

# LA RÉFORME DU SECTEUR DE LA SANTÉ : COMMENT ELLE AFFECTE LA SANTÉ REPRODUCTIVE

par Tania Dmytraczenko, Vijay Rao et Lori Ashford

Nombre de pays, parmi les moins développés, sont engagés dans des réformes de leur système de santé, dans le but d'atteindre des objectifs, en termes de santé publique, à la fois moins coûteux et plus efficaces. Nombre d'entre eux s'efforcent de développer et d'améliorer les services en matière de santé reproductive, qui englobent le planning familial, des mesures visant à assurer la sécurité de la grossesse et de la procréation, la prévention de la diffusion du VIH et d'autres infections sexuellement transmissibles, ainsi que d'autres mesures destinées à améliorer la santé des femmes. La nécessité de s'efforcer d'atteindre des objectifs en matière de santé reproductive tout en mettant en œuvre des réformes du secteur de la santé constitue un défi important pour les responsables de la gestion de la santé.

Pour qu'une réforme du secteur de la santé fonctionne bien, il faut qu'elle rende les soins de santé préventifs de base, y compris les services dans le domaine de la santé reproductive, largement disponibles. Les réformes devraient également améliorer la réceptivité des prestataires de services de santé par rapport aux besoins de leurs clients. Mais un certain nombre de changements structurels (tels que la décentralisation de l'autorité ou l'intégration des services de santé) peuvent être à l'origine d'une déperdition de focalisation et d'expertise en liaison avec des questions de santé reproductive spécifiques. Pour éviter ces écueils, et d'autres tout aussi dangereux, les spécialistes de la santé reproductive doivent comprendre le processus de réforme, et prendre part activement aux débats sur le financement, la gestion et la structure du système de santé. Ce dossier présente un aperçu des réformes du secteur de la santé, en étudiant leur impact potentiel sur les services de santé reproductive, ainsi que les manières d'intégrer les priorités dans le domaine de la santé reproductive dans des systèmes de soins de santé en mutation.

## Le contexte

Depuis la fin des années 80, nombre de pays en développement ont initié des efforts tendant à améliorer leurs systèmes de santé. Divers facteurs ont déclenché ces actions : le passage des économies planifiées à l'économie de marché ; le financement insuffisant de la santé lors des périodes de crise financière ; le fait que nombre de citoyens ne peuvent accéder aux services de santé de base ainsi que la mauvaise qualité, le faible degré de responsabilité et l'inefficacité des services de santé existants<sup>1</sup>. Pour remédier à ces problèmes, de nombreux

### Encadré 1

#### Les cinq objectifs d'une réforme du secteur de la santé

Les réformes du secteur de la santé s'efforcent de remédier à des problèmes de soins de santé à l'échelon systémique, qui entraînent la mise en œuvre des services prioritaires. Cinq objectifs sous-tendent les réformes.

- **Efficacité.** Les améliorations apportées au secteur de la santé doivent l'être au coût le plus faible possible.
- **Qualité.** Des services cliniques adaptés et sûrs, des équipements adéquats, des personnels qualifiés, ainsi que des médicaments, des fournitures et des équipements essentiels doivent être disponibles.
- **Équité.** Les ressources en matière de santé doivent être réparties de manière équitable, de manière à ce que nul ne se voie refuser l'accès aux soins de base.
- **Écoute et le respect du client.** Le système doit répondre aux attentes de la population et protéger ses droits, y compris ses droits à la dignité individuelle, à la vie privée, à l'autonomie de décision et au choix de prestataire de soins.
- **Viabilité.** Le système de santé peut continuer à atteindre ces objectifs sur la base des ressources disponibles.

**SOURCE :** Organisation mondiale de la Santé (OMS), *Rapport sur la santé dans le monde 2000*.

gouvernements ont lancé des réformes du secteur de la santé, réformes qui prennent la forme d'efforts intensifs à long terme pour renforcer et améliorer les systèmes de santé et, en dernier ressort, la santé de la nation (voir Encadré 1)<sup>2</sup>.

Au cours de la décennie 90, et tout particulièrement après la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD) de 1994, de nombreux pays ont également introduit des initiatives visant à développer et améliorer les soins dans le domaine de la santé reproductive. L'accord conclu dans le cadre de la CIPD invitaient les États à procéder à de multiples investissements sociaux et, spécifiquement, dans le domaine des services de santé de base, permettant de mettre à disposition un ensemble complet de soins en matière de santé reproductive. Au nombre de ces soins figurent des informations et services en matière de planning familial ; des services visant à assurer la sécurité de la grossesse et de l'accouchement, la prévention des infections sexuellement transmissibles, y compris le VIH/SIDA, ainsi que la prise en compte d'autres facteurs, tels que les violences dirigées contre les femmes, qui contribuent au mauvais état de santé. L'accord contenait également un appel pour que les services soient plus « centrés sur le client », c'est-à-dire, orientés vers la réponse aux besoins individuels, de manière à ce

Encadré 2

**Approches alternatives du financement des soins de santé**

Des approches alternatives du financement peuvent influencer sur la demande et l'utilisation des services en matière de santé, par la conception de services plus avantageux pour la société, tels que le planning familial, et en les rendant moins onéreux pour le consommateur. Ci-après figurent divers exemples d'approches alternatives.

■ Au Rwanda, les dispositifs d'assurance mutuelle appartiennent aux membres, et sont gérés et financés par ces derniers. En contrepartie du versement d'une cotisation annuelle, les membres bénéficient gratuitement des soins de santé de base (y compris les soins préventifs et curatifs, le planning familial et les services de santé reproductive, les soins de maternité et les médicaments) dans des dispensaires et des hôpitaux de district (pour les césariennes). Une évaluation a permis de constater que les membres du système d'assurance avaient recours aux services de santé plus fréquemment que les non-membres : 1,5 visite par an pour les assurés, contre 0,2 visite pour les personnes qui ne le sont pas.

SOURCE : Partnerships for Health Reform, Abt Associates.

■ Dans trois gouvernorats égyptiens, les cotisations individuelles et employés sont regroupées au sein de fonds d'assurance sociale santé ouvrant droit, pour les personnes couvertes, à bénéficier d'un ensemble de services essentiels en matière de santé. Ce kit inclut la vaccination des enfants, des services dans le domaine de la santé reproductive, ainsi de la prévention et le traitement des maladies contagieuses.

■ À Kolokani, au Mali, un système de transport et d'orientation destiné aux femmes nécessitant des soins d'urgence en cours de travail et d'accouchement est financé par des contributions du district, de la communauté et des patients individuels.

■ En Bolivie, les collectivités locales doivent consacrer au moins 6 pour cent des fonds qui leurs sont alloués par l'État au financement d'un fonds d'assurance garantissant divers services en matière de santé reproductive et de pédiatrie, ainsi que d'autres soins gratuits dispensés à l'ensemble des clients. Le fonds a contribué à accroître l'utilisation et la qualité des services dans le domaine de la santé.

que les femmes et les hommes puissent atteindre leurs objectifs dans le domaine de la reproduction.

**Composantes de la réforme du secteur de la santé**

La réforme du secteur de la santé peut inclure un certain nombre de stratégies, politiques et interventions conçues pour renforcer le système de santé afin que celui-ci soit mieux à même de répondre aux objectifs en matière de santé publique. Les approches nationales de la réforme du secteur de la santé peuvent varier énormément d'un pays à un autre : certains gouvernements privilégient des réformes radicales, tandis que d'autres optent pour des évolutions à petits pas. La plupart des réformes peuvent être regroupées en trois grandes catégories : réforme financière, changements organisationnels et évolution des politiques publiques. Le renforcement de l'autonomie des consommateurs de services de santé, par leur éducation et par la mise à disposition de ceux-ci d'une offre plus diversifiée, constitue un objectif commun à ces mesures. Un certain nombre de mesures types sont décrites ci-après, accompagnées d'exemples de la manière dont elles ont été appliquées.

**Réformes du financement**

Les réformes du secteur de la santé portent généralement sur la manière dont des fonds peuvent être collectés et répartis en vue du paiement des soins de santé destinés à la population. Nombre de systèmes de santé sont minés par des contraintes en termes de ressources globales, ainsi que par une mauvaise répartition des fonds, certains foyers aisés consommant plus que leur part de ressources publiques rares. De plus en plus, les autorités responsables de pays en voie de développement

fondent leurs décisions en matière de financement et de répartition des ressources sur des données indiquant combien est consacré à la santé, qui paie et qui bénéficie des dépenses de santé.

**Approches alternatives du financement**

Un certain nombre de mesures à long terme ont vocation à mobiliser des fonds supplémentaires pour les soins de santé, et à affecter ceux-ci aux utilisations les plus efficaces, permettant ainsi à un plus grand nombre de citoyens de bénéficier desdits services et d'améliorer leur qualité. Toutefois, pour que ces approches fonctionnent bien, les systèmes doivent être renforcés et permettre l'identification des individus ayant le plus besoin des aides et fonds publics ainsi qu'un soutien effectif. Le partage des coûts et les dispositions en matière de partage des risques constituent deux types d'approches alternatives.

Le partage ou la récupération des coûts implique l'imposition de frais d'utilisateur pour tout ou partie des services de santé comme manière d'amener des clients à partager les dépenses liées aux services. L'une des hypothèses qui sous-tend le partage des coûts est que les clients qui paient les services exigeront une meilleure qualité et que des fonds seront utilisés pour les améliorer. Une autre possibilité tient au fait que les frais perçus auprès des clients les plus aisés pourraient être utilisés pour financer des services au bénéfice de ceux qui ne peuvent pas se permettre de payer. L'atteinte de cet objectif implique la création de systèmes d'exonération permettant d'exempter de paiement les clients les plus pauvres. Mais dans la pratique, la mise en œuvre de ce type de système n'a pas été sans poser un certain nombre de problèmes. Dans certains cas, la

mise en place de contributions a conduit à une baisse de l'utilisation des services de santé, et l'amélioration de la qualité a été pour le moins douteuse<sup>3</sup>.

Les dispositions en matière de partage des risques, ou les régimes d'assurance (régis soit par les pouvoirs publics ou par des entités privées commerciales ou à but non lucratif) peuvent contribuer à éviter que les populations vulnérables ne supportent l'essentiel des dépenses de santé imputables à des maladies ou des dommages corporels graves. Dans le cadre d'un régime d'assurance santé de base, un client ou un membre verse des contributions régulières à une instance gestionnaire qui détient les fonds et rémunère un prestataire de soins de santé pour les soins dispensés au membre concerné lorsque besoin est. L'assurance réduit la charge pesant sur l'individu en répartissant les risques entre un groupe de membres et en permettant d'éviter aux patients d'être contraints d'effectuer des paiements importants lorsqu'ils sont malades. Les régimes d'assurance sont toutefois confrontés à de multiples pièges, tels que la surconsommation de soins par l'assuré, l'exclusion des individus générant des coûts élevés et la surreprésentation des personnes présentant des risques élevés. Pour que ce système fonctionne bien, le dispositif doit être conçu avec soin pour éviter les pièges éventuels et faire en sorte que l'assurance réponde aux objectifs en matière de politiques de santé, tels que la promotion des soins préventifs et l'inclusion des groupes vulnérables (voir exemples dans Encadré 2).

Les réformes de la rémunération des prestataires modifient la manière dont l'organisation chargée de la gestion des fonds, tels que les pouvoirs publics ou une compagnie d'assurance, rémunère un prestataire de soins ou une entité pour les services rendus<sup>4</sup>. Ordinairement, les systèmes publics de santé rémunèrent les médecins et les autres personnels sur la base d'un salaire fixe, quel que soit le nombre de patients vus par eux ou la qualité des soins assurés ; ce qui, en général, incite peu les prestataires à améliorer leurs performances. Les prestataires privés travaillant sur la base d'un paiement à l'acte ne sont pas non plus sous contrôle direct, et ils peuvent accroître le coût d'ensemble du système en assurant plus de prestations de services que cela n'est nécessaire sur le plan médical. D'autres mécanismes de paiement s'efforcent de rendre les prestataires de service plus réactifs et responsables pour les tâches accomplies par eux en liant directement la rémunération aux performances. Le système d'honoraires fixé par tête, dans lequel des prestataires reçoivent un montant forfaitaire par patient, quel que soit le nombre de visites d'un patient en cours d'année, constitue un exemple de ce type de dispositif. Le système est conçu pour encourager les prestataires à mettre l'accent sur les soins préventifs et à supprimer les incitations à assurer des prestations de service non nécessaires<sup>5</sup>. Toutefois, comme dans le cas des dispositifs de partage des coûts et des risques, une bonne planifica-

*Les expériences en matière de décentralisation des niveaux de décision ont été mitigées et la principale leçon tirée dans ce domaine a été que, pour que ce type de mesure réussisse, il fallait à la fois du temps et de la patience.*

tion et une excellente supervision sont nécessaires pour faire en sorte que les systèmes alternatifs de paiement fonctionnent comme ils sont censés le faire.

### **Réformes organisationnelles**

Les réformes organisationnelles ont vocation à surmonter les faiblesses des structures de gestion, ainsi que l'absence d'incitations fondées sur les performances dans le secteur public. Au nombre des mesures de réforme type figurent la décentralisation des niveaux décisionnels, l'encouragement de la constitution de partenariats public-privé, ainsi que la mise en place de services intégrés.

### **Décentralisation**

La décentralisation, c'est-à-dire le transfert de l'autorité en matière de décision et de la direction depuis les niveaux supérieurs de l'administration (en général, les instances centrales) vers les autorités régionales, provinciales ou locales<sup>6</sup>, est sans doute le changement organisationnel le plus fréquemment mis en œuvre dans le cadre de la réforme du système de santé. Tous types de responsabilités peuvent faire l'objet d'un transfert, y compris la planification, les finances, les ressources humaines, les prestations de services, la maintenance des activités et la gestion de l'information. La décentralisation n'est pas une proposition de type « tout ou rien » : ainsi, les autorités centrales pourraient conserver la responsabilité des achats en matière de matériels, tels que les contraceptifs, tandis que les instances locales gèreraient le personnel et les services. Dans un grand nombre de pays, les pouvoirs publics ont décentralisé tous les secteurs de développement, et pas seulement le secteur de la santé.

L'argument de base en faveur de la décentralisation des niveaux de décision est que les organisations locales sont les mieux à même de répondre aux demandes des usagers, exprimés sous la forme de demandes de soins centrées sur le client. Le fait d'intégrer la prestation de services de santé dans les compétences des administrations locales peut également permettre une flexibilité, une efficacité et une responsabilité accrues en matière d'utilisation des ressources. Enfin, le contrôle local renforce le potentiel de participation de la communauté et de son implication dans le domaine des soins de santé.

Les expériences en matière de décentralisation des niveaux de décision ont été mitigées et la principale leçon tirée dans ce domaine a été que ce type de mesure nécessitait à la fois du temps et de la patience<sup>7</sup>. À cet égard, la réussite du Sri Lanka constitue un excellent exemple : le pays a engagé la décentralisation des services de santé dès

Tableau 1

**Dépenses en matière de soins de santé dans un certain nombre de pays, par origine et type de prestataire, 1996-99**

	% des fonds, par origine			% des dépenses, par type de prestataire		
	Public <sup>a</sup>	Privé <sup>b</sup>	Fonds externes <sup>c</sup>	Public <sup>d</sup>	Privé <sup>e</sup>	Autre <sup>f</sup>
<b>Afrique du Sud et de l'Est</b>						
Éthiopie	39	53	9	52	48	—
Malawi	25	45	30	42	58	—
Rwanda	9	40	50	66	33	—
<b>Amérique latine et Caraïbes</b>						
Bolivie	17	76	6	59	33	9
République dominicaine	22	75	3	25	74	1
Équateur	27	70	3	50	49	—
Guatemala	23	75	2	42	53	5
<b>Moyen Orient et Afrique du Nord</b>						
Iran	30	70	—	65	34	1
Liban	18	80	2	3	88	9
Maroc <sup>g</sup>	27	69	1	30	68	1

— = données non pertinentes.

<sup>a</sup> Inclut des fonds de l'État, ainsi que des collectivités régionales et locales.

<sup>b</sup> Inclut les débours des foyers et des fonds employeur (y compris, le cas échéant, les cotisations de sécurité sociale).

<sup>c</sup> Désignés dans les Comptes nationaux de la santé « financements du reste du monde ».

<sup>d</sup> Inclut les installations du ministère de la santé et autres installations publiques, ainsi que celles relevant, le cas échéant, de l'assurance sociale.

<sup>e</sup> Inclut les installations à but non lucratif, non gouvernementales, les pharmacies privées, ainsi que, le cas échéant, les guérisseurs traditionnels.

<sup>f</sup> Installations non susceptibles d'être caractérisées comme privées ou publiques.

<sup>g</sup> Additionnés, les divers postes d'origine des dépenses n'atteignent pas 100 pour cent car 2,5 pour cent des fonds n'étaient pas affectés.

**SOURCE :** données compilées à partir des Comptes nationaux de la santé par The Partners for Health Reform<sup>plus</sup>, Abt Associates.

1952, avec le transfert aux districts d'un nombre limité de responsabilités. Ce n'est qu'en 1992 que les autorités centrales ont cédé aux districts la pleine responsabilité des services essentiels en matière de santé, tels que les soins de maternité et de pédiatrie. De la même manière, au Botswana, une décentralisation graduelle a débuté en 1965, mais ce n'est qu'en 1987 que les équipes régionales ont commencé à prendre en charge les services de santé au niveau du district.

La décentralisation dans le secteur de la santé soulève fréquemment un certain nombre de problèmes. Ainsi, nombre d'entités locales ne disposent pas des compétences techniques, administratives et financières requises pour assumer leurs nouvelles responsabilités. Au Sénégal, rares ont été les responsables locaux à participer à l'élaboration d'un plan de santé au niveau du district, et environ un responsable public sur cinq avait reçu une formation avant le transfert de compétence<sup>8</sup>. Des études de cas réalisées au Bangladesh, en Indonésie, au Mexique, en Afrique du Sud et en Tanzanie ont également montré que le niveau de formation des ressources humaines à l'échelon local était médiocre et que celles-ci n'étaient pas en mesure d'assurer des prestations de services efficaces en matière de santé reproductive<sup>9</sup>.

Il est possible que les soins de santé, y compris dans le domaine de la santé reproductive, n'aient pas, pour les collectivités locales, le même caractère prioritaire que les

investissements dans d'autres domaines. De ce fait, la santé peut être confrontée à une pénurie de ressources. En Ouganda, où la décentralisation a concerné l'ensemble des secteurs, les responsables de district estimaient que les services de santé étaient déjà financés de manière satisfaisante ; ils ont donc affecté les fonds à d'autres fonctions<sup>10</sup>. Le ministère de la santé a réagi au problème en créant des subventions allouées aux districts, afin de faire en sorte que les programmes prioritaires soient financés de manière satisfaisante, tandis que les bailleurs de fonds complétaient les aides par des financements pour les principaux programmes de santé reproductive. Cette réponse combinée a permis à l'Ouganda de faire face à la crise du VIH/SIDA<sup>11</sup>.

Des considérations d'équité peuvent également plaider contre la décentralisation, certaines collectivités territoriales disposant de plus de ressources que d'autres. Tel fut notamment le cas au Mexique<sup>12</sup>. Pour garantir que certains services seront également assurés au bénéfice des populations vulnérables, les autorités centrales peuvent mettre de côté ou affecter des fonds pour la santé lors du transfert de ressources de l'État vers les collectivités territoriales, ou recourir à des formules de péréquation pour allouer des fonds plus importants aux districts sur le territoire desquels sont concentrées des populations « à risque » ou pauvres plus importantes.

### ***Les partenariats public-privé***

La réforme du secteur de la santé tient compte du fait que les secteurs publics et privés ont des rôles distincts mais complémentaires, mais qu'ils s'efforcent d'utiliser leurs avantages concurrentiels. Il existe de multiples sources possibles de financement des soins de santé, aussi bien publiques que privées : la fiscalité générale, les cotisations d'assurance maladie de la sécurité sociale, les cotisations à des régimes d'assurance privée ou publique, ainsi que les paiements directs des clients aux fournisseurs. La plupart des pays ont recours à une combinaison de sources publiques et privées qui sont alors utilisées pour rémunérer divers prestataires publics et privés, tels que le ministère de la santé, des organisations non gouvernementales (ONG), médecins privés et praticiens traditionnels pour les services en matière de santé fournis par eux (voir Tableau 1).

Là où le consommateur a le choix entre les prestataires, ceux qui appartiennent au secteur privé sont fortement incités à adapter leurs services aux besoins des clients, afin de fidéliser le plus grand nombre possible de ceux-ci. Mais les prestataires ne peuvent assumer seuls le service des citoyens les plus pauvres, ni fournir une gamme complète de services, ni non plus atteindre les régions les plus reculées. Dans le cadre de la réforme du secteur de la santé, de nombreux pays ont choisi de répartir la charge entre acheteurs et fournisseurs. Dans le cadre de telle répartition, il incombe à l'État de collecter les fonds destinés au secteur des soins de santé, mais il achète également des services par des contrats avec des prestataires relevant du secteur privé<sup>13</sup>. La Colombie et le Ghana figurent parmi les pays ayant eu recours à des partenariats public-privé.

En Colombie, les entités d'assurance font office d'acheteurs de services publics, permettant aux patients de choisir eux-mêmes le prestataire, privé ou public, rémunéré sur la base de leur couverture d'assurance. En régulant la concurrence et en laissant le choix aux usagers, le système crée des incitations, aussi bien pour les prestataires publics que privés, à proposer des services efficaces et de qualité supérieure pour attirer et fidéliser les patients<sup>14</sup>.

Au Ghana, les prestataires privés dans les régions dans lesquelles il n'existe pas d'installations de services publics ont commencé à proposer des ensembles de services de base en matière de santé définis par l'administration. Le ministère de la santé fournit à ces prestataires, formation, équipement et aide logistique<sup>15</sup>. Le partenariat a accru la couverture des services dans le domaine du planning familial dans l'ensemble du pays.

### ***Intégration des prestations de service***

Durant les années antérieures à la réforme, les services en matière de santé publique, tels que le planning familial, les vaccinations, ou la prévention et le traitement de la tuberculose, étaient généralement fournis dans le cadre

de programmes « verticaux » autonomes, ne coordonnant leurs efforts ou ne regroupant leurs ressources avec celles d'autres services que rarement. La combinaison de systèmes de soins de santé distincts au sein d'un système unique réorganisé a constitué une initiative essentielle dans la réforme du secteur de la santé. En principe, une telle combinaison est susceptible d'améliorer les services et de réduire les coûts en utilisant les mêmes infrastructures, équipements, fournitures et personnels pour de multiples usages. En outre, les patients peuvent utiliser plusieurs services lors de chaque visite. L'intégration est susceptible d'améliorer l'efficacité d'ensemble, mais elle peut également être à l'origine d'un manque d'efforts suffisants en liaison avec certains services (tels que la santé reproductive) parce que les fournisseurs doivent répartir leur temps et leurs ressources sur une large gamme de services en matière de santé<sup>16</sup>.

L'expérience montre qu'un certain volontarisme est nécessaire pour faire en sorte que l'intégration fonctionne bien. Il doit exister des systèmes d'aiguillage efficaces et de solides compétences sont nécessaires en matière de gestion, parce que des compétences administratives telles que la planification, l'élaboration et l'application de budgets, les achats et la formation sont plus complexes dans le cadre de systèmes intégrés que de programmes autonomes. Dans un système intégré, la demande du client influe sur les services fournis, de sorte que l'éducation de l'utilisateur constitue un autre aspect important de la mise en œuvre de l'intégration de services.

### ***La réforme politique***

La plupart des systèmes en matière de santé comportent de multiples sous-systèmes, avec un réseau imbriqué d'entités exécutant des fonctions différentes à divers niveaux du système. La réforme étant appliquée, un responsable (en général, le ministre de la santé) doit surveiller le système pour faire en sorte que les objectifs de la réforme soient atteints. Au niveau politique, les mesures de réforme incluent la définition de priorités et la mise en place d'une supervision, ainsi que la modification de la législation et de la réglementation.

### ***Définir les priorités et organiser une supervision***

Le rôle des pouvoirs publics dans la réforme du système de santé consiste à définir la vision et les orientations devant présider au système de santé, d'esquisser des priorités et d'élaborer des politiques dans le but de concrétiser leur vision. Le rôle de supervision du gouvernement porte sur l'ensemble du système, y compris les secteurs public et privé et l'interface entre les deux (comme dans le cas des partenariats public-privé évoqués précédemment). Le rôle des pouvoirs publics s'étend également à des fonctions telles que les achats et la prestation de services, qui doivent être mises en œuvre conformément à la politique d'ensemble.

Encadré 3

**Avantages et inconvénients de diverses initiatives de réforme du secteur de la santé**

Initiative réformatrice	Avantages	Inconvénients
Approches alternatives du financement (contribution de l'utilisateur, dispositifs d'assurance et réformes de la rémunération des prestataires)	Élargit la base de financement, réduit la dépendance à l'égard de bailleurs de fonds et repose plus sur la volonté des consommateurs de payer	Peut avoir pour effet de priver les groupes pauvres et vulnérables de services essentiels et de faire passer les préoccupations financières avant les besoins de la population en matière de santé
Décentralisation	Les ressources sont réparties en fonction des besoins locaux et non de décisions administratives prises à des échelons supérieurs	Peut exacerber les difficultés liées à faiblesse des capacités, à la mauvaise gestion, à la prise de décision dictée par des considérations politiques et à la corruption
Participation accrue du secteur privé	Favorise une utilisation plus efficace des ressources qui renforce la flexibilité et l'innovation	La qualité, l'innovation et l'efficacité ne sont pas garanties par le secteur privé. Pas de mission d'aide aux pauvres
Services intégrés	Réduit le gaspillage, les répétitions inutiles et l'absence de coordination qui vont de pair avec les services dispensés isolément	Est susceptible de limiter la focalisation en matière de financement et la supervision technique des programmes prioritaires. Accroît les demandes qui pèsent sur les gestionnaires et les personnels

SOURCE : adapté de T. Merrick, Reproductive health and health sector reform: challenges and opportunities (2002).

Dans les pays où l'assistance externe joue un rôle important dans le système de santé, la hiérarchisation des objectifs et la supervision peuvent avoir une dimension internationale. L'une des options en matière de coordination de programme, l'approche sectorielle (*sector-wide approach*, SWAp), revêt la forme d'un partenariat entre le gouvernement hôte et les bailleurs de fonds. La SWAp permet de créer un programme de travail et de dépenses unique pour le secteur de la santé, avec des dispositions communes en matière de planification, de gestion et de surveillance. Les SWAp sont conçues pour remédier aux inefficacités et aux gâchis associés à l'existence de projets multiples et parallèles financés par des bailleurs de fonds différents. Les premières SWAp ont connu des degrés de réussite divers. Les efforts couronnés de succès ont accru la capacité des pouvoirs publics à planifier et à mettre en œuvre des initiatives en matière de réforme et ils ont, par conséquent, constitué une étape importante vers l'adoption de réformes durables.

En définissant des priorités pour le budget national de la santé, les planificateurs publics doivent pondérer les soins en matière de santé reproductive par rapport à d'autres besoins, tels que la lutte contre la malaria, la tuberculose et les maladies infantiles graves. Dans certains pays, les pouvoirs publics se sont efforcés de définir des priorités en créant un profil des « maladies dominantes » de la population, une mesure globale des causes et des conséquences des décès prématurés et handicaps d'une population. Les analystes procèdent à une estimation du nombre d'années de vie en pleine santé perdues du fait de décès ou de handicaps causés par une série de pathologies. Les planificateurs ajustent alors les dépenses pour répondre aux besoins les plus

urgents. Mais les autorités responsables qui usent de ces calculs peuvent sous-évaluer la santé reproductive (en particulier, la planification familiale) car la grossesse n'est pas une pathologie et que les avantages liés à la prévention des naissances non planifiées vont bien au-delà de la prévention des décès et des handicaps<sup>17</sup>.

**Modifier la législation et la réglementation**

Que le gouvernement assure, ou non, directement les prestations de services, il joue un rôle essentiel en matière de régulation du secteur de la santé. Les réformes légales et réglementaires qui accompagnent fréquemment les réformes organisationnelles impliquent l'élaboration de règles régissant les comportements et garantissant le respect des dispositifs par l'ensemble des acteurs qui constituent le système de santé. Ainsi, les pouvoirs publics peuvent-ils faire usage de ce pouvoir normatif pour passer des contrats avec des prestataires de services de santé privés, en stipulant les services à fournir ainsi que le degré de qualité requis. Parce qu'ils définissent le cadre dans lequel des services spécifiques peuvent être assurés, la régulation et la supervision sont des préoccupations essentielles à la fois pour les États et les partisans de la santé reproductive.

Au nombre des réformes légales et réglementaires utiles figurent l'élaboration de nouveaux protocoles cliniques et de nouvelles normes de prestation de services, ainsi que la diffusion des normes existantes. Les réformes peuvent également inclure l'abrogation des législations et réglementations excessivement restrictives, telles que celles qui empêchent les praticiens privés de fournir des services de planification familiale. Ainsi, le Chili, le Maroc, la Tunisie et la Turquie étudient ou

mettent en œuvre des manières d'autoriser les sages-femmes et les infirmières à fournir certains types de soins obstétricaux qui, auparavant, n'étaient dispensés que par des médecins. La suppression de droits élevés à l'importation ou de taxes sur la valeur ajoutée sur les produits liés à la santé reproductive, tels que les contraceptifs, est également susceptible d'améliorer la santé reproductive.

### **Les implications du processus de réforme pour la santé reproductive**

Toutes modifications apportées dans le cadre de la réforme du secteur de la santé peuvent altérer le statu quo et créer des « gagnants » et des « perdants » au sein du système de santé. La réforme du secteur de la santé est ainsi plus qu'un simple exercice technique. Il s'agit d'une activité intensément politique. Le processus de réforme nécessite des efforts élaborés pour construire un consensus rassemblant un certain nombre de parties prenantes, que celles-ci appartiennent, ou non, au secteur de la santé, y compris les travailleurs de la santé, fonctionnaires et agents du ministère, chercheurs, associations professionnelles, groupes de consommateurs, ainsi que les autres instances gouvernementales, les médias et les bailleurs de fonds internationaux. Sans un support étendu, les efforts en matière de santé sont susceptibles d'échouer.

La réforme du secteur de la santé modifie profondément la manière dont les prestations de services en matière de santé sont financées et assurées, ce qui, en conséquence, influe sur la manière dont les soins dans le domaine de la santé reproductive sont dispensés. De multiples priorités en matière de santé reproductive, telles que l'amélioration de la qualité de service et la satisfaction du client, l'éducation des usagers et la multiplication des choix sont compatibles avec une réforme du service de santé. Les réformes impliquent toutefois inéluctablement des compromis et sont susceptibles d'avoir des effets négatifs, comme illustré dans le troisième encadré. Il faut parfois des années pour mener à bien une réforme, de nombreux programmes étant suspendus jusqu'à ce que les systèmes de santé aient été réorganisés. Mais des mesures spécifiques peuvent être prises pour éviter les pièges potentiels.

L'obtention d'un soutien politique pour des services bénéficiant principalement à des femmes constitue un défi supplémentaire en liaison avec des propositions en matière de santé reproductive. Les femmes sont la plupart du temps moins bien représentées que les hommes sur le plan politique. Elles sont également moins éduquées, de sorte que leur rôle dans les débats sur les politiques publiques a été plus limité. En outre, les personnes confrontées aux risques les plus graves en matière de santé reproductive (en particulier les femmes rurales et analphabètes) sont les moins susceptibles d'avoir voix au chapitre lorsqu'il s'agit de déterminer quels services seront fournis.

### **Que faut-il faire ?**

Les responsables de la gestion et les promoteurs désireux d'influer sur la manière dont des services sont financés et dispensés doivent connaître les objectifs, principes et stratégies de réforme du secteur de la santé et prendre part aux conversations politiques aux niveaux national et local<sup>18</sup>.

#### **Engager un dialogue permanent avec les planificateurs du secteur de la santé**

Les mécanismes peuvent varier d'un produit à un autre, mais les groupes travaillant sur la réforme du secteur de la santé et la santé reproductive doivent partager l'information régulièrement. Des spécialistes de la santé reproductive doivent être présents à la table des négociations lorsque des décisions critiques sont prises au sujet du financement, de l'organisation ou de la réglementation des services. Le fait de disposer d'alliés au sein du gouvernement peut être essentiel pour accéder au processus. Il serait souhaitable que les parties prenantes et les autorités responsables qui s'intéressent à la santé reproductive contribuent à faire en sorte que les réformes apportent des améliorations aux performances du système de santé, ainsi qu'à la santé reproductive et aux droits des personnes<sup>19</sup>.

#### **Montrer que la santé reproductive constitue un bon investissement**

Pour être en mesure d'exercer une influence sur le programme des réformes, les partisans de la santé reproductive doivent communiquer avec des autorités responsables et rapporter la preuve du fait que la santé reproductive représente une part importante de l'ensemble des maladies dominantes du pays, qu'elle a des implications sociales au-delà des maladies dominantes et que les inégalités importantes dans le domaine de la santé reproductive et l'affectation des ressources peuvent et doivent être prises en compte<sup>20</sup>.

#### **Utilisation d'approches participatives pour influencer sur les décisions et suivre les progrès**

La participation au niveau local, où les partisans de la santé reproductive peuvent jouer un rôle significatif dans les débats publics, est particulièrement importante. Diverses parties prenantes, y compris des organisations religieuses, associations communautaires, groupes professionnels, législateurs, chercheurs, groupes de femmes, ainsi que des clients et consommateurs de services, doivent participer. Les processus en participation qui définissent des objectifs de programme clairs, ainsi que des indicateurs de progression mesurables, peuvent jouer un rôle essentiel en réunissant des tenants des réformes de la santé, ainsi que des partisans de la santé reproductive. Il est possible que les bailleurs de fonds envisagent d'investir dans le développement des capacités techniques et d'analyse des administrateurs locaux et

## Pour de plus amples informations

Partners for Health Reform *plus*, Abt Associates Inc. ([www.phrplus.org](http://www.phrplus.org))

Adapting to Change, Learning Program on Population, Reproductive Health and Health Sector Reform [Adaptation au changement, programme d'apprentissage sur la population, santé reproductive et réforme du secteur de la santé], Banque mondiale ([www.reprohealth.org](http://www.reprohealth.org))

Clearinghouse on Health Sector Reform in Latin America and the Caribbean ([www.americas.health-sector-reform.org/english/index1.htm](http://www.americas.health-sector-reform.org/english/index1.htm))

des organisations de la société civile, afin d'aider ces groupes à participer à l'organisation de la réforme de la santé.

La réforme du secteur de la santé recèle le potentiel nécessaire à l'amélioration à la fois de la qualité et de la viabilité des services de santé reproductive, mais son succès dépend en partie de la participation de multiples parties prenantes, y compris de celles représentant les prestataires et les consommateurs. Il est également important que les responsables locaux de la santé sachent comment solliciter et utiliser l'apport des diverses parties prenantes, et qu'ils soient en mesure de gérer les questions liées à la santé reproductive dans un système de santé réformé.

## Références

- <sup>1</sup> Organisation mondiale de la santé (OMS), *Rapport sur la santé dans le monde 2000* (Genève : OMS, 2000) ; et Marianne Lubben et al., « Reproductive health and health sector reform in developing countries : establishing a framework for dialogue », *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé* 80, n° 8 (2002) : 667-74.
- <sup>2</sup> Katherine Krasovec et R. Paul Shaw, « Reproductive health and health sector reform : linking outcomes to action » (Washington, DC : Institut de la Banque mondiale, projet, 15 mai 2000).
- <sup>3</sup> Krasovec et Shaw, « Reproductive health and health sector reform ».
- <sup>4</sup> Annemarie Wouters, « Alternative provider payment methods: incentives for improving health care delivery », *Primer for Policymakers Series* n° 1 (Bethesda, Maryland : Abt Associates Inc., 1999).
- <sup>5</sup> Krasovec et Shaw, « Reproductive health and health sector reform ».
- <sup>6</sup> Derick Brinkerhoff et Charlotte Leighton, « Decentralization and health system reform », *Insight for Implementers* n° 1 (Bethesda, Maryland : Abt Associates Inc., 2002).
- <sup>7</sup> Ana Langer et al., « Health sector reform and reproductive health in Latin America and the Caribbean : strengthening the links », *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé* 78, n° 5 (2000) : 667-76.
- <sup>8</sup> Ellen Wilson, « Implications of decentralization for reproductive health planning in Senegal », *Policy Matters* (Washington, DC : Futures Group International, 2000).
- <sup>9</sup> Nancy McGirr et al., *Decentralization of population and family planning programs : worldwide experience* (Washington, DC : Futures Group International, 1994).
- <sup>10</sup> John Akin et al., *Decentralization and government provision of public goods : the public health sector in Uganda* (Chapel Hill, Caroline du Nord : University of North Carolina, Carolina Population Center, 2001).

<sup>11</sup> Tom Merrick, *Reproductive health and health sector reform : challenges and opportunities* (Washington, DC : Institut de la Banque mondiale, 2002).

<sup>12</sup> Eduardo Pier, *National health accounts : policy lessons from the Mexico experience* (intervention lors du Colloque sur les comptes nationaux de la santé, York, Royaume-Uni, 20-21 juillet 2001).

<sup>13</sup> Krasovec et Shaw, « Reproductive health and health sector reform ».

<sup>14</sup> López Germán et Iván Jaramillo Pérez, *Profamilia's role in health sector reform in Colombia : case study summary* (Bogota, Colombie : Catalyst Consortium, 2003).

<sup>15</sup> Yasmin Chandani et al., *Ghana : implications of health sector reform for family planning logistics* (Arlington, Virginie : Family Planning Logistics Management/John Snow International, 2000).

<sup>16</sup> Marc Mitchell, *Managing decentralized services* (Cambridge, Massachusetts : Harvard Institute for International Development, 1998).

<sup>17</sup> Tom Merrick, « Short-changing reproductive health », *Reproductive Health Matters* 10, n° 20 (2002) : 135.

<sup>18</sup> Langer et al., « Health sector reform and reproductive health in Latin America and the Caribbean ».

<sup>19</sup> Merrick, « Short-changing reproductive health ».

<sup>20</sup> Ana Langer et Gustavo Nigenda, *Salud sexual y reproductiva y reforma del sector salud en América Latina y el Caribe : desafíos y oportunidades* (Washington, DC : Banque interaméricaine de développement).

## Remerciements

Cette synthèse a été préparée par Tania Dmytraczenko d'Abt Associates et par Vijay Rao et Lori Ashford du Population Reference Bureau. Son financement a été assuré dans le cadre du projet MEASURE *Communication* (HRN-A-00-98-00001-00) et du projet PHR *plus* (HRN-C-00-95-00024). Les auteurs souhaitent remercier les personnes suivantes pour leur relecture attentive et leurs commentaires : Michal Avni, Karen Cavanaugh, Yvette Collymore, Liz Creel, Tenin Gakuru, Dan Kress, Tom Merrick, Mary Paterson, Nancy Pielemeier, Caroline Quijada et Ellen Starbird.

## À propos du PRB

Le Population Reference Bureau est le leader en matière d'informations objectives et opportunes sur les tendances démographiques américaines et internationales et leurs implications.

## À propos de PHR plus

Le projet Partners for Health Reform *plus* (PHR *plus*) est le projet-phare de l'Agence des États-Unis pour le développement international (U.S. Agency for International Development) en matière de politiques de santé et de consolidation des systèmes. PHR *plus* fournit une aide technique en matière de réforme des soins de santé, des politiques de santé, de gestion, de financement de la santé et de consolidation des systèmes. PHR *plus* tire parti du projet Partnerships for Health Reform (PHR) précédant, avec un accent nouveau sur l'information dans le domaine de la santé et de la veille épidémiologique. PHR *plus* contribue à l'objectif d'USAID qui est d'améliorer les performances des systèmes de santé en matière de prestations de services prioritaires dans les domaines de la population, de la santé et de la nutrition.

© Août 2003, Population Reference Bureau



POPULATION REFERENCE BUREAU  
MEASURE *Communication*

1875 Connecticut Ave., NW, Suite 520, Washington, DC 20009 É.-U.

Tél. : 202-483-1100 ■ Fax : 202-328-3937 E-mail : [popref@prb.org](mailto:popref@prb.org)

Site Web : [www.measurecommunication.org](http://www.measurecommunication.org) ou [www.prb.org](http://www.prb.org)



Imprimé avec de l'encre de soja

PHR *plus*

Abt Associates Inc.

4800 Montgomery Lane, Suite 600

Bethesda, MD 20814 É.-U.

Tél. : 1-301-913-0500 ■ Fax : 1-301-652-3916

E-mail : [PHR-InfoCenter@abtassoc.com](mailto:PHR-InfoCenter@abtassoc.com)