

Éléments de politique et planification sanitaire : le rôle de l'OMS

Prof. Denis Porignon

Organisation mondiale de la Santé, Genève

porignond@who.int

www.who.int

Département des Sciences de la Santé Publique, ULG, Liège

Ecole de Santé Publique – ULB, Bruxelles

Avril 2011

Objectifs de la leçon

- Familiariser les étudiants avec certains concepts de base utiles pour la compréhension des enjeux locaux et internationaux en matière de politique sanitaire
- Offrir une plateforme de réflexion pour l'intégration des cours prévus dans le MC "S & D"

Documents de référence :

- 1) OMS (2008) *Le rapport sur la Santé dans le Monde "Les soins de santé primaires, maintenant plus que jamais"* Genève (<http://www.who.int/whr/fr/index.html>)
- 2) OMS (2007) *Everybody's Business. Strengthening Health Systems to improve health outcomes* Geneva
- 3) Buse, Mays & Walt (2005) *Making Health Policy* Open University Press
- 4) Gatti and Boggio (2008) *Health and Development* Palgrave MacMillan
- 5) Carrin *et al* (2009) *Health Systems, Policy and Organization* Palgrave MacMillan

Définitions

Une politique est un large énoncé (explicite ou non) de principes, de programmes, de valeurs, ainsi que de buts, objectifs et moyens définissant un cadre pour la réalisation d'activités

Une politique de santé est :

- soit ce que le gouvernement choisi de faire ou de ne pas faire à propos d'un problème de santé et/ou pour l'ensemble de ces problèmes (politique nationale de santé ou PNS)
- l'ensemble des mesures et actions en vue de la résolution d'un problème de santé ou en faveur d'une stratégie (politique en matière de médicaments essentiels)

Déterminants et facteurs principaux

Les facteurs contextuels qui influencent la politique sanitaire sont :

- 1) les facteurs liés à des événements particuliers (guerres, sécheresse, épidémies,...)
 - 2) les facteurs structurels (système politique, évolution démographique,...)
 - 3) les facteurs culturels (hiérarchisation des sociétés, minorités ethniques, place de la femme,...)
 - 4) les facteurs internationaux ou exogènes (essentiels dans les PeD)
- (Buse et al, 2005 "Making Health Policy")

Les professionnels de santé publique sont des faiseurs de décisions (vs preneurs de décisions) ->"politique et santé" (bounded rationality)

Concepts : politique sanitaire

Les choix politiques en matière d'organisation des sociétés jouent un rôle sur les impacts en matière de santé :

-> les régimes à idéologies égalitaires ont une tendance redistributrice plus grande contrairement aux politiques néolibérales

Il existe une argumentation en faveur d'une plus grande efficacité et d'une meilleure équité dans les régions où l'accent est mis sur les SSP :

- réduction de la mortalité
- réduction plus forte de cette mortalité dans les groupes de populations les plus défavorisés (voir B. Starfield)

Des exemples concrets : Sultanat d'Oman, Costa Rica, Cuba, Brésil, Espagne

Exemple du Costa Rica

TABLE 1—Health and Equity Indicators for Costa Rica, the United States, and Mexico

	Costa Rica	United States	Mexico
GDP per capita, \$ ^a	9 460	34 320	8 430
Health expenditure per capita, \$	562	4 887	544
Infant mortality ^b	9	7	24
Life expectancy at birth ^c	78.0	77.0	73.3
Gini index ^d	46.5	40.8	54.6

Note. GDP = gross domestic product. All data are for 2001 with the exception of the Gini index, which reflects 2000 figures. Data were derived from the United Nations Development Programme.^{5,36}

^aPurchasing power parity.

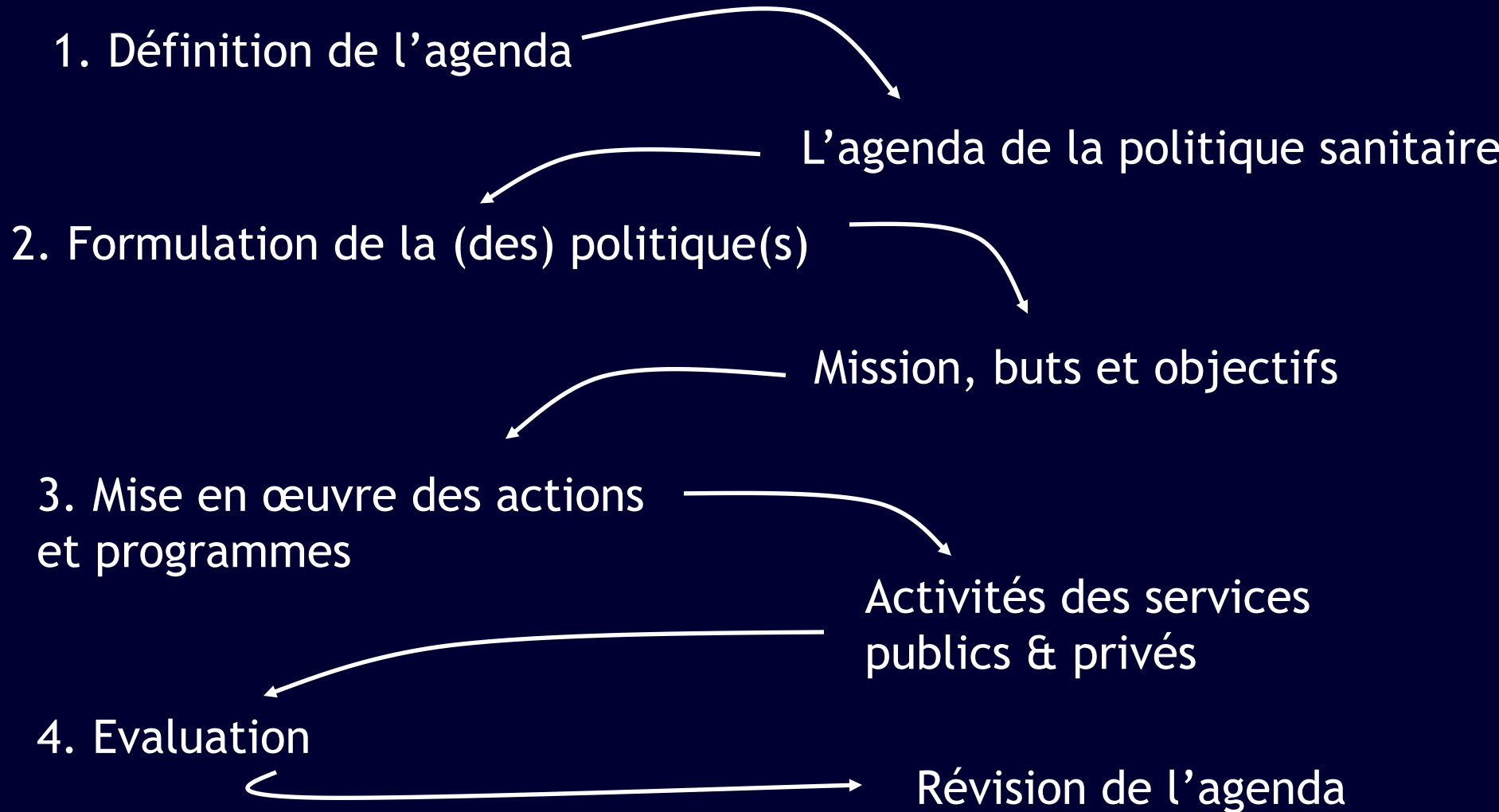
^bProbability of dying between birth and exactly 1 year of age, expressed per 1000 live births.

^cNumber of years a newborn infant would live if prevailing patterns of age-specific mortality at the time of the infant's birth were to stay the same throughout his or her life.

^dMeasurement of inequality in the distribution of income or consumption within a country, expressed as a percentage. A value of 0 represents perfect equality and a value of 100 represents perfect inequality.

Processus de "policy making"

Le « policy making » regroupe l'élaboration et la mise en œuvre de la politique sanitaire
-> 4 étapes



L'évolution des politiques sanitaires en 7 points

Depuis 30 ans, l'évolution des politiques sanitaires a été marqué par les étapes suivantes :

Rmq : Avant les indépendances, systèmes de santé calqués sur les modèles des métropoles (hospitalocentrisme, grandes endémies,...)

1. Les SSP

- Valeurs : équité, solidarité, participation,...

2. Les SSP sélectifs

- 1979
- Objectif de réduction de la mortalité
- Focalisé sur qq problèmes (vaccinations, réhydratation orale,...)
- Soutenu par l'Unicef

Concepts : politique sanitaire

Les principales étapes :

3. L' Initiative de Bamako

- 1987
- Recouvrement des coûts basés sur la prestation des services et la vente de médicaments
- Mise en œuvre dans un contexte international d'appauvrissement de la plupart des pays (ASS)

4. Les réformes dans les années 80, le rôle de la Banque mondiale (et l'absence de l'OMS)

- ☐ Orientation libérale au niveau international
- ☐ Ajustement structurel et réduction du poids des secteurs sociaux

Concepts : politique sanitaire

Les principales étapes :

5. Le partenariat Public/Privé (PPP)
 - ☐ Apport financiers majeurs de grandes fondations (Gates, Rockefeller,...)
6. Les initiatives globales pour la santé (IGS)
 - ☐ Gavi, Fonds mondial, Clinton Initiative, PEPFAR,...
7. Le grand retour de l'OMS (2000) RSM 2000, 2005, 2006, 2008, 2010
 - ☐ Rôle important pour le renforcement des systèmes de santé
 - ☐ Présence importante dans les pays, notamment pour l'élaboration des politiques sanitaires, des plans nationaux de développement sanitaire, de la coordination des partenaires
 - ☐ IHP+

Concepts : politique sanitaire

Les principales implications pour les politiques de santé

Les SSP sélectifs : la fragmentation organisée

L'initiative de Bamako : le recouvrement des coûts et la focalisation sur le médicaments MAIS aussi la promotion de la participation

Les années 80 : une tendance vers la privatisation des services de santé, le dégraissage des ministères de la santé et la relative faiblesse du secteur de la santé

Le PPP : une intensification de la fragmentation, un décentrage du pouvoir au sein du secteur de la Santé

Les IGS : tendance à la fragmentation MAIS reconnaissance de la nécessité de renforcer les systèmes de santé (approche diagonale)

Quels sont les documents clés en matière de politique de santé ?

Le document stratégique de réduction de la pauvreté (non spécifique santé)

La politique nationale de santé

Le plan national de développement sanitaire

Les paquets minimum et complémentaires des activités

Le cadrage des dépenses à moyen termes

Les politiques/stratégies sous sectorielles (ressources humaines, le médicament, la santé de la reproduction,...)

Quelques points importants :

Les documents principaux (PNS et PNDS) doivent impérativement préciser la mission du ministère de la Santé, ses objectifs et ses priorités

Exemple de mission du ministère de la Santé : To provide comprehensive preventive, promotive, curative and rehabilitative health services.[This policy is geared towards achieving improved health status for the nation in accordance with vision 2016 pillar of “a compassionate, just and caring nation”] (Botswana).

Ces éléments doivent être cohérents entre les différents documents

Les objectifs doivent être cohérents avec le PMA/PCA, suffisamment large pour couvrir l'ensemble des problèmes de santé jugés prioritaires et flexibles pour pouvoir être adaptés en fonction des réalités tant internationales que locales

La consistance dans le temps est un facteur majeur de cohérence

La réponse mondiale aux défis sanitaires

Sommets du G8 (2000-2008)

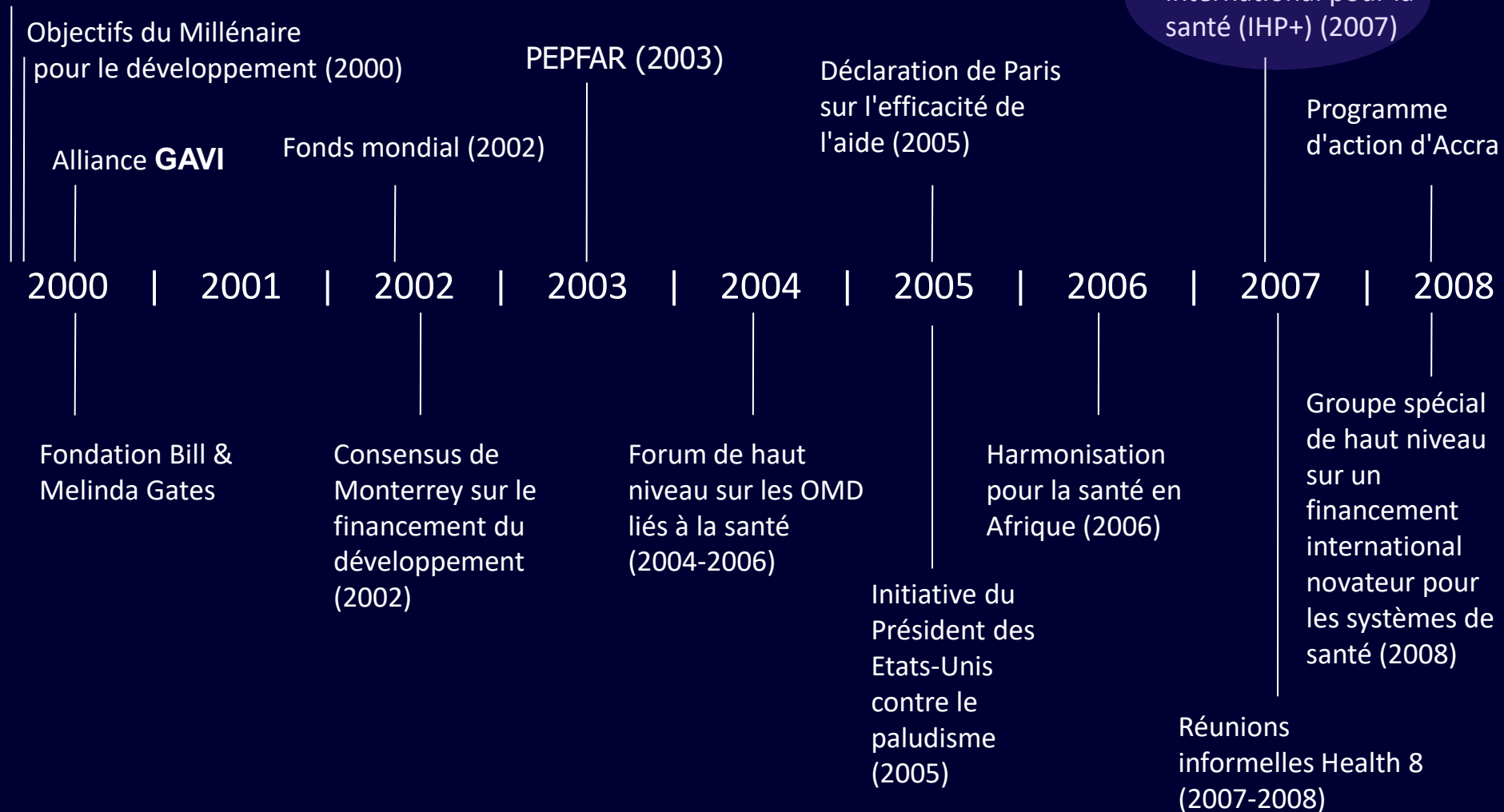
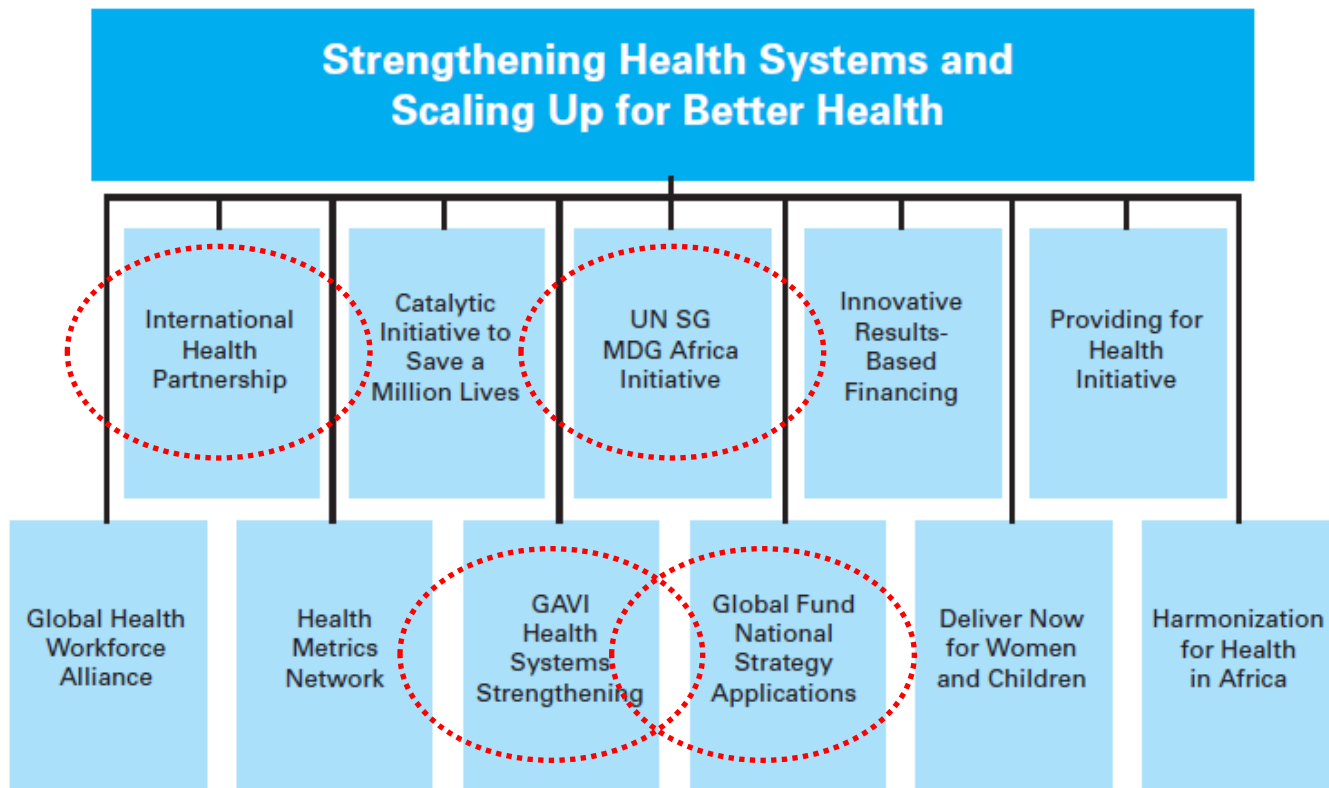


Figure 5.1

Key global health initiatives aimed at strengthening health systems and scaling up essential interventions



Source: International Health Partnership, <www.internationalhealthpartnership.net/ihp_plus_about_initiatives.html>, accessed 1 September 2008.

Chronology of some major international public-health initiatives initiated after the international conference on primary health care, Alma Ata, USSR, 1978

1978		International conference on primary health care, Alma Ata, USSR
1979	WHO	Health For All
	WHO	Selective primary health care
1980	World Bank	Structural adjustment/health-sector reform
1981	WHO	Guinea worm eradication
1983	UNICEF	Growth monitoring, oral rehydration, breastfeeding and immunisation (GOBI)
1985	UNICEF	Growth monitoring, oral rehydration, breastfeeding, immunisation, fertility promotion, feeding programme, and female development (GOBI-FFF)
	UNICEF	Universal programme of immunisation (UPI)
1986	WHO	Special programme on AIDS
1987	WHO, World Bank, UNFPA	Safe motherhood initiative
1988	WHO	Polio eradication initiative
	WHO	Global programme on AIDS (GPA; formerly special programme on AIDS)
1992	WHO, UNICEF	Integrated management of childhood diseases (IMCI)
1997	WHO	Lymphatic filariasis elimination
1998	WHO	Roll Back Malaria campaign
	WHO	Stop tuberculosis campaign



...and Global Alliance for Vaccine and immunization, The Global Fund, PEPFAR, Catalytic Initiative,....

BOX 1 *The eight Millennium Development Goals*

With starting points in 1990, each goal is to be reached by 2015:

1. Eradicate extreme poverty and hunger

Halve the proportion of people living on less than one dollar a day.

Halve the proportion of people who suffer from hunger.

2. Achieve universal primary education

Ensure that boys and girls alike complete primary schooling.

3. Promote gender equality and empower women

Eliminate gender disparity at all levels of education.

4. Reduce child mortality

Reduce by two-thirds the under-five mortality rate.

5. Improve maternal health

Reduce by three-quarters the maternal mortality ratio.

6. Combat HIV/AIDS, malaria, and other diseases

Reverse the spread of HIV/AIDS.

7. Ensure environmental sustainability

Integrate sustainable development into country policies and reverse loss of environmental resources.

Halve the proportion of people without access to potable water.

Significantly improve the lives of at least 100 million slum dwellers.

8. Develop a global partnership for development

Raise official development assistance.

Expand market access.

Three points about the Millennium Development Goals: First, to be enduring, success in reaching the goals must be based on systemwide reforms to support progress. Second, focusing on these outcomes does not imply focusing on education and health services alone. Health and education outcomes depend on too many other factors for that to work—everything from parents' knowledge and behavior, to the ease and safety of reaching a health clinic or school, or the technology available for producing outcomes (see crate 1.1). Third, in countries that have already achieved universal primary completion or low infant and maternal mortality rates, the spirit of the Millennium Development Goals—time-bound, outcome-based targets to focus strategies—remains important.

Cibles

Indicateurs

Objectif 1 : réduire l'extrême pauvreté et de la faim

Cible 1 Réduire de moitié, entre 1990 et 2015, la proportion de la population dont le revenu est inférieur à un dollar par jour

Cible 2 Réduire de moitié, entre 1990 et 2015, la proportion de la population qui souffre de la faim

4. Pourcentage d'enfants (de moins de 5 ans) présentant une insuffisance pondérale
5. Proportion de la population n'atteignant pas le niveau minimal d'apport calorique

Objectif 2 : assurer l'éducation primaire pour tous

Cible 3 D'ici à 2015, donner à tous les enfants, garçons et filles, partout dans le monde, les moyens d'achever un cycle complet d'études primaires

Objectif 3 : promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes

Cible 4 Éliminer les disparités entre les sexes dans les enseignements primaire et secondaire d'ici à 2005 si possible, et à tous les niveaux de l'enseignement en 2015 au plus tard

Objectif 4 : réduire la mortalité des enfants de moins de 5 ans

Cible 5 Réduire de deux tiers, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans

13. Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans
14. Taux de mortalité infantile
15. Proportion d'enfants de 1 an vaccinés contre la rougeole

Objectif 5 : améliorer la santé maternelle

Cible 6 Réduire de trois quarts, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité maternelle

16. Taux de mortalité maternelle
17. Proportion d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié

Objectif 6 : combattre le VIH/SIDA, le paludisme et d'autres maladies

Cible 7 D'ici à 2015, avoir stoppé la propagation du VIH/SIDA et commencé à inverser la tendance actuelle

18. Taux de prévalence du VIH parmi les femmes enceintes âgées de 15 à 24 ans
19. Taux d'utilisation de la contraception
20. Taux de scolarisation des orphelins par rapport au taux de scolarisation des autres enfants non orphelins âgés de 10 à 14 ans

Cible 8 D'ici à 2015, avoir maîtrisé le paludisme et d'autres grandes maladies, et avoir commencé à inverser la tendance actuelle

21. Taux de prévalence du paludisme et taux de mortalité lié à cette maladie
22. Proportion de la population vivant dans les zones à risque qui utilise des moyens de protection et des traitements efficaces contre le paludisme
23. Taux de prévalence de la tuberculose et taux de mortalité lié à cette maladie
24. Proportion de cas de tuberculose détectés et soignés dans le cadre DOTS (traitement de brève durée sous surveillance directe)

	Estimated under-5 deaths prevented	
	Number of deaths ($\times 10^3$)	Proportion of all deaths
Preventive interventions		
Breastfeeding	1301	13%
Insecticide-treated materials	691	7%
Complementary feeding	587	6%
Zinc	459 (351)*	5% (4%)*
Clean delivery	411	4%
Hib vaccine	403	4%
Water, sanitation, hygiene	326	3%
Antenatal steroids	264	3%
Newborn temperature management	227 (0)*	2% (0%)*
Vitamin A	225 (176)*	2% (2%)*
Tetanus toxoid	161	2%
Nevirapine and replacement feeding	150	2%
Antibiotics for premature rupture of membranes	133 (0)*	1% (0%)*
Measles vaccine	103	1%
Antimalarial intermittent preventive treatment in pregnancy	22	<1%
Treatment interventions		
Oral rehydration therapy	1477	15%
Antibiotics for sepsis	583	6%
Antibiotics for pneumonia	577	6%
Antimalarials	467	5%
Zinc	394	4%
Newborn resuscitation	359 (0)*	4% (0%)*
Antibiotics for dysentery	310	3%
Vitamin A	8	<1%

*Numbers represent effect if both levels 1 (sufficient) and 2 (limited) evidence are included, value number in brackets shows effect if only level-1 evidence is accepted. Interventions for which only one value is cited are all classified as level 1.

Table 2: Under-5 deaths that could be prevented in the 42 countries with 90% of worldwide child deaths in 2000 through achievement of universal coverage with individual interventions

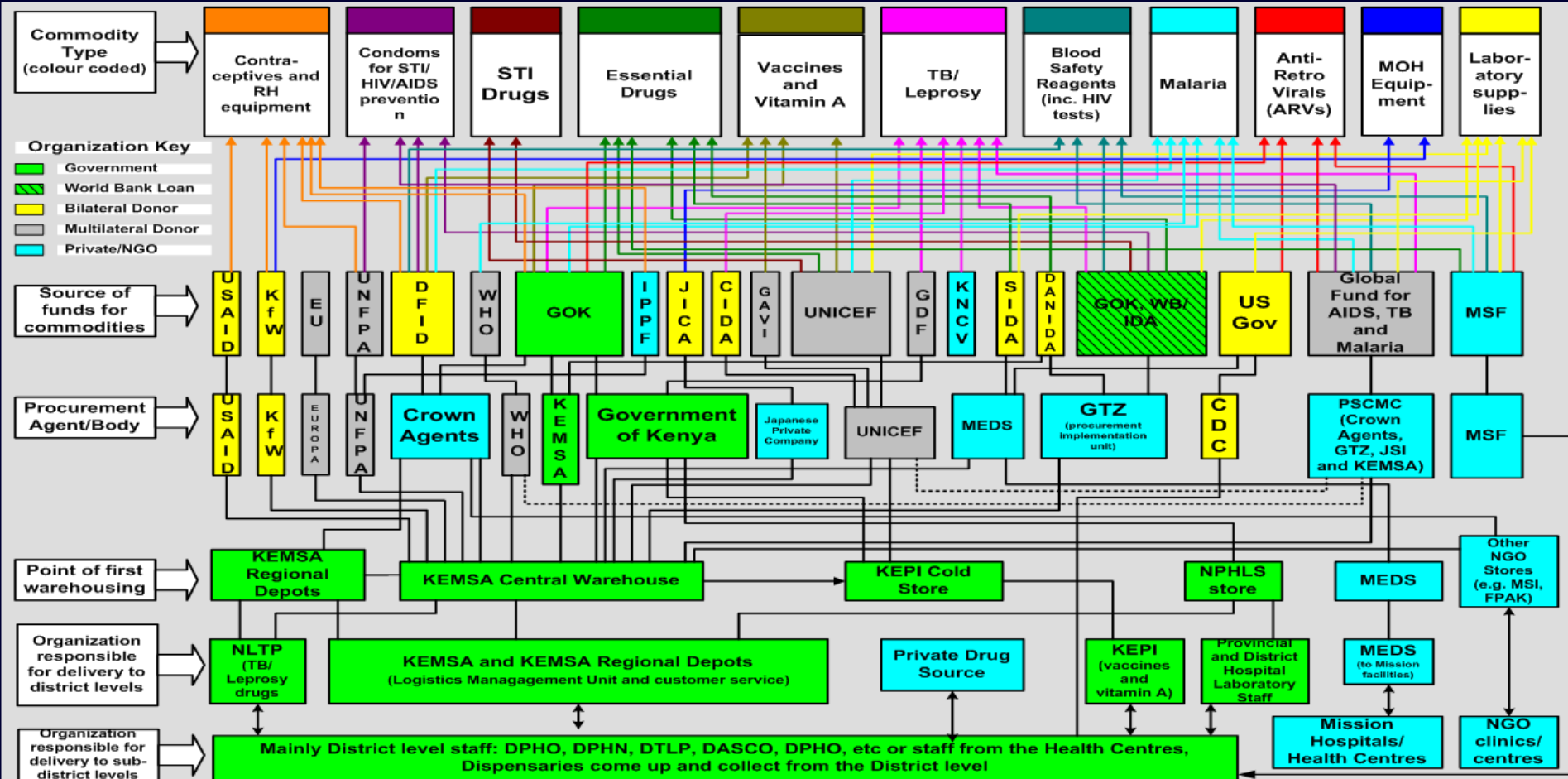
Aide internationale : entre complexité, irrationalité et fragmentation



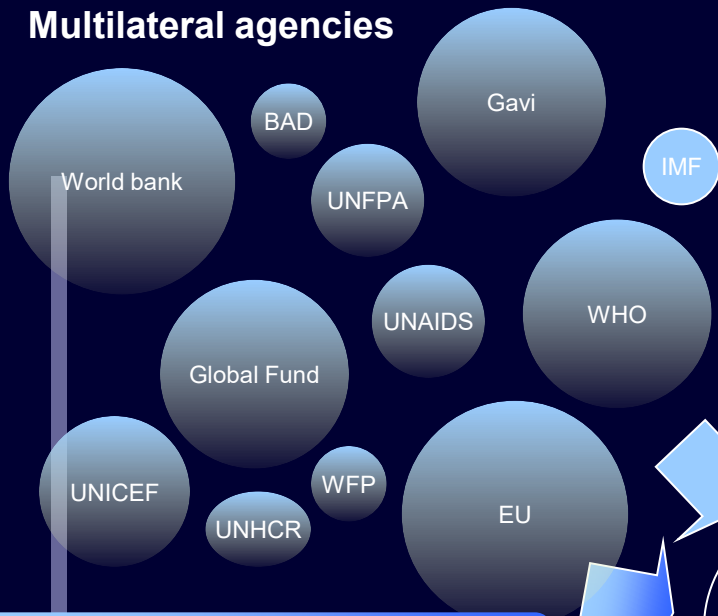
L'assistance peut être inefficace

Systèmes de logistique d'approvisionnement au Kenya

Source: Kinzett, 2007.



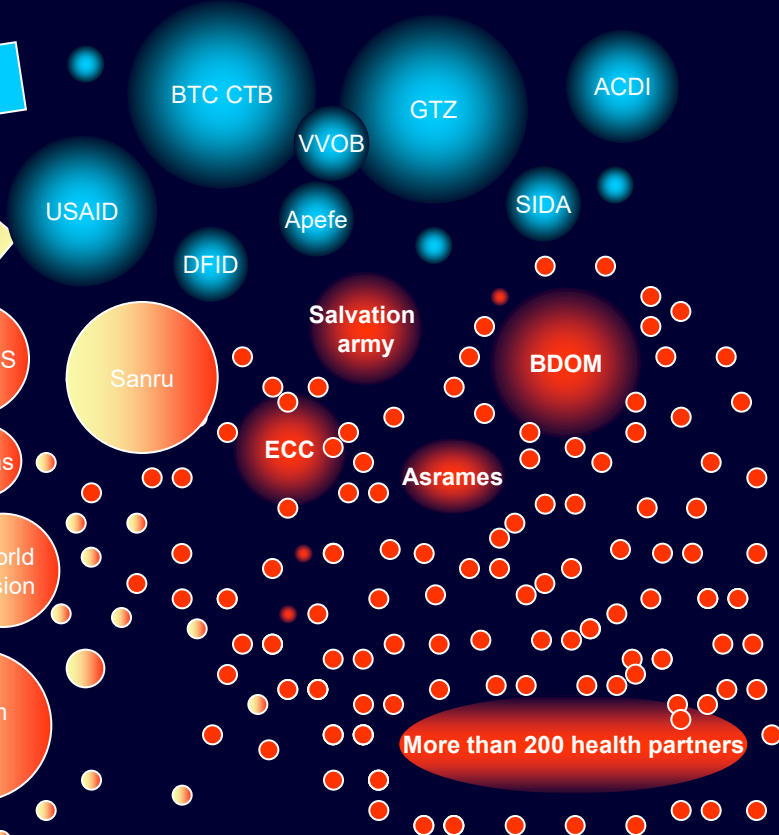
Multilateral agencies



State and Parastatal organisations



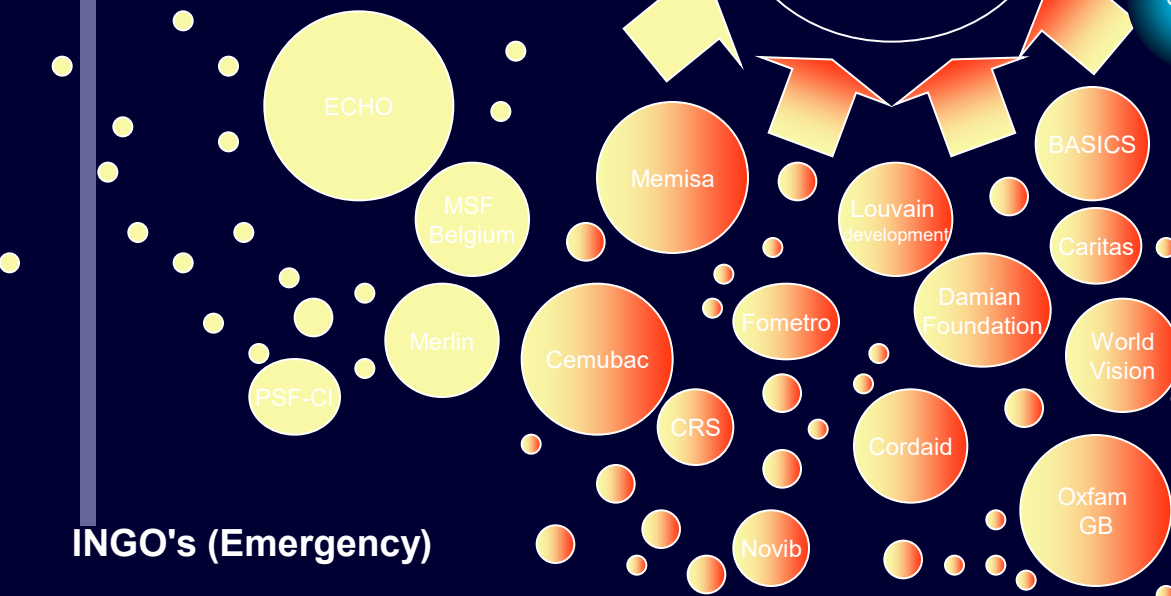
Bilateral Funding / Technical agencies



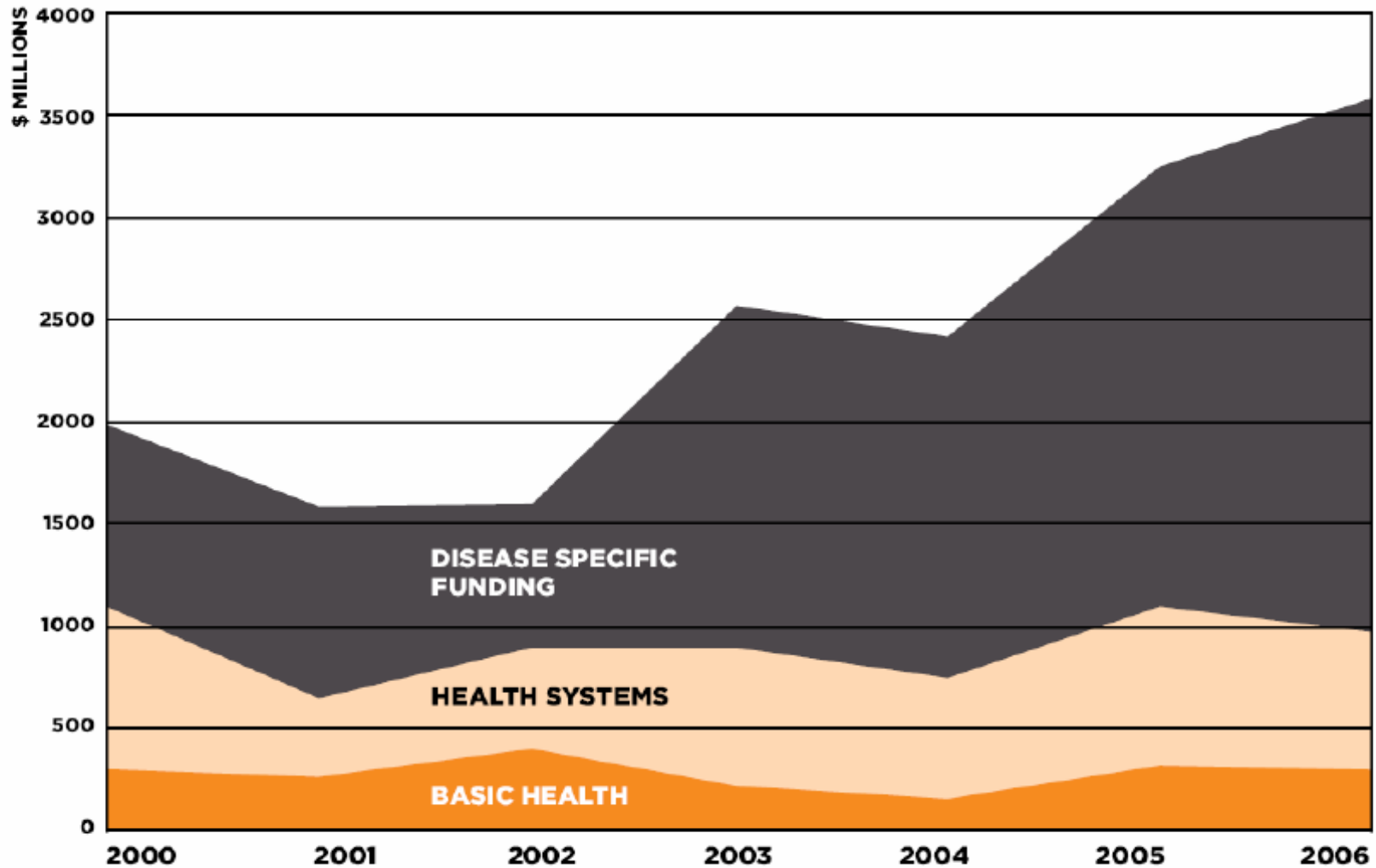
13 Donor Government program coordination committees

INGO's (Emergency)

Int and Nat NGO's (Development and church related)

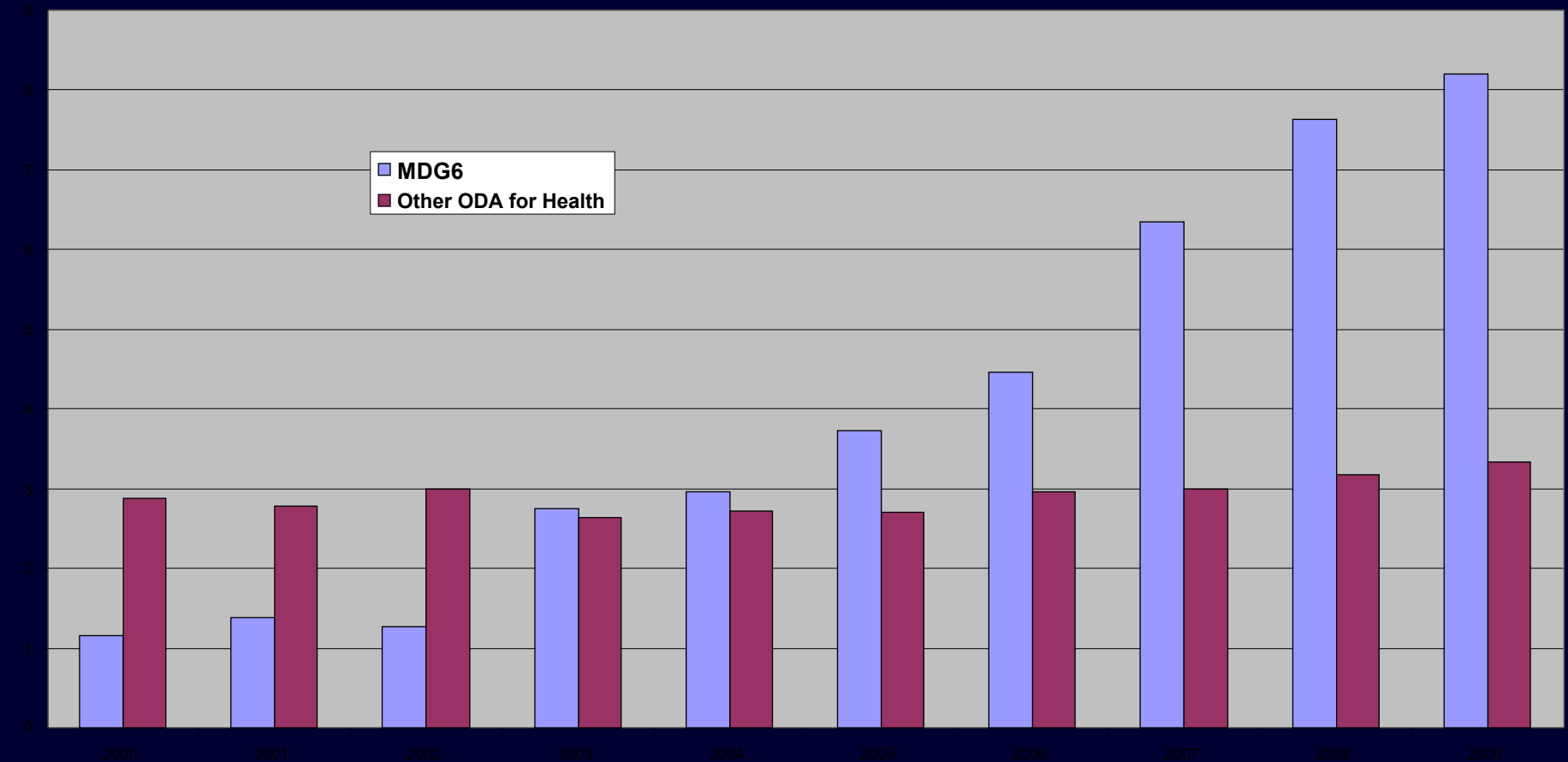


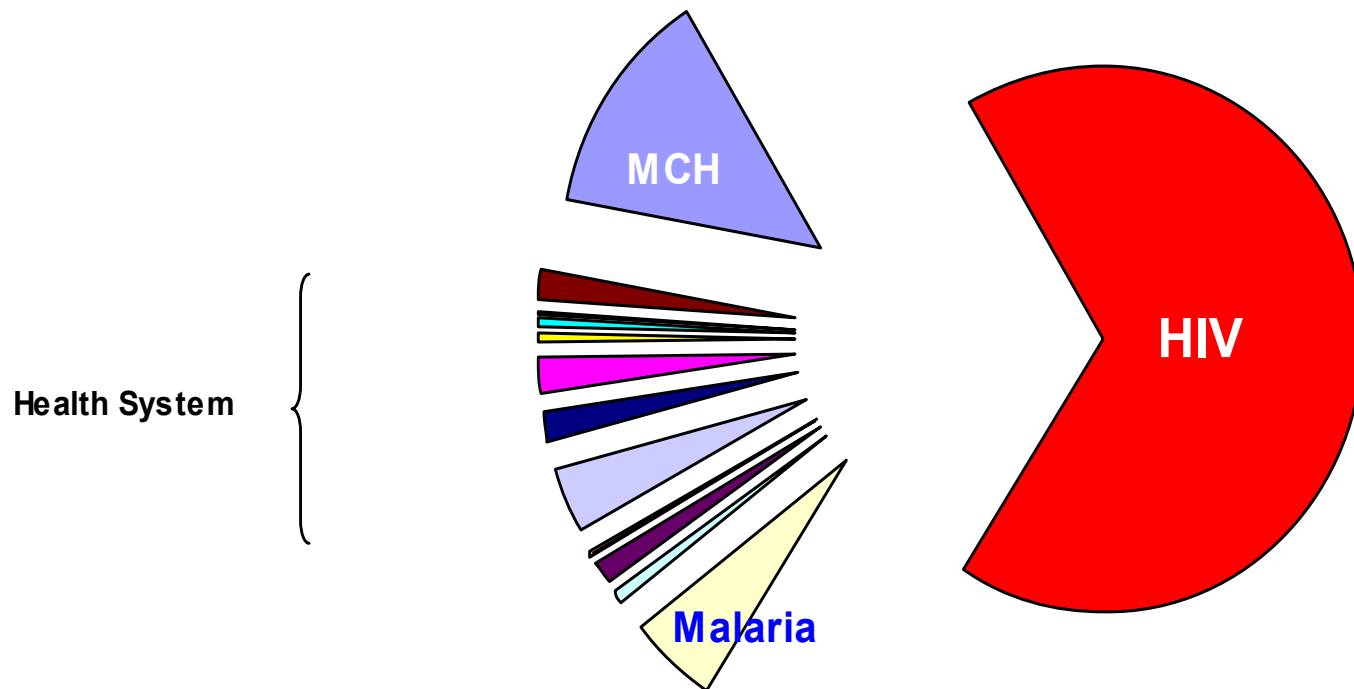
G7 BILATERAL AND MULTILATERAL FUNDING TO HEALTH CATEGORIES



La sante comme reveleveur de la complexité de l'aide internationale

Health ODA per capita - AFRO

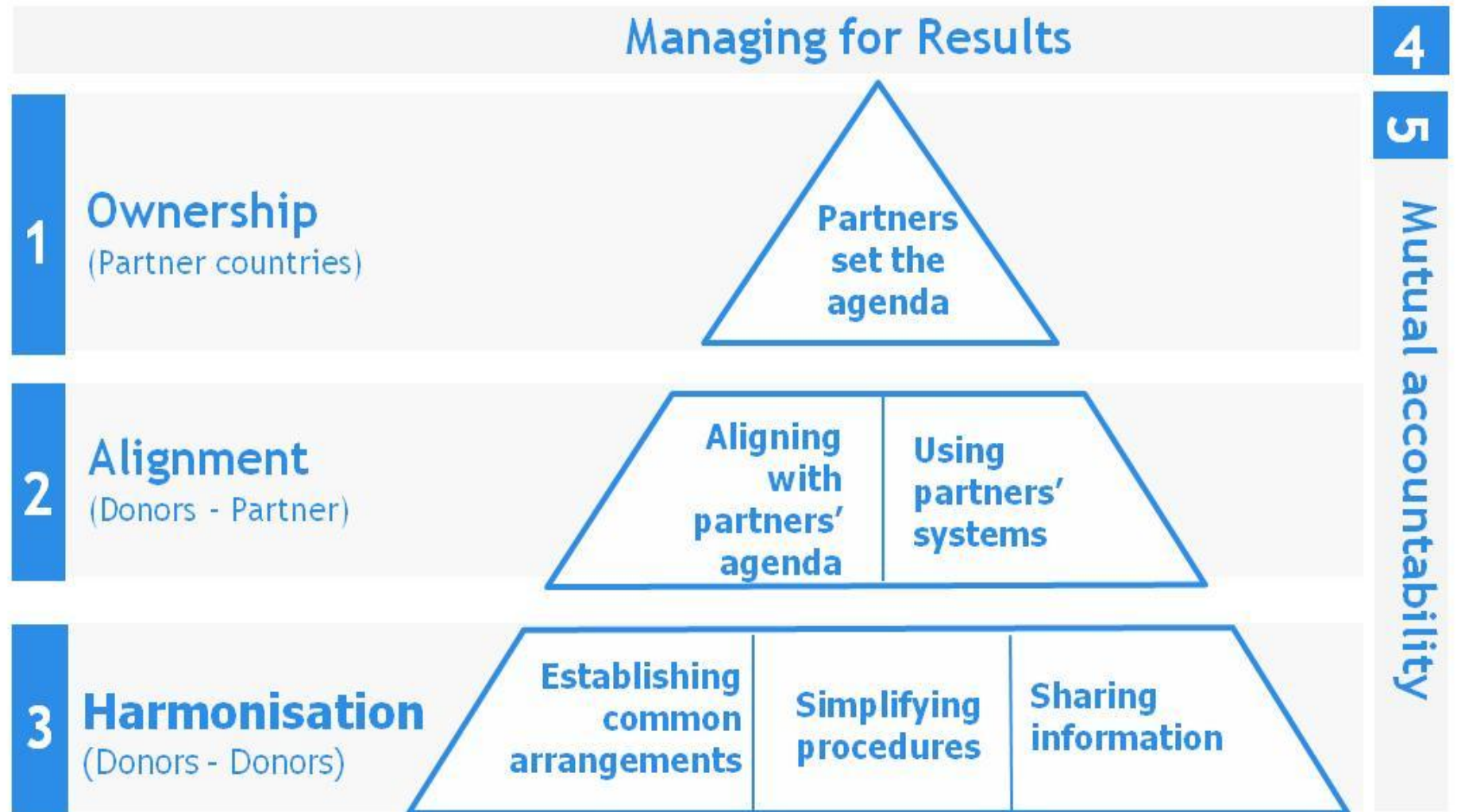




- | | | |
|--|-----------------------------------|-------------------------------|
| 1.1 Family Health Services | 1.2 HIV | 1.2 malaria |
| 1.2 others | 1.3 hygiene and environment | 1.4 curative |
| 1.service delivery and quality of care | 2.physical access, transportation | 3.human resources development |
| 4.strengthening pharmaceuticals sector | 5.IEC BCC | 6.HMIS/management |
| 7. Health care financing | 8.crosscutting | |

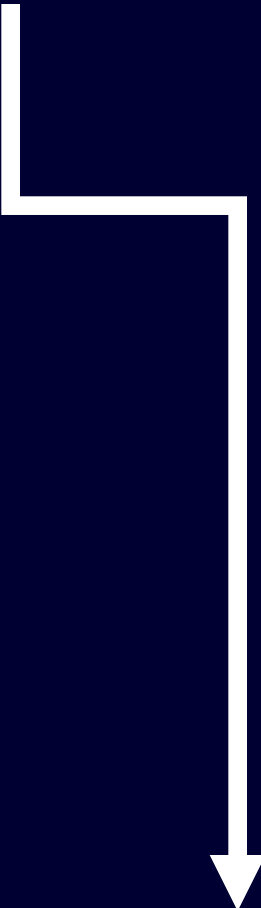
sources : For bilateral and multilateral donors: donor mapping exercise (January 2006); Global Fund from HAPCO/GFATM team and MOH (in disease prevention and control department); PEPFAR from USAID [from the Gavi HSS proposal, Ethiopia, 2007]

Les principes de la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide [2004]



Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide [2005]

5 PRINCIPES



Encadré 1 : La Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide – Cinq grands principes

- ① **Appropriation** – Les pays en développement exercent une réelle maîtrise sur leurs politiques et stratégies de développement et assurent la coordination de l'action à l'appui du développement.
- ② **Alignement** – Les bailleurs font reposer l'ensemble de leur soutien sur les stratégies nationales de développement, les institutions et les procédures des pays partenaires.
- ③ **Harmonisation** – Les actions des pays donateurs sont mieux harmonisées et plus transparentes, et permettent une plus grande efficacité collective.
- ④ **Gestion axée sur les résultats** – Il convient de gérer et de mettre en œuvre l'aide en se concentrant sur les résultats souhaités et en utilisant les données disponibles en vue d'améliorer le processus de décision.
- ⑤ **Responsabilité mutuelle** – Les bailleurs et les pays en développement doivent renforcer la responsabilité mutuelle et la transparence concernant l'utilisation qui est faite des ressources affectées au développement.

Qu'est ce que l'IHP+?

Un partenariat mondial qui met en pratique les principes de Paris et d'Accra concernant l'efficacité de l'aide au développement, dans le but d'améliorer les services de santé et les résultats sanitaires, en particulier pour les populations pauvres et vulnérables

Qu'est ce que l'IHP+?

UN plan national sanitaire – **UN** budget

–

UN mécanisme de M&E

- ⇒ IHP+ n'est ni une nouvelle initiative mondiale autonome ni un nouveau mécanisme de financement
- ⇒ secrétariat assuré conjointement par la BM et OMS

Signataires du Partenariat international pour la Santé et initiatives apparentées (IHP+), au mois de mai 2011

Signataires	2007	2011
Pays en développement	8	27
Donateurs bilatéraux	8	13
Organismes internationaux et fondations	11	12
Total	27	52

Organismes internationaux ou fondations :

Banque africaine de Développement
Fondation Bill et Melinda Gates
Commission européenne
Alliance GAVI
Fonds mondial
Organisation internationale du Travail
ONUSIDA
PNUD
UNFPA
UNICEF
OMS
Banque mondiale

www.internationalhealthpartnership.net

IHP+ et NHPSP

L'IHP+ fournit un appui renforcé à une **stratégie sanitaire nationale**, à travers :

1. **Les processus nationaux de planification sectorielle**
2. Une confiance accrue des partenaires dans la stratégie, grâce à une **'évaluation conjointe'**
3. Un soutien plus unifié des partenaires à la stratégie – "**compact**"
4. **UN cadre de suivi des résultats**, pour suivre la mise en œuvre de la stratégie
5. Une plus grande responsabilisation mutuelle – par **le suivi des engagements souscrits dans le cadre des pactes**

Évaluation conjointe des stratégies nationales (JANS)

- L'évaluation conjointe est une **évaluation partagée** d'une stratégie ou d'un plan national
- Il s'agit d'un outil parmi d'autres (M&E du PNDS, Revue Annuelle,...)
- **Intérêt**
 - Nombre accru d'intervenants dans la fourniture ou le financement des services de santé – organisations non gouvernementales, nouveaux organismes internationaux de financement, etc.;
 - Tous ces acteurs ne sont pas nécessairement bien engagés dans les processus de planification ou de revue au niveau national, et ne peuvent donc pas toujours soutenir la mise en œuvre du plan;
 - L'évaluation conjointe est une manière de prendre des engagements à soutenir un plan dans la Déclaration de Paris ou dans les pactes de l'IHP+, pour en faire une réalité;
 - La possibilité de fonds additionnels.

Utilisations et avantages supposés

Pour les pouvoirs publics

- Une meilleure qualité de la stratégie;
- Plus de partenaires s'engagent sur cette stratégie/plan;
- Des processus d'approbation des financements mieux intégrés;
- Meilleurs processus d'élaboration de rapports;
- ➔ toutes choses qui se traduisent par des coûts de transactions moins élevés, un financement prévisible à plus long terme et une mise en œuvre plus rationnelle.

Pour les autres partenaires

- Une confiance accrue dans la stratégie et les systèmes de mise en œuvre, autrement dit, moins de procédures spécifiques à une institution, et de faibles coûts des transactions;
- Une opportunité de concertation;
- Une meilleure harmonisation sur les méthodes permettant de surmonter les insuffisances, et de mettre en place une riposte plus efficace et coordonnée.



"Les conclusions peuvent servir de fondement pour renforcer une stratégie et pour la prise de décision relative à l'appui technique et financier"

Qu'est-ce qui est évalué ? Et comment ? ... Bref aperçu

■ ***Outils et lignes directrices d'évaluation conjointe***

- Élaborés par le groupe de travail interinstitutions de l'IHP+, y compris les partenaires nationaux;
- Projet approuvé par les partenaires de l'IHP+ en juillet 2009;
- Les révisions de l'outil et l'orientation sur les procédures pratiques d'évaluation conjointe seront faites après application de l'outil dans les premiers pays.

■ ***Principes convenus de l'approche d'évaluation conjointe*** : centrée sur les pays, et impulsée par eux; alignée sur les processus nationaux existants; simple sans être superficielle; participative; possédant un élément d'indépendance/de neutralité

■ ***Produit*** : profil des forces et des faiblesses de la stratégie sanitaire; il ne s'agit nullement ici d'un rapport attribuant les bons ou les mauvais points

Qu'est-ce qui est évalué ?

Les forces et les faiblesses selon **5 groupes d'attributs génériques** considérés comme le socle d'une stratégie nationale judicieuse.

1. **L'analyse de situation** et la cohérence des stratégies et plans avec ladite analyse;
2. **Le processus** qui a permis l'élaboration de la stratégie nationale;
3. Les dispositifs de **financement, de vérification et d'approvisionnement**;
4. **Les dispositifs de mise en œuvre et de gestion**;
5. **Les plans de suivi et d'évaluation**, et les procédés pour utiliser les conclusions de l'évaluation.

Attributs et critères

Groupes	Attributs	Critères
1. ANALYSE DE SITUATION ET PROGRAMMATION	4 attributs	10
2. PROCESSUS	3 attributs	07
3. FINANCE ET VÉRIFICATION	5 attributs	15
4. MISE EN ŒUVRE ET GESTION	4 attributs	09
5. RÉSULTAT, SUIVI ET REVUE	5 attributs	09

JANS: à quoi cela ressemble-t-il ?

JANS TOOL

Version : 22 juillet 2009

OUTIL D'ÉVALUATION CONJOINTE		
Attributs	No.	Propriétés essentielles des attributs
1. ANALYSE DE LA SITUATION ET DÉFINITION DES PROGRAMMES		
Qualité de l'analyse/évaluation étayant la définition des programmes prévus par la stratégie nationale		
Attribut 1 : La stratégie nationale s'appuie sur une analyse sérieuse de la situation et des mesures prises (en tenant compte des déterminants politiques, sociaux, culturels, sexospécifiques, épidémiologiques, juridiques et institutionnels).	1.1	L'analyse de la situation s'appuie sur une analyse participative et approfondie des tendances relatives aux déterminants de santé et aux résultats de santé en fonction du contexte épidémiologique, politique, socio-économique et organisationnel qui prévaut dans le pays
	1.2	L'analyse utilise des données désagrégées pour décrire les progrès visant à remplir les objectifs de politique globaux du secteur de la santé, conformément aux exigences politiques fixées par la résolution 62.12 (2009) de l'AMS relative aux soins de santé primaires : ▪ Couverture universelle, pour réduire les inégalités en matière de santé ▪ Prestation de services, pour placer la personne au cœur du système de santé ▪ Politiques publiques, pour promouvoir et protéger la santé des communautés ▪ Leadership, pour optimiser la fiabilité des autorités de santé
	1.3	L'analyse des mesures passées et actuelles prises par le secteur de la santé permet d'identifier les domaines présentant des problèmes prioritaires et les lacunes programmatiques.
Attribut 2 : Domaines prioritaires, buts, objectifs, interventions et résultats/produits escomptés clairement définis qui contribuent à l'amélioration des résultats de santé et au respect des engagements pris au	1.4	Les objectifs sont mesurables, réalistes et définis dans le temps.
	1.5	Les buts, objectifs et interventions tentent de répondre aux exigences concernant les priorités en matière de santé, l'accès équitable, la qualité et les résultats de santé à travers l'ensemble des sous-groupes de population, en particulier les groupes vulnérables.

JANS: les directives pour la mise en pratique



L'évaluation conjointe
des stratégies et plans nationaux

**Les directives et l'Outil
d'évaluation conjointe**

Juillet 2009

Évaluation conjointe : que se passe-t-il après ?

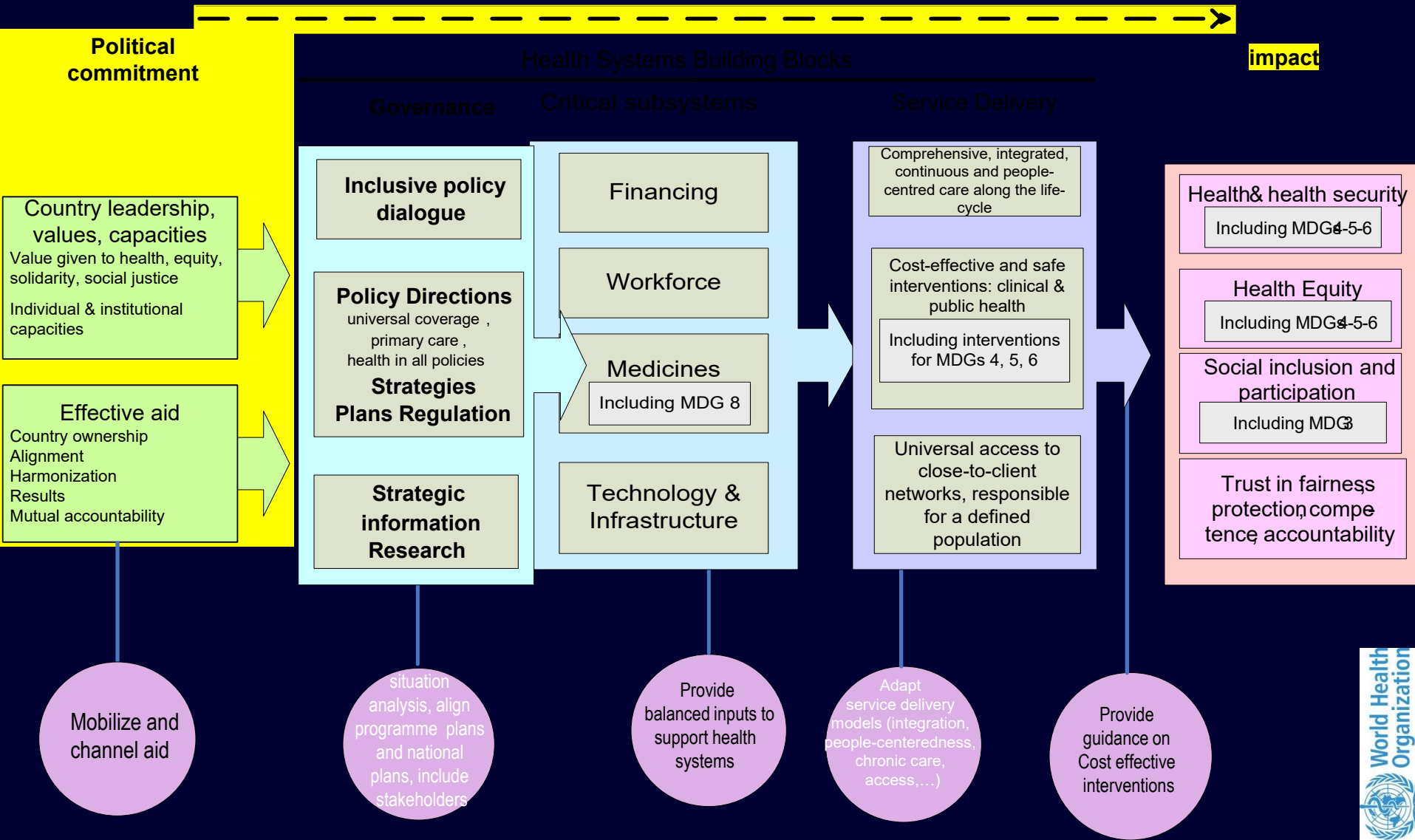
Cela dépend en partie des objectifs ciblés

- **Objectif de développement :**
 - ✓ Les conclusions nourrissent les étapes de développement et de la mise en œuvre de la stratégie
- **Objectif de faire en sorte que plus de partenaires se conforment au plan et au budget fixés :**
 - ✓ Attentes des pouvoirs publics par rapport à leurs partenaires au développement et par rapport à d'autres partenaires, par exemple, moins d'évaluation/revues séparés et plus de transparence sur les activités ou les fonds;
 - ✓ Des attentes pèsent sur les pouvoirs publics, en particulier en ce qui concerne le suivi et l'évaluation;
 - ✓ Népal – évolution de la position de l'USAID en particulier
- **Pour alimenter la prise de décisions sur l'appui technique ou le soutien financier**

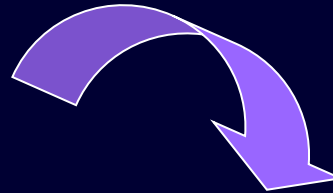
Points à examiner

- Quelle est la valeur ajoutée attendue de l'évaluation conjointe dans un pays ?
- Quels sont les engagements qui doivent être honorés après une évaluation conjointe, si la décision est prise de continuer le processus ?
- Eu égard aux mécanismes de planification ou d'examen existants, et de l'expérience de ce qui se fait ailleurs, comment l'évaluation doit-elle être réalisée dans un pays ?
 - Quand ?
 - Qui doit être impliqué ? Et comment ?
 - Comment doit-on gérer l'élément d'indépendance de l'évaluation ?

From political commitment to impact...



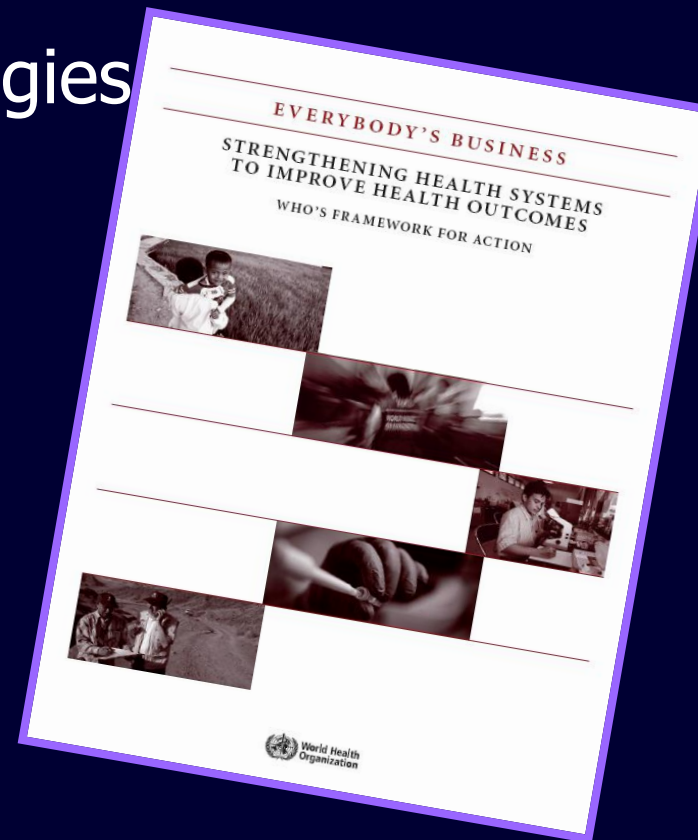
Le Rapport sur la Santé dans le Monde 2008 (OMS)



Renforcement des systèmes de santé: de quoi parle-t-on ?

Les 6 piliers du système de santé (2006)

- ❑ Prestations des services
- ❑ Ressources humaines
- ❑ Informations sanitaires
- ❑ Médicaments, vaccins et technologies
- ❑ Financement
- ❑ Leadership et gouvernance



Les systèmes de santé selon l'OMS : 6 piliers

Gouvernance

définition de stratégies nationales et sectorielles, clarification des rôles, gestion de demandes conflictuelles

Ressources humaines

avoir une force de travail adéquate

Information

génération et utilisation d'information et de connaissances

Financement

s'assurer d'un financement durable et d'une protection financière pour les populations

Médicaments, vaccins et technologies

S'assurer d'une quantité suffisante de médicaments, et d'une infrastructure et équipements adéquats

Prestation de services

Améliorer l'organisation, la gestion et l'offre des services de santé

Distribution équitable

Réactivité des services

Traiter les gens avec dignité; garantir la confidentialité

Couverture

Qualité & sécurité

Efficience

Amélioration de la santé

Protection financière

S'assurer que les gens ne soient pas précipités dans la pauvreté à cause de dépenses en santé

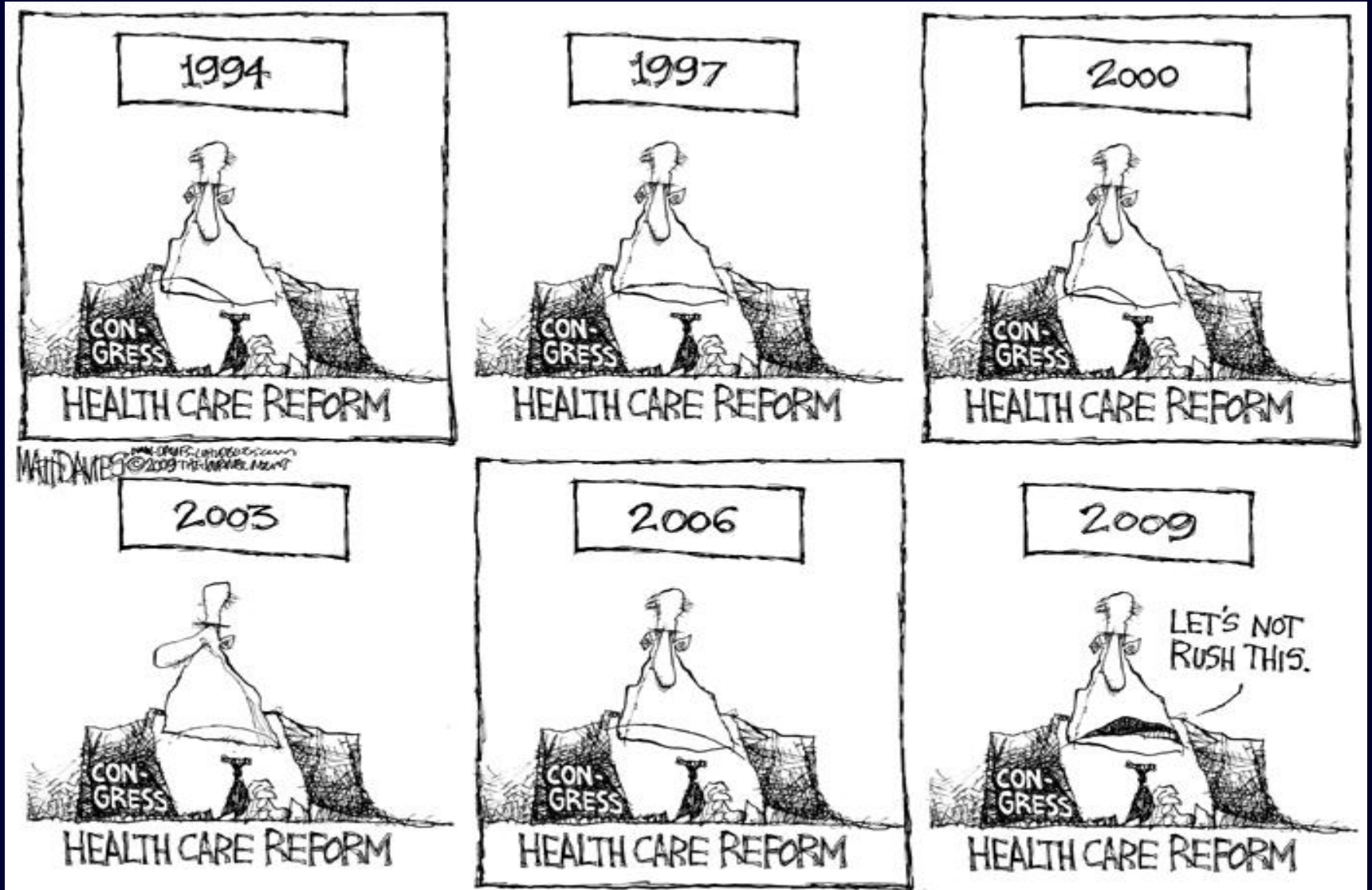
PILIER [building blocks]

OBJECTIFS DU SYSTEME

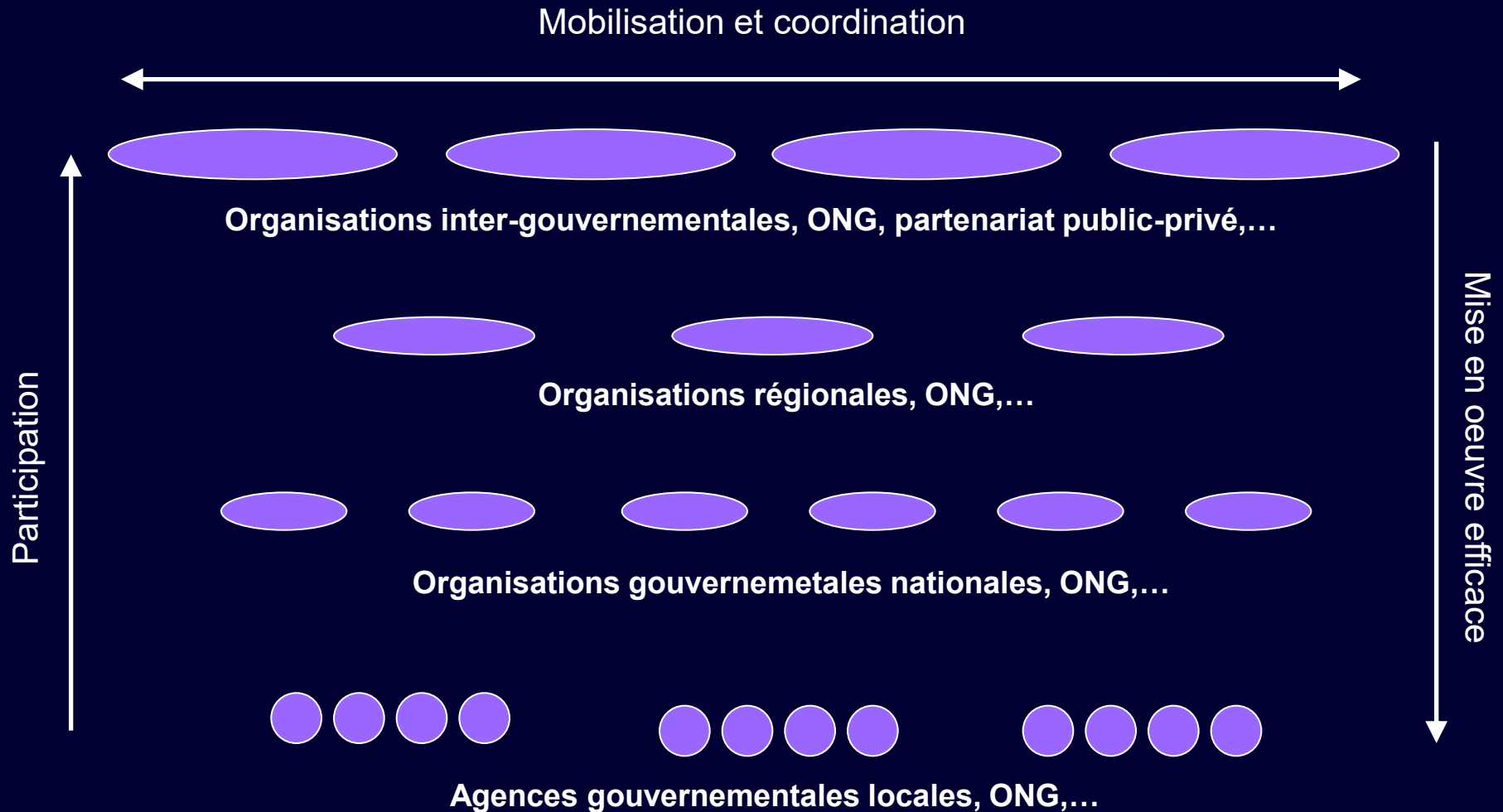
1. Leadership et gouvernance

- Si la gouvernance se réfère à la manière dont une société ou une organisation se pilote, elle doit permettre la conclusion d'un contrat social pour la santé.
- La "bonne" gouvernance se met en oeuvre de manière à respecter, défendre et promouvoir le droit de tous les peuples à un niveau de santé le meilleur possible
- Le désengagement des Etats est un fait, les conséquences de ce désengagement (en terme d'accessibilité par exemple) en sont un autre
- Il faut renforcer la participation et la négociation
- Nécessité de développer et de valoriser le dialogue politique
- Nécessité de développer le caractère factuel des éléments de ce dialogue (système d'information sanitaire au sens large, développement des observatoires de la santé,...)

Un processus à long terme...



Leadership et gouvernance



A priority without blueprints, but...

Process

Content

Situation analysis

- Need
- Expectations
- Performance

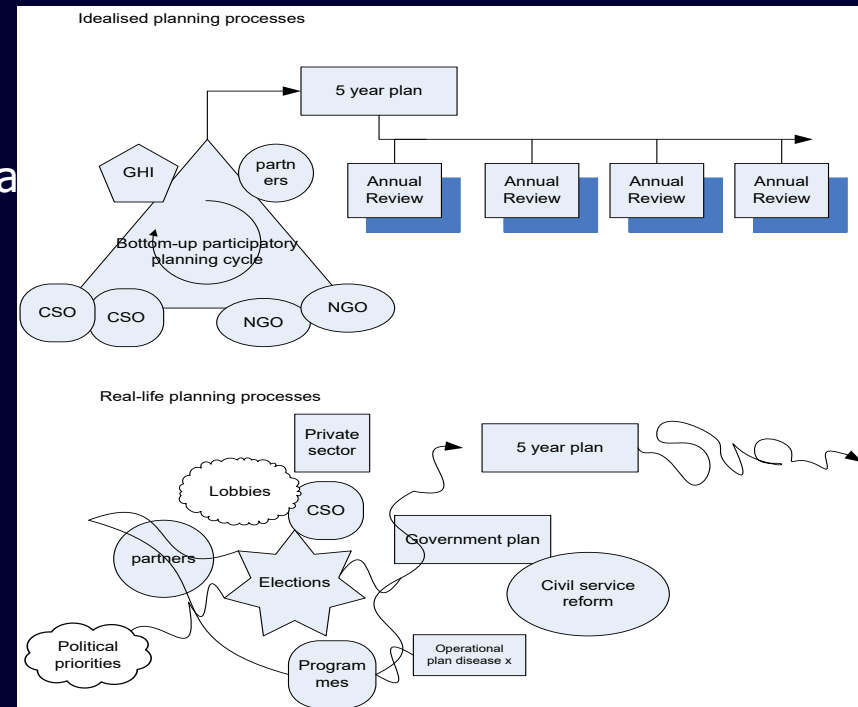
Strategy

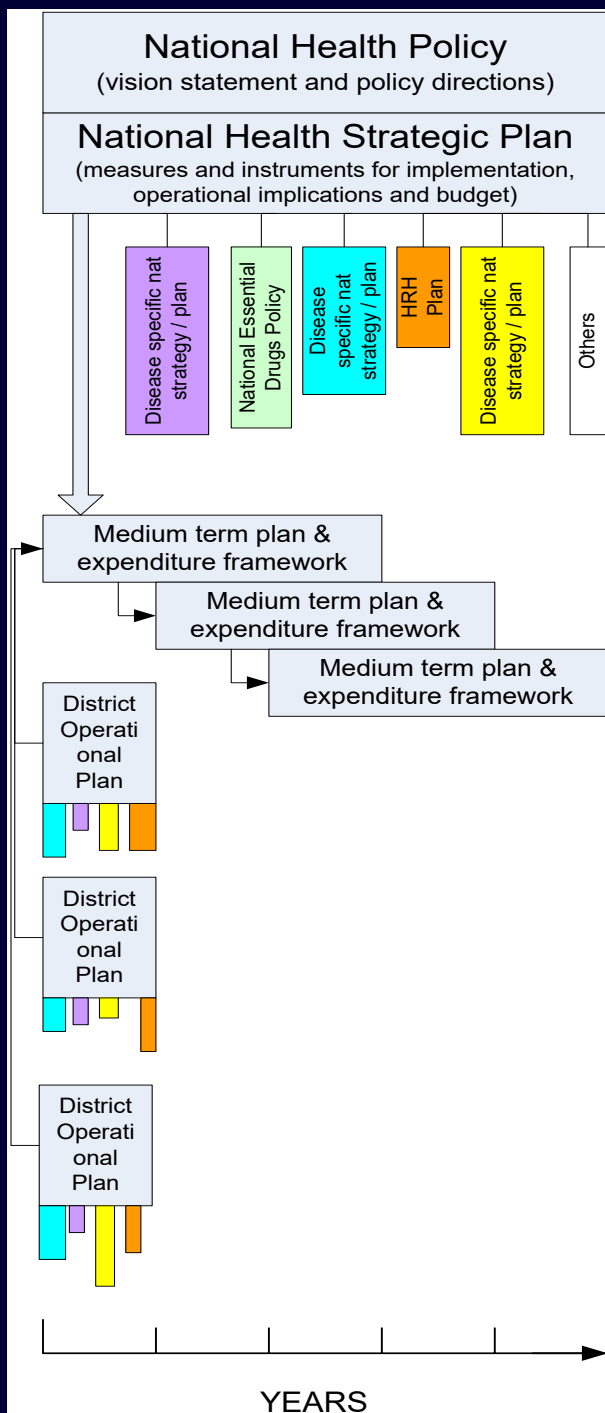
- Policy directions
- Implications for BB
- Resource implications & costs

Arrangements

- Financing
- Roles
- Monitoring
- Legal

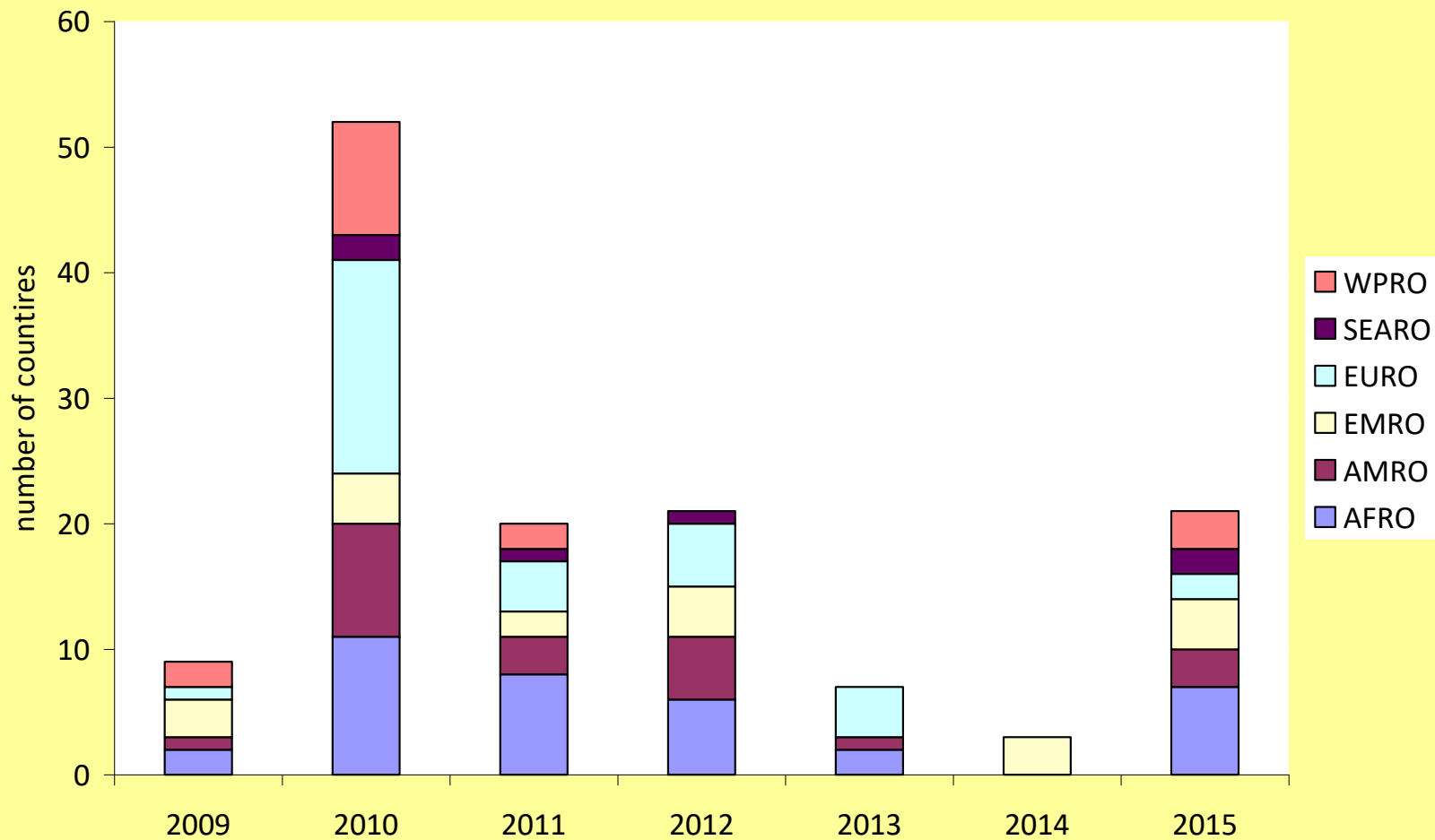
- Broad consultation
- Priority setting & detailed design
- Active mngmnt political process
- Feedback mechanisms
- Alignment development plan
- Ownership



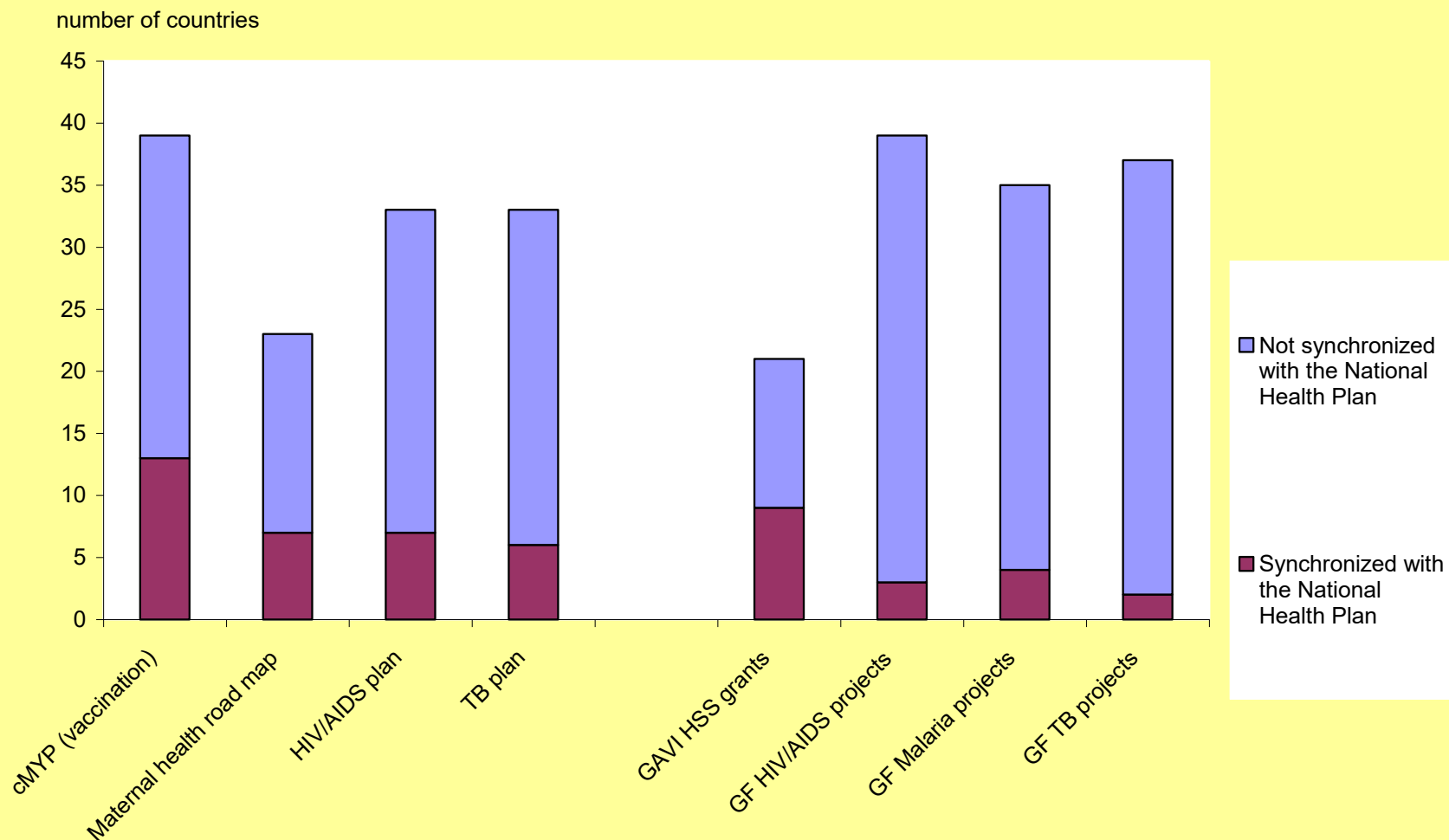


... induced complexity at country level

Shift from pilots to dealing with the challenge



Balance and coherence



4. Composantes clé d'un PNDS

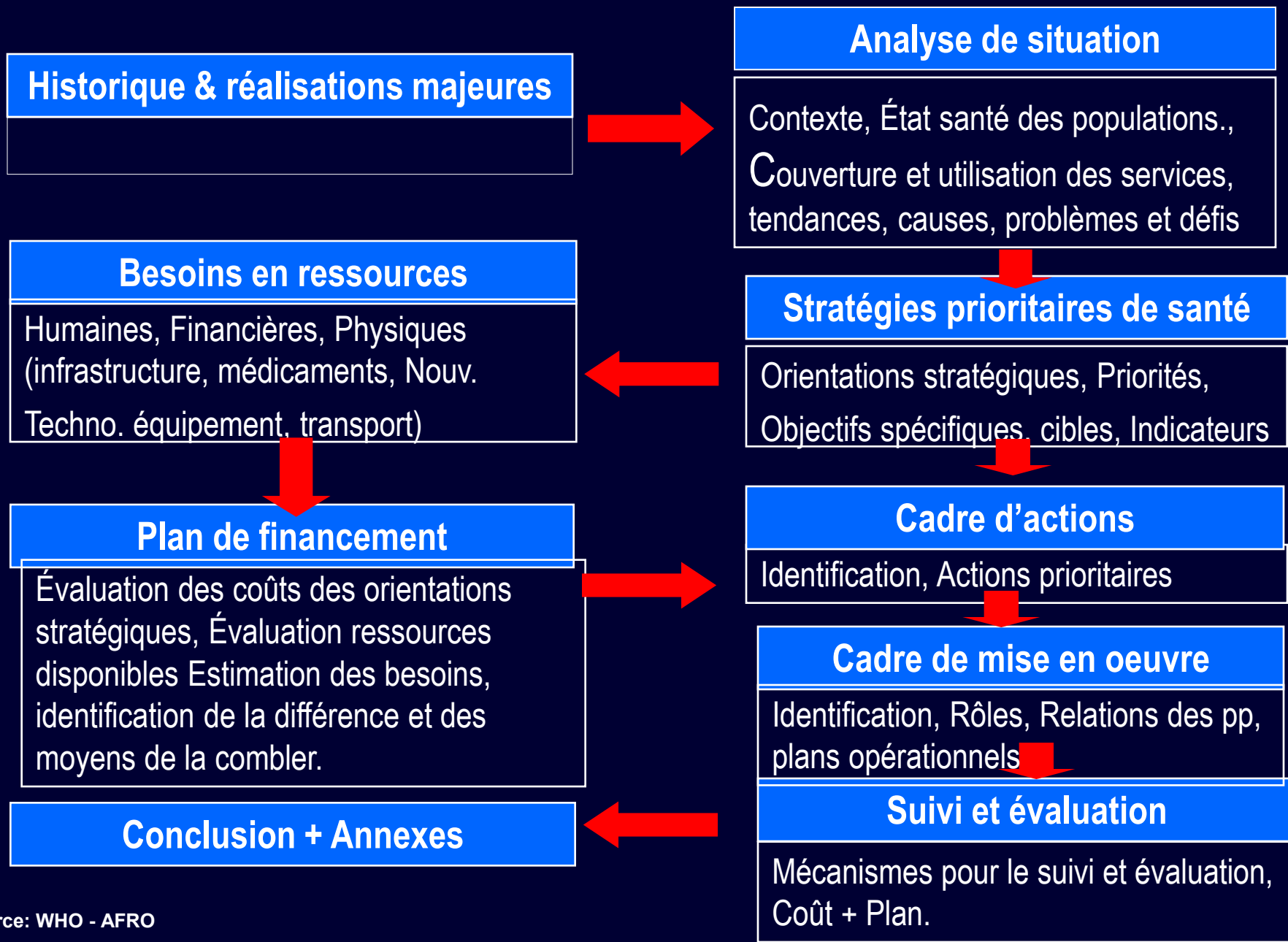
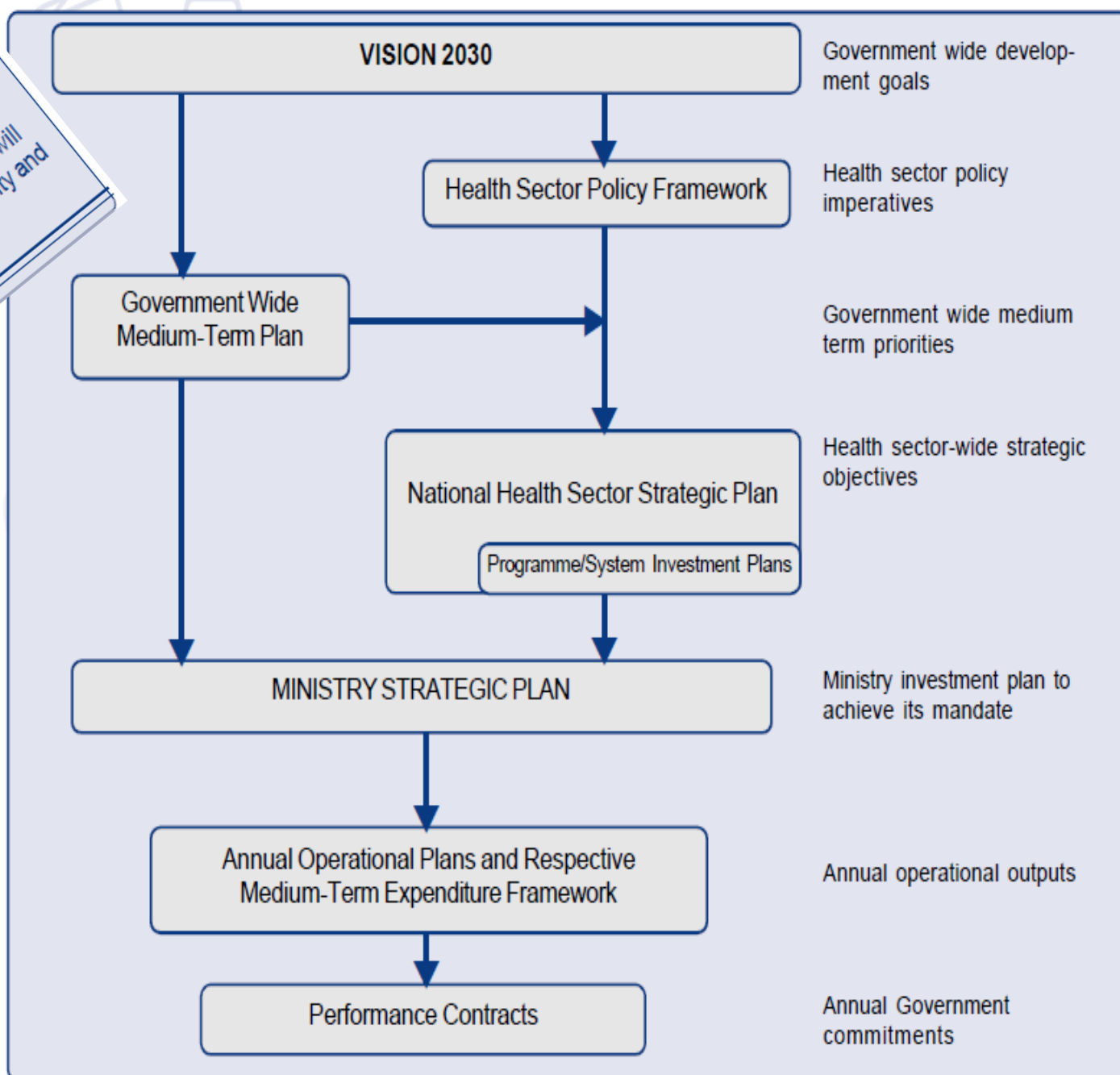


Figure 1.1: Linkage between Government-specific and health sector planning processes

Vision 2030 aims to provide equitable and affordable health care at the highest standard to all citizens, by restructuring health care delivery systems to shift the emphasis to preventive and promotive health care. The emphasis will be on access, equity, quality, capacity and institutional frameworks.



Exemple d'objectifs stratégiques (Botswana, 2008)

Vision:

Provision of comprehensive preventive, promotive, curative and rehabilitative health services. [This policy is geared towards achieving improved health status for the nation in accordance with **vision 2016** pillar of “a compassionate, just and caring nation”].

Strategic Objectives

- ❑ **Improve access to health care:** Equity, health care services at 8km, accessible to everyone, at least 4 medical specialties at district hospitals, all child bearing women be attended by skilled health personnel.
- ❑ **Provision of comprehensive quality health services:** Comprehensive PHC and PH, HIV/AIDS management incl. ARVT provision, Medicines medical equipment availability, strive for MDG achievement.
- ❑ **Health care efficiency and effectiveness:** Good governance and stewardship, leadership development, efficiency in all processes, good public relations, evidenced based impact.

Exemple d'objectifs stratégiques (Botswana, 2008)

Strategic Objectives (cont'd)

- **Performance oriented culture and Quality assurance:** Continuous performance improvement, PMS, QMS, standards
- **Health human resource management:** Skilled health care, recruitment and retention strategy,
- **Prudent use of finances** Good financial management, zero tolerance to corruption, strategic partnership

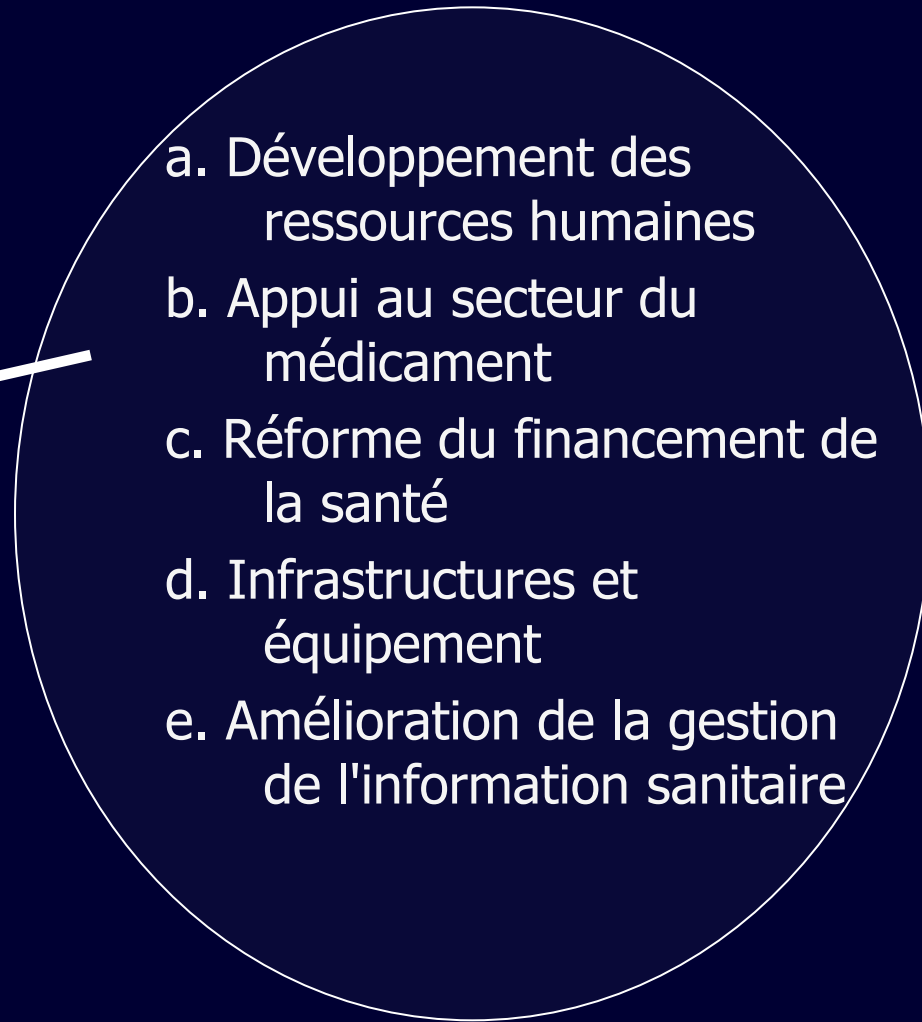
Liens entre PNDS et piliers du SS

** Exemple de la RDC*

Axes stratégiques du PNDS

[2011-2015]

1. Renforcement des ZS
2. Stratégies d'appui
3. Leadership et gouvernance
4. Renforcement de la collaboration intersectorielle

- 
- a. Développement des ressources humaines
 - b. Appui au secteur du médicament
 - c. Réforme du financement de la santé
 - d. Infrastructures et équipement
 - e. Amélioration de la gestion de l'information sanitaire

2. Ressources humaines

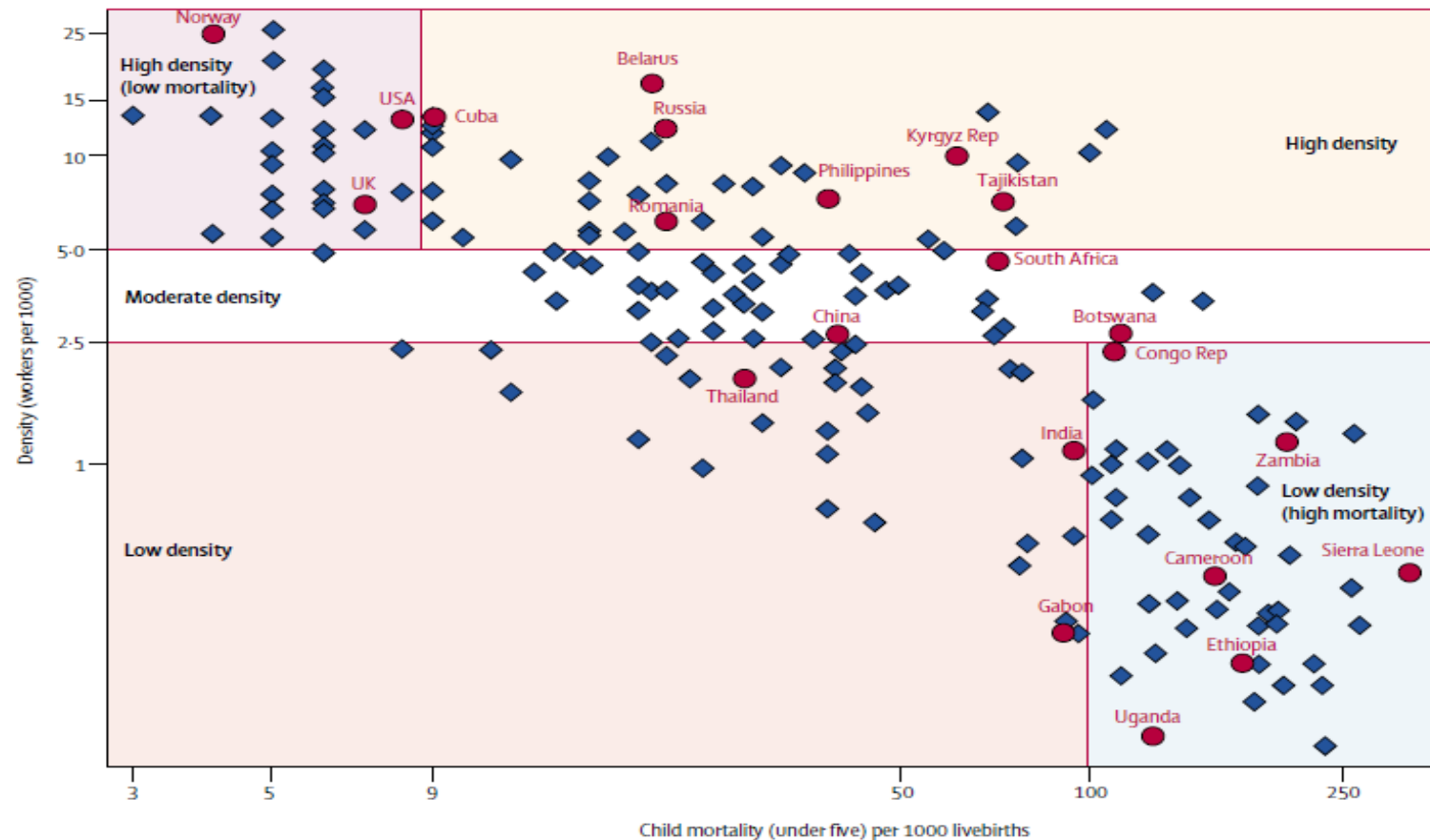


Figure 3: Country clusters

Scales are log. Compiled with data from reference 8 and United Nations Children's Fund. State of the world's children 2003. New York: UNICEF, 2003.

Ressources humaines

EXHIBIT 1

Summary Of Health Care Professional Need, Supply, And Shortage Estimates (In Thousands) For Thirty-One Countries In Sub-Saharan Africa, 2015

	Doctors	Nurses and midwives	Total	Doctor equivalents
Need	280	883	1,163	986
Supply	39	332	371	305
Shortage	240	551	792	681

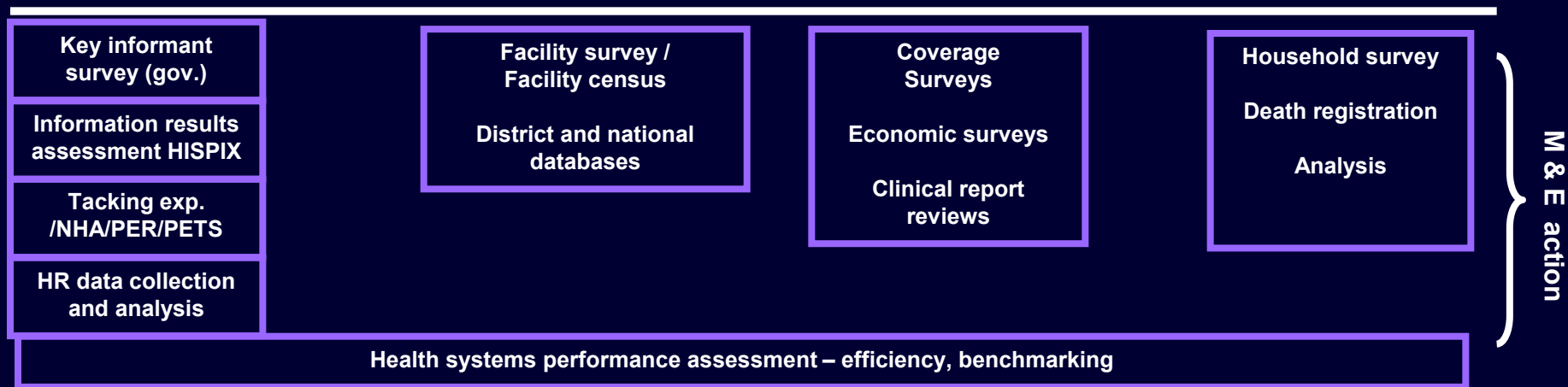
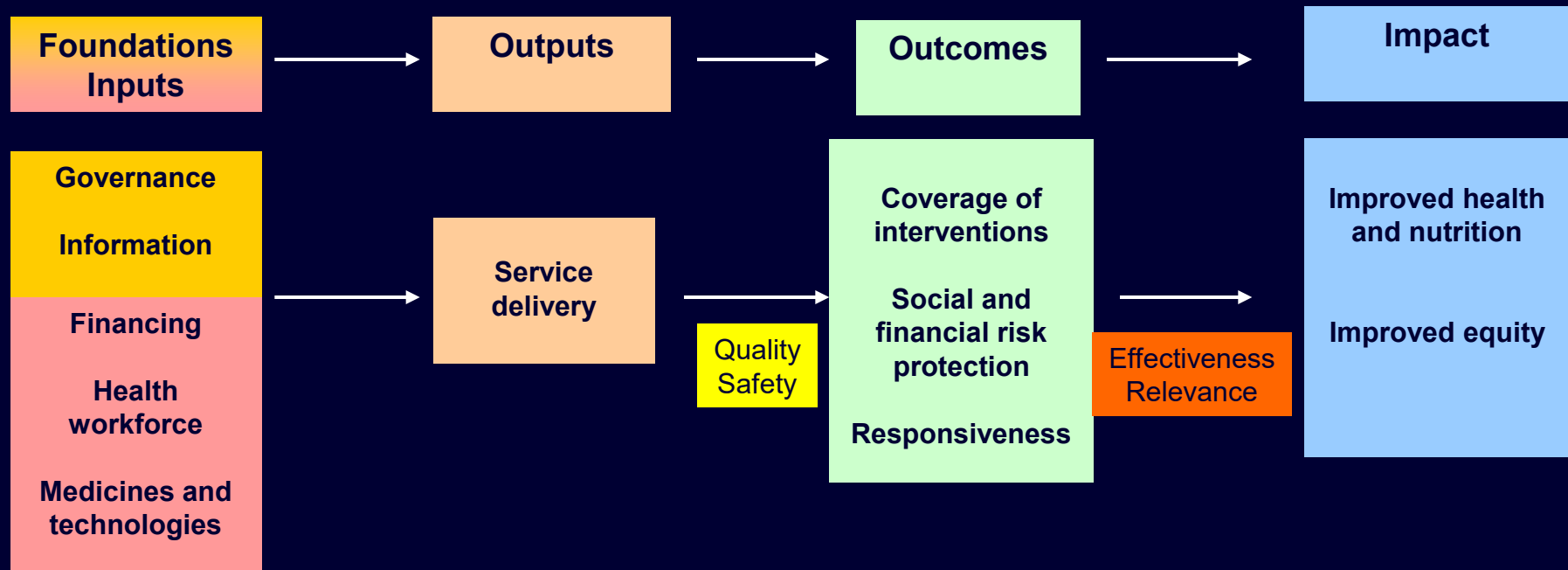
SOURCES: Authors' analysis; R.M. Scheffler et al., "Forecasting the Global Shortage of Physicians: An Economic- and Needs-Based Approach," *Bulletin of the World Health Organization* 86, no. 7 (2008): 516–523; World Health Organization, *Global Atlas of the Health Workforce* (1 March 2007); and United Nations Population Division.

NOTES: The number of doctor equivalents is equal to the number of doctors plus 0.8 times the number of nurses and midwives. Numbers might not add to total because of rounding.

3. Système d'information sanitaire

- Un cadre général
- Des indicateurs
- Des sources de données
- Analyse de politique (policy analysis) en tant qu'outil de recherche

Un canevas pour le suivi et l'évaluation du syst. de santé



Indicateurs Majeurs Minimum

Financement :
4 indicateurs majeurs
sélectionnés

Sources de données (SD):
Comptes Nationaux de la
Santé, Enquête
Démographique et de Santé,
Enquête Budget
Consommation

Indicateur 1: Dépenses totales par hab/an, en US\$ internationalux

Indicateur 2: Le ratio de débours des ménages pour la santé par rapport aux dépenses totales santé

Indicateur 1a: Dépense générale du Gouvernement pour la santé (% des dépenses totales)

Indicateur 1b: Dépenses totales pour la santé % du PIB.

Ressources Humaines:
3 indicateurs majeurs
sélectionnés

SD: Enquêtes au niveau des Formations sanitaires (EFS), Recensement, SNIS de Routine

Indicateur 1: Professionnels de santé pour 10 000 habitants (total: médecins, infirmières, sages femmes);

Indicateur 2: Ratio annuel de production des travailleurs de santé pour 100,000 hab. (médecins, infirmières, sages femmes); graduates of health training institutions.

Indicateur 1a: Distribution des des travailleurs de santé par région, type d'emploi et sexe. Autres indicateurs utiles pour l'évaluation et le renforcement du recrutement, de la distribution, retention and productivité peuvent être ajoutés.

Indicateurs Majeurs Minimum

Médicaments:
3 indicateurs majeurs
sélectionnés

SD: EFS, SNIS Routine

Indicateur 1: **Pourcentage des établissements sanitaires avec tous les médicaments traceurs en stock à un moment donné**

Indicateur 1a: proportion médiane **médicaments traceurs en stock** au cours des 3 derniers mois.
Indicateur 2: **Ratio prix local / prix au niveau international**

Information:
1 seul indicateur mais dépend
d'une évaluation du SNIS

SD: Evaluation, Recensement, Etat Civil, Enquête Ménages, Maladies, Services, Administration (RH, CNS,..)

Indicateur 1: Index de performance de l'information sanitaire (HISPIX)—
disponibilité, qualité,...

Gouvernance:
3 indicateurs majeurs
sélectionnés

SD: Revue, Evaluation

Indicateur 1: **"CPIA" général and "CPIA" santé**
Indicateur 2: **Indice des politiques** : 10 items (PNS, liste MEG, stratégies sous sectorielles)
Indicateur 3: **Marqueurs de mise en oeuvre** : 6 items (RH, financement,...)

Indicateurs Majeurs Minimum

Prestation des services : 4 indicateurs majeurs sélectionnés

***SD: Enquêtes au niveau des
Formations sanitaires
(EFS) ou Evaluation de la
prestation des services
(USAID – Macro)***

Indicateur 1: disponibilité des services

Etablissements sanitaires par 10000 hab.

Lits d'hospitalisation par 10000 hab.

Indicateur 2: Capacité des services en général

**proportion des établissements qui réalisent le
PMA**

Indicator 3: Capacité des services (spécifique)

**proportion des établissements qui réalisent le
PMA**

**pour des interventions spécifiques (santé de
l'enfant, vaccination, contrôle de la malaria, de
la TB, des maladies non transmissibles, maternité
sans risques soins et traitement VIH)**

Indicateur 4: Qualité des services

voir liste ci après

Outputs : 3 indicateurs majeurs + les OMD en général

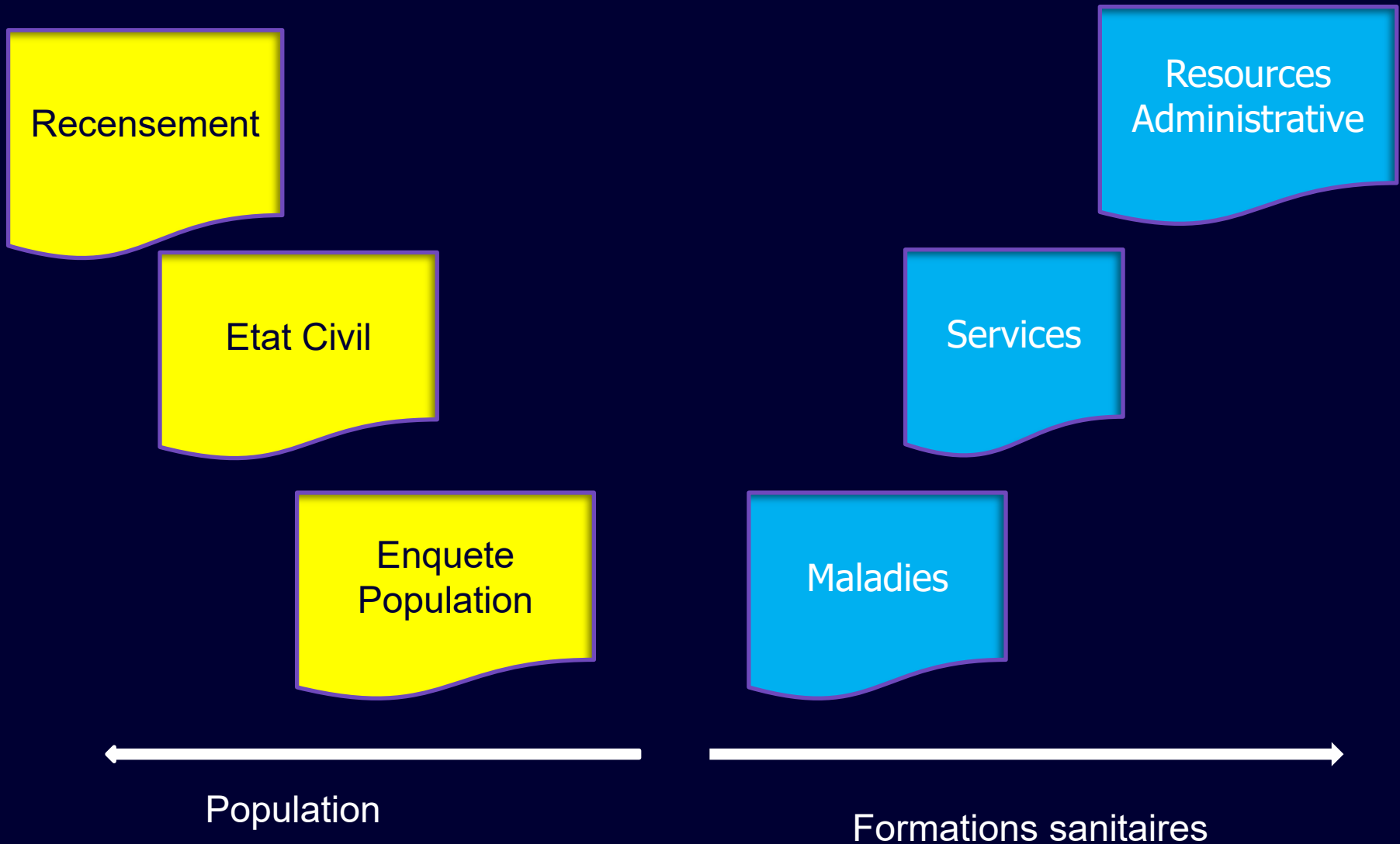
***SD: Recensement, EDS, Etat
Civil, EFS***

Indicateur 1: **Mortalité < 5 ans**

Indicator 2: Espérance de vie à la naissance

**Indicator 3: Couverture (SMNE, VIH, TB, malaria,
index de gap de couverture)**

Sources de données: Système d'Information Sanitaire



4. Financement

- Le problème du financement du secteur de la santé se pose dans toute société qui doit faire face aux coûts engendrés par les problèmes de santé
- Le problème du financement du secteur de la santé est à la fois un des facteurs déclenchant et une conséquence des stratégies mises en œuvre dans les PeD après les indépendances
- Au niveau micro-économique, la gestion des ressources financières est un problème
- Au niveau individuel :
 - l'accessibilité financière peut être un frein à l'utilisation des services
 - le paiement des soins de santé peut projeter une famille sous le seuil de pauvreté

Généralités - concepts

- Deux concepts clés : efficacité et équité
- **Efficience** = efficacité par rapport aux coûts

Efficience macroéconomique : met en relation le statut sanitaire global de la population avec l'ensemble des coûts du système de santé

Efficience microéconomique : réfère à la panoplie d'outils permettant d'obtenir une meilleure efficacité à partir des ressources existantes

- efficacité allocative permet de déterminer la meilleure combinaison d'activités pour un impact maximum sur la santé
- efficacité technique réfère à l'utilisation d'un minimum de ressources pour acheter, financer ou prêter une activité particulière

Généralités - concepts

- **Efficience :**

- à Cuba, indicateurs sanitaires comparables à ceux des PI [mortalité infantile, espérance de vie à la naissance,...], système basé sur l'activité de 30 000 médecins de famille, coût 10 x inférieur à UE ou USA -> réduction de la mortalité infantile jusqu'à 7 ‰ (< USA) [DeVos, 2005]

- en Belgique ou aux USA, coût de la prise en charge des pathologies et enveloppes (Groupes Homogènes de Maladies [ghm] / Diagnosis related groups [drg])

Généralités - concepts

•Équité :

- équité horizontale = chaque individu dans le même état sanitaire à un accès égal aux services de santé

[equal access for equal need]

Exemples d'inéquité horizontale :

- 1) données OCDE (17 pays) qui suggèrent que les pauvres ont plus tendance à recourir aux généralistes et que les riches fréquentent plus les cabinets des spécialistes, y compris lorsqu'on ajuste en fonction des besoins*
- 2) primes d'assurances santé privées (pour 2 % de la population en PeD)*

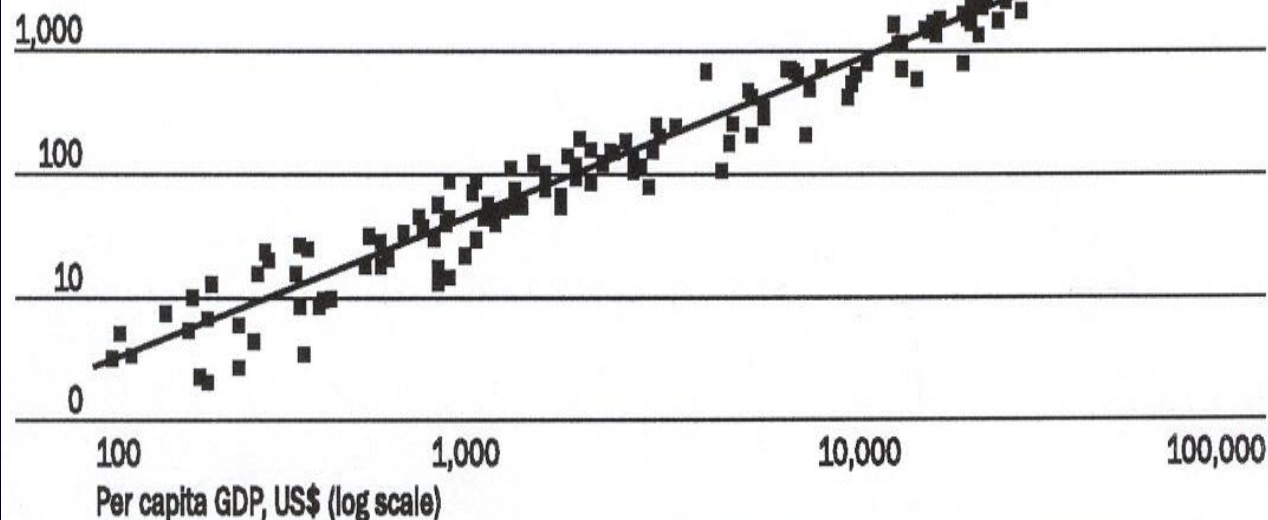
- équité verticale = les personnes contribuent en fonction de leur revenus (capacité de paiement)

Exemple d'inéquité verticale : les pauvres paient proportionnellement plus que les riches (primes fixes pour l'adhésion à une mutuelle)

EXHIBIT 5

Relationship Between Per Capita Health Spending And Per Capita GDP, In Exchange Rate-Based U.S. Dollars, 1994

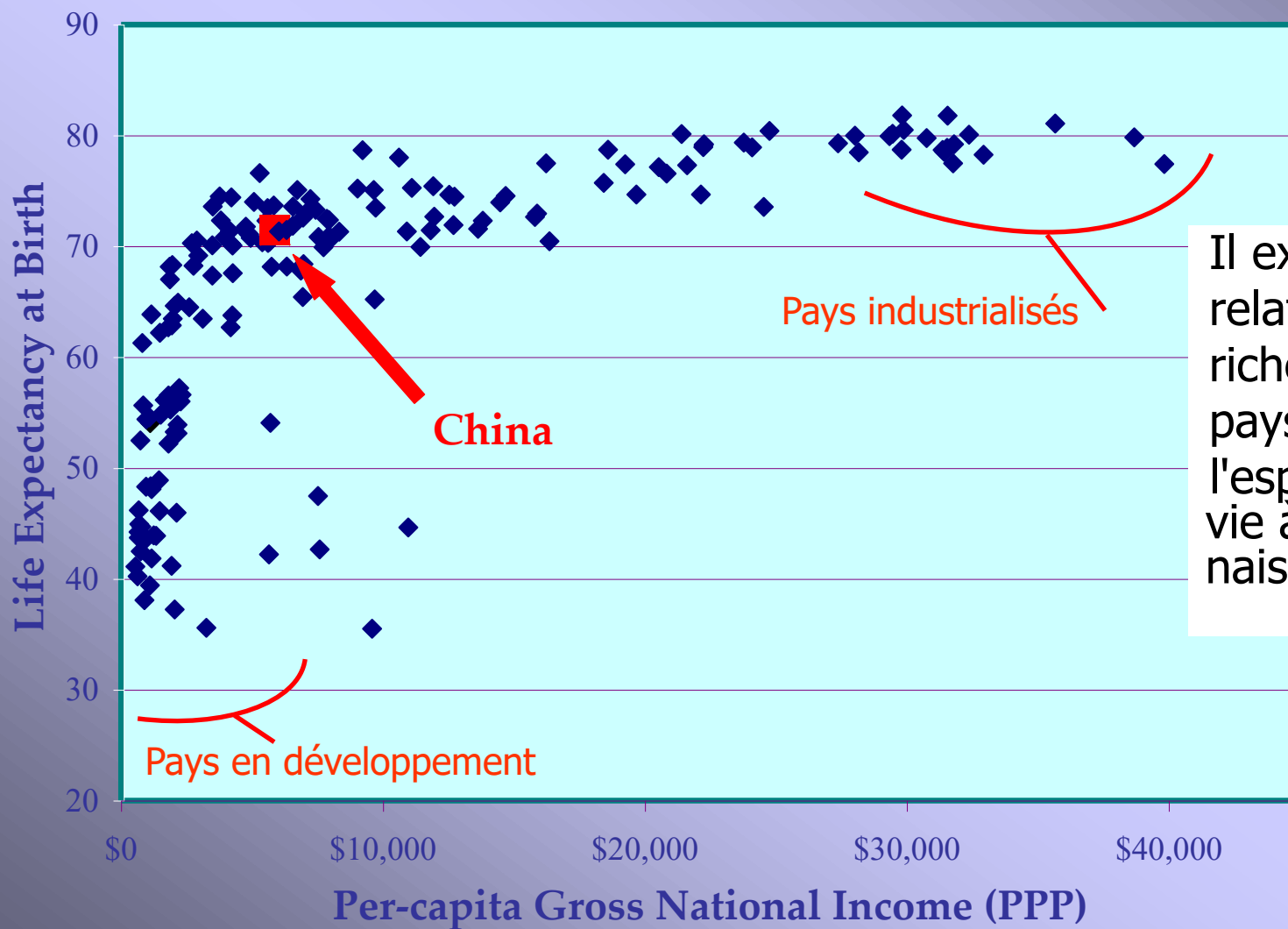
Per capita health spending, US\$ (log scale)

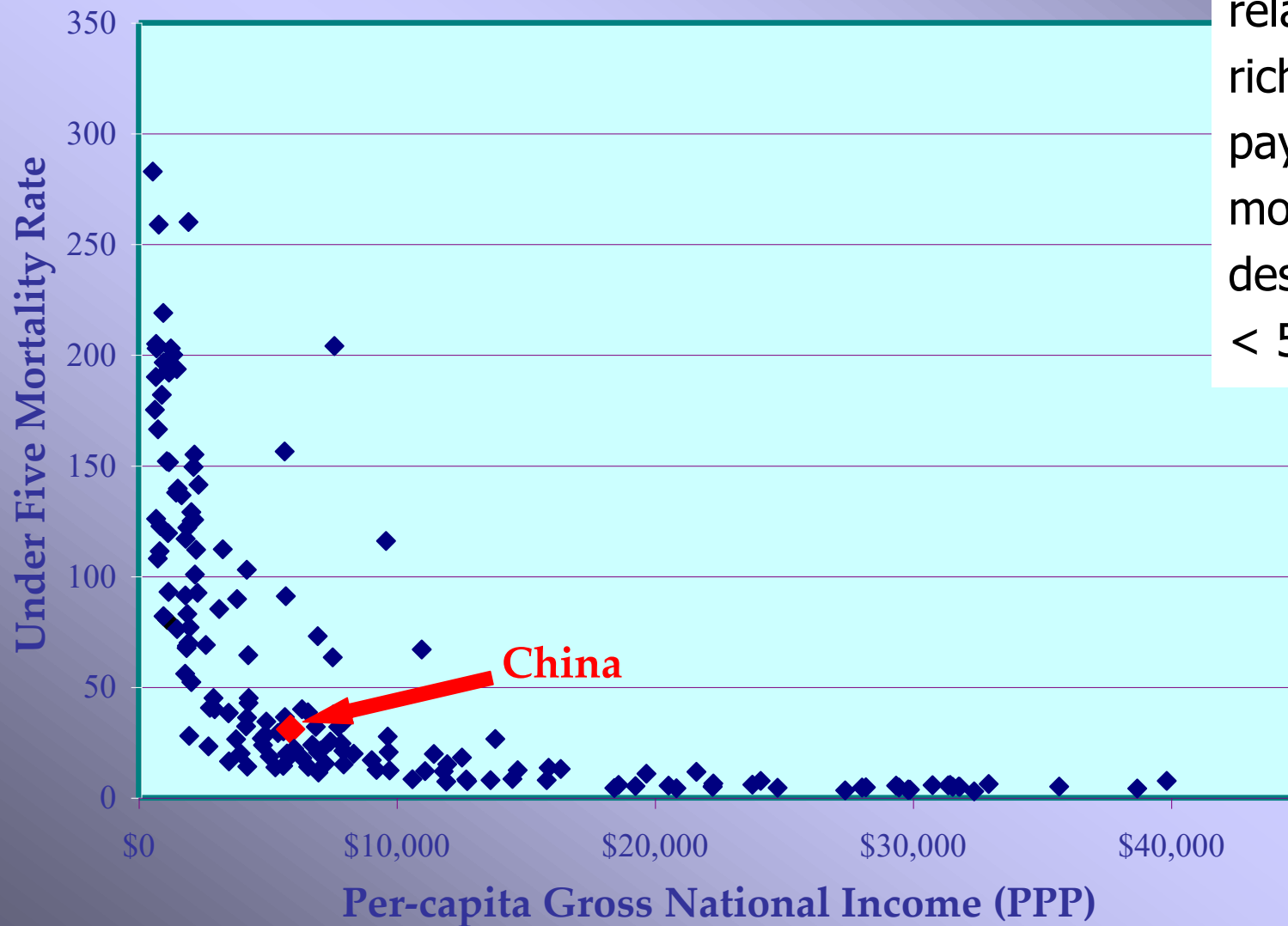


SOURCE: World Bank Health, Nutrition, and Population database.

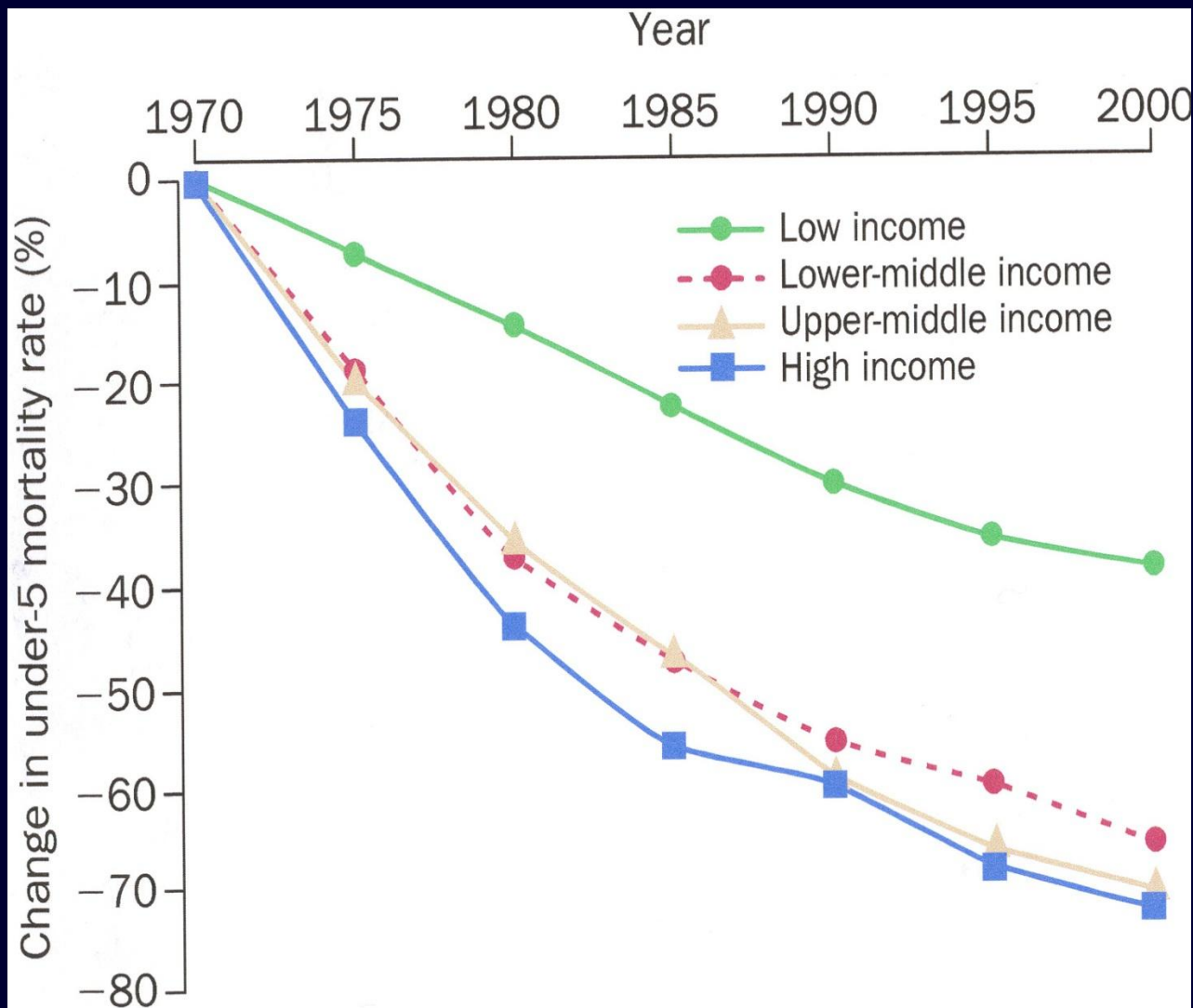
NOTES: GDP is gross domestic product. R-square value = 0.9471; the slope coefficient is significant at the 99 percent confidence level.

Relation entre
richesse d'un
pays et dépenses
en matière de
santé





Il existe une relation entre la richesse d'un pays et la mortalité des enfants < 5 ans



L'évolution dans le temps montre une accroissement des inégalités entre pays riches et pays pauvres

Figure 2: **Rates of change in under-5 mortality by income groups**

Based on data taken from UNICEF¹ and the World Bank.²



Dr Denis Porignon

Organisation mondiale de la Santé
Genève

Généralités - rappel

- Alma Ata = gratuité
- Depuis Alma Ata, le financement est devenu progressivement une préoccupation centrale pour les pays en développement
- Difficultés pour les Etats de maintenir un volume budgétaire suffisant => Initiative de Bamako
- Parallèlement, dans la plupart des PeD, les ménages ont vu leurs "recettes" diminuer => capacité de recouvrement des coûts s'affaiblit, la qualité des services aussi (cercle vicieux)
- Augmentation progressive de la dépendance des pays vis-à-vis de l'aide extérieure

Généralités - outils

- Analyse budgétaire
- La revue des dépenses publiques : outil d'analyse des dépenses réalisées par un Ministère (en l'occurrence celui de la santé)
 - > Combien ? Vers où ? Pour faire quoi ?
 - > cohérence dépenses – politique de santé
- Les comptes nationaux de la santé est une méthodologie d'analyse des flux financiers entre entités appartenant au système de santé
 - > Combien vient d'où et sert à quoi ?
 - > comprend le privé
 - > pas limité au ministère de la santé
 - > cohérence en terme de choix de société

Niveau macro-économique

- Indicateurs :
 - 1) pourcentage du budget national consacré à la santé
 - 2) pourcentage du PNB/PIB consacré à la santé
 - 3) dépenses pour la santé, exprimées en USD/habitant/an
 - 4) répartition de ces montants entre public, privé (lucratif ou non), communauté et aide extérieure

Table 7.1 International comparison of health care expenditure (1997–2000) and provision of physicians and hospital beds (1995–2000)

<i>Country</i>	<i>% GDP (1997–2000)</i>	<i>% public funding (1997–2000)</i>	<i>US\$ per capita (1997–2000)</i>	<i>Physicians per 1 000 people (1995–2000)</i>	<i>Beds per 1 000 people (1995–2000)</i>
Azerbaijan	0.9	75	8	3.6	8.6
DR Congo	1.5	74	9	0.1	NA
Ecuador	2.4	50	26	1.7	1.6
Indonesia	2.7	24	19	NA	NA
N Korea	2.1	77	18	3.0	NA
Nigeria	2.2	21	8	NA	NA
Romania	2.9	64	48	1.8	7.6
Cameroon	4.3	25	24	0.1	NA
Russia	5.3	73	92	4.2	12.1
Poland	6.0	70	246	2.2	4.9
S Korea	6.0	44	584	1.3	6.1
UK	7.3	81	1 747	1.8	4.1
Canada	9.1	72	2 058	2.1	3.9
France	9.5	76	2 057	3.0	8.2
Germany	10.6	75	2 422	3.6	9.1
USA	13.0	44	4 499	2.8	3.6

NA = not available

GDP = gross domestic product

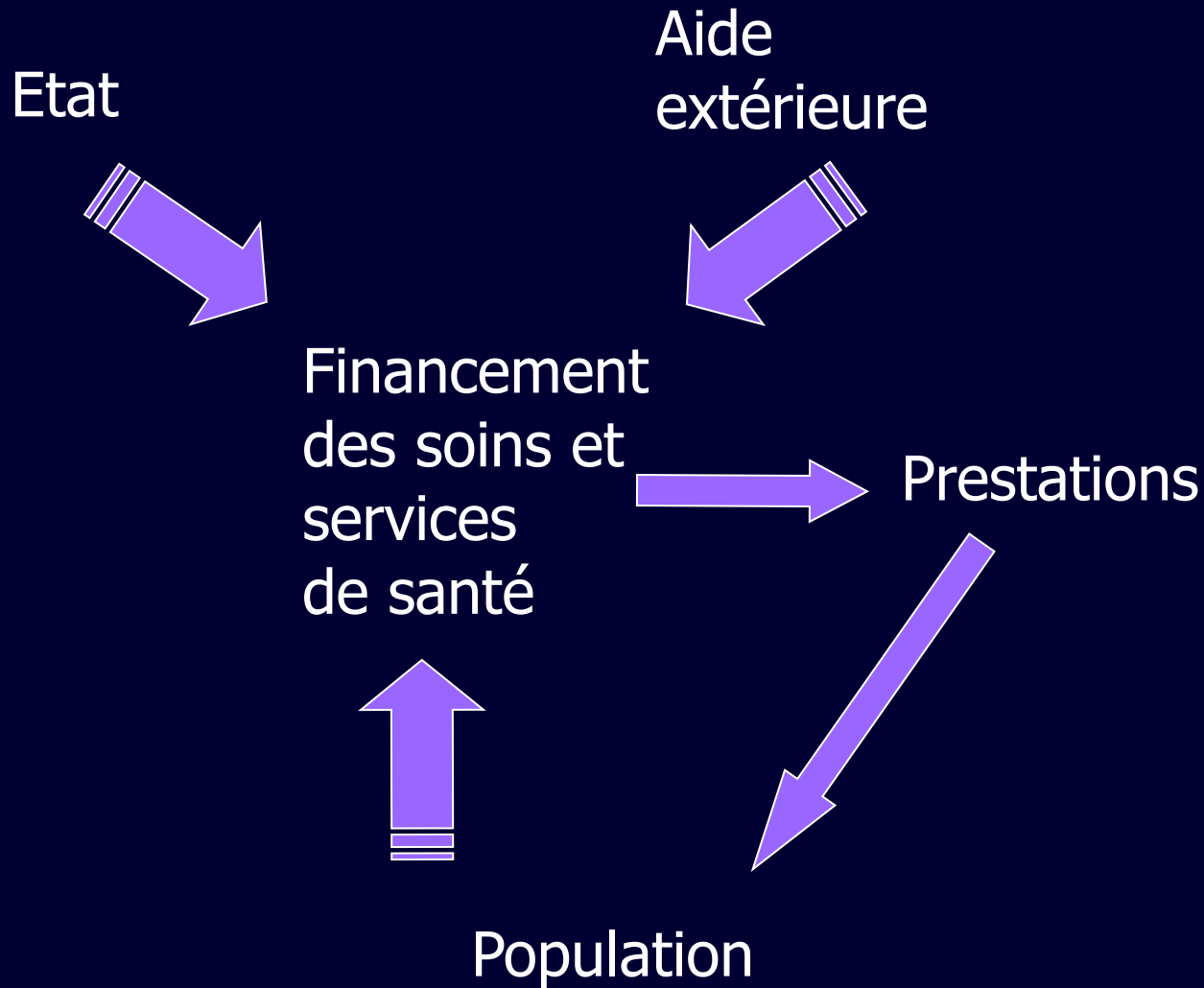
Source: data extracted from WHO website.

EXHIBIT 3**Key Economic And Health-Sector Indicators, By Region And Income Level, 1994**

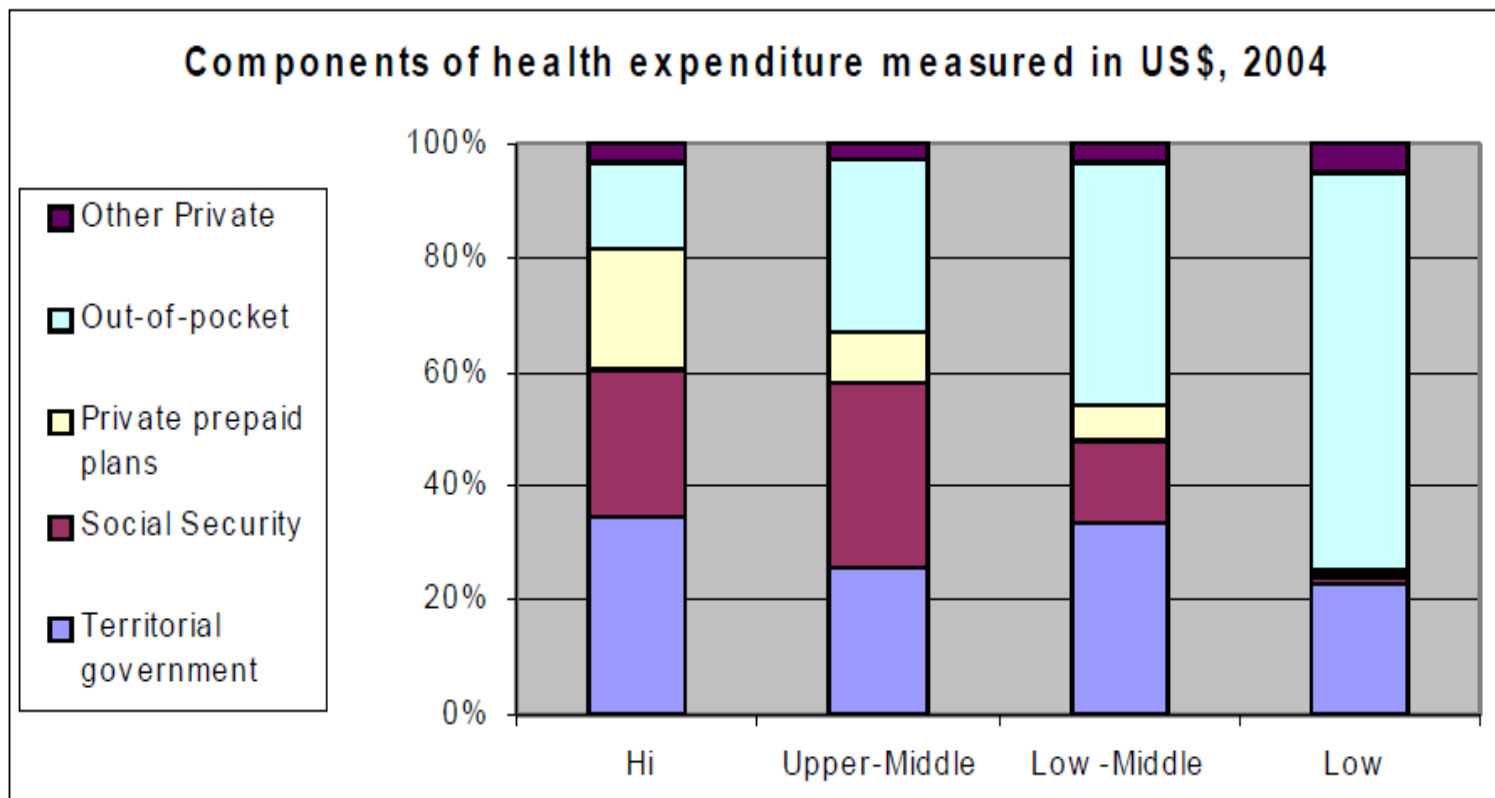
	Economic indicators		Health outcomes		Health services	
	Per capita GDP^a	Per capita real GDP growth rate, 1998–2007^b	Mortality rate under age 5^c	Adult mortality rate^d	Number of physicians^e	Number of inpatient beds^f
Region						
East Asia and Pacific	\$ 1,214	4.8%	5.3	17.9	0.3	1.6
Europe and Central Asia	1,792	3.4	3.5	20.3	3.4	7.1
Latin America and Caribbean	3,138	2.2	4.7	14.8	1.0	1.5
Middle East and North Africa	2,699	0.9	7.2	19.4	0.9	1.5
South Asia	440	3.6	10.6	23.5	0.2	0.5
Sub-Saharan Africa	776	1.0	15.7	39.7	0.1	1.4
Income ^g						
Low	396	– ^h	10.4	– ^h	– ^h	0.9
Middle	2,707	– ^h	5.3	– ^h	– ^h	2.1
Low and middle	1,774	3.1	8.8	21.4	0.7	1.1
High	18,611	2.0	0.9	9.7	2.5	6.3

SOURCES: See below.^a World Bank (Washington, D.C., 1998), country-weighted averages, exchange rate-based dollars; in 1994 U.S. dollars.^b *Global Economic Prospects and the Developing Countries, 1998/1999* (Washington: World Bank, 1998). Real annualized gross domestic product (GDP) growth rates.^c Probability of dying before age 5, based on current World Bank life tables.^d Probability of dying between ages 15 and 60, based on current World Bank life tables.^e Per 1,000 population. World Bank estimates, based on latest available data, 1988–1995.^f Per 1,000 population. *World Development Indicators* (Washington: World Bank, 1997).^g Income groups are based on 1994 GDP per capita data. Low income: \$725 or below; middle income: \$726–\$8,500; and high income: \$8,500 and above.^h Not available.

Généralités



Généralités



Source: NHA data, health system financing, WHO, www.who.int/nha

Figure 29. Proportion of GDP used for health, 2005: general government expenditure, private expenditure excluding out-of-pocket, out-of-pocket and external resources

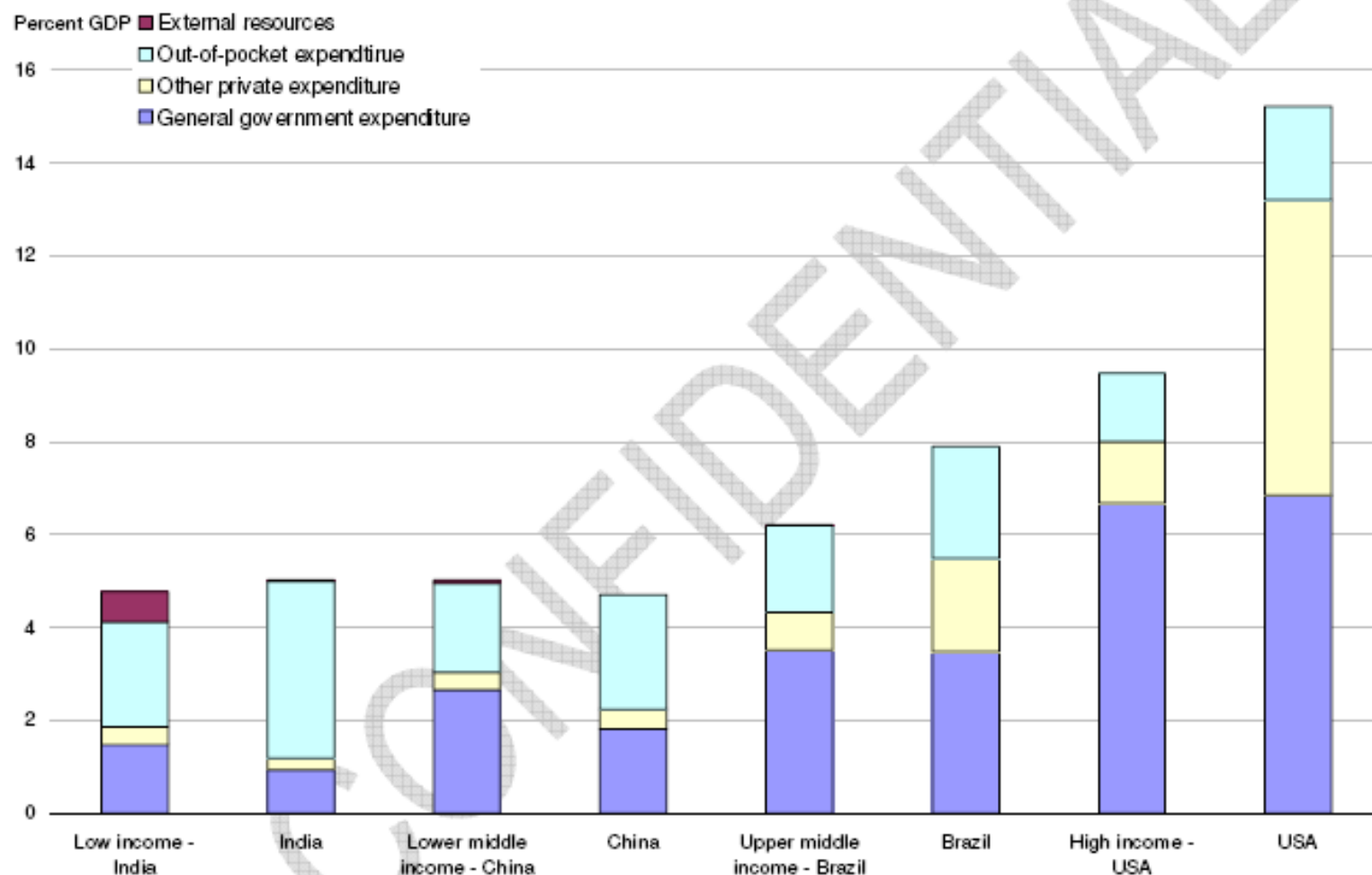
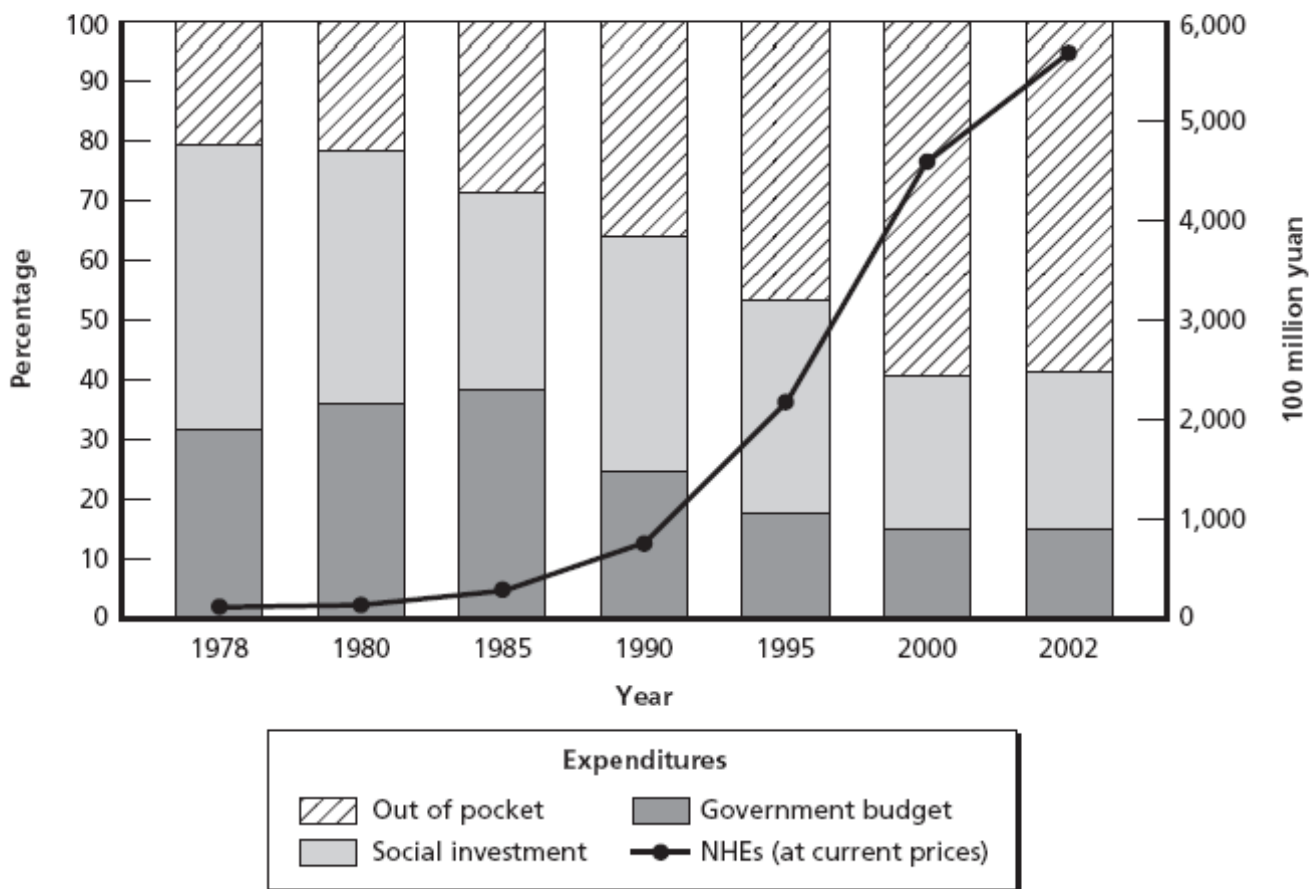


Figure 2.1
The Change in Structure of China's National Health Expenditures



SOURCE: Data from Project Team of the Development Research Center of the State Council of China (2005), Chapter Two, Tables 1 and 3.

RAND OP212-2.1

Figure 1: The transition to universal coverage

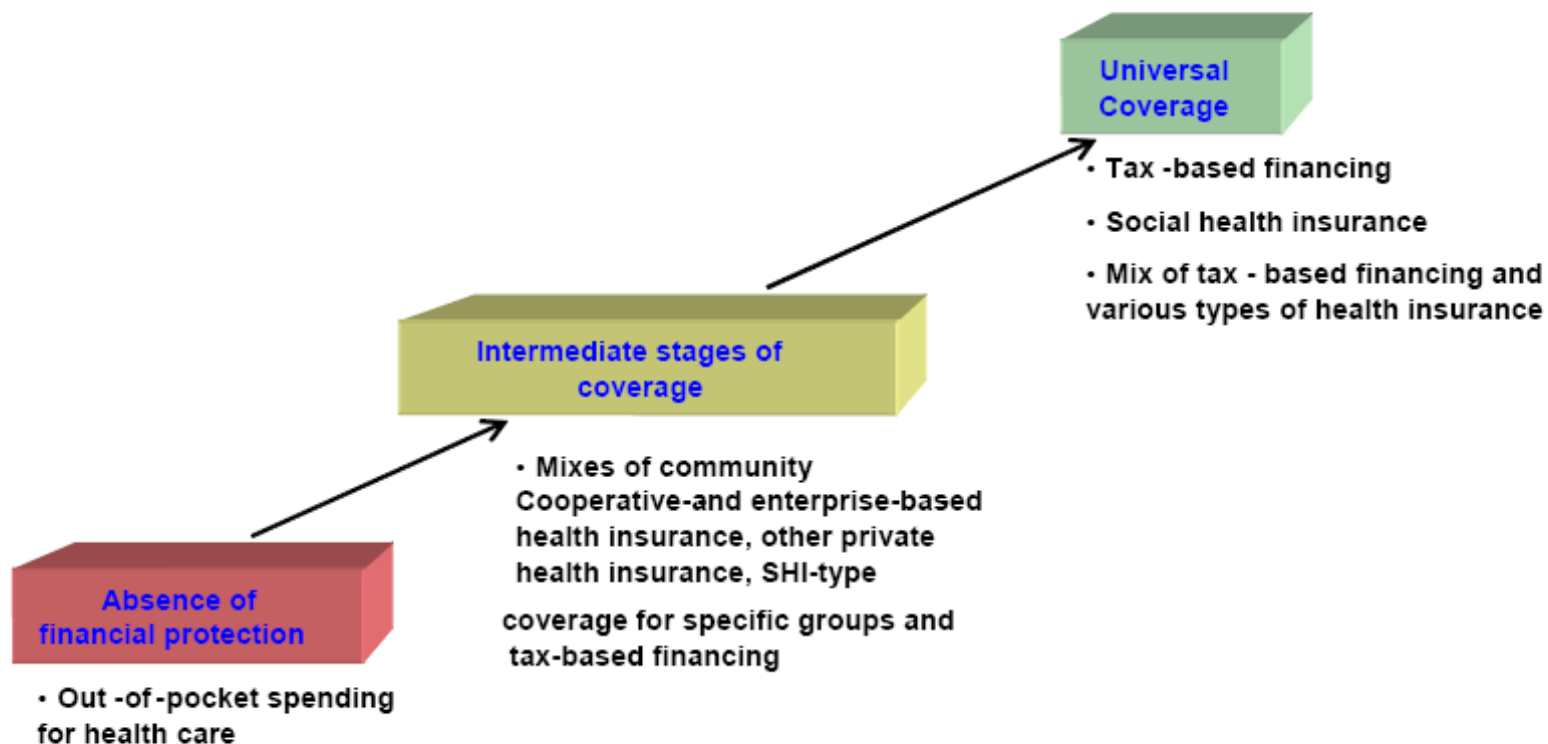
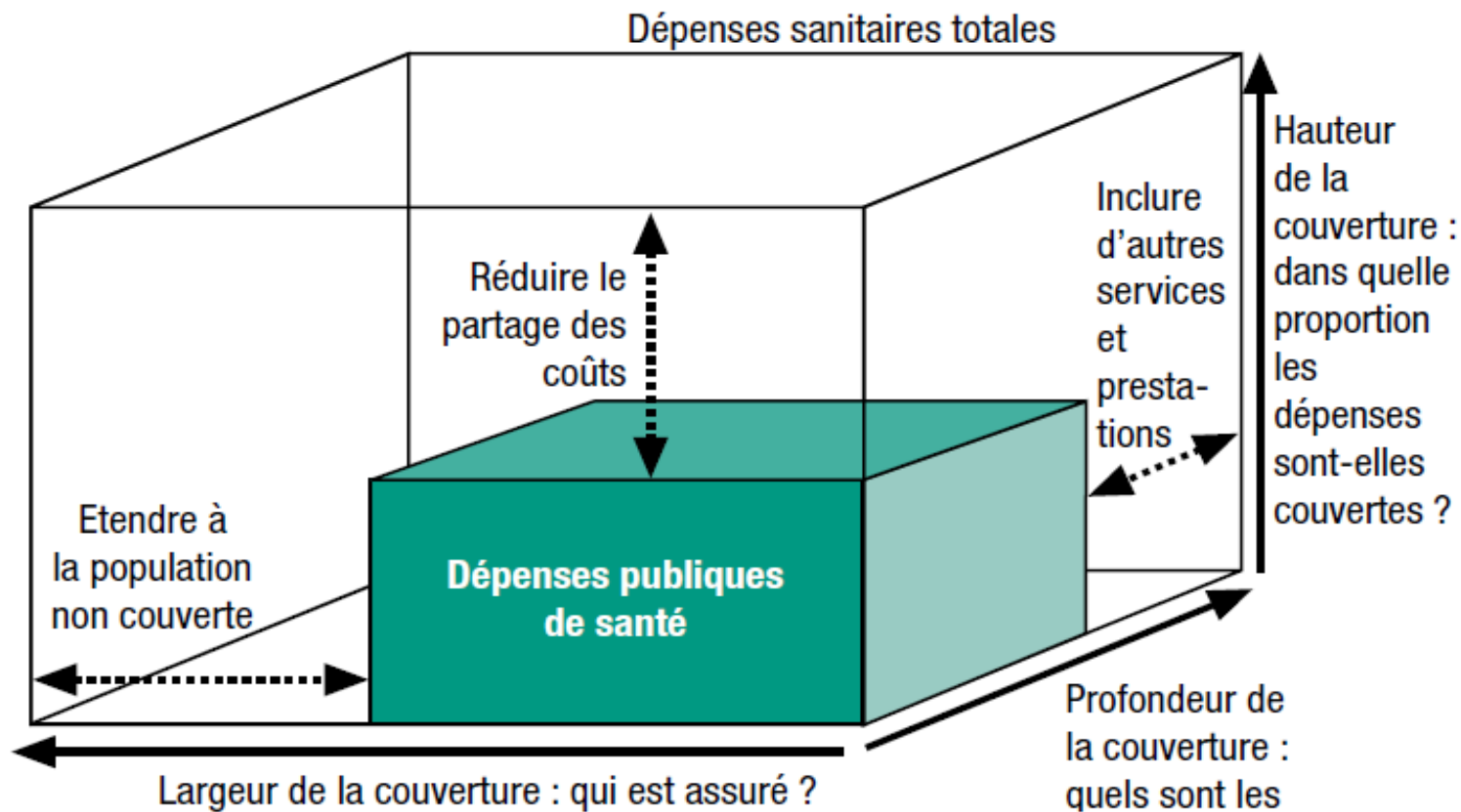


Figure 2.2 Les trois directions de la progression vers la couverture universelle¹⁷



Les flux financiers au sein du système de santé...

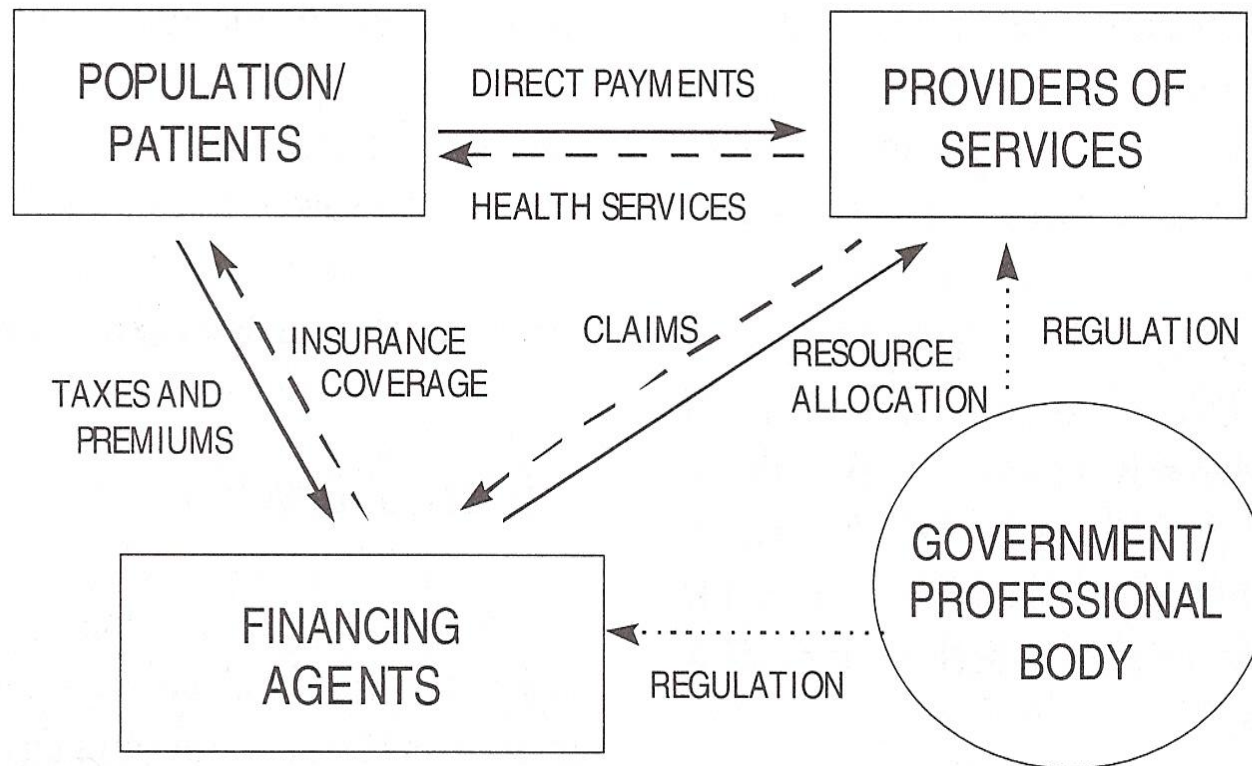


Figure 11-3 A Map of the Health System. *Source:* A. Mills, "Reforming Health Sectors: Fashions, Passions and Common Sense," in A. Mills (Ed.), *Reforming Health Sectors* (London: Kegan Paul International, 2000b), pp. 1-24. Adapted with permission.

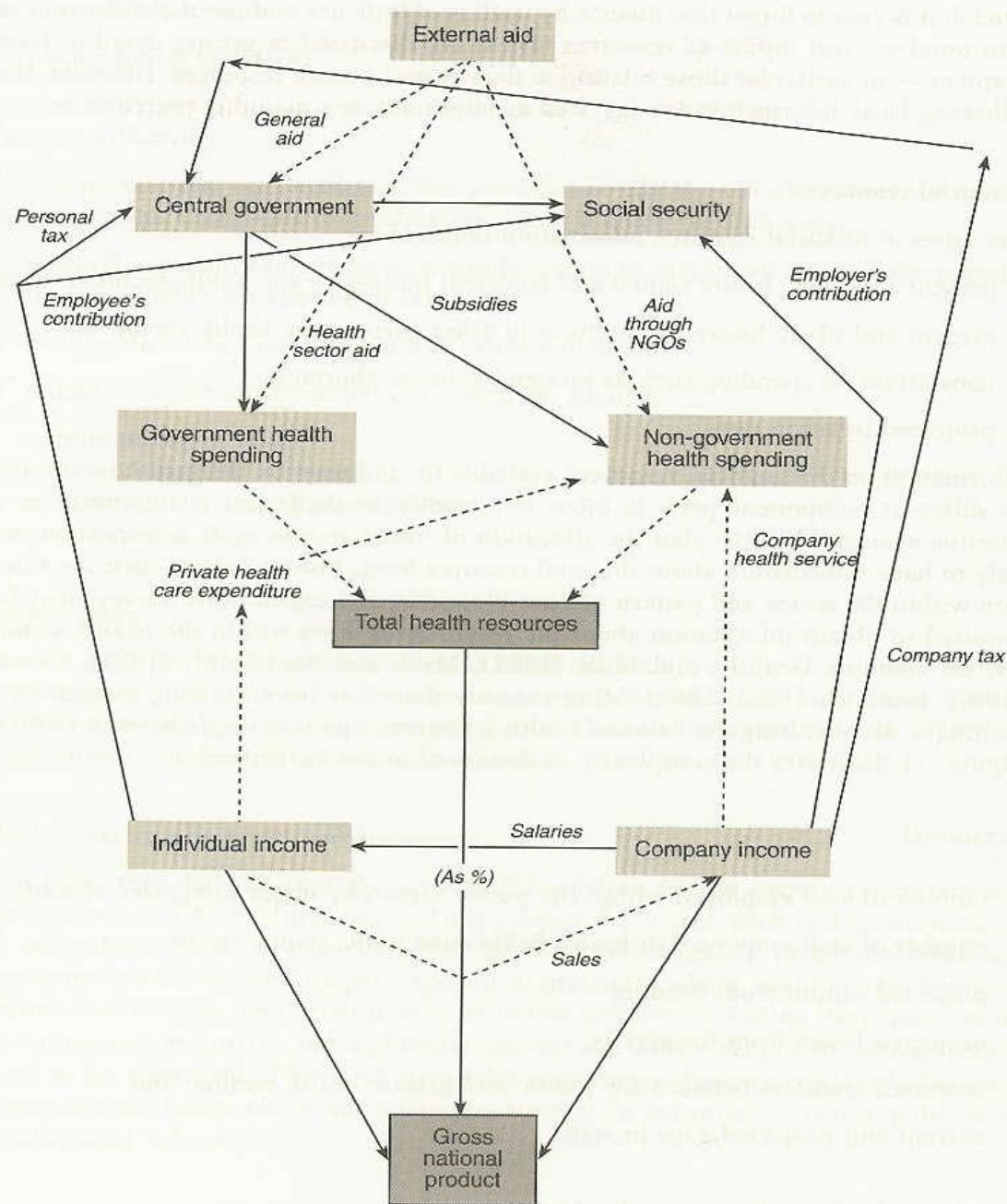
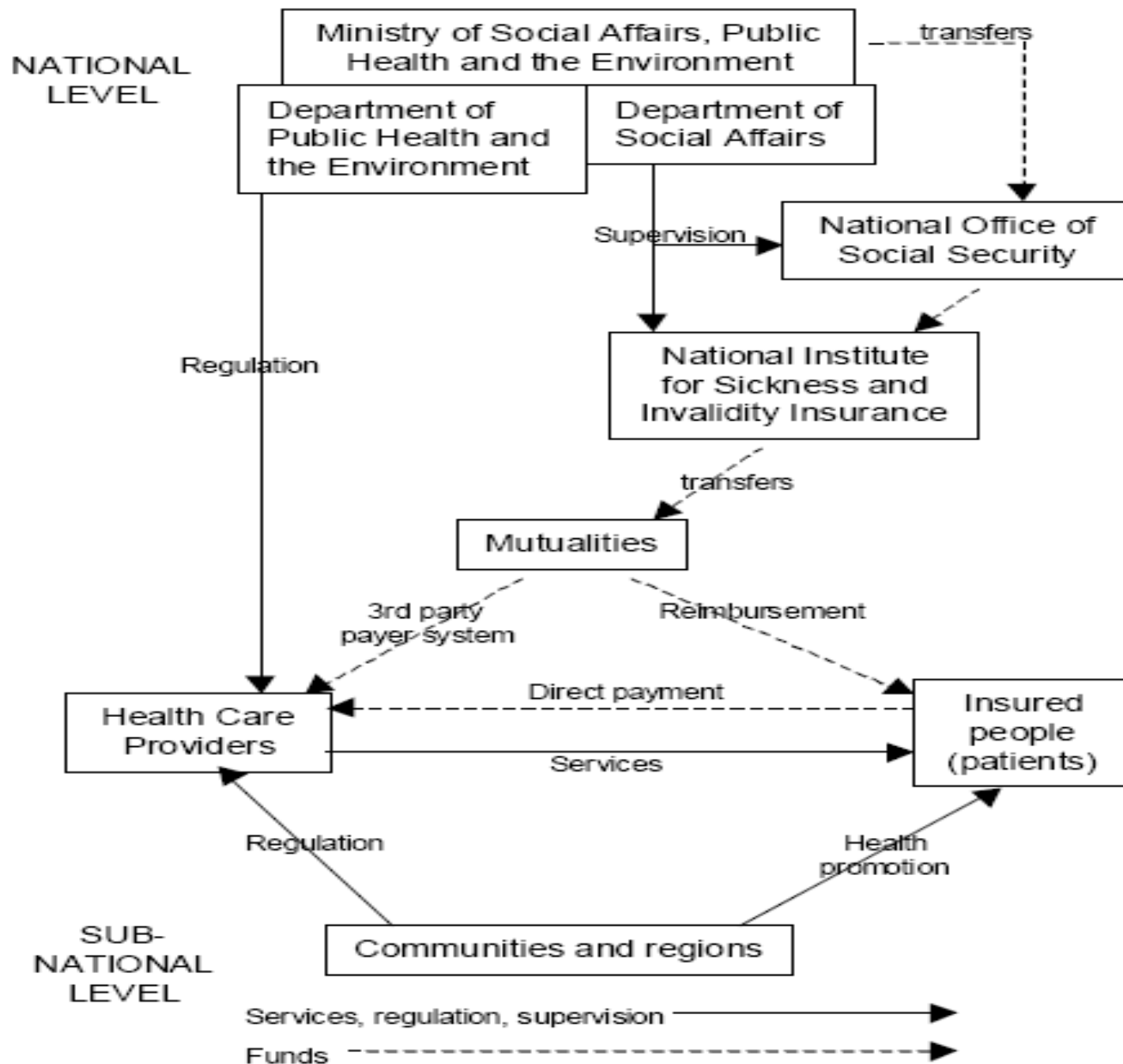


Fig. 7.1 Example of resource flows within the health sector

Fig. 4. Organizational chart of health care system



Niveau macro-économique

- **Aide extérieure**

- approche par projet (projets d'action sanitaire)
- aide budgétaire (intégration de l'aide dans le budget)
- approche sectorielle (SWAp mise en commun de ressources de plusieurs bailleurs pour financer un plan national élaboré par l'ensemble des acteurs)

Volume de l'aide extérieure

Conditionnalités

- démocratie
- politiques
- ajustement structurel

Niveau macro-économique

- **Participation population**

- débours du patient (user fee) :

- * paiement à l'acte : barrière financière,
continuité = ?

- * paiement à l'épisode : solidarité

- * mix des 2 (services / médicaments)

- pré-paiement :

- * paiement par individu

- * paiement par famille

- * capitation

- * co-paiement éventuel par tiers (état, entreprises)

Niveau macro-économique

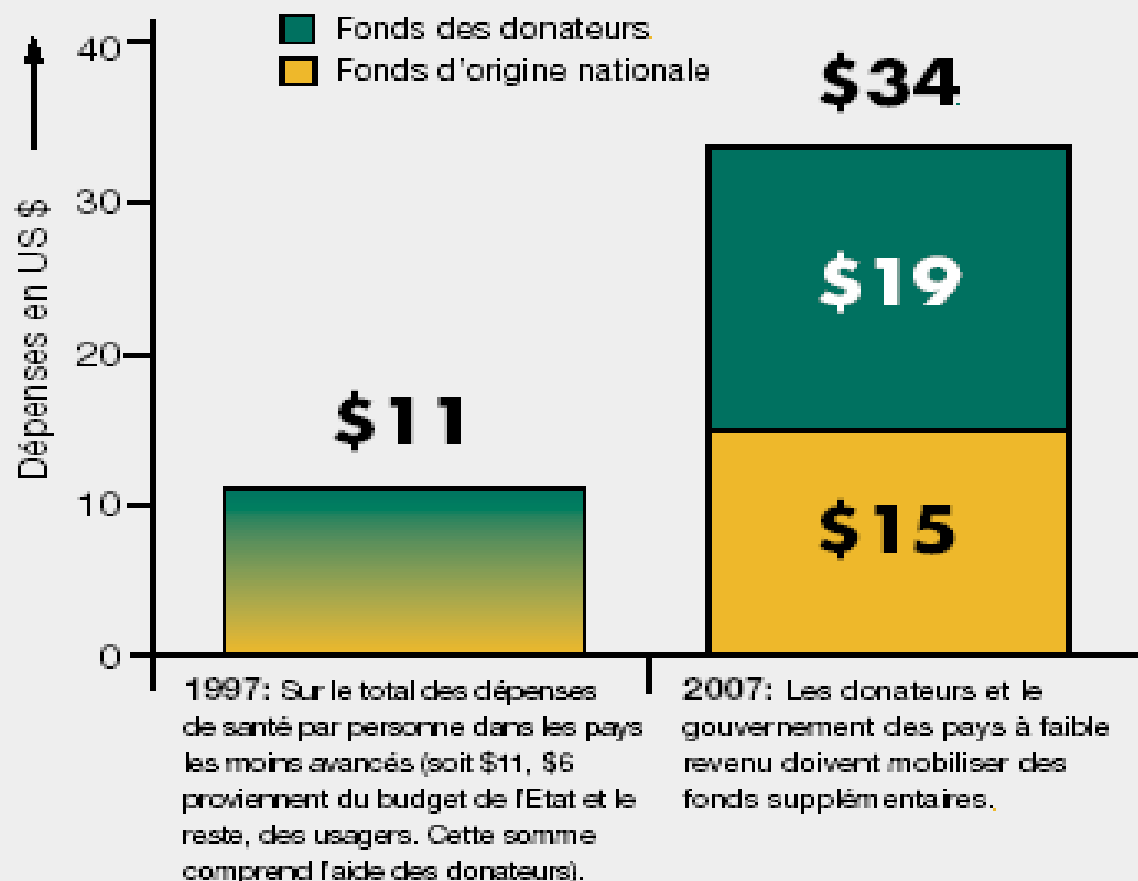
- Pièges du pré-paiement :
 - recrutement faible (information à la population !)
 - sélection adverse
 - difficulté de calcul des primes
 - nécessite plusieurs années pour se mettre en place
- Il faut ajouter les mécanismes d'assurance (privées ou publiques)

Niveau micro-économique

- La gestion financière au niveau des CS
 - introduction de la notion de coût
 - * coûts fixes / récurrents
 - * coûts variables
 - investissement / fonctionnement
 - budgets / dépenses
 - outils de gestion
- La santé facteur d'appauvrissement des populations (pauvreté iatrogène)

Coût des interventions essentielles

Dans son rapport, la Commission Macroéconomie et Santé estime que le coût minimum à prévoir pour élargir la couverture d'une série d'interventions essentielles est en moyenne de US \$34 (au taux actuel du dollar) par personne et par an, en comptant les interventions nécessaires pour lutter contre la pandémie de SIDA. Dans les 48 pays les moins avancés du monde, les dépenses moyennes de santé s'élèvent à environ US \$11 par personne et par an, US \$6 provenant du budget national (y compris l'aide des donateurs) et le reste, des usagers (1997). Les niveaux actuels de l'aide fournie par les donateurs sont très bas ; ils étaient estimés à US \$2,29 par personne dans les pays les moins avancés en 1997-1999.



Au niveau international : IHP+

- Cadre d'élaboration d'une politique unique sous tendant un plan de développement sanitaire unique avec un budget unique, un mécanisme unique de suivi & évaluation et des procédures harmonisées. Il représente l'aboutissement le plus avancé à l'heure actuelle de la mise en pratique de la Déclaration de Paris

Le Partenariat international pour la santé et les initiatives apparentées (IHP+) visent à favoriser la coopération interinstitutionnelle plutôt que la concurrence, à réduire les coûts de transaction, à améliorer l'efficacité et la prévisibilité de l'aide, à accroître les ressources du gouvernements et des partenaires du développement pour le secteur de la santé, à créer des connaissances et à améliorer l'échange du savoir entre les pays et les partenaires du développement.

- Les pays peuvent adhérer à l'initiative en signant un Compact global : +/- 40 membres dont une quinzaine de pays bénéficiaires
- Les pays bénéficiaires doivent élaborer un Compact national (Ethiopie, Mali, Mozambique,...)

Qu'est-ce qu'un pacte national ?

Le pacte national est un accord négocié et signé pour une durée déterminée par lequel tous les partenaires s'engagent à mettre en œuvre et à respecter les priorités nationales de santé définies et décrites dans la stratégie nationale de la santé. Les signataires du pacte national acceptent donc que tous les investissements actuels et futurs se fondent sur LA stratégie nationale de santé, unique et validée, orientée sur les résultats, avec des coûts chiffrés, des critères clairs de performance pour toutes les parties et contrôlée et évaluée d'une manière transparente aux fins d'une responsabilisation mutuelle.

□ Unicité des composantes

- UNE stratégie unique nationale pour la santé
- UN cadre unique pour les résultats
- UNE grille politique unique avec des jalons
- UN processus budgétaire unique
- UNE procédure commune de gestion financière

□ Accord sur :

- les modalités de l'aide
- les procédures de contrôle
- la mesure de la performance des pays
- la mesure de la performance des partenaires
- la résolution des litiges

Conclusions

- Les politiques de santé sont essentielles à considérer
- Il faut avoir une bonne connaissance de l'environnement international dans lequel elles sont élaborées et mises en oeuvre
- Il faut avoir conscience des choix politiques qu'elles sous tendent
- Les politiques de santé sont complexes (déterminants nombreux, solutions possibles multiples)

