



Organisation
mondiale de la Santé

GUIDE détaillé

permettant d'analyser l'efficacité
inter-programmatique en santé

Guide détaillé permettant d'analyser l'efficacité inter-programmatique en santé

Guide détaillé permettant d'analyser l'efficacité inter-programmatique en santé [Step-by-step guide to conducting a cross-programmatic efficiency analysis]

ISBN 978-92-4-008515-2 (version électronique)

ISBN 978-92-4-008516-9 (version imprimée)

© Organisation mondiale de la Santé 2023

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. Guide détaillé permettant d'analyser l'efficacité inter-programmatique en santé [Step-by-step guide to conducting a cross-programmatic efficiency analysis]. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2023. Licence : [CC BY-NC-SA 3.0 IGO](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/).

Catalogage à la source. Disponible à l'adresse <https://iris.who.int/?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.

La traduction française a été réalisée par GP Strategies. La terminologie peut ne pas être cohérente avec d'autres publications de l'OMS. En cas d'incohérence entre la version anglaise et la version française, la version anglaise est considérée comme la version authentique faisant foi.

Design et layout par Phoenix Design Aid, Danemark



Table des matières

Remerciements	IV
1. Présentation de l'approche et du document d'orientation	1
2. Guide pour l'analyse de l'efficacité inter-programmatique en santé	2
Étape 1 : déterminez les objectifs et l'ampleur de l'analyse.	3
Étape 2 : collecte des données.	7
Étape 3 : cartographie des fonctions au sein des programmes.	9
Étape 4 : analyse transversale des fonctions dans l'ensemble des programmes.	10
Étape 5 : identification des priorités et développement des options	12
3. Cadres	14
Cadre 1.3. Questions d'orientation permettant d'identifier les programmes à analyser	14
Cadre 1.5. Tableau de cartographie des parties prenantes.	15
Cadre 2.1. Informations susceptibles d'être recueillies lors de l'évaluation des données.	16
Cadre 2.2. Exemple de guide d'entretien.	18
Cadre 3.1. Questions d'orientation permettant de cartographier les fonctions et les sous-fonctions du système de santé sur les programmes de santé sélectionnés.	20
Cadre 3.2. Tableau de collecte des données au sein du programme	22
Cadre 3.3. Tableau de collecte des données sur les différents niveaux de soins	23
Cadre 4.1. Questions d'orientation permettant d'analyser l'ensemble des programmes.	24
Cadre 4.2. Tableau d'analyse des fonctions dans l'ensemble des programmes	25
Cadre 5.1.1. Questions d'orientation permettant d'élaborer des politiques.	26
Cadre 5.1.2. Tableau de la matrice d'évaluation de la politique.	27
4. Les références	28



Remerciements

Ce guide détaillé permettant d'analyser l'efficacité inter-programmatique en santé est le fruit d'un effort collectif de l'équipe Financement des systèmes de santé de l'OMS. Ce guide entre dans le cadre d'un programme de travail global visant à identifier et à réduire les inefficiences systémiques dans l'ensemble des programmes de santé. Il s'appuie sur le document de l'OMS *Approche systémique pour analyser l'efficacité au travers des programmes de santé*, élaboré par Antonio Durán, Joseph Kutzin et Susan Sparkes. Il reflète directement les enseignements tirés lors de la mise en œuvre de ce programme de travail. Il fournit les mesures concrètes qu'il est conseillé de prendre pour analyser l'efficacité inter-programmatique en santé.

Ce document a été préparé par Alexandra Earle (OMS), Susan Sparkes (OMS) et Denizhan Duran (antérieurement consultant de l'OMS, désormais Banque mondiale). Nous tenons à remercier Phyllida Travis (Consultante indépendante) et Grace Kabaniha (OMS SEARO) pour leur relecture et leurs suggestions sur le guide. Nos remerciements vont aussi aux nombreuses personnes qui y ont contribué par leur adoption de l'approche de l'efficacité inter-programmatique ou leur participation aux formations sur cette dernière. Le guide a été élaboré sous la direction de Joseph Kutzin (OMS).

Le guide a bénéficié du soutien financier de Gavi, l'Alliance du vaccin, du Fonds mondial et du gouvernement français.



1. Présentation de l'approche et du document d'orientation

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a développé une approche de diagnostic pour permettre aux pays d'examiner les programmes qui font partie de leur système de santé et d'identifier leurs inefficiences inter-programmatiques.^{1,2} Ces inefficiences entre les programmes correspondent à des doublons et incohérences entre les principales fonctions du système de santé (financement, gouvernance, prestation de services et production de ressources humaines et matérielles) qui limitent la couverture effective que le système de santé peut atteindre.

L'approche est une analyse appliquée du système de santé examinant en détail les programmes verticaux dans leurs fonctions et les place dans le contexte du système de santé global. L'analyse de l'efficacité inter-programmatique fournit un processus exploitant les données probantes et mobilisant les parties prenantes afin de déterminer et d'élaborer des options permettant

de corriger les principales inefficiences dans ces fonctions spécifiques, aussi bien au sein des programmes de santé qu'entre eux. Bien que l'analyse vise à identifier les domaines dans lesquels l'efficacité peut être améliorée, elle peut également mettre en évidence ceux dans lesquels des approches efficaces sont déjà mises en œuvre et peuvent être exploitées dans l'ensemble du système de santé.

Ce document vise à condenser les étapes afin de fournir un guide de mise en œuvre. L'approche doit être adaptée en fonction des conditions et des contextes de la mise en œuvre. Ce guide de processus fournit la marche à suivre pour aider les praticiens et les décideurs, ainsi que ceux susceptibles de les aider, à mettre en pratique cette approche. Il complète l'approche conceptuelle détaillée présentée dans le document [Approche systémique pour analyser l'efficacité au travers des programmes de santé](#).

¹ Pour en savoir plus sur le cadre analytique, veuillez consulter le document *Approche systémique pour analyser l'efficacité inter-programmatique en santé, Diagnostics et éléments d'orientation pour le financement de la santé n° 2*, élaboré en 2017 par Sparkes, S., Durán, A., Kutzin, J., OMS.

² Pour consulter davantage d'exemples sur la façon dont cette approche a été mise en œuvre dans les pays, rendez-vous sur le site Web suivant : <https://www.who.int/teams/health-systems-governance-and-financing/health-financing/diagnostics/cross-programmatic-efficiency-analysis>



2. Guide pour l'analyse de l'efficacité inter-programmatique en santé

La présente section décrit la marche à suivre recommandée pour effectuer une analyse de l'efficacité inter-programmatique en santé. L'analyse doit permettre d'identifier les fonctions précises au niveau desquelles l'efficacité peut être améliorée, les propositions d'amélioration et un processus permettant d'impliquer les parties prenantes de l'ensemble des programmes de santé et du reste du système de santé. Cette analyse ne doit pas être considérée comme une évaluation unique dans les pays, mais plutôt comme une analyse de base des résultats en termes d'inefficacités au sein et dans l'ensemble

du système de santé et un processus de mobilisation pouvant être mis à jour de manière régulière.

La [Section III](#) du présent document contient des modèles utiles pour collecter et analyser les données et les options politiques.

Ces étapes sont décrites en détail ci-dessous et indiquent clairement que le contenu doit être adapté en fonction du contexte de la mise en œuvre.





Étape 1



Objectifs et
ampleur

Étape 1 : déterminez les objectifs et l'ampleur de l'analyse

i Objectifs :

Pour lancer le processus analytique, il convient de déterminer les objectifs et l'ampleur de l'analyse globale en fonction des besoins, de la capacité et de la demande des pays. Cette détermination porte sur les points suivants : (1) identifier l'équipe chargée de l'analyse et les principales personnes de contact pour les analyses ; (2) intégrer l'analyse dans des programmes de réforme du système de santé plus larges ; et (3) élaborer un plan de travail détaillé.

Activités suggérées :

- 1.1 Définissez les objectifs de l'analyse** pour votre contexte donné. Quels étaient les motifs liés à la demande de cette analyse ? Comment cette analyse peut-elle être positionnée au mieux dans ce contexte ? Objectifs envisageables :
 - affecter et utiliser plus efficacement les ressources dans l'ensemble des programmes/systèmes ;
 - identifier les domaines ciblés afin de les intégrer/harmoniser dans l'ensemble des programmes/systèmes ;
 - identifier les principaux défis liés à la pérennité dans le contexte du financement des bailleurs et de la transition épidémiologique ;
 - assurer l'alignement entre les flux financiers et les objectifs de prestation de services ; et
 - favoriser l'alignement entre l'organisme d'achat et les interventions spécifiques à une maladie.
- 1.2 Identifiez et réunissez les principales personnes de contact au sein du ministère de la Santé, de l'OMS et d'autres partenaires**, et définissez les rôles et les responsabilités. Sous la direction du ministère de la Santé partenaire, cela peut inclure un membre du bureau national de l'OMS, des experts techniques de l'OMS issus du bureau régional ou du siège et/ou des consultants formés à la mise en œuvre de cette approche, ainsi que les principaux contacts techniques du ministère de la Santé qui peuvent superviser la collecte des données et jouer un rôle clé pour établir des relations et identifier les parties prenantes. Selon le contexte, il peut être logique d'impliquer des représentants de bailleurs de fonds externes impliqués dans le financement des programmes de santé afin d'éclairer les discussions sur la transition hors de l'aide au développement. Deux niveaux de groupes de travail techniques peuvent être envisagés : (1) l'équipe chargée de l'analyse principale, telle que décrite ci-dessus, et (2) le groupe consultatif d'experts techniques. Ce dernier doit inclure les principales personnes de contact des programmes du ministère de la Santé ainsi que d'autres parties prenantes clés au niveau ministériel (par exemple, le directeur de la planification ou le secrétaire général), ainsi que les principaux partenaires (tels que les bailleurs).
- 1.3 Identifiez l'ampleur et les liens avec d'autres priorités/processus de réforme.** L'intégration de cette analyse dans une réforme plus large du système de santé, ainsi que des priorités des programmes, est essentielle pour s'assurer que l'analyse puisse être utilisée et réponde aux besoins de l'ensemble du système de santé. Le point de départ de cette analyse peut s'appuyer sur les priorités du système ou la demande de programmes (ex. planification de la transition hors de l'aide ou processus de planification stratégique au niveau national) (voir l'[encadré 1](#) pour consulter des exemples de contextes dans lesquels cela a été réalisé dans plusieurs pays). En outre, ce travail peut être mené dans le cadre d'autres évaluations de diagnostic relatives au système de santé et au financement de la santé au niveau des pays en cours ou prévues (telles que celles incluses dans l'[encadré 2](#)). Cette étape comprendra également la sélection des programmes de santé prioritaires qui seront intégrés à l'analyse. Vous trouverez dans l'[encadré 3](#) d'autres informations sur la définition d'un programme de santé et son lien avec le système de santé global. Veuillez vous reporter au **Cadre 1.3** pour consulter les questions d'orientation afin d'identifier les programmes à analyser. Les pays qui ont déjà effectué cette analyse ont choisi 3 à 5 programmes à analyser.

Étape 2



Collecte de
données

Étape 3



Cartographie
des fonctions
au sein des
programmes

Étape 4



Analyse des
fonctions dans
l'ensemble des
programmes

Étape 5



Identification
des priorités et
développement
des options



Étape 1



Objectifs et ampleur

Étape 2



Collecte de données

Étape 3



Cartographie des fonctions au sein des programmes

Étape 4



Analyse des fonctions dans l'ensemble des programmes

Étape 5



Identification des priorités et développement des options

Encadré 1 : exemples de contextes de mise en œuvre

L'analyse de l'efficacité des programmes de santé est, dans l'idéal, liée aux priorités de réforme, que ce soit au niveau du programme ou du système. Le tableau 1 résume les programmes de santé, ainsi que les contextes de réforme et les déclencheurs des activités dans les pays où l'analyse a été menée.

Tableau 1

Pays	Programmes inclus dans l'analyse	Contexte analytique plus large
Bhoutan	Tuberculose, VIH/SIDA, paludisme, maladies non transmissibles, vaccination, et santé maternelle, néonatale et infantile	Réforme de la prestation de services, transition hors de l'aide au développement
Comores	Tuberculose, VIH/SIDA, paludisme, vaccination, alimentation, santé familiale	Réforme de la prestation de services, transition hors de l'aide au développement
Côte d'Ivoire	Santé maternelle/infantile, paludisme, alimentation, tuberculose, VIH/SIDA, vaccination	Élaboration de stratégies de financement de la santé et goulots d'étranglement dans la gestion des finances publiques
Ghana	Tuberculose, VIH/SIDA, paludisme, vaccination et programmes de santé maternelle, néonatale, infantile et des adolescents, COVID-19	Transition hors de l'aide au développement, analyse de l'espace budgétaire, planification de la feuille de route de la couverture santé universelle (CSU), réponse à la COVID-19
République démocratique populaire lao	Tuberculose, VIH/SIDA, vaccination	Projets stratégiques nationaux de lutte contre la tuberculose et le VIH, élaboration d'une stratégie de financement de la santé
Nigéria	VIH/SIDA, paludisme, vaccination, planification familiale, santé néonatale et infantile, lèpre, alimentation	Amélioration de l'efficacité, élaboration d'une stratégie de financement de la santé au niveau de l'État
Afrique du Sud	Tuberculose, VIH/SIDA, santé maternelle, néonatale et infantile	Réforme nationale de l'assurance maladie
Sri Lanka	Tuberculose, VIH/SIDA, maladies non transmissibles	Réforme de la prestation de services, transition hors de l'aide au développement
Tanzanie	TB, HIV/AIDS, malaria, Mother and Child, immunization	Donor transition, efficiency improvements

Pour obtenir des informations détaillées sur le contexte et les conclusions de l'analyse de l'efficacité des programmes, des notes d'orientation relatives à certaines études menées dans les pays ont été publiées. Elles présentent les principales conclusions de l'analyse (voir l'[encadré 6](#) pour en savoir plus).³

³ Vous trouverez les notes d'orientation relatives à l'analyse de l'efficacité des programmes par pays sur la page suivante : <https://www.who.int/teams/health-systems-governance-and-financing/health-financing/diagnostics/cross-programmatic-efficiency-analysis>



Étape 1



Objectifs et ampleur

Étape 2



Collecte de données

Étape 3



Cartographie des fonctions au sein des programmes

Étape 4



Analyse des fonctions dans l'ensemble des programmes

Étape 5



Identification des priorités et développement des options

Encadré 2 : Outils de diagnostic supplémentaires concernant le système de santé et le financement de la santé

L'analyse de l'efficacité des programmes de santé peut compléter les autres outils de diagnostic de l'OMS concernant le financement de la santé décrits ci-dessous.

[Diagnostic pour le financement de la santé](#) (Organisation mondiale de la santé et al., 2016) :

Cet outil d'évaluation fournit des conseils sur la marche à suivre pour réaliser une analyse de la situation du système de financement de la santé d'un pays et évaluer le système existant par rapport à l'objectif de couverture santé universelle. Les résultats visent à alimenter l'élaboration d'une stratégie de réforme du financement de la santé. Cet outil permet de mieux comprendre le système de santé global.

[Matrice des progrès en matière de financement de la santé 2.0](#) (Jowett et al., 2020) :

La matrice des progrès en matière de financement de la santé 2.0 répond à la nécessité de disposer d'un outil permettant de suivre et de mesurer systématiquement les progrès réalisés dans l'élaboration et la mise en œuvre de politiques de financement de la santé qui favorisent les avancées vers la couverture sanitaire universelle. La matrice des progrès en matière de financement de la santé évalue les dispositifs de financement de la santé qui ont été mis en place dans un pays en les comparant à un ensemble de valeurs de référence exprimées sous la forme de 19 attributs visés. L'analyse de l'efficacité inter-programmatique en santé est représentée dans la présente évaluation par une section sur la fragmentation induite qui limite l'efficacité dans l'utilisation des ressources.

[Guide analytique pour l'évaluation d'un système mixte de paiement des prestataires](#) (Mathauer et al., 2019) :

Ce guide complète le document « Diagnostic pour le financement de la santé » en fournissant une analyse plus approfondie des systèmes de paiement des prestataires afin d'identifier les options permettant d'aligner plus efficacement le système de paiement sur les objectifs de la couverture sanitaire universelle. Les résultats visent à alimenter et à améliorer le dialogue sur les politiques nationales en matière d'achat de soins. Il permet de promouvoir et d'attirer l'attention sur la nécessité d'harmoniser les modes de paiement au sein des acheteurs et entre eux, comme une étape importante vers un achat plus stratégique et, de renforcer l'efficacité au sein du système de santé.

- 1.4 **Déterminez les modalités de l'analyse** : il n'existe pas d'approche universelle pour réaliser cette analyse. Elle peut, entre autres, inclure des entretiens à distance ou en présentiel avec des informateurs clés et/ou des ateliers avec les principales parties prenantes. En général, elle associe évaluation et collecte des données en présentiel. L'équipe chargée de l'analyse peut se trouver dans le pays et à distance. La revue initiale des documents peut fournir des bases d'analyse pour des entretiens ciblés.
- 1.5 **Créez une liste des principales parties prenantes** affiliées aux programmes sélectionnés et au reste du système de santé. Le cas échéant, la cartographie et l'analyse des parties prenantes peuvent être utiles pour comprendre la diversité des acteurs clés et leurs rôles/responsabilités/rerelations avec les programmes de santé ou le secteur sélectionnés. Pour faciliter l'organisation, le tableau figurant dans le **cadre 1.5** peut être utile pour cartographier ces parties prenantes ainsi que leur intérêt et leur influence sur le système ou les programmes de santé. Des groupes généraux de parties prenantes peuvent être envisagés dans les catégories suivantes : groupes d'intérêt, bureaucrates, budget/finances, dirigeants, bénéficiaires et acteurs externes (Campos and Reich, 2019; Sparkes et al., 2019). Une liste des types d'établissements à visiter sur l'ensemble des zones géographiques doit être incluse.



Étape 1



Objectifs et
ampleur

Étape 2



Collecte de
données

Étape 3



Cartographie
des fonctions
au sein des
programmes

Étape 4



Analyse des
fonctions dans
l'ensemble des
programmes

Étape 5



Identification
des priorités et
développement
des options

Encadré 3 : programmes de santé

Les programmes de santé font partie des objectifs du système de santé et ils y contribuent. Ils sont souvent définis par une population spécifique, une maladie particulière, une région ou un lieu, ou par des interventions spécifiques et la technologie disponible. Vous trouverez des exemples de programmes de santé ci-dessous :

- HIV
- Tuberculose
- Paludisme
- Programme élargi de vaccination
- Santé maternelle et infantile
- Maladies non transmissibles

L'organisation de ces programmes de santé varie selon les contextes. Certains peuvent nécessiter une stratégie ciblée associée à la surveillance des services et des résultats ou, à l'autre extrémité, inclure leurs propres arrangements et solutions en termes de prestation de services, de financement, de ressources humaines, d'établissements, de systèmes d'information et d'approvisionnements. Cette dernière approche a été renforcée dans certains contextes grâce à l'aide des bailleurs pour les domaines prioritaires (comme le VIH, la planification familiale et la vaccination).

- 1.6 Élaborez un plan de travail :** la liste des activités, les délais, les livrables et le plan de travail à exécuter doivent être clairement établis afin que les membres de l'équipe soient informés de leur rôle spécifique et de la date à laquelle cette tâche doit être réalisée. Le cadre d'échantillonnage (par exemple, entre les districts, les provinces et les entités infranationales) doit faire l'objet d'une discussion et d'un accord au niveau national. Ce plan de travail doit être mis à jour et ajusté si nécessaire tout au long de l'analyse.

Livrables :

- ✓ Objectifs convenus et ampleur de l'analyse
- ✓ Identification des points focaux de l'ensemble des organismes et partenaires, y compris leurs rôles et responsabilités
- ✓ Modalités d'analyse détaillées et liste des principales parties prenantes convenues
- ✓ Plan de travail finalisé, y compris un calendrier



Étape 1



Objectifs et ampleur

Étape 2



Collecte de données

Étape 3



Cartographie des fonctions au sein des programmes

Étape 4



Analyse des fonctions dans l'ensemble des programmes

Étape 5



Identification des priorités et développement des options

Étape 2 : collecte des données

i Objectifs :

une approche mixte est généralement utilisée : collecte de données primaires, examen des sources de données secondaires, y compris les publications et littérature grise sur le système de santé global et certains programmes prioritaires. Il est important de collecter les données en s'appuyant sur les quatre fonctions et sous-fonctions du système de santé, et sur leurs interconnexions, pour chaque programme, notamment par niveau d'établissement (voir l'[encadré 4](#) pour en savoir plus) ou système de santé. Les données recueillies au cours de cette phase seront utilisées pour l'analyse de base dans les étapes 3 et 4.

Activités suggérées :

- 2.1 **Lecture des documents disponibles** pour comprendre le contexte actuel du pays et les performances des programmes de santé sélectionnés. Ceci peut inclure une revue générale des enjeux pour le système de santé ainsi qu'une évaluation plus ciblée. Lors de cette étape, consultez les documents clés (publications et littérature grise) déjà produits sur le système de santé. Cette évaluation consiste également à recueillir des données quantitatives clés décrivant les performances des programmes de santé sélectionnés et à analyser les dépenses. Les données doivent être recueillies au niveau des systèmes et des programmes, si elles sont disponibles. Veuillez vous reporter au [cadre 2.1](#) pour une liste des sources de données qualitatives et quantitatives potentielles à recueillir et à examiner.
- 2.2 **Élaborez un guide d'entretien semi-directif** pour les parties prenantes identifiées : vous trouverez un exemple de guide d'entretien dans le [cadre 2.2](#) qui comprend des questions sur l'ensemble des fonctions des systèmes de santé concernant la prestation de services, le financement, la gouvernance et la création de ressources. L'encadré 4 comprend d'autres informations sur les fonctions et sous-fonctions du système de santé. Il est important d'adapter ces questions en fonction du contexte dans chaque pays, ainsi que les rôles des parties prenantes.
- 2.3 **Réalisez les entretiens** en vous appuyant sur le guide d'entretien. Il est conseillé de demander à au moins deux membres de l'équipe de mener ces entretiens. L'anonymisation des personnes interrogées doit être encouragée et les parties prenantes doivent être assurées de la confidentialité du processus d'entretien et des informations recueillies.

Livrables :

- ✓ Rapport initial sur les domaines ciblés du système de santé par rapport aux programmes de santé sélectionnés, au système de santé et liste des indicateurs de performances clés des programmes de santé sélectionnés, afin de fournir un bilan de référence ('*baseline*') des programmes/systèmes de santé dans le pays concerné comprenant également le plan analytique
- ✓ Liste des parties prenantes concernées et de leurs affiliations, responsabilités et relations
- ✓ Guide d'entretien semi-directif



Étape 1



Objectifs et ampleur

Étape 2



Collecte de données

Étape 3



Cartographie des fonctions au sein des programmes

Étape 4



Analyse des fonctions dans l'ensemble des programmes

Étape 5



Identification des priorités et développement des options

Encadré 4 : fonctions et sous-fonctions du système de santé

Comme l'a établi le Rapport sur la santé dans le monde 2000, « un système de santé désigne l'ensemble des organismes, personnes et institutions dont l'objectif principal vise à promouvoir, restaurer ou préserver la santé » (World Health Organization et al., 2010). Selon cette définition et ce cadre, tous les systèmes de santé vont nécessairement développer une série d'activités et de tâches spécifiques et récurrentes, appelées « fonctions », afin de parvenir aux résultats assignés au système de santé.

En décomposant les programmes de santé selon leurs fonctions, il est possible de souligner les doublons, les chevauchements ou les incohérences entre les programmes. Les quatre fonctions élémentaires, chacune intégrant plusieurs sous-fonctions interdépendantes, sont les suivantes :

- **Prestation de services** : façon dont les ressources spécifiques sont combinées pour dispenser des services aux personnes (services de soins de santé personnels) et aux groupes (services pour la population). Cela comprend également la méthode grâce à laquelle les services sont fournis et le lieu dans lequel ils seront dispensés, ainsi que leur gestion et les modalités d'organisation.
 - Type de service
 - Type d'organizational
 - Type de gestion
- **Financement** : façon dont les fonds sont levés, mis en commun et attribués aux prestataires.
 - Génération de revenus
 - Mise en commun et flux des fonds
 - Achat (paiement des prestataires et détermination des conditions d'accès au paquet de prestations)
- **Production de ressources humaines et matérielles** : production et création des principales ressources telles que le personnel, l'équipement, les technologies, les connaissances techniques et en matière de gestion, les ressources matérielles et les locaux, les chaînes d'approvisionnement ainsi que l'information.
 - Ressources humaines
 - Infrastructures
 - Laboratoires
 - Technologies/médicaments/fournitures
 - Systèmes d'information
- **Administration générale/gouvernance** : mode de gestion du système de santé et façon dont les organismes qui y participent, aussi bien publics que privés, sont supervisés et influent sur le secteur de la santé.
 - Planification/élaboration de stratégies
 - Réglementations
 - Intelligence (analyse)
 - Coordination et responsabilisation



Étape 1



Objectifs et ampleur

Étape 2



Collecte de données

Étape 3



Cartographie des fonctions au sein des programmes

Étape 4



Analyse des fonctions dans l'ensemble des programmes

Étape 5



Identification des priorités et développement des options

Étape 3 : cartographie des fonctions au sein des programmes

i Objectifs :

L'objectif de cette phase consiste à cartographier les données recueillies à l'[étape 2](#) dans chacune des quatre fonctions et sous-fonctions du système de santé pour le programme prioritaire sélectionné. Il s'agit de la première étape permettant d'analyser et d'identifier les inefficiences dans l'ensemble des programmes de santé prioritaires.

Activités suggérées :

- 3.1 Décrivez en détail chacune des fonctions du système de santé pour chaque programme de santé sélectionné :** en vous appuyant sur les données recueillies à l'[étape 2](#), les quatre fonctions principales du système de santé et les sous-fonctions connexes doivent être décrites et cartographiées pour chacun des programmes de santé sélectionnés. Par exemple, pour le programme VIH dans le pays X, quel est le processus d'approvisionnement concernant les médicaments nécessaires ? La même question est alors posée concernant le programme de lutte contre la tuberculose (ou un autre programme sélectionné). Pour vous aider dans ces descriptions, veuillez vous reporter au [cadre 3.1](#) pour consulter les questions d'orientation permettant de cartographier chaque fonction et sous-fonction sur les programmes sélectionnés.
- 3.2 Complétez le tableau permettant de cartographier les fonctions au sein des programmes.** Pour faciliter l'organisation, utilisez le [cadre 3.2](#) comme guide. N'oubliez pas que ces lignes ne s'excluent pas mutuellement et que les fonctions et sous-fonctions peuvent se chevaucher. Par exemple, des données relatives au financement peuvent être documentées sur la ligne des systèmes d'information ou des ressources humaines. Ce tableau vise à indiquer si les différentes responsabilités fonctionnelles de chaque programme sont séparées de celles des autres programmes ou intégrées, y compris au reste du système de santé. Des variations doivent être observées entre les zones géographiques de l'échantillon (par exemple, entre les districts, les provinces et/ou les régions).
- 3.3 Saisissez les données relatives aux différents niveaux de soins dans le tableau de cartographie des fonctions :** les données recueillies sur les fonctions à chaque niveau de soins doivent également être décrites et cartographiées. Par exemple, quels sont les services offerts au niveau de soins le plus bas et ceux proposés dans un hôpital régional ? Combien de ressources humaines sont fournies à chaque niveau de soins (classées par type) ? Pour faciliter l'organisation, utilisez le [cadre 3.3](#) comme guide. Ce tableau permet d'identifier d'éventuels chevauchements, lacunes, incohérences ou doublons dans les services proposés à différents niveaux de soins. Cette étape établit un lien entre la réalité de la prestation de services et les autres fonctions du système de santé qui la permettent. Des variations doivent être observées entre les zones géographiques de l'échantillon (par exemple, entre les districts, les provinces et/ou les régions).

Livrables :

- ✓ données cartographiées en totalité sur l'ensemble des fonctions du système de santé dans un tableau au sein des programmes ([cadre 3.2](#))
- ✓ Données cartographiées en totalité sur l'ensemble des fonctions du système de santé dans un tableau sur les différents niveaux de soins ([cadre 3.3](#))



Étape 1



Objectifs et ampleur

Étape 2



Collecte de données

Étape 3



Cartographie des fonctions au sein des programmes

Étape 4



Analyse des fonctions dans l'ensemble des programmes

Étape 5



Identification des priorités et développement des options

Étape 4. Across-programme functional analysis

i Objectifs :

L'exercice de cartographie des fonctions conduite à l'[étape 3](#) permet de passer à l'étape 4, à savoir identifier les incohérences, doublons et chevauchements principaux entre les programmes de santé prioritaires et le système de santé global.

Activités suggérées :

- 4.1 Analysez les données en fonction des principaux thèmes :** en s'appuyant sur les données recueillies dans les tableaux à l'[étape 3](#), l'équipe peut analyser les principaux thèmes qui émergent dans les différents programmes et organismes. Cela nécessite de discuter avec votre équipe d'analyse principale de « ce qui est réellement important » en termes d'inefficiences fonctionnelles entre les programmes et de leurs conséquences sur les performances du système de santé global. Veuillez vous reporter au [cadre 4.1](#) pour consulter les questions d'orientation permettant d'identifier les principaux thèmes issus des données.
- 4.2 Cartographiez les inefficiences dans un tableau d'analyse des fonctions :** les thèmes identifiés à l'étape 4.1 peuvent être intégrés à un tableau d'analyse des fonctions (exemple de tableau fourni dans le [cadre 4.2](#)), qui comprend les conclusions, les éléments de preuve, l'analyse, les conséquences et les options politiques. Cette étape offre une vue transversale ou horizontale des programmes de santé concernés sur l'ensemble du système de santé, fonction par fonction. Elle permet également de classer les inefficiences en fonction de leurs répercussions sur les programmes de santé ainsi que sur le système de santé global pour atteindre les objectifs. Pour en savoir plus sur la procédure de collecte et d'analyse des données qualitatives, veuillez consulter l'[encadré 5](#).
- 4.3 Présentation/dialogue axés sur les inefficiences pour favoriser la priorisation :** un premier exercice de priorisation doit être mené avec l'équipe chargée de l'étude et les principaux points focaux : il doit s'axer sur les principales zones de doublons et de chevauchements entre les programmes de santé sélectionnés ainsi qu'avec le reste du système de santé identifiées à l'étape 4.2. Ces problèmes doivent être hiérarchisés en fonction de l'ampleur et de l'ampleur de l'inefficacité, ainsi que de la faisabilité technique et politique d'y remédier par le biais d'une riposte politique ciblée ([étape 5](#)). Par ailleurs, dans l'éventualité où ces inefficiences seraient largement connues des acteurs du secteur de la santé, ce processus peut examiner les raisons pour lesquelles elles n'ont pas été corrigées dans les projets de réforme précédents. Cette réflexion peut faciliter la faisabilité et la hiérarchisation de vos conclusions.
- 4.4 Créez des rapports et des présentations résumant les principaux points à retenir :** une fois l'analyse terminée, l'équipe doit convenir de la présentation de ces conclusions. De nombreux pays produisent un rapport technique détaillé sur les principales conclusions de l'analyse. Il est également possible de rédiger des notes d'information et/ou des présentations détaillées davantage axées sur les messages clés et les éléments de preuve afin de cibler les décideurs du gouvernement. Les résultats dépendront de la situation dans le pays et de la façon dont ce travail est mis à profit pour documenter les politiques et les réformes.



Étape 1



Objectifs et
ampleur

Livrables :

- ✓ Tableau d'analyse des fonctions complété, qui détaille les inefficiences, les éléments de preuve, les conséquences et les politiques éventuelles pour y remédier
- ✓ Rapport détaillé (ou présentation, selon le choix de l'équipe) soulignant le processus, les méthodes, les éléments de preuve, les conclusions détaillées, les conséquences, ainsi que les propositions politiques
- ✓ Suggestion : notes de synthèse/présentations ciblant les décideurs

Étape 2



Collecte de
données

Encadré 5 : méthodes permettant de collecter et d'analyser les données

Le présent document propose un cadre qualitatif pour conduire l'analyse de l'efficacité inter-programmatique dans le pays. Afin de suivre ce processus de manière rigoureuse, certains outils peuvent être utilisés pour structurer et analyser vos données.

Entretiens par échantillonnage et semi-directifs ou groupes de discussion : comme le suggère ce guide, le meilleur moyen d'analyser les inefficiences entre les programmes consiste à réaliser des entretiens semi-directifs avec les principales parties prenantes (**cadre 1.5**). La première étape consiste à réaliser un échantillonnage : une méthode d'échantillonnage reposant sur l'appréciation peut être utilisée en examinant les différents niveaux du système de santé et en identifiant le nombre de personnes à interroger dans chaque catégorie. D'autres méthodes telles que l'échantillonnage en boule de neige, de convenance ou stratifié, peuvent également être utilisées. Des entretiens semi-directifs sont alors menés sur ces populations en utilisant des questions à la fois descriptives, structurelles ou de contraste (Kvale, 1996). Comme l'illustre le **cadre 2.1**, des questions peuvent être posées dans le cadre de cet entretien et elles peuvent l'être à la fois dans des entretiens semi-directifs ou dans des groupes de discussion. Bien que le guide d'entretien offre un cadre important pour collecter des données et doit servir de base dans les processus d'entretien et d'analyse, il est également conseillé, en pratique, de poser des questions d'approfondissement si nécessaire ou d'adapter le contenu de la question en fonction des thèmes identifiés dans la conversation. Des groupes de discussion peuvent, si nécessaire (par exemple, au niveau des bureaux de santé du district), être organisés, en examinant la dynamique au sein d'une entité organisationnelle. Vous trouverez un guide utile développé par RAND et accessible en ligne concernant ces méthodes (Harrell and Bradley, 2009).

Analyse : une fois les entretiens terminés, l'étape suivante consiste à analyser les transcriptions, par le biais de notes prises au cours des entretiens ou d'enregistrement des échanges. Pour commencer, passez en revue les transcriptions et les codes sur l'ensemble des thèmes. Les codes qui sont utilisés peuvent correspondre aux domaines fonctionnels des systèmes de santé figurant dans le **cadre 4.2** dans lesquels les thèmes identifiés sont regroupés. L'analyse de ces thèmes peut permettre d'identifier les inefficiences dans les programmes et les fonctions.

Étape 3



Cartographie
des fonctions
au sein des
programmes

Étape 4



Analyse des
fonctions dans
l'ensemble des
programmes

Étape 5



Identification
des priorités et
développement
des options



Étape 1



Objectifs et ampleur

Étape 2



Collecte de données

Étape 3



Cartographie des fonctions au sein des programmes

Étape 4



Analyse des fonctions dans l'ensemble des programmes

Étape 5



Identification des priorités et développement des options

Étape 5 : identification des priorités et développement des options

i

Objectifs :

Une fois l'analyse terminée, l'équipe principale doit ensuite valider les conclusions avec les parties prenantes concernées. Les options potentielles peuvent alors être discutées avec les décideurs afin de développer des politiques ciblées et exploitables pour corriger les sources des inefficiences identifiées et rendre compte des résultats.

Activités suggérées :

- 5.1 Validez les résultats et développez conjointement un ensemble d'options prioritaires visant les principaux domaines d'inefficience :** L'équipe principale, les conseillers et les parties prenantes concernées doivent se réunir pour valider les conclusions de l'analyse et les éventuelles mesures à prendre (voir l'[encadré 6](#) pour consulter des exemples de conclusions). Cela comprend une hiérarchisation claire permettant de classer les interventions potentielles en fonction de la faisabilité technique et politique. En général, les options peuvent être structurées en fonction d'un certain ordre séquentiel ou d'horizons temporels (court, moyen et long terme), de leur faisabilité et de fonctions transversales/interreliées plutôt que par programme. Chaque option doit également être claire quant à la source de l'inefficience qu'elle cible, l'impact visé sur les résultats, les parties prenantes concernées et le processus de changement proposé. Veuillez vous reporter au [cadre 5.1.1](#) pour consulter les questions d'orientation qui vous aideront dans cette analyse, ainsi qu'au tableau figurant dans le [cadre 5.1.2](#) afin de structurer ce processus.
- 5.2 Organisez des réunions et des ateliers pour parvenir à un consensus et partagez les conclusions :** une fois que l'équipe principale a élaboré un ensemble préliminaire d'options, l'étape suivante consiste à organiser des ateliers avec les décideurs afin de poursuivre la validation des conclusions et parvenir à un consensus. Il est important de ne pas uniquement réfléchir aux inefficiences identifiées, mais de replacer ces conclusions dans un contexte technopolitique plus large et dans les programmes de réforme du système de santé en cours. Les gains d'efficacité réels qui ont été identifiés et la manière dont ils peuvent être exploités peuvent également faire l'objet de discussions.
- 5.3 Élaborez un plan opérationnel décrivant la marche à suivre dans le cadre de ces politiques :** une fois le consensus obtenu sur les inefficiences ciblées, les parties prenantes doivent, lors de ces réunions, élaborer un plan opérationnel axé sur la façon dont ces différents plans peuvent être mis en œuvre, ce qui comprend des réévaluations de l'analyse de l'efficacité des programmes afin de surveiller les avancées de ces politiques. Il est également possible d'organiser des ateliers infranationaux afin de discuter et de communiquer ces conclusions à tous les niveaux, et de procéder à une validation plus poussée. Ce plan opérationnel doit tenir compte de l'ordre, du calendrier et du niveau du système dans lequel les mesures doivent être prises.



Étape 1



Objectifs et
ampleur

Étape 2



Collecte de
données

Étape 3



Cartographie
des fonctions
au sein des
programmes

Étape 4



Analyse des
fonctions dans
l'ensemble des
programmes

Étape 5



Identification
des priorités et
développement
des options

Encadré 6 : exemples d'inefficiences entre les programmes

L'OMS a produit une série de notes d'orientation reposant sur des analyses de l'efficacité des programmes qui ont été menées entre 2017 et 2020. Ces notes résument les incohérences, doublons ou chevauchements principaux identifiés, qui sont répertoriés ci-dessous. Pour en savoir plus sur les conséquences de ces inefficiences et les options politiques connexes, veuillez consulter les notes d'orientation accessibles via les liens fournis.

Tableau 2

Pays	Principales inefficiences identifiées
Bhoutan	Aucun plan pour l'ensemble du secteur de la santé ; flux financiers fragmentés ; doublons dans la prestation de services ; chaînes d'approvisionnement hétéroclites ; système d'information fragmenté et sous-utilisé
Ghana	Absence de coordination entre les organismes du secteur de la santé ; grande dépendance vis-à-vis de l'aide des bailleurs et manque de fonds généraux non liés aux programmes ; doublons dans les services et manque de coordination sur les niveaux de soins ; absence de coordination des chaînes d'approvisionnement et grande dépendance à l'égard des marchés privés concernant les achats ; charge de travail élevée en matière de rapportage due à l'absence de systèmes de données centralisés et consolidés
République démocratique populaire lao	Planification et gestion des ressources humaines et matérielles incohérentes ; retards dans le financement et exécution insuffisante du budget ; absence de gouvernance entraînant des processus de planification et de budgétisation insuffisants et non coordonnés ; prestation et gestion non coordonnées des services
Afrique du Sud	Dispositifs de financement et de planification trop segmentés ; incohérence entre les besoins de première ligne et les affectations/la gestion de haut niveau ; chevauchement des lignes de responsabilité financière ou de performances ; approches étroites de l'affectation des ressources humaines ; aucun système d'information exhaustif

Ces notes d'orientation fournissent des exemples importants de la mise en œuvre de cette approche afin de partager les informations concernant les inefficiences identifiées et les politiques suggérées pour les corriger ainsi que pour faciliter l'apprentissage dans l'ensemble du pays. Elles reposent sur une analyse à un instant précis et sur des situations en constante évolution.

Livrables :



plan opérationnel détaillant les politiques ciblées pour corriger ces inefficiences et projet de mise en œuvre par étape, ainsi que leur impact potentiel sur les inefficiences



3 : Cadres

Cadre 1.3. Questions d'orientation permettant d'identifier les programmes à analyser

- Quels sont les programmes de santé prioritaires pour les dirigeants politiques dans le débat sur la réforme de la santé (et pourquoi) ?
- Quelle est l'ampleur de ces programmes de santé par rapport aux autres et au système de santé global ? Quel est le pourcentage du budget de l'État consacré à chaque programme ?
- Quels sont les programmes qui attirent un financement important des bailleurs ?
- Quels sont les programmes de santé qui enregistrent une baisse possible de l'aide extérieure comme source de financement ?
- Quels sont les programmes de santé qui n'obtiennent pas les résultats suffisants sur le plan de la santé ?



Cadre 1.5. Tableau de cartographie des parties prenantes

Nom de la partie prenante	Rôle	Intérêt	Influence
Ministre de la Santé			
Directeur de la politique et de la planification, ministère de la Santé			
Directeurs des programmes de santé			

Les parties prenantes peuvent être regroupées en fonction des éléments suivants : communauté des groupes d'intérêt, chaîne administrative, communauté budgétaire/financière, communauté des dirigeants, communauté des bénéficiaires, et communauté des acteurs extérieurs. Pour en savoir plus, consultez l'article de [Reich et Campos \(2019\)](#) (Campos and Reich, 2019).

Les colonnes « Intérêt » et « Influence » concernent l'intérêt et l'influence des parties prenantes en termes de réduction des inefficiences entre les programmes par le biais de l'intégration, ou d'autres mesures visant à limiter la fragmentation et les chevauchements entre les programmes.



Cadre 2.1. informations susceptibles d'être recueillies lors de l'évaluation des données

Données qualitatives (*publications et littérature grise*)

- Sources à examiner :
 - Rapport – pays « systèmes de santé en transition »
 - Rapports sur la prestation de services et/ou les ressources humaines
 - Études menées précédemment sur les défis du système de santé
 - Projets stratégiques pour le secteur de la santé
 - Dossiers d'investissement
 - Documents gouvernementaux
 - Demandes de subventions
 - Évaluations externes

Données quantitatives (*recueillies au niveau des systèmes et des programmes, si elles sont disponibles*)

- **Indicateurs macroéconomiques globaux** : taux de croissance du PIB, PIB par habitant, taux de pauvreté, taux d'emploi, inégalités, revenus, différentes composantes de l'IDH (Banque mondiale, Indicateurs du développement dans le monde), données des 5 à 10 dernières années
- **Financement de la santé** (Source : Organisation mondiale de la santé)
 - Principaux indicateurs du financement de la santé : dépenses courantes de santé par habitant, dépenses publiques, dépenses poche par les ménages, dépenses externes en pourcentage des dépenses courantes de santé
 - Objectifs de développement durable 3.8 : couverture des services de santé essentiels (3.8.1), proportion de la population ayant des dépenses de santé importantes (10 ou 25 %) en pourcentage des dépenses ou des revenus totaux des ménages, pourcentage de la population ayant des dépenses de santé appauvrissantes
 - Répartition des dépenses de santé entre les programmes de lutte contre les maladies (Comptes de la santé de l'OMS)
 - Budget du ministère de la Santé, aperçu de l'exécution budgétaire, principales sources de financement externes et ce qu'elles financent, dépenses de santé sur le budget et hors budget, espace budgétaire, stratégies permettant d'accroître l'espace budgétaire, harmonisation des bailleurs et systèmes de planification des bailleurs
 - Aperçu des régimes d'assurance dans le secteur de la santé : régimes d'assurance, leurs populations cibles, ajustement des risques, cofinancements/régimes contributifs
 - Aperçu de l'achat dans le secteur de la santé : politiques d'achat pour les intrants, prestations et services gratuits, paiement des services, financement des biens publics par rapport au financement des services personnels, financement des composantes des systèmes de santé
 - Analyse comparative : comparaison des dépenses de santé et de l'espérance de vie avec d'autres pays similaires (régionaux ou économiquement similaires)
- **Prestation de services et résultats sanitaires**
 - Résultats sanitaires globaux (taille de la population, taux de croissance de la population, taux de fécondité total, espérance de vie, mortalité infantile, mortalité d'enfants de moins de 5 ans, mortalité maternelle, répartition de la charge de morbidité (principales maladies), couverture effective des principales maladies transmissibles et non transmissibles, taux de vaccination, pourcentage de la population bénéficiant d'un traitement pour les principales maladies (VIH, tuberculose, paludisme, hypertension, diabète, autres, basés sur la charge de morbidité du pays), utilisation des services par statut socio-économique)
 - Prestation et utilisation des services : pourcentage public/privé, pourcentage primaire/secondaire/tertiaire, utilisation des services par statut socio-économique, raisons de ne pas avoir recours aux soins, données sur l'utilisation des services en milieu hospitalier et en consultation externe



- Réactivité des services/qualité des soins : disponibilité des services, satisfaction des patients, respect des protocoles, disponibilité des médicaments essentiels, indicateurs de réactivité
- Suivi des objectifs de développement durable et résultats
- **Production de ressources humaines et matérielles**
 - Chaînes d'approvisionnement et d'achats : sources de financement des produits, organisation et cartographie de la chaîne d'approvisionnement, listes de médicaments essentiels, structure des dépenses en matière de produits pharmaceutiques
 - Ressources humaines dédiées à la santé : aperçu de la planification et de la répartition des RH, des paiements RH et des politiques RH
 - Infrastructure : investissements, examen des projets d'investissement, niveaux de financement des dépenses d'investissement, accès (pourcentage de la population vivant à moins de 5 km d'un établissement de santé), taux d'occupation des lits, questions sur l'équipement médical
 - Nombre de systèmes d'information
- **Gouvernance**
 - Principaux acteurs/organismes de gouvernance et de gestion du système de santé et façon dont ils s'intègrent les uns aux autres
 - Organigramme global du système de santé
 - Structures de gouvernance décentralisées
 - Responsabilité de la planification du secteur
 - Aperçu des documents politiques importants (plan stratégique du secteur de la santé, programmes de lutte contre les maladies) et façon dont ils se chevauchent
 - Aperçu des cycles de planification et des processus de suivi et évaluation
- **Efficacités**
 - se concentrer sur l'affectation des ressources à tous les niveaux, examiner l'efficacité administrative (coûts administratifs en pourcentage des dépenses totales de santé, programmes verticaux et leur rôle dans le système de santé), prix des intrants et façon dont ils se comparent aux autres pays et prix, données sur les sous-utilisations ou les surutilisations



Cadre 2.2. Exemple de guide d'entretien

À compléter à chaque niveau concerné du système de santé et des programmes de santé sélectionnés :

A. Prestation de services

- Répertoriez les éléments suivants : programmes/interventions/services/résultats globaux. Quels sont leurs points forts et dans quels domaines sont-ils confrontés à des contraintes/défis ?
- Quels sont les services fournis dans le cadre du programme XXX ? À quel niveau chacun des services est-il presté et qui les fournit ?
- Quel est l'équilibre entre les services de prévention, de santé publique et de traitement ?
- Quel est le type de gestion à chaque niveau de prestation de services ?

B. Financement

Génération de revenus

- Le programme XXX bénéficie-t-il de sources de revenus spécifiques ou distinctes provenant de fonds nationaux ou de bailleurs ? Si oui, quelle est la magnitude relative ?
- Des revenus (ex. Taxe) sont-ils affectés à un programme spécifique de lutte contre les maladies ?
- Dans le cas de fonds provenant de bailleurs, sont-ils repris dans le budget public ou hors budget ? Comment sont-ils intégrés ou pris en compte dans les processus budgétaires nationaux ?

Mise en commun

- Les fonds destinés aux services pris en charge par le programme XXX sont-ils mis en commun séparément ou sont-ils fusionnés avec les fonds destinés à d'autres services de santé ? À quel niveau du système sont-ils regroupés dans ce cas ?
- Les fonds destinés à toutes les ressources nécessaires à la prestation de services financés par ce programme de santé sont-ils mis en commun séparément, ou certains postes (par exemple, salaires du personnel) sont-ils fusionnés alors que d'autres (par exemple, médicaments) sont séparés ?

Achat de services et d'interventions

- Existe-t-il des méthodes ou des mécanismes de paiement différentiels permettant aux prestataires de fournir des interventions programmatiques ?
- Quelles sont les incitations des prestataires concernant la fourniture de services pour le programme XXX ? Existe-t-il des différences par niveau de soins ?
- Qui est responsable de l'achat de prestations ? Quelles sont les différentes méthodes d'achat utilisées ?
- Quel est le prix/coût relatif des services concernés dans le cadre du programme XXX ?

C. Production de ressources humaines et matérielles

Service des ressources humaines

- Comment les ressources humaines sont-elles formées aux interventions programmatiques ? (avant et pendant le service)
- Comment les ressources humaines sont-elles réparties (géographiquement et entre les niveaux de soins) ?
- Le nombre de professionnels de santé et du système de santé est-il suffisant pour couvrir les principaux besoins sanitaires ? Dans le cas contraire, dans quelles catégories sont-ils les plus insuffisants ? Existe-t-il des écarts de rémunération entre le programme XXX et d'autres parties du système de santé ?
- Qui paie pour rémunérer les ressources humaines (budget interne ou externe) ? Le personnel est-il repris dans la partie « programme » du budget récurrent ?



Systèmes d'information

- Comment le programme XXX génère-t-il et gère-t-il les données ? Les prestataires remplissent-ils des formulaires distincts pour le programme XXX ou les informations sont-elles regroupées dans un outil de collecte des données intégré ?
- Dans quelle mesure les systèmes d'information sont-ils utilisés par le programme XXX et coordonnés avec d'autres systèmes d'information ? Quels sont les ressources humaines/intrants utilisés pour saisir et analyser des informations/données ?
- Les données produites par les systèmes d'information facilitent-elles la prise de décisions par rapport aux autres fonctions (prestation de services, financement, administration générale/gouvernance) ? Ou sur les enjeux transversaux aux groupes de maladies ou de populations ?
- Les données recueillies par le programme XXX sont-elles largement accessibles et transparentes pour le public ?

Infrastructures

- Les formations sanitaires aux différents niveaux sont-elles disponibles pour assurer des interventions de qualité pour le programme XXX ?
- Existe-t-il des formations sanitaires qui ne fonctionnent pas à pleine capacité pour des interventions spécifiques dans le cadre du programme XXX ? Quelle est l'utilisation de la capacité sur différents types de formations sanitaires ?

Chaîne d'approvisionnement et systèmes d'achats

- En quoi consistent les chaînes d'approvisionnement dans le cadre du programme XXX (achat, stockage, distribution de consommables, produits pharmaceutiques) ?
- Comment les ruptures de stock sont-elles suivies et à quelle fréquence se produisent-elles ?

D. Administration générale/gouvernance

- Comment la planification du programme XXX est-elle coordonnée avec celle du système de santé global et qui fait ces plans ? À quel niveau et comment le programme XXX et les plans du système de santé se rejoignent-ils ?
- Quel est le processus de budgétisation du programme XXX ?
- Existe-t-il un plan opérationnel centralisé dans lequel le plan du programme XXX s'intègre, et qui sont les principales parties prenantes dans ce processus ? Existe-t-il un organisme de coordination des bailleurs qui collabore étroitement avec le ministère de la Santé ?
- Quels sont les principaux types de gouvernance pour les formations sanitaires/prestataires de santé dans le cadre du programme XXX ?
- Quels sont les mécanismes de responsabilisation en place pour garantir des résultats dans le programme XXX (audit, rapports annuels, distributions confidentielles, etc.) ? Existe-t-il des différences importantes avec le reste du système de santé ?



Cadre 3.1. Questions d'orientation permettant de cartographier les fonctions et les sous-fonctions du système de santé sur les programmes de santé sélectionnés

Prestation de services

- À qui les services sont-ils destinés ?
 - À des groupes ou à l'ensemble de la population (par exemple, lutte anti-vectorielle, panneaux d'affichage)
 - À des individus/clients/patients uniques (par exemple, traitement médicamenteux, conseils personnels sur les modes de vie)
- Caractéristiques des prestations
 - Les prestations profitent en grande partie aux personnes qui bénéficient des services (« biens privés », par exemple opération chirurgicale).
 - Les prestations profitent à tous (« biens publics », par exemple lutte contre la pollution atmosphérique)
 - Les prestations s'étendent au-delà de l'individu qui bénéficie du service, mais pas à l'ensemble de la société (services avec des « externalités positives », par exemple traitement des maladies transmissibles).
- Types de services fournis et modalités d'organisation
 - Formations sanitaires et prestataires distincts : la formation sanitaire et le prestataire sont spécialisés dans le traitement d'une maladie, un groupe de population ou une intervention spécifique (par exemple, formations sanitaires et prestataires distincts pour les services associés au programme).
 - Formations sanitaires et prestataires intégrés : la formation sanitaire et le prestataire traitent plusieurs maladies, assurent plusieurs interventions ou ciblent plusieurs groupes de populations donnés (par exemple, prestation de services intégrés englobant les services associés au programme ainsi que d'autres services de santé).
 - Unités mixtes : unités spécialisées hébergées dans un réseau ou un établissement coordonné/intégré.

Financement

- Génération de revenus
 - Quelles sont les sources de financement du système de santé ? Certains programmes ont-ils des sources spécifiques et distinctes ?
 - Certains programmes disposent-ils de leurs propres mécanismes de collecte des revenus ?
 - Les paiements directs par les ménages jouent un rôle important pour certains services financés par les programmes de santé ?
 - Certaines sources de revenus (en particulier, l'aide extérieure des bailleurs) sont-elles limitées dans le temps ? Ou la durée est-elle incertaine ?
- Mise en commun
 - Quels sont les arrangements institutionnels permettant de mettre en commun les fonds prépayés pour la santé pour le compte de l'ensemble ou d'une partie de la population ?
 - Les fonds destinés aux services financés par chaque programme sont-ils mis en commun séparément ou sont-ils fusionnés avec des fonds destinés à d'autres services de santé ?
 - Les fonds destinés à toutes les ressources nécessaires à la prestation des services financés par des programmes de santé spécifiques sont-ils mis en commun séparément, ou certains postes (par exemple, salaires du personnel) sont-ils fusionnés alors que d'autres (par exemple, médicaments) sont séparés ?
- Achat de services/d'interventions
 - Quels sont les moyens et méthodes utilisés pour allouer les ressources prépayées et mises en commun pour que les prestataires fournissent les paquets de services ? En quoi diffèrent-ils d'un programme à l'autre ?
 - Quelles sont les incitations des prestataires concernant la fourniture de services pour un objectif de programme spécifique ? Ces incitations diffèrent-elles d'un programme à l'autre ? Quelle est la situation par rapport à l'ensemble du système de santé ? Les incitations financières pour les mêmes prestataires (par exemple, les centres de soins de santé primaires) sont-elles différentes en fonction des programmes ?



- De quel niveau d'autonomie les prestataires disposent-ils pour réagir à l'évolution des incitations ?
- Les services liés au programme font-ils partie d'un paquet commun de prestations ? Ou sont-ils considérés dans la pratique séparément d'un paquet de services de base ?

Production de ressources humaines et matérielles

- Comment les ressources humaines sont-elles formées, fidélisées, réparties, utilisées et rémunérées ? Le nombre de professionnels de santé est-il suffisant pour couvrir les principaux besoins sanitaires ? Existe-t-il des écarts de rémunération entre les programmes et avec d'autres parties du système de santé ?
- La qualité des formations sanitaires disponibles est-elle suffisante pour répondre aux besoins des patients, quel que soit le programme ? Existe-t-il des établissements qui ne fonctionnent pas à pleine capacité ?
- Dans quelle mesure la prestation de services au sein des programmes ou entre les programmes est-elle impactée par la segmentation des outils technologiques et des fournitures/équipements ?
- Comment les programmes génèrent-ils et gèrent-ils les données ? Les prestataires remplissent-ils des formulaires distincts pour (chaque) programme ou les informations sont-elles regroupées dans un outil de collecte des données plus intégré ? Les données relatives au programme sont-elles conservées séparément par le programme, ou sont-elles simplement mises à la disposition des administrateurs de programmes par l'unité qui gère le système national d'informations sanitaires ?
- Les données du programme sont-elles largement accessibles au public et de manière transparente ? Sont-elles disponibles sur demande ou publiées sur le Web ?
- Dans quelle mesure les systèmes d'information sont-ils utilisés par le programme et coordonnés avec d'autres systèmes d'information ? Les données produites facilitent-elles la prise de décisions par rapport aux autres fonctions (prestation de services, financement, administration générale/gouvernance) ? Ou par rapport aux enjeux transversaux aux différents groupes de maladies ou de populations ? Quelle est la situation comparativement à d'autres parties du système ?
- Combien y a-t-il de chaînes d'approvisionnement (par ex. achat, stockage, distribution de consommables, produits pharmaceutiques) au sein et entre les programmes de santé ?

Administration générale/gouvernance

- Comment la planification du programme est-elle coordonnée avec celle du système de santé global ? À quel niveau et comment le programme et les plans du système de santé se rejoignent-ils ? Qui élabore les plans des programmes ? Et pour le système de santé ?
gouvernance pour les formations sanitaires/prestataires de santé au sein et entre les programmes, à savoir :
 - « organisation hiérarchique » avec contrôle rigoureux et liberté de décision limitée au niveau des prestataires ;
 - « approche directe du marché » avec une interaction relativement peu réglementée entre les patients et les prestataires et peu de conseil ou de contrôle externe ; ou
 - gouvernance autonome, impliquant souvent des relations contractuelles avec les prestataires privés ou publics.
- Quel est le type de réglementation utilisé pour contrôler les programmes de santé (lois nationales, règlements, décrets et règles locales, etc.) ? Existe-t-il des différences importantes avec le reste du système de santé ?
- Quels mécanismes de redevabilité sont en place pour garantir des résultats dans chaque programme (audit, rapports annuels, distributions confidentielles, etc.) ? Comment ces mécanismes sont-ils utilisés ? Existe-t-il des différences importantes avec le reste du système de santé ?



Cadre 3.2. Tableau de collecte des données au sein du programme

Domaine	Programme de santé n° 1	Programme de santé n° 2	Programme de santé n° 3
Principaux informateurs			
Financement : Génération de revenus (publics, privés et externes)			
Financement : Mise en commun			
Financement : achat (acteurs, paiement des prestataires, fixation des prix et conditions d'accès aux prestations)			
Financement : systèmes de gestion des finances publiques (sur budget/hors budget)			
Prestation de services : liste des services offerts			
Prestation de services : caractéristiques des prestations, population cible, canaux de prestation (types d'établissements de santé, organisations de la société civile, etc.)			
Création de ressources : développement et répartition des ressources humaines			
Création de ressources : qualité et capacité des établissements			
Création de ressources : utilisation du système d'information (systèmes, capacités en ressources humaines)			
Création de ressources : flux de la chaîne d'approvisionnement (achats, entrepôt, distribution, stocks dans les établissements)			
Création de ressources : systèmes de données (collecte et utilisation)			
Gouvernance : gestion, planification et budgétisation			
Principaux points à retenir, autres remarques et suivis			

N'oubliez pas que ces lignes ne s'excluent pas mutuellement et que les fonctions et sous-fonctions peuvent se chevaucher.



Cadre 3.3. Tableau de collecte des données sur les différents niveaux de soins

	Poste de santé	Centre de santé	Hôpital de district	Hôpital régional	Hôpital national de référence	Établissements privés
Services dispensés						
Financement (achat, mise en commun)						
Service des ressources humaines						
Ressources physiques, gestion des données, infrastructure						
Chaînes d'approvisionnement et achats						
Gouvernance						
Principaux points à retenir, autres remarques et suivis						



Cadre 4.1. Questions d'orientation permettant d'analyser l'ensemble des programmes

- Où se situent les doublons, chevauchements et incohérences dans les fonctions et sous-fonctions spécifiques des programmes de santé ? Quelles en sont les principales raisons ?
- Dans quelle mesure ces doublons, chevauchements et incohérences ont-ils une incidence sur la capacité des programmes de santé à atteindre leurs populations cibles avec leurs produits ?
- Y a-t-il des programmes qui ont plus de chevauchements que d'autres ?
- Y a-t-il des problèmes qui se distinguent clairement dans l'analyse (par exemple, plusieurs dispositifs d'achat des médicaments, systèmes d'information parallèles ou utilisation de ressources inutilement coûteuses) ?
- Quel serait le meilleur « point d'entrée » concernant ce qui serait un problème facile à résoudre ? De nouveaux investissements seraient-ils nécessaires, par exemple renforcer un système national d'information susceptible de répondre aux besoins de tous les programmes de santé ?
- Quelles sont les principales inefficiences auxquelles les réformes doivent remédier ?



Cadre 4.2. Tableau d'analyse des fonctions dans l'ensemble des programmes

Conclusions	Éléments de preuve	Analyse	Implications	Options politiques
<i>Financement : ...</i>				
<i>Génération de ressources/chaînes d'approvisionnement : ...</i>				
<i>Génération de ressources/</i>				
<i>Achats d'intrants : ...</i>				
<i>Prestation de services : ...</i>				
<i>Systèmes d'information : ...</i>				
<i>Gouvernance : ...</i>				



Cadre 5.1.1. Questions d'orientation permettant d'élaborer des politiques

- Quelle est la source de l'inefficacité ciblée ?
- Quels sont les programmes et les acteurs/organismes du système de santé global concernés ?
- Pour quelle raison cette source et la riposte politique connexe constituent-elles une priorité pour le secteur de la santé ?
- Quelle est la riposte politique spécifique attendue ? Quels leviers impacteront le changement ?
- Dans quelle mesure les changements concernés sont-ils réalisables en termes politiques et opérationnels ?
- Quelles parties prenantes seront directement et indirectement touchées par la réforme proposée ? Quelle est leur position par rapport à la réforme proposée et de quel pouvoir disposent-elles pour la soutenir ou la bloquer ?
- Quels sont les mécanismes de responsabilisation proposés pour garantir le maintien, ou de préférence, l'amélioration de la couverture des services prioritaires ?
- Compte tenu de l'effet hypothétique de la réforme, sur quels produits/résultats la réforme proposée doit-elle avoir un effet bénéfique ?
- Comment les gains d'efficacité seront-ils mis en évidence ? Sera-t-il possible de réaliser des économies ou d'améliorer les résultats ?
- Dans quel ordre peut-on remédier à cette inefficacité ?

**Cadre 5.1.2. Tableau de la matrice d'évaluation de la politique**

Quelle est la politique ?	Quelles fonctions ou quels programmes la politique vise-t-elle ?	Comment cette politique serait-elle mise en œuvre ?	Quelles sont les parties prenantes chargées de mettre en œuvre cette politique ?	Quelle est la faisabilité de la mise en œuvre de cette politique, tant sur le plan technique que politique ?	Quel en est l'impact final ?
<i>Politique n° 1</i>					
<i>Politique n° 2</i>					
<i>Politique n° 3</i>					



4. Les références

Campos, P.A., Reich, M.R., 2019. Political Analysis for Health Policy Implementation. *Health Systems & Reform* 5, 224–235. <https://doi.org/10.1080/23288604.2019.1625251>

Harrell, M.C., Bradley, M.A., 2009. Data collection methods. Semi-structured interviews and focus groups. Rand National Defense Research Inst.

Jowett, M., Kutzin, J., Kwon, S., Hsu, J., Sallaku, J., Solano, J.G., 2020. Évaluation des systèmes de financement de la santé dans les pays : la matrice des progrès en matière de financement de la santé (Financement de la santé, orientation n° 8). Organisation mondiale de la santé, Genève, Suisse.

Kvale, 1996. *InterViews: An Introduction to Qualitative Research Interviewing*. Sage Publications, Inc.

Mathauer, I., Dkhimi, F., Organization, W.H., 2019. Guide analytique pour l'évaluation d'un système mixte de paiement des prestataires. Organisation mondiale de la santé.

Sparkes, S.P., Bump, J.B., Özçelik, E.A., Kutzin, J., Reich, M.R., 2019. Political Economy Analysis for Health Financing Reform. *Health Systems & Reform* 5, 183–194. <https://doi.org/10.1080/23288604.2019.1633874>

Organisation mondiale de la santé, Etienne, C., Aramaa-Baah, A., Evans, D.B. (Eds.), 2010. Rapport sur la santé dans le monde : le financement des systèmes de santé : le chemin vers une couverture universelle. Organisation mondiale de la santé, Genève (Suisse).

Organisation mondiale de la santé, McIntyre, D., Kutzin, J., 2016. Diagnostic pour le financement de la santé : les bases de l'élaboration d'une stratégie nationale. Organisation mondiale de la santé.

