

Santé

*M. Claeson, C. Griffin, T. Johnston, M. McLachlan,
A. Soucat, A. Wagstaff, et A. Yazbeck*

Plan

1. Introduction
2. Cadre conceptuel pour l'amélioration de la santé des pauvres
3. **Évaluer les résultats en matière de santé et déterminer des objectifs de résultats**
 - 3.1 Se concentrer sur les pauvres
 - 3.2 Le cycle de vie et les résultats en matière de santé
 - 3.3 Rassembler des données sur les résultats sur la santé des pauvres
 - 3.4 Indicateurs de santé et établissement de priorités
 - 3.5 Déterminer des objectifs
 - 3.6 Récapitulatif
4. **Le pourquoi des résultats médiocres en matière de santé : le rôle des ménages et des communautés**
 - 4.1 Résultats en matière de santé : comportements et facteurs de risque
 - 4.2 Facteurs influant sur le comportement des ménages et résultats en matière de santé
 - 4.3 Facteurs influant sur les communautés et résultats en matière de santé
 - 4.4 Récapitulatif
5. **Évaluer la performance du secteur de la santé : aider les ménages pour de meilleurs résultats en matière de santé**
 - 5.1 Le système de santé et le cycle de vie
 - 5.2 Évaluation de la performance du système de santé
 - 5.3 Récapitulatif
6. **L'interface entre gouvernement et système de santé**
 - 6.1 Fourniture de services de santé
 - 6.2 Les marchés d'intrants
 - 6.3 Direction stratégique du secteur de la santé
 - 6.4 Financement et partage des risques
 - 6.5 Récapitulatif
7. **Actions réalisables : politiques gouvernementales visant à l'amélioration des résultats en matière de santé**
 - 7.1 Cadre des dépenses de santé
 - 7.2 Financement et formation de revenu
 - 7.3 Fourniture de services et délivrance de prestations
 - 7.4 Direction stratégique
 - 7.5 Suivi et évaluation

7.6 Politiques publiques en dehors du ministère de la Santé

8. Conseils sur le processus de préparation de la partie « santé » du document de SRP

8.1 L'équipe

8.2 Le calendrier et le budget

8.3 L'utilisation du cadre logique

8.4 Un exemple de détermination des priorités en Bolivie

9. Bibliographie

1 Introduction

Avec l'affinement par les pays de leurs stratégies de réduction de la pauvreté, le rôle du capital humain, y compris de la santé et de la nutrition, est mis en exergue. Santé défaillante et situation sanitaire critique rendent les gens plus pauvres, mais l'état de pauvreté rend aussi les populations plus sujettes aux problèmes de santé et les exposent à des risques plus importants. Lors de la consultation « *la parole est aux pauvres* » récemment organisée par la Banque mondiale, les ménages ont estimé qu'une mauvaise santé était l'une des raisons majeures les conduisant à la pauvreté. Une égyptienne déclarait : « C'est une véritable calamité quand mon mari tombe malade. Notre vie s'arrête jusqu'à ce qu'il se remette sur pied et retourne au travail. »

L'état de santé (pris ici au sens large, englobant la nutrition et la capacité à gérer la fécondité) est également un élément essentiel du bien-être. Lors d'une enquête restée célèbre, conduite il y a près de 40 ans (Cantril 1965), des questions ouvertes sur le bien-être personnel ont été posées à un échantillon de personnes représentatives de 12 pays à revenus faible et élevé. Quels que soient les pays, les cultures et les niveaux de revenu, les réponses ont été presque partout identiques : la santé était mentionnée en 3^e position après le revenu et une vie de famille harmonieuse.

Une meilleure santé pour les pauvres peut être profitable à tout un chacun compte tenu des caractéristiques des maladies (les maladies contagieuses largement répandues chez les pauvres font peser des risques sur tout le monde) et de la nature des nombreuses interventions pouvant bénéficier à tout le monde (comme les campagnes de vaccination et de santé environnementale). Toute avancée en termes de santé, population et nutrition est susceptible d'améliorer les résultats, tout comme des actions entreprises dans d'autres secteurs. L'éducation, l'environnement, l'accès à des routes et la fourniture d'eau potable contribuent également à une meilleure santé, si bien que la réalisation des objectifs fixés en faveur des pauvres repose en partie sur les actions entreprises dans ces autres secteurs. Au sein du secteur de la santé, les interventions appropriées au niveau de la population et de la nutrition participent également, de manière indépendante, à accroître l'impact des activités des services de santé et peuvent se substituer à elles.

Le tableau 1 indique les trois principaux publics visés par ce chapitre. Un premier groupe de contributeurs au document de Stratégie de réduction de la pauvreté (SRP) mettant l'accent sur les questions macroéconomiques est susceptible de considérer que le montant des ressources attribuées à la santé aussi bien que les réaffectations possibles pour mieux atteindre les pauvres (ligne 1 du tableau 1) constituent l'élément majeur. Un second groupe de contributeurs au document de SRP est à même de concentrer son attention sur le moyen de rendre le système de santé plus efficace par le biais de réformes et d'initiatives (ligne 2 du tableau 1). Un troisième groupe, enfin, peut s'intéresser plus particulièrement à la manière de mettre en œuvre des activités pour atteindre et aider les pauvres (ligne 3 du tableau 1). Les intervenants travaillant au niveau du projet ou de la fourniture de services sont dans l'incapacité de réussir sans la coopération et l'assistance de ceux fonctionnant aux niveaux des systèmes et des dépenses macroéconomiques. Le document de SRP représente, pour ces trois groupes, une opportunité de travailler ensemble.

Le tableau 1 résume également les problèmes apparaissant aux trois niveaux et les actions nationales susceptibles d'être proposées dans le cadre d'une SRP pour y répondre. Les actions spécifiques à un pays pourront être différentes de celles mentionnées ici à titre d'illustration.

Tableau 1. Niveaux d'action pour les contributeurs au document de SRP

| | Domaine | Problèmes | Actions |
|----|--|---|---|
| 1. | Dépenses publiques (niveau macro) | <ul style="list-style-type: none"> • Réaffectations pour améliorer le ciblage et l'efficacité de la dépense | <ul style="list-style-type: none"> • Plan à 3-5 ans pour modifier les dépenses, prenant en compte les réaffectations et de nouvelles ressources |
| 2. | Améliorer le fonctionnement du système de santé (niveau sectoriel) | <ul style="list-style-type: none"> • Accroître l'efficacité, la qualité et les résultats par l'amélioration de la performance du système. • Améliorer la capacité du système à prendre en compte les populations pauvres et exclues • Accroître la capacité de réponse aux clients | <ul style="list-style-type: none"> • Réformes systémiques pour dépasser les goulets d'étranglement et gérer les problèmes par une modification des incitations, la contractualisation, l'appropriation, l'assurance-garantie et la coordination entre les partenaires • Test pilote et évaluation des systèmes • Diffusion du savoir, formation et communication sur les changements |
| 3. | Interventions ciblées efficaces (niveau de l'action) | <ul style="list-style-type: none"> • Besoin d'actions centrées sur les pauvres, relativement simples, faciles à mettre en œuvre • Besoin de programmes assortis de résultats mesurables et évaluables et d'acquisition de connaissances | <ul style="list-style-type: none"> • Projets et chefs de file à la pointe de l'amélioration du système • Programmes ciblés de santé maternelle et infantile, de nutrition et de santé publique • Meilleure coordination des projets conduits par différents bailleurs et agences |

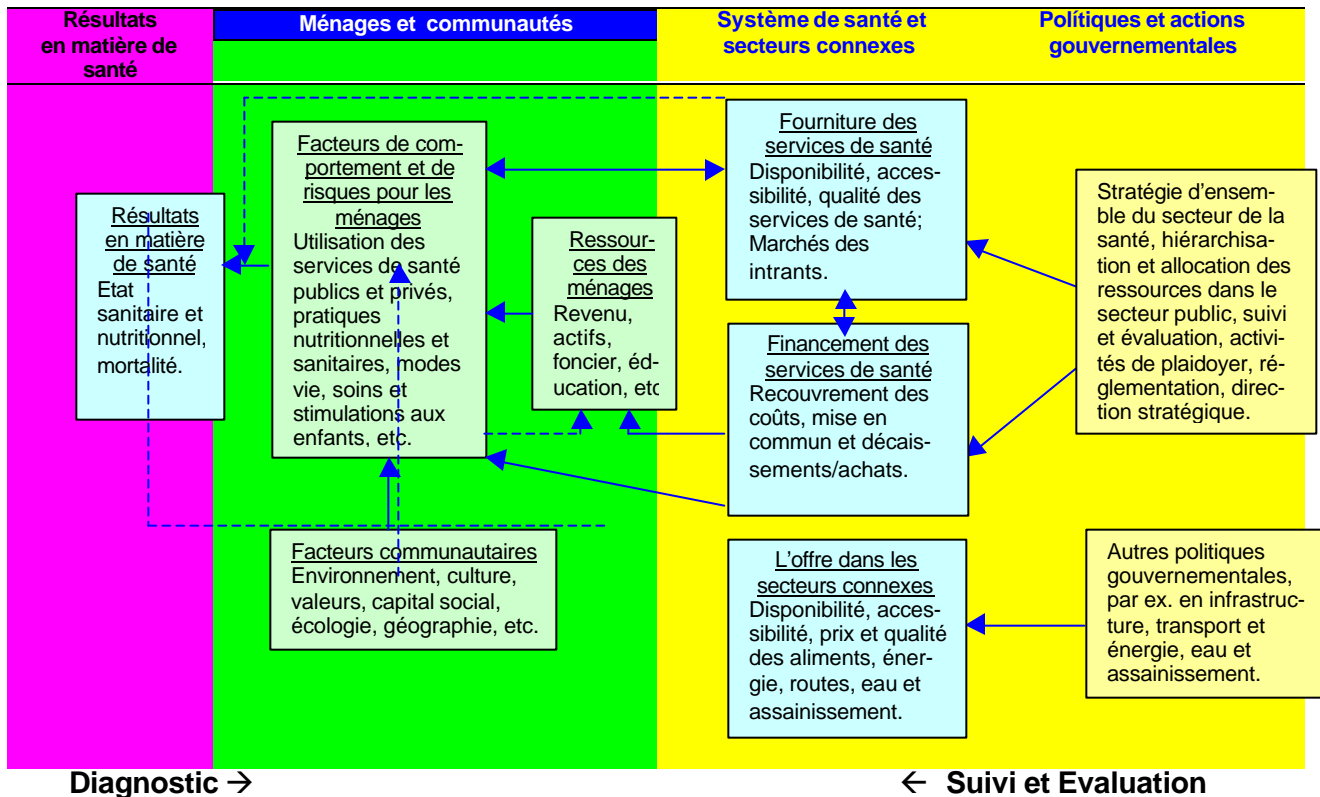
Ce chapitre est structuré autour du cadre conceptuel présenté dans la section ci-après et bâti sur les deux principes suivants :

- Premièrement, la pauvreté caractérise avant tout les ménages et les communautés. Dans quelle mesure le système parvient-il à supprimer les barrières spécifiques qui entravent les pauvres dans leur comportement de recherche d'une bonne santé ? Il est indispensable d'être à l'écoute des pauvres en procédant à cette évaluation et en utilisant l'information obtenue pour diagnostiquer les problèmes et les moyens de surmonter ces contraintes. Toutefois, si l'écoute est nécessaire, elle ne suffit pas si le système de santé lui-même est incapable de produire les ingrédients requis pour lever les barrières. Pour atteindre les pauvres, force sera sans doute de changer la manière d'opérer, plutôt que de simplement ajouter et réaffecter des ressources.
- Le deuxième est la reconnaissance du fait, qu'avec des ressources et des capacités limitées, il est nécessaire d'identifier des priorités. Des listes de mesures et d'actions « en vrac », sans priorité, conduisent rarement à une bonne exécution et résolution des problèmes.

2 Cadre conceptuel pour l'amélioration de la santé des pauvres

Figure 1. Les déterminants des résultats en matière de santé

Les déterminants des résultats en matière de santé



Ce chapitre propose un cadre en quatre parties (figure 1) pour identifier les éléments faisant obstacle à une meilleure santé des pauvres et les politiques permettant de dépasser ces obstacles. Il s'agit d'un cadre logique prenant comme point de départ les résultats escomptés, sur la gauche, et revenant sur les mesures et actions, sur la droite. Pour ceux qui sont familiarisés avec le cadre logique en tant que moyen d'identification des résultats souhaités, des actions à réaliser pour atteindre ces résultats et des intrants requis pour produire ces actions, cette figure 1 peut constituer un excellent outil de structuration du processus de production de SRP en matière de santé, nutrition, et population. Le processus risque d'être tout aussi déterminant que le document rédigé lui-même dans l'obtention d'un consensus sur les problèmes clés et sur la manière d'agir, les risques à gérer si la réussite n'est pas à l'arrivée et sur les éléments à mesurer pour suivre et évaluer la performance. L'organisation de la suite de ce chapitre reflète les quatre colonnes de ce cadre.

Dans l'utilisation du cadre, le diagnostic est réalisé de gauche, à partir des résultats escomptés (comme la réduction du taux de mortalité infantile parmi les pauvres) vers la droite, en remontant la chaîne causale jusqu'aux politiques et autres instruments gouvernementaux utilisables pour modifier les résultats. Cependant, suivi et évaluation vont de la droite vers la gauche. Quel impact les décisions gouvernementales modifiant le fonctionnement du système, ses aspects financiers et/ou incitatifs, ont-elles sur la concrétisation des résultats souhaités ?

Un processus d'acquisition de connaissances fournissant un retour d'information régulier est-il intégré et une certaine flexibilité existe-t-elle pour qu'il soit procédé à des ajustements en réponse à ce retour d'information ?

Les points ci-dessous passent en revue les quatre colonnes de la figure 1, en partant de la gauche.

- **Résultats en termes de santé — évaluation des résultats et détermination de cibles** : il s'agit de l'ensemble des résultats que nous tentons d'obtenir à travers le processus de préparation et d'exécution de la SRP. Il est indispensable, au niveau du pays, de déterminer un jeu limité de mesure des résultats sur lequel se concentrer et dès lors de remonter au fil du diagramme pour développer les politiques à même d'améliorer ces résultats pour les pauvres. Ce manuel donne des indications sur ce qu'il faut rechercher et sur la manière d'analyser les inégalités dans les résultats en matière de santé ; il indique des sources de données existantes. Un outil diagnostique intégrant le cycle de vie est présenté pour aider à mettre l'accent sur les résultats clés pour différents groupes d'âge.
- **Ménages/communautés — leur incidence sur les résultats médiocres en matière de santé** : Comme cela a été mentionné dans l'introduction, les résultats en matière de santé proviennent d'interactions complexes entre le comportement des ménages, les ressources des ménages (en particulier le manque de ressources chez les pauvres), et l'environnement communautaire (à la fois physique et social). Mettant l'accent sur les ménages et les communautés, ce manuel fournit des outils permettant de comprendre les variations dans les résultats en matière de santé. Différentes façons d'être à l'écoute des pauvres de même que les connaissances scientifiques actuelles sur le rôle des ménages et des communautés y sont résumées.
- **Système de santé et secteurs connexes — évaluation de la performance du secteur de la santé dans son action de soutien aux ménages pour de meilleurs résultats en matière de santé** : Dans cette partie du cadre, les déterminants doivent être hiérarchisés. Il nous faut reconnaître l'importance des apports des secteurs autres que la santé dans l'amélioration des résultats en matière de santé, comme le rôle de l'éducation, de l'infrastructure et de l'environnement (voir l'encadré au bas de cette colonne). Ce chapitre dirige l'attention sur a) ce qui peut être fait pour améliorer la fourniture des services de santé (encadré du haut) dans le système de santé au sens large qui inclut les services gouvernementaux et non gouvernementaux : et b) le financement de la santé (encadré du milieu dans cette colonne). Certaines activités entreprises dans le secteur de la santé ont une incidence directe sur les résultats en matière de santé. Personne, par exemple, ne mourra du paludisme là où le vecteur a été éradiqué sous l'effet de l'action publique. Il y a donc une flèche entre fourniture de services et résultats. L'efficacité de la plupart des interventions dans le domaine de la santé dépend toutefois, en partie, du comportement des ménages. Par exemple, l'utilisation de moustiquaires de lit pour prévenir la transmission du paludisme dépend totalement de l'attitude des ménages. Aussi y a-t-il également une flèche reliant fourniture et résultats en passant par comportement des ménages.
- **Politiques et actions gouvernementales — améliorer les résultats par le biais d'actions gouvernementales** : Les gouvernements disposent d'un éventail de leviers politiques qu'ils peuvent utiliser pour renforcer le système de santé, le financement des services ainsi que l'environnement réglementaire dans lequel le système fonctionne. L'équité et l'amélioration des résultats en ce qui concerne les pauvres sont fortement influencées par les politiques suivies par le gouvernement dans tous ces domaines. Ce chapitre présente un résumé de ces instruments et indique comment les modeler dans

l'optique d'une SRP. Les stratégies de suivi des intrants et des résultats et d'évaluation des politiques sur la base de leurs résultats y sont soulignées.

Bien réaliser la façon dont ces quatre éléments interagissent pour améliorer les résultats par rapport aux pauvres est crucial pour aboutir au succès. La combinaison des politiques de santé peut varier sensiblement selon les niveaux d'éducation, l'accès des ménages aux intrants, la présence de vecteurs de maladie ou l'existence de moyens de transport appropriés. Quelle que soit la situation, un système de santé fonctionnant mieux, qui offre des soins pointus et efficaces, des services de prévention et de santé publique, est avantageux pour tout un chacun, mais plus particulièrement pour les pauvres.

Le défi dans ce chapitre est de fournir l'information de base sur les causes et les effets afin d'accroître l'aptitude des équipes à évaluer les politiques de santé publique ainsi que les dépenses de santé, et à proposer des changements de politique réalistes (et habituellement en termes d'augmentation) à même d'influer fortement sur les résultats en matière de santé. Ces actions gouvernementales appartiendront en gros aux trois catégories citées dans le tableau 1 — dépenses publiques globales et financement, réforme du système (apportant une amélioration de son fonctionnement), et interventions et projets ciblés. Les réformes et interventions sont généralement nécessaires aux trois niveaux. De façon à mieux atteindre les différents publics, le texte est court avec des liens directs et des références aux annexes qui procurent davantage de détails et indiquent les données et ressources disponibles.

3 Évaluer les résultats en matière de santé et déterminer des objectifs de résultats

La composante santé de la stratégie de réduction de la pauvreté vise essentiellement à améliorer les résultats en matière de santé — spécialement parmi les populations pauvres et vulnérables. La première étape de la formulation d'une telle stratégie consiste à évaluer la situation présente.

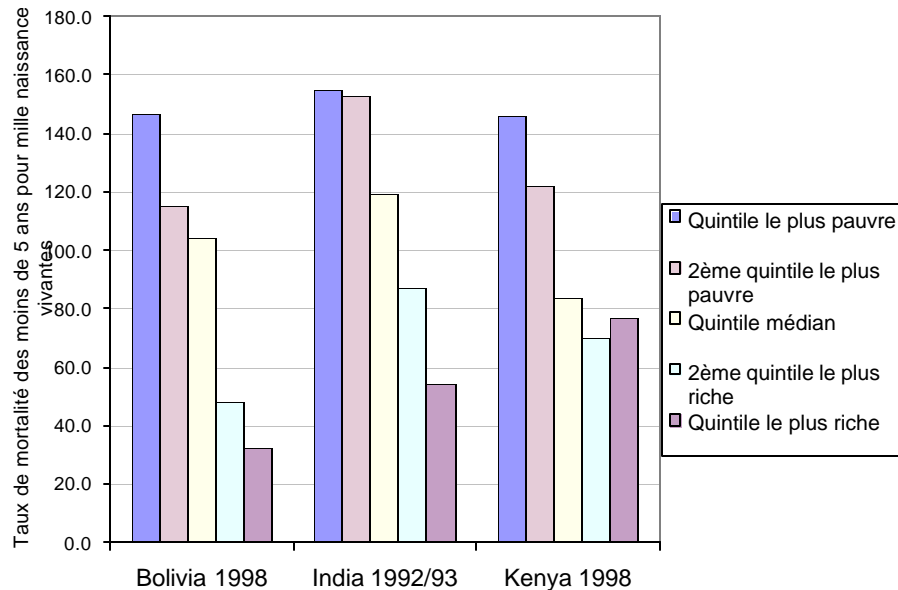
3.1 Se concentrer sur les pauvres

Les indicateurs démographiques moyens masquent souvent de grandes différences au sein des pays entre les diverses catégories de pauvreté. La Bolivie, le Kenya et l'Inde, par exemple, enregistrent un taux de mortalité des moins de 5 ans à peu près similaire — environ 108 pour 1000 naissances vivantes. La figure 2 indique, pour chacun de ces trois pays, le taux de mortalité des moins de 5 ans pour le quintile le plus pauvre de la population, le quintile suivant et ainsi de suite. Ce graphique illustre trois points importants. Premièrement le groupe le plus pauvre de chaque pays a de moins bons résultats en matière de santé que les autres groupes. Deuxièmement, le taux de mortalité des moins de 5 ans empire progressivement en fonction du revenu quand on passe des groupes les plus riches aux plus pauvres. Troisièmement, les écarts entre pauvres et non pauvres ainsi que les différences progressives enregistrées en passant d'un groupe économique à l'autre varient selon les pays. En Bolivie, le taux de mortalité des moins de 5 ans au sein du quintile le plus pauvre des ménages est presque cinq fois celui du quintile le plus riche. En Inde, l'écart est trois fois plus important entre les quintiles des ménages les plus pauvres et les plus riches, tandis qu'il est deux fois plus important au Kenya.

Comment interpréter cela d'un point de vue de politique économique ? En Bolivie, les différences illustrent probablement les variations géographiques et entre groupes ethniques. Il serait possible d'obtenir de rapides améliorations dans le taux global en plaçant le ciblage

d'interventions appropriées sur le quintile le plus pauvre au sommet des priorités, et d'ensuite faire porter les efforts sur les 4e et 3e quintiles. En Inde et au Kenya, cibler les deux quintiles inférieurs des ménages par le biais d'actions correspondant aux contraintes principales de ces populations pourrait être efficace. Comment faudrait-il s'y prendre ? Sur quelles interventions, pour qui, par qui, faudrait-il mettre l'accent ? Ce sont là les questions importantes à étudier lors de l'utilisation du cadre de la figure 1. L'important ici est que la détermination des résultats à atteindre et leur mesure par catégorie de pauvreté constituent la première étape du processus. La mesure doit s'effectuer dans l'optique de trouver une solution au problème.

Figure 2. Taux de mortalité des moins de 5 ans parmi les pauvres et les non pauvres



3.2 Le cycle de vie et les résultats en matière de santé

Le concept de santé est très large. Il embrasse non seulement la mortalité mais aussi l'état de santé, l'état de nutrition, la morbidité, la gestion de la fécondité et l'infirmité. Il ne recouvre pas que la santé des jeunes enfants, mais également celle des adolescents et des adultes. Il s'étend aussi à la santé génésique — santé des femmes pendant et après leur grossesse, ainsi que grossesses non désirées.

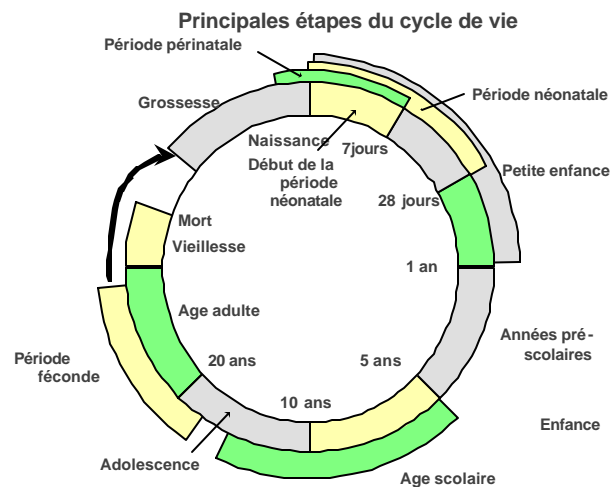
Un bon moyen d'organiser une évaluation de la santé est de penser en termes de *cycle de vie* (figure 3), qui commence avec la grossesse et passe par la naissance, la petite enfance, l'enfance, les années scolaires, l'adolescence, l'âge adulte et la vieillesse, en englobant la période de fécondité. Au cours de la période féconde, le cycle de vie se boucle avec la grossesse et la naissance d'une nouvelle génération. Cette structure met en lumière quatre principes :

- Les interventions dans le domaine de la santé ont un impact cumulatif — l'avantage, la nature et le coût des interventions à un âge plus avancé dépendent en partie des interventions sur les âges antérieurs.
- Pour une amélioration durable des résultats en matière de santé, il est nécessaire de hiérarchiser la priorité des interventions à plusieurs stades du cycle de vie.

- Les interventions portant sur une génération sont profitables aux générations suivantes, les cas les plus évidents étant de bons soins prénatals et des programmes aidant les adolescentes à différer leurs grossesses, deux facteurs qui permettent aux bébés d'avoir un meilleur départ dans l'existence
- Cette approche rend également plus facile l'identification, là où les interventions sont à même de briser le cycle de la pauvreté et de la mauvaise santé, des principaux risques encourus par les familles ainsi que des lacunes et déficiences du système de santé.

À chaque étape du cycle de vie, il y a des risques pesant sur la santé, et, associé à chacun, il existe un indicateur de résultat correspondant. Par exemple, au cours de la première année de vie (nourrisson), il y a des risques de maladie, de malnutrition, de croissance et de développement ralentis, et même de mortalité. Les indicateurs correspondants incluent l'incidence des maladies spécifiques (comme la diarrhée), un retard de poids par rapport à l'âge (en dessous du poids normal), un retard de croissance par rapport à l'âge (caractère chétif) et la mort (mortalité infantile).

Figure 3. Les principales étapes du cycle de vie



3.3 Rassembler des données sur les résultats en matière de santé des pauvres

Des tables d'indicateurs du cycle de vie sont données en annexe 3A. Elles esquissent les principaux risques encourus à chaque stade du cycle de vie, les indicateurs de résultats correspondants ainsi que leur définition et leur mesure. Il n'est pas nécessaire — et dans beaucoup de pays il est simplement irréalisable — d'évaluer la *totalité* des différents résultats en matière de santé pour *l'ensemble* des étapes du cycle de vie. Il est *possible* de sélectionner, pour autant de stades du cycle de vie que faire se peut, les indicateurs de résultats en matière de santé pour lesquels les données sont disponibles. Quand c'est faisable, les indicateurs devront permettre les comparaisons dans le temps, entre groupes et zones au sein du pays, et avec d'autres pays à des stades de développement similaires. Il est également utile d'introduire, au minimum, des indicateurs correspondant aux Objectifs internationaux de développement (OID) du Comité d'aide au développement (CAD) (pour un examen détaillé de ces indicateurs, se rendre sur le site Internet du CAD à <http://www.oecd.org/dac/Indicators/index.htm>). Partout où c'est possible, il faudra rassembler les données non seulement sur les populations globales, mais également sur les pauvres et les non pauvres séparément. Ces désagrégations ont déjà

été effectuées pour 48 pays. L'annexe 3B comprend des données sur les Tables SNP d'information sur la pauvreté publiées par la Banque mondiale, d'où sont extraites les données de la figure 2. Elles montrent une variété de résultats en matière de santé, y compris de nombreux OID relatifs à la santé, par groupe économique. Les désagréments par ethnie et genre sont également intéressantes, du fait que les écarts entre pauvres et non pauvres reflètent souvent les différences, dans ces domaines, entre une catégorie et l'autre.

3.4 Indicateurs de santé et établissement de priorités

Les données sur les indicateurs de santé — pour la population globale et pour les différents groupes économiques qu'elle renferme — donneront une idée des défis que le pays à relever en matière de santé. Elles devront être incorporées au processus d'établissement des priorités. Toutes choses égales par ailleurs, les ressources devront être concentrées sur l'amélioration des indicateurs extrêmement mauvais en règle générale et pour lesquels les pauvres sont particulièrement désavantagés. La formule « toutes choses égales par ailleurs » est importante. Les gouvernements doivent avoir présents à l'esprit les moyens médicaux et autres disponibles pour améliorer chaque indicateur, le coût impliqué, la formation nécessaire au personnel des services de santé et la structure de fourniture des services requises. Il est déconseillé de choisir des indicateurs que le système n'est pas réellement en mesure de produire ou qui incluent trop de facteurs extérieurs au système de santé pour avoir un impact certain.

3.5 Déterminer des objectifs

Des objectifs de résultats en matière de santé seront déterminés en tant que partie intégrante du processus de SRP, et, ce, de manière réaliste, en ayant bien en tête ce qui, en pratique, peut être suivi et évalué au fil du temps. Les indicateurs de résultat, par nature, évoluent lentement et beaucoup sont issus d'enquêtes conduites à intervalles de quelques années. S'agissant d'indicateurs de processus (déterminants immédiats ou intermédiaires), il est souvent utile de fixer des objectifs à court terme, susceptibles d'être mesurés régulièrement pour évaluer les progrès en direction des objectifs majeurs. Il faut aussi garder à l'esprit ce qui est réalisable à la lumière de la situation existante, des ressources disponibles et des politiques suivies. Tout comme pour l'établissement de priorités, la détermination d'objectifs ne peut être entreprise sans une appréciation de l'importance des déterminants des résultats en matière de santé dans le pays ainsi que de l'efficacité des politiques gouvernementales qui ont une incidence sur ces déterminants.

Supposons, par exemple, que la réduction du taux de mortalité infantile soit l'un des objectifs. Les interventions choisies pourraient alors porter sur les objectifs spécifiques que sont les consultations prénatales, l'identification des cas à haut risque, les vaccinations antitétaniques et une amélioration de la nutrition pour les femmes enceintes à haut risque. Le TMI serait trop général et un indicateur évoluant trop lentement pour évaluer ces efforts. Déterminer un objectif à court terme se fera en termes de modification des variables intermédiaires pour les femmes ciblées (dans cet exemple, les objectifs seraient fixés pour les consultations prénatales, la couverture antitétanique, l'identification des mères à haut risque et des interventions nutritionnelles à leur intention). Le suivi portera essentiellement sur le résultat de la réduction de la mortalité infantile, le succès relatif des interventions dans la concrétisation de leurs objectifs et sur les raisons pour lesquelles ces interventions ont fonctionné ou non comme prévu. Une brève description de l'utilisation des résultats d'une enquête en Bolivie pour améliorer les interventions visant à réduire la mortalité infantile est donnée à l'annexe 3C.

3.6 Récapitulatif

Les points ci-dessous résument brièvement cette section et les « résultats en matière de santé » de la colonne 1 de la figure 1 :

- Pour des résultats décisifs pendant le cycle de vie, quelle est la réalité du pays, y compris en ce qui concerne les différences entre les groupes de revenu ?
- Quelles bases de comparaison aideraient-elles à fixer des objectifs réalisables pour améliorer ces résultats ? Sont-ce d'autres pays rencontrant les mêmes contraintes mais connaissant des résultats différents ? Sont-ce des comparaisons entre les pauvres et d'autres groupes du même pays ?
- Quelles sont les hypothèses au sujet de ce qui peut être fait pour modifier les résultats du choix ?
- Quelles devraient être les priorités pour atteindre ces résultats ? Les priorités ne seront certainement pas les mêmes partout, étant donné les importantes variations de situation au sein de la plupart des pays.
- Qu'impliquent les objectifs de résultat pour les interventions et les intrants, et quelles données permettraient-elles de suivre leurs progrès ?
- Comment les systèmes pourraient-ils être mis en place ou améliorés pour donner un retour d'information régulier aux gestionnaires et aux exécutants sur leurs progrès et l'efficacité de leurs efforts, à la fois au niveau des variables intermédiaires et des résultats ?

4 Comprendre les résultats médiocres en matière de santé : le rôle des ménages et des communautés

4.1 Résultats en matière de santé : comportements et facteurs de risque

4.1.1 Quels sont les comportements et les facteurs de risque les plus importants ?

En commençant par la colonne de gauche de la figure 1, il existe de nombreux facteurs ayant une influence *directe* sur les résultats en matière de santé. Par exemple, dans le cas de résultats relatifs à la santé infantile, ils incluent l'utilisation de services de santé préventifs et curatifs, les pratiques alimentaires et sanitaires, l'espacement des naissances et leur nombre, ainsi que les soins et les activités de stimulation dont les enfants font l'objet.

Il existe maintenant une pléthore de données scientifiques sur les facteurs qui contribuent à de bons résultats en matière de santé infantile, de santé génésique et de santé des adultes. On dispose, par exemple, d'une bonne connaissance sur les services de santé préventifs et curatifs qui participent à une bonne santé des jeunes enfants, sur les bonnes habitudes diététiques et les pratiques sanitaires, ainsi que sur l'importance de la stimulation pour les jeunes enfants. Au niveau des actions du service de santé, on a également une information satisfaisante sur la formation et les ressources nécessaires à la fourniture de ces services. Les connaissances sur la façon de changer les attitudes par une modification des comportements et des programmes de communication sont également avancées. Les agences spécialisées — telles que l'OMS, ONUSida et le FNUAP — ont une documentation considérable sur ces problèmes. Les tables du cycle de vie de l'annexe 3A énumèrent ce qui est connu au sujet des interventions, des comportements des ménages, des facteurs de risque, des problèmes de fourniture de services

et des questions de politique à chaque étape du cycle de vie, y compris les problèmes intersectoriels si importants s'agissant de maladies comme le sida.

4.1.2 Collecter l'information sur les comportements et les facteurs de risque

Les facteurs ayant une influence directe sur les résultats en matière de santé tels que l'utilisation des services de santé, les pratiques diététiques et sanitaires et le mode de vie, ne sont pas immuables. Ils varient largement selon les pays. Ainsi au Tchad, seulement 10 % des enfants sont vaccinés, dans la République kirghize ce pourcentage avoisine 70 %. En Ouganda, 70 % des jeunes enfants sont nourris exclusivement au sein, au Sénégal seulement 9 %. Ces facteurs influençant les résultats en matière de santé varient également largement à l'intérieur des pays, particulièrement quand on compare ménages pauvres et non pauvres. Au Burkina Faso, par exemple, les enfants pauvres, en comparaison des enfants riches, n'ont qu'une chance sur trois d'être mis au monde avec l'assistance d'un personnel de santé compétent. Quand ils ont la diarrhée, seulement la moitié reçoit un traitement de réhydratation par voie buccale et moins d'un tiers se voit administrer la série complète des vaccins infantiles.

La deuxième étape de la compréhension des médiocres résultats en matière de santé consiste à mesurer les facteurs qui les influent directement pour différents groupes économiques. Les tables de cycle de vie présentées à l'annexe 3A indiquent la manière de le faire en utilisant les enquêtes sur les ménages. Ces tables mentionnent également les enquêtes disponibles permettant d'évaluer les niveaux et les écarts entre les groupes. Pour nombre des facteurs ayant une influence directe sur les résultats en matière de santé maternelle et infantile (MCH), les données désagrégées par groupe économique existent pour 48 pays dans les fiches d'information SNP de la Banque mondiale sur la pauvreté (annexe 3B).

4.2 Agents influant sur le comportement des ménages et résultats en matière de santé

4.2.1 Quelles influences majeures les ménages subissent-ils ?

L'étape suivante est de se demander *pourquoi* les ménages deviennent prisonniers de certains modèles comportementaux, pratiques diététiques et sanitaires, et plus particulièrement de certains modes de vie qui génèrent de mauvais résultats en matière de santé. Une partie de la réponse se trouve dans la cellule familiale. Soulever la question du comportement des ménages n'a pas pour but de justifier l'inaction gouvernementale, mais bien au contraire d'insister sur le fait que les actions publiques peuvent être rendues plus efficaces quand elles agissent sur le comportement et les contraintes des ménages pauvres. L'annexe 4A fournit des éléments d'information plus détaillés sur la relation ménages-santé.

Les ménages affichent des différences dans les ressources dont ils disposent, revenu et actifs ainsi qu'autres biens matériels (tels que terres et animaux), qui ensemble constituent leur richesse. De faibles niveaux de richesse, et surtout de richesses convertibles en argent liquide, constituent une entrave majeure pour les ménages pauvres dans les périodes de maladie et de crise.

Le capital humain — savoir, alphabétisation et éducation — est également important dans la cellule familiale, en particulier le savoir sur la santé. Les mères connaissent-elles les signes laissant entendre qu'un enfant est malade ? Savent-elles comment intervenir depuis la maison et quand recourir à des soins ? Connaissent-elles les services disponibles pour prévenir et

soigner les maladies infantiles ? Les adultes sont-ils informés sur le VIH/Sida et sur la manière de se protéger eux et leurs partenaires ? Le manque de connaissances, particulièrement répandu chez les ménages pauvres, les rend inconscients des opportunités à leur disposition. Une étude de cas citée à l'annexe 4B, par exemple, montre qu'en Inde, les enfants pauvres n'étaient pas vaccinés principalement parce que leurs parents n'étaient pas au courant des bienfaits de la vaccination ou des services disponibles. La prise de conscience de ce genre de situation conduit à un type d'intervention différent de ce qui aurait pu être envisagé sans elle.

Le problème n'est pas uniquement le niveau global de ressources des ménages. Dans nombre de sociétés, il existe un déséquilibre au niveau du pouvoir des hommes et des femmes au sein du ménage. Il arrive que les femmes aient un contrôle limité sur les finances familiales et jouent un rôle mineur dans la prise de décisions sur l'utilisation de contraceptifs pour prévenir les grossesses non désirées et de préservatifs pour éviter les infections sexuellement transmissibles. Les mères peuvent être victimes de coercition au sein du foyer lorsqu'elles sont à la recherche de soins de santé pour elles-mêmes ou leurs enfants. Cette inégalité de pouvoir, susceptible d'être plus prononcée dans les ménages plus pauvres, moins éduqués, risque fort d'influer sur les mauvais résultats en matière de santé génésique ainsi que sur la mauvaise alimentation de nombreuses femmes.

4.2.2 Collecter l'information sur les facteurs influant sur les ménages

Une des tâches à accomplir par un pays préparant un document de SRP, est de hiérarchiser, au niveau des ménages, les facteurs d'influence qui jouent sur l'utilisation, par les ménages, des services de santé, sur les pratiques diététiques et sanitaires, et sur les modes de vie. Ces facteurs ont non seulement un effet sur le succès des interventions, mais méritent également d'être au centre des interventions.

L'enquête sur les ménages, qui fournit des éléments d'information sur bon nombre de déterminants des comportements de santé chez les ménages, sur les actions et leurs résultats et qui peut être utilisée pour mettre en lumière les différences entre groupes, est l'outil qui s'impose. Des tableaux publiés présentant des moyennes d'échantillon ainsi que les écarts entre les ménages à différents points de la distribution du revenu, sont souvent disponibles. De la sorte, l'utilisation des données existantes d'une enquête sur les ménages économise souvent l'analyse des données brutes ressortant d'une enquête, voire le lancement d'une nouvelle enquête. Ces données sont maintenant couramment disponibles partout. La version publiée par la Banque mondiale des Indicateurs du développement dans le monde fournit, pour de nombreux pays, des données sur les inégalités de revenu et de consommation entre les différents groupes économiques, et sur la pauvreté exprimée par le revenu. Les données sur les ménages peuvent être croisées avec les données du recensement pour établir des cartes de pauvreté — celles-ci peuvent être utiles pour l'identification des districts et des quartiers pauvres.

Les enquêtes sur les ménages contiennent généralement des éléments d'information sur les acquis des membres de la cellule familiale dans les domaines de l'éducation et de l'alphabétisation. Les acquis en termes d'éducation et les inscriptions dans les structures éducatives sont inférieurs chez les ménages pauvres, encore que les écarts varient selon les pays. De nombreuses enquêtes renferment également des données sur les connaissances spécifiquement liées à la santé — par exemple les connaissances sur les problèmes relatifs au VIH/Sida. Les niveaux d'éducation générale et de connaissances spécifiques sur la santé revêtent ici une importance particulière s'agissant des femmes et des filles. Les enquêtes démographiques et sanitaires (EDS) ainsi que celles sur le savoir, les attitudes et les pratiques

comportent une foule d'informations sur les croyances, les comportements et l'éducation formelle. Certaines EDS comportent des questions sur le degré de contrôle qu'ont les femmes sur leurs revenus et sur leur participation aux décisions sur la planification familiale.

4.3 Facteurs influant sur le comportement des communautés et résultats en matière de santé

4.3.1 Quelles influences majeures les communautés subissent-ils ?

Les variables communautaires, l'environnement et l'infrastructure ont aussi leur importance. Les variables communautaires sont souvent liées à des normes culturelles et au capital social. Les facteurs d'influence environnementaux comprennent les pollutions interne et externe qui portent préjudice à la santé. Les bonnes pratiques sanitaires, par exemple, sont plus difficiles à suivre si la qualité de l'eau et les conditions sanitaires sont médiocres. Les problèmes respiratoires sont courants là où, pour cuisiner et se chauffer, les foyers de cuisson sont situés à l'intérieur de maisons mal ventilées. L'infrastructure affecte l'accessibilité : se rendre dans un poste de santé est beaucoup plus difficile si les routes sont impraticables pendant la saison des pluies.

Dans ces domaines, les pauvres sont souvent désavantagés. Ils ont tendance à vivre dans des zones reculées où les routes deviennent impraticables à certaines périodes de l'année et dans la périphérie des villes qui ne sont pas desservies par les services publics. Il est moins probable qu'ils vivent dans des zones où existent des adductions d'eau, de bons systèmes sanitaires et des routes utilisables en toute saison.

En fait, il se pourrait que la contrainte sanitaire la plus entravante soit l'absence d'infrastructure, spécialement de transport. La gestion transsectorielle pour coordonner et échelonner des investissements limités par les ressources — peut-être dans des routes en tant que première priorité, par exemple, et des services de santé qui correspondent à la disponibilité des moyens de transport — est à même d'aider à accroître l'impact des investissements. Les stratégies dans le secteur de la santé méritent aussi d'être ouvertes aux changements dans l'infrastructure. Des postes de secours situés tous les 20 km sur une route en terre deviennent inutiles quand la route est goudronnée, avec des bus sillonnant les chaussées toute la journée. La nouvelle route ouvre la porte à la concurrence, aux revenus et à la spécialisation qui peuvent rehausser l'efficacité du système de santé s'il s'adapte.

Les communautés partagent des valeurs et des normes qui jouent pour une large part dans le modelage des comportements vis à vis de la santé. Les communautés pauvres sont souvent des communautés traditionnelles, aussi les valeurs, les normes et les fossés culturels sont-ils des facteurs clés ayant une incidence sur leur santé. Les normes sociales traditionnelles empêchent souvent les femmes d'accéder aux ressources telles que foncier, services d'éducation permanente, crédit et éducation, ce qui limite leurs capacités à s'engager dans un travail productif, à rechercher des soins de santé et à consacrer du temps et de l'énergie à s'occuper de leurs enfants. Une meilleure santé génésique, assortie de l'habilitation des femmes et de leurs partenaires à gérer leur fécondité, sont des interventions qui doivent entrer dans le cadre des normes culturelles et sociales, mais qui peuvent aussi aider les femmes à supprimer certaines des barrières culturelles qui leur sont opposées.

Différents groupes ethniques ont des valeurs, normes et croyances différentes. Celles-ci renferment trop souvent à la fois des dimensions de pauvreté et de problématique hommes-femmes. L'excision est, par exemple, largement déterminée par l'existence d'une norme

culturelle. Les programmes de santé, toutefois, ne répondent pas toujours de manière adéquate aux différences de normes et de valeurs. Dans les Andes, par exemple, certaines populations indigènes pauvres croient qu'un enfant devrait naître dans une pièce chaude et sont, de ce fait, moins enclines à utiliser les maternités modernes. La réaction des autorités sanitaires a souvent été d'enseigner aux femmes les pratiques modernes correctes plutôt que de travailler avec elles à faire du lieu le plus sûr plus un endroit plus accueillant pour elles.

Les facteurs communautaires influant sur le comportement des ménages jouent souvent indirectement à travers les *institutions* existant au sein de la communauté, tels que les services de santé, mais aussi les associations civiques comme les clubs de jeunes et les groupements de femmes capables de mobiliser l'action communautaire pour une santé et une nutrition meilleures. Le terme « capital social » est parfois utilisé pour décrire les normes et réseaux qui facilitent l'action collective — comme le montage d'un programme communautaire de nutrition. Le capital social recouvre trois strates : les liens au sein de la communauté (« capital d'appartenance »), les relations entre les membres de *différentes* communautés (« capital de relations ») et les connections entre les communautés et les institutions formelles (« capital de liaison »). Les pauvres — à la fois comme cause et comme conséquence de leur condition — sont généralement très bien lotis pour la première strate, modérément pour la seconde et très mal pour la troisième. Les gouvernements ont donc pour défi de bâtir sur la partie « appartenance » du capital social des communautés pauvres afin d'étayer et de sceller des liens plus étendus aux niveaux du capital « de relations » et de « liaison ».

4.3.2 Collecter l'information sur les facteurs influant sur les communautés

La mesure des obstacles géographiques à une bonne santé (par exemple des routes impraticables), de la pollution, de la qualité de l'eau et des équipements sanitaires, ainsi que du poids des institutions à base communautaire est assez simple. Les enquêtes sur les communautés sont un outil efficace à cet égard. L'important est de faire l'investissement de la création d'une telle banque de données et de son utilisation pour coordonner les investissements publics. Il est moins aisé de mesurer les attitudes, les normes et valeurs partagées. On a eu recours aux groupes focaux, aux consultations et autres exercices qualitatifs pour en produire une bonne estimation, depuis la description détaillée de la manière complexe dont les réseaux sont construits et reproduits jusqu'à l'identification des mécanismes variés par lesquels les groupes marginalisés sont exclus d'une participation équitable aux institutions formelles comme les banques, les tribunaux et l'assurance maladie. Les parties de questionnaire sur les ménages traitant de la confiance et d'autres attitudes, ou de la nature et de l'étendue de la participation des gens à la vie civique de leur communauté, sont également utiles. L'annexe 4C donne des détails sur l'utilisation des enquêtes pour comprendre les comportements en matière de santé.

4.4 Récapitulatif

Les points ci-dessous résument brièvement cette section et la colonne « Ménages/communautés » de la figure 1 :

- Comment les pauvres s'en sortent-ils aujourd'hui dans leur quête de la santé ?
- Comment les interventions pourraient-elles être ciblées de façon à accroître l'efficacité des pauvres dans l'obtention des résultats prioritaires identifiés dans cette section 3 ?

- Quels problèmes de niveau communautaire, y compris environnementaux, infrastructurels et sociaux, méritent-ils d'être traités ? Où se situent les possibilités d'amélioration et quels partenariats transsectoriels seraient-ils requis pour saisir ces opportunités ?
- En présence de réaction comportementale positive de la part des ménages et de changements environnementaux, quelles modifications les interventions subiraient-elles ? Que va-t-il se passer au niveau du retour d'information, de la créativité et de la souplesse intégrés au système ?

5 Évaluer la performance du secteur de la santé : aider les ménages pour de meilleurs résultats en matière de santé

5.1 Le système de santé et le cycle de vie

En référence à la figure 1, nous avons abordé le choix et la mesure des indicateurs de résultats plus probants en matière de santé, aussi bien que l'influence des ménages et des communautés rendant les interventions plus ou moins efficaces. La figure 3 replace ces éléments dans le contexte du cycle de vie. Mais qu'en est-il des interventions elles-mêmes et du système qui les génère ?

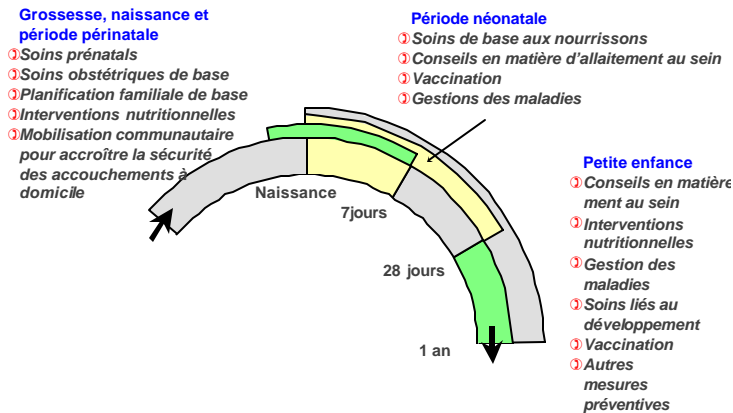
La figure 4 ci-dessous montre les principales interventions du système de santé avant la naissance, pendant la première année de vie et au cours du cycle de reproduction qui suit pour une génération toute entière. Il s'agit des interventions qui produisent les composantes d'une amélioration de la santé d'une population dans son ensemble.

Un examen attentif de la figure 4 met en évidence la partie du système de santé susceptible de produire ce qui est nécessaire. Pratiquement toutes les interventions ont pour base la communauté et le centre de santé, mais nécessitent aussi une infrastructure de soutien en termes de services basés sur la population, de communication et de diffusion du savoir, une structure de santé scolaire et de santé environnementale. Cette section porte sur l'évaluation de la performance de ce système.

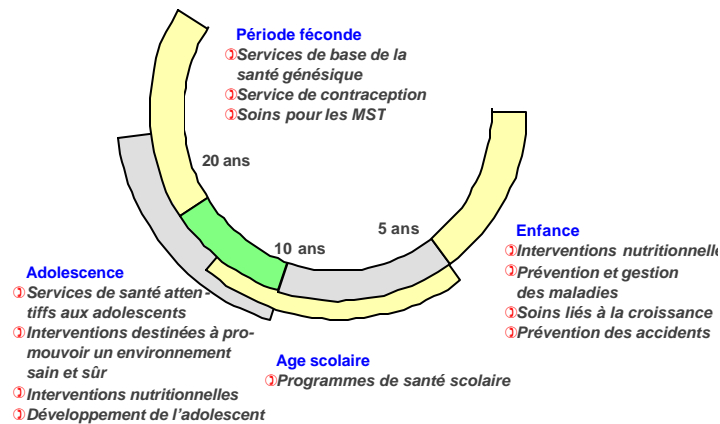
On peut arguer de l'étroitesse du centrage sur la jeunesse et sur la période de fécondité du cycle de vie — faisant l'impasse sur la fourniture de services aux adultes d'âge plus avancé. Ceci est doublement faux pour deux raisons. Premièrement, les services basés sur l'ensemble de la population sont pris en compte, et ils comprennent les services visant à identifier, gérer et endiguer les maladies contagieuses graves telles que le VIH/Sida et les autres maladies sexuellement transmissibles qui affectent les adultes. Deuxièmement, concentrer son attention sur cette partie du système de santé est en droite ligne avec la nécessité de fixer des priorités. Un système produisant les services indiqués à la figure 4 requiert généralement un partenariat gouvernemental fort pour que les choses se concrétisent — mais il ne s'agit pas d'un monopole gouvernemental de fourniture des services. Si cette partie du système fonctionne efficacement, il est à peu près certain que les autres parties desservant les adultes atteints de maladies aiguës fonctionneront également bien. Le raisonnement n'est pas symétrique — des services de soins pour adultes fonctionnant bien ne se traduiront pas forcément par des services pour l'enfance et la reproduction efficaces, particulièrement s'agissant de ceux destinés aux pauvres. Les problèmes au niveau du système mentionnés ici s'appliquent, en tout état de cause, à l'ensemble du système.

Figure 4. Les principales interventions, de la grossesse à l'entrée dans l'âge adulte

Principales interventions pendant la grossesse et la petite enfance



Principales interventions de l'enfance à la période féconde



5.2 Évaluation de la performance du système de santé

Cette section fournit un cadre pour évaluer dans quelle mesure les interventions prioritaires en matière de santé, de nutrition et de santé génésique atteignent les pauvres et leur sont bénéfiques et pour estimer les facteurs ayant une incidence sur la performance. Les interventions englobent l'apport en micronutriments, la gestion intégrée de la santé infantile, les programmes de vaccination à grande échelle, la planification familiale, la maternité sans risques, la prévention et la gestion des cas de paludisme, la gestion des cas de tuberculose, la prévention du VIH et les soins primaires, ainsi que la promotion de la nutrition sur une base communautaire.

5.2.1 La fourniture de soins de santé et les pauvres

Quand l'utilisation des services de santé est faible malgré leur bonne accessibilité, les raisons en sont souvent tout à fait claires : manquements graves dans la fourniture du service. Une fois les problèmes les plus évidents résolus, il devient toutefois nécessaire d'explorer les données

d'enquête ou de conduire des interviews pour identifier et modifier les pratiques afin d'atteindre efficacement les populations pauvres. Comme on l'a précisé dans les sections précédentes, l'utilisation et l'efficacité des interventions ou des actions ne peuvent être évaluées que du seul point de vue des services, mais nécessitent de prendre en compte le comportement en matière de demande, les conditions du marché et la perception des usagers.

Cette section met l'accent sur la fourniture de services de santé, mais il existe également d'autres activités importantes portant sur la santé qui dépendent fondamentalement des interactions avec les clients. La conception et l'exécution de certaines interventions de promotion de la santé, telles que des composantes de projet soutenant des unités d'éducation sanitaire sous l'égide des ministères de la Santé, et de l'Information, de l'Éducation et de la Communication (IEC), manquent parfois d'efficacité. Les messages sont-ils pré-testés et effectivement ciblés sur les pauvres ? Les canaux les plus efficaces de communication des messages destinés aux pauvres ont-ils été identifiés (pairs, chefs traditionnels, prestataires de services de santé, écoles, média) ? Les fournisseurs des secteurs privé et caritatif ont-ils été impliqués dans des partenariats pour conduire ces activités ? En d'autres termes, les mêmes questions d'utilisation, d'efficacité et d'écoute des clients s'appliquent aux interventions basées sur la population, l'impact de celles-ci étant fonction d'une interaction avec les clients couronnée de succès.

Ces facteurs jouent par une modification de l'utilisation des services de santé ou en affectant directement les résultats quand les services de santé sont utilisés. Les éléments suivants constituent quelques-uns des déterminants clés de la performance du système de santé au niveau de son utilisation par les pauvres :

- **Accessibilité physique** : Les activités de santé sont-elles fournies ou sont-elles disponibles à proximité suffisante des pauvres pour qu'ils puissent les utiliser ? Bien que la réponse à cette question soit habituellement mesurée par la taille de la circonscription hospitalière (par ex., le pourcentage de personnes vivant à moins de 5 ou 10 km d'un poste de santé), de nombreux autres facteurs interviennent. Les ménages pauvres se trouvent souvent à la périphérie de la zone et, en l'absence de routes, une relativement courte distance peut ne pas être une indication d'accès facile. En Afrique et dans bien d'autres lieux, il peut être important de prendre en compte les variations saisonnières de l'accessibilité physique.
- **Mise à disposition d'intrants essentiels** : Les services peuvent être géographiquement accessibles tandis que les intrants essentiels tels que les médicaments, les vaccins, les contraceptifs, les micro-nutriments ou le personnel formé sont susceptibles de ne pas être disponibles ou d'être présents en quantité limitée une partie du temps. Les ressources essentielles sont-elles à la disposition des pauvres ?
- **Qualité de l'organisation** : La façon dont les services de santé sont organisés risque de dissuader les patients de les utiliser. Les heures de fonctionnement et d'ouverture, le temps d'attente pour être examiné par un personnel soignant et le genre de ceux qui dispensent le service sont autant de critères à cet égard. D'autres facteurs influent sur la perception que les usagers ont de la qualité des services, y compris un manque de courtoisie de la part du personnel de santé, la disponibilité du service sous condition du versement d'un dessous-de-table, une absence de sensibilité aux différences culturelles et l'affiche d'un plus grand respect aux clients riches. En bref, les activités de santé sont-elles organisées de manière assez conviviale à l'égard des pauvres ?
- **Surmonter les obstacles qui font barrière à l'utilisation par les pauvres** : Le secteur fournit-il les services adéquats pour lutter contre les maladies qui affectent les pauvres ? Rend-il véritablement les services spécifiquement ciblés sur les besoins des groupes

socioéconomiques les plus pauvres, consultations externes, journées d'hospitalisation, vaccination, visites à domicile, promotion de la nutrition, campagnes d'information et sessions d'éducation sur la santé entre autres ? La quantité de services fournis correspond-elle aux besoins ? En général, la levée des obstacles environnementaux, infrastructurels et culturels mentionnés dans la section précédente, nécessiteront des services, telles qu'activités de vulgarisation, plus importants parmi les pauvres que parmi les riches

- **Synchronisation et continuité** : Certains services de santé — comme les soins obstétricaux et chirurgicaux d'urgence, mais aussi les mesures de contrôle en cas d'épidémie — doivent être fournis en temps voulu. Pour d'autres services comme l'exécution d'un traitement contre la tuberculose ou les vaccinations, la continuité est un facteur déterminant essentiel d'efficacité et d'amélioration des résultats. Les pauvres bénéficient-ils de services opérationnels en temps opportun et continus ?
- **Qualité technique** : Si les services ne sont pas d'une bonne qualité technique, soit à cause de la qualité des intrants soit à cause de la formation du personnel, il est improbable que les résultats en matière de santé s'améliorent, malgré une utilisation soutenue et une synchronisation appropriée. Les services fournis aux pauvres sont-ils d'une qualité technique inférieure à ceux fournis à la population aisée ? Un service de base de qualité acceptable est-il à la disposition de tout un chacun ?
- **Responsabilité sociale** : Bien que des mécanismes permettant aux usagers de participer aux décisions prises sur les équipements de santé aient été développés, ceux-ci sont plus souvent qu'à leur tour loin d'être parfaits et la voix des clients les plus pauvres est rarement entendue. Dans quelle mesure les systèmes de santé et les fournisseurs de services sont-ils comptables de leurs actes vis à vis de la collectivité et de leurs clients, notamment de leurs clients pauvres ?

Le tableau 2 ci-dessous résume ces problèmes et fournit un cadre diagnostique et d'action. La performance du secteur de la santé peut être évaluée en s'attachant aux facteurs mesurables qui influent sur la façon dont l'interaction avec le client se passe (voir colonne 1). Revenant à la figure 1, il s'agit de l'interface entre les colonnes « ménages/communautés » et « système de santé et secteurs connexes ». Ces déterminants jouent par une modification de l'utilisation des services de santé ou en affectant directement les résultats quand les services de santé sont utilisés (par ex., synchronisation et continuité). Les lignes 1 à 7 du tableau 2 résument les éléments contenus dans l'encadré « Fourniture d'un service de santé » de la troisième colonne de la figure 1. Les lignes 8 à 10 représentent les éléments de l'encadré « Financement de la santé ». La colonne 2 du tableau 2 donne des exemples de problèmes associés à chaque caractéristique. La colonne 3 indique les outils disponibles pour entreprendre des changements qui amélioreront la performance.

Les pays peuvent vouloir s'adonner à cet exercice pour identifier les principaux obstacles à une performance meilleure du fait de la fourniture de services fondamentaux aux pauvres, puis se pencher sur les actions à conduire au niveau des déterminants les plus problématiques. Plutôt que de viser à un examen exhaustif, cet outil sera plus profitable s'il est utilisé pour identifier les niveaux auxquels les problèmes les plus cruciaux se posent. Il peut également se muer en liste de vérification pour suivre les améliorations dans la performance du système. Devra se dégager de cette analyse un ensemble bien hiérarchisé d'actions réalisables, circonscrites dans le temps, chiffrées, pour lesquelles des ressources financières adéquates existent. De plus, ces interventions au niveau du système doivent être cohérentes avec les diagnostic/perspectives examinés plus haut dans les sections 3 et 4. En général les problèmes surgissent lors de la mise en œuvre car on tente d'en faire trop plutôt que pas assez.

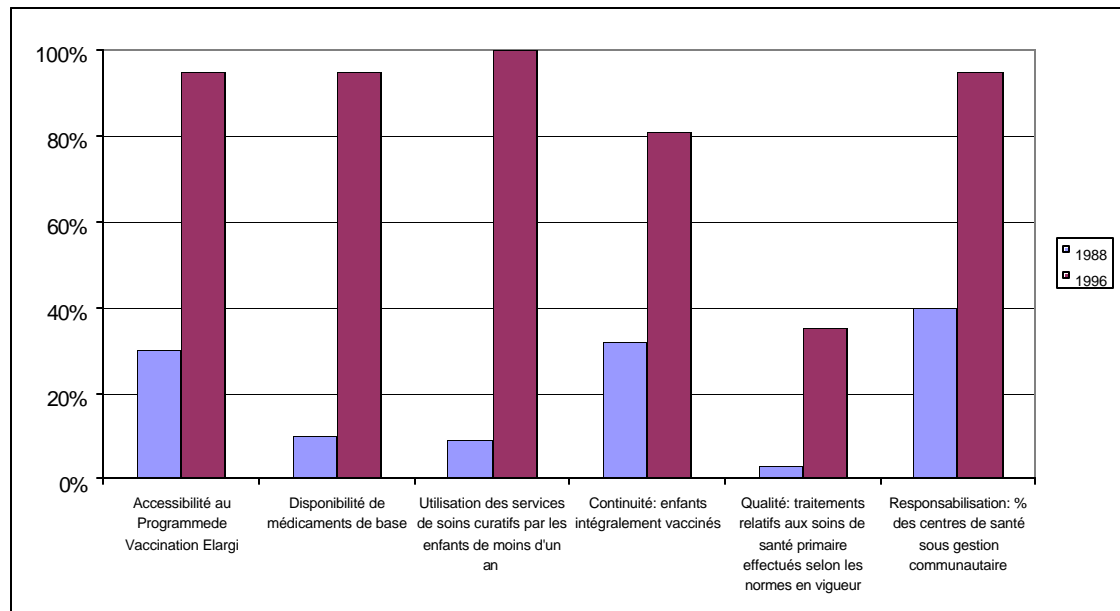
Tableau 2. Relation entre performance et dimensions structurelles du secteur de la santé

| | 1. Principaux déterminants de la performance du secteur | 2. Exemples du type de problème identifié | 3. Outils disponibles pour modifier chaque caractéristique (voir section 6 pour explication) |
|-----|---|---|---|
| 1. | Accessibilité physique | Faible accès aux services cliniques, aux activités basées sur la communauté | <ul style="list-style-type: none"> • Combinaison public, privé, non gouvernemental • Programmes d'actions sanitaires de base • Ressources humaines |
| 2. | Disponibilité des intrants essentiels | Pénurie de médicaments, de vaccins, de personnel formé | <ul style="list-style-type: none"> • Produits pharmaceutiques • Ressources humaines • Direction stratégique |
| 3. | Qualité organisationnelle | Heures d'ouverture peu pratiques, manque d'intimité | <ul style="list-style-type: none"> • Ressources humaines • Participation de la communauté/société civile |
| 4. | Surmonter les obstacles qui entravent l'utilisation par les ménages | Prix formels et informels élevés, coûts élevés des services auxiliaires, qualité perçue comme faible | <ul style="list-style-type: none"> • Combinaison public, privé, non gouvernemental • Programmes d'actions sanitaires de base • Produits pharmaceutiques • Contractualisation et achats • Direction stratégique |
| 5. | Synchronisation et continuité | Faibles relations avec les structures communautaires, supervision médiocre | <ul style="list-style-type: none"> • Participation de la collectivité et de la société civile • Contractualisation et achats |
| 6. | Qualité technique | Services inefficaces en raison du non-respect des normes de traitement | <ul style="list-style-type: none"> • Contractualisation et achats • Produits pharmaceutiques • Ressources humaines • Direction stratégique |
| 7. | Responsabilité sociale | Voix des pauvres non entendue au niveau de la fourniture des services | <ul style="list-style-type: none"> • Participation de la collectivité et de la société civile |
| 8. | Efficience de l'affectation | Faible financement de services cliniques d'un bon rapport coût-efficacité et des interventions basées sur la population | <ul style="list-style-type: none"> • Programmes d'actions sanitaires de base • Contractualisation et achats • Direction stratégique • Partage des risques |
| 9. | Équité des dépenses | Faible niveau des ressources dirigées sur les pauvres comparé aux autres groupes | <ul style="list-style-type: none"> • Programmes d'actions sanitaires de base • Contractualisation et achats • Direction stratégique |
| 10. | Accessibilité financière | Honoraires non abordables pour le quintile des plus bas revenus | <ul style="list-style-type: none"> • Formation de revenu • Programmes d'actions sanitaires de base • Partage des risques • Direction stratégique |

Certains pays ont tenté d'orienter la réforme de leur secteur santé vers un meilleur service aux pauvres. Comme point de départ pour définir la priorité des actions, ils ont utilisé une matrice de la performance du secteur de la santé identique à celle du tableau 2. Au Bénin, par exemple, les réformes du système de santé de 1989 ont jeté les bases d'une tendance positive pour la

plupart des indicateurs de santé. La mortalité infantile est tombée de 114 ‰ en 1987 à 88 ‰ en 1996, dépassant le fléchissement enregistré dans les pays voisins affichant des niveaux comparables de consommation des ménages. Des examens réguliers de la performance du secteur en termes d'amélioration des déterminants clés des résultats en matière de santé ont été, dans ce pays, considérés comme un élément essentiel du « cercle vertueux d'exécution » (voir figure 5 ci-dessous). Des applications similaires de ce cadre ont été, entre autres, pratiquées en Guinée et au Mali. L'annexe 5A donne des détails sur l'évaluation de la performance du secteur de la santé.

Figure 5. Évolution des déterminants des performances dans le secteur de la santé, République du Bénin, 1988-1996



5.2.2 Le financement de la santé et les pauvres

S'agissant de la performance du secteur de la santé en termes d'affectation de ressources aux pauvres, trois questions maîtresses se posent :

- Met-il en place la prestation de santé maximum pour les pauvres pour un niveau de dépenses donné (efficience de l'affectation) ?
- Les pauvres bénéficient-ils plus (ou moins) que les riches des dépenses courantes (équité ou progressivité des dépenses) ?
- Les pauvres bénéficient-ils des mécanismes de protection contre les risques (accessibilité financière) ?

Efficience de l'affectation : Une méthode courante pour évaluer si l'affectation des ressources du secteur de la santé est efficace est d'évaluer la mesure dans laquelle les interventions de faible coût, les interventions de fort impact basées sur les communautés sont privilégiées et si les dispositions permettant que les interventions bénéficient aux groupes les plus pauvres sont prises. Cette approche, préconisée dans le « *Rapport sur le développement dans le monde 1993 : Investir dans la santé* » de la Banque mondiale, met l'accent sur les dépenses publiques de faible coût et les interventions et services ayant un fort impact (et, réciproquement,

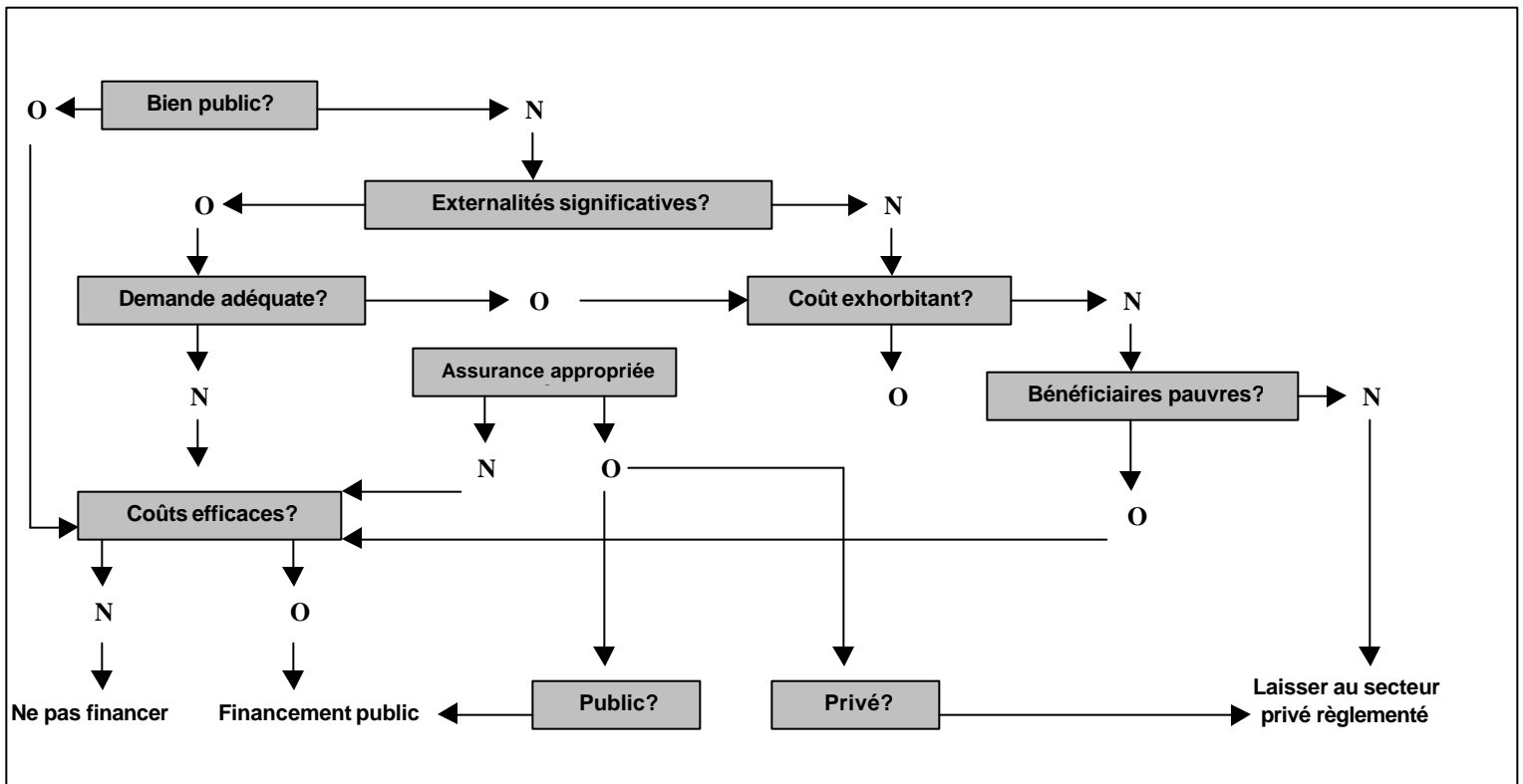
déconseille les interventions de coût élevé et de faible impact). Les dépenses du gouvernement sont-elles affectées à des activités de santé publique telles qu'éducation sur la santé publique, vaccination, ou servent-elles à susciter la demande en matière de services fondamentaux de prévention, comme les soins prénatals et la planification familiale ? Existe-t-il d'autres interventions d'un bon rapport coût-efficacité, appuyées par le budget, par des mandats publics ou par une dotation, s'attaquant aux maladies qui accablent les pauvres ? Un système efficient au niveau de l'affectation des ressources est en grande partie plus pro-pauvres qu'un système inefficace. Toutefois, dans bien des cas, les compromis sont de mise pour parvenir à une meilleure équité dans les résultats, car l'amélioration des résultats relatifs aux pauvres risque de nécessiter des ressources antérieurement affectées à d'autres groupes.

Les débours effectués par les pauvres vont-ils à des services de faible coût, compétents et efficaces ? Il s'agit là d'une question cruciale dans les pays les plus pauvres où les dépenses privées sont souvent égales ou supérieures aux dépenses publiques.

Progressivité ou équité des dépenses : Les budgets peuvent être affectés convenablement, et malgré cela, l'accès des pauvres à ces activités étant faible, les groupes aisés en bénéficient davantage. Les dépenses gouvernementales atteignent-elles les pauvres ? Les dépenses gouvernementales relatives à la santé sont-elles affectées principalement à des activités atteignant les pauvres ? La réalisation d'une analyse incidence-avantages est, pour un document de SRP, un élément central de l'évaluation de la dépense publique relative à la santé.

Accessibilité financière : Ce n'est pas parce qu'un gouvernement affecte des sommes conséquentes aux services essentiels qu'ils seront pleinement utilisés et ce à cause de l'effet dissuasif de systèmes de co-paiements ou de frais à déboursier par les usagers mal conçus et mal mis en œuvre. Les dispositions prises pour garantir l'accessibilité financière aux services, comme par exemple l'exemption de paiement des services et des médicaments pour les plus pauvres, risquent de ne pas être appliquées ou mises en œuvre. Les enquêtes sondant la volonté de payer évaluent souvent de manière inadéquate l'accessibilité financière des services en raison de : a) l'utilisation de questions qui orientent la réponse dans le sens souhaité (par ex., « paieriez-vous davantage pour des services de meilleure qualité » ?) ou b) la conduite de l'enquête auprès des patients plutôt qu'auprès de la population dans son ensemble. Les contributions des usagers (frais à la charge des utilisateurs, co-paiements, déductibles, primes, etc.) sont-elles accessibles financièrement aux pauvres ? Quelle proportion de pauvres bénéficie-t-elle des systèmes de partage des risques ou des systèmes de pré-paiement ? Quelle proportion bénéficie-t-elle des systèmes d'exemption de paiement ? Les ressources sont-elles adéquates pour protéger les pauvres contre les coûts dévastateurs des maladies écrasantes ?

Figure 6. Questions à poser pour décider des interventions à financer sur le budget public



Source: Adapté de Musgrove P. "Dépenses publiques en santé: quelle est la relation entre les différents critères?" Health policy, 1999, 47(3): 207-223.

La figure 6, empruntée à Philip Musgrove, représente un arbre de décision qui résume cette sous-section traitant des aspects financiers. Elle démarre sur le problème dominant de l'efficacité en matière d'affectation en demandant si la dépense proposée porte sur des biens publics, généralement des services basés sur la population. Si la réponse est oui, l'étape suivante consiste à hiérarchiser de telles dépenses sur la base de leur rapport coût-efficacité — ou mieux encore, de l'analyse coût-avantages — pour décider de celles qui seront financées. Si les dépenses proposées ne correspondent pas aux critères de bien public, l'arbre demande si elles incluent des externalités de grande portée, des risques de coûts catastrophiques et si les bénéficiaires mentionnés sont pauvres. En conséquence, l'efficacité en matière d'affectation, les risques, l'équité et le rapport coût-efficacité interagissent pour déterminer les décisions de financement public dans le domaine de la santé. Des principes économiques gouvernent chaque point de décision, mais bien d'autres facteurs doivent être pesés dans la détermination de la marche à suivre, si bien que les résultats varieront selon les pays.

L'annexe 5B fournit un schéma d'examen des dépenses de santé. L'annexe 5C comporte un ensemble de tableurs conçus pour convertir un budget administratif en programme budgétaire ainsi qu'un exemple de rapport sur les dépenses publiques relatif à la Tanzanie. Cet outil peut être utilisé dans le domaine de la santé et dans celui de l'éducation. L'annexe 5D fournit un cadre de calcul utilisable sur tableur pour l'analyse du fardeau de la maladie et du coût-

efficacité attaché à la dépense publique. Ces analyses sont complexes et prennent du temps. L'annexe 5E donne des conseils sur l'analyse incidence-avantages.

5.2.3 Performance des services connexes

Les interventions dans les secteurs autres que la santé peuvent jouer un rôle important dans les résultats de santé concernant les pauvres. Celles-ci incluent l'éducation de base, en particulier celle des filles, les politiques et programmes alimentaires et agricoles, l'adduction d'eau et l'assainissement, le développement de la petite enfance et les soins qui lui sont dispensés, et le micro-crédit. L'accessibilité, la qualité technique et l'utilisation de ces services par les pauvres sont également susceptibles de varier. Des suggestions pour évaluer ces interventions sont données dans les chapitres pertinents de la « boîte à outils » servant à la rédaction d'un document de SRP. Des évaluations conjointes peuvent être appropriées quand la coordination intersectorielle a des chances d'être particulièrement profitable ; par exemple, la combinaison de l'approvisionnement en eau potable avec l'éducation à la santé, le renforcement des programmes scolaires sur la santé, la coordination des investissements de santé avec d'autres investissements infrastructurels et la coordination d'activités d'évaluation avec des enquêtes à objectifs multiples sur les ménages.

5.3 Récapitulatif

Les points ci-dessous résument brièvement cette section et la colonne « Systèmes de santé et secteurs connexes » de la figure 1 :

- Dans quelle mesure l'interface entre système de santé et clients pauvres — à la fois clients pauvres actuels ou potentiels — est-elle favorable aux pauvres ? Cette interface doit être étudiée aux niveaux des services, de l'information du grand public, des activités visant au changement de comportement et des interventions.
- Quelles caractéristiques spécifiques de cette interface méritent-elles le plus d'attention ? Si ces caractéristiques étaient modifiées, cela aiderait-il le système à évoluer vers la réalisation des objectifs sélectionnés dans les sections 2 et 3 de ce chapitre ?
- Les changements proposés sont-ils réalisables — feront-ils une différence sur le terrain et pourront-ils être financés ?
- De quelle manière ces changements pourront-ils être suivis ?
- Quelle est la performance du financement du secteur de la santé par rapport aux critères d'efficacité et d'équité ? À quels changements pourrait-il être procédé ?
- Existe-t-il une coordination active entre le secteur de la santé et d'autres secteurs apportant d'importants intrants contribuant à la santé des ménages ?

6 L'interface entre gouvernement et système de santé

Cette section examine les outils à la disposition des gouvernements pour influencer sur le système de fourniture de services — l'interface entre les deux colonnes les plus à droite de la figure 1 — « système de santé et secteurs connexes » et « politiques et actions gouvernementales ». Le préalable à cette section est que le système de santé est une combinaison de fournisseurs publics, privés et caritatifs, avec un couplage de financements publics et privés. La question est de connaître les leviers politiques existants et la façon dont ils peuvent être utilisés pour améliorer la performance du système en faveur des pauvres. Ce chapitre donne également des conseils pour aborder les concepts simplifiés mentionnés dans la troisième colonne du tableau 2.

6.1 Fourniture de services de santé

Programmes d'actions sanitaires de base : Beaucoup de pays en développement ou à revenu intermédiaire ont développé des programmes d'actions sanitaires de base qui définissent les interventions en matière de santé devant exister aux niveaux du village (poste de santé), de la communauté (centre de santé) et du district (hôpital districte). Ces programmes répondent de manière rentable et efficace aux besoins des segments les plus pauvres de la population, et constituent les activités prioritaires pour le financement public. Y a-t-il des programmes spécifiques pour les groupes pauvres répondant au fardeau des maladies qui affectent les pauvres (notamment les maladies contagieuses et des services de santé maternelle et infantile - MCH) ? Ces programmes incluent-ils des activités importantes basées sur la communauté telles qu'un appui aux pratiques thérapeutiques et à la promotion de la nutrition ? Si les ressources sont disponibles, les programmes pour les pauvres comportent-ils des services fondamentaux de consultation hospitalière ? La responsabilité à chaque niveau de service est-elle reliée aux cartes de pauvreté pour faciliter le ciblage géographique ?

Combinaison public, privé et non gouvernemental : La combinaison de fournisseurs — publics, privés et non gouvernementaux (ou caritatifs) — et leurs politiques respectives influent sur la performance du secteur vis à vis des pauvres. Ces derniers sont susceptibles d'utiliser les services privés, traditionnels ou caritatifs autant ou davantage que les services publics. La combinaison actuelle de fournisseurs publics, privés et non gouvernementaux est-elle en mesure d'atteindre efficacement les pauvres ? Existe-t-il une coordination ou une coopération efficiente entre les différents types de fournisseurs et l'amélioration de la coordination pourrait-elle bénéficier aux pauvres ? Des actions telles que des lois sur les médicaments génériques, des campagnes d'information du public sur les types de dépenses efficaces, la mise en commun des ressources et le partage des risques par le biais de fonds d'assurance, ainsi que l'utilisation de normes de service minimum comme critère d'éligibilité pour que les fournisseurs bénéficient d'un financement public pourraient-elles être entreprises pour améliorer l'efficacité des dépenses des pauvres ?

Contractualisation et achats : Le problème de la contractualisation est l'un des aspects spécifiques de la combinaison public, privé, non gouvernemental. On en sait trop peu jusqu'ici, toutefois, sur les effets que la contractualisation, en matière de services de santé, de gestion et d'appui, a sur l'équité et les pauvres. Les rédacteurs de ce chapitre du document de SRP risquent de souhaiter évaluer la mesure dans laquelle les différents types de contractualisation sont actuellement utilisés dans le secteur de la santé et si ces contrats comportent des dispositions explicites de service aux pauvres ou des incitations pour améliorer les services destinés aux pauvres. Existe-t-il des mécanismes de contractualisation susceptibles d'être étendus ou modifiés pour mieux servir les pauvres, comme une contractualisation accrue avec des ONG pour une fourniture de services aux pauvres ? D'autres fournisseurs de services pourraient être invités à participer au processus de SRP afin d'explorer des possibilités d'utilisation plus efficace des contrats, de détachement de personnel, de systèmes logistiques partagés et de subventions d'État pour améliorer la fourniture de services aux pauvres.

Décentralisation : Que la décentralisation conduise ou non à des améliorations du service délivré aux pauvres peut dépendre de la conception et de la mise en œuvre du processus de décentralisation. Lors de l'évaluation de l'impact de la décentralisation sur les services de santé, les rédacteurs du document de SRP risquent de souhaiter prendre en considération les questions ci-après : Les autorités locales sont-elles en mesure d'augmenter leur propre revenu

de manière progressive ? L'affectation de ressources nationales prend-elle en compte le niveau de pauvreté et le fardeau de la maladie dans différentes unités géographiques ou politiques ? Existe-t-il des mécanismes de subventions croisées entre les régions les plus riches et les plus pauvres ? Au niveau districale ou local, y a-t-il suffisamment de ressources affectées aux services prioritaires qui bénéficient aux pauvres ? Les pauvres — y compris les femmes pauvres — peuvent-ils faire entendre leur voix lors de la prise de décisions sur l'affectation des ressources locales ? Les personnels de santé districaux sont-ils suffisamment compétents pour planifier et exécuter des interventions prioritaires de santé à l'intention des pauvres ?

Structures de responsabilisation vis à vis des pauvres : Plusieurs possibilités existent pour que les pauvres participent et fassent entendre leur voix. La première est la gestion directe des services cliniques locaux, par le biais des centres de santé communautaires ou des fonds de roulement pour l'achat de médicaments, comme cela a été expérimenté dans l'Initiative de Bamako. Une seconde possibilité est de mobiliser les communautés pour des activités de promotion de la santé, qu'il s'agisse de la prévention du paludisme ou de l'amélioration de l'approvisionnement en eau. Troisièmement, les pauvres pourraient prendre part au suivi du système de santé ou des équipements ou des fournisseurs. Les rédacteurs du chapitre peuvent sonder si les pauvres perçoivent les structures locales comme les représentant, la mesure dans laquelle les structures participatives locales sont cohérentes avec les traditions locales, les femmes sont associées et si les communautés reçoivent un appui approprié pour l'organisation et la pérennisation de leurs activités.

6.2 Les marchés d'intrants

Produits pharmaceutiques : Les disponibilités en médicaments ont une incidence sur la qualité clinique des services de santé, les coûts et la perception des clients. Les problèmes de passation des marchés, le soutien coûteux à la production locale de produits pharmaceutiques et la corruption conduisent nombre de pays pauvres à payer les médicaments, les vaccins et les contraceptifs plusieurs fois le prix qui serait payé dans le cadre d'un appel d'offres international. La sur-prescription de médicaments et une gestion médiocre des stocks de produits pharmaceutiques et de vaccins, tout comme une mauvaise maintenance des équipements et des véhicules, entraînent du gâchis. Les aspects essentiels à évaluer comprennent le choix des fournisseurs, la passation des marchés, la distribution, les prix et la qualité. Existe-t-il une Liste des médicaments essentiels qui correspondent aux besoins de santé des pauvres ? Est-elle soutenue par des campagnes de communication à destination des clients et des distributeurs locaux de médicaments ? Son impact bénéfique sur les médicaments distribués par les compagnies pharmaceutiques privées pourrait-il être renforcé ? Le marketing social est-il utilisé comme outil d'amélioration de la qualité et de la disponibilité des médicaments essentiels et des produits de planification familiale dans le secteur privé ? Les procédures de passation des marchés publics reposent-elles sur une liste des médicaments, des fournitures et des équipements essentiels, sur l'appel à la concurrence et sur la transparence ? Les systèmes logistiques tirent-ils parti des services compétitifs du privé et des ONG ? La distribution des médicaments dans les zones où vivent les pauvres coûte-t-elle cher et des mesures compensatoires ont-elles été prises ? Le mode d'utilisation des produits pharmaceutiques parmi les pauvres est-il moins efficace que dans d'autres segments de la population, et des mesures ont-elles été prises pour améliorer ces modes ?

Développement et gestion des ressources humaines : La qualité, la répartition et l'ouverture d'esprit du personnel de santé influent sur la disponibilité, la qualité des interventions et leur accès par les pauvres. Les questions à examiner englobent : le nombre total et la répartition

des différents types de fournisseurs (par zone géographique et niveau de soin) ; la capacité du système à conserver en son sein le personnel formé ; la qualité de l'éducation et les compétences (compétences techniques aussi bien que l'ouverture aux clients) ; et les incitations sous-jacentes à la performance des fournisseurs, particulièrement ceux qui sont en relation avec les clients pauvres. Les règles nationales de service civil renforcent-elles l'efficacité des ressources humaines dans le secteur de la santé, et comment ce domaine peut-il connaître une amélioration ?

6.3 Direction stratégique du système de santé par le gouvernement

Une responsabilité centrale du gouvernement dans un système mixte est d'exercer une supervision efficace, autrement dit une direction stratégique. Cette mission prend plus d'importance lorsqu'un gouvernement passe de la fourniture directe des services à un rôle plus économique, dominé par des interventions de santé basées sur la population ; le financement ; la réglementation s'appliquant aux fournisseurs et assureurs ; et au pilotage du système et du fonctionnement à travers la recherche, la fourniture d'informations, des activités d'amélioration de la qualité, et l'utilisation prudente des subventions financières.

- **Réglementation** : Ce domaine englobe l'instauration et l'application des lois appropriées pour régir à la fois le secteur public et le secteur privé. Le gouvernement procède-t-il à un suivi de la qualité et du prix des médicaments ? Prend-il des mesures pour améliorer la situation des pauvres ? La législation aide-t-elle la société civile et les communautés à s'impliquer dans la santé ? Existe-t-il une réglementation et une supervision, s'appliquant aux fournisseurs, qui améliorent la qualité et l'efficacité des services tout en contribuant à des coûts plus faibles pour les pauvres ?
- **Coordination** : Il est essentiel que les ministères de la Santé coordonnent les activités caritatives de donateurs extérieurs, assurent la coordination transsectorielle au sein du gouvernement et fournissent un cadre politique et des institutions pour la coordination nationale des différents acteurs intervenant dans le secteur de la santé. La coordination nécessite des politiques claires, une direction et des mécanismes institutionnels. Le chapitre du document de SRP pourra aider à identifier : a) les priorités et obstacles relatifs à l'amélioration de la coordination des bailleurs de fonds, b) les interventions par lesquelles une coordination intersectorielle accrue sera capable d'améliorer les résultats de santé relatifs aux pauvres (telles que santé scolaire ou conjugaison de l'approvisionnement en eau potable et de l'éducation à de meilleures pratiques sanitaires), et c) les options exerçant un effet multiplicateur sur les activités gouvernementales à travers des partenariats, des contributions au financement des communautés et des incitations pour accroître l'impact des débours.
- **Suivi et évaluation** : Ce n'est que par le biais des fonds de dépenses publiques que l'on peut comprendre ce qui se passe dans le système de santé et comment il fonctionne en termes d'objectifs et de capacités. De quelle manière le système de santé suit-il et évalue-t-il sa propre performance, notamment par rapport aux pauvres ? Le cadre de suivi permet-il la désagrégation par revenu, zone géographique ou autres indicateurs socioéconomiques mesurant la pauvreté ? L'information nécessaire est-elle collectée, analysée et utilisée pour influencer les décisions ? Les aspects gestionnels des services publics font-ils l'objet d'un bon suivi ? En interne, le système public utilise-t-il des contrats de performance, des normes de service et des plans simples d'exécution pour gérer et suivre les progrès par rapport aux objectifs ?

6.4 Financement et partage des risques

Cette section traite des outils d'amélioration : a) de la production équitable de ressources ; b) de la mise en commun des ressources pour partager les risques entre pauvres et non pauvres et personnes en bonne santé et celles en mauvaise santé ; et c) « l'achat » de services favorables aux pauvres.

6.4.1 Recouvrement des coûts et équité

Les sources de financement de la santé incluent : les revenus généraux, les débours du secteur privé et les primes d'assurance (financées par les taxes ou de manière privée). Dans une perspective de lutte contre la pauvreté, les problèmes et questions de fonds sur le financement de la santé englobent :

- **La viabilité financière** : Le niveau global de ressources disponibles pour le secteur est-il suffisant pour garantir aux pauvres la fourniture des services les plus essentiels ? Les ressources ont-elles été mises à disposition pour appuyer le programme sélectionné d'interventions ? Si non, des priorités ont-elles été fixées pour limiter l'ambition du programme afin qu'il corresponde aux contraintes existantes ? Viabilité ne signifie pas que l'accès aux fonds est illimité, mais que des décisions, souvent difficiles, sont prises de façon à ce qu'un système opérationnel soit en mesure de fournir les services de la plus haute priorité au fil du temps.
- **Progressivité des contributions** : Les mécanismes de financement de la santé — que ce soit par le biais de la taxation d'ensemble, du pré-paiement, des primes d'assurance ou des frais à la charge des usagers — sont-ils, côté contributions, proportionnels au revenu ou progressifs (pro-pauvres) ? Côté bénéfices, la question est simple : les bénéfices sont-ils progressifs ? La structure des subventions générales d'État pour l'assurance est-elle progressive ? Dans les pays de l'OCDE, les débours sont régressifs — les pauvres paient une fraction de leur revenu supérieure à celle des riches. Les éléments d'information sur la progressivité des débours dans les pays à revenus faible et intermédiaire sont concluants. Dans certains pays, comme la Chine, ils semblent être régressifs, tandis que dans d'autres, comme l'Égypte ou la Zambie il apparaît actuellement qu'ils soient progressifs. Cela dépend des modes d'utilisation des services de santé par les ménages, de la façon dont les frais sont structurés et des alternatives qui sont accessibles aux pauvres.
- **Mécanismes de pré-paiement** : Par opposition aux frais à la charge des usagers, les pré-paiements permettent une réduction du fardeau financier quand la maladie surgit. Ce type de protection peut être particulièrement important pour la population pauvre. Un certain nombre de pays à faible revenu ont commencé à expérimenter ce genre de disposition soit pour les employés de certains secteurs, soit au niveau des communautés (comme les fonds mutuels). Si des dispositions de pré-paiement existent, accroissent-elles l'utilisation des services par les pauvres quand ceux-ci ont besoin d'aide ? S'ils n'existent pas, existe-t-il une perspective de les développer au travers des structures existantes telles que systèmes de crédit rural, coopératives agricoles, associations d'irrigants et autres organisations coopératives ? Les coûts administratifs sont-ils faibles, de sorte que l'essentiel des ressources aille réellement aux services médicaux ?
- **Responsabilisation par rapport au revenu** : Quand des frais sont acquittables dans le secteur public, une provision doit être faite pour les services de cogestion en associant la communauté et les usagers. Des études conduites au Niger et au Cameroun ont montré que l'introduction de contributions de la part des usagers peut accroître l'impact global de l'équité des services si ceux-ci commencent à mieux fonctionner sous l'effet du

réinvestissement de fonds pour l'amélioration de la qualité des activités en faveur des pauvres et s'ils sont gérés par la communauté.

Un certain nombre d'outils sont disponibles pour évaluer l'équité, la viabilité et le niveau de responsabilisation du financement de la santé. Ce sont notamment les enquêtes sur les ménages et les équipements, les examens de dépenses publiques ainsi que des méthodes plus complexes comme l'analyse incidence-avantages présentée aux annexes de la section 5.

6.4.2 Partage des risques

Une autre question clé est de savoir si les mécanismes de pré-paiement et d'assurance parviennent, quand ils sont conjugués avec des subventions publiques, à mettre dans un même groupe individus pauvres et non pauvres, contrebalançant ainsi les risques de santé plus élevés des pauvres par ceux moins élevés des plus aisés. Le partage des risques est souvent intentionnellement segmenté pour prévenir de telles subventions croisées, mais un problème fondamental pour les gouvernements cherchant à ouvrir l'accès des services de base à tous et à opérer une séparation entre financement et provision est de trouver la manière dont ces mécanismes de partage des risques peuvent davantage devenir partie intégrante de tous les autres groupes de revenu. En général, cela demande des incitations, des subventions et des mesures coercitives. Quels sont les mécanismes existants et potentiels pour le partage des charges entre les différents groupes socioéconomiques ? Existe-t-il des capacités suffisantes de gestion et de réglementation de ces systèmes d'assurance et de pré-paiement ? Il n'est jamais trop tôt pour commencer à développer ces capacités, mais la création de groupements de partage des risques constitue souvent un élément d'une stratégie de réforme à long terme qui sépare financement et provision et donne aux responsables des équipements une autonomie de gestion.

6.5 Récapitulatif

Les points ci-dessous résument brièvement les interactions entre la colonne «Système de santé et secteurs connexes » et la colonne « Politiques et actions gouvernementales » de la figure 1 :

- Dans quelle mesure les différents niveaux de gouvernement sont-ils en mesure d'influencer positivement la fourniture de services de santé dans les secteurs public, privé et caritatif pour améliorer les résultats relatifs aux pauvres ?
- Les marchés d'intrants relatifs aux ressources pharmaceutiques et humaines sont notoirement inefficients. Les gouvernements disposent souvent d'un pouvoir considérable sur chacun d'eux. Ce pouvoir est-il utilisé pour améliorer la valeur des services délivrés aux pauvres — prix raisonnables, bonne disponibilité et qualité satisfaisante ?
- Dans les systèmes mixtes actuels, public-privé-caritatif, de fourniture et de financement, le gouvernement joue-t-il un rôle central en termes de mandatement, de réglementation, d'incitations, de subventions et d'information visant à influencer la conduite des usagers et des consommateurs dans l'optique d'obtenir de meilleurs résultats en matière de santé. Ces excellents outils ont été plus ou moins délaissés par le passé là où la fourniture de services publics constituait traditionnellement le rôle essentiel du secteur public. Existe-t-il, aujourd'hui, des opportunités de commencer à les utiliser pour améliorer les résultats relatifs aux pauvres ?
- Partout, les gouvernements subventionnent les services de santé et, partout, les patients assument un paiement direct des prestations de santé. L'impact sur la pauvreté des frais à

la charge des usagers dans le secteur public a-t-il été pris en compte dans la conception ?
D'autres méthodes telles que le pré-paiement ont-elles explorées en tant qu'alternatives ?
Les services publics sont-ils tenus pour responsables de leurs actes vis à vis des pauvres, lesquels supportent une partie du coût ?

- Au bout du compte, mis à part le financement des biens publics, il est envisageable que le rôle central de financement public du secteur de la santé soit de garantir l'accès de l'ensemble des citoyens à une couverture sociale de base par le biais de mécanismes de partage des risques. En ce qui concerne les pauvres, subventions et mandatements seront nécessaires, sinon cela ne se produira pas. Au niveau du système de santé, cela impliquera une transformation des subventions axées sur l'offre en subventions attribuées en fonction des ressources pour l'assurance et le pré-paiement. Des plans à long terme sont-ils élaborés dans ce sens et à quoi ressemble la période de transition ?

7 Actions réalisables : politiques gouvernementales visant à l'amélioration des résultats en matière de santé

Lisant la figure 1 de gauche à droite, nous avons fait le bilan des problèmes relatifs aux voies à suivre, aux outils et instruments de mesure, qui sous-tendent les causes et effets de l'élaboration de politiques dans le secteur de la santé. En mettant l'accent sur quelques domaines d'action clés, cette section en est un résumé.

Le tableau 3 ci-dessous indique transversalement les déterminants majeurs des résultats en matière de santé, ces derniers étant listés verticalement sur le côté gauche. Les colonnes circonscrivent les six principaux domaines de politique gouvernementale : dépenses de santé et affectations ; financement et formation de revenu ; provision, intrants et fourniture de services ; suivi et évaluation ; direction stratégique (cadre réglementaire et mesures connexes) ; et politiques publiques en dehors du ministère de la Santé. Au niveau de la fourniture de services et de la délivrance de prestations, le gouvernement peut choisir entre un *engagement direct* (fourniture et financement des services dans le cadre de ses programmes propres) ou un *engagement indirect incluant* la contractualisation ou les partenariats avec d'autres prestataires, mais aussi une attention plus grande portée à certains aspects de la direction stratégique. Dans chaque colonne, les cellules mentionnant les trois principales priorités sont mises en relief, et les actions spécifiques sont traitées ci-après.

Tableau 3. Gouvernements et services de santé

| Déterminants des comportements face à la santé et des résultats, aux niveaux du système de santé, des ménages et des communautés | Politiques gouvernementales | | | | | |
|--|-----------------------------|------------------------------------|---|-----------------------|---------------------|---|
| | Cadre des dépenses de santé | Financement et formation de revenu | Fourniture de services et délivrance de prestations | Direction stratégique | Suivi et évaluation | Politiques publiques en dehors du Ministère de la Santé |
| Disponibilité et accessibilité des services de santé | A | | C | A | C | |
| Qualité des services de santé | B | | B | | B | |
| Prix des services de santé | | A | | | | |
| Revenu des ménages | C | B | | | | |
| Éducation générale | | | | | | A |
| Connaissances spécifiques sur la santé | | | | B | | |
| Inégalité selon le genre | | | A | | A | |
| Prix, disponibilité, accessibilité et qualité de l'alimentation | | | | | | C |
| Prix, disponibilité, accessibilité et qualité de l'eau et de l'assainissement | | | | | | B |
| Communauté et capital social | | | | | | D |

7.1 Cadre des dépenses de santé

La liste ci-après indique les types de problèmes susceptibles d'être rencontrés lors de la préparation du document de SRP, en ne s'intéressant toutefois qu'aux cellules clés de la colonne « Affectation des dépenses de santé » du tableau 3.

- **A. Disponibilité et accessibilité des services de santé** : Il faudra que l'étendue et la gamme des activités devant être financées par le secteur public soient en conformité avec les fonds disponibles. Il est essentiel de déterminer des priorités claires dans le cadre des contraintes budgétaires. Suivant en gros la figure 6, ces priorités sont : 1) les services de santé publique et de prévention ; 2) Les services cliniques de base pour les mères et les

enfants ; 3) l'amélioration de la protection contre les risques pour les pauvres. Ceci entraîne, dans la pratique, d'équilibrer les dépenses relatives : a) aux interventions spécifiques de santé publique/de prévention ; b) aux soins primaires par rapport aux autres niveaux de soins ; et c) à l'amélioration de l'accès par les pauvres, quand ils en ont besoin, aux services onéreux.

Le budget du gouvernement doit être considéré comme une contribution au coût des services ; il ne peut financer la totalité des intrants. Le coût global d'un système de santé fonctionnant bien, englobant santé publique, services de prévention, recherche et information, services hospitaliers et cliniques incluant les contrats avec d'autres fournisseurs, ainsi que les subventions en matière d'assurance, devra être explicitement pris en compte dans le budget. Attendu que le budget public ne peut financer la totalité de ces coûts, il faudra constituer une provision, par le biais du recouvrement des coûts appliqué aux assureurs et des versements effectués par les clients, pour combler les déficits. Ces stratégies de « comblement des déficits » devra peser davantage sur les riches que sur les pauvres.

- **B. Qualité des services de santé** : La qualité est en partie déterminée par le niveau global de dépenses, mais également par le panachage de celles-ci. La qualité du travail, du capital, des équipements et des consommables dépend de l'équilibrage des affectations entre a) travail par rapport aux équipements/ et consommables, b) capital par rapport aux dépenses de fonctionnement, et c) maintenance. Des dépenses à hauteur de 45 à 60 % des dépenses de fonctionnement allouées au travail, par exemple, indiquent en gros que l'ensemble complet des intrants est disponible au niveau du service.
- **C. Revenu des ménages** : Le budget public devra accorder des subventions supplémentaires aux régions les plus pauvres pour des activités de santé publique et aux ménages les plus démunis pour des services de santé prioritaires (ou subventionner la participation aux mécanismes de partage des risques). Des critères explicites de ciblage devront exister quand les revenus sont partagés avec des niveaux gouvernementaux inférieurs, de sorte que les autorités de localités plus pauvres reçoivent davantage de ressources gouvernementales par tête d'habitant.

7.2 Financement et formation de revenu

Revenus et dépenses doivent être considérés conjointement dans le secteur de la santé, aussi cette section doit-elle être examinée en parallèle avec la section précédente portant sur le trait aux dépenses.

- **A. Prix des services de santé** : L'ensemble des services de santé publique, d'éducation, de prévention et de promotion devront être subventionnés le plus largement possible, dans la mesure des contraintes budgétaires du gouvernement. S'ils ne peuvent être totalement subventionnés, les politiques devront encourager les activités caritatives dans ces domaines. Étant donné la limitation en ressources typique des budgets publics, une participation financière des usagers sera requise pour assurer des services diligents. Celle-ci devra, toutefois, être conçue de sorte à ne pas créer de barrière à l'utilisation par les pauvres, en recourant aux exemptions, au pré-paiement, au crédit ou à d'autres options.
- **B. Revenu des ménages** : Les efforts de recouvrement des coûts devront être concentrés sur les services de santé de nature personnelle (services diligents) qui ont un faible impact sur la santé de la population dans son ensemble. Ils devront être axés sur les services destinés aux populations couvertes par une assurance et disposant de hauts revenus.

7.3 Fourniture de services et délivrance de prestations

- **A. Connaissances spécifiques sur la santé** : La priorité majeure devra porter sur la dotation, sur la base d'un financement gouvernemental, en connaissances spécifiques sur la santé pour aider les pauvres à prévenir et gérer leurs problèmes de santé. Le savoir dispensé aux consommateurs, permettant à ceux-ci d'améliorer leurs capacités à choisir les prestataires et à utiliser les services appropriés, est fondamental étant donné l'impact du comportement des ménages sur les résultats.
- **B. Qualité des services de santé** : C'est un sujet de préoccupation important au niveau des efforts de réforme du secteur de la santé. Le système existant fonctionne-t-il de manière adéquate et pourquoi ? La formation jouera pour une part, mais l'amélioration de la structure d'incitation, la gestion, l'utilisation des mécanismes de contractualisation appropriés et la responsabilisation des prestataires vis à vis des clients sont des problèmes pesant sur l'ensemble du système qui doivent être traités. Ils peuvent également être abordés en insérant dans le système existant, des actions pilotes.
- **C. Disponibilité et accessibilité des services** : La proximité physique des clients, particulièrement des pauvres, peut être améliorée par le biais de décisions d'investissement avisées. Mais les investissements devront être contingents aux opportunités de consolidation issues d'une meilleure infrastructure. Il est possible d'améliorer à bas coût l'accessibilité, d'une part, en évitant de dupliquer les services disponibles dans les secteurs privé et caritatif et en permettant au contraire aux clients un choix plus large de points d'accès à des prestations de services par le biais de contrats avec les ONG et les fournisseurs privés, et, d'autre part, en développant l'efficacité technique et les incitations parmi les prestataires de services publics.

7.4 Direction stratégique

- **A. Disponibilité et accessibilité des services de santé** : Encourager le développement d'organisations communautaires qui se consacrent à améliorer la santé de la collectivité par le biais d'activités de promotion et de prévention. Favoriser le développement d'organisations caritatives pour aider les familles pauvres, sans couverture d'assurance, par des services d'urgence de coût élevé. Mettre au point et tenir à jour des Listes de médicaments essentiels et des mesures pour encourager la disponibilité de médicaments génériques peu onéreux, de haute qualité, partout dans le pays. Fournir aux prestataires privés et caritatifs des politiques et règles du jeu explicites, ainsi qu'une notion claire du rôle public des autorités dans la fourniture de services de santé à la population au sens large.
- **B. Connaissances spécifiques sur la santé** : Labélisation des produits de consommation, particulièrement des substances pharmaceutiques et dangereuses (par ex. le tabac). Large diffusion du savoir sur les produits et comportements dangereux.

7.5 Suivi et évaluation

- **A. Problématique hommes/femmes dans le contrôle des ressources** : Évaluation et ajustement réguliers des services pour mieux répondre aux besoins de santé des femmes, pour améliorer les connaissances de ces dernières et modifier leur comportement face à la quête de bonne santé.

- **B. Qualité des services de santé** : Suivi de la qualité dans le cadre de programmes d'amélioration de la qualité assortis de structures de responsabilisation et d'incitation conformées pour produire une constante amélioration de la qualité des services. Évaluation de l'impact de la qualité sur l'utilisation des services et sur les résultats en matière de santé.
- **C. Disponibilité et accessibilité des services de santé** : Suivi de la disponibilité aux plans national et régional à l'aide de cartes thématiques sur la pauvreté. Évaluation de l'impact de la disponibilité sur l'utilisation des services. Les définitions de la disponibilité devront prendre en compte les conditions locales et les changements dans l'infrastructure. Les enquêtes de consommation et les caractéristiques importantes qu'elles détectent donnent des éléments d'appréciation pour l'évaluation de l'accessibilité. Modification des approches pour une délivrance de prestations basée sur ce que l'on sait des groupes cibles — utilisation des outils de marketing social pour lever les obstacles à l'utilisation.

7.6 Politiques publiques en dehors du ministère de la Santé

- **A. Éducation générale** : L'éducation — notamment celle des femmes — est une clé d'ensemble de la santé, de la nutrition et des résultats de population. Des femmes mieux éduquées, disposant d'un revenu domestique constant, ont, tout bien considéré, tendance à adopter un comportement plus favorable à de bons résultats dans ces domaines que des femmes moins bien éduquées. Dans l'île de Cebu, aux Philippines, par exemple, il a été estimé que si une année d'éducation maternelle supplémentaire *réduisait* la probabilité d'allaitement exclusivement au sein de 36 % et celle d'un allaitement partiel au sein de 5 %, elle *augmentait* le nombre de calories absorbées de 7 %, l'usage de services de prévention de la santé de 4 % et l'utilisation de savon de 2 %. Elle permettait que la probabilité de la déficience du traitement des excréments soit *réduite* de 9 %. Globalement, il a été estimé que ces changements apportaient une diminution de quelque 3,2 % de la probabilité de diarrhée à l'âge de 6 mois — une réduction de 5,2 % due à l'augmentation de calories, à l'utilisation de soins préventifs et au meilleur traitement des excréments, contrebalancée par un accroissement de 2 % dû au recul de l'allaitement au sein (Cebu Study Team 1991). Une bien meilleure coordination entre les ministères de la Santé et de l'Éducation dans l'optique d'améliorer l'éducation à la santé et les programmes de santé pour les enfants scolarisés peut être largement profitable.
- **B. Prix, disponibilité, accessibilité et qualité de l'eau et de l'assainissement** : Des progrès en matière d'adduction d'eau et d'assainissement apparaissent dans nombre d'études comme des déterminants importants des résultats de SNP. Une conclusion clé de ces études est que les progrès en ce domaine ont un impact supérieur si l'amélioration de l'infrastructure est couplée avec une initiative de promotion de la santé. On réalise de plus en plus que, si l'installation d'équipements sanitaires conduit à de meilleurs résultats de SNP, les progrès seront plus marqués si un programme d'éducation à l'hygiène, visant à assurer une utilisation et une maintenance plus adéquate des dispositifs, accompagne l'installation. La Banque mondiale a récemment publié une étude sur ce sujet — qui donne des directives pratiques sur la façon de renforcer l'impact sur les résultats de SNP des investissements dans les domaines de l'eau et de l'assainissement (Klees et al. 1999).
- **C. Prix, disponibilité, accessibilité et qualité de l'alimentation** : Ce chapitre a, dans différents contextes, mentionné l'importance des programmes de nutrition basés sur les communautés et de l'éducation à la nutrition comme élément du paquet de base d'interventions en matière de santé. Le chapitre sur le développement rural donne considérablement plus de conseils sur l'élévation du niveau global des revenus ruraux et de l'accès à l'alimentation.

- **D. Communauté et capital social** : Ce chapitre a également traité de l'importance du capital social en tant qu'élément de l'environnement ayant un effet sur l'acceptation et l'impact des services de santé. Généralement, nombre des multiples activités des gouvernements (développement communautaire, fonds sociaux), des ONG et des bailleurs de fonds internationaux (UNICEF) sont ciblées sur les communautés pauvres et leurs besoins. La coordination de ces activités entre elles et le ministère de la Santé ne peut qu'aider toutes les parties prenantes associées.

8 Conseils sur le processus de préparation de la section « santé » du document de SRP

Comme le montrent l'introduction, résumée dans le tableau 1, les systèmes de santé ont des problèmes aux niveaux macro, secteur, et intervention. Aucun pays n'est exempt de ces problèmes, sous quelque forme qu'ils se présentent ; dans les pays les plus pauvres, toutefois, la marge d'erreur admissible est plus faible, et le gain potentiel de la résolution des problèmes est plus élevé, du fait de la forte contrainte sur les ressources disponibles.

- **Niveau Macro** : Dans les pays les plus démunis, la fraction des dépenses gouvernementales annuellement affectée à la santé dépasse rarement 3 à 5 dollars par personne, et, compte tenu d'une contribution privée du même ordre de grandeur, les dépenses totales de santé sont de 6 à 10 dollars par personne. Cette contrainte financière oblige à une efficacité maximale de la mobilisation des ressources disponibles, et à la recherche de mécanismes permettant de concentrer les dépenses sur les groupes les moins capables d'assurer leur propre protection. Dans les pays fortement endettés, la remise de dette peut ouvrir la porte à un accroissement éventuel de 20 % des dépenses publiques de santé. La réalisation d'un examen des dépenses dans le secteur santé, nutrition, et population, suivi de la proposition d'une stratégie permettant de focaliser le programme de dépenses publiques sur la lutte effective contre la pauvreté constitue un défi important pour l'équipe de SRP. Dans le même temps, l'équipe devra proposer des modalités de financement de ces dépenses supplémentaires, et justifier les nouvelles dépenses en termes de résultats mesurables pour les pauvres.
- **Niveau système** : Les problèmes de performance du système de santé dans les secteurs public et privé sont partiellement affectés par les politiques de dépenses, mais dépendent également des politiques économiques qui influent sur la structure des incitations et la qualité du personnel ; la forme et l'utilisation des contrats dans le système pour la fourniture des services ; l'environnement institutionnel ; la qualité de la gestion ; et le système réglementaire. La recherche d'améliorations impose des réformes sectorielles et des initiatives pour le changement.
- **Niveau intervention** : Les projets sont des outils utilisés dans tous les pays et par tous les organismes pour atteindre des objectifs spécifiques dans le court terme. Dans le domaine de la santé, les projets sont un moyen, d'une part, de mettre en place des interventions centrées sur la lutte contre la pauvreté ou sur la résolution de problèmes spécifiques de santé, d'autre part, de démontrer la possibilité d'obtenir des résultats significatifs à moindre coût. Les projets peuvent être utilisés pour mettre en place des réformes sectorielles à échelle pilote. Plusieurs partenaires du système de santé peuvent apporter leur soutien à de tels projets. Les gouvernements ont la possibilité de gérer et de centrer ces activités (généralement en partenariat avec des bailleurs de fonds et des organisations de la société civile) et d'insister, dans tous les cas, pour que les activités de projets soient coordonnées, bien suivies, discutées ouvertement, et évaluées.

L'ensemble de ces trois approches doit être pris en compte dans la préparation du document de SRP. L'amélioration du cadre des dépenses ne pourra, en elle-même, faire que le système fonctionne mieux, mais elle est à même de fournir un environnement dans lequel le système pourrait mieux fonctionner. La mise en œuvre d'un programme de réforme sectorielle qui s'attaque aux problèmes systémiques, organisationnels, institutionnels ou d'incitations est un complément important au programme d'examen des dépenses, car il en améliorera l'efficacité, l'efficacité et l'impact. Mais, en soi, la « réparation » du système ne suffit pas à identifier et à tester les interventions centrées — que ce soit dans le cadre de problèmes spécifiques de santé ou pour viser les pauvres avec les intrants requis. Ces programmes doivent être conçus, financés, mis en œuvre, évalués et absorbés comme autant de processus « normaux » montrant leur capacité à fonctionner, éventuellement même en substitution des pratiques courantes.

8.1 L'équipe

Dans une première étape, une personne expérimentée dirigera à plein temps l'effort de préparation de la partie santé, nutrition, et population du document de SRP. Il semble logique que cette personne soit issue du ministère de la Santé. Il sera toutefois plus important encore qu'elle bénéficie de la confiance de plusieurs groupes différents et qu'elle soit acquise aux impératifs de la recherche de solutions transsectorielles, à l'innovation, et se sente responsable d'aboutir à des résultats. Il est fortement conseillé de s'inspirer du petit livre *La stratégie des équipes ad hoc* (Waterman 1990) publié en Français en 1993, pour la formation de l'équipe de départ. Waterman définit l'« adhocratie » comme « toute forme d'organisation qui dépasse les frontières bureaucratiques habituelles pour faire en sorte que les opportunités soient saisies, les problèmes résolus, et les résultats obtenus ». Waterman suggère que l'équipe de base pour un tel effort soit composée d'un maximum de six personnes. Notre suggestion est quatre : le chef de file, plus une personne pour chacune des approches macro, secteur, et intervention. Chacune de ces personnes devra probablement s'engager dans le projet de SRP à plein temps pour une période minimale de six mois, et chacun des membres de l'équipe de base devra organiser une équipe de six personnes maximum, intervenant toutes à temps partiel. Il est vraisemblable que ces équipes comprennent des représentants de niveaux inférieurs du gouvernement, des bailleurs de fonds et des acteurs de la société civile, ainsi que des professionnels de la santé, un spécialiste institutionnel ou expert en gestion, et un économiste. Les équipes devront fonctionner en interaction constante, mais certaines tâches réclameront également des interventions spécialisées.

8.2 Le calendrier et le budget

Dans la seconde étape, le programme de travail est préparé. Il couvre l'ensemble de l'exercice, de son initiation à son adoption, et toute la période pendant laquelle l'équipe est en place. Les tâches comprennent la collecte de l'information et des données de base, le diagnostic, la consultation et la recherche de consensus sur les priorités, la préparation d'une proposition, sa diffusion et la suggestion d'un mécanisme de suivi de la mise en œuvre. La tâche finale est la proposition d'un plan d'action pour la suite des événements. Pour couvrir les ressources dont l'équipe a besoin pour accomplir ces tâches, le programme de travail doit être accompagné d'un budget. L'engagement de financer l'exercice est essentiel pour tenir les délais.

Le processus de SRP se déroulera probablement sur plusieurs années. En fait, le travail de l'équipe SRP peut fournir la base d'une refonte fondamentale des pratiques de travail dans la santé. Toutefois, le lancement et l'acceptation d'une première proposition doivent aller très vite.

Dans certains pays, un laps de temps de six mois peut se révéler être un luxe, par exemple lorsque le phasage d'une initiative de soulagement amélioré de la dette risque d'exercer une forte pression sur le secteur de la santé en lui enjoignant de bouger rapidement pour avoir une place à la table des négociations.

8.3 L'utilisation du cadre logique

Le document de SRP est tout à la fois un processus et un produit. Le simple fait de préparer un rapport contenant toutes les bonnes recommandations ne générera pas un grand changement si de nombreux individus et institutions ne sont pas derrière ce rapport. Le cadre logique constitue un excellent véhicule d'organisation d'une proposition et une excellente base de consultation. La documentation et la formation sont d'ores et déjà disponibles pour l'utilisation de cet outil. Pour réussir l'utilisation du cadre logique, quatre conditions doivent être remplies : a) obtenir un accord sur les finalités (qui devront être traduites en termes de résultats en matière de santé, à la lumière de la collecte des données et de la phase de diagnostic du programme de travail) ; b) comprendre quels sont les changements nécessaires et suffisants aux niveaux des ménages et des communautés pour faire une contribution significative au secteur de la santé, compte tenu, d'une part, de la détermination encore partielle dans le secteur de la santé des mesures pertinentes de résultats et, d'autre part, de la relative lenteur du changement ; c) quels paquets d'activités — nécessaires et suffisantes pour obtenir les changements requis aux niveaux individuels et communautaires pour les pauvres — le gouvernement devra entreprendre dans chacun des trois domaines (macro, secteur, intervention) ; et finalement d) quels intrants et coûts spécifiques devront être associés à ces actions.

Le processus est itératif car il est utile de commencer par développer la colonne « Résumé narratif » de haut en bas, puis de la revoir de bas en haut pour se poser la question, « Ce que nous proposons est-il nécessaire et suffisant pour réaliser ce qui est proposé dans la ligne immédiatement supérieure ? ». Le succès d'un cadre logique dépend directement de la capacité à mettre en pratique ce concept de « nécessaire et suffisant » en travaillant de bas en haut. Par la suite, il est conseillé de remplir les colonnes « Indicateurs clés de performance » et « Dispositifs de suivi et d'évaluation » simultanément pour chaque ligne. Si cela se révèle impossible, le résumé narratif n'est probablement pas assez clair — si vous ne pouvez pas le mesurer, comment pourrez-vous le défendre utilement ? Enfin, la colonne « Risques d'échec ou hypothèses critiques » doit être remplie. Le fait de démarrer en bas du cadre aide à clarifier les risques, du niveau intrants au niveau finalités. Ce sont les hypothèses critiques sur l'environnement qui jouent un rôle crucial pour le succès de l'approche proposée — si ces hypothèses ne se réalisent pas, c'est la réalisation du plan dans son ensemble qui risque d'être compromise. La gestion des risques liés à ces hypothèses constituera une part importante de la mise en œuvre.

Le cadre logique ou « log frame », comme il est souvent appelé, devra être aussi simple que possible, afin de pouvoir être aisément expliqué et discuté. Beaucoup d'idées, de faits et de données complexes peuvent se trouver en toile de fond, mais ils doivent pouvoir être compris et présentés de manière simple et directe, probablement séparément du cadre logique à proprement parler.

Tableau 4 . Cadre logique d'un document de SRP

| Résumé narratif | Indicateurs clés de performance | Suivi et évaluation | Hypothèses critiques (gestion des risques) |
|--|--|---------------------|--|
| Finalité (changements proposés dans les résultats en matière de santé ; voir par exemple figure 1) : | | | (Finalité à mission du secteur santé) |
| Objectif (buts intermédiaires fortement corrélés aux résultats proposés ; par exemple, que faudra-t-il accomplir pour la colonne « ménages et communautés » dans la figure 1.): | | | (Objectif à Finalité) |
| Produits (projets spécifiques dans les colonnes « systèmes de santé et secteurs connexes » et « politiques et actions gouvernementales » dans la figure 1) <u>Niveau Macro</u> <u>Niveau Secteur</u> <u>Niveau Intervention</u> | | | (Produits à Objectif) |
| Composantes/sous-composantes : (Quelles actions spécifiques vont-elles être mises en œuvre, à un niveau auquel des coûts peuvent être attribués aux tâches) <u>Niveau Macro</u> <u>Niveau Secteur</u> <u>Niveau Intervention</u> | Intrants : (budget pour chaque composante) | | (Composantes aux Produits) |

8.4 Un exemple de détermination des priorités en Bolivie

En Bolivie, comme dans beaucoup d'autres pays, le processus de préparation de la SRP est engagé. L'approche est similaire à celle proposée ici, mais a été développée sans référence au présent document. Les étapes suivantes ont été mises en œuvre :

- **Diagnostic** : Comme dans la plupart des pays, un diagnostic approfondi des problèmes avait déjà été effectué. De nombreuses initiatives étaient d'ores et déjà en place ; de fait, la phase de diagnostic a révélé l'existence de 65 projets en cours de mise en œuvre et un montant de 300 millions de dollars de ressources externes investies dans le secteur de la santé. Dans le courant du diagnostic, un consensus s'est dégagé sur quatre grands domaines d'intervention : a) la mise en place du seguro basico (fourniture des services de

base) ; b) mise en place d'un Programme élargi de vaccination (EPI) ; c) modernisation d'une assurance fondée sur un système de sécurité sociale pour la santé ; et d) décentralisation et renforcement institutionnel.

- **Conduite des opérations** : Dans chacun de ces domaines, une personne du gouvernement, et un(e) homologue d'une agence chef de file des bailleurs de fonds a spécifiquement été choisie comme conducteur de cet effort.
- **Propositions relatives aux goulets d'étranglement** : En mars/avril 2000, chacune de ces équipes devait développer des stratégies pour faire sauter les goulets d'étranglement dans chacun des quatre domaines.
- **Priorités et consolidation** : Par la suite, probablement en mai, et sous la coordination de l'Organisation panaméricaine de la santé, ces quatre équipes devaient comparer leurs propositions, les consolider, retenir des priorités, et en déduire des actions concrètes, avec des indicateurs clés de performance et un cadre de suivi et d'évaluation.
- **Action** : La mise en œuvre doit suivre.

Une présentation plus détaillée du processus Bolivie figure en annexe 8A.

9 Bibliographie

Cantril, Hadley (1965) *The Pattern of Human Concerns*. New Brunswick NJ: Rutgers University Press.

Cebu Study Team (1991) Underlying and proximate determinants of child health: The Cebu longitudinal health and nutrition study. *American Journal of Epidemiology*, 133(2): p. 185-201.

Klees R., J Godinho and M Lawson-Doe (1999) *Health, Sanitation and Hygiene in Rural Water Supply and Sanitation Projects and Other World-Bank Financed Projects*, Programme d'études régionales ECA, Banque mondiale.

Leighton C and F Diop (1999) *Protection of the poor under cost recovery*. Mimeo, Abt Associates Inc, Bethesda MD, USA.

Waterman, Robert H. (1990) *La stratégie des équipes ad hoc*. Paris, Masima 1993