

# Review University Without Borders for the Open Society (RUFSO)

ISSN: 2313-285X Volume :24, Issue : 09, March 2021

Content available at <http://www.rufso.org/publications>

## FORMULER DES STRATEGIES DE RELEVEMENT D'UN SECTEUR DE LA SANTE EN CRISE

*Papier pour la conférence académique internationale tenue par Radjab BIGIRIMANA ce 20/02/2021*

### 1. INTRODUCTION

Le relèvement faisant suite à des destructions de grande ampleur peut offrir une chance unique de repenser tout le secteur de la santé et de le planifier en adoptant une approche globale et rationnelle. Dans de nombreux pays, le secteur de la santé connaît une croissance organique au fil des ans, et est façonné par d'innombrables décisions d'ordre politique et économique qui n'ont aucun lien les unes avec les autres. Même dans les pays où l'approche des soins de santé primaires domine le discours depuis longtemps, certaines distorsions, comme le biais en faveur de l'hôpital, peuvent persister avec force, car certains y ont largement intérêt. Dans certains cas, les autorités reçoivent des volumes de fonds importants pour remédier aux principales distorsions de l'allocation. L'atmosphère de changement qui règne dans une telle situation peut amoindrir la résistance de ceux qui souhaitent préserver le statu quo.

De plus, étant donné l'optimisme qui caractérise habituellement les phases de reconstruction, il faut veiller à ne pas prendre de décisions d'investissement à la légère parce qu'on peut raisonnablement envisager de bâtir un secteur de la santé équitable et viable (à long terme), même si cet objectif demeure ambitieux. La refondation du secteur de la santé doit aller au-delà des aspects matériels, qui monopolisent en général l'attention des décideurs. Pour saisir cette opportunité et revoir l'évaluation de tout le secteur, il faut aussi revoir les systèmes juridiques, réglementaires et de gestion, ainsi que les modèles de prestation des soins. Si la refondation du secteur repose sur une bonne compréhension de la situation, elle peut être un succès. Inversement, les changements inspirés de recettes importées, souvent sans avoir été testées, et imposées par des acteurs extérieurs dont le seul mérite est d'apporter un soutien important, sont souvent voués à l'échec. Un compromis équilibré entre le point de vue des acteurs du secteur qui connaissent bien le pays et celui des acteurs extérieurs familiarisés avec les promesses et les écueils des processus de transition devrait permettre de déboucher sur une stratégie de relèvement raisonnable et efficace

Dans la plupart des cas, le relèvement d'un secteur de la santé en crise requiert:

1. D'étendre la prestation des services de manière à couvrir les zones et les populations négligées; dans certains cas, le processus suppose de fusionner des services de santé jusque- là cloisonnés.
2. D'améliorer la technicité des soins proposés ; les usagers doivent pouvoir accéder aux actes chirurgicaux de base, aux services de laboratoire et autres aides au diagnostic, ainsi qu'à l'hospitalisation.
3. D'adopter de nouveaux modèles de prestation des services si les modèles appliqués sont jugés  
obsolètes à la lumière des nouveaux besoins résultant de l'évolution de l'environnement.
4. D'augmenter le rendement des facteurs absorbés par le processus de prestation, de  
manière  
à dégager des ressources qui pourront profiter aux actions mentionnées ci-dessus.

Ainsi, refonder un secteur en crise suppose d'en améliorer l'équité, l'efficacité, l'adéquation et l'efficience. Ces aspects peuvent recevoir des degrés d'attention différents selon les perceptions et les priorités des décideurs, ainsi que les limites de leur action.

- Étendre la prestation des services de manière à couvrir les populations négligées peut séduire davantage les hommes politiques que les professionnels de la santé, lesquels se soucient souvent davantage de la qualité des soins.
- Il est possible d'apaiser le mécontentement local en construisant une infrastructure de santé financée par les organismes d'aide à titre de mesure d'instauration de la paix.

**B. Les enseignements des processus de relèvement antérieurs**

Le plus souvent lorsque de nouvelles crises apparaissent, on se contente de reproduire mécaniquement les approches adoptées antérieurement, ou alors on repart de zéro à chaque fois, en « redécouvrant » ce que l'on sait déjà (Surtout dans nos pays africains). De plus, les secteurs de la santé frappés par un conflit ne sont pas les seuls à avoir des difficultés à comparer différentes situations et à en tirer les conclusions correctes et appropriées à leur cas.

Il faut donc qu'il y ait la volonté de rechercher le meilleur modèle possible pour sortir de cette dichotomie stérile en utilisant un cadre conceptuel qui reconnaît trois catégories de conclusions valides :

1. Les conclusions qui peuvent être généralisées à la plupart des situations ou à toutes
2. Les conclusions spécifiques à un contexte donné et
3. Les conclusions valides pour un sous-ensemble de situations, considérées comme suffisamment similaires.

Cette approche raisonnable requiert toutefois de la part des décideurs une solide connaissance à la fois des crises antérieures et des nouvelles, connaissance dont ils sont très peu nombreux à disposer.

Cependant des obstacles objectifs limitent d'accès au savoir requis :

- Une première catégorie de problèmes tient à la nature des enseignements tirés. Tirer les leçons de la crise est difficile, même pour les parties prenantes qui détiennent quelques informations, rarement rassemblées pour former une image cohérente. Ainsi, il est rare que l'on puisse tirer une leçon complète, et les leçons fragmentaires peuvent être erronées ou trompeuses. Qui plus est, en l'absence d'informations solides et largement admises, la plupart des leçons de l'expérience passée sont discutables (surtout celles qui sont controversées). Les parties mécontentes d'une conclusion trouveront en général un moyen de la démolir. La politique et les intérêts acquis alimentent, et parfois déforment, le savoir, ce qui en limite la transférabilité.
- Une deuxième catégorie de limitations a trait à la manière dont le savoir est géré et échangé. Le savoir disponible est dispersé entre les organismes, les centres de recherche et les ONG. Une grande partie de ce savoir, détenu par des individus, reste non écrit et n'est pas transmis à ceux qui pourraient l'utiliser. Même le savoir écrit se perd dans un contexte de crise. La barrière de la langue, les lignes de front, la méfiance, les déplacements, les missions de courte durée, sont autant d'obstacles à l'échange d'informations entre participants.
- Une troisième catégorie de difficultés tient aux acteurs. Les parties prenantes à un secteur de la santé traversant une crise ne sont généralement pas familiarisées avec les problèmes, ni avec le débat international sur la prestation des soins de santé dans un contexte de conflit ou post-conflit. Inversement, les acteurs extérieurs ne comprennent pas les caractéristiques spécifiques d'une nouvelle crise, et apportent des leçons apprises ailleurs, qui ne conviennent pas forcément au nouveau contexte. Les chercheurs sont mieux placés pour faciliter la transmission du savoir,

mais ils le véhiculent dans un jargon universitaire, qui est rarement le plus approprié pour communiquer avec les décideurs. De plus, ils ont tendance à ne pas séjourner longtemps dans le pays et publient parfois leurs conclusions avec plusieurs années de retard, alors que les décisions ont déjà été prises.

- Une quatrième catégorie d'obstacles tient à la structuration du secteur de l'aide. Les organismes d'aide sont connus pour ne pas savoir tirer les leçons de l'expérience (Berg, 2000). Ils définissent la tournure du débat sur les politiques publiques, dédaignent souvent les leçons des crises passées et imposent leur politique maison. Or, cette politique manque parfois d'une solide base empirique, ne se prête pas toujours au contexte local (Strong, Wali et Sondorp, 2005) et est habituellement présentée aux décideurs sans les hypothèses et les avertissements dont elle devrait s'accompagner.

Par ailleurs, en fragmentant le secteur de la santé et en insistant sur leurs propres priorités, les donateurs relèvent le niveau de bruit au point que les leçons tirées de l'expérience des acteurs internes et du savoir des tiers extérieurs sont noyées dans la masse. La brièveté des cycles de programmation et des missions complique encore les choses et fausse l'apprentissage : ce qui paraissait prometteur à un moment donné peut ultérieurement se révéler un échec, lorsque des effets secondaires non anticipés se manifestent. Ainsi, on risque de tirer les mauvaises leçons et de passer à côté des bonnes.

Le nombre des obstacles qui empêchent de dégager les leçons de l'expérience peut être décourageant. Les obstacles de nature structurelle ne peuvent pas être entièrement surmontés, mais il est possible de les limiter pour en atténuer l'impact. D'autres ne pourront être levés qu'à condition que l'on opère un changement radical dans le fonctionnement du système d'aide. Il est donc très probable que lors des crises à venir, les mauvaises leçons seront appliquées et les bonnes seront ignorées, ce qui conduira à prendre des décisions malencontreuses et à engager des actions inefficaces.

Il n'est guère probable de trouver une « meilleure pratique » dans un modèle ou dans un politique étiqueté comme étant les « meilleurs ». Cette bonne pratique émergera d'un équilibre judicieux entre une exploration tenant compte du contexte et l'évaluation rationnelle des autres solutions possibles, si l'on s'abstient de trop généraliser des expériences spécifiques. La même approche, à appliquer à différentes crises, devrait conduire à tirer des conclusions différentes et déboucher sur des politiques différentes. Les leçons à tirer résident dans les méthodes adoptées pour acquérir une bonne compréhension de la situation d'ensemble, plutôt que dans les choix induits par cette compréhension.

### **C. Concevoir des scénarios de relèvement**

Il n'existe pas de modèle tout prêt équilibré et universel de relèvement. Cependant une estimation raisonnable des effets probables des différentes méthodes peut aider les responsables à prendre des décisions éclairées, à resserrer l'éventail des options envisageables et à choisir des stratégies réalistes. Faute d'un examen sérieux de toutes les options possibles, on court un risque non négligeable de choisir des approches inappropriées, irréalistes, non viables ou inéquitables.

Faudra-t-il donc penser ou encore disposer de différents scénarios possibles, chiffrés et présentant les avantages et les coûts de chaque méthode d'optimisation des dimensions varies ainsi que leurs inconvénients selon différentes approches :

### **Approces**

- a. **Une approche descendante**, en commençant par s'intéresser à l'enveloppe financière générale et en identifiant sur cette base les services qu'il sera possible de financer. Cette approche convient surtout aux contextes très perturbés, dans lesquels la prestation des soins est fragmentée, les autorités sanitaires absentes ou en cours de formation, et la plupart des informations ne sont pas disponibles. Dans ces conditions, aborder l'analyse de manière globale peut constituer la seule option réaliste. Par ailleurs, cette approche descendante peut être indiquée dans les situations d'urgence, lorsqu'il est impossible de collecter des données supplémentaires.

- b. **Une approche ascendante**, c'est-à-dire prendre en compte le coût récurrent unitaire par entité et calculer sur cette base les dépenses totales pour le fonctionnement de tout le secteur de la santé. Cette méthode, qui requiert davantage d'informations, se prête aux secteurs de la santé en difficulté (mais pas effondrés) et assez stables. Bien que déficiente, la base d'information existante peut constituer un point de départ pour l'analyse. Dans certains cas, un blocage du processus de paix peut donner l'occasion de collecter les données manquantes, ce qui améliore les résultats de l'exercice.

Les étapes proposées ci-bas sont communes aux deux approches et ne sont donc décrites qu'une seule fois, dans un souci de brièveté. Lorsque c'est possible, il est recommandé de mener l'exercice dans les deux sens, à des fins de cohérence et parce cela permet d'en apprendre davantage. Les estimations finales y gagnent en fiabilité.

**a. L'approche descendante**

**Étape un** : Estimer le niveau actuel de financement agrégé, total et par habitant. Inclure toutes les sources de financement. Les contributions privées, souvent ignorées, peuvent occuper une place très significative et ne doivent pas être négligées.

**Étape deux** : S'efforcer de prévoir le niveau de financement interne et de financement extérieur à allouer au secteur de la santé à moyen et long terme, compte tenu des perspectives macroéconomiques (généralement étudiées avec une certaine exactitude, des analystes indépendants, des organismes donateurs, etc.).

**Étape trois** : Comparer l'enveloppe de ressources globale probablement disponible pour le secteur de la santé à moyen et long terme aux chiffres équivalents pour d'autres pays et analyser ce que ces derniers ont pu réaliser. On n'a jamais rapporté aucun exemple de pays très pauvre capable d'offrir à sa population une couverture universelle pour un ensemble complet de services de base de qualité acceptable



**Étape quatre** : Étudier la composition des dépenses de santé et déterminer si elles sont équilibrées (dans la plupart des cas, elles ne le sont pas). Dans bon nombre de secteurs de la santé désorganisée, les informations relatives aux dépenses de santé sont largement inadéquates, et on ne peut se fier qu'à son bon sens.

**Étape cinq** : Identifier les principaux problèmes du secteur de la santé et envisager les options réalistes qui s'offrent aux décideurs (locaux et étrangers) pour y remédier, étant donné les niveaux de financement projetés et la situation actuelle du secteur.

**Étape six** : Définir la taille et les caractéristiques d'un secteur de la santé finançable étant donné les limitations existantes. Les estimations de coûts telles qu'elles sont décrites plus bas, à la section Approche ascendante, sont nécessaires pour traduire les prévisions de niveaux de financement en nombres de structures sanitaires et de professionnels de la santé.

**Étape sept** : Étudier la durabilité, l'équilibre, l'équité, l'efficience et l'efficacité du secteur de la santé résultant des projections. Même si tous ces aspects ont déjà été pris en compte dans l'itération, il est recommandé d'évaluer de nouveau les résultats obtenus. Identifier les interventions supplémentaires qui sont jugées nécessaires et procéder aux ajustements requis.

Déterminer si un autre modèle de prestation serait plus efficace pour traiter les problèmes susceptibles de persister après la réhabilitation du secteur de la santé.

De plus, si la mortalité maternelle est perçue comme un problème important, il est impératif d'étendre les services de chirurgie d'urgence. Si la lutte contre les principales maladies endémiques requiert le soutien des laboratoires, il faudra procéder à un investissement spécial dans ce domaine.

### **b.Approche ascendante**

Cette approche prend pour point de départ les coûts unitaires récurrents et d'investissement des structures de santé pour les différents niveaux de soin. L'expérience internationale ayant montré qu'à long terme, le financement des coûts récurrents est susceptible de constituer le principal obstacle au développement du secteur de la santé (Segall, 1991), le coût total de fonctionnement d'un secteur de la santé réhabilité occupe une place prépondérante dans le raisonnement énoncé ci-après. Toutes les structures de santé, publiques et privées (à but lucratif ou non lucratif) doivent être prises en compte dans l'analyse initiale. Dans un second temps, il sera possible d'étudier chaque sous-secteur isolément.

#### **b.1. Premier volet :**

**Élaborer un scénario de reconstruction**, tout en préservant le modèle existant de prestation des services

**Étape un** : Obtenir/formuler des coûts unitaires récurrents totaux moyens pour les différentes catégories de structures de santé et pour différents niveaux de performance (bon, satisfaisant et insuffisant).

**Étape deux** : Estimer la taille et la composition du réseau existant, en s'efforçant de ne pas prendre en compte les structures « fantômes », c'est-à-dire celles qui ont été détruites ou définitivement fermées. Le nettoyage des données disponibles peut poser des difficultés considérables.

**Étape trois** : Estimer le total des dépenses récurrentes supportées par un réseau réhabilité (en posant, par exemple, que 80 % des structures existantes fonctionnent à un niveau de performance satisfaisant), sans changement de taille et de structure. Sachant qu'une amélioration de la qualité des soins induira probablement une utilisation accrue des services, il est possible de formuler une prévision des niveaux de couverture et de consommation des services de base que l'on obtiendrait en révisant à la hausse les performances du réseau.

**Étape quatre** : Estimer les économies potentielles que l'on obtiendrait en repérant et en corrigeant certaines des inefficiences les plus évidentes, par exemple en fermant ou en déclassant des structures redondantes dans des zones sur-desservies, en redéployant le personnel, en réduisant les effectifs ou en améliorant les systèmes de fourniture.

**Étape cinq** : Projeter l'infrastructure supplémentaire nécessaire pour corriger les inégalités dans la consommation des services de base (ventilée en scénarios présentant le meilleur des cas, le cas moyen et le pire des cas, si possible).

Par exemple, si l'on estime que les services de base couvrent au départ environ la moitié de la population, on peut examiner ce que cela suppose en termes de structures nouvelles à ouvrir, de personnel et de fournitures, ainsi que le surcroît de coûts récurrents induit pour un objectif de couverture de 60, 70 et 80

% (pour une analyse des problèmes liés aux chiffres de la population.

**Étape six** : Calculer le total des coûts récurrents induits par l'extension/la restructuration du réseau et l'amélioration de la couverture et de la consommation qu'elle produit. Déterminer les conséquences/limitations du projet d'extension concernant les besoins en ressources humaines, les systèmes de gestion, etc. Essayer d'estimer les coûts entraînés par la transformation du secteur de la santé en vue d'une mise en conformité avec les nouveaux objectifs.

**Étape sept** : Choisir une alternative considérée comme financièrement abordable d'un point de vue macro (en termes de dépenses récurrentes), en fonction des estimations du financement total disponible développées au cours de l'Approche descendante. Calculer l'**investissement nécessaire pour atteindre les niveaux projetés de couverture/consommation**, en incluant également les sous-systèmes d'appui, comme les fonctions de stockage, de transport et de formation. Instaurer un calendrier pour le relèvement du secteur de la santé, en fonction de l'option choisie.

## **b.2. Deuxième volet**

:

**Introduire un autre modèle de prestation de services**, ou une combinaison de modèles anciens et nouveaux

Lorsque le pays traverse une longue période de perturbations, qui le tiennent à l'écart des évolutions internationales dans le domaine de la prestation des soins de santé, le modèle de

prestation dominant peut être perçu comme dépassé, surtout du point de vue des nouveaux dirigeants.

Les crises graves et prolongées qui perturbent la prestation des services sanitaires au point qu'on ne puisse plus envisager de reconduire le modèle ancien constituent un cas spécial. En Afghanistan, où le secteur public a disparu pendant des années, une large part des services sont assurés par les ONG. Dans une telle configuration, réintroduire une prestation publique à planification et financement centralisés paraît hors de question, du moins à court terme.

#### **D. Concrétisation de la stratégie de relèvement : les pièges les plus fréquents**

Une stratégie de relèvement bien pensée doit être diffusée, comprise et intégrée dans les projets des principales parties prenantes si on veut qu'elle ait une véritable chance d'être suivie. Pour recueillir une large adhésion à cette stratégie, les compétences de négociation et de communication comptent tout autant que les capacités techniques. De plus, ne doit faire aucun doute pour ses partisans que cette stratégie de relèvement prime sur d'autres préoccupations.

Plusieurs obstacles peuvent faire caler, échouer ou fausser une stratégie.

- Il se peut que les débats se cantonnent au secteur de la santé, sans associer les acteurs décisifs tels que le ministère des Finances (le cas échéant) et les IFI, ou d'autres secteurs, comme l'éducation, alors qu'une certaine cohérence dans les méthodes de relèvement serait nécessaire. Les organismes de financement risquent donc de revoir largement à la baisse, voire d'annuler, des plans pourtant élaborés minutieusement parce que les professionnels de la santé ignorent ces considérations macroéconomiques ou ne les comprennent pas.
- L'idée qu'il existe des options concurrentes et qui s'excluent mutuellement va de soi pour les économistes, mais peut paraître étrange pour les professionnels de la santé. Ainsi, les conclusions des travaux analytiques décrits plus haut risquent purement et simplement d'être rejetées, si on les juge restrictives, parce qu'elles ne correspondent pas aux attentes ou parce qu'elles dépeignent en termes concrets la pauvreté objective
- Il se peut que la stratégie retenue ne recueille pas un soutien politique suffisant, ou que ses partisans politiques soient aux prises avec des difficultés qui n'ont souvent rien à voir avec le secteur de la santé. Pour une analyse des considérations politiques dans la politique de la santé, voir le Module 5. Par ailleurs, même lorsqu'elle a été élaborée et acceptée par la plupart des parties prenantes, il arrive qu'une stratégie de relèvement tributaire des ressources n'induisse pas une discipline d'exécution suffisante chez certains d'entre eux, qui sont incapables d'admettre les conséquences de la validation des nouvelles « priorités ».
- Une stratégie générale ne doit pas être formulée de façon trop détaillée ou précise en raison des carences de l'information qui la sous-tend et des incertitudes sur le déroulement de la transition. En tout état de cause, toute stratégie détaillée est condamnée à une obsolescence rapide, au point de devenir inutilisable. Il est en revanche primordial de disposer de quotas généraux sur les ressources à répartir, comme l'investissement et le personnel, afin de guider l'exécution sur le terrain. Par exemple,

une province représentant 10 % de la population, mais comptant 6 % des lits et 5 % du personnel, pourrait recevoir 15 % de l'investissement planifié sur 5-10 ans afin de remédier au déséquilibre.

- Il arrive qu'un intervenant de premier plan, comme un organisme d'aide aux fortes motivations idéologiques ou adoptant des approches très structurées, ignore les résultats de l'analyse et décide de poursuivre ses interventions de prédilection. Par exemple, un
- organisme peut être attaché aux « projets à impact rapide », lesquels sont par définition conçus à la hâte et produisent presque invariablement un impact limité au niveau régional ou national. Les initiatives qui entraînent le plus de perturbations sont celles dont les partenaires n'ont pas connaissance, car ils ne peuvent alors pas revoir leurs plans en conséquence.
- Il se peut qu'une stratégie de relèvement fasse passer au premier plan les priorités d'un organisme donné, et que cela suscite des réactions de rejet, indépendamment de ses mérites. Au début du processus de relèvement, les organismes peuvent avoir des réactions différentes vis-à-vis de l'exercice de formulation de la stratégie, allant de l'indifférence à l'engagement sérieux.

- Il arrive enfin qu'une stratégie de relèvement au départ conçue pour être souple se fige, peut-être parce que ses principaux artisans sont partis, et devienne de moins en moins adaptée compte tenu de l'évolution du contexte. Ou qu'une stratégie encore flexible soit exécutée de manière rigide, comme si elle était gravée dans le marbre. Or, il est essentiel d'actualiser et d'adapter en continu la stratégie à l'évolution de l'environnement et de faire preuve de flexibilité opérationnelle et de bon sens si l'on veut que son exécution soit un succès.

## **RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES**

1. Berg E. Why aren't aid organizations better learners? in Carlsson J. et Wohlgemuth (eds). Learning in development co-operation, Stockholm, Almqvist and Viksell International, 2000.
2. Chand S. et Coffman R. How soon can donors exit from post-conflict states? Center for Global Development, Working Paper No. 141, 2008.
3. Collier P. Aid, policy and growth in post-conflict countries. Washington, DC, Banque mondiale, (Conflict Prevention and Reconstruction Unit, Dissemination Notes No. 2), 2002.
4. Conway T. Current issues in sector-wide approaches for health development: Cambodia case study. Genève, OMS, 2000 (WHO/GPE/00.2).
5. Hay R. The 'fiscal space' for publicly-financed health care. Oxford, Oxford Policy Institute (Policy Brief No. 4), 2003.
6. Lanjouw S., Macrae J. et Zwi A. Rehabilitating health services in Cambodia: the challenge of coordination in chronic political emergencies. Health Policy and Planning, 14: 229- 242, 1999.
7. Macrae J. Rebuilding health systems: an overview of the dilemmas. Health in Emergencies, 13: 1-2, 2002.



8. McPake B. et Mills A. What can we learn from international comparisons of health systems and health system reform? *Bulletin of the World Health Organization*, 78: 811-820, 2000.
9. Organisation de Coopération et de Développement économiques. Direction de la coopération pour le développement. *Harmonisation and Alignment in Fragile States. Rapport provisoire de l'Overseas Development Institute (ODI), Royaume-Uni, 2004.*