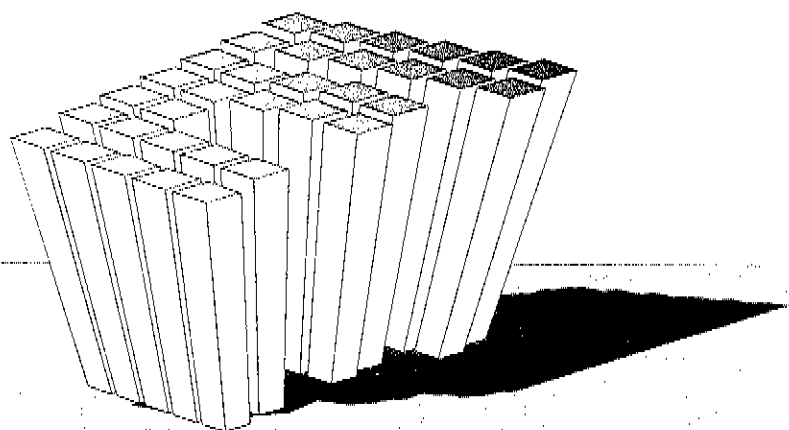


# ÉCONOMIE DE LA SANTÉ

**IDENTIFICATION DES BESOINS  
EN ÉCONOMIE DE LA SANTÉ DANS  
LES PAYS EN DÉVELOPPEMENT**



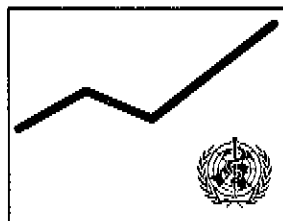
GRUPE SPECIAL DE L'OMS SUR L'ÉCONOMIE DE LA SANTÉ

WHO/TFHE/95.3  
Distr.: GÉNÉRALE  
Original: ANGLAIS

# ECONOMIE DE LA SANTE

**Identification des besoins en économie  
de la santé dans les pays en développement**

**A. Asamoah-Baah,**  
Ministère de la Santé, Ghana



**GROUPE SPÉCIAL DE L'OMS  
SUR L'ÉCONOMIE DE LA SANTÉ**

Mars 1996

---

**Autres documents dans la collection "Groupe spécial de l'OMS sur l'économie de la santé":**

- A bibliography of WHO literature.  
WHO/TFHE/93.1 accès e-mail: [hecon1@who.ch](mailto:hecon1@who.ch) (English)  
[hecon1f@who.ch](mailto:hecon1f@who.ch) (French)
- A guide to selected WHO literature.  
WHO/TFHE/94.1 accès e-mail: [hecon2@who.ch](mailto:hecon2@who.ch) (English)  
[hecon2f@who.ch](mailto:hecon2f@who.ch) (French)
- Une démarche participative de réduction des coûts hospitaliers. Hospices cantonaux vaudois (Suisse).  
WHO/TFHE/95.1 accès e-mail: [hecon3@who.ch](mailto:hecon3@who.ch) (French)  
[hecon3e@who.ch](mailto:hecon3e@who.ch) (English)
- Environment, health and sustainable development: the role of economic instruments and policies.  
WHO/TFHE/95.2 accès e-mail: [hecon4@who.ch](mailto:hecon4@who.ch) (English)
- Identification of needs in health economics in developing countries.  
WHO/TFHE/95.3 accès e-mail: [hecon5@who.ch](mailto:hecon5@who.ch) (English)
- Health economics: a WHO perspective.  
WHO/TFHE/95.4 accès e-mail: [hecon6@who.ch](mailto:hecon6@who.ch) (English)
- WTO: what's in it for WHO?  
WHO/TFHE/95.5 accès e-mail: [hecon8@who.ch](mailto:hecon8@who.ch) (English)

**Note d'information technique :**

- Privatization in health.  
WHO/TFHE/TBN/95.1 accès e-mail: [hecon7@who.ch](mailto:hecon7@who.ch) (English)

© Organisation mondiale de la Santé, 1996

Ce document n'est pas une publication officielle de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS); tous les droits y afférents sont réservés par l'Organisation. S'il peut être commenté, résumé, reproduit ou traduit, partiellement ou en totalité, il ne saurait cependant l'être pour la vente ou à des fins commerciales. Les opinions exprimées dans ces documents par des auteurs nommément désignés n'engagent que lesdits auteurs.

Ce document est accessible sur courrier électronique à l'adresse suivante : [hecon5f@who.ch](mailto:hecon5f@who.ch)



## TABLE DES MATIERES

	Pages
<b>Avant-propos</b> .....	v
<b>1. Introduction</b> .....	1
<b>2. Prise de décision en matière de politiques de santé dans les pays en développement : secteurs-clés et contexte</b> .....	2
2.1 Questions macro-économiques et intersectorielles .....	2
2.2 Questions d'équité et d'allocation des ressources intrasectorielles ...	2
2.3 Les prévisions financières .....	2
2.4 Perspectives économiques du financement alternatif et de l'organisation des services de santé .....	2
2.5 Conception d'incitations appropriées .....	2
2.6 Ressources limitées .....	3
2.7 Haut niveau de précarité .....	3
2.8 Faible sens du bien public .....	4
2.9 Pression des donateurs .....	4
<b>3. Défis pour l'économie de la santé dans les pays en développement</b> .	5
<b>4. Acquisition de compétences en économie de la santé dans les pays en développement</b> .....	6
4.1 Développement du personnel .....	6
4.2 Évolution des systèmes et des équipements .....	7
4.3 Évolution des institutions .....	9
<b>5. Conclusions</b> .....	11
<b>Annexe 1.</b> Approches de formations comparées .....	12
<b>Annexe 2.</b> Points forts et points faibles des différents types de formation selon le lieu de prestation .....	15
<b>Tableau 1.</b> Questions intersectorielles et macro-économiques .....	16
<b>Tableau 2.</b> Budgétisation .....	16



<b>Tableau 3.</b>	Questions d'allocation de ressources intrasectorielles et d'équité .....	17
<b>Tableau 4.</b>	Allocation de ressources intersectorielles .....	18
<b>Tableau 5.</b>	Perspectives économiques sur les financements de substitution et l'organisation de services de santé .....	19
<b>Tableau 6.</b>	Conception d'incitations appropriées .....	20
<b>Références</b>	.....	21



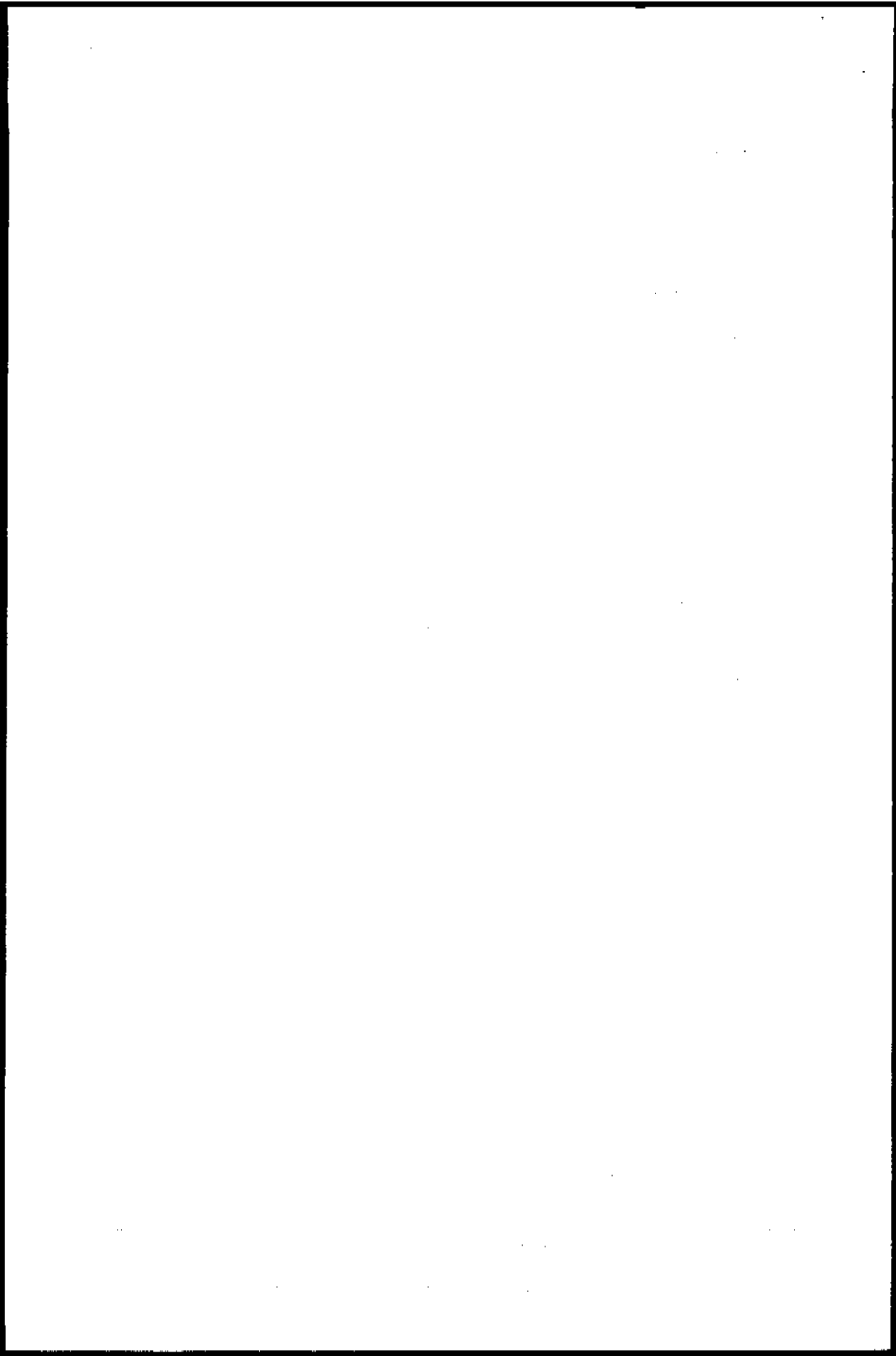
## Avant-propos

Dans le prolongement des activités déjà entreprises dans le domaine de l'économie de la santé, le Directeur général a créé, en novembre 1993, un groupe spécial sur l'économie de la santé afin de renforcer l'appui de l'OMS aux Etats Membres.<sup>1</sup> Son but est de développer le recours à l'économie de la santé dans la formulation et l'application des politiques de santé, priorité étant donnée aux pays les plus démunis.

Le groupe spécial vise non seulement à renforcer le contenu technique des programmes de l'OMS pour qu'ils adaptent mieux les instruments de l'économie de la santé aux besoins des pays, mais aussi à favoriser la coopération entre les organismes de développement pour appliquer les principes de l'économie de la santé au niveau des pays.

Dans une première étape, le groupe spécial prépare toute une série de documents en anglais et français, pour aider à répondre aux besoins en matière d'information de ceux qui sont impliqués dans l'organisation, la planification et le financement du secteur de la santé, et des professionnels de la santé spécialisés dans d'autres domaines. Une liste de documents, distribués gratuitement, apparaît avant la table des matières.

<sup>1</sup> Le groupe spécial est composé des membres suivants: F. S. Antezana (Président), M. Janloes (Vice-président), G. Carrin (Secrétaire), O. Adams, S. Bertozzi, A. L. Creese, D.B. Evans, K. Janovsky, J. Kasonde, C.M. Kinnon, E. Lambo, P. Lowry, J.H. Perrot, B. Sabri, Than Sein, G. Velasquez, C. Vieira, A.E. Wasunna, R. Widdus, H. Zöllner.





## 1. INTRODUCTION

Les vents contraires de la récession économique mondiale et de l'endettement généralisé ont conduit de nombreux pays à prendre des mesures d'austérité et d'ajustement structurel débouchant sur une très sensible diminution des budgets publics pour le secteur de la santé. Dans le même temps, l'acceptation de l'idée de la santé pour tous en l'an 2000 et la promotion des soins de santé primaires ont débouché sur l'espoir de services plus étendus, d'un accès plus facile et d'une couverture plus développée (1).

Les gestionnaires de la santé, outre qu'on exige qu'ils fassent plus avec moins de moyens, surtout dans les pays en développement, sont confrontés au problème du manque d'adaptation des stratégies de soins de santé primaires aux structures organisationnelles et systèmes de gestion existants au travers desquels ces stratégies doivent être conduites. Dès lors, ils doivent en même temps satisfaire aux exigences contradictoires de l'action à tout prix au sein de structures souvent inadaptées aux besoins et à la nécessité de modifier ces structures pour les adapter à la mise en place de stratégies et de politiques de soins de santé primaires. L'inadéquation est particulièrement criante entre la recherche vitale de résultats rapides et le lent et laborieux processus de développement des infrastructures et capacités d'action (2).

L'économie de la santé, définie grosso modo comme l'application des théories et des techniques économiques au secteur de la santé, est de plus en plus considérée comme un mode de pensée qui peut apporter des idées d'amélioration des systèmes nationaux de santé. Les décisions dans ce domaine constituent des démarches essentiellement politiques. Le présent document souligne les utilisations **potentielles** de l'analyse en économie de la santé dans les prises de décision des pays en développement, et tout particulièrement des pays à faible revenu; il fournit, en outre, un aperçu des approches et des mécanismes, de renforcement des capacités de gestion en général et de l'économie de la santé en particulier, le tout à l'échelon du pays. Pour des raisons évidentes, nous n'y abordons pas certains points plus restrictifs de l'économie de la santé.



## **2. PRISE DE DÉCISION EN MATIÈRE DE SANTÉ DANS LES PAYS EN DÉVELOPPEMENT : SECTEURS CLÉS ET CONTEXTE**

Au risque de simplifier à l'extrême, les décisions clés ou les choix en matière de santé à l'échelon de chaque pays peuvent se résumer à quelques points, à savoir : **questions macro-économiques et intersectorielles ; questions d'allocation des ressources et d'équité intrasectorielles ; prévisions de financement ; questions de perspectives économiques sur le financement et l'organisation de services de santé alternatifs ; et enfin, conception d'incitations appropriées à l'intention des prestataires et des responsables de santé (3).**

**2.1 Les questions macro-économiques et intersectorielles** concernent les impacts des changements macro-économiques sur la pauvreté, la santé et d'autres mesures socio-économiques de bien-être ; l'impact des politiques macro-économiques et monétaires, les programmes d'ajustement structurel, les politiques et actions dans l'agriculture, l'industrie, l'énergie et le logement sur les résultats de la santé ; le degré et la variété des conséquences de la santé associées aux projets et actions de développement économique ; et les implications budgétaires de ces conséquences sur la santé.

**2.2 Les questions d'équité et d'allocation de ressources intrasectorielles** s'appliquent généralement à l'efficacité des actions en vue de réduire le gaspillage ou d'améliorer le facteur coût-efficacité au travers d'un meilleur équilibre des inputs et une projection plus précise (en termes de services de santé et de population) ainsi qu'une distribution plus équitable de ces inputs et services.

**2.3 Les prévisions financières** pour le secteur de la santé (public et privé) concernent généralement le développement de méthodes peu coûteuses de collecte et d'analyse de l'information sur le financement du secteur de la santé ; la prévision des besoins financiers (budgétisation) imposée par les politiques nationales de santé et l'évaluation de la capacité des systèmes en vigueur à répondre à ces besoins ; la justification légitime aux accroissements de dépenses et coûts dans le secteur de la santé tant à l'échelon de l'État que des patients.

**2.4 Les perspectives économiques du financement alternatif et de l'organisation des services de santé** sont généralement liées aux différents mécanismes et modes de financement dans ce secteur ; les changements de sources de financement et de moyens de paiement (mécanismes de financement publics et privés tels que contribution financière de l'utilisateur, contributions des ménages et des entreprises à l'assurance-maladie) ainsi que l'évolution des rôles des consommateurs, des acheteurs et des dispensateurs de soins.

**2.5 La conception d'incitations appropriées** est généralement liée à la mise en place d'actions incitatives qui encouragent aussi bien un individu qu'une entreprise à adopter un comportement en faveur d'objectifs de santé publique, par exemple la planification des structures de paiement et de rémunération



adéquates qui assurent une utilisation plus efficace et plus équitable des ressources et services tant par les utilisateurs que par les dispensateurs de soins, et la conception d'incitations financières ou de carrière «au mérite» en répondant aux objectifs de l'entreprise.

Dans le contexte des pays à faible revenu, ces domaines clés de la prise de décision en matière de politique de santé doivent être pleinement compris face à la réalité des faibles ressources, au **degré relativement élevé de la précarité** (politique et économique), de la **faiblesse de la fidélité institutionnelle**, de programmes d'incitation inappropriés et de la **pression croissante des donateurs**.

**2.6 Ressources limitées.** L'économie de la plupart des pays a subi une régression rapide tout au long des années 80. A la base de ces problèmes, il convient de mentionner le recul économique du monde industrialisé conduisant à une réduction de la demande en produits d'exportation (en particulier dans le domaine de l'agriculture et les ressources minières), la gabegie économique internationale (surendettement encouragé par des facilités coupables en matière de prêt), une augmentation des obligations de paiement pour amortissement et un intérêt sur la dette existante rendu particulièrement aigu à cause des intérêts extrêmement élevés et fluctuants depuis 1980. Les problèmes des pays gros débiteurs sont assez bien connus ; ceux des pays débiteurs plus modestes sont en revanche beaucoup moins bien appréciés. La plupart des pays en développement montrent des signes encourageants de convalescence mais les espoirs de croissance rapide restent encore lointains, compte tenu de la récession dans les pays industrialisés (4).

Confronté à de sérieuses difficultés de gestion de la crise économique à court terme, il faut "énormément de ressort" et d'énergie pour garder le regard fixé sur l'avenir. En matière de délais, l'horizon est extrêmement rapproché et les plans à long terme sont délaissés. Les considérations de survie dominent les prises de décisions. La pauvreté est un phénomène tenace dans de nombreux pays en développement. Les préoccupations individuelles des personnels de santé à propos de leur solvabilité prennent le pas sur les priorités plus générales de l'entreprise. La pauvreté exacerbe l'esprit d'entreprise et pousse chaque fonctionnaire individuellement à lutter âprement pour son revenu au sein de son organisation (5).

**2.7 Haut niveau de précarité.** De nombreux pays en développement sont confrontés à la précarité politique. Les gouvernements de la plupart des pays à faible revenu sont très fragiles et ne disposent pas d'un consensus - ou d'une tradition - sur les méthodes de délégation légitime du pouvoir. Comme conséquence de cette vulnérabilité, les considérations politiques telles que le maintien au pouvoir d'un régime ou la prévention des fractures ethniques, peuvent prendre le pas sur les efforts pour parvenir à une économie rationnelle. Les considérations de survie dominent les prises de décision (6).

De nombreux pays à faible revenu sont également vulnérables sur le plan économique ; basées largement sur le prix fluctuant des matières premières, les rentrées de l'État sont particulièrement imprévisibles. Cette situation débouche



sur des décisions qui semblent aberrantes telles que réductions linéaires des dépenses, limitations de droits de tirage et contrôles des dépenses. La précarité touche de nombreux secteurs : mise en œuvre des budgets, leur montant, quels projets capitaux seront approuvés et quand. En outre, la précarité est généralement importante en ce qui concerne les effets de la politique de santé et les liens entre la santé et l'économie en général. Cela est dû en partie au manque de données fiables et donc, d'analyse y faisant suite.

**2.8 Faible sens du bien public.** La notion d'État est un concept relativement étranger à la plupart des pays en développement. Les individus manifestent une loyauté beaucoup plus grande à la famille ou au groupe social ou ethnique qu'aux institutions et à leurs objectifs, ce qui minore considérablement la notion de "bien public". D'une manière générale, ce qui appartient au gouvernement est considéré comme profitant aux dirigeants, leurs parents et amis, et aux groupes sociaux (7).

Là où les fonctionnaires jouent leur propre jeu, manquent de sens civique et ne se sentent pas concernés par les objectifs de leur administration, ces mêmes administrations ont tendance à se centraliser et à être étroitement surveillées. La réglementation y devient pléthorique. Le manque de sens civique fait que contrôles et contre-contrôles y sont ressentis comme indispensables. La classe bureaucratique se préoccupe de moins en moins des consommateurs et de plus en plus d'elle-même (8). Les avantages en nature "offerts" par le système sont très importants. Assez couramment, des conflits et des négociations délicates s'engagent à propos d'équipements appartenant à l'administration (véhicules, logements, etc.), autour du profit que peut en retirer le fonctionnaire en tant qu'individu mais rarement au sujet de la mission pour laquelle ces équipements étaient destinés.

**2.9 Pression des donateurs.** Les donateurs jouent un rôle stratégique grandissant dans la formulation des politiques des pays en développement, rôle généralement disproportionné face à leurs contributions réelles. Leur attrait pour les ministères de la santé réside dans la garantie de ressources relativement sûres - stables et non sujettes aux aléas habituels. En conséquence, rares sont les ministères de la santé qui refusent ces contributions et ils recherchent activement ces donateurs, ce qui exige beaucoup de temps et d'énergie de la part des responsables du secteur qui ont dès lors tendance à adopter une attitude plus réactive que proactive.

Chaque donateur possède ses propres objectifs, qui peuvent entrer en conflit avec ceux du pays d'accueil d'une part et ceux des autres donateurs, d'autre part. Ces donateurs sont souvent soumis à pression pour dépenser l'argent rapidement plutôt que d'y consacrer l'efficacité souhaitable. L'obsession d'un "placement" rapide des sommes disponibles conjuguée aux faibles possibilités d'absorption de la plupart des ministères de la santé conduit généralement à une utilisation inefficace des ressources (9). L'adhésion sans réserve à la réglementation laisse peu de place aux considérations d'efficacité.



### 3. DÉFIS POUR L'ÉCONOMIE DE LA SANTÉ DANS LES PAYS EN DÉVELOPPEMENT

Dans ces circonstances plutôt difficiles, ce dont les décideurs du secteur santé ont désespérément besoin sont des idées, des suggestions et des outils qui les aideront à prendre les décisions les plus appropriées.

Le secteur de la santé comprend différents groupes de valeurs différentes, et divers degrés d'autonomie financière, administrative et professionnelle. On ne peut attendre de ces groupes d'intérêt qu'ils voient tous les situations présentes et à venir sous le même angle et l'on ne peut guère craindre que conflits d'intérêts et de valeurs, implicites ou explicites. L'analyse de la "mise en perspective" des options politiques est dès lors de première importance. Le défi des années 90 est d'assurer que le cadre de la prise de décisions incorpore une concertation entre les différents types de rationalités.

L'économie de la santé utilise les outils et les méthodes modernes de l'analyse économique. En premier lieu, elle essaie d'évaluer les ressources employées à la santé, le financement et l'organisation des soins de santé, l'efficacité et l'équité avec laquelle ces ressources sont allouées et employées dans ce domaine. Les ressources pour la santé comprennent des contributions provenant d'autres secteurs liés à la santé tels l'agriculture et l'éducation. En deuxième lieu, l'économie de la santé recouvre l'analyse des liens entre économie en général et santé.

La pensée économique en matière de santé peut, dès lors, fournir une partie de l'information (outre les critères politique, social, médical et philosophique) nécessaire à prendre des décisions parfaitement documentées sur l'utilisation de ressources rares (10). L'utilisation des nombreuses facettes de l'analyse économique et de ses outils peut permettre d'identifier les secteurs de gaspillage et d'inefficacité et la mise sur pied d'une meilleure utilisation des ressources. En générant encore plus d'informations sur l'économie de la santé, cette dernière peut aider à réduire l'incertitude quant à la précarité des décisions en matière de politique de santé et leurs effets. L'exploitation de cette connaissance des liens entre santé et économie en général peut renforcer les décisions des responsables de santé dans leurs négociations avec les donateurs. En fin de compte, en utilisant la connaissance des comportements individuels et institutionnels, l'économie de la santé peut aider à concevoir des programmes d'incitation appropriés.

Les tableaux 1 à 6 donnent le détail des territoires communs à l'économie et à la politique de la santé (11) : la colonne de gauche identifie un certain nombre de "questions de politique de santé" qui constituent un souci pressant pour les pays en développement et la colonne de droite ("point relatif à la science économique") offre des indications pour ces parties de la théorie, des concepts et des techniques économiques pouvant être utilisées pour l'analyse des différents problèmes de gestion identifiés.



## **4. ACQUISITION DE COMPÉTENCES EN ÉCONOMIE DE LA SANTÉ DANS LES PAYS EN DÉVELOPPEMENT**

Dans ce contexte, la constitution de potentiels fait référence à ce qui doit être fait pour institutionnaliser et soutenir l'utilisation de l'économie de la santé dans les pays en développement. Les trois composantes suivantes sont d'un intérêt certain :

- développement du personnel,
- évolution des systèmes et des équipements, et
- évolution des institutions.

### **4.1 Développement du personnel**

De manière générale, ce point fait référence à la conscience accrue, à la connaissance et aux talents dans le domaine de l'économie de la santé, de tous ceux, à l'échelon national, qui pourront utiliser et utiliseront l'analyse économique pour aider à traiter quelques-uns des problèmes du secteur de la santé.

Les économistes de la santé sont peu nombreux dans les pays en développement. Tous les pays en développement possèdent quelques excellents économistes mais ils ont, sauf rares exceptions, concentré leurs efforts sur l'université ou l'économie plutôt que sur le secteur social. Les pays en développement n'ont, jusqu'à présent, "produit" que très peu d'économistes de la santé. Les niveaux de rémunération très insuffisants sont assez peu attractifs et ne suffisent pas à retenir les personnels qualifiés. La fuite des cerveaux s'effectue vers des pays plus généreux de ce point de vue.

Les ministères de la santé n'ont guère, jusqu'à tout récemment, considéré la nécessité de l'économie de la santé et des recherches dans ce domaine. Dans la plupart des écoles de santé publique, l'économie de la santé ne fait pas partie des matières enseignées. On dénote un manque d'intérêt pour les matières financières, une conscience de ces problèmes médiocre et un mépris généralisé des agents de santé pour les chiffres et les calculs. La culture administrative dans le secteur public manque singulièrement d'incitation au développement personnel des gestionnaires. L'amélioration des capacités individuelles n'est généralement pas valorisée au même titre que les promotions ou d'autres gratifications plus concrètes (12).

Le développement du personnel devrait donc dépasser la simple formation pour englober l'évolution des systèmes et des politiques qui peuvent effectivement soutenir les développements de carrières, encourager une meilleure gestion, soutenir une évaluation des prestations et lier la formation aux opportunités de promotion (13).



Quoi qu'il en soit, la formation est une composante essentielle du développement du personnel. Celle-ci devrait englober une large proportion de personnels de tous niveaux du secteur de la santé et de différentes autres institutions, tant publiques que privées, tels que hauts responsables des ministères de la santé, des finances et du plan, ceux des commissions de planification, les personnels d'échelon intermédiaire, les principaux prestataires de service, les responsables de la santé des provinces et districts, les directeurs d'hôpitaux et tous autres personnels concernés par la gestion des services de santé, les professeurs d'université, les étudiants en professions de santé et en science sociale.

Différentes **approches de la formation** doivent être envisagées : formation **classique**, formation **sur-le-tas**, formation **pratique** et formation **informelle** (14). Chacune de ces formations présente avantages et inconvénients ainsi qu'une pertinence spécifique (cf. annexe 1).

Les formations peuvent également être classées selon leur lieu de mise en œuvre (15) :

(a) **formation locale** : dans le pays d'origine du personnel formé. Cette formation peut encore se subdiviser selon qu'elle est pratiquée au sein de l'organisation ou de l'entreprise, ou dispensée par un institut, une école ou d'une agence spécialisée extérieure à l'entreprise ;

(b) **formation à l'étranger** : traditionnelle, programmes mis en œuvre dans des pays industrialisés (Amérique du Nord ou Europe, par exemple) pour des ressortissants de pays à faible revenu ;

(c) **formation en pays tiers** : suivie à l'extérieur du pays et fournie par un institut ou une école dans un autre pays de la zone (institut régional).

Les points forts et faibles de ces trois derniers types de formation sont indiqués dans l'annexe 2.

Une constitution de potentiel efficace exige une formation locale, aussi bien qu'à l'étranger et en pays tiers. Une fois encore, chacune d'entre elles a ses points forts et ses points faibles. Le choix de l'une des quatre approches citées plus haut (classique, sur-le-tas, pratique et informelle) et l'encouragement des responsables de la santé à participer à des sessions de formation (localement, régionalement ou dans les pays industrialisés) doit se baser fondamentalement sur la même évaluation des besoins à l'échelon national, institutionnel ou individuel.

## 4.2 Évolution des systèmes et des équipements

Pour promouvoir et soutenir l'utilisation de l'économie de la santé, il est indispensable de mettre en place et de développer des sous-systèmes complémentaires qui offrent les bases à l'utilisation de l'analyse économique. L'information et la budgétisation, la comptabilité et les audits, la mise en place de lignes de conduite, de protocoles et de procédures sont particulièrement importantes.

Dans la plupart des pays en développement, les systèmes informatiques déjà en place renferment généralement un grand nombre de données concernant les



activités de service. Certaines informations sur les inputs - personnels, véhicules, médicaments et ressources financières - sont également disponibles à la demande. Une attention beaucoup plus faible est accordée aux résultats et à l'impact concret de ces services de santé et les données liées aux effets de ces activités sont habituellement très limitées.

Lorsque les données existent, elles sont soit incomplètes soit peu fiables. Lorsque des données relativement fiables existent - par exemple, consultations externes, revenus générés - elles n'entrent pas en compte dans les prises de décision. L'analyse globale des données collectées est déficiente. L'informatique est rarement corrélée aux données de terrain.

Les données budgétaires existent mais sont trop souvent de piètre qualité, fragmentaires, incomplètes et n'englobent pas toutes les sources de revenus. L'information sur le financement et les allocations de ressources est détenue par les administrateurs publics et tend à se limiter à la description de l'activité du secteur public, celle-ci étant trop souvent réduite à l'activité du ministère de la santé. Les fonctionnaires du ministère de la santé sont généralement mal informés sur l'impact sur la santé des allocations financières dans le secteur privé aussi bien que dans les autres ministères.

Le budget est éclaté entre budget d'investissement et budget récurrent (ou de fonctionnement). Dans certains pays, une agence gouvernementale spécialisée est chargée du budget d'investissement tandis que le budget de fonctionnement est du ressort du ministère des finances. Chaque agence suit ses propres critères de jugement et de politique. Aucun budget global n'est jamais disponible, ce qui empêche toute prévision et tout contrôle sérieux.

En bref, toute donnée financière précise ou simplement fiable est une denrée rare. Plusieurs systèmes comptables existent d'un organisme à l'autre - ministère des finances, agences comptables, banques centrales et départements et sont, pour la plupart, mal coordonnés. Le résultat est que ces départements dépensent une grande partie de leur temps à tenter d'harmoniser leurs données respectives. Lors de l'établissement des budgets, les départements ministériels reçoivent très peu de directives concrètes des ministères du plan et/ou des finances. Très rarement disposent-elles d'informations de base telles que chiffres et tendances fiscales et économiques - croissance, inflation, balance des paiements, évaluation des déficits et politiques de financement de la dette.

Dans les départements ministériels, le calendrier de préparation du budget laisse peu de temps pour procéder à des analyses adéquates. Les justifications sont faibles et on développe très peu de critères d'objectifs pour évaluer la validité des budgets présentés; l'accent est surtout porté sur la mise à jour *a posteriori* des données budgétaires de l'année précédente et leur ajustement pour exécuter des changements croissants et de nouvelles activités. Le contrôle de l'exécution du budget est généralement nul. Les systèmes en vigueur de contrôle des dépenses ne sont pas fiables et, lorsqu'ils existent, les contrôles sont d'une rigidité excessive et d'une inefficacité désespérante. Les estimations des subventions et crédits extérieurs sont souvent irréalistes et ne prennent généralement pas en considération les capacités d'absorption (16).



La constitution de potentiel en économie de la santé devrait dès lors aller de pair avec l'amélioration des systèmes d'information sanitaire et de gestion financière et le développement des directives et des protocoles. Pour être utiles, directives, machines et équipements doivent être suffisamment solides pour répondre aux besoins spécifiques du pays considéré. Les matériels "universels" doivent être adaptés au lieu d'être "consommés" tels quels. Les structures administratives et organisationnelles des pays à faible revenu exigent non seulement des modifications des outils importés mais l'utilisateur en bout de chaîne doit impérativement adapter concept et aptitude en relation avec la situation spécifique de l'entreprise au sein de laquelle il opère. Outils et directives doivent dès lors être spécifiques à la culture, au secteur et à l'entreprise.

### 4.3 Évolution des institutions

Afin d'institutionnaliser et de fournir un dynamisme continu à l'usage de l'analyse économique, on doit disposer de mécanismes institutionnels spécifiques pour sa promotion. Cela peut prendre l'aspect de groupes d'intervention, d'équipes de travail ou des deux à la fois, aux niveaux sectoriel et national, ou par la mise en place d'unités de politique et de planification au sein du ministère de la santé et d'autres grandes institutions de santé, ou encore d'institutions spécialement mises en place pour l'analyse et le développement de politique stratégique. On pourrait également faire intervenir ces institutions dans la formation d'analystes en politiques de santé et d'économistes de la santé à différents niveaux d'études, à savoir: secondaires, supérieures, post-universitaires et de doctorat.

À l'échelon national, les grandes décisions affectant le secteur de la santé sont généralement prises sans consulter ce secteur. C'est rarement à ce niveau que l'on discute des politiques des autres secteurs, quand bien même elles ont un impact sur la santé. La mise en place de commissions, de groupes d'intervention, de séminaires ou de groupes de gestion, auxquels participent planificateurs, gestionnaires et économistes en divers domaines et d'expériences professionnelles variées, peuvent renforcer les occasions d'apprendre à partir d'expériences tierces. Ce qui peut particulièrement intéresser les hauts responsables, dès lors que les contraintes de temps les empêchent de suivre de trop longs stages de formation, sans parler du "syndrome de Superman" qui éloigne invariablement les cadres supérieurs des sessions de formation (17).

La plupart des pays en développement ont leurs unités de planification mais la majeure partie du temps, ces dernières n'ont aucun pouvoir et ne prennent jamais véritablement part aux décisions. Elles sont généralement composées d'individus de peu de pouvoir et d'influence réduite, qui, souvent, possèdent à peine les connaissances et les compétences nécessaires en analyse économique. Ces unités, à l'exception de quelques-unes, sont plus souvent noyées dans des activités de routine quotidienne. L'intégration, en leur sein, d'économistes de la santé ou, mieux encore, la formation de leurs propres membres pour leur permettre d'incorporer l'économie de la santé à la planification, reste un problème critique.



Un institut national d'analyse peut jouer un véritable rôle stratégique et promoteur en faveur de l'usage de l'économie de la santé. Toutefois, le lieu d'implantation de cet institut peut être un sujet délicat. Une telle unité, partie prenante dans l'État, présente plusieurs avantages potentiels : a) obtenir un soutien administratif et politique favorable, une meilleure acceptation du fait de leur appartenance au service public au contraire des liens universitaires, considérés, dans certains pays, comme suspects ; b) un accès plus direct à l'information officielle et plus d'occasions de travail sur le terrain. Le gros inconvénient est la perte de maîtrise du fonctionnement de l'institut à cause des pratiques et des procédures bureaucratiques. Les autres inconvénients sont la rotation plus rapide des personnels et les risques de népotisme (18).

L'implantation de l'institut au sein d'une université peut avoir de nombreux effets positifs : avantages liés à l'atmosphère générale régnant dans une université, le prestige, l'acceptation de la part des étudiants, l'importance accordée à la recherche, les ressources des bibliothèques et le climat généralement favorable aux idées nouvelles. Autre possibilité : un institut à statut semi-autonome. En principe, un tel institut est considéré comme plus réceptif aux besoins des clients. Le droit d'établir sa propre grille des salaires donne à l'institut un avantage certain sur un organisme de statut purement public. Les problèmes à prévoir comprennent le financement initial et les difficultés de constitution d'une réputation suffisante pour attirer la clientèle.

Il n'existe pas de liste de critères pouvant garantir le succès d'un tel institut. Cependant, certaines dispositions institutionnelles semblent, plus que d'autres, assurer une meilleure efficacité. En particulier, les contrôles gouvernementaux limités, une direction forte et une "masse critique" suffisante pour fournir un éventail de talents en matière d'expérimentation, d'innovation, et par ailleurs des programmes et des activités qui réclament les efforts de groupes de travail pluridisciplinaires (19).



## 5. CONCLUSIONS

Tout en construisant les conditions d'utilisation de l'économie de la santé, il convient de rappeler que ce domaine n'est pas une fin en soi mais constitue un outil qui vise à améliorer les performances des systèmes de santé et un moyen de transformer le système afin de permettre que les soins de santé primaires soient administrés correctement. La décision en matière de politique de la santé est un processus hautement politique. Dans le monde politique, la rationalité simple n'existe pas. Autant d'acteurs, autant de motivations, souvent divergentes. L'économie de la santé, qui définit généralement son critère de rationalité par le terme "efficacité économique", peut aider à éclairer et enrichir la prise de décision.

Il n'existe pas dans chaque pays une meilleure approche au développement de l'économie de la santé. Celui-ci dépend d'un grand nombre de facteurs et sera influencé par le contexte spécifique dans lequel il sera mis en œuvre. Les points d'entrée devront donc être choisis en fonction de décisions tactiques basées sur l'opportunité. Une analyse des forces sociales, politiques, économiques et institutionnelles constituera une étape initiale critique pour toute décision de mise en œuvre.

Pour des raisons pratiques et tactiques, il peut être conseillé de démarrer à petite échelle afin de fournir une occasion de développer, tester et documenter les stratégies novatrices pour traiter les problèmes opérationnels et institutionnels. La formation des personnels semble être un excellent point de départ. Toutefois, si les systèmes et les structures appropriés ne fonctionnent ou n'existent pas, le développement du personnel peut être une étape prématurée et la formation seule sera insuffisante.

La nécessité d'une ouverture ultérieure apparaît généralement avec le temps, en réponse à la demande et aux modifications du contexte général pour accroître l'efficacité générale du renforcement des capacités. La planification pour une mise en œuvre à grande échelle demande de nouvelles analyses plus poussées des nouveaux facteurs entrant en jeu.

Pour assurer une bonne institutionnalisation et un suivi sérieux, le pays en question doit se sentir particulièrement concerné. L'approche conseillée doit être participative, souple et pragmatique. En effet, l'échec de certains programmes de renforcement des capacités a été attribué à une approche par trop normative qui ne prenait pas en compte ce que les dirigeants eux-mêmes considéraient comme possible et souhaitable.

Alors qu'il est aisé de lier le renforcement des capacités à une compétence et à des résultats de gestion améliorés, il n'est guère facile d'identifier les causes et les changements dans l'utilisation du statut de la santé. La nécessité d'aboutir rapidement et avec des résultats tangibles ne devrait pas supplanter celle de l'institutionnalisation et du suivi.

...the ...

...the ...

...the ...

...the ...

...the ...

...the ...

...the ...

...the ...

...the ...

...the ...

...the ...



## Annexe 1 APPROCHES DE FORMATION COMPARÉES

Eléments	Formation classique	Formation "sur le tas"	Formation active	Formation informelle
Quelle est l'orientation générale de cette approche?	Apprentissage de compétences qui se concentre sur un seul sujet (budget, par ex.) ou un ensemble de sujets liés corrélés (par exemple, pratiques pour une supervision efficace).	Formation spécifique à l'établissement concerné, relation face-à-face dirigeant/stagiaire centrée sur une amélioration de la performance professionnelle individuelle..	Se concentre exclusivement sur une formation destinée à résoudre un problème interne criant ou occasion d'utiliser les ressources d'un groupe (ou unité) de travail ; toutes les forces sont concentrées sur la solution du problème.	Formation par "compagnonnage" et amélioration obtenue par processus d'apprentissage communautaire mutuel regroupant des individus de différents établissements et projets.
Quels sont les objectifs de cette approche ?	Transmission des connaissances, concepts et techniques à des groupes dont le but final est la promotion individuelle.	Acquisition de compétences spécifiques à l'établissement à travers une relation formateur/formé.	Développement de l'établissement à travers la mise en place de projets réussis ; connaissances et procédures de résolution de problèmes ; amélioration des performances de l'individu et du groupe ; apprentissage de l'enseignement.	Perpétuer une collectivité en état d'apprentissage qui, outre ses activités sociales, offre un environnement où les individus peuvent apprendre les uns des autres et aussi, dans certains domaines spécifiques, d'autorités reconnues.
Comment le cursus est-il décidé ? Comment les besoins sont-ils évalués ?	Décidés par l'agence de parrainage ; apprentissage décidé par le formateur ; besoins évalués par l'agence de parrainage.	Apprentissage décidé par le formateur ; besoins évalués par le patron/supérieur hiérarchique.	Évaluation des besoins entre décideurs et groupe de stagiaires se dégage de la recherche (données recueillies et analyse des problèmes) concernant l'établissement ; le stage conclut alors à de nouvelles données ; évaluation, bilan, suivi.	Le contenu se concentre sur la vision interne et la connaissance "d'entreprise", le cursus est déterminé par les besoins des apprentis et centré sur le problème en question..
Rôle formateur/formé ?	Le formateur est une autorité qui répand sa sagesse ; relation de dépendance de la part du formé, apprentissage passif ou semi-actif.	Le patron est l'autorité de compétence, l'enseignant, le répétiteur et le modèle.	Le formateur se joint à l'équipe de travail ou de projet en tant que ressource supplémentaire.	Chaque membre est alternativement formateur et formé.



Eléments	Formation classique	Formation "sur le tas"	Formation active	Formation informelle
Points forts ?	Economique - "un seul" enseigne à "plusieurs", ce qui assure une uniformité de contenu ; très facile à évaluer / très facile à mesurer ; accélère l'apprentissage / plus d'information dans une plus courte période ; évite les aléas de la méthode par essai/erreur.	Faible incidence budgétaire ; maintient la formation étroitement liée au travail ; plus efficace pour modifier le comportement que les sessions de formation extérieures ; suffisamment souple pour s'adapter à différents types de formation ; des compétences plus complexes peuvent être transmises sur des périodes plus longues ; renforce l'apprentissage acquis par la formation classique.	Intègre les sessions de formation classique et la résolution de problèmes "sur-le-tas" ; favorise l'initiative de groupe et construit une cohésion et un engagement vis-à-vis des objectifs ; crée des occasions de formation pour les formateurs du pays-hôte ; favorise une participation maximum dans le processus d'apprentissage ; dynamique conjointement les capacités individuelles et les performances de l'institution ; concepts et compétences enseignées sont directement liées aux besoins ou aux problèmes identifiés.	Intérêts et besoins d'apprentissage communs servent de base à l'initiative et à la poursuite de l'expérience qui s'appuie sur les ressources locales / faible coût ; accent mis sur l'acquisition de connaissances et l'échange d'informations qui présentent un attrait immédiat pour la plupart des participants, sinon pour tous ; moyens de renforcement des capacités managériales aux niveaux les plus élevés ; renforce l'apprentissage à partir d'expériences institutionnelles.
Points faibles ?	Difficulté de transfert de l'apprentissage en classe vers un changement de comportement sur le lieu de travail ; transfert et apprentissage dépendent de (1) l'intérêt du stagiaire ; (2) du type de patron ; (3) du climat général ; (4) des besoins sur le lieu de travail. La formation éloigne du supérieur hiérarchique immédiat ou du responsable de projet ; qualité dépend uniquement des connaissances et des failles du formateur ; peut être gros consommateur de temps et d'argent si l'on souhaite une formation très pointue.	Trop lent si urgence - formation par système d'essai/erreur ; dépend de la volonté du directeur à déléguer ; carence de gestionnaires de haut vol dans de nombreuses institutions ; le succès dépend des rapports entre cadres supérieurs et jeunes cadres ; ne résout pas les besoins éducationnels des cadres les plus jeunes..	Contrainte à long terme en matière de temps, d'argent et de personnel ; orientation de groupe dans des sociétés surtout individualistes ; instabilité de l'environnement extérieur dans de nombreux pays les moins avancés ; ne résout pas les besoins éducationnels des cadres les plus jeunes.	Contraire aux schémas d'incitation et de gratification de nombreux pays en développement, aucune autorité ne fait pression pour une évolution du comportement / aucune garantie de succès ne peut renforcer systèmes et pratiques en vigueur ; les groupes doivent être homogènes sinon risque de domination par rangs hiérarchiques supérieurs ; succès dépendant des relations entre participants
Plus efficace pour quels niveaux et types de cadres?	Plus efficace pour jeunes cadres supérieurs ; cadres supérieurs participent rarement aux stages de formation.	Plus particulièrement cadres jeunes et intermédiaires ; pas efficace aux niveaux supérieur et postulant.	Gestionnaire de projet, cadre intermédiaire.	Cadre supérieur, direction.



Eléments	Formation classique	Formation "sur le tas"	Formation active	Formation informelle
<p>Conditions optimales d'utilisation</p>	<p>Exige :                      (1) diversité et combinaison de méthodes ; (2) orientation formation active ;                      (3) enchaînement efficace des méthodes et des modules de contenu. Le formateur doit posséder un vaste répertoire d'outils et de matériels de formation ; suivi de soutien - patron, collègues et cohérence avec normes de l'établissement ; évaluation correcte des besoins déjà réalisée ; motivation du stagiaire.</p>	<p>Le patron doit avoir des qualités de gestionnaire pour faciliter la démarche d'apprentissage ; grande ouverture d'esprit des cadres supérieurs ; définition précise des résultats attendus ; ambiance favorable à l'apprentissage ; assez bon niveau culturel des cadres jeunes et intermédiaires pour répondre aux besoins accrus ; formation assez longue.</p>	<p>Changement souhaité ; schéma souple de formation ; stabilité et continuité dans le soutien venant de l'extérieur ; engagement à long terme en matière de ressources ; formateurs de haut vol (diagnostique et processus) ; crédibilité maximale du formateur (il est l'"expert") ; faibles mouvements de personnel ; emploi avec d'autres stratégies (par ex. formation classique).</p>	<p>Homogénéité du groupe d'intérêt et des niveaux hiérarchiques ; input primaire doit venir d'experts extérieurs ; contenu doit être choisi par les participants eux-mêmes ; emploi avec d'autres stratégies.</p>



Annexe 2 Points forts et points faibles des différents types de formation selon le lieu de prestation

	Points forts	Points faibles
Formation locale	Permet une combinaison entre les quatre approches de formation disponibles ; les trois grands types de programmes sont potentiellement disponibles ; packagés, sur mesure et par correspondance ; cohérence et adaptation spécifique du cursus sont toutes deux possibles ; la formation peut être pratiquée localement ou dans l'environnement professionnel immédiat ; per capita, les coûts de formation sont plus faibles que pour les deux solutions suivantes ; possibilité de faire appel aux ressources locales pour la formation proprement dite.	Grande dépendance vis-à-vis des ressources locales qui peuvent manquer ; le contenu peut être trop étiré et purement mécanique avec, certes, acquisition de compétences mais défaut d'ouverture d'esprit ; les formations "pointues" peuvent être difficiles à assurer.
Formation en pays développé	Peut servir de catalyseur au changement, important facteur d'ouverture d'esprit ; moyen idéal pour l'acquisition de compétences très spécifiques, y compris en langue étrangère ; dynamise la mobilité verticale ; procure prestige et expérience multi-culturelle.	Le cursus peut être éloigné du propos ; onéreuse ; implique des coûts d'opportunité ; si la formation est longue, les stagiaires peuvent adopter une attitude consumériste et la rentrée dans la culture d'origine peut s'avérer délicate ; les risques de fuite des cerveaux sont plus élevés.
Formation en pays tiers	Comparaison d'expériences très facile ; ouverture d'esprit ; coûts per capita très réduits par rapport au cas précédent.	Idem que formation à l'étranger mais peut-être à un degré plus restreint.



Tableau 1. Questions intersectorielles et macro-économiques

Questions de politique sanitaire	Questions clés	Point relatif à la science économique
Développement sanitaire et économique Santé et soins en tant que déterminants et conséquences du développement socio-économique	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Qu'est-ce qui constitue la santé et son amélioration ?</li> <li>2. Quels sont les déterminants de l'amélioration des soins ?</li> <li>3. L'amélioration des soins et les services de santé affectent-ils la production et l'économie, et de quelle manière ?</li> </ol>	<p>Identification et évaluation santé/maladie : mesures pour satisfaire les besoins primaires.</p> <p>Modèles macro-économiques de développement, déterminants de la croissance.</p> <p>Théorie du capital humain ; éléments d'investissement et de consommation des dépenses de santé, fonctions de production domestique pour la santé, maladie et productivité sur le lieu de travail.</p>

Tableau 2. Budgétisation

Questions de politique sanitaire	Questions-clés	Point relatif à la science économique
Maîtrise des dépenses de santé et coût-efficacité (Gestion financière)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Comment le budget est-il réparti, qui le contrôle et comment ce contrôle est-il exercé ?</li> <li>2. Les économies peuvent-elles être affectées par la recherche et la distribution des ressources ?</li> <li>3. Qu'est-ce qu'une "technologie appropriée" ?</li> </ol>	<p>Système budgétaire et comptabilisation (centres de coûts, unités de coûts) ; gestion des stocks.</p> <p>Déterminants du comportement des fournisseurs (échelle local, national, multinationale).</p> <p>Prix virtuel et coûts d'opportunité pour la collectivité.</p>



Tableau 3. Allocation de ressources intrasectorielles et d'équité

Questions de politique sanitaire	Questions-clés	Point relatif à la science économique
<p>(a) Ressources physiques et coût</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Qu'est-ce qui détermine l'attitude des organismes et agences de santé ?</li> <li>2. Comment et pourquoi les coûts vont-ils varier en fonction du changement d'échelle, de localisation, du type de service (ou d'établissement) médical ou sanitaire offert ?</li> <li>3. Quelle combinaison de services produira le service spécifique souhaité ?</li> </ol>	<p>Fonctions de production et de substitution entre les inputs. Estimation des courbes à court et long terme, coûts moyens et marginaux, coûts privés et collectifs. Déterminants des variations des coûts des hôpitaux et centres de santé (case-mix, facteurs de qualité) ; économies d'échelle.</p>
<p>(b) Ressources humaines pour la santé : existence, motivation et rémunération</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Qu'est-ce qui détermine l'offre et la demande pour chaque type de ressource humaine ?</li> <li>2. Comment les formes de rémunération et autres déterminants, l'absentéisme, la rétention, affectent-ils la distribution géographique ?</li> <li>3. Quelles sont les productivités des différentes catégories de personnels de santé en liaison avec leurs prix de revient en formation et leur niveau de rémunération ?</li> </ol>	<p>Marché du travail et demande en personnel de santé. Théorie de la productivité marginale. Facteurs influant sur l'élasticité de l'offre : impact sur les niveaux de revenus et incitations financières, les loisirs privilégiés, ; pratique privée ; fuite des cerveaux.</p>
<p>(c) Équité et justice sociale Fournir les services appropriés au bon endroit aux bonnes personnes et au bon moment.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Comment les ressources peuvent-elles correspondre le mieux aux besoins des populations, aux schémas de mortalité et de morbidité, à la demande et à leur utilisation ?</li> <li>2. Quel impact ont les différents systèmes de santé sur les droits, l'accès, l'utilisation et les bienfaits reçus par des groupes-cibles d'une population donnée ?</li> <li>3. Quelles sont, si elles existent, les barrières à la fourniture d'un service de santé équitable ?</li> </ol>	<p>Critères et concept de fonction de la sécurité sociale. Équité et inéquités en matière de définition des soins et de mesure des différentes questions en jeu. Effet des variables socio-économiques et de l'accès aux soins sur les schémas d'utilisation.</p>



Tableau 4. Allocation de ressources intersectorielles

Questions de politique de la santé	Questions préliminaires	Point relatif à la science économique
<p>Analyse de la demande</p> <p>La demande, le besoin en santé et les services de santé</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Qu'est-ce qui détermine la demande (ou l'absence de demande) pour des services de santé spécifiques, des guérisseurs, des herboristes et des praticiens traditionnels ?</li> <li>2. Quel facteur détermine la réponse des prestataires à la demande d'un individu en matière de soins, y compris les facteurs tels que l'existence ou la proximité d'établissements de référence ?</li> <li>3. Comment les systèmes de paiement des soins (par ex., systèmes de pré-paiement des soins) affectent-ils la demande et l'utilisation des services de santé ?</li> </ol>	<p>Théories des comportements induits à l'échelon domestique, individuel et du prestataire ; mise en oeuvre et interprétation des planning de demande (?); déterminants de la demande, prix, revenu, élasticité croisée et coûts-durée.</p>
<p>Évaluation de projet</p> <p>Nécessité et implication de réduction, d'expansion ou de redéploiement des services existants, ou encore de l'introduction de nouvelles activités.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Le service a-t-il un quelconque effet bénéfique sur la santé ? Pour qui ?</li> <li>2. Quelles sont les efficacités relatives (avantages et inconvénients) des activités de santé de substitution ?</li> <li>3. Quelles sont les conséquences de répartition des actions de santé (qui coûte de l'argent ? qui recueille les bénéfices ?)</li> </ol>	<p>Systèmes budgétaires et comptabilisation (centres de coût, unités de coûts) ; gestion des stocks. Déterminants du comportement des prestataires (échelle local, national, multinational).</p> <p>Prix virtuel et coûts d'opportunité pour la collectivité.</p>



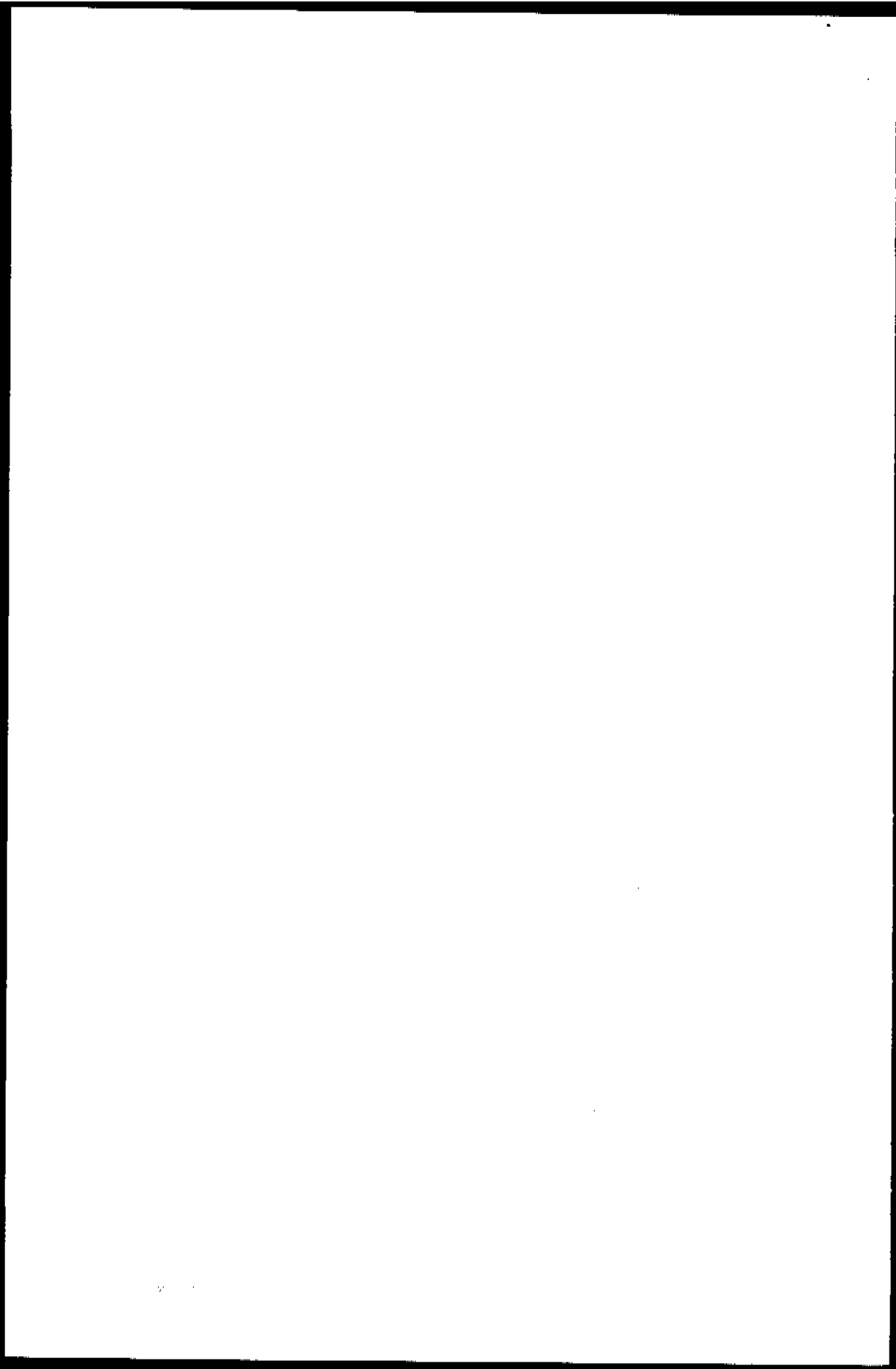
Tableau 5. Perspectives économiques sur les financements de substitution et l'organisation des services de santé.

Sujets de politique sanitaire	Questions clés	Point relatif à la science économique
<p>Financement du secteur de santé</p> <p>Aspects du revenu dans les soins et autres activités connexes</p>	<p>1. Quelles sont les sources de financement de la santé ?</p> <p>2. Quels types et quelles quantités de ressources sont-elles utilisées pour financer le secteur de la santé ?</p> <p>3. Qu'apportent les méthodes de financement de substitution, tant en terme de profit que d'incidence négative ?</p>	<p>Les systèmes de comptabilité sociale et finances publiques ; production de revenu et incidence fiscale ; auto-financement, assurance et mécanismes de prépaiement, concepts de capacité et acceptation d'un paiement.</p>
<p>Organisation et systèmes de prestations</p> <p>Structure des soins et activités connexes</p>	<p>1. Quelles sont les caractéristiques économiques des soins et des activités connexes ?</p> <p>2. Quel est l'objet de ces caractéristiques dans la poursuite de la santé au travers des mécanismes appartenant au marché ou non ?</p> <p>3. Comment les différents systèmes de santé prennent leurs décisions en matière d'organisation et de distribution ?</p>	<p>Théorie du bien-être social et déficience du marché ; rationalité, souveraineté du consommateur, questions de revenu et de bien-être, indivisibilités, économies externes, biens publics et biens tutélaires.</p>



Tableau 6. Conception d'incitations appropriées

Questions de politique sanitaire	Questions préliminaires	Point relatif à la science économique
<p>Objectifs individuels et institutionnels, motifs sous-tendant le comportement des agences</p> <p>Comportement institutionnel, analyse du système de santé</p>	<p>1. Qui prend les décisions d'allocation de ressources, vers le et au sein du secteur santé, et quels sont les objectifs?</p> <p>2. Quelle est la faisabilité d'une réconciliation des objectifs, des valeurs et des intérêts incompatibles des divers groupes et individus impliqués dans le secteur de la santé ?</p> <p>3. Quels types de contrôle ou d'incitations (monétaires ou autres) peuvent être mis en œuvre pour encourager un comportement plus efficace ?</p>	<p>Théories managériales et comportementales des gouvernements et des organisations à but lucratif, à but non lucratif ou bénévoles. Notions d'efficacité et rôle des gratifications et pénalités, théorie du jeu.</p>





## RÉFÉRENCES

1. Nakajima, H. Allocution d'ouverture du Séminaire inter-régional sur le financement des ressources humaines pour la santé, 6-10 mars 1989. Document non publié WHO/EDUC/89.199.
2. Développement de la gestion des soins de santé primaire. Rapport sur une consultation OMS, Genève, 28 mai-1 juin 1990. Document non publié WHO, 1990.
3. Andreano R., Helminaik T. *Soutien économique au concept de santé pour tous : politique et structure d'analyse de l'information santé "tous azimuts" pour les pays en développement* [adapté en partie] Manille, Organisation Mondiale de la Santé, Bureau Régional pour la zone du Pacifique Ouest, 1988.
4. Evlo K., Carrin G. Financement de la santé : partie d'un large ensemble. *Forum sur la Santé dans le Monde*, 1992, 13(2/3) : 165-170.
5. Caiden N., Wildasvsky A., *Plan et budget dans les pays pauvres*. New York, Wiley & Sons, 1974.
6. Sassa OS. Décisions politiques dans les pays en développement : utilité des modèles contemporains de prise de décisions. *Administration publique et développement*, 1985, 5 : 309-321.
7. Hyden G. *Pas de raccourcis pour le progrès. Perspective de gestion du développement en Afrique*. Londres, Heinemann, 1983.
8. Montgomery J. Comportement managérial à l'essai : image et réalité dans l'Afrique méridionale. *Développement du Monde*, 1987, 15(7) : 911-929.
9. Waddington C. *Une économie de la santé dans un monde irrationnel : l'exemple d'une administration régionale de la santé au Ghana* [thèse de doctorat]. Liverpool, Faculté de Médecine tropicale, 1993.
10. Appleby J.L. Pourquoi les médecins doivent se préoccuper d'économie de la santé. *British Medical Journal*, 1987, 294 : 326.
11. McGuire A., Henderson J., Mooney G. *L'économie de la santé. Un texte d'introduction*. Londres, Routledge & Kegan Paul, 1988.
12. Honadle G., Hanna J. La gestion au service du développement rural : formation pour l'acquisition des compétences. *Administration publique et développement*, 1982, 2 : 295-307.
13. Kerrigan J.E., Luke J.F. *Stratégies de formation en gestion pour pays en développement*. Boulder et Londres, Lynne Rienner Publishers, 1987.
14. Iglesias G. *La formation des gestionnaires d'entreprises publiques : cursus et études de pays*. Kuala Lumpur, Asian and Pacific Centre, 1980.
15. Korten F. *Acquisition à l'échelon national des compétences dans le développement associatif des usagers de l'eau potable : l'exemple des Philippines*. Atelier sociologique de la Banque Mondiale. Washington, Banque Mondiale, 1981.



16. Nations Unies : *Gestion du financement public dans les pays les moins avancés*. New York, ONU, 1991.
17. Miller M. MARC I : Exemple d'un groupe de soutien ou "Qu'il est difficile d'être un humble". *Gestion du bien public*, juillet 1984 : 7-8.
18. Paul S. Formation en gestion et administration publique dans les pays en développement. Washington, Banque Mondiale, 1983 (Série "Documents de travail des personnels de la Banque Mondiale, n°584).
19. Chowdury K. Stratégies d'institutionnalisation de l'éducation en gestion du bien public : l'exemple indien. in Black *et al.*, édit. *Éducation et formation en gestion du secteur public dans les pays en développement*. New York, Fondation Rockefeller, 1977.