, identifier les principales caractéristiques de la crise et comprendre les évolutions probables sur les plans politique et économique.

13.2 L'aide dans les États fragiles

Au lendemain des événements survenus aux États-Unis le 11 septembre 2001, le discours sur les États en dysfonctionnement a mobilisé toutes les attentions : « La menace d'un Sud exclu fomentant l'instabilité internationale par le conflit, la criminalité et le terrorisme fait désormais partie du nouveau paysage sécuritaire »,⁶ un point de vue marquant un tournant radical par rapport à la doctrine prévalant jusque-là d'un recul progressif de l'influence de l'État. Désormais, on s'accorde à dire que des États « résilients » constituent une condition préalable à la sécurité internationale, la stabilité et la libéralisation des marchés.^{7,8} La prise de conscience croissante des coûts et des conséquences de l'instabilité a conduit à faire accepter la part de risque inhérente à fournir de l'aide aux pays vulnérables. Dans les faits, les opérations de maintien de la paix absorbent davantage de ressources que l'aide au développement : par exemple, le coût des forces de maintien de la paix des Nations unies au Libéria et en Sierra Leone était cinq fois plus élevé que ne l'étaient les flux d'aide.⁹

En confondant des situations différentes, ces intentions sur l'État fragile embrouillent plutôt que de clarifier les problèmes en jeu.

Toutefois, selon des points de vue dissidents concernant la notion d'États fragiles, « les interprétations de la notion de fragilité d'un État auxquelles se réfèrent aujourd'hui les bailleurs de fonds sont biaisées, déférant [...] à une certaine attente de formes simplistes d'information et de généralisation qui conduisent à des 'solutions' technocratiques pour traiter des problèmes politiques complexes ». ¹⁰ En confondant des situations différentes, ces intentions sur l'État fragile embrouillent plutôt que de clarifier les problèmes en jeu. De plus, en faisant porter la responsabilité de la fragilité sur le pays qui en subit les perturbations, cette approche absout les États donateurs de leurs propres responsabilités. En effet, l'instabilité permanente de l'Afghanistan ne peut être comprise sans prendre en considération l'intervention chronique de puissances extérieures dans ses affaires internes, facteurs pourtant marginalisés par le discours concernant les États fragiles.¹¹

En parallèle de l'intérêt renouvelé des donateurs pour les États fragiles, une aide accrue a été accordée à ces environnements.¹² Toutefois, la sélectivité de l'aide s'est appliquée également à l'égard des États fragiles : l'Afghanistan et l'Irak ont absorbé 34 % du total du surcroît de l'aide accordée à des pays fragiles entre 2000 et 2008.¹³ La nécessité de modifier le volume de l'aide et les modalités de l'acheminer dans des contextes fragiles est aujourd'hui l'une des premières priorités pour la communauté internationale. Consciente des défis particuliers que présentent les États fragiles, l'Organisation pour la coopération et le développement économiques (OCDE) a formulé en 2007 une série de « principes d'engagement dans les États fragiles ». ¹⁴ Quatre ans plus tard, le « G7+ » contribuait à l'élaboration d'un « New Deal pour l'Engagement dans les États Fragiles », ¹⁵ entériné à Busan en 2011. Cependant, comme pour d'autres engagements internationaux, cette prise de conscience proclamée doit se traduire par des changements effectifs dans la pratique des donateurs, chose qui ne doit pas être considérée comme acquise, eu égard aux conservatismes spécifiques au secteur de l'aide.

Recherche d'approches appropriées

Les pays en situation de sous gouvernance ou de mal gouvernance mettent à rude épreuve la structure et les performances du secteur de l'aide. Le rôle de l'aide dans la résolution des problèmes structurels, tels que ceux qui affectent les États fragiles, s'avère limité, comme le souligne Rogerson : « les processus de développement sont placés sous l'influence de dynamiques complexes, incertaines et dépendantes du contexte politique et social, et en réponse aux défis nationaux. [...] L'aide occupe une part marginale dans ces dynamiques dans la plupart des contextes nationaux à moins que, par un heureux hasard de positionnement ou même autant par accident que par conception judicieuse,

il se trouve qu'elle coïncide avec celles-ci. Dans le meilleur des cas, l'aide fournira un certain renfort positif ».¹⁶

De ce fait, la pertinence des principaux programmes et instruments d'aide doit être sérieusement reconsidérée. Par exemple, les conditions essentielles auxquelles est suspendue la concrétisation des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) – à savoir : la confiance, la prévisibilité, une information adéquate, la maîtrise de l'environnement et un investissement durable – ne sont tout simplement pas au rendez-vous pour l'instant. À propos de l'agenda concernant les OMD, la critique avance que, si la situation ne change pas, les OMD pourraient devenir « un autre exemple d'échec fracassant de l'approche prescriptive d'une stratégie ».¹⁷

Le programme pour l'efficacité de l'aide tel qu'envisagé dans la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide au développement et dans le Programme d'action d'Accra¹⁸ doit être adapté aux contextes en difficulté, où les dirigeants politiques ont tendance à accorder la primauté à des besoins politiques à court terme, plutôt qu'aux objectifs de développement.¹⁹ Dans les contextes où l'appropriation du programme d'aide au développement se rencontre principalement sous son avatar informel et fluide, au niveau local et avec des institutions privées permettant l'accès à des biens publics, on ne peut espérer atteindre l'efficacité de l'aide à travers des gouvernements faibles. En fait, une application aveugle des principes d'efficacité de l'aide dans des contextes complexes tels que l'Afghanistan, ou des entités locales puissantes s'opposent à un renforcement du gouvernement central, ont eu des effets indésirables mais prévisibles, tels que l'affaiblissement des efforts de consolidation de la paix et de construction de l'État, et sont même un obstacle à l'émergence d'un mouvement national d'appropriation véritablement inclusif.²⁰

En outre, les politiques mises en œuvre présentent peu de ressemblance avec les documents officiels : les donateurs risquent d'aligner leur programme sur des stratégies nationales inutilisées, conçues uniquement pour satisfaire des politiciens et des organismes étrangers. La politisation de ces environnements influe manifestement sur le degré de consensus possible, sur le caractère inclusif de la démarche et sur les partenariats. L'alignement ne peut être recherché compte tenu des conditions précaires des institutions du pays, du rôle accru d'acteurs non étatiques requis pour combler le vide laissé par l'insuffisance des autorités sanitaires et par le rôle incertain joué par les gouvernements bénéficiaires. De même, l'harmonisation reste difficile à réaliser et ce, malgré les engagements souscrits. Enfin, dans des contextes fluides, une programmation et une gestion rationnelle par résultats doit être remise en question en tant qu'options réalistes de prise de décision.

En dépit de leurs attraits, il convient de s'interroger sur les mérites des fonds fiduciaires multi-donateurs (multi-donor trust funds – MDTF) dans de tels contextes. Dans plusieurs cas, le coût particulièrement élevé de la mise en place de cet instrument, la lenteur avec laquelle les fonds sont attribués et enfin leur médiocre réactivité à des imprévus ont entravé leur rentabilité potentiel. À maintes reprises, « des normes et procédures d'ores et déjà difficiles à suivre pour des régimes hautement développés ont été imposées à des administrations publiques jeunes, pour le seul et unique profit de firmes financières internationales ».²¹ L'expérience récente du MDTF au Soudan du Sud a confirmé le caractère inadapté de tels instruments.²² Cas intéressant, le Libéria (présentant l'un des processus de redressement post-conflit les plus réussis avant que le pays ne soit frappé par l'épidémie d'Ébola en 2014) a préféré rejeter le MDTF, préférant des dispositions sectorielles plus modestes.²³

La gestion de l'aide dans des contextes fragiles doit adopter une approche empreinte de retenue, politiquement avisée, adaptée au contexte et « taillée sur mesures ».

Afin d'aider les États dysfunctionnels, les donateurs doivent revoir de fond en comble leur compréhension du contexte opérationnel et écarter les solutions toutes faites.

Autre obstacle typique à l'efficacité de l'aide, le compartimentage habituel entre aide au développement et aide humanitaire, qui est particulièrement inapproprié dans les contextes caractérisés par des troubles chroniques, où les crises aiguës sont récurrentes. L'Afghanistan, la République démocratique du Congo, Haïti, la Somalie et le Soudan du Sud nécessitent des flux d'aide constants et illimités, permettant de soutenir aussi bien des actions de développement que des actions humanitaires, en fonction des besoins et des opportunités.

« Dans les pays où des fonds de donateurs contribuent à couvrir une part significative des dépenses de santé publique, la défaillance du secteur public doit également être considérée comme une 'défaillance des donateurs et des agences internationales' ». ²⁴ Les donateurs doivent accepter l'étendue de leur responsabilité dans les contextes où les autorités sanitaires ne peuvent ou ne veulent pas assumer leur rôle officiel. Accepter ce rôle élargi et assumer

pleinement ses responsabilités en cas d'échec implique une profonde refonte de la façon dont les donateurs interviennent dans des situations de carence sur le plan de la gouvernance, et évaluent leurs performances. Dans de nombreux contextes de crise, les donateurs ont déjà, qu'ils le veuillent ou non, un rôle dominant dans la politique de santé à travers le levier de financement qui est entre leurs mains. Dans d'autres situations, l'aide extérieure façonne le domaine de la santé, sans encourager pour autant un processus politique productif, les faits sur le terrain précédant les intentions. Par exemple, en Haïti, un financement basé sur la performance a été mis en place en 1999 par une organisation non gouvernementale (ONG), à la suite de quoi toutes les ONG financées par le même donateur ont recouru à ce système. ²⁵ Ce n'est pourtant que depuis récemment que le financement basé sur la performance est testé dans les structures de santé publique et qu'il est reconnu officiellement en tant que principe directeur du financement de la santé.



13.3 Politiques, stratégies et plans en santé en situation de crise

13.3.1 Contexte et acteurs

L'analyse du contexte général de la crise et de ses déterminants - politiques, économiques et sociaux, ainsi que géographiques - est essentielle pour comprendre quelles politiques et quelles stratégies sont réalisables et ont une chance de succès. Les contextes fragiles sont mouvants, imprévisibles, pluriels, avec de fortes variations à l'intérieur d'un pays et ont des liens transfrontaliers importants. En effet, le contexte général détermine l'évolution des soins de santé d'une manière souvent ignorée par les parties prenantes. Ainsi, négliger les facteurs sociaux compromet bon nombre d'efforts de politique et de planification en santé, comme on l'a reconnu judicieusement dans le cas du Cambodge, où « ce fut probablement la sous-estimation des incidences sociales de la transition qui a été le 'maillon manquant' dans les récentes analyses de la politique nationale et régionale (qui ne s'est appuyé presque exclusivement que sur des éléments de référence épidémiologiques ou technico-sanitaires) ». ²⁶ Le processus de délitement qui s'est produit au Soudan du Sud en 2013 est un avertissement clair contre une approche conventionnelle du développement du système de santé, sans accorder l'attention nécessaire à la fragilité des fondements sur lesquels le nouvel État repose.

Parmi les principaux déterminants contextuels, la géographie et l'environnement sont souvent négligés par les acteurs de la santé, malgré l'influence que ces éléments peuvent avoir sur les événements et sur les réactions à ceux-ci. Les voies de communication interne revêtent autant d'importance que les relations avec les régions ou les pays voisins. La géographie de la République démocratique du Congo, avec ses zones périphériques densément peuplées et très mal desservies, et un centre géographique vide, est intrinsèquement 'fissipare' et en tension avec l'idée d'un régime centralisé. Des facteurs écologiques, tels que la sécheresse et la désertification, perturbent des modes de vie établis de longue date et peuvent

aggraver et même perpétuer la crise, comme on l'a vu avec le conflit au Darfour, dont il convient de faire une lecture essentiellement environnementale. Les pays présentant une « géographie difficile » ²⁷ posent des difficultés particulières pour ceux qui veulent construire un État, pour les autorités militaires, les autorités fiscales et celles engagées dans la planification en santé.

Aborder les choses comme des situations de crise complexes (par exemple, celle de la région des Grands Lacs en Afrique ou celle du Moyen-Orient) plutôt que comme le problème d'un seul pays, est un avantage incontestable sur le plan de l'analyse, compte tenu des liens politiques, sécuritaires, économiques, ethniques, criminels et migratoires qui rapprochent les pays officiellement séparés par des frontières poreuses, arbitraires, et bien souvent contestées. La prestation de services de santé est également affectée par des facteurs supranationaux puisque les populations, les agents pathogènes, les idées, les médicaments, l'argent mais aussi les travailleurs de la santé franchissent constamment les frontières. L'épidémie d'Ébola qui a ravagé l'Afrique de l'Ouest en 2014, est un rappel salutaire contre toute conception étroite s'intéressant uniquement au territoire officiel d'un État et non aux populations. Malheureusement, la plupart des structures d'administration de la santé et des données sanitaires sont centrés sur l'État. À défaut d'analyses supplémentaires, « la réorganisation géographique des soins de santé, que ce soit à l'intérieur d'un pays ou à l'échelle de plusieurs pays en situation de conflit » ²⁸ sera manquée ou mal comprise.

Les acteurs forment un ensemble peu homogène d'individus et de groupes, officiel ou informel, jouissant de degrés d'autonomie divers, entrant et sortant du milieu des soins de santé et jouant bien souvent des rôles multiples. Autorités sanitaires, institutions publiques, donateurs, organisations internationales,

L'analyse du contexte doit être complète et inclure tous les facteurs susceptibles d'influencer l'élaboration, puis la mise en œuvre de stratégies en santé. Une telle analyse requiert des compétences en la matière, un investissement substantiel en temps, en ressources et en procédures de consultation, exercice dont les modalités dépendent du contexte politique spécifique.

Dans de nombreux systèmes de santé en difficulté, l'information disponible est assez abondante, contrairement à ce qui est généralement admis.

programmes de lutte contre des maladies, organismes de bienfaisance, ONG, entreprises privées, travailleurs de la santé, associations professionnelles, partis politiques, groupes d'activistes ou groupes d'opposition, tous exercent une influence sur le développement des soins de santé. Comprendre leurs rôles, leurs liens, leurs réseaux, leur pouvoir et leurs influences sur le système de santé est capital ; des approches nouvelles ont été utilisées pour cartographier les relations entre les différents acteurs.

13.3.2 L'information, fondement du processus de politique et de planification

Comme le tableau d'ensemble est plutôt flou et qu'il change rapidement, en percevoir la logique et en identifier les tendances revêt une importance capitale. Élaborer une analyse de situation fiable nécessite des efforts adaptés, compte tenu de la maigreur de la base d'informations, du contexte mouvant et de la relative incapacité des acteurs de la santé à recueillir des données utiles, suivre les évolutions et comprendre les événements « macro » et leur développement, tant sur le plan général que dans le domaine de la santé. Saisir des réalités confuses exige de décider quelles données peuvent et doivent être collectées et analysées, leur niveau de désagrégation, leur qualité et leurs limites. Les tendances, les modèles et les relations doivent être compris et les résultats des analyses doivent être partagés de manière accessible et utile. Les indicateurs de référence antérieurs à la crise font souvent défaut ou sont insuffisants pour une analyse valable des tendances ; la comparaison avec les données disponibles provenant de contextes pertinents devient donc cruciale.

Dans de nombreux systèmes de santé en difficulté, l'information disponible est assez abondante (contrairement à ce qui est généralement admis) mais elle est dispersée entre les agences, les programmes et les institutions et elle est compilée selon différentes méthodes en fonction d'intérêts restreints, comme la lutte contre une maladie ou certains groupes de population. De nombreuses parties prenantes détiennent

une connaissance détaillée d'aspects spécifiques mais n'ont pas une compréhension des caractéristiques et des tendances sectorielles. L'assemblage des différents éléments d'information peut être assez long avant d'aboutir à un tableau complet, dont certains contours et aussi certaines relations internes risquent toujours d'avoir été omises, y compris par les acteurs les plus informés. Garder ce tableau actualisé est essentiel. De solides analyses de situation ont été réalisées en Afghanistan, en Somalie, au Sri Lanka et au Soudan, pour la région du Darfour, mais l'évolution constante du contexte exige des révisions et des ajustements fréquents.

Une analyse de situation valable permet d'identifier les principaux problèmes à traiter dans le système de santé et de choisir entre les différentes lignes d'actions possibles. Les systèmes de santé en difficulté présentent des caractéristiques que l'on retrouve souvent : la privatisation et la marchandisation, un biais en faveur des villes et hôpitaux, une piètre qualité des soins, un personnel soignant pléthorique mais improductif, des systèmes dysfonctionnels de référencement de patients et/ou des infrastructures en piteux état. Ces problèmes fondamentaux doivent clairement être pointés lors de l'analyse de situation et être abordés de manière cohérente par toute politique ou stratégie valable.

Le processus consistant à analyser progressivement la situation en rassemblant des éléments d'information provenant de sources différentes doit être itératif, chaque cycle devant aboutir à une analyse plus approfondie, faire ressortir les nouveaux aspects à étudier et indiquer les mesures à prendre. Une fois les principaux enjeux de politique et de planification caractérisant le système de santé identifiés, il convient de déterminer la nécessité de mener des études sur les politiques à mener, susceptibles d'aider les décideurs à appréhender les problèmes ainsi que les options possibles et de signaler les aspects qui ont été négligés. Par exemple, des médicaments de contrefaçon circulent librement dans la plupart des sous-secteurs pharmaceutiques déréglementés. Face à un tel constat, les éléments de preuve font cependant souvent défaut. La gravité du problème doit être évaluée au moyen d'une étude spécifique, avant de discuter puis de déployer des mesures correctives. Une base de référence sera alors établie et le poids relatif du

problème pourra être apprécié en comparaison avec celui d'autres problèmes concurrents.

Des difficultés que l'on retrouve communément dans des contextes de stabilité - tels que l'évolution de l'environnement, la fragmentation, l'insuffisance de la capacité de mise en œuvre, la politisation à l'extrême, les initiatives des acteurs non étatiques et le renouvellement trop fréquent des acteurs - sont amplifiées dans des environnements en difficulté, entraînant des décalages entre les politiques officielles et la réalité. Par exemple, de nombreux pays déclarent accorder la priorité aux soins de santé primaires alors que dans la pratique, l'essentiel des ressources est absorbé par les grands hôpitaux. Dans le même ordre d'idées, il arrive que même les organismes donateurs conscients du caractère primordial du contexte pour déterminer la politique et la planification et la nécessité de consolider l'ensemble du système de santé, orientent leurs financements vers des programmes verticaux de lutte contre une maladie n'ayant qu'une importance très relative dans le pays considéré.

En outre, il faut tenir compte de la dépendance à l'égard des antécédents (« path dependency »), c'est-à-dire de la part d'influence que peuvent exercer la politique de santé et les choix stratégiques du passé sur les options disponibles ultérieurement. Documenter les expériences passées peut être une source d'enseignements précieux sur les approches qui ont été adoptées puis écartées, pour être ensuite reprises. Par exemple, nombre de systèmes de santé ont, de façon répétée, tenté une approche avec les agents de santé communautaires (ASC), et chaque expérience a pu présenter des analogies frappantes avec les précédentes. Ces pertes de mémoires, le remaniement continu des organes de décision et les nouvelles modes s'imposant au niveau international font que les mêmes erreurs ne cessent de se répéter. Une analyse des anciennes politiques et stratégies en santé apporte des éléments importants,²⁹ notamment sur les relations de pouvoir entre les principaux acteurs de la santé et sur la résistance (ou la réceptivité) des autorités nationales au changement. Dans la plupart des systèmes de santé, les lobbys médicaux exercent une forte influence, ce qui explique certaines tendances,

comme les modèles de prestation de services et les mécanismes de financement adoptés.

Les termes dichotomiques classiques tels que privé/public, formel/informel, étranger/national, qualifié/non qualifié, traditionnel/moderne, légal/illégal s'avèrent inapplicables et dénués de sens dans la plupart des circonstances. Ce constat appelle donc une conception nouvelle de la manière dont les données sont collectées et analysées. De nombreuses procédures de collecte de données acceptées au niveau international s'avèrent inadaptées à ces environnements et doivent être ajustées. Des définitions réadaptées sont nécessaires afin que les données mettent en lumière les problèmes plutôt que de les laisser dans l'ombre. Par exemple, reconnaître que la plupart des agents de santé se situe entre les deux pôles « qualifiés » ou « non qualifié », doit inciter à concevoir des définitions applicables dans la majorité des situations. Éviter d'avoir recours, lors de l'analyse, à des concepts à connotation morale, comme celui de la corruption (ou tout au moins en faire usage avec pondération), doit permettre de garder l'attention sur les situations concrètes de prestation de soins de santé et leurs effets.

Les systèmes d'information de routine, même s'ils génèrent des résultats utilisables, ont tendance à négliger la prestation de soins de santé venant de l'initiative privée, informelle, illégale et populaire et à ne prendre en compte qu'une petite partie de l'ensemble du système de santé qui cadre avec une définition orthodoxe. Des études spécifiques appliquant des méthodes spécialement adaptées sont nécessaires pour explorer l'immense diversité des prestations ordinairement passées sous silence. Dans le cas contraire, les études standards menées dans des contextes difficiles ne généreront que des constats peu plausibles, comme c'est souvent le cas avec les Comptes nationaux de la santé ou les Enquêtes démographiques et de santé. Ce type d'enquête posent aussi le problème de représentativité, car certaines régions peuvent être inaccessibles pour des raisons de sécurité ou autres. Tant que les prestations de santé non conventionnelles ne seront pas considérées et que leur(s) rôle(s) dans l'ensemble du domaine de la santé n'est pas saisi et apprécié, aucune politique sectorielle

Dans des contextes en détresse, le processus de regroupement d'informations provenant de sources différentes doit être itératif. Les méthodes et les approches de collecte de données doivent être adaptées au contexte, souvent instable et partiellement inaccessible.

sensée ne pourra être conçue et aucun plan n'aura de chances d'être déployé avec succès.

La prudence est toujours de mise quant à la validité des analyses de situation qui peuvent avoir été établies sur des données incomplètes et non fiables, ne reflétant pas les véritables situations et tendances. Avec des données recueillies pour répondre aux besoins d'agences éloignées du terrain, de telles analyses risquent souvent de dépendre de la situation sous des atours convenables (quand ils n'induisent pas carrément en erreur), donnant une description simplifiée des problèmes et suggérant une manière confortable de les aborder. Les pressions qui s'attachent aux levées de fonds et aux considérations de réputation favorisent la production de rapports arguant de progrès sur le plan sanitaire dans un contexte général de dégradation de la situation sur les plans politique et sécuritaire (comme pour l'Afghanistan). Pour être vraiment utile, une analyse de situation qui se veut solide doit s'efforcer de démystifier tous les « faits sociaux », c'est-à-dire « des choses qui sont considérées 'vraies' parce qu'elles sont largement acceptées comme étant vraies ». ³⁰ Une telle analyse doit reposer sur des bases factuelles rigoureusement vérifiées, bases dont les limites doivent être reconnues.

Les stratégies, les interventions et les modèles de prestations de services doivent être diversifiés pour permettre de répondre aux besoins et attentes locaux avec les opportunités locales.

Reconnaître la diversité

Le développement des systèmes de santé est affecté par plusieurs facteurs : les longues distances, l'insuffisance des moyens de communication, la violence, les forces du marché, la démographie, les différents acteurs, le climat, des ressources et des capacités insuffisantes. Le portrait flatteur du « système national de santé », doté d'une politique et d'une stratégie nationale de santé doit être considéré avec prudence. Si le travail d'analyse est suffisamment poussé, on parvient généralement à distinguer plusieurs configurations de prestation de soins de santé. Des combinaisons de toutes sortes de systèmes locaux de soins de santé émergent et coexistent, parfois de façon non remarquée (ou alors à contrecœur) par les sources officielles. En raison d'une telle diversification spontanée, les analyses sectorielles doivent être effectuées de manière ascendante, en étudiant autant de situations locales

distinctes et en s'abstenant de toutes généralisations à l'échelle nationale, telles que celles qui s'appuient sur le résultat moyen d'indicateurs, ces dernières ayant tendance à dissimuler plutôt que révéler les variations existant sur le terrain. Le système de santé à l'examen doit donc être observé comme une constellation de régions différenciées, chacune évoluant à son propre rythme, souvent dans des directions divergentes. Les stratégies, les interventions et les modèles de prestation de services doivent être diversifiés pour permettre de répondre aux besoins et aux attentes locaux avec les opportunités locales. De même, les programmes « nationaux » doivent s'adapter à une multiplicité d'environnements en carence de gouvernance. Par exemple, différents ensembles de services doivent être assurés aux communautés à forte densité, à celles à faible densité et aux groupes nomades.

Suivi et évaluation

Le suivi et l'évaluation doivent être continus et alimenter la prise de décision afin d'ajuster les stratégies ou les plans en temps réel. En effet, « une grande partie de l'information nécessaire à la mise en œuvre est générée en cours de route, il est donc essentiel que les plans s'adaptent facilement aux nouvelles réalités ». ³¹ Les implications en termes de ressources d'un système de suivi robuste et continu doivent être prises en compte dès les premières phases de la planification : « on devrait consacrer moins de temps et de ressources à la planification initiale et davantage aux processus de suivi et de retour d'expérience concernant la mise en œuvre ». ³² Suivre les tendances est essentiel pour mesurer les progrès enregistrés dans le déploiement des politiques et la mise en œuvre des plans. Dans de nombreux contextes, les chiffres de population sont absents, volatiles, ou encore, sujets à manipulations. Les tendances seraient observées de manière plus fiable en utilisant des chiffres de valeurs absolues plutôt que des taux de couverture ou des mesures d'impact.

Il est nécessaire d'adopter une perspective sectorielle, qui identifie et suit les événements et les processus

inattendus tout autant que ceux qui étaient planifiés. En fait, certains développements importants - tels que les prestations privées, la double pratique, des fournitures et des services de qualité inférieure à la norme et les activités transfrontières - peuvent échapper à la reconnaissance officielle, malgré leur impact sur la prestation des services.

Les indicateurs ne sont pas que des instruments de suivi

Les indicateurs peuvent également influencer les décisions en matière de gestion. Certains services, ou certains aspects des services, qui font l'objet d'un suivi attentif des autorités sanitaires ou des organismes internationaux (généralement parce qu'ils sont plus faciles à mesurer), bénéficient de plus d'attention que d'autres, sans considération de leur importance relative sur le terrain. Il convient également de noter que la conscience d'être sous observation incite à la tricherie, surtout si les chiffres déclarés ont un lien avec des mesures incitatives.³³ Des indicateurs auxquels les autorités centrales attribuent une importance particulière peuvent affecter les décisions périphériques. Par exemple, le ministère fédéral de la Santé du Soudan s'appuie sur

le ratio du nombre de structures sanitaires par rapport à la population pour évaluer l'offre de prestations de base sur l'ensemble du pays. Pour le Darfour, région du Soudan en proie à la violence, on ne saurait faire fond sur un tel indicateur, en raison du manque de fiabilité des données de recensement, d'importants déplacements de la population et des prestations assurées par des ONG dans les camps de déplacés. En outre, de nombreuses structures offrent des soins de qualité d'un niveau inférieur aux normes et, souvent, elles sont contiguës. En 2012, seulement un tiers des hôpitaux pratiquait des césariennes et un tiers des centres de santé disposait d'un laboratoire, et les structures sanitaires disposant de l'électricité et d'une eau potable étaient une minorité.³⁴ La réponse rationnelle à de telles insuffisances consisterait à fermer les structures qui font doublons et sont sous-utilisées, de manière à porter les capacités des autres structures à des niveaux acceptables. Une telle initiative améliorerait de fait l'accès aux services mais elle aurait aussi pour effet d'influer négativement sur le ratio susmentionné. Pour cette raison, elle déplairait aux administrateurs locaux, soucieux d'avoir des ratios à communiquer aux autorités sanitaires centrales qui traduisent une amélioration plutôt qu'une aggravation.



© Photo Nations Unies/Albert González Farran

13.3.3 Principes généraux

Négocier les plans et politiques de santé

Pour avoir une chance de réussite, les stratégies et les plans ne doivent pas être imposés : ils doivent être négociés avec les différents acteurs clés de la santé. Des plans flexibles et l'apprentissage de l'expérience pendant leur mise en œuvre permet de les adapter et de les ajuster au mieux.

L'élaboration d'une politique et la planification dans des systèmes de santé en difficulté sont « intrinsèquement un processus politique »³⁵ impliquant la négociation de mesures réalistes axées sur les problèmes avec des parties prenantes autonomes : « élaborer et mettre en œuvre une stratégie parmi un ensemble d'acteurs hétérogène soumis à une multitude de pressions et de priorités est, au final, un acte d'interprétation continue ». ³⁶ Dans de telles situations, il n'est pas toujours aisé de forger des buts communs ; tenter de le faire peut prendre un temps précieux et retarder l'action, notamment si les tensions sont élevées entre les parties prenantes.

Alors que les rapports d'orientations et les plans sont encore en rédaction, des choses sont déjà bouclées sur le terrain, affectant les directions prises par les services de santé. Par exemple, de nombreux ministères de la Santé se consacrent avec ardeur à concevoir des ensembles idéalisés de soins de base, alors que les structures privées et publiques fournissent des combinaisons très différentes de services. Il se peut encore que des bienfaiteurs appartenant à la diaspora financent de nouvelles structures de soins de santé en s'appuyant sur des considérations autres que des critères de planification rationnels. Les politiques et stratégies sont souvent formulées sans saisir les enjeux, en négligeant les faiblesses de la capacité de mise en œuvre et du contrôle hiérarchique, et en ignorant ce que font d'autres acteurs dans les contextes où prévalent l'incertitude et l'instabilité.

En outre, il est fréquent que les prévisions concernant les résultats des stratégies et des plans soient exagérément optimistes, sous l'influence de facteurs politiques ou du désir de mobiliser de nouvelles ressources. « Le monde de la stratégie est tissé de déceptions et de frustrations, de moyens qui s'avèrent inopérants et de fins qui ne sont pas atteintes ». ³⁷ Des décideurs et des planificateurs qui sont privés de ressources et de pouvoir depuis de nombreuses années, dans des environnements difficiles, sont invariablement frustrés et ne peuvent se révéler des

professionnels des plus novateurs. Ils ont besoin d'un soutien et de mesures incitatives d'ordre financier et professionnel pour regagner la confiance propre à ce que les politiques et plans aient une chance d'être mis en œuvre avec succès.

Dans des contextes de crise, on peut influencer sur l'évolution du système de santé mais non le contrôler : « dans l'ensemble, la stratégie s'insère dans un jeu marqué par un conflit réel ou potentiel et des intérêts en conflit et pour lequel des pistes de résolution sont nécessaires ». ³⁸ Certains acteurs jouissent de trop de pouvoir et d'autonomie pour être contraints à des comportements prescrits. Leur collaboration doit être obtenue par des idées convaincantes, s'appuyant sur des informations solides, par une conduite cohérente et par une ouverture à la négociation sur des avantages réciproques, en recourant à « l'art de la séduction ». « Si vous voulez que les autres acceptent votre stratégie, séduisez les (pour ainsi dire) ». ³⁹ Les politiques, stratégies, buts, procédures, approches et indicateurs doivent évoluer avec le contexte, tout en intégrant l'expérience acquise et les informations nouvelles générées par le déploiement des mesures choisies.

Lorsque le degré de maîtrise au niveau central est faible et que le processus stratégique officiel n'a qu'une influence marginale, des stratégies « émergent » ⁴⁰ presque spontanément, par suite de décisions prises à différents niveaux du système de santé, jusqu'à ce qu'un nouveau modèle se dégage et soit reconnu comme nouvelle stratégie. Par exemple, le rôle accru des ASC dans la prestation de service peut être le résultat d'activités de formation déployées par différents acteurs agissant en périphérie, jusqu'à ce que les autorités sanitaires entérinent officiellement la réalité de ces nouveaux « cadres ». Dans la même veine, on évoquera l'approche largement connue de la « zone de santé » qui est apparue dans l'ex-Zaïre - devenu la République démocratique du Congo - en tant que réponse efficace au niveau du terrain à un vide sur le plan gestionnaire, grâce à l'initiative d'acteurs locaux dotés de capacités et de ressources.

Regarder vers l'avenir

Des situations de crise caractérisées par l'agitation, des ruptures inattendues et des incertitudes ont tendance à amplifier une autre difficulté intrinsèque de toute politique et de toute planification : générer des prévisions exactes de l'évolution du contexte et des stratégies et plans établis. Des changements inattendus affectant la sécurité, les priorités des donateurs, le prix des matières premières et, par suite, les recettes domestiques, etc. peuvent perturber la mise en œuvre des stratégies selon des modalités impossibles à prévoir au moment où celles-ci sont élaborées. Par exemple, la crise qui a sévi au Mali début 2012 était largement inattendue, tout comme l'a été son déroulement, particulièrement précipité : l'environnement opérationnel dans la partie nord du pays, en proie à un conflit, a été bouleversé du jour au lendemain, et l'organisation des soins de santé a dû s'y adapter.

En raison de l'incertitude, l'horizon temporel des stratégies dans des contextes instables devrait être raccourci, avec des objectifs immédiats et des mécanismes proches en ce qui concerne la révision des politiques et stratégies en place ; « plus la situation est dynamique, moins la prévision est certaine ». ⁴¹ Dans des situations particulièrement instables, l'absence d'une stratégie prescriptive peut constituer un avantage, permettre plus de flexibilité et faciliter l'apprentissage et l'adaptation : « se fixer un cap pré-déterminé lorsqu'on navigue dans des eaux inconnues est la meilleure manière de faire route droit sur un iceberg. Parfois, il vaut mieux progresser lentement, par petites étapes, sans chercher à voir trop loin devant, mais précautionneusement, pour pouvoir changer de direction au pied levé [...] parfois les stratégies sont aux organismes ce que les œillères sont aux chevaux ». ⁴²

Donner du sens à un domaine fragmenté

Les décideurs doivent savoir saisir les opportunités, se concentrer sur ce qui est faisable, ce qui est généralement éloigné de ce qui est souhaitable : « les plans doivent être légers et imaginatifs car ils sont, avant tout, des outils de communication entre les acteurs impliqués ». ³⁴ Des procédures dont la formulation est

trop élaborée et fastidieuse, tendent à épuiser les participants par des négociations interminables et la recherche chimérique de configurations parfaites. Au surplus, des politiques et des plans de cette nature risquent de rester dans les placards.

Le défi consiste à donner un objectif sectoriel aux diverses mesures qui ont été décidées parce qu'elles ont été jugées réalisables. La clarté des objectifs à long terme doit régir des décisions qui, dans une large mesure, sont réactives plutôt que planifiées. Un succès, même modeste, peut attirer d'autres acteurs et susciter la volonté de s'attaquer à des problèmes plus difficiles. Les partenaires doivent rechercher des réponses concrètes à des problèmes réels, des réponses qui apportent des bienfaits à l'ensemble du système et qui aient une chance de fonctionner, même dans le pire des scénarios. Par exemple, la création d'une agence sans but lucratif d'approvisionnement de produits pharmaceutiques, capable d'importer et de distribuer des médicaments de qualité à bas prix, constitue un apport indéniable pour l'ensemble du système de santé, comme cela a été le cas, dans l'est de la République démocratique du Congo, avec l'Association régionale d'approvisionnement en médicaments essentiels (Asrames) au cours de ses premières années d'existence.

L'élaboration d'une politique et d'une planification réalistes repose sur l'évaluation des contraintes en termes de ressources et de capacités. Maximiser le rendement de ressources limitées et de capacités rares est l'essence même d'une pratique saine. Inversement, tenter de répondre à tous les besoins de santé, qui sont par définition infinis, sans définir de priorités, est une démarche parfaitement vaine. Les besoins sont généralement invoqués comme le critère déterminant de nombreux efforts de politique et de planification, mais leur satisfaction est inhibée par les contraintes de la réalité. En raison des déterminants inhérents aux ressources et aux capacités, et aussi aux intérêts des donateurs, les coûts de reconstruction des systèmes de santé établis au terme d'évaluations des besoins au lendemain d'un conflit diffèrent considérablement,

Les situations de crise se caractérisent par l'agitation, des ruptures inattendues et des incertitudes.

quelles que soient les intentions qui les animent.⁴³ Dans chaque évaluation, les interventions proposées ont été envisagées en fonction de prévisions de disponibilité d'ensembles de ressources variables, et non pas en fonction des besoins en santé de la population affectée, besoins qui s'avèrent sans doute peu différents d'un pays à un autre.

« La formulation de stratégies de déploiement d'un service de santé ne commence jamais à partir d'une feuille blanche. Au moment considéré, le service existe, quel qu'en soit la forme, et le ministère de la Santé voudra assurer la continuité chaque fois que c'est possible ». ⁴⁴ Le financement récurrent a tendance à se conformer à la capacité implantée (c'est-à-dire aux décisions en matière d'investissement). Des politiques de redistribution doivent être poursuivies en appliquant des taux de croissance différenciés à des composantes de soins de santé en concurrence, dans les limites des ressources totales prévues. Une crise grave et prolongée, mettant à mal l'ancienne architecture du système de santé affecté, peut offrir la possibilité d'en concevoir un nouveau. Au début du processus de relèvement du Libéria, l'état de délabrement de la structure tertiaire la plus sophistiquée du pays a permis aux autorités sanitaires d'investir résolument dans les soins de santé primaires, sans être embarrassées par les demandes pressantes en capacités et en ressources que cette structure tertiaire n'aurait pas manqué d'exercer si elle avait été en fonctionnement.

Une planification ascendante axée sur le renforcement de structures déjà existantes, leur intégration dans un système fonctionnel, et la création de nouvelles structures si les circonstances le permettent, sont généralement plus précieuses que de s'investir dans un grand projet national prévoyant des échéances distantes (et qui risque de passer à côté de la diversité interne du système de santé et de rester finalement à l'état de projet). Dans de nombreux contextes de crise, le niveau le plus prometteur pour la poursuite de la rationalisation de la prestation de services de santé semble être le niveau provincial ou local. À ce niveau

pragmatique et décentralisé, on peut s'attaquer aux problèmes de manque d'information, comprendre et tenir compte des dynamiques politiques, observer les résultats et canaliser des pratiques de gestion informelle vers des effets positifs.

Maintenir une perspective à l'échelle de l'ensemble du système

Des mesures, même simples, axées sur un aspect spécifique de la prestation de services, peuvent avoir à l'échelle de l'ensemble du système, des effets qui doivent être pris en considération lors de leur conception et de leur future évaluation.⁴⁵ Changer une composante dans un système complexe entraîne automatiquement un réajustement de son fonctionnement. Le niveau nouvellement atteint peut produire des résultats escomptés mais avec des effets secondaires inattendus ou sans aucun effet notable. Ainsi, les effets de l'introduction d'un changement dans un sous-secteur doivent être évalués dans l'ensemble du système de santé. Par exemple, l'investissement matériel a une incidence sur le nombre d'agents de santé et la composition de leurs compétences, l'approvisionnement en médicaments les systèmes de soutien et, dernier élément mais non le moindre, les futurs coûts de fonctionnement. Historiquement, il y a eu de nombreux exemples de soutiens apportés par des donateurs pour des investissements conçus suivant une optique étroite, sans considération de leurs effets sur l'ensemble des systèmes de santé, principalement dans des contextes de reconstruction post-conflit.

Remise en question de l'approche conventionnelle de la planification

La plupart des processus de formulation d'une stratégie commencent par définir une vision, identifier des objectifs puis décrire les moyens et les modalités de parvenir à ces fins, mais « une stratégie qui commence par des objectifs et qui fonctionne à rebours, est une stratégie qui risque fort d'échouer ». ⁴⁶ Dans les faits et en particulier s'il s'agit d'une stratégie à long

La formulation de stratégies de déploiement d'un service de santé ne commence jamais à partir d'une feuille blanche.

Dans ce type de contexte, les systèmes de santé sont fragiles ; ils ne sont pas adaptés à des réformes radicales et rapides.

terme, des événements imprévus viendront perturber le cheminement envisagé pour sa mise en œuvre. Freedman soutient qu'« on s'attend bien souvent à ce qu'une stratégie commence par une description d'un état final souhaité, mais dans la pratique, il est rare que le mouvement s'opère de manière ordonnée vers des objectifs définis d'avance. Au lieu de cela, le processus évolue, passant par une série d'états dont chacun n'est pas exactement ce qui avait été attendu ou espéré, ce qui nécessite une réévaluation et une modification de la stratégie initiale, y compris des objectifs ultimes ». ⁴⁷ L'adaptation à un contexte en évolution et l'apprentissage par l'expérience sont essentiels : « plus nos problèmes sont complexes et insaisissables, plus l'approche par essai-erreur est efficace. Mais c'est une approche qui va à l'encontre de nos instincts et de la manière dont fonctionnent les organisations traditionnelles ». ⁴⁸

Application et mise en œuvre

Pour les politiques et les plans, l'application et la mise en œuvre sont les plus redoutables mais elles sont aussi, sur l'ensemble du cycle, les phases qui recèlent le plus fort potentiel d'apprentissage. Des ressources, des capacités et une attention politique sont nécessaires à ce stade, en fait dans une plus large mesure qu'au cours de la phase d'élaboration. L'incapacité des décideurs à évaluer les résultats effectifs constitue une grave et récurrente lacune lors de la mise en œuvre des politiques et des plans. Les présentations budgétaires standards peuvent entraver les choix en matière d'attribution, des données agrégées pour des raisons administratives peuvent dissimuler des résultats inéquitables et la fragmentation qui domine peut rendre peu visible des maldistributions structurelles dans le secteur, telles que celle relative au déploiement du personnel de santé. Les politiques et les plans doivent accorder une grande attention aux indicateurs devant être collectés pour observer leur mise en œuvre et aux mécanismes nécessaires pour assurer ce suivi et de procéder, le cas échéant, aux ajustements nécessaires.

Renforcer la capacité de mise en œuvre tout en avançant

Les politiques et plans doivent traiter non seulement des caractéristiques que le système de santé doit acquérir mais aussi, du rôle des autorités sanitaires dans le nouveau contexte politique, administratif et financier, et enfin des structures nécessaires pour que ces autorités puissent jouer ce rôle. Une évaluation des capacités prenant en considération l'ensemble du système de santé doit compléter l'analyse de situation. Dans la plupart des cas, les capacités sont perçues comme insuffisantes parce que l'on ne considère que les structures officielles. Un élargissement du champ d'évaluation de manière à englober les opérateurs privés et informels conduira, la plupart du temps, à une autre conclusion. Des mesures réalistes de renforcement des capacités doivent être introduites pour tous les éléments constitutifs du système de prestation de services de santé afin de garantir l'application des politiques adoptées et la mise en œuvre des plans arrêtés. Des plans convaincants peuvent constituer un puissant élément de soutien du renforcement des capacités.

Les pièges que recèle le développement des capacités doivent être évités. Les organismes publics sont encouragés par les partenaires internationaux à se doter de capacités institutionnelles en s'inspirant des structures de leurs homologues développés. ⁴⁹ Ce modèle se traduit en règle générale par des institutions plus grandes et plus structurées, composées de nombreux départements dont l'interaction obéit à des règles hiérarchiques. Des ministères de la Santé qui se rétablissent après des décennies de chaos peuvent voir leurs locaux, leurs outils de travail et leur personnel se développer considérablement mais leurs résultats peuvent ne pas progresser proportionnellement à la croissance enregistrée par leurs moyens matériels et par les coûts de fonctionnement qui s'y attachent. En République démocratique du Congo, une telle « inflation des institutions » ⁵⁰ a été attisée davantage par les leurre de l'aide extérieure que par des considérations d'amélioration des performances.

L'application et la mise en œuvre sont les phases du cycle des politiques et planification qui recèlent le plus fort potentiel d'apprentissage.

Où que ce soit, des fonctionnaires ou agents des services publics liés par des procédures et absorbés par des activités internes ou par des manifestations internationales accusent peu à peu une perte de contact avec la réalité. Dans l'idéal, un ministère de la Santé naissant ou en voie de rétablissement, doit être léger, réactif et compétent. Considérant le degré d'informalisation et de privatisation atteint dans la plupart des contextes, une culture axée principalement sur la résolution des problèmes et l'accomplissement des tâches serait préférable à une culture de stricte observance des règles. Il faut juste quelques cerveaux et non de nombreuses mains pour diriger un système de santé sous pression. Pour cela, il vaut mieux s'assurer d'un petit groupe de cadres hautement qualifiés et très motivés grâce à des rémunérations élevées, découplées des grilles de rémunération de la fonction publique.

Définition et hiérarchisation des priorités

La définition et la hiérarchisation des priorités concernant les activités prévues dans une stratégie ou un plan est crucial. Trop de documents « stratégiques » ne sont pas de nature stratégique, ne faisant que présenter des listes exhaustives d'activités, sans déterminer clairement leur degré de priorité et l'ordre des interventions. Aucune action ne s'ensuit alors, les exécutants étant paralysés par la quantité et la complexité des actions inscrites dans de telles stratégies et de tels plans. Un choix de premières mesures à prendre, avec quelques précisions complémentaires sur les aspects pratiques qui s'y attachent et sur les responsabilités de chacun, et la fixation de délais réalistes sur un calendrier de 6 à 12 mois, devraient suffire à déclencher l'action, tout en procurant des indications sur les capacités et le degré d'engagement existants. Clarifier les actions prioritaires peut également aider les décideurs à réagir à des chocs inattendus, comme les coupes budgétaires. Par exemple, si redynamiser la capacité d'orientation des patients nécessite la construction ou la modernisation de 40 hôpitaux ruraux, la sélection d'un sous-ensemble de 5 à 10 structures vitales qui

devront bénéficier en premier de la démarche s'avérera utile en cas de retard dans le financement ou dans la mise en œuvre. La même logique prévaut en matière de développement des ressources humaines : parmi les nombreuses catégories de personnels de santé à former, les spécialités les plus demandées par les services devraient être déterminées dans les stratégies et les plans.

Définir et hiérarchiser les priorités implique tout d'abord de passer au crible les différentes actions inscrites dans la stratégie ou le plan. Compte tenu de leur spécificité, certaines précéderont logiquement les autres dans la mise en œuvre. L'ordre ainsi obtenu, doit être réexaminé à la lumière des interventions d'ores et déjà en cours, dont certaines s'intégreront naturellement dans la stratégie ou le plan adoptés, mais d'autres non. En outre, le financement en préparation doit être étudié car certaines actions se concrétiseront plus tôt que d'autres. Un cycle de négociations avec les acteurs concernés apportera des indications précieuses pour reformuler la définition initiale des priorités et leur hiérarchisation. Les répercussions des investissements en cours sur les ressources et les capacités devront être évaluées, et les budgets devront être ajustés en conséquence. Par exemple, lorsque des investissements effectués par des institutions spécialisées dans les infrastructures et les équipements ont été décidés en marge de la stratégie conçue à l'échelle du secteur sans pour autant être en opposition avec cette dernière, il fait sens de modifier la stratégie pour faciliter le déploiement desdits investissements. Le traitement d'interventions ayant un impact négatif sur la stratégie ou le plan adoptés s'avérera plus compliqué. Dans les contextes disposant de peu de ressources, le phénomène typique redouté est la réalisation d'une structure de santé sophistiquée, qui absorbera ou détournera vers elle la plus grande partie des apports et des capacités, affaiblissant ainsi davantage le reste des services. Lorsque la négociation d'un compromis ou la révision de la décision initiale s'avère impossible, la seule option peut consister à attendre et observer.

Définir et hiérarchiser les priorités implique tout d'abord de passer au crible les différentes actions inscrites dans la stratégie ou le plan.

Anticiper tout resserrement des moyens

Un défi spécifique et largement négligé surgit lorsque la capacité de production de soins de santé et la capacité financière de la collectivité ne coïncident plus. Une surcapacité de fourniture de services de santé peut découler d'un plan qui a été établi dans un contexte de perspectives économiques optimistes, comme cela a été le cas en République unie de Tanzanie dans les années 1970 et 1980. Dans d'autres cas, la situation se sera éventuellement installée spontanément au cours d'années de laisser-faire, sous l'impulsion d'initiatives privées. Ou encore, elle pourra être le résultat d'une politique opportuniste adossée au pétrole, comme ce fut le cas en Angola. Quelles que soient les origines d'un excédent de capacité d'offre, la correction de la situation se trouvera mal servie par une politique sanitaire et

des techniques de planification orthodoxes (qui ont, par vocation, une tendance à l'expansion) et elle se heurte à des habitudes de gestion fondamentalement conservatrices.⁵¹ Soutenir des mesures sensibles au moyen d'informations crédibles contribue à réduire l'impact des contrecoups politiques prévisibles. Pour limiter les risques de controverses, la planification de la rationalisation des ressources doit être discrète ; les contraintes affectant les ressources et les capacités peuvent être invoquées judicieusement avec l'appui de mesures de « réduction de la voilure ». De cette manière, un établissement hospitalier surdimensionné peut être « temporairement » ramené à la moitié de sa configuration d'origine sans que cela ne suscite d'objections trop vives.

L'Annexe 13.1 propose une série simplifiée de critères d'appréciation d'une politique ou d'une stratégie.



13.3.4 Apprendre de l'expérience internationale

- ▶ Des environnements en évolution rapide offrent la possibilité d'essayer des approches novatrices en matière de financement, de prestation et de régulation de la santé. La prudence est toutefois de mise ; les approches par « réforme radicale » affichent un piètre bilan dans les contextes en difficulté. Les nouveaux venus ont tendance à percevoir le domaine de la santé comme un espace ouvert et à préconiser des réformes précipitées, souvent présentées comme des solutions faciles et ne posant aucun problème. Le danger s'accroît si la situation s'améliore et que des espoirs de rétablissement commencent à être entretenus par des personnes extérieures. Des réformes « prêtes à l'emploi » ou inspirées d'ailleurs sont peu susceptibles de produire des effets dans des environnements sanitaires très dégradés.
- ▶ Des normes d'élaboration de la politique et de planification empruntées à des modèles internationaux, généralement fondés sur le postulat d'un contexte stable et homogène et gérés par des autorités sanitaires compétentes, s'avèrent inapplicables eu égard aux profondes transformations engendrées par des conflits prolongés, le recul de l'État et les déplacements massifs de population. Par exemple, l'urbanisation accélérée et souvent forcée de populations rurales arrivant massivement, est généralement ignorée par la politique sanitaire et les directives de planification. Le modèle vénérable de district opérationnel s'avère mal adapté aux villes accueillant soudainement une masse de population, où les usagers de la santé sont particulièrement mobiles et présentent des niveaux de ressources particulièrement disparates.
- ▶ Les autorités sanitaires appelées à diriger des systèmes de santé en rétablissement ont souvent préféré renvoyer au second plan leur rôle de

régulateur, souvent perçu comme épineux et peu gratifiant. La plupart se sont concentrés directement sur la prestation directe des services de santé, avec des résultats peu reluisants. Les autorités sanitaires soucieuses de prendre le secteur en main peuvent s'investir à un stade précoce dans leur rôle de régulateur plutôt que d'en envisager l'inadéquation à un stade ultérieur, lorsque la situation sera stabilisée et que l'introduction de dispositions réglementaires se heurtera à des obstacles encore plus importants. Le cas du Libéria mérite d'être étudié quant aux efforts déployés pour observer et améliorer les normes de service en vigueur dans ses structures, au moyen d'un système d'accréditation assez sophistiqué.⁵²

- ▶ Les préférences des donateurs, en privilégiant certaines composantes aux dépens d'autres, tendent à introduire des distorsions dans le développement des services de santé. Une prolifération de « priorités » peut constituer une surcharge pour le secteur de la santé et battre en brèche une démarche d'attribution rationnelle des ressources. Un passage en revue des domaines « prioritaires » doit permettre de déterminer les aspects sur lesquels les efforts doivent être concentrés. Toute définition de priorités n'a de sens que si elle est pratiquée avec parcimonie. La collecte judicieuse d'informations pertinentes devient une stratégie préventive déterminante pour éviter les « priorités » non pertinentes.
- ▶ Généralement, les partenaires ne procèdent pas spontanément à des transferts de propriété ou de leadership : les autorités nationales compétentes en matière de santé doivent les revendiquer de façon proactive. De telles prises de contrôle, comme on en a vu au Libéria et au Mozambique, ont été le fait d'autorités sanitaires nationales

Les approches réformatrices radicales affichent un piètre bilan dans les contextes en difficulté.

engagées, réalistes, cohérentes, ouvertes et franches. Par ailleurs, une appropriation authentique peut ressortir de choix spécifiquement autochtones, apparemment peu orthodoxes aux yeux de la communauté internationale, comme le rejet, au Mozambique, de pressions pour un marché libre, à la suite de l'accord de paix, ou l'adoption partielle et temporaire d'un modèle de financement basé sur la performance, comme au Libéria pendant la période de transition vers la paix. S'ils sont bien argumentés, de tels choix peuvent obtenir l'appui de véritables partenaires au développement. L'appropriation, telle qu'exprimée par les organes gouvernementaux, ne doit pas être interprétée comme une appropriation par la population : des politiques de santé adoptées par les autorités nationales de la santé peuvent être rejetées en bloc par une population sceptique.

- ▶ Dans bien des situations post-conflits, des documents de politique concernant les systèmes de santé ont été produits et n'ont eu qu'un impact négligeable sur la dynamique effective sur le terrain. Une information inadéquate, une capacité d'imposition médiocre de la loi et les pressions venant d'intérêts divers peuvent aboutir à une planification « purement décorative » ou destinée à servir « aux relations publiques ». ⁵³ En outre, il y a lieu de s'interroger sérieusement sur le mérite qu'il peut y avoir à élaborer des politiques et des plans formalisés dans des environnements qui ne le sont absolument pas, comme en Somalie. Même des propositions de politique ou de stratégie pragmatiques, solides, ancrées dans le contexte, peuvent être ignorées dès lors qu'elles sont considérées par les décideurs concernés comme étant risquées, « difficiles à digérer » ou simplement pas dans l'air du temps. Dans l'ensemble, il peut être imprudent d'investir

des ressources et des capacités limitées dans la rédaction de politiques et de stratégies élaborées, qui portent généralement sur des périodes dépassant largement l'horizon temporel de la plupart des parties prenantes. Inversement, un processus politique ouvert peut nettement être plus propice au progrès qu'une série de documents politiques ponctuels : « la stratégie ne peut jamais réellement être conçue comme un produit fini, un point de référence fixe pour toute prise de décision mais plutôt comme une activité continue, comportant des moments importants de décision ». ⁵⁴

- ▶ Après des décennies de profond désordre, la tentation de reconstruire un vaste système de soins de santé publique est habituellement très forte. Plusieurs processus de rétablissement de la santé ont été guidés par l'hypothèse qu'un système de santé publique bien conçu, disposant de ressources financières suffisantes et géré de manière compétente, retrouverait son rôle dominant traditionnel vis-à-vis de concurrents privés dont la part de marché s'est étendue pendant la crise. Ce postulat revêt encore plus de force si les services publics sont géographiquement et financièrement accessibles. Pourtant, on constate qu'un certain nombre de systèmes de santé déjà relativement avancés dans leur trajectoire de rétablissement, comme cela a été le cas en Afghanistan et au Cambodge, n'étaient pas à la hauteur d'une telle hypothèse rationaliste, aussi raisonnable soit-elle. L'offre de soins par le privé, loin de reculer comme escompté devant le rétablissement de son concurrent public, a au contraire prospéré. ⁵⁵

Dans bien des situations post-conflits, des documents de politique concernant les systèmes de santé ont été produits et n'ont eu qu'un impact négligeable en termes de dynamique effective sur le terrain.

Tableau 13.1 Typologie proposée des systèmes de santé en difficulté

TYPE
Gouvernement politiquement légitime mais techniquement faible, avec un ministère de la Santé disposé à diriger le développement des soins de santé.
Gouvernement absent, ne manifestant aucun intérêt, sans ressources, ayant abandonné la formulation de la politique et le déploiement des soins de santé à d'autres acteurs.
Pays stable/pacifique mais pauvre et vulnérable, avec des autorités sanitaires incapables de jouer un rôle moteur dans ce domaine (en dépit de leur mandat légitime).
Gouvernement central reconnu, exerçant officiellement ses compétences dans le domaine de la santé, mais avec des régions contestées, et auquel les principaux donateurs sont opposés, pour des raisons politiques ou touchant aux droits de l'homme.
Instabilité permanente, avec un gouvernement contesté, des détenteurs du pouvoir en concurrence et des conflits non résolus.

Les pays en crise ont besoin d'une stratégie de santé et d'approches adaptées à la dynamique de leur contexte.

13.3.5 Situations spécifiques appelant une approche adaptée

Si la plupart des grands principes abordés dans les précédentes parties s'appliquent à ces situations, chacune d'elle exige une approche spécifique. Les buts fixés et les méthodes adoptées doivent être finement adaptés aux contextes respectifs, aux exigences exprimées, aux risques encourus et aux opportunités existantes. Cette définition de la diversité des situations (présentées de manière synthétique dans le Tableau 13.1) est nécessairement élastique, les pays passant bien souvent d'une situation à l'autre, puis opérant un retour à la première. En 2005-2007, le Libéria a changé, assez soudainement, à la surprise de nombreux observateurs, s'orientant dans une direction favorable. Mais le pays ayant été dévasté par l'épidémie d'Ébola, son système de santé a été littéralement renvoyé dans les limbes. Inversement, la République arabe syrienne, longtemps considérée comme un modèle de stabilité, se trouve engloutie dans une guerre civile particulièrement brutale dont l'issue n'est toujours pas en vue, avec des répercussions particulièrement graves sur son système de santé.

Un gouvernement politiquement légitime mais techniquement faible, avec un ministère de la Santé disposé à diriger le développement des soins de santé

(Par exemple le Mozambique, de 1990 à 2000)

Cette situation privilégiée se produit rarement. Dans bien d'autres pays, les espoirs nourris au début de ce qui apparaissait comme une transition de la situation de crise vers la stabilité, ont essuyé de rudes déceptions. En Afghanistan, l'effritement de la situation politique et militaire a sérieusement compromis les progrès enregistrés dans les systèmes de santé. Ailleurs, une mauvaise interprétation de la situation par des partenaires internationaux débordant d'optimisme a entraîné des investissements prématurés dans des ministères de la Santé qui n'étaient pas prêts à assumer leur rôle moteur ou pas désireux de le faire (au-delà de quelques gestes rituels mais peu convaincants).

L'effort produit lors de la formulation des politiques et des plans peut révéler la mesure de la volonté d'ins-

titutions nouvelles ou en cours de rétablissement, de jouer un rôle constructif dans la fourniture des soins de santé.⁵⁶ Des signes d'engagement se manifestent dans une participation active des décideurs et des planificateurs fraîchement arrivés à des discussions, des débats sur les priorités concurrentes, à une curiosité à l'égard d'options diverses, à leur connaissance des conditions sur le terrain dans lequel les plans doivent être mis en œuvre, à leurs préoccupations par rapport aux implications politiques et aux défis techniques des mesures envisagées. Lorsque l'on discerne de tels signes chez certains acteurs clés, un effort renouvelé de formulation de la politique et de planification est assuré. Dans le cas contraire, une réévaluation de l'ensemble du système de santé s'impose : le ministère de la Santé n'est peut-être pas (encore) le lieu au sein duquel le développement des soins de santé peut être promu et prendre forme.

Un ministère de la Santé engagé est une condition nécessaire mais non suffisante de progrès dans le domaine de la santé. Il faut également que d'autres acteurs influant sur le développement des systèmes de santé soient eux aussi impliqués, à commencer par certains organes majeurs de l'État tels que le ministère des Finances et la direction de la fonction publique. Des organismes internationaux comme le Fonds monétaire international (FMI) et la Banque mondiale ont une influence déterminante sur le cours des événements, dans une mesure dont les interlocuteurs concernés du domaine de la santé n'ont souvent pas conscience. Par exemple, si la réduction du nombre des personnes employées dans le secteur public figure parmi les engagements d'un accord d'allègement de la dette publique, il est probable que cet engagement sera tenu, sans considération des besoins des services de santé. Toute initiative sanitaire de niveau mondial a tendance à s'appuyer sur sa puissance budgétaire et à agir de son propre chef, en se souciant peu des politiques et plans globaux. À ces acteurs officiels, il faut, par ailleurs, ajouter les acteurs privés.

Si des progrès sont enregistrés, grâce à des politiques et des plans avisés, à un leadership efficace et à un soutien

L'effort produit lors de la formulation de politiques et de plans peut révéler la mesure de la volonté d'institutions nouvelles ou en cours de rétablissement, de jouer un rôle constructif dans la prestation des soins de santé.

Les systèmes de santé intégrés au niveau local, qui ont pu voir le jour en réponse à une crise prolongée, doivent être soutenus au moyen des mesures incitatives et des apports techniques.

généreux des donateurs, il y a alors un réel risque que le domaine de la santé devienne rapidement submergé de propositions, de projets et d'initiatives pilotes soutenus par des organismes internationaux. L'industrie de l'aide aime les histoires se présentant comme des réussites, lesquelles sont rares et souvent exagérées. Le Libéria et le Mozambique sont rapidement devenus les « chouchous des donateurs », en partie à cause des politiques et plans particulièrement convaincants qui avaient élaborés. Un afflux pléthorique d'aide s'en est suivi, entraînant une croissance impressionnante, qui a largement dépassé les modestes attentes initiales. Dans l'un et l'autre cas, les axes de développement ont notablement divergé des objectifs prévus.

Un gouvernement absent, ne manifestant aucun intérêt, sans ressources, ayant abandonné la formulation de la politique et le déploiement des soins de santé à d'autres acteurs

(Par exemple, la Somalie, depuis 1991)

De telles situations ouvrent le champ des possibles à l'expérimentation d'approches alternatives. L'information recueillie sur le terrain doit éclairer les discussions entre décideurs, en vue d'identifier les approches prometteuses et/ou d'éviter la réplique de modèles moins efficaces en l'absence d'évaluations sérieuses. Dans l'idéal, les politiques et les plans doivent tendre à exploiter des initiatives spontanées, en leur attribuant des mesures incitatives appropriées. Ces mesures incitatives, à leur tour, doivent être réajustées continuellement, à la lumière des effets qu'elles produisent dans le système de santé.

Toutefois, il est rare qu'une telle approche, avisée et pragmatique, soit adoptée. En l'absence de supervision gouvernementale, des approches différentes sont appliquées en marge, par des organismes extérieurs, sans qu'aucun enseignement ne soit tiré de la mise en œuvre et que les résultats au niveau du pays ne donnent lieu à une discussion ouverte, les seuls résultats positifs étant publiés dans des revues scien-

tifiques. Dans ce genre de situation, les transferts de politiques soutenus par des organismes puissants - tel le Financement basé sur la performance en République démocratique du Congo - peuvent produire des résultats insatisfaisants parce que, contrairement à d'autres pays où ils ont connu un relatif succès, les facteurs déterminants n'étaient tout simplement pas en place.⁵⁷ Mais, comme observé en Haïti, le manque d'éléments positifs ne suffit pas pour qu'un ministère de la Santé impuissant rejette une approche financée généreusement et recommandée avec insistance.

Dans la plupart des cas, la situation générale restera précaire : la fragmentation des dispositifs de gestion sanitaire et l'inefficacité des opérations se traduiront par un accès inégal à des soins de santé de mauvaise qualité. Devant la forte probabilité d'un enracinement de l'instabilité, les services de santé devraient préserver un certain degré de redondance (en prévision de chocs à répétition). Par exemple, plusieurs hôpitaux de taille moyenne sont peut-être mieux adaptés à une crise dont on n'entrevoit pas l'issue qu'un seul et unique grand hôpital perfectionné, qui sera plus vulnérable et moins accessible. De plus, les services de santé doivent conserver une certaine autonomie par rapport à l'État, lui-même source potentielle de perturbations. Une gestion privée orientée sur le bien public peut constituer une alternative judicieuse ; dans la partie nord de l'Ouganda, dans les années 1970 et 1980, ce sont des structures confessionnelles qui ont assuré l'essentiel des services de santé. Les systèmes de santé intégrés au niveau local, qui ont pu voir le jour en réponse à une crise prolongée, doivent être soutenus au moyen de mesures incitatives et d'apports techniques.

Pays stable/pacifique mais pauvre et vulnérable, avec des autorités sanitaires incapables de jouer un rôle moteur dans ce domaine

(en dépit de leur mandat légitime)

Faute de moyens financiers pour développer l'offre de services de santé ou pour supporter les futures

dépenses de fonctionnement que génère un tel développement, la politique et la planification en santé peuvent jouer un rôle crucial, à condition qu'elles soient judicieusement appliquées. Des politiques et des plans crédibles qui sont effectivement utilisés pour prendre des décisions peuvent influencer sur le comportement des partenaires et fournir des leviers de négociation avec d'autres organes gouvernementaux influents. Ces politiques et plans peuvent asseoir une crédibilité et donner une influence à des autorités sanitaires autrement impuissantes, et rassurer les donateurs quant à leur bonne foi et à leur engagement. Des financements extérieurs peuvent ainsi être mobilisés, dépassant parfois les attentes et la capacité d'absorption. En attirant des professionnels compétents de niveau international, les politiques et plans déployés peuvent aider le secteur de la santé à acquérir les compétences dont il a grandement besoin.

Un ministère de la Santé fragile peut améliorer sa réputation et son influence en investissant ses maigres capacités dans la politique et la planification plutôt que dans l'administration. Une institution ayant fait ce choix pourrait développer du leadership sur base de ses connaissances élargies et sa vision convaincante, même si des fonds suffisants ou des capacités d'imposition ne sont pas disponibles. Des autorités sanitaires ainsi éclairées doivent cependant rester conscientes de leurs futures limites et éviter de se charger d'obligations excessives. Les donateurs, eux aussi, seraient bien inspirés de s'abstenir à prendre en charge des investissements intenable dans la durée. Dans un pays vulnérable aux chocs, les responsabilités en matière de financement et de gestion devraient être réparties entre acteurs publics et privés et devraient être assumées essentiellement au niveau local, de manière à accroître la flexibilité et la résilience du système de santé. Un resserrement des moyens financiers, une épidémie, une catastrophe naturelle, un afflux de réfugiés et/ou des soulèvements sociaux ne manqueront pas de survenir : plus le système à venir sera résistant,

réactif et largement réparti, plus il sera en mesure de répondre avec succès.

Quelle que soit leur pertinence, les politiques et plans adoptés peuvent ne pas résister aux pressions des diverses parties concernées. Des objectifs modestes, louables au regard de critères techniques, peuvent être critiqués et les besoins non satisfaits de la population peuvent être invoqués pour lancer des programmes ambitieux. Les acteurs nationaux et externes ignorent généralement que de tels programmes ambitieux ont été menés dans le passé, n'ont pas permis d'atteindre les objectifs et n'ont finalement pas été maintenus. Produire des informations fiables dans un format compréhensible par les différents groupes de parties prenantes peut contribuer à désamorcer certaines réactions négatives. Au final, les intérêts particuliers, l'idéologie, la facilité ou simplement l'air du temps suffisent souvent à renverser des décisions pourtant justifiées au regard des éléments de fait disponibles.

Pour résister à des chocs fréquents, les responsabilités en matière de financement et de gestion devraient être réparties entre acteurs publics et privés et devraient être assumées essentiellement au niveau local.

Gouvernement central reconnu, exerçant officiellement ses compétences dans le domaine de la santé, mais auquel les principaux donateurs sont opposés, pour des raisons politiques ou touchant aux droits de l'homme

(Par exemple, le Myanmar jusqu'en 2012)

La formulation d'une politique et d'une stratégie dans ces contextes tend à être une affaire interne. Pour des raisons politiques, les donateurs s'abstiennent en règle générale de s'impliquer dans ces processus, lorsqu'il ne leur est pas interdit de le faire. Avec l'aide acheminée grâce à des ONG, principalement à des fins de secours et/ou en utilisant des instruments de gestion distincts, des ressources limitées parviennent aux services de santé publics. La formulation de stratégies humanitaires et de rétablissement de la normale est généralement gérée par les Nations unies, avec une participation formelle mais symbolique des pouvoirs

publics. La coordination de la prestation des soins de santé soutenue par l'aide est encore plus difficile que dans d'autres contextes.

L'élaboration de la politique et la planification sont essentiellement des procédures de pure forme, dans le cadre desquelles la vision, les buts et les principes sont souvent détachés de la réalité ou bien réservés à des parties privilégiées du territoire. Les stratégies visent à véhiculer le sentiment d'une direction centrale, y compris dans un système fédéral tel que le Soudan, où la décentralisation est davantage le résultat d'un laisser-faire, d'une politique et de pratiques officieuses, que d'une démarche réfléchie. D'un autre côté, le peu de considération attribuée par les pouvoirs publics à la prestation des soins de santé offre une certaine marge de manœuvre, appréciée mais ambivalente, aux acteurs engagés.

Les activités sur le terrain dépendent davantage de leur faisabilité (eu égard aux contraintes) que de la politique et des plans officiels.

Dans des contextes sensibles, comme le Darfour, les autorités de l'État et les organismes d'aide sont contraints de cohabiter, dans des conditions inconfortables et tendues, marquées par la défiance mutuelle. De lourdes restrictions imposées par le gouvernement, les bailleurs, les entités dissidentes, les milices et les criminels, entravent les actions des prestataires de soins de santé. Les activités sur le terrain dépendent davantage de leur faisabilité (eu égard à toutes les contraintes) que de la politique et des plans officiels.

La recherche indépendante est entravée par le danger et les restrictions. Une faible compréhension des caractéristiques, des événements et des tendances réels dans le domaine des soins de santé affecte le débat politique, qui tend à devenir théorique plutôt que factuel. La crainte de susciter des réactions négatives inhibe toute franchise dans le débat, et des données précieuses ne sont pas diffusées comme elles devraient l'être. De ce fait, le suivi et l'évaluation du développement des soins de santé deviennent d'autant plus ardues. Sans une évaluation des effets des mesures introduites, de nouvelles erreurs feront suite aux précédentes, sans être reconnues pour telles.

Longtemps, le Myanmar a présenté une configuration spécifique de services de santé compartimentés, en raison de sa géographie politique. D'une part, la vallée centrale se trouvait desservie par des services de santé privés florissants, avec peu de contribution publique et un rôle limité pour les organismes d'aide. Simultanément, des organismes humanitaires basés de l'autre côté de la frontière offraient des services de santé pour les réfugiés et assuraient le soutien d'agents de santé mobiles envoyés à l'intérieur du pays. Les faits sur le terrain primaient sur les politiques et les plans. Ceci dit, si le déploiement des services de santé à l'intérieur du Myanmar était mal documenté, les services de santé organisés de façon transfrontière par les acteurs humanitaires ont été étudiés en détail. Un clivage comparable dans le déploiement des services de santé de part et d'autre de la ligne de partage politique et militaire était observable en Afghanistan à l'époque de l'intervention soviétique, dans la partie sud du Soudan avant l'accord de paix et la sécession qui a fait suite et aussi en Cisjordanie et dans la bande de Gaza (ce dernier cas ayant la particularité unique d'être permanent).

Instabilité permanente, avec un gouvernement contesté, des détenteurs du pouvoir en concurrence et des conflits non résolus

Les concepts classiques de formulation d'une politique et de planification cadrent difficilement avec de tels contextes. D'une part, même les propositions les mieux intentionnées (lesquelles sont rares dans de telles circonstances), dès lors qu'elles sont émises par un gouvernement contesté, sont rejetées par l'opposition ou accueillies avec suspicion par un électoralat méfiant. Les agences des Nations unies qui collaborent avec de tels gouvernements (comme elles le doivent, en vertu de leur acte fondateur) peuvent se retrouver dans une position inconfortable, comme cela a été le cas au Darfour en 2006, où l'on a reproché aux Nations unies d'avoir procédé à une évaluation des besoins en perspective d'un futur rétablissement,

au beau milieu de la crise politique et des violences croissantes, ou encore avec la République arabe syrienne en 2014, où l'OMS a été critiqué pour son action d'intervention, consécutive à une flambée de poliomyélite.⁵⁸ Dans ces situations, il faut aux institutions nationales et internationales de grandes compétences en communication pour maîtriser les perceptions et les rumeurs alimentées par une défiance permanente des instances officielles. Nombreux sont les régimes autoritaires dont le palmarès à cet égard est particulièrement piteux.

D'un autre côté, la capacité d'un gouvernement aux abois sera inévitablement limitée pour accéder aux territoires ou aux populations, pour appliquer une politique ou un plan, pour affecter des ressources budgétaires au secteur, pour coordonner son action avec des organismes extérieurs et pour fournir des services. Avec l'apparition d'une gouvernance régionale ou locale autonome de fait par rapport à l'administration de l'État, une politique de la santé et des domaines de planification séparés risquent de s'implanter (lorsque les différentes entités détentrices de pouvoir s'intéressent à la prestation des soins de santé). Dans certains pays, comme en Irak, en Cisjordanie et dans la bande de Gaza, le transfert transfrontalier coûteux d'un grand nombre de patients (financés en partie par les deniers publics) est devenu une pratique courante, autant par nécessité que par la volonté du système établi.⁵⁹ De telles évolutions sont révélatrices de l'écart qui peut se creuser entre les habitudes conventionnelles en matière de politique et planification et les réponses apportées sur le terrain à des déterminants contextuels changeants.

Même en présence de telles contraintes, renoncer à toute ambition de formuler des politiques et des plans et s'en remettre exclusivement à une assistance purement humanitaire n'est pas satisfaisant. La réponse humanitaire est nécessaire pour faire face à des besoins immédiats, mais les inconvénients en sont bien connus. Si les opérations de secours en viennent à assurer des services de santé sans aucune direction,

il s'ensuit inévitablement une fragmentation des services, des inégalités, des gaspillages systématiques, des coûts élevés, des inefficacités et une instabilité dans les prestations. Le système d'aide a défini des procédures conçues pour donner de la cohérence à ses interventions, comme les évaluations des besoins post-conflits.⁶⁰ De telles procédures sont théoriquement menées conjointement par les pouvoirs publics et des organismes internationaux mais, dans la pratique, ce sont ces derniers qui sont aux commandes. Il est arrivé qu'elles aboutissent à des stratégies de redressement qui ont, au mieux, été partiellement mises en œuvre et qui, dans certains cas, ne l'ont pas été du tout. Leur principale finalité sous-jacente s'est largement limitée à attirer l'attention du politique ainsi que des fonds pour la reconstruction. De fait, de nombreux processus de paix qui étaient tant espérés, se sont arrêtés en chemin, l'intérêt politique s'étant rapidement dissipé et le soutien des donateurs ne s'étant pas matérialisé comme escompté. En conséquence, les documents de planification ont été promptement mis à l'écart et oubliés. Dans certains cas, les stratégies de rétablissement envisagées étaient peut-être tout simplement irréalisables.

Dans des circonstances aussi éprouvantes, les parties prenantes concernées ne peuvent espérer unifier un domaine intrinsèquement fragmenté, mais peuvent tenter d'encourager une prise de décision éclairée, de sorte qu'une certaine cohérence de la politique et de la planification se trouve favorisée par des interventions convergentes. Par exemple, des acteurs autonomes rendus conscients du relatif dénuement des services dans une certaine région peuvent choisir de répondre objectivement aux carences. Une analyse de situation rigoureuse, constamment mise à jour et largement diffusée et discutée quant à son contenu et à ses implications stratégiques et opérationnelles sera sans doute le meilleur résultat que l'on puisse espérer. Pour inciter les acteurs à concevoir des réponses adaptées et durables, une telle analyse doit intégrer l'instabilité régnante plutôt que de tableur sur d'improbables retournements positifs de situation.

Une analyse de situation rigoureuse, continuellement mise à jour et maîtrisée quant à ses implications, peut être propice à une prise de décision éclairée et, à son tour, susciter une certaine cohérence dans la planification.

⁶⁰ Et à son équivalent suite à une catastrophe naturelle : l'évaluation des besoins post-catastrophes

13.3.6 Principaux aspects à prendre en considération pour certains sous secteurs de la santé

Financement des soins de santé

Les mécanismes de financement qui ont été choisis ou, comme cela se produit dans de nombreux systèmes de santé en crise, qui se sont établis spontanément ont une incidence sur tous les aspects de l'offre de soins de santé. Il faut éviter le scénario trop classique des professionnels de la santé qui définissent des plans pour la prestation de services tandis que les économistes débattent de stratégies de financement.

Dans bien des cas, les dépenses de santé atteignent des niveaux étonnamment élevés (par rapport à la sévérité de pauvreté supposée).

Dans bien des cas, les dépenses de santé atteignent des niveaux étonnamment élevés (par rapport à la sévérité supposée de la pauvreté dans le pays). Des dépenses privées plus élevées que prévu, des transferts de fonds en provenance de la diaspora et les afflux d'aide s'additionnent et atteignent au final des montants plutôt respectables. En réponse à la diminution ou à l'absence de financement public, les dépenses de santé privées se sont avérées importantes dans toutes les situations pour lesquelles des estimations ont été produites, que ce soit en Afghanistan, au Libéria ou dans la région du Darfour, au Soudan. La capacité de payer pour des soins de santé devient alors le principal déterminant dans un marché déréglementé. Il en résulte des inégalités d'accès aux soins et une inefficacité dans la production des services.

Les chiffres correspondants aux dépenses de santé sont d'une précision douteuse et ne sont jamais complets. La collecte d'informations sur les aspects financiers exige des compétences particulières lorsque les comptes nationaux de la santé et les analyses des dépenses ne sont pas disponibles ou s'ils s'avèrent incomplets ou peu fiables. L'étude des flux de l'aide au secteur de la santé en Somalie est révélatrice des grandes difficultés rencontrées dans l'analyse d'un aspect complexe de la santé dans un environnement lui-même complexe.⁶⁰

Les niveaux de dépenses semblent être en hausse partout. La combinaison des facteurs qui poussent

les dépenses vers le haut diffère d'un pays à un autre, et peut même varier à l'intérieur d'un même pays. Les programmes de lutte contre une maladie, la multiplication du nombre de praticiens, la facilité d'accès aux médicaments, l'importance des soins curatifs, les choix de prestations de haut niveau technologique, le référencement des patients à l'étranger (comme c'est le cas en Irak, Cisjordanie et dans la bande de Gaza) et des opérations humanitaires coûteuses contribuent à l'inflation des dépenses de santé. Le Liban apporte de précieuses leçons en matière de dépenses de santé incontrôlées : « La situation du secteur [hospitalier] s'est caractérisée par une expansion anarchique et une couverture des soins à coûts élevés, non pas en raison des besoins de santé mais dans un but de maximiser les revenus. [...] le secteur public, avec ses multiples arrangements contractuels, supporte la plus grosse part de la facture. »⁶¹

Dans la plupart des systèmes de santé en mal de gouvernance, le financement public de la santé est dérisoire. Des systèmes de gestion des finances publiques paralysés entravent l'utilisation des ressources prévues dans le budget, en particulier dans les régions éloignées, en proie à des problèmes d'insécurité et qui manquent de voies de communication, de structures bancaires et de télécommunications. Et lorsque les dépenses réelles de santé sont connues, elles s'écartent couramment des montants prévus dans le budget.

Dans de nombreux systèmes de santé en difficulté, l'aide publique extérieure représente une part non négligeable dans le total des dépenses de santé - bien que ce niveau ne soit pas aussi élevé que le perçoivent les milieux de l'aide si l'on prend en considération les dépenses privées. Les flux d'aide soutiennent le déploiement des services de santé, à travers le financement formel des activités de santé et aussi des transferts informels de ressources à

des entrepreneurs locaux. Ce dernier phénomène (insuffisamment étudié) explique en partie le dynamisme du segment commercial de certains marchés des soins de santé, comme cela a été le cas en Afghanistan et en Somalie.

Les bienfaiteurs privés, sous leurs formes diverses - organisations caritatives, fondations, agences internationales, groupes solidaires et partis politiques -, contribuent de manière significative au financement total de la santé. La dispersion extrême de nombreuses transactions caritatives et leur caractère informel rendent l'étude de leurs tendances générales particulièrement exigeante en termes de ressources humaines et de moyens techniques. Dans les contextes caractérisés par une importante diaspora, les services de santé peuvent bénéficier d'un investissement initial direct, d'un soutien récurrent accordé aux structures, de dons d'équipements et de biens et aussi s'un travail bénévole de courte durée. Les transferts de fonds provenant de membres de la famille vivant à l'étranger sont également essentiels pour permettre aux patients démunis d'accéder à des services de santé qui leur seraient autrement inabordables. Dans la plupart des cas, les investissements de la diaspora ne peuvent être distingués des opérations à but lucratif et peuvent générer des redondances, mais aussi des trous dans l'offre de soins de santé.

Les principales considérations relatives au financement des soins de santé sont résumées ici.

- ▶ Les discussions dans ce domaine ont tendance à prendre une tournure idéologique et à se terminer en queue de poisson, avec les options alternatives concurrentes rarement appréciées au regard de leurs mérites et de leurs inconvénients. Les options en question sont souvent évoquées dans des termes abstraits, sans considération de leur applicabilité dans un contexte donné. Ainsi, la participation financière du patient aux soins peut être abolie sans qu'un financement alternatif ait été mis en place ou encore, une assurance santé

à caractère social peut être recommandée sans qu'aucune des conditions essentielles pour ce faire n'existe. En outre, les forces du marché ayant une influence déterminante sur les systèmes de santé ne sont souvent pas prises en compte dans le débat sur les options de financement.

- ▶ L'estimation de l'enveloppe totale des futures ressources susceptibles d'être affectées à la santé est la première étape à franchir pour garantir des discussions valables sur la politique et la planification. Une fois qu'un chiffre crédible a pu être obtenu, il doit être porté à la connaissance des décideurs concernés de manière à ce qu'ils comprennent la façon dont il a été calculé, sa signification et ses implications. Considérant la part considérable d'incertitude qui s'attache à toute prévision, des limites peuvent être fixées quant aux niveaux de financement futurs. Des scénarios de planification compatibles avec un niveau bas et un niveau élevé de financement peuvent ensuite être élaborés. Ils peuvent être utilisés comme moyen pour lever des fonds, mais aussi comme argument pour modérer des attentes excessives. Si des ressources supplémentaires sont ainsi obtenues, le scénario correspondant au meilleur des cas pourra être adopté ; à défaut, des objectifs plus modestes devront être retenus.
- ▶ Compte tenu de l'importance des dépenses privées qui caractérise de nombreux marchés des soins de santé, une étude spécifique constituera l'une des initiatives les plus utiles au début d'un cycle de politique et de planification.
- ▶ Les coûts de la prestation des services doivent être estimés en vue de projeter les volumes devant être produits pour correspondre à certains niveaux de financement. Les différents modèles de prestation de services doivent être envisagés en tenant compte de leurs différentes incidences sur les ressources, en même temps que l'impact financier des approches faisant appel à une haute technologie.

La dispersion et l'opacité des flux de financement dans ce type de contexte rendent l'étude de leurs tendances générales particulièrement difficile sur un plan technique.

Produits pharmaceutiques

Lorsque des estimations de dépenses en produits pharmaceutiques sont disponibles, elles sont systématiquement élevées. Ces dépenses sont supportées principalement par les ménages, et représentent une part considérable du total des dépenses de santé. Les médicaments sont devenus un bien commercial, le profit des uns et la capacité des autres devenant plus déterminants que les indications thérapeutiques elles-mêmes. L'automédication est une pratique répandue. Les médicaments de contrefaçon, ceux de piètre qualité circulent librement dans la plupart des systèmes de santé, compte tenu de la faiblesse des capacités de réglementation et de gestion.⁶² Les médicaments jouent un rôle central dans le maintien de services de santé en manque de financement, constituant souvent la principale source de revenus du personnel de santé, ne percevant officiellement qu'un maigre salaire.

Dès lors qu'il est sous réglementation, le marché des produits pharmaceutiques est florissant dans de nombreux pays en difficulté. Ce marché est cependant peu étudié malgré la haute visibilité tant des importateurs et exportateurs que des points de vente, y compris ceux présents sur la voie publique, même dans les coins les plus reculés. Le caractère illicite de tels marchés des produits pharmaceutiques, conjugué à leur dimension informelle, pose des difficultés quant à son étude. La situation de précarité qui règne dans de nombreux États éprouvés depuis longtemps, a pour conséquence que le rétablissement de leurs frontières, le respect de la légalité et les fonctions régulatrices des pouvoirs publics sont des perspectives improbables. En fonction de la géographie, les marchés des produits pharmaceutiques insuffisamment encadrés peuvent prendre une dimension régionale, à travers un approvisionnement non enregistré et incontrôlable de pays voisins (et même parfois de pays éloignés). Cet aspect n'est pas pris en compte dans la plupart des études, lesquelles limitent leur champ au périmètre d'un pays, sans considération de la perméabilité de ses frontières aux diverses catégories d'acteurs, à l'argent, aux marchandises et aux maladies. Les politiques et les plans en matière de produits pharmaceutiques souffrent généralement du même défaut.

Des programmes publics et privés à but non lucratif ont été mis en place pour améliorer la situation, avec toutefois des degrés de réussite discutables. Les fonds de recouvrement des coûts pour les médicaments, les centrales d'achat et de gestion de stocks et les programmes relatifs aux médicaments essentiels se sont un jour ou l'autre retrouvés en difficulté, parfois par la faute des autorités sanitaires elles-mêmes. La fragmentation des circuits d'approvisionnement a tendance à s'imposer, avec des effets prévisibles sur les prix, l'offre et la qualité des médicaments. La compétitivité sur le prix des négociants et revendeurs privés exerçant dans un but lucratif peut s'avérer si puissant que même des opérateurs publics préfèrent passer leurs commandes en produits pharmaceutiques auprès d'eux. Dans certains cas, les autorités sanitaires ont des intérêts dans les transactions commerciales qu'elles sont censées réglementer. En outre, l'environnement opérationnel très informel, avec ses mécanismes incitatifs prédominants, place les systèmes publics officiels dans une situation de désavantage.⁶³ Dans les faits, les pressions incitant à soutenir les services de santé par la vente de produits pharmaceutiques encouragent les prestataires publics à adopter des pratiques commerciales semblables à leurs homologues du privé.

Comprendre les caractéristiques, les modèles économiques et les règles régissant les marchés des produits pharmaceutiques aiderait grandement les décideurs publics dans leur recherche de moyens pour réglementer ces marchés. Il y a lieu d'analyser les chevauchements entre les achats et la distribution à caractère multilatéral, bilatéral ou encore privé avant de pouvoir mettre au point des politiques et des plans réalistes et de les négocier avec les différentes parties prenantes concernées. Il y a lieu de mettre au point, tester et adopter des moyens réalistes permettant de gérer les risques pour la santé publique que présentent une offre et une consommation non réglementés des produits pharmaceutiques, mais aussi d'exploiter le potentiel que représente ce marché.

Mettre au point des politiques et des plans réalistes sur cette question touchant aux produits pharmaceutiques est d'une difficulté pratiquement dissuasive. Il convient

Les avantages politiques et des interventions efficaces dans le domaine pharmaceutique justifient les risques encourus en s'attaquant aux principales distorsions et inefficacités de ce marché.

Formations sanitaires

de garder certaines considérations à l'esprit lorsque l'on s'engage dans une telle démarche.

- ▶ Compte tenu des intérêts en jeu, une certaine influence politique est nécessaire pour une intervention ayant des chances de réussir. Par ailleurs, les retombées positives que peuvent induire des interventions réussies dans le domaine des produits pharmaceutiques sont considérables, justifiant ainsi le risque encouru. En effet, une position non interventionniste aurait des conséquences déplorables pour l'ensemble du système de santé : un alourdissement des dépenses de santé et ce, dans un sens toujours plus inéquitable, de graves distorsions du marché et un bilan potentiellement dangereux en termes de santé publique.
- ▶ Reproduire les modèles mis au point dans des pays plus riches serait inconséquent parce que ces modèles supposent des capacités, des ressources et des mécanismes d'imposition considérables. La plupart des pays pauvres ont importé des politiques en matière pharmaceutique, sans être en mesure d'appliquer les réglementations, situation favorisant bien souvent la corruption.
- ▶ La privatisation avancée, constatée dans de nombreux contextes, est probablement irréversible. Ce marché est susceptible d'être quelque peu maîtrisé à travers des mesures incitatives plutôt que par des moyens coercitifs. Des mesures incitatives efficaces doivent être négociées avec les opérateurs concernés, afin de dégager des compromis mutuellement acceptables. L'information du public, l'accréditation et la conclusion d'accords de franchise font partie des stratégies à envisager.
- ▶ Toute modification des conditions économiques de la prestation de services de santé (niveau des salaires, participation du patient aux coûts, mesures incitatives, subventions, gestion financière) affecte les modalités selon lesquelles s'effectuent la commercialisation et l'utilisation des produits pharmaceutiques. Les mesures concernant ces produits doivent être envisagées sous une perspective sectorielle. Par ailleurs, de nombreuses interventions n'ayant pas de lien direct avec les produits pharmaceutiques, ont des conséquences sur leur accessibilité, leur qualité et leur utilisation.

Le réseau des soins de santé est profondément affecté par les phénomènes de violence, de manque de ressources, de mauvaise gestion et de remodelage des modèles sociétaux, notamment les changements de modes d'existence induits par les déplacements de population. Grâce aux investissements soutenus par des organismes de bienfaisance, des organisations d'aide, des entrepreneurs locaux, des politiciens et de la diaspora, le réseau des soins de santé peut s'étendre selon des modalités imprévues, sans être documenté. Le paysage peut évoluer et se caractériser peu à peu par une dominante de petites structures de santé légèrement équipées, comme c'est le cas à Lubumbashi, en République démocratique du Congo.^{64, 65} Des villes en pleine expansion, comme Nyala au Darfour, comptent des réseaux de soins de santé assez étendus et des grands hôpitaux. Souvent, de nombreuses installations offrant des activités similaires se retrouvent dans des zones relativement privilégiées, contrairement à ce qu'il en est dans les zones plutôt démunies. La sous-utilisation des capacités est un phénomène récurrent en raison de toute une série de facteurs dissuasifs pour les usagers : la participation du patient au coût des soins, la piètre qualité des soins, l'absence chronique du personnel, la pénurie de médicaments, le manque de capacité de diagnostic, la concurrence entre structures, les horaires d'ouverture limités, le manque de transport et l'insécurité.

Les recensements effectués par divers organismes aboutissent souvent à des décomptes qui divergent considérablement. Au niveau des soins de première ligne en particulier, il arrive que soient incluses dans ces recensements de nombreuses structures fantômes ou en piteux état. Les erreurs de classification sont assez courantes et ce, pour plusieurs raisons. On trouve les structures sanitaires atypiques qui s'écartent des normes prévues par les autorités sanitaires, échappant souvent au recensement. Il y a aussi les structures privées qui ne sont pas assujetties à des critères réglementaires, et qui ont tendance à évoluer naturellement, intégrant dès que l'occasion se présente, de nouveaux équipements et de nouveaux services générateurs de revenus. Leur

Dans les contextes en crise, le paysage peut évoluer et se caractériser peu à peu par une dominante de petites structures de santé légèrement équipées.

nomenclature varie, sans considération des services qu'elles assurent concrètement. De même, des structures appartenant au secteur public peuvent ne pas satisfaire aux normes qu'implique leur classification officielle. Les programmes verticaux contribuent à la diversification des structures sanitaires en renforçant certains services mais en ignorant d'autres.

Le réseau des soins de santé peut ressembler davantage à un archipel qu'au système de référence pyramidal postulé par les autorités sanitaires. Dans les faits, les systèmes de référencement des patients peuvent être entravés par toutes sortes d'obstacles : la situation politique ou militaire, la géographie, la situation financière, les difficultés de transport, des directives mal conçues, des mesures incitatives perverses, la violence, le manque de confiance suscité par des considérations sectaires/ethniques et des divisions partisans. Au final, les référencement obéissent davantage aux opportunités offertes au patient et à ses préférences qu'à des décisions prises par la partie qui dispense les soins. Dans la plupart des situations de crise, les soins de santé sont recherchés sur place ou alors, tout au contraire, très loin, en raison de la mobilité des usagers.

Paradoxalement, les localités affectées par la violence peuvent se trouver mieux desservies que celles situées dans des endroits en paix et ce, grâce aux investissements favorisés par l'aide ; l'est de la République démocratique du Congo, Mogadiscio ou encore la bande de Gaza en sont de bonnes illustrations. Les mouvements transfrontaliers de recherche de soins représentent fréquemment une part importante du marché des soins de santé, si tant est qu'ils soient adéquatement quantifiés. Les statistiques sanitaires limitées aux territoires sous administration officielle ne tiennent pas compte de l'utilisation réelle des services de santé de part et d'autre de la frontière, ou elles sont, sur ce sujet précis, mal interprétées. En outre, des réseaux sanitaires se distinguant les uns des autres sont apparus dans certains conflits (Angola, Myanmar et Soudan du Sud), ce qui pose des défis particuliers aux décideurs et aux planificateurs de

part et d'autre de la ligne de front, qui ont tendance à ignorer les événements qui se déroulent de l'autre côté.

L'étude et la planification du réseau de soins de santé comme un ensemble homogène est une erreur courante. En réalité, d'une région à une autre, un réseau présente différentes combinaisons de services, de personnel, d'appartenance ou de propriété, de modalités d'utilisation et de financement. En présence d'une combinaison public-privé, divers aspects doivent être pris en compte avant de classer un établissement de santé : son appartenance (officielle et celle qui prévaut de facto), sa gestion, son financement et son modus operandi (organisme à vocation sanitaire ou organisme à but lucratif). Considérant les différentes combinaisons identifiables sur le terrain, peu d'établissements appartiennent exclusivement à l'une ou l'autre catégorie. Dans tous les cas, du fait que les structures sanitaires publiques et privées tendent à réagir à des impératifs commerciaux similaires, la distinction devient floue.

Les principales considérations relatives à la gestion et la planification des structures de soins de santé sont énumérées ici.

- ▶ Le réseau de soins de santé ne peut être étudié de manière significative qu'après avoir défini des critères qui rendent possible une classification empirique permettant de tenir compte inclusivement des structures non-standards. L'adoption de critères fonctionnels peut modifier considérablement les perspectives de l'ensemble du système sanitaire. Les interventions devraient être conçues en partant de la situation effective sur le terrain plutôt que sur la base de modèles idéalisés, tels que celui des paquets de services de base.
- ▶ Rationaliser un réseau de soins de santé fragmenté requiert des efforts soutenus, appuyés par des investissements flexibles. En général, il est préférable de commencer par soutenir le rétablissement fonctionnel des structures les plus favorablement situées. La construction de nouvelles structures doit être différée jusqu'à ce

Les réseaux de soins de santé dans les États fragiles ne doivent pas être considérés comme un ensemble homogène ; d'une région à une autre, un réseau présente différentes combinaisons de services, de personnel, d'appartenance, de modalités d'utilisation et de financement.

que la sécurité à la périphérie s'améliore, que les populations déplacées se réinstallent et que des données démographiques fiables soient disponibles.

- ▶ Un maximum d'efforts doit être déployé pour assurer l'accréditation et la contractualisation des structures de santé privés existantes, de manière à les inciter à fournir des prestations publiques. Des modalités de financement adéquates doivent être instaurées par les gouvernements et les donateurs.
- ▶ Mobiliser des capitaux pour l'investissement est généralement plus facile que d'assurer par la suite le financement de coûts de fonctionnement.⁶⁶ Assurer le déploiement de ressources et de capacités suffisantes pour faire fonctionner des structures sanitaires modernisées ou nouvelles doit figurer au premier rang des priorités des décideurs.

- ▶ Les grands hôpitaux tendent à rester la principale composante (en termes de ressources absorbées) de la plupart des systèmes de santé, quoi que les politiques puissent officiellement affirmer. Généralement, ils sont capables d'attirer des ressources et des capacités, et donc d'alimenter leur propre croissance. Maîtriser cette tendance spontanée est crucial pour le développement d'un système de santé équilibré, mais des facteurs de plusieurs ordres tendent à rendre cela difficile : des facteurs politiques (le prestige des administrateurs locaux), économiques (compte tenu de l'importance des investissements en question), financiers (les opportunités offertes aux travailleurs de la santé d'augmenter leurs revenus) et enfin, les attentes des communautés locales.



Ressources humaines dans le secteur de la santé (RHS)

En présence de facteurs de stress, les ressources humaines réagissent individuellement ou par groupes professionnels. Les stratégies d'adaptation priment sur toute autre considération. Recherchant leur sécurité, les agents de santé se déplacent alors vers des zones plus sûres. S'ils sont salariés du secteur public, ils s'efforcent de compléter leurs revenus en baisse par une pratique privée. La productivité moyenne décroît généralement en raison d'une demande elle-même décroissante, des sureffectifs dans les structures non touchées par l'insécurité, de l'absentéisme, de l'inadéquation des outils et de l'environnement de travail, d'une supervision déficiente ou absente et du faible niveau des rémunérations. Les compétences professionnelles se détériorent pour l'ensemble du personnel, même si certains agents ont la possibilité d'améliorer leurs qualifications dans certaines zones sécurisées bénéficiant de l'aide. Le nombre de professionnels de santé au chômage n'est généralement pas connu, mais on peut être certain qu'il est élevé dans la plupart des cas.

La réduction de la main-d'œuvre peut être imputable à l'émigration ou au décès de travailleurs de la santé, en particulier lorsque cette catégorie de travailleurs devient une cible politique, comme on l'a vu en Irak et en République arabe syrienne. Inversement, la surproduction de travailleurs de santé sous-qualifiés est un phénomène que l'on retrouve dans beaucoup de systèmes de santé en mal de gouvernance. En République démocratique du Congo, ce phénomène atteint un degré extrême, avec une myriade d'institutions de formation qui déverse sur le marché des hordes de demandeurs d'emploi munis d'un diplôme basé sur des compétences précaires. Dans la plupart des environnements sous-réglementés, les établissements de formation financés essentiellement par les frais de scolarité, proposent un enseignement qui répond à la demande des candidats plutôt qu'aux besoins réels des services de santé. Le résultat prévisible est un excédent de médecins et, en contrepartie, une pénurie de personnel infirmier et de sages-femmes.

Le secteur public embauche un grand nombre de travailleurs de la santé, s'efforçant d'absorber les nouveaux

arrivants sur le marché du travail, sans considération des besoins réels des services de santé. La création de nouveaux postes et l'augmentation des fonds nécessaires pour payer les rémunérations correspondantes semblent être l'une des premières préoccupations des autorités responsables dès lors que le souci de celles-ci est d'acquérir un certain poids politique et de s'assurer des partisans loyaux. Ce phénomène se manifeste dans beaucoup de contextes, à des degrés d'intensité variables, selon la situation financière des employeurs publics. Selon ce processus, une masse salariale en expansion constante peut absorber les maigres fonds publics consacrés à la santé.

L'intitulé des fonctions a tendance à se multiplier, ce qui entraîne le chevauchement et l'incohérence des catégories professionnelles. La masse salariale dans le secteur public finit par donner une image trompeuse des effectifs réels de personnel des structures de santé publique. Il y a d'un côté des salariés fantômes ou absents qui peuvent constituer une grande part de l'effectif officiel du personnel. Il y a, d'un autre côté, un grand nombre de travailleurs de la santé qui n'ont pas officiellement d'emploi et qui se joignent à leurs collègues qui ont un emploi officiel, comme on le voit souvent en République démocratique du Congo. Dans la plupart des cas, les répertoires du personnel sont truffés d'inexactitudes et d'irrégularités, sous-estimant ainsi l'effectif réel du personnel actif. Dans la pratique, les travailleurs de la santé ne sont pas tous détenteurs de qualifications reconnues. Certains sont passés par des filières de formation informelles, d'autres par des programmes certes bien cadrés mais que les autorités sanitaires ne reconnaissent pas. Des travailleurs qui se présentent comme étant qualifiés et qui sont détenteurs de diplômes contrefaits ou qui n'ont pas de diplôme du tout sont aussi monnaie courante.

Dans certains pays, les programmes de formation dans le secteur de la santé ont été conçus de manière à satisfaire aux exigences de marchés du travail étrangers. Une carrière à l'étranger dans les soins de santé est de plus en plus perçue comme une perspective attrayante, compte tenu de la rareté des possibilités d'emploi similaires sur le marché national. Dans les pays

qui comptent une importante diaspora, de nombreux professionnels de la santé ont été formés à l'étranger et peuvent rentrer dans leur pays pour s'y établir ou bien choisir une situation impliquant un constant va-et-vient entre leur pays et celui où ils ont suivi une formation.

Un parti pris sexiste peut avoir un effet pervers sur la formation des personnels de santé en privilégiant les hommes. En effet, les rares femmes à avoir intégré les professions de la santé après leur formation, ont très peu de chances d'être affectées dans des postes aux conditions difficiles, dans des zones en proie à des conflits, et les risques ont pour effet de restreindre l'offre en personnel de santé de sexe féminin, avec les graves conséquences qui s'ensuivent en termes de prestation de services. Il est difficile de remédier à un tel manque de personnel, en raison de la pénurie de femmes candidates dans les programmes de formation aux soins de santé et des a priori d'ordre culturel qui sévissent dans beaucoup de sociétés traditionalistes contre l'emploi des femmes.

Les agences d'aide ont encouragé la formation des agents de santé communautaires dans de nombreux contextes, malgré les doutes que les expériences passées ont pu susciter quant à leur efficacité et à leur coût. Le recours à ce dispositif est discutable compte tenu du soutien limité qu'un système de santé officiel affaibli est capable d'assurer à ces intervenants de terrain, et au taux d'abandon qui affecte cette catégorie, faute de perspectives en termes de carrière comme sur le plan financier.

Lors de la formulation des politiques et des plans dans le domaine des RHS, il convient de tenir compte de certaines considérations.

▶ La plupart des professionnels de la santé qui ont survécu à de longues situations de crise ont besoin de passer par des cycles intensifs et soutenus de remise à niveau et de perfectionnement professionnels. Toutefois, avant d'engager des actions de formation, il convient de procéder de manière empirique à une évaluation de la pratique professionnelle réelle de ces personnels de santé, qui ne peuvent, dans la

plupart des cas, être exclus du marché du travail dans les soins de santé.

- ▶ La gestion et la régulation des RHS nécessitent autant d'attention que la formation.⁶⁷ Les affectations, l'exécution des tâches, les charges de travail, les conditions d'emploi, les mesures incitatives et les perspectives de carrière sont autant d'aspects déterminants que les responsables des RHS et les planificateurs doivent évaluer.
- ▶ Un programme de certification ouvert à des agents de santé venant d'horizons divers est l'une des premières étapes pour réanimer un personnel accablé, comme cela s'est fait pour le Cambodge, puis pour l'Afghanistan.⁶⁸ Dans le cadre de ce processus, des catégories peuvent être fusionnées et des programmes de perfectionnement peuvent être introduits, contribuant ainsi à réduire le cloisonnement existant. Cet exercice génère à son tour une mine d'informations utiles pour la planification ultérieure du RHS.
- ▶ L'accréditation des établissements de formation en santé appelle une attention particulière. Dans un marché des soins de santé ouvert, un système d'accréditation digne de confiance peut inciter les acteurs de la formation à respecter des normes qui seraient autrement ignorées. Lorsque ces normes ne peuvent être appliquées par des autorités sanitaires affaiblies, un processus basé sur le volontariat peut être proposé. Si l'État est contesté ou n'inspire pas confiance, ce rôle peut être dévolu à un organisme international.
- ▶ La planification normative, selon laquelle l'effectif des professionnels de santé devrait évoluer suivant les besoins absolus, doit être écartée au profit de critères contextualisés qui tiennent dûment compte des contraintes en termes de ressources et de capacités. En effet, les différents modèles de services et réseaux de soins de santé ont des exigences variées en termes de ressources humaines, quelles que soient les populations à desservir. Pour le développement des ressources humaines, les niveaux de financement prévus constituent de bien meilleurs éléments d'orientation que des normes internationales (qui sont elles-mêmes le résultat d'une pondération opérée entre des situations très diverses).

La planification normative guidée par des besoins absolus et des normes internationales, doit être écartée au profit de critères contextualisés tenant dûment compte des contraintes en termes de ressources et de capacités.

13.4 Conclusion

Comme souligné à maintes reprises dans ce chapitre, les contextes fragiles confrontent décideurs et planificateurs à des difficultés diverses et complexes qui exigent des approches innovantes, souples et progressives.

- ▶ Bon nombre des questions abordées ne concernent pas exclusivement des environnements fragiles. Elles peuvent également concerner des systèmes de santé plus stables, fragilisés par un manque de financement et une mauvaise gestion. Néanmoins, la nécessité de formuler et de mettre en place des politiques et des stratégies réalistes et faisables est plus forte lorsque la crise, par sa durée et son intensité, a mis à mal le système de santé ainsi que, dans une plus large mesure, la légitimité et la capacité des pouvoirs publics. Comblé de telles lacunes devient difficile et cela ne saurait se faire en suivant des approches conventionnelles.
- ▶ Une analyse solide du contexte, centrée sur les déterminants de la crise, son évolution historique, les contraintes posées et les opportunités offertes, doit constituer la base de toute tentative d'intervention dans des contextes dysfonctionnels. Un investissement dans la récolte d'information et l'analyse pour comprendre, aussi bien le contexte que sur les soins de santé, doit être associé à de profonds changements dans la manière selon laquelle les décisions sont prises. Se rapprocher du point de prestation de services est une étape nécessaire pour établir des choix éclairés.
- ▶ Les distinctions conceptuelles, telles que le rôle des acteurs étatiques versus non étatiques dans le système de santé et dans la prestation de services, l'aide humanitaire versus l'aide au développement, un processus décisionnel formel versus informel, le secteur public versus secteur privé, etc., ne sont pas de mise dans des contextes de crise. Les distinctions conceptuelles traditionnelles doivent être écartées lorsque la multiplicité des acteurs, la faiblesse des pouvoirs publics, la présence de situations différentes au sein d'un même pays, la coexistence de besoins humanitaires et de besoins en développement, l'interaction des facteurs et, enfin, l'émergence de nouvelles stratégies locales estompent les dichotomies traditionnelles.
- ▶ Lorsque l'incertitude est généralisée, les risques d'erreur et de gaspillage des ressources peuvent être atténués mais ne peuvent pas être écartés. Des horizons de planification plus rapprochés, des objectifs plus modestes et un suivi renforcé permettent de réajuster et adapter les stratégies et les plans par rapport à des contraintes, des erreurs et des événements inattendus.
- ▶ La formulation de stratégies descendantes (imposées par le haut) devant opérer à l'échelle d'un pays est inefficace dans les contextes de gouvernement central affaibli, de fragmentation du système de santé et de diversité des situations. L'autre ligne de conduite consiste à déplacer le point de gravité sur le niveau local, à soutenir et documenter les approches prometteuses susceptibles d'être répliquées dans d'autres zones du pays et de faire face aux problèmes concrets.
- ▶ L'élaboration de stratégies et la planification sont des processus intrinsèquement politiques et ce, encore plus dans des contextes agités où les enjeux sont fortement politisés. La négociation avec les différents acteurs clés est cruciale. Des compromis doivent être dégagés pour réduire les risques de résistance lors de la mise en œuvre des stratégies et politiques.

- ▶ Les approches politiques toutes faites ou « inspirées d'ailleurs » ont démontré leur inefficacité à maintes reprises. On ne saurait procéder par la voie de directives prescriptives dans des contextes fragile ; comme Zoellick l'affirme : « ... la pire chose que la communauté du développement puisse faire, est de concevoir un guide d'instructions par étape pour traiter avec les États fragiles ». ⁶⁹

Références bibliographiques

- 1 François M, Sud I. Promoting stability and development in fragile and failed states. *Dev Policy Rev.* 2006; 24(2). 141-60. doi.10.1111/j.1467-7679.206.00319.x
- 2 McLoughlin C. Topic guide on fragile states - Updated version. University of Birmingham, UK. Governance and Social Development Resource Centre; 2012 (<http://www.gsdr.org/docs/open/con86.pdf>, consulté le 11 novembre 2015)
- 3 Carment D, Prest S, Samy Y. Determinants of state fragility and implications for aid allocation. An assessment based on the Country Indicators for Foreign Policy Project. Helsinki. United Nations University, World Institute for Development Economics Research; 2008 [Project Research Paper No. 2008/46; <https://www.ciaonet.org/attachments/911/uploads>, consulté le 11 novembre 2015]
- 4 Di John J. Conceptualising the causes and consequences of failed states. A critical review of the literature. London. Crisis States Research Centre; 2008 [Working Paper No. 25; <https://assets.publishing.service.gov.uk/media/57a08ba0ed915d3cf0d00e30/wp25.2.pdf>, consulté le 11 novembre 2015]
- 5 Autesserre S. Dangerous tales. Dominant narratives on the Congo and their unintended consequences. *Afr Aff [Lond.]*. 2012;111/443.202-22 (<https://academic.oup.com/afraf/article-abstract/111/443/202/16975> [enregistrement requis])
- 6 Duffield M. Global governance and the new wars. The merging of development and security. 2nd edition. London/New York. Zed Books; 2014
- 7 Ibid.
- 8 Ghani A, Lockhart C, Carnahan M. Closing the sovereignty gap. How to turn failed states into capable ones. London. Overseas Development Institute; 2005 [ODI Opinions 44; https://www.files.ethz.ch/isn/146306/Opinion_44.pdf, consulté le 12 novembre 2015]
- 9 Overseas Development Institute. Getting better results from assistance to fragile states. [Briefing paper 70, 2011; <https://www.odi.org/sites/odi.org.uk/files/odi-assets/publications-opinion-files/7297.pdf>, consulté le 12 novembre 2015]
- 10 Barakat S, Larson A. Fragile states. a donor-serving concept? Issues with interpretations of fragile statehood in Afghanistan. *Journal of Intervention and Statebuilding.* 2014;8(1).21-41
- 11 Ibid.
- 12 Kharas H, Makino K, Jung W. Overview. An agenda for the Busan High-Level Forum on Aid Effectiveness. In: Kharas H, Makino K, Jung W, editors. *Catalyzing development. a new vision for aid.* Washington (DC). Brookings Institution Press; 2011.1-37 (https://www.brookings.edu/wp-content/uploads/2016/07/catalyzingdevelopment_chapter.pdf, consulté le 12 novembre 2015)
- 13 Bertoli S, Ticci E. A fragile guideline to development assistance. *Dev Policy Rev.* 2012;30(2).211-30. doi.10.1111/j.1467-7679.2012.00572.x
- 14 Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). Principes d'engagement international dans les États fragiles et les situations précaires; 2007.
- 15 g7+. New Deal Document. 2016 (<http://g7plus.org/fr/nos-travaux/la-mise-en-oeuvre-du-new-deal/>, consulté le 12 novembre 2015)
- 16 Rogerson A. What if development aid were truly 'catalytic'? Overseas Development Institute; Background note; 2011 (<https://www.odi.org/sites/odi.org.uk/files/odi-assets/publications-opinion-files/7373.pdf>, consulté le 12 novembre 2015)
- 17 Ramalingam B. Aid on the edge of chaos. international cooperation in a complex world. Oxford. Oxford University Press; 2013. p.57
- 18 Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide au développement et programme d'action d'Accra. (<https://www.oecd.org/fr/cad/efficacite/34579826.pdf>, consulté le 2 septembre 2016)
- 19 Booth D. Aid effectiveness: bringing country ownership (and politics) back in. London. Overseas Development Institute; 2011 [ODI Working Paper 336; <https://www.odi.org/sites/odi.org.uk/files/odi-assets/publications-opinion-files/6028.pdf>, consulté le 12 novembre 2015]
- 20 Goodhand J, Sedra M. Who owns the peace? Aid, reconstruction, and peacebuilding in Afghanistan. *Disasters.* 2010;34(S1).S78-S102. doi.10.1111/j.1467-7717.2009.01100.x
- 21 Barakat S. The failed promise of multi-donor trust funds: aid financing as an impediment to effective state-building in post-conflict contexts. *Policy Studies.* 2009;30(2).107-26. (https://www.researchgate.net/publication/248966341_The_Failed_Promise_of_Multi-Donor_Trust_Funds_Aid_financing_as_an_impediment_to_effective_state-building_in_post-conflict_contexts, consulté le 12 novembre 2015 [téléchargeable])
- 22 Larson G, Ajak PB, Pritchett L. South Sudan's capability trap. Building a state with disruptive innovation. Helsinki. United Nations University; 2013 [WIDER Working Paper No. 2013/120; <https://www.wider.unu.edu/sites/default/files/WP2013-120.pdf>, consulté le 12 novembre 2015]
- 23 Hughes J, Glassman A, Gwenigale W. Innovative financing in early recovery: the Liberia Health Sector Pool Fund. Washington (DC). Center for Global Development; 2012. [CGD Working Paper 288; https://www.cgdev.org/sites/default/files/1425944_file_Hughes_Glassman_Liberia_health_pool_FINAL_0.pdf, consulté le 12 novembre 2015]
- 24 Global Health Watch. Health care systems and approaches to health care. In: *Global Health Watch 2005-2006. An alternative world health report.* London/New York. Zed Books; 2005. 55-99 (<https://www.gwhatch.org/sites/www.gwhatch.org/files/B1.pdf>, consulté le 12 novembre 2015)
- 25 Zeng W, Cros M, Wright KD, Shepard DS. Impact of performance-based financing in primary health care services in Haiti. *Health Pol Plan.* 2013;28(6).596-605 (<https://academic.oup.com/heapol/article/28/6/596/688091>, consulté le 12 novembre 2015)
- 26 Grundy J, Khutb QY, Umcs S, Annear P, Ky V. Health system strengthening in Cambodia. a case study of health policy response to social transition. *Health Policy.* 2009;92.107-115. doi.10.1016/j.health-pol.2009.05.001
- 27 Herbst J. States and power in Africa: comparative lessons in authority and control. Princeton (NJ). Princeton University Press; 2000 [Princeton Studies in International History and Politics]
- 28 Dewachi O, Skelton M, Nguyen V-K, Fouad FM, Abu Sitta G, Maasri Z et al. Changing therapeutic geographies of the Iraqi and Syrian wars. *Lancet.* 2014;383.449-57. doi.10.1016/S0140-6736(13)62299-0
- 29 Paton C. Health policy. overview. In: Carrin G, Buse K, Heggenhougen HK, Quah SR, editors. *Health systems, policy, finance and organization.* Oxford. Academic Press; 2009. p.12
- 30 Andreas P, Greenhill KM. Sex, drugs and body counts. The politics of numbers in global crime and conflict. Cornell University Press 2010
- 31 Hummelbrunner R, Jones H. A guide for planning and strategy development in the face of complexity. London. Overseas Development Institute; 2013 [ODI Background Note; <https://www.odi.org/sites/odi.org.uk/files/odi-assets/publications-opinion-files/8287.pdf>, consulté le 12 novembre 2015]
- 32 Ibid.
- 33 Sandefur J, Glassman A. The political economy of bad data: evidence from African survey and administrative statistics. Washington (DC). Center for Global Development; 2014 [Working Paper 373; <http://www.cgdev.org/sites/default/files/political-economy-bad-data.pdf>, consulté le 29 août 2016]
- 34 Ibid. ref. 31
- 35 Paarlberg LE, Bielefeld W. Complexity science. an alternative framework for understanding strategic management in public serving organizations. *Int Public Manage J.* 2009.12(2).236-260. doi.10.1080/10967490902868523

- 36 Schmidt A. Coordinating development in conflict states: donor networks in Somalia. *IDS Bulletin*. 2013;44(1). doi.10.1111/1759-5436.12007
- 37 Freedman L. *Strategy. A history*. New York. Oxford University Press; 2013
- 38 Ibid.
- 39 Liedtka J. *Strategy and the art of seduction*. In: Mintzberg H, Lampel J, Ahlstrand BW, editors. *Strategy bites back. It is far more and less, than you ever imagined*. Harlow/New York. Financial Times & Pearson Prentice Hall; 2008. 198-201.
- 40 Mintzberg H. *The rise and fall of strategic planning: reconceiving roles for planning, plans, planners*. New York. The Free Press; 1994. 25.
- 41 Ibid. ref. 37
- 42 Mintzberg H. Adapted from. *The strategy concept II. Another look at why organizations need strategies*. In: Mintzberg H, Ahlstrand B, Lampel J, editors. *Strategy bites back. It is far more and less, than you ever imagined*. Harlow/New York. Financial Times & Pearson Prentice Hall; 2008. 30.
- 43 Pavignani E, Colombo S. *Analysing disrupted health sectors*. Geneva. World Health Organization; 2009 (https://www.who.int/hac/techguidance/tools/disrupted_sectors/adhsm_en.pdf?ua=1, consulté le 11 novembre 2015)
- 44 Segall M. *Health sector planning led by management of recurrent expenditure: an agenda for action research*. *Int J Health Plann Manage*. 1991;6(1):37-75
- 45 De Savigny D, Adam T. *Pour une approche systématique du renforcement des systèmes de santé. Alliance pour la recherche sur les politiques et les systèmes de santé. Organisation mondiale de la Santé, 2009* (https://www.who.int/alliance-hpsr/resources/alliancehpsr_systemstinking_french.pdf, consulté le 12 novembre 2015)
- 46 *The Economist*. *Why a strategy is not a plan*; 2013 (<https://www.economist.com/books-and-arts/2013/11/02/why-a-strategy-is-not-a-plan>, consulté le 12 novembre 2015)
- 47 Ibid. ref. 37
- 48 Harford T. *Adapt: why success always starts with failure*. London. Abacus; 2012. 35.
- 49 Ottaway M. *Rebuilding state institutions in collapsed states*. *Dev Change*. 2002;33(5):1001-23 doi. org/10.1111/1467-7660.t01-1-00258
- 50 République démocratique du Congo. Ministère de la Santé. *Stratégie du renforcement du système de santé*; 2006. <http://www.nyankunde.org/documentation/SRSS%20VERSION%20FINALE.pdf>, consulté le 12 novembre 2015)
- 51 Cumper G. *Should we plan for contraction in health services? The Jamaican experience*. *Health Pol Plan*. 1993;8(2):113-21 (<https://academic.oup.com/heapol/article-abstract/8/2/113/596639?redirectedFrom=fulltext> [enregistrement requis])
- 52 Sondorp E, Coolen A. *The evolution of health service delivery in the Liberian health sector between 2003 and 2010*. London and The Hague: LSHTM & KIT; 2012.
- 53 Mintzberg H. *Planning as public relations*. In: *Strategy bites back. It is far more and less, than you ever imagined*. Harlow/New York. Financial Times & Pearson Prentice Hall; 2008. 30.
- 54 Ibid. ref. 37
- 55 Meessen B, Bigdeli M, Chheng K, Decoster K, Ir P, Men C & al. *Composition of pluralistic health systems: how much can we learn from household surveys? An exploration in Cambodia*. *Health Pol Plan*. 2011;26(1):i30-i44 (https://academic.oup.com/heapol/article/26/suppl_1/i30/557992, consulté le 12 novembre 2015)
- 56 Beesley M, Cometto G, Pavignani E. *From drought to deluge: how information overload saturated absorption capacity in a disrupted health sector*. *Health Pol Plan*. 2011;26(6):445-52 (<https://academic.oup.com/heapol/article/26/6/445/764267>, consulté le 12 novembre 2015)
- 57 Fox S, Witter S, Wylde E, Mafuta E, Lievens T. *Paying health workers for performance in a fragmented, fragile state: reflections from Katanga Province, Democratic Republic of Congo*. *Health Pol Plan*. 2014;29(1):96-105 (<https://academic.oup.com/heapol/article/29/1/96/601643>, consulté le 12 novembre 2015)
- 58 Coutts AP, Fouad FM. *Syria's raging health crisis*. *New York Times*. 1er janvier 2014 (<https://www.nytimes.com/2014/01/02/opinion/syrias-raging-health-crisis.html>, consulté le 12 novembre 2015)
- 59 Ibid. ref. 28
- 60 Capobianco E, Veni N. *A review of health sector aid financing to Somalia*. Washington (DC). World Bank; 2008 [Working Paper No.142, Africa Development Series; <https://elibrary.worldbank.org/doi/abs/10.1596/978-0-8213-7517-4>, consulté le 12 juillet 2014 [enregistrement requis]]
- 61 Sen K, Mehio-Sibai A. *Transnational capital and confessional politics. the paradox of the health care system in Lebanon*. *Int J Health Serv*. 2004;34(3): 527-51. doi.10.2190/6X2V-GE4T-9BQF-WYXB
- 62 Caudron JM, Ford N, Henkens M, Macé C, Kiddle-Monroe R, Pinel J. *Substandard medicines in resource-poor settings: a problem that can no longer be ignored*. *Trop Med Int Health*. 2008; 13(8):1062-72 (<http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.488.1222&rep=rep1&type=pdf>, consulté le 12 novembre 2015)
- 63 Ensor T, Witter S. *Health economics in low income countries. adapting to the reality of the unofficial economy*. *Health Policy*. 2001;57:1-13. pmid.11348690
- 64 Chengé M, Van der Vennet J, Porignon D, Luboya N, Kabyla I, Criel B. *La carte sanitaire de la ville de Lubumbashi, République démocratique du Congo. Partie I : problématique de la couverture sanitaire en milieu urbain congolais*. *Global Health Promot*. 2010 ; 17(3):63-74. doi.10.1186/1472-6963-14-173
- 65 Ibid.
- 66 Ibid. ref. 44
- 67 Pavignani E. *Human resources for health through conflict and recovery: lessons from African countries*. *Disasters*. 2011;35(4):661-679. doi.10.1111/j.1467-7717.2010.01236.x
- 68 Smith J. *Guide to health workforce development in post-conflict environments*. Geneva. World Health Organization; 2005 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43243/9241593288_eng.pdf?sequence=1, consulté le 13 novembre 2015)
- 69 Zoellick RB. *Fragile states: securing development. Survival: Global Politics and Strategy*. 2008 2009; 50(6):67-84. doi:10.1080/00396330802601859

Lectures complémentaires : références bibliographiques choisies et annotées

Buse K, Mays N, Walt G. Making health policy, 2nd edition. Maidenhead: Open University Press; 2012.

Une version développée et actualisée du classique de Gill Walt : *Health policy: an introduction to process and power* (Londres : Zed Books ; 1994). S'appuyant sur diverses disciplines et théories, cet ouvrage permet de comprendre le rôle des acteurs ainsi que les facteurs politiques, économiques et contextuels dans l'élaboration des politiques et des stratégies, qui influent directement sur la performance d'un système de santé donné. L'importance de la compréhension des processus par lesquels les politiques sont élaborées et mises en œuvre, est discutée. Des exemples concrets illustrent les difficultés et les complexités de l'analyse du processus d'élaboration des politiques de santé, tout en mettant l'accent sur des questions pertinentes dans un contexte d'urgence, comme le rôle et l'influence des organismes et institutions internationaux dans l'arène politique. Le texte est ponctué d'activités visant à stimuler la participation du lecteur et encourager une étude plus approfondie de certaines questions.

Freedman L. Strategy: a history. New York: Oxford University Press; 2013.

Cet ouvrage majeur passe en revue le concept de stratégie et ses applications au fil de l'histoire de l'humanité, couvrant les domaines les plus divers, de la zoologie à la politique en passant par la guerre, le monde des affaires et les sciences sociales. Pour un lecteur curieux, Freedman avance de nombreuses propositions et de multiples exemples, utiles également pour les décideurs et les planificateurs en matière de santé. Opérer des choix rationnels dans le cadre de l'élaboration d'une politique et d'une stratégie est une ambition relativement chimérique ; la stratégie est indissociable de l'intuition, de la délibération, de la persuasion et de la « rationalité de l'irrationalité », concept qui cadre bien avec la plupart des systèmes de santé fragilisés.

Ce livre suggère que « d'un point de vue pratique, il est préférable de comprendre la stratégie de façon modeste, en passant à l'étape suivante plutôt qu'à une conclusion définitive et permanente. L'étape suivante est celle qui peut être atteinte de manière réaliste en partant de l'étape actuelle ». Les auteurs de ce chapitre n'auraient pu abonder davantage dans le sens de Freedman, lorsque celui-ci affirme que « l'image de la stratégie qui devrait émerger de ce livre est fluide et flexible, guidée par le point de départ et non par le point d'arrivée ». Ainsi, « le monde de la stratégie est celui du compromis, de la négociation et de la persuasion, mais aussi celui des menaces et des pressions, d'effets psychologiques et physiques, de paroles et d'actes. [...] la stratégie, c'est l'art central de la politique ».

Green A. An introduction to health planning for developing health systems. Oxford: Oxford University Press; 2007.

Il s'agit de la troisième édition d'un manuel désormais classique, cet ouvrage est clair, particulièrement complet et de lecture aisée. Il offre la meilleure revue exhaustive de ce qui se fait sur le terrain, pesant parfaitement les techniques et les contraintes et préoccupations du monde réel. Green donne une juste appréciation des idées les plus influentes qui ont façonné les systèmes de santé dans le monde entier, examinant leurs forces et leurs faiblesses, de même que les hypothèses et les valeurs sur lesquelles ils se fondent. Tout en dépeignant les difficultés de la planification des soins de santé dans les pays en développement et en concédant un bilan décevant à ce jour, cet ouvrage parvient néanmoins à faire comprendre la nécessité de soutenir les décideurs par des approches rationnelles, basées sur les faits, dépourvues d'éléments idéologiques et de vœux pieux. Une lecture intéressante pour tout praticien intéressé ou déjà impliqué dans la planification en santé. Même s'il n'aborde pas les

caractéristiques spécifiques des contextes fragiles et le surcroît de contraintes qu'elles impliquent, ce livre et une mine d'information qui fournit des instruments utiles pour mettre au point des démarches adaptées à des situations de crise.

Mintzberg H. The rise and fall of strategic planning: reconceiving roles for planning, plans, planners. New York: The Free Press; 1994.

Un classique qui n'accuse pas son âge. Même s'il a été conçu à l'intention du monde de l'entreprise, dont il tire d'ailleurs ses exemples, ce livre constitue une ressource importante pour quiconque s'engage dans la prise de décision et la planification. Regorgeant de déclarations provocantes, il détruit les mythes qui entourent l'élaboration des stratégies et la planification, mettant le doigt sur nombre d'idées fausses et raisonnements biaisés de l'approche rationaliste de la planification stratégique. Mintzberg affirme que « la plupart des organisations abordent la planification avec une piètre compréhension des définitions et des diverses finalités qui s'y attachent », point de vue qui n'a rien perdu de sa validité 20 ans après avoir été formulé.

En raison de ce manque de compréhension et de l'adoption de démarches bureaucratiques, quelques stratégies seulement parviennent à être mises en œuvre avec succès. L'échec des stratégies et des plans qui se projettent trop dans l'avenir pour discerner des changements erratiques ayant une incidence sur l'organisation, explique en partie leurs médiocres performances. Mintzberg propose plutôt une approche plus souple, qui serait plus « simultanée, intégrale et relationnelle que linéaire, séquentielle et ordonnée [...] Aucun travail de préparation ne permettra jamais à des procédures formelles d'anticiper des ruptures, d'informer des gestionnaires détachés de leurs activités, de créer des stratégies novatrices ». Les changements

erratiques sont des aspects caractéristiques de contextes fragiles, d'où l'importance d'entendre les avertissements de Mintzberg et de suivre ses conseils dans la recherche d'approches alternatives.

Noormahomed AR, Segall M. The public health sector in Mozambique: a post-war strategy for rehabilitation and sustained development. Geneva: World Health Organization; 1994 (http://whqlibdoc.who.int/hq/1994/WHO_ICO_MESD.14.pdf, consulté le 15 janvier 2016).

L'un des très rares exemples de succès d'une stratégie de rétablissement du système de santé post- conflit, mise au point en 1992, avant la fin de la guerre, par le ministère de la Santé du Mozambique, avec une aide extérieure limitée. Fruit de trois années d'études et de discussions, conçu principalement par des gens de l'intérieur, ce document a constitué une véritable feuille de route pour la reconstruction du secteur, planifiant ce qui était alors considéré comme réalisable sur le long terme, il est parvenu à rallier un soutien considérable de la part des donateurs. Malgré son âge, c'est une lecture recommandée pour tout praticien impliqué dans un processus de rétablissement du système de santé.

Pavignani E, Colombo S. Analyse du secteur de la santé dans les urgences complexes. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2009 (https://www.who.int/hac/techguidance/tools/disrupted_sectors/adhsm_fr.pdf?ua=1, consulté le 15 janvier 2016)

Ce manuel, présenté par modules, couvre les principaux domaines relatifs à l'étude des systèmes de santé en situation de crise et apporte des conseils pratiques, cite des expériences du terrain, des références et présente des suggestions en vue d'une étude plus approfondie. Ce manuel essentiellement pratique est orienté vers l'action, reposant sur la longue expérience des deux auteurs dans des

pays affectés par des crises, principalement des conflits. Les erreurs communes dans l'analyse du contexte et l'offre de soins de santé sont discutés ici, en même temps que leurs effets sur les stratégies et les plans. On trouve la plupart des questions couvertes dans ce chapitre, développées et complétées par des exemples, des outils et des références.

Ramalingam B. Aid on the edge of chaos: rethinking international cooperation in a complex world.

Oxford: Oxford University Press; 2013.

Toute personne qui s'intéresse au débat sur l'efficacité de l'aide doit lire ce livre particulièrement original. Puisant dans la théorie de la complexité et la pensée systémique, Ramalingam émet une critique cinglante de la politique et de la pratique de l'aide, caractérisée à ses yeux par le fait qu'« il y a beaucoup plus d'éléments de fait qui se fondent sur la politique que de politiques qui se fondent sur des éléments de fait ». Les simplifications excessives, les modèles mécaniques et les suppositions, ainsi que les outils et les recettes standards sur lesquels l'aide repose sont inadéquats, voire dommageables dans des environnements complexes et dynamiques : « certains problèmes sont si complexes qu'il faut être extrêmement intelligent et très bien informé pour parvenir à être simplement indécis quand on les rencontre ». Le fond du problème réside dans la croyance communément répandue chez de nombreux spécialistes et organismes d'aide qu'il existe des solutions au sous-développement qui sont d'ordre technique et souvent simples. Sur la base de cette idée fautive, des efforts sont déployés et de l'argent dépensé pour trouver « le moyen de faire mieux ce qu'il ne faudrait justement pas faire ». Par exemple, évoquant le

caractère inadéquat du cadre logique pour assurer le suivi d'interventions complexes à finalité de développement, Ramalingam cite les propos d'un donateur qui déclarait : « nous ne prétendons pas que cela corresponde à la réalité mais nous trouvons néanmoins cela utile ». La critique n'épargne aucun mythe ou principe de l'aide : les OMD, les documents de stratégie de réduction de la pauvreté (DSRP), les « pratiques exemplaires » ou encore l'attention focalisée exclusivement sur les résultats.

L'introduction à la théorie de la complexité est brillante ; le lecteur peut en apprécier non seulement les principes mais également la pertinence par rapport au développement et au travail humanitaire, notamment à la formulation d'une stratégie. En matière d'aide, il est nécessaire d'avoir des stratégies qui s'adaptent à la complexité : « des solutions différentes doivent trouver leur juste place dans un paysage en évolution [...] la boîte à outils stratégiques du développement [...] doit trouver un équilibre dynamique entre une absence totale de stratégie et la rigidité des schémas directeurs. Les stratégies efficaces d'aide sont celles qui se positionnent de manière souple entre l'ordre et le chaos ». De nouvelles approches, fondées sur la « science nouvelle » des systèmes adaptatifs complexes peuvent rendre l'aide plus pertinente et plus efficace, comme l'ont montré les expériences faites par des praticiens qui ont mis ces principes en pratique. Avec sagesse, cet ouvrage s'abstient de faire des recommandations péremptoires. Sans doute un peu pour prévenir la critique, l'auteur déclare que les praticiens de l'aide « devraient évoluer et cesser d'apparaître comme les gens qui connaissent les réponses, mais plutôt comme les gens qui savent quelles questions poser ».

République du Libéria, ministère de la Santé et de la Prévoyance sociale. Country situational analysis report. Monrovia: 2011

Fruit d'une démarche participative nationale de politique et de planification de la santé engagée en 2010, cette analyse franche, complète et approfondie du système de santé met en lumière aussi bien les réussites impressionnantes de ce système post-conflit que les déviations par rapport aux voies initialement fixées. L'évolution qui s'est produite au cours de la période 2006-2010 est non seulement décrite mais encore comprise dans ses caractéristiques fondamentales. Une abondance de données et de visions perspicaces recueillies au fil des programmes, parmi les institutions, dans des publications et au niveau des sous secteurs, composent un tableau d'une clarté sans précédent. L'impact de la politique et plan nationaux de santé formulés en 2006 2007 y est évalué, ainsi que les raisons des écarts signalés par rapport aux objectifs initiaux. Les événements survenus dans le système de la santé sont replacés dans leur contexte économique et politique plus large.

La discussion sur les choix opérés en 2006 2007, alors que le débat politique de l'époque souffrait cruellement d'une pénurie d'informations pertinentes, est revue à la lumière d'une meilleure compréhension des tendances et des événements qui se sont concrétisés par la suite. Si les préparatifs d'une telle analyse, effectuée en 2011, offraient aux décideurs un excellent point de départ pour orienter le système de santé à travers un nouveau cycle de planification, l'ampleur des problèmes décelés constitue un rappel salutaire de l'importance qui s'attache à comprendre continuellement les événements ou, tout au moins, à les comprendre plus fréquemment qu'à intervalles de cinq ans. Nombre de ces problèmes, s'ils avaient été identifiés plus tôt, auraient pu être réglés plus facilement.

Ce travail remarquable devrait être une source d'inspiration pour les futurs participants à des processus de rétablissement d'un système de santé, qui y trouveront une abondance d'informations valables, tant sur les questions de méthodologie que sur les aspects de politique et de planification.

Segall M. Health sector planning led by management of recurrent expenditure: an agenda for action-research. Int J Health Plann Manage. 1991;6(1):37-75.

Ce document, à valeur pratiquement historique, offre une vue d'ensemble claire et perspicace, fermement ancrée dans l'expérience directe de ce qu'est la planification en santé : faire des choix éclairés entre plusieurs options de répartition des moyens, dans le respect de contraintes politiques, financières ou de gestion. Y sont discutés les étapes logiques à suivre et les fréquents obstacles à surmonter pour que se concrétise une politique progressive et redistributive, telle que celle des soins de santé primaires. Tant la mauvaise réputation dont a souffert la planification en santé ces derniers temps que les résultats médiocres enregistrés dans le déploiement des soins de santé primaires dans de nombreux secteurs peuvent être attribués dans une certaine mesure à la négligence prédominante d'une approche rationnelle et réaliste présentée dans ce document classique. Aucune référence n'y est faite concernant les contraintes supplémentaires affectant spécifiquement les systèmes sanitaires désorganisés par la guerre, mais la plupart, sinon la totalité des considérations exposées par l'auteur, valent également dans de tels contextes, tout au moins sur un plan conceptuel.

Annexe 13.1

Évaluation de l'utilité d'une politique/d'une stratégie/d'un plan en santé

► Degré de contextualisation

Une politique ou un plan qui peut être adapté aisément à d'autres contextes sera affecté d'une valeur faible à cet égard. La mesure dans laquelle le conflit ou d'autres facteurs sociétaux de stress sont pris en considération dans les mesures proposées est révélatrice.

► Caractère plausible des hypothèses retenues (explicitement ou non)

Par exemple, peut-on entrevoir une stabilisation du climat politique, comme le suppose de nombreux plans de redressement ? L'économie redémarrera-t-elle, les recettes fiscales s'amélioreront-elles, et les services de santé qui ont été planifiés deviendront-ils ainsi accessibles ?

► Valeur de la prise de décisions

La politique/la stratégie/le plan à l'étude doit comporter des orientations s'adressant aux gestionnaires confrontés à des choix difficiles dans des conditions incertaines. À cette fin, ces orientations doivent être en lien avec des décisions concrètes, devant avoir des effets tangibles.

► Des notions temporels appropriées

Si l'horizon décisionnel est nécessairement court, les grands investissements sont lents à se concrétiser et leurs effets ne se font sentir que sur le long terme.

► Évaluation des coûts, des implications en termes de capacité, des risques et des effets secondaires

Une évaluation approfondie nécessite un travail technique rigoureux, une large perspective et la volonté d'affronter les problèmes qui se présentent.

Une politique/une stratégie/un plan qui ne ferait que vanter les bienfaits des mesures proposées serait dangereux/se, car il/elle risquerait de mener à des décisions mal informées.

► Intégration d'instruments de suivi et d'évaluation dans la politique/la stratégie/le plan, incluant des mécanismes explicites de reformulation/remise à jour

Un contexte en évolution impose de revoir fréquemment les documents de départ car s'ils ne sont pas remaniés pendant des années de changements rapides, ils cessent de fournir aux décideurs des éléments valables d'orientation. Dans bien des cas, il s'est avéré qu'ils n'étaient pertinents à aucun stade, ce qui explique qu'ils soient tombés dans l'oubli.

► Étendue de la définition des priorités et d'échelonnement des actions proposées

Si toutes les mesures proposées ont le même poids et qu'on s'attend à ce qu'elles soient appliquées au même moment, la mise en œuvre risque d'être incohérente ou de s'arrêter.

► Accessibilité (en termes de langage, de contenus techniques et de significations culturelles) pour les différents groupes de parties prenantes concernées par la politique/la stratégie/le plan.

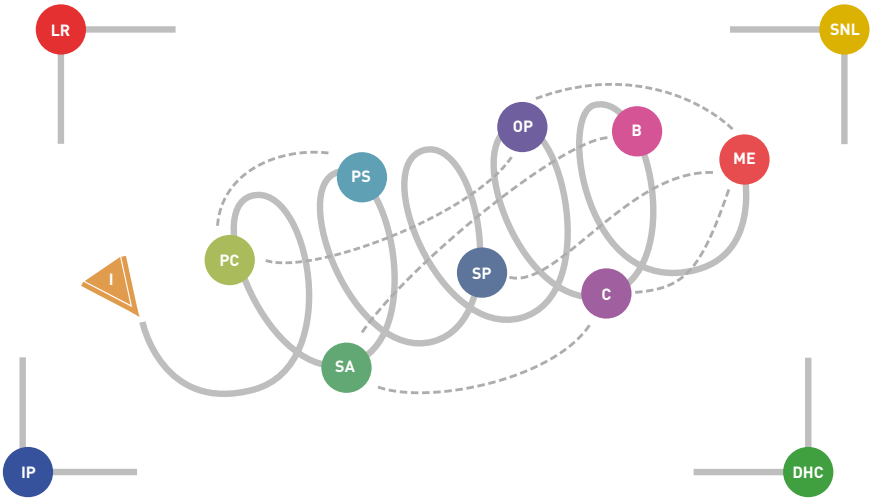
Des propositions qui n'auraient de résonance que pour les acteurs de la santé seraient purement et simplement négligées ou mal comprises par d'autres parties influentes.

► Cohérence entre les objectifs affichés et les moyens (ressources, capacités et poids politique) mis à disposition

Des écarts peuvent être imputables à des défauts techniques, à des convenances d'ordre politique ou à des facteurs extérieurs.

► Réceptivité des principaux acteurs aux mesures proposées par la politique/la stratégie/le plan

Lorsque les relations entre les parties concernées, par exemple entre le gouvernement et organismes étrangers, sont conflictuelles, il ne faut pas attendre grand-chose en termes de concrétisation, quels que soient les mérites de la proposition concernée.





**Organisation
mondiale de la Santé**

ISBN 978 92 4 005716 6

9789240057166



9 789240 057166