

chapitre sept

Concilier la santé maternelle, néonatale et infantile et le développement des systèmes de santé

Ce dernier chapitre replace la santé maternelle, néonatale et infantile dans un contexte plus large qui est celui du développement des systèmes de santé. Aujourd'hui, la santé maternelle, néonatale et infanto-juvénile ne s'analyse plus en termes purement techniques, mais dans le cadre d'un objectif plus large qui est celui de l'accès universel aux soins. La question s'inscrit donc dans un projet politique simple qui est de répondre à une demande formulée par la société, à savoir que soient assurés la protection de la santé des citoyens et leur accès aux soins, demande de plus en plus considérée comme légitime.

REPOSITIONNEMENT DES PROGRAMMES DE SANTÉ MATERNELLE, NÉONATALE ET INFANTILE

Les programmes de santé maternelle et infantile manquent depuis longtemps d'une stratégie clairement ciblée et d'une articulation cohérente avec la politique générale de santé (1). Les tensions entre programmes consacrés aux besoins sanitaires de la mère et ceux qui ont été élaborés au bénéfice de l'enfant se sont révélées contre-productives pour les uns et les autres : il est souvent arrivé que les demandes de soins motivées par des besoins légitimes, mais distincts, se fassent concurrence (2). Les programmes destinés à la femme et à l'enfant ont désormais été repositionnés. En premier lieu, on reconnaît maintenant que les nouveau-nés ont des besoins particuliers : le vieil acronyme SMI s'est vu adjoindre un N pour « santé néonatale », deve-

nant ainsi SMNI (santé maternelle, néonatale et infanto-juvénile). En second lieu, il est désormais généralement admis que les intérêts de la mère et de l'enfant sont inextricablement liés et que l'on ne peut pas séparer les programmes de santé maternelle, néonatale et infantile du droit à l'accès de tous aux soins de santé génésique mis en avant par la Conférence internationale du Caire sur la population et le développement (CIPD). Enfin, troisièmement, on s'accorde maintenant généralement à estimer que les programmes de SMNI ne peuvent être efficaces qu'à la condition d'assurer la continuité des soins au sein de systèmes de santé renforcés.

Ainsi, des programmes dont l'histoire, les stratégies et la clientèle sont différentes sont obligés de collaborer

Encadré 7.1 Fonds internationaux pour la santé maternelle, néonatale et infanto-juvénile

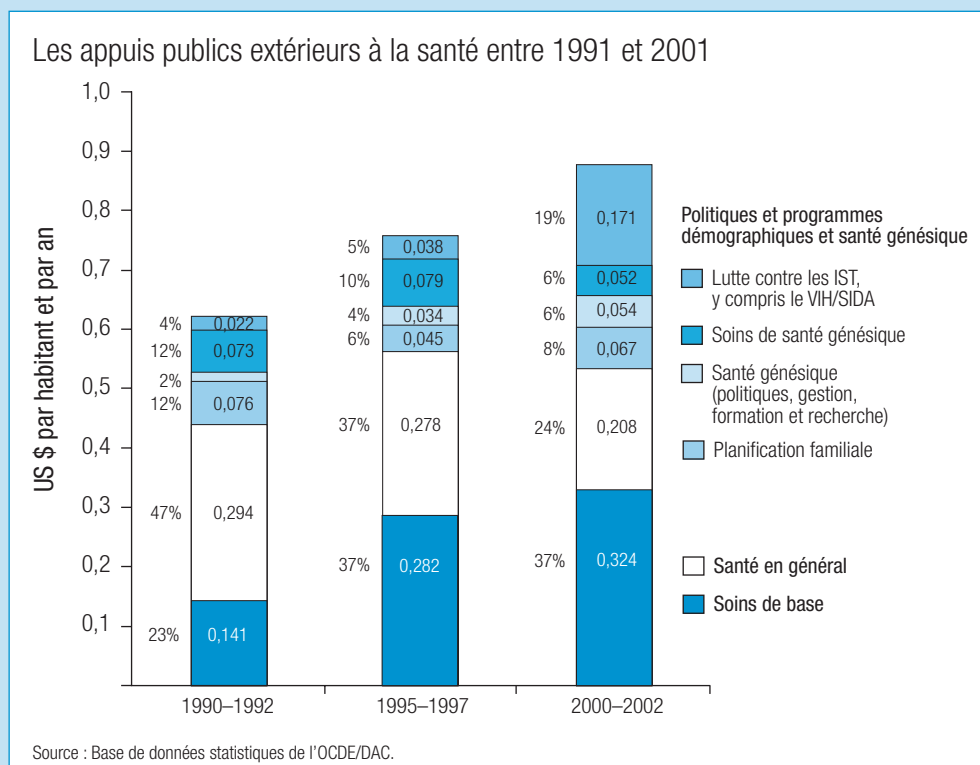
Les apports publics extérieurs (APE) pour la santé sous la forme de subventions et de prêts sont passés de US \$3,2 milliards à US \$6,3 milliards entre 1990 et 2002 (en US \$ constants 2002), ce qui correspond à une augmentation de US \$0,62 à US \$0,88 par habitant. Ces montants ne comprennent pas les dépenses dans des secteurs tels que l'eau et l'assainissement ni les dépenses de santé dans le cadre des programmes de soutien budgétaire. Bien qu'ils ne représentent qu'une petite fraction des dépenses de santé dans le monde (0,4 à 0,6 %, à l'exclusion des dépenses totales de santé des 22 pays membres de l'OCDE les plus riches), ces apports sont d'une importance stratégique pour de nombreux pays, et ce pour deux raisons. La première, c'est que cette valeur moyenne masque en réalité des différences considérables : dans certains pays, les ressources d'origine extérieure sont très importantes en proportion (38 % au Niger en 2002 par exemple). La seconde raison, c'est que certains domaines du secteur sanitaire dépendent presque exclusivement des dons. C'est le cas de la santé infanto-juvénile dans la plupart des pays pauvres d'Afrique (5).

L'affectation des ressources aux différents secteurs d'activité a sensiblement changé entre 1990–1992 et 2000–2002. La part des

apports publics extérieurs affectée à la santé de la population et à la santé génésique – y compris en matière d'assistance à l'action de santé maternelle – est passée de 30 à 39 %. Ce changement correspond à un doublement du financement, qui est passé de US \$1 milliard à US \$2 milliards par an (en US \$ constants 2002) entre 1990–1992 et 2000–2002. Cet état de choses résulte principalement de l'accroissement du financement accordé aux programmes centrés sur les infections sexuellement transmissibles et notamment le VIH/SIDA. La part des apports publics extérieurs reçue par ces programmes a été d'environ 4 % en 1990–1992, contre 19 % (soit près de US \$1,4 milliard par an) en 2000–2002. Les fonds alloués à la planification familiale et à d'autres types de soins de santé génésique, au nombre desquels la santé maternelle, ont diminué tant en valeur relative qu'en valeur absolue.

La proportion des fonds alloués aux soins de santé de base est passée de 23 à 37 % (soit US \$0,14 à US \$0,32 par habitant) entre 1990–1992 et 2000–2002. Cette augmentation a bénéficié en majeure partie aux programmes de soins de santé de base et de soins de santé primaires ainsi qu'à la lutte contre les maladies infectieuses. Il n'est pas possible de connaître la ventilation de ces fonds et de

déterminer ainsi l'évolution du financement destiné à la santé infanto-juvénile, mais il est probable que ce financement a effectivement augmenté, même si cela est plus difficile à voir et à retrouver. Le financement international d'origine privée de la santé infanto-juvénile assuré par les organisations non gouvernementales et les grandes fondations comme la Fondation Bill et Melinda Gates s'est également accru (6). Les fonds alloués à la santé infanto-juvénile par des fondations privées de moindre importance ont diminué, mais leur incidence au niveau mondial sur la santé infanto-juvénile est relativement faible. Cette dilution des fonds destinés à la santé infanto-juvénile dans les activités de soutien au système de santé ou de soutien sectoriel, le passage par des sous-programmes verticaux comme l'initiative en vue de l'éradication de la poliomyélite et une canalisation plus marquée de l'aide extérieure par les organisations non gouvernementales internationales ont fait naître chez les directeurs nationaux de programme le sentiment de ne plus avoir en fait le même accès aux ressources nécessaires à la mise en place de programmes intégrés de santé infanto-juvénile ni le même droit de regard sur ces ressources (5).



et de sortir de la situation délicate créée par la concurrence qu'ils se font vis-à-vis des décideurs et des donateurs. Il est difficile de suivre le cheminement des fonds destinés à la santé maternelle, néonatale et infantile : ils ont tendance à se diluer dans l'ensemble du système de santé et à se fragmenter sous la forme de programmes et d'initiatives juxtaposés. Quels que soient les discours en faveur de l'intégration, les donateurs et les organisations ne se montrent guère soucieux de gommer les distorsions évidentes qui existent dans les enveloppes financières, et en particulier la part décevante accordée à la santé maternelle et à la planification familiale dans l'enveloppe globale destinée au financement de la santé génésique (3, 4) (voir Encadré 7.1).

Contrairement à la voie qu'ont choisie les défenseurs d'un certain nombre d'autres grandes priorités de la santé publique comme le paludisme, la tuberculose ou le VIH/SIDA, les tenants de la santé maternelle, néonatale et infantile – y compris les divers partenariats mondiaux (voir Encadré 7.2) – préfèrent trouver leurs ressources auprès des fonds plus importants mis à la disposition du développement général du secteur sanitaire plutôt que mettre en place de nouveaux mécanismes, parallèles, de financement. Que les raisons en soient d'ordre tactique ou qu'elles tiennent à des considérations plus fondamentales, cette démarche correspond bien à l'importance croissante prise par le mouvement de réforme du secteur sanitaire (13). Si l'on tient tant à voir dans le développement du secteur sanitaire la base de départ de l'action

Encadré 7.2 La pression monte : partenariats pour la santé maternelle, néonatale et infanto-juvénile

Devant la lenteur des progrès accomplis en vue de la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement en matière de santé maternelle et infanto-juvénile, la nécessité d'une réaction urgente et coordonnée au niveau mondial a incité un certain nombre d'agences et organisations internationales à conjuguer leurs efforts pour établir des partenariats dans le domaine de la santé maternelle, néonatale et infanto-juvénile. Depuis quelques décennies, on voit bien que le soutien nécessaire au développement d'un pays qui manque de ressources se présente sous des formes tellement diverses et complexes qu'il ne peut être assumé avec succès par un seul et même organisme (7). Dans le domaine de la santé maternelle, néonatale et infantile, trois partenariats sont actuellement à l'œuvre : le partenariat pour une maternité sans risque et la santé du nouveau-né, le partenariat pour la santé du nouveau-né et le partenariat pour la survie de l'enfant. Récemment créé, le partenariat pour une maternité sans risque et la santé du nouveau-né vise à renforcer et à développer les efforts dans le domaine de la santé maternelle et néonatale. Le partenariat pour la santé du nouveau-né, lui, a été mis en place pour susciter une prise de conscience et attirer l'attention sur la santé néonatale, développer l'échange d'informations et améliorer la communication et la collaboration parmi

les organisations qui entament des activités dans ce domaine. Le nouveau partenariat pour la survie de l'enfant se veut le moteur d'une action et d'un engagement aux niveaux mondial et national en vue de faire reculer plus rapidement la mortalité infanto-juvénile partout dans le monde. Ces partenariats déploient tous trois leurs efforts avec en toile de fond la réduction de la pauvreté, l'équité et les droits de l'homme. Ils collaborent étroitement de manière à résoudre la question de la continuité et de l'universalité des soins de manière coordonnée par des interventions d'un bon rapport coût/efficacité au niveau des pays.

La première fonction de ces partenariats est de susciter une volonté politique pour mettre la santé maternelle, néonatale et infantile au centre des préoccupations et faire en sorte que cette volonté perdure. A cet effet, ils ont entamé un dialogue avec les responsables gouvernementaux au plus haut niveau. Comme de nombreux pays doivent redoubler d'efforts pour combattre l'exclusion, il est devenu absolument nécessaire de débusquer les inégalités en matière de santé maternelle, néonatale et infantile et de surveiller l'utilisation des services de même que de suivre le mouvement des flux de ressources (8, 9). En assurant le suivi des progrès réalisés, ces partenariats peuvent contribuer à rendre les pays et leurs partenai-

res mieux comptables de leurs actions (10).

Ces partenariats peuvent également contribuer à combler le fossé entre la connaissance et l'action (11) en facilitant les contacts entre les décideurs, les chercheurs, les bailleurs de fonds et autres acteurs qui sont parties prenantes à l'utilisation des résultats de la recherche – et réorienter la recherche vers la levée des contraintes opérationnelles et systémiques qui entravent la mise en place à plus grande échelle d'interventions efficaces.

Enfin, ces partenariats peuvent concourir à rapprocher les diverses parties prenantes à la santé maternelle, néonatale et infanto-juvénile (ministères de la santé, des finances et de la planification, organisations non gouvernementales nationales, associations de professionnels de la santé, organismes donateurs, organisations du système des Nations Unies, organismes de nature confessionnelle et autres), ou apporter un appui technique aux mécanismes de coordination existants. Cette action contribue à la mise en place de partenariats nationaux grâce auxquels le financement, la planification et la mise en œuvre aux niveaux national et infranational de plans de santé maternelle, néonatale et infantile pourront être accélérés (12).

en matière de santé maternelle, néonatale et infantile, c'est aussi que les principaux donateurs bilatéraux ou multilatéraux admettent désormais que la réduction de la pauvreté est l'objectif essentiel de l'assistance au développement (14). Ce point de vue se manifeste à un moment où déferle une vague de réformes touchant les soins de santé qui, dans le prolongement du mouvement en faveur des soins de santé primaires, s'inspire d'une idéologie néolibérale visant à réduire l'emprise de l'Etat. Ces réformes ont bénéficié d'un contexte favorable, à savoir, d'une part, la transition de l'économie socialiste à l'économie de marché dans des pays tels que la Mongolie ou le Tadjikistan et, d'autre part, la reconstruction des services de santé dans des zones où s'étaient déroulés des conflits armés comme le Cambodge ou encore les programmes d'ajustement structurel mis en place dans de nombreux pays d'Afrique et d'Asie confrontés à de graves problèmes de ressources. La SMNI évolue par conséquent dans un contexte où domine un débat sur le rôle et les responsabilités de l'Etat quant à la solution d'un certain nombre de problèmes, à savoir le financement insuffisant du secteur sanitaire, l'accessibilité des services, les iniquités et l'exclusion, les inefficacités et le manque de transparence.

Il s'ensuit que la santé maternelle, néonatale et infantile ne peut plus se concevoir en termes purement techniques. L'émergence d'un engagement commun à résoudre

Encadré 7.3 La santé maternelle, néonatale et infantile, le problème de la pauvreté et la nécessité de disposer d'informations sur les stratégies

La nécessité pour les pays de préparer des documents de stratégie pour la réduction de la pauvreté (DSRP) comme préalable à l'allègement de leur dette ainsi que l'engagement commun en vue de la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement ont renforcé les liens entre la politique en faveur des populations pauvres et les priorités en matière de santé maternelle, néonatale et infantile.

La santé maternelle et infantile figure toujours au nombre des priorités évoquées dans les DSRP (sans toutefois qu'une attention particulière soit accordée à la santé du nouveau-né), mais les stratégies élaborées en vue de prendre en charge les pauvres et les exclus s'inscrivent souvent tout simplement dans la continuité de la pratique actuelle, laquelle n'est manifestement pas une réussite (15). Il y a cependant un changement d'orientation important, à savoir que les DSRP assurent un meilleur rang à la santé maternelle, néonatale et infantile de même qu'à la réduction de la pauvreté et de l'exclusion parmi les priorités du programme national, donnant ainsi au secteur sanitaire voix au chapitre lorsque le gouvernement examine le budget affecté à l'action contre la pauvreté (16). Les programmes de santé maternelle, néonatale et infantile ne sont plus élaborés isolément sur la base d'interventions verticales : ils sont désormais envisagés dans le contexte plus large de la politique sanitaire en faveur des groupes défavorisés et, ce qui

est plus important encore, on reconnaît le rôle important qu'ils jouent dans la politique générale des pouvoirs publics en faveur de la lutte contre la pauvreté. Toutefois, on n'a encore guère tiré parti de ce nouvel avantage stratégique. Les ministères de la santé ont souvent de la peine à considérer que la réduction de la pauvreté figure au nombre de leurs activités principales ; ils ne participent souvent que tardivement à la rédaction des DSRP et encore à un niveau relativement bas. Pourtant, les possibilités sont là car, de par leur essence même, les programmes de santé maternelle, néonatale et infantile trouvent naturellement leur place parmi les grands axes de la lutte contre la pauvreté : ils relèvent en effet des mêmes valeurs, qui sont celles du droit aux prestations et de la lutte contre l'exclusion.

Le premier cycle des DSRP s'est retrouvé sous les feux de la critique en raison des « similitudes frappantes » et de la superficialité de ces documents, les stratégies globales l'emportant sur des options élaborées localement et plus productives (15, 17). Dans un pays décentralisé comme l'Ouganda, par exemple, l'introduction des DSRP a favorisé des solutions générales plutôt que spécifiques, ce qui a eu pour effet de saper les progrès réalisés grâce aux initiatives locales prises dans le cadre du Programme décentralisé de développement distric.

L'analyse nécessaire à l'élaboration des

DSRP a mis au jour la rareté des informations stratégiques pertinentes dans bien des pays en développement. Si, dans quelques cas comme en Gambie, on a été en mesure de ventiler les informations sanitaires essentielles par âge, sexe, quintile économique et zone géographique, peu de systèmes d'information sanitaire possèdent cette flexibilité ou cette spécificité (18–20). L'information relative à la santé maternelle, néonatale et infantile, et plus spécialement celle qui concerne la mère, fait encore problème comme le montrent les difficultés que l'on éprouve à rassembler des données sur la mortalité maternelle et à établir des registres d'état civil qui fonctionnent efficacement (21). Du point de vue de la planification, il y a un obstacle encore bien plus important, à savoir le manque de précision des données essentielles sur les ressources dont disposent les systèmes de santé : par exemple, au Burkina Faso, le nombre de soignants compétents oscille entre 78 et 476 selon la source de données. L'information sur le réseau public est souvent sommaire, quant à celle qui concerne les secteurs privés, non lucratif ou commercial, elle est la plupart du temps inexistante. L'OMS s'attache maintenant à aider les pays à combler ces lacunes, par exemple en procédant à une cartographie des services disponibles ou en contribuant à l'établissement de réseaux de métrique sanitaire.

les problèmes touchant le secteur sanitaire et qui relèvent indiscutablement de la santé maternelle, néonatale et infantile conforte l'hypothèse selon laquelle il y a convergence entre ces réformes et les intérêts stratégiques de la SMNI. Dans les pays où l'aide extérieure joue un rôle important, on a également l'impression que les enjeux de la politique générale en matière de santé maternelle, néonatale et infantile sont également ceux des stratégies de réduction de la pauvreté (DSRP) et des approches pansectorielles qui guident toutes ces réformes (13) (voir Encadrés 7.3 et 7.4). Dans la réalité, toutefois, les choses ne sont pas aussi tranchées.

Différentes clientèles, différents langages

Les tenants de la réforme et ceux qui plaident pour la santé maternelle, néonatale et infantile s'appuient sur des clientèles qui sont assez différentes. Les programmes de maternité sans risque et de santé infanto-juvénile s'en sont plutôt prudemment tenus

Encadré 7.4 Des approches pansectorielles

Les documents de stratégie pour la réduction de la pauvreté (DSRP) ont fait leur apparition lorsque se sont dessinés des mécanismes dits « d'approche pansectorielle » (SWAp) qui sont des systèmes de coordination et de financement destinés à harmoniser et à articuler l'aide au développement autour d'une réforme sectorielle cohérente (20, 22, 23).

Les parties prenantes à cette approche dans le pays – pouvoirs publics, société civile et organismes donateurs – mettent leurs ressources à la disposition d'un programme de travail en coopération. Ce programme comporte l'élaboration de politiques, le renforcement des capacités et la réforme des institutions : il se présente généralement sous la forme d'un ensemble de mesures portant sur la décentralisation, la restructuration de la fonction publique et des ministères de la santé, l'élargissement des possibilités de financement de l'action sanitaire et la reconnaissance de la pluralité des systèmes de santé (24). Ces approches pansectorielles s'appuient sur la préparation de plans de dépenses à moyen terme et la mise en place des mécanismes correspondants de financement, d'achat, de décaissement et de comptabilité. Cette collaboration implique que l'on définisse des modalités pour la négociation des questions de stratégie et de gestion ; elle suppose également le suivi et l'évaluation des progrès réalisés en fonction de critères convenus (23, 25).

Au début, la reconnaissance, tant par les donateurs que par les gouvernements bénéficiaires, de la nécessité d'une coordination des moyens a joué un rôle essentiel dans l'acceptation de ces approches pansectorielles (26). Les donateurs étaient disposés (théoriquement du moins) à renoncer à se mettre en valeur

en investissant dans une assistance collective – ou coordonnée d'une manière ou d'une autre – au développement, en échange d'un gain d'influence sur les grandes orientations et de la possibilité d'agir sur la réforme sectorielle. Les ministères locaux de la santé ont obtenu au moins la direction symbolique de ce collectif et un accès à un ensemble élargi de ressources, tout en perdant toutefois l'avantage tactique que constituait auparavant la possibilité de négocier avec chaque organisme en particulier (26, 27). Cette reconnaissance simultanée de l'« appropriation », par les autorités locales, des réformes sectorielles et l'engagement de la part des donateurs comme des pouvoirs publics de financer des réformes nécessaires sont lourds de conséquences : ils marquent un infléchissement dans la pratique du développement, puisqu'on passe de la coordination des moyens à leur gestion active par un collectif d'acteurs agissant sous la houlette des pouvoirs publics (28).

Même s'il est vrai que les résultats ne sont pas toujours satisfaisants, on a des raisons de penser que la tendance à recourir à ce mode de coopération et à s'orienter vers le soutien budgétaire va se poursuivre dans les pays qui représentent la grande majorité de ceux qui stagnent ou connaissent un renversement de tendance (29). Grâce aux DSRP, on a la possibilité d'articuler les approches pansectorielles autour de l'idée-force d'une politique unificatrice par rapport à laquelle on pourrait mesurer les résultats de la réforme (18), les processus nécessaires à la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement étant suffisamment complexes pour traduire l'issue globale de la réforme du système de santé coordonnée dans le cadre de ces approches.

Les approches pansectorielles ont pris corps en partie à la suite du mécontentement général suscité par l'inefficacité de l'assistance au développement basée sur des projets, par la fragmentation des dons et l'absence de cohérence dans l'action des donateurs, problèmes auxquels l'action sectorielle permettait d'apporter une solution par la coordination (23). Cela étant, le deuxième élément de leur développement a été l'expérience de la Banque mondiale en matière d'ajustement structurel et de processus macroéconomique (19, 22). L'association de ces stratégies a donné aux approches pansectorielles la possibilité d'orienter la réforme dans l'ensemble du secteur sanitaire, avec suffisamment d'influence collective et de poids financier pour motiver les ministères de la santé à modifier leur politique à long terme.

Les approches pansectorielles ont une structure qui ne cadre pas toujours très bien avec le profil adopté en matière d'assistance au développement par les autres organismes bilatéraux ou non gouvernementaux qui travaillent dans le domaine de la santé maternelle, néonatale ou infanto-juvénile et reconnaissent les valeurs sur lesquelles s'appuient ces approches. Ils peuvent ne pas pouvoir adhérer davantage à ces mécanismes de financement collectif ou au processus commun de suivi et d'évaluation en raison des limites que leur impose la législation ou la réglementation administrative du pays (30). On constate, et c'est là un point capital, que, dans beaucoup de pays, des organisations non gouvernementales s'engagent activement dans l'action en faveur de la santé maternelle et infantile, mais n'ont généralement qu'un accès limité aux mécanismes de gestion mis en œuvre par les approches pansectorielles.

aux aspects techniques (4, 31), les solutions étant systématiquement présentées en termes de stratégies techniques et de rapports coût/efficacité (32-36). Malgré tous les impératifs logiques motivant cette politique, l'intégration des sous-programmes relevant de la santé maternelle, néonatale et infantile et de la santé génésique est restée longtemps problématique (37-40). Les programmes sanitaires verticaux bien établis résistent souvent aux changements, car l'on craint (souvent à bon droit) que le passage à des systèmes d'information et de gestion intégrés risque d'entraîner la disparition des compétences gestionnaires et techniques qui contribuaient jusqu'ici à soutenir leurs activités (28, 40). Lorsqu'on met en place des programmes intégrés, ils apportent souvent avec eux des ressources humaines, des financements, une logistique et des systèmes de suivi parallèles (28). Il est juste toutefois de remarquer que cet état de choses a souvent contribué à renforcer les systèmes de santé. Il n'en subsiste pas moins dans ces programmes un sentiment persistant de sélectivité et de verticalité qui ne facilite pas leur intégration dans des approches sectorielles de portée générale.

Cette convergence des objectifs de la santé maternelle, néonatale et infantile et de ceux qui ont été fixés par la CIPD du Caire a ajouté une nouvelle dimension au problème. Le débat sur les grandes options de politique générale s'est beaucoup plus diversifié et politisé et s'est davantage axé sur la question des droits. Ce débat, qui s'inspire très largement d'une conception selon laquelle ce sont les services publics ou quasi publics qui jouent le rôle essentiel, fait de plus en plus explicitement référence au droit d'accès aux soins et au système de santé. Il s'ensuit que les tenants de la santé maternelle, néonatale et infantile s'expriment dans un style qui associe arguments techniques et actions de sensibilisation. La spécificité et les enjeux de la santé maternelle, néonatale et infantile contribuent donc à lui donner davantage l'aspect d'un ensemble de programmes verticaux défendant des intérêts particuliers, en dépit des tentatives qui sont faites pour les insérer un peu plus largement dans le système de santé. Cet état de choses suscite de la résistance eu égard à la philosophie générale des approches sectorielles.

Alors que les programmes de santé maternelle, néonatale et infantile se concentrent sur les aspects techniques, la réforme des soins de santé est motivée par des impératifs économiques et gestionnaires concernant l'ensemble des activités. Les mesures de réforme portent sur l'ensemble du secteur de la santé et leurs principaux partisans sont habitués à opérer au niveau des systèmes dans leur ensemble, que ce soit à l'intérieur même des systèmes nationaux de santé ou depuis l'extérieur. Ils portent naturellement leur attention sur un certain nombre de problèmes généraux dont souffrent les systèmes de santé sur lesquels s'appuie l'action de santé maternelle, néonatale et infantile, mais les questions de nature technique ou concernant les prestations de services qui sont centrales en santé maternelle, néonatale et infantile n'ont à leurs yeux qu'un intérêt secondaire (13). Il est capital de noter que l'articulation opérationnelle entre les interventions au niveau communautaire, les soins de santé primaires et les services de recours hospitaliers – qui est à la base des systèmes de santé de district et de l'organisation de la continuité des soins – est souvent insuffisamment prise en compte.

Les différences de points de vue qui existent entre l'approche systémique et gestionnaire de la réforme, les préoccupations touchant les prestations de santé sur le terrain qui sont celles des responsables districaux et le style de plaidoyer utilisé en santé maternelle, néonatale et infantile placent les tenants de la SMNI dans une position inconfortable (31, 41). Le débat sur les stratégies se déroule dans une arène hautement



P. Wiggers/WHO



A. Maak/WHO/PAHO

Pour améliorer la santé maternelle, néonatale et infantile, il est clair que les soins doivent s'étendre sans discontinuité, de la grossesse à l'accouchement jusqu'à la période néonatale et à la petite enfance.



R. Kameyama/WHO



WHO/PAHO

politisée où le ministère de la santé se trouve en concurrence avec d'autres ministères également concernés par les questions sanitaires et les problèmes de planification ou de financement ; des tensions se font jour entre les programmes et les services intégrés, entre les hôpitaux et les services à vocation communautaire ; la planification et l'établissement du budget au niveau central contrastent avec l'autonomie des zones périphériques ; les pouvoirs publics et les organisations non gouvernementales se disputent les faveurs des mêmes donateurs (42). Il est exceptionnel que les systèmes de financement public procèdent à une véritable mise en commun des ressources, même dans les pays où l'on s'efforce d'appliquer ce principe en mettant en place des mécanismes d'approche pansectoriels (43). Malgré tous les beaux discours sur la collaboration et le consensus nécessaires à la fixation des priorités, les programmes de santé maternelle, néonatale et infantile s'efforcent souvent d'assurer leur assise financière en perpétuant un financement vertical par leurs donateurs (44). Le programme de travail des institutions étant ce qu'il est, cette situation est probablement à peu près inévitable (45). Cela dit, le résultat de tout cela, c'est que les programmes de santé maternelle, néonatale et infantile doutent souvent de leur capacité de puiser dans les ressources sectorielles, alors que les responsables sectoriels peuvent être tentés, de leur côté, de placer ces activités au second plan de leurs préoccupations. Pour des gouvernements qui, pendant des décennies, n'ont disposé que de budgets très limités et dont le système de santé est fragmenté en une mosaïque de projets, il est difficile de placer la santé maternelle, néonatale et infantile au centre de leur politique de développement du système de santé. Et c'est précisément le cas des pays qui sont maintenant confrontés aux problèmes les plus graves, qui connaissent les progrès les plus lents et qui sont les plus dépendants des donateurs et de leurs intentions changeantes.

POUR UN ÉLAN POLITIQUE SOUTENU

Pour que l'amélioration de la santé maternelle, néonatale et infantile s'inscrive dans la durée, il faut des engagements à long terme qui dépassent de loin la durée de vie politique de bien des décideurs. Les résultats impressionnants obtenus par Cuba, la Malaisie et le Sri Lanka s'expliquent par une extension progressive, sur de longues années, de la couverture assurée par leurs systèmes de santé. Cette extension s'est déroulée en plusieurs phases – consistant tout d'abord à jeter les bases nécessaires à la constitution d'un cadre d'agents de santé professionnels, puis à mettre en place un réseau accessible de services de premier niveau et de recours et, enfin, à consolider les progrès réalisés en améliorant la qualité des soins (46) – tout cela parallèlement à l'amélioration des conditions de vie et du statut de la femme (47). Ces pays ont donné la priorité à la mise en place de larges filets de sécurité sociale qui ont permis d'assurer un accès équitable à la santé et à l'éducation, en ouvrant largement les services de santé, en abaissant les barrières qui faisaient obstacle à l'obtention des services essentiels et en permettant à tous les enfants d'accéder à l'enseignement primaire et secondaire (48). Même dans certains des pays les plus pauvres de l'Amérique latine où les crises monétaires, la faiblesse des institutions, les inégalités sociales et la pauvreté continuent à faire obstacle au progrès, on a enregistré des avancées sensibles dans la généralisation de l'accès aux soins.

Depuis de nombreuses années, tous ces pays se sont engagés dans la mise en place à long terme d'un système de santé fondé sur la continuité de la « volonté politique » et de l'« appropriation » (49-56). La plupart des analystes conviendront qu'il faut un degré suffisant de stabilité macroéconomique et politique et aussi de visibilité

budgétaire pour mobiliser les ressources institutionnelles, humaines et financières que nécessite le renforcement du système de santé. Dans beaucoup des pays qui ont de la peine à progresser plus rapidement vers les objectifs du Millénaire pour le développement, cette condition n'est pas remplie. Toujours est-il que, sans un élan politique soutenu, il n'y aura pas de pouvoir suffisamment efficace, que ce soit au niveau central où les grandes décisions sectorielles sont prises ou au niveau opérationnel – c'est-à-dire dans les districts où les services sont au contact de la population.

Que faut-il donc faire pour encourager les dirigeants nationaux à agir pour assurer à la mère et à l'enfant les droits qui sont les leurs en matière de santé – droits qu'il leur incombe de faire respecter ? On connaît bien les interventions de nature technique ou contextuelle nécessaires pour améliorer la santé maternelle, néonatale et infantile. En revanche, on ne sait guère comment s'y prendre pour inciter les dirigeants

Encadré 7.5 La reconstruction des systèmes de santé dans les situations d'après-crise

Mettre en place, au niveau des districts, les systèmes de santé nécessaires pour assurer la santé maternelle, néonatale et infanto-juvénile, sans parler de leur équivalent dans des situations plus diversifiées, suppose un degré suffisant de stabilité macroéconomique et politique et un budget prévisionnel raisonnablement fiable. Dans beaucoup des pays où le progrès marque le pas, des instabilités de toute sorte excluent la mise en place de stratégies systématiques à long terme pour assurer la couverture médico-sanitaire et coordonner les efforts par le biais d'approches pansectorielles. L'existence de situations d'urgence à caractère complexe oblige à se concentrer au premier chef sur la restauration, la remise en marche, plutôt que sur la réforme.

Même dans les pays en crise, de nombreux professionnels de la santé travaillent infatigablement sur le terrain, souvent sans toucher de salaire. Pour parvenir à progresser, ce qu'il faut en premier lieu, ce sont des liquidités pour permettre de faire fonctionner les institutions, assurer la subsistance de ceux qui y travaillent et éviter qu'ils se paient sur l'usager ou charpentent le matériel. Plutôt que d'amener des travailleurs bénévoles, il vaut donc mieux payer décentement le personnel local : en pareil cas, il s'agit davantage d'éviter que le système de santé publique de base ne disparaisse que d'assurer la pérennité de l'action sanitaire.

La première priorité consiste souvent à créer des flots institutionnels de services essentiels suffisamment sûrs : dépôts de fournitures médicales et hôpitaux, même si cela fait concurrence aux programmes de vaccination à lancer d'urgence dans la population. Il ne faut pas disperser les efforts mais au contraire les concentrer là où le niveau minimum de fonctionnement peut être maintenu ou rétabli. Tout

cela fonctionne mieux avec un horizon de planification à court terme comme le cycle à 90 jours utilisé au Libéria ou au Darfour (Soudan), avec la participation d'organisations non gouvernementales et d'agences d'aide humanitaire et en s'attaquant directement aux réseaux de services périphériques.

Au cours de la période de récupération qui suit la crise, la situation change et il faut assumer le passage difficile de la phase de secours à la phase de développement, dans un contexte où les priorités sont en concurrence et où les ressources sont maigres. Pour offrir un minimum de services sanitaires en milieu rural, il faut renforcer immédiatement le réseau de soins de santé et, ce qui est absolument capital, le personnel pour les dispenser.

Le redressement du Mozambique après des années de guerre montre que l'aide aux dépenses de fonctionnement, une planification décentralisée et le renforcement de la base d'information, même au pire de la crise, peuvent porter leurs fruits. Ces mesures peuvent constituer le point de départ d'une rationalisation des aides et ouvrir la voie à la planification intégrée et à des approches pansectorielles progressives. Le déblocage de crédits pour la reconstruction en période d'après crise est souvent lent et sans commune mesure avec ce que le secteur de la santé publique de ces pays peut mobiliser par ses propres moyens. Ces aides sont particulièrement importantes pour assurer la continuité des soins de santé primaires, maternels, néonataux et infantiles. En pareille circonstance, les acteurs internationaux disposent d'infiniment plus de moyens. Toutefois, le passage de l'aide d'urgence à l'aide au développement est particulièrement difficile : les structures de l'administration publique sont très faibles de sorte qu'il faut du temps pour

rétablir les circuits qui permettent d'orienter les fonds vers le secteur sanitaire.

Au Cambodge, le redressement du service de santé après la décimation du personnel sanitaire consécutif à l'action du mouvement Khmer Rouge a consisté dès le début des années 80 à renforcer les capacités par l'accélération de la formation. Lorsque la réforme du système sanitaire a été mise en place, le personnel était surnuméraire, mal formé et mal réparti. En prenant des infirmières pour en faire des médecins, on a vidé cette catégorie de son personnel de direction compétent. Les modifications apportées, avec le soutien des donateurs, aux programmes des études en soins infirmiers ont entraîné l'arrêt de la formation en une année des sages-femmes et la création d'un diplôme postuniversitaire en obstétrique qui aura pour conséquence d'accroître la concentration actuelle des sages-femmes dans les zones urbaines où la pratique libérale leur permet d'obtenir un surcroît de revenu apprécié (62, 63). Bien que conscient de ce difficile dilemme, le Ministère cambodgien de la Santé n'a pas été en mesure de mettre en place une stratégie qui puisse porter efficacement remède à la crise.

Ce sont des ministères de la santé aux ressources insuffisantes qui ont à ramener rapidement les services de santé à un niveau acceptable. En pareil cas, le développement du réseau nécessaire à la couverture des zones reculées est beaucoup plus lent et beaucoup plus coûteux qu'en temps normal. Si l'on sous-estime les coûts de fonctionnement au moment où des décisions sont prises au sujet des investissements, la viabilité à long terme du secteur sanitaire sera compromise.

politiques nationaux à soutenir durablement cette cause. La communauté internationale est parfaitement capable d'établir un programme d'action mondial – les objectifs du Millénaire pour le développement en sont la preuve –, mais elle a encore beaucoup à apprendre sur la manière de réduire l'écart entre les préoccupations mondiales et l'action nationale et également sur la façon de rester suffisamment longtemps attentive à ces problèmes pour que cela puisse changer quelque chose.

Pour faire naître la volonté politique, il faut disposer d'informations sur l'ampleur, la distribution et les causes profondes des problèmes auxquels sont confrontés mères et enfants et savoir à quelles conséquences on s'expose en termes de capital humain et de développement économique si l'on n'y fait pas face efficacement. La santé maternelle, néonatale et infantile peut se prévaloir d'un vaste réseau de défenseurs au niveau international qui font beaucoup pour produire et diffuser ce genre d'information. Des progrès très sensibles ont également été accomplis en vue de la mise au point d'une batterie d'interventions, de la démonstration de leur bon rapport coût/efficacité ainsi que dans la diffusion des connaissances (10, 36). Enfin, de grands efforts ont été déployés pour faire ressortir la nécessité d'une vaste gamme d'interventions à mettre en œuvre simultanément au niveau des ménages, dans les communautés et par le canal des centres de santé et des hôpitaux.

Il s'agit là de travaux importants et qui doivent se poursuivre. Toutefois, en s'articulant autour d'une vaste gamme d'interventions techniques, le débat sur la SMNI donne l'impression d'une entreprise complexe et coûteuse. Pour attirer durablement l'attention des décideurs, il est nécessaire d'adopter un style différent. Il faut que les programmes soient perçus par les responsables politiques nationaux comme des moyens efficaces et abordables de résoudre des problèmes bien connus, mais aussi comme des objectifs qui recueillent de larges suffrages et peuvent être exploités sur le plan politique.

S'il y a un projet commun susceptible de rassembler les intérêts et les préoccupations des programmes de SMNI ainsi que ceux des responsables sectoriels et des prestataires de soins, c'est précisément celui de l'accès universel aux soins pour la mère et l'enfant, assuré dans le cadre d'une stratégie générale ouvrant cet accès à toute la population. Présenter la SMNI dans la perspective de la progression vers l'accès universel aux soins n'est pas une simple question de style. Cette démarche replace la santé maternelle, néonatale et infantile dans le contexte plus large d'un projet politique simple qui est de plus en plus considéré comme une préoccupation légitime et qui suscite un vaste débat social : il s'agit de faire droit à la société qui exige la protection de la santé de tous les citoyens.

RÉADAPTATION DU PERSONNEL

Pas seulement une question d'effectifs

Pour assurer l'accès universel, il faut disposer durablement d'un personnel sanitaire efficace. Cependant, alors que la demande a augmenté et qu'il existe désormais davantage de moyens d'assurer un traitement et une prévention efficaces pour faire face à l'accroissement de besoins et de la demande, le personnel n'a pas suivi tant au plan des effectifs et des compétences qu'à celui de l'infrastructure. De fait, les crises économiques et financières qu'ont connues de nombreux pays ont déstabilisé et sapé le personnel au cours des deux dernières décennies. La crise des ressources humaines qui en résulte se fait sentir à tous les niveaux de l'action sanitaire et notamment dans les programmes de SMNI. Cet état de choses préoccupe depuis longtemps les agents

de santé qui travaillent sur le terrain ainsi que les fonctionnaires des ministères de la santé, mais le problème s'est révélé si ardu que la communauté internationale n'a commencé à en prendre acte explicitement qu'à la fin des années 90.

Les signes les plus visibles de cette crise sont d'une part la pénurie considérable de personnel et d'autre part les déséquilibres vertigineux que l'on constate dans sa répartition. En raison de l'insuffisance de la production, de la réduction des effectifs et du plafonnement des recrutements, décidés dans le cadre de politiques d'ajustement structurel et de modération fiscale, et également du fait du gel des salaires et des départs vers le secteur privé, des migrations et du VIH/SIDA, le rattrapage va rester une tâche considérable au cours des prochaines années (57-61). La montée en puissance nécessaire pour faire face aux besoins prévisibles de la santé maternelle, néonatale et infantile évoqués aux chapitres 5 et 6 par exemple suppose que les pays produisent au cours des dix prochaines années au moins 334 000 sages-femmes supplémentaires (ou professionnels de santé ayant des compétences en obstétrique) et assurent le perfectionnement de 140 000 autres. Quelque 27 000 médecins et techniciens doivent acquérir les compétences nécessaires pour assurer les soins de recours aux mères et aux nouveau-nés et 100 000 professionnels polyvalents de même niveau (bien davantage dans le cadre de scénarios où il est moins fait appel aux agents de santé communautaires) devront être formés pour assurer la transition entre les soins maternels et néonataux et la prise en charge intégrée de l'enfant.

En plus de ces pénuries, il s'avère également que, dans de nombreux pays, le personnel a également perdu de son efficacité. La population s'attend à trouver dans les soins de santé maternelle, néonatale et infantile des qualifications, des savoirs et des compétences que souvent les soignants ne possèdent pas, mettant en danger la vie de leurs patients. On peut, par le perfectionnement, améliorer l'efficacité du personnel actuel, mais le niveau de qualification est désormais si faible et les compétences si mal diversifiées que les possibilités de perfectionnement restent limitées. On considère généralement que la formation et l'encadrement en cours d'emploi sont des éléments clés pour améliorer les résultats, mais on manque cruellement d'éléments d'appréciation sur les méthodes permettant d'améliorer la compétence avec un bon rapport coût/efficacité, notamment lorsque la formation de base est médiocre et que les conditions de travail laissent à désirer. La situation est peut-être moins critique en ce qui concerne les soins destinés à l'enfant, mais il y a beaucoup d'endroits où le personnel ne possède pas le niveau de compétence nécessaire pour assurer dans de bonnes conditions de sécurité des soins de santé maternelle et néonatale efficaces. Il est donc de toute évidence capital que les nouveaux personnels qui seront nommés pour reconstituer les effectifs possèdent le niveau requis.

Pour remédier aux insuffisances et améliorer la palette des compétences ainsi que les conditions de travail, il est indispensable de commencer par planifier ; de même, il faut mettre en place la capacité institutionnelle nécessaire à la gestion des ressources humaines pour la santé. Les problèmes de l'heure exigent des solutions immédiates. Les pays en développement et ceux qui sont en transition économique ont souvent connu des vicissitudes nuisibles pour la cohésion des personnels. Des années de négligence ont créé des problèmes qu'il faut traiter immédiatement, en même temps qu'on préparera l'avenir par la planification et la réforme (voir Encadré 7.5). Ces problèmes épineux qu'il faut résoudre sans délai tiennent notamment aux conditions de travail et de recrutement dans le secteur public ainsi qu'aux distorsions qui en résultent dans les comportements et la productivité du personnel.

Corriger les négligences passées

Dans beaucoup de pays, le personnel sanitaire du secteur public est souvent qualifié « d'improductif », « de peu motivé », « d'inefficace », « de discourtois avec la clientèle », voire de « corrompu ». « L'injustice » des salaires est présentée comme la justification du comportement prédateur « inévitable » du personnel et de l'exode des cerveaux vers le secteur privé (64). Cet état de choses a eu pour effet de saper le contrat social et moral sur lequel reposent les valeurs de service public de tout organisme public qui se respecte (65). La plupart des observateurs admettront que, souvent, les salaires du secteur public sont indiscutablement injustes et insuffisants pour faire face aux dépenses de la vie quotidienne, et à plus forte raison ne sont pas à la hauteur des attentes des professionnels de la santé ; dans bien des pays, ils ont même reculé en valeur réelle au cours des dernières décennies. Par exemple, au Mozambique, le pouvoir d'achat des infirmières a baissé de 85 % à 90 % en l'espace de 15 ans. Dans de telles situations, il faut s'attendre à une démotivation, à un manque général d'engagement et à une faible productivité de la part du personnel.

Il n'est donc pas surprenant que, pour compenser des salaires abusivement bas, les personnels de santé cherchent le plus souvent à accroître individuellement leur revenu, par exemple en se disputant des places dans des séminaires ou des cours de formation qui offrent des indemnités journalières intéressantes ou en optant pour une double fonction (64, 66, 67). Beaucoup d'employés du secteur public complètent leur salaire en se faisant rémunérer pour des services à la clientèle privée. D'autres ne viennent pas travailler pour gagner leur vie par d'autres moyens ou se comportent en véritables prédateurs en extorquant des dessous-de-table ou encore en détournant des médicaments ou d'autres fournitures. On a de plus en plus conscience des problèmes créés par ce genre de comportement, mais le sujet reste tabou pour beaucoup de ministères de la santé et d'organismes de développement (68).

Le fait, pour un employé du service de santé, d'assumer une double fonction pour améliorer ses conditions de vie – ou tout simplement pour joindre les deux bouts – n'a pas forcément d'effets négatifs sur son travail ; cela peut même permettre au service public de retenir certains éléments de valeur. Toutefois, la plupart du temps, cet état de choses se traduit par des heures de travail perdues pour le service public et entraîne une perte de ressources, tout en renforçant l'exode des employés les mieux formés et les plus compétents des campagnes vers les villes et du secteur public vers le secteur privé. Cette situation contribue à son tour à accroître l'attrance pour un travail « parallèle » qui se révèle rapidement non seulement plus intéressant sur le plan financier, mais également sur le plan professionnel et en termes de prestige social.

Mais les conséquences peuvent être encore plus graves lorsque les employés du secteur public se comportent en prédateurs : l'exploitation financière des patients constitue un obstacle qui les empêche d'accéder aux soins et peut avoir des effets catastrophiques pour les malades si ceux-ci doivent payer pour des soins qui ne sont ni nécessaires ni efficaces, mais toujours coûteux. A long terme, cela nuit à la légitimité et à la crédibilité du secteur public et mine la relation de confiance indispensable qui doit exister entre les usagers et les soignants.

Prétendre que ce problème n'existe pas ou que c'est uniquement une question d'éthique personnelle, c'est n'en reconnaître ni la nature ni l'ampleur et ce n'est certainement pas ainsi qu'on le résoudra. Interdire les doubles fonctions n'a guère de chances non plus de donner des résultats, en tout cas là où les salaires sont notoirement insuffisants. Prise séparément, une mesure consistant à instituer une réglementation restrictive – quand il n'y est pas ouvertement contrevenu – n'a pour effet que de pousser les

doubles fonctions dans la clandestinité et il devient alors difficile d'en corriger les effets négatifs. Malgré tout, pour beaucoup de gouvernements, l'interdiction de cette pratique reste le principal moyen d'en venir à bout. Une autre méthode décevante consiste à réduire les effectifs dans l'espoir de répartir la masse salariale parmi un plus petit nombre d'employés de manière à ce que ceux qui restent touchent davantage. Ces initiatives ont souvent pour effet de susciter une telle résistance qu'elles n'atteignent pas le stade de la mise en application. Lorsqu'on les met en œuvre, elles entraînent rarement une augmentation sensible du salaire, de sorte que le problème demeure et que le système de santé publique dispose d'encore moins de moyens qu'auparavant pour remplir sa mission.

D'un autre côté, il est remarquable de constater que, compte tenu de l'écart entre leur salaire actuel et ce qu'ils pourraient gagner en exerçant d'autres fonctions, nombre de fonctionnaires restent fidèles au service public. Visiblement, il y a d'autres sources de motivation : la responsabilité sociale, l'épanouissement personnel, la satisfaction professionnelle, les conditions de travail et le prestige (69). En fait, la plupart des agents de santé condamnent implicitement ou explicitement la double fonction et les comportements prédateurs, même s'il peut leur arriver de tenter de les expliquer et de les justifier d'une façon ou d'une autre. On constate souvent un décalage entre l'image que veulent donner d'eux-mêmes les personnels de santé, qui est celle de fonctionnaires honnêtes, désireux de bien faire leur travail, et la réalité des faits qui les contraignent à trahir cette image. La gêne manifeste que cet état de choses provoque ouvre d'importantes perspectives. Elle incite à penser que, même dans des circonstances difficiles, des comportements qui dérogent à la déontologie traditionnelle de la fonction publique n'ont pas été intériorisés comme des comportements normaux. Cette ambiguïté donne à penser que des interventions visant à éviter que le respect du code de bonne conduite ne s'érode davantage seraient bien accueillies (70).

Une action au coup par coup reposant sur un ensemble de mesures – perspectives de carrière, formation, etc. – peut largement contribuer à restaurer de bonnes conditions de travail. Pour traiter ce genre de situation, il faut tout d'abord reconnaître ouvertement le problème. C'est la seule façon de se donner les moyens d'éviter et de décourager la recherche de revenus parallèles susceptibles de créer des conflits d'intérêts, en faveur de solutions ponctuelles qui aient un impact moins négatif sur le fonctionnement des services de santé. Outre qu'elle permet d'atténuer les conflits d'intérêts, une discussion franche peut contribuer à faire taire le sentiment d'injustice entre collègues. Elle permet d'établir un environnement social favorable à un comportement professionnel débarrassé du clientélisme et de l'arbitraire qui règnent dans le secteur public de nombreux pays. L'influence des pairs, par exemple par le truchement d'associations professionnelles, peut stimuler efficacement le sens de la responsabilité professionnelle, notamment si on y voit une contribution à la réputation et au statut de la fonction publique (71). Il devrait alors être possible de gérer les ressources humaines d'une manière plus transparente et plus prévisible. On a des raisons de penser que les nouvelles générations de professionnels de la santé ont des attentes plus raisonnables et sont suffisamment réalistes pour s'apercevoir que le marché de la double fonction n'est pas infini et qu'il est dans une large mesure occupé par leurs devanciers. Cela permet d'envisager l'introduction de diverses formes d'incitation qui soient compatibles avec les objectifs sociaux du système de santé (72).

Lorsque, par exemple, il est proposé une compensation financière pour le travail dans des zones défavorisées, dans un contexte qui donne à l'intéressé la motivation nécessaire et lui assure la reconnaissance indispensable, cela peut contribuer à

rétablir les valeurs du service public. Il en va de même de l'introduction d'un salaire au mérite. Toutes ces mesures sont en principe susceptibles de résoudre le problème posé par l'empiètement d'une fonction sur les heures dévolues à l'autre, qui est l'un des principaux inconvénients de la double fonction. Toutefois, ces méthodes supposent que l'administration publique fonctionne bien et de manière transparente de sorte qu'a priori elles sont très difficiles à mettre en œuvre à grande échelle dans les pays qui en ont le plus besoin.

Déstabiliser avec les meilleures intentions

Les stratégies que le personnel sanitaire peut imaginer à titre individuel pour faire face à ses difficultés financières – double fonction, comportement prédateur ou autres stratégies d'adaptation – sont aggravées par certaines interventions des donateurs sur le marché du travail des pays en développement. Souvent, ces interventions ont pour effet de provoquer des fractures dans la main-d'œuvre en encourageant des réformes de structure ou en établissant des programmes qui ne tiennent pas compte des relations existantes entre employeur et employé. On se retrouve alors avec un personnel qui n'est pas en mesure d'assumer ses tâches fondamentales et qui manque de solidarité, de capacité d'adaptation et de ressources pour faire face aux nouveaux défis (61).

Les organismes internationaux de développement prennent davantage conscience du problème depuis quelques années. Ils sont d'ailleurs en train de modifier leur mode de recrutement pour tenter de réduire l'exode des cerveaux qui résulte du débauchage par leurs services de membres du personnel des ministères de la santé parmi les plus compétents et les plus productifs. Nombre de ces organismes ont maintenant, au moins en principe, une politique de recrutement qui consiste à ne soustraire le personnel des administrations publiques à leurs tâches fondamentales que pour des travaux de brève durée, en les laissant regagner leur poste avant que leur absence n'ait des conséquences négatives pour le service public (73). Les donateurs sont également des partenaires essentiels pour la recherche de solutions : le dialogue entre les donateurs et les pouvoirs publics sur les questions de politique générale est particulièrement important pour faciliter une bonne gouvernance et le renforcement des capacités. Ce dialogue est l'occasion de présenter des documents sur les meilleures pratiques et de les analyser ; il peut permettre de sensibiliser réformateurs et tenants de la SMNI aux conséquences du développement du programme pour les conditions particulières dans lesquelles le personnel sanitaire exerce ses fonctions.

La crise profonde que traverse le personnel sanitaire de nombreux pays exige une planification à long terme, des réformes de structure, ainsi qu'une gestion à court terme qui doit être mise en place sans délai. Les pays doivent trouver aux problèmes que connaissent leurs ressources humaines des solutions qui soient adaptées à leur situation propre, à leur culture politique et à leurs moyens économiques. Toutefois, l'élaboration d'une base mondiale de données portant sur les meilleures pratiques peut constituer une aide pour les donateurs et les gouvernements en leur permettant d'évaluer en toute connaissance de cause les conséquences potentielles – volontaires et involontaires – que les initiatives pour résoudre les problèmes sanitaires et développer les systèmes de santé peuvent avoir sur le personnel et leur en faciliter l'analyse et le traitement. Ils devraient ainsi être plus à même de faire face aux problèmes générés par le recours à la double fonction et la fragmentation du système de soins avant que ces phénomènes ne s'intègrent à la culture des organismes publics (74).

S'attaquer au problème salarial

Si rien n'est fait, le désinvestissement dans les ressources humaines ne peut vraisemblablement aller qu'en augmentant (75) et c'est là une menace qui pèse sur les espoirs d'améliorer la santé maternelle, néonatale et infantile. Il est inutile de se dissimuler que la faiblesse des salaires et les mauvaises conditions de travail continuent à être des facteurs très démotivants pour le personnel du secteur public. Il va falloir trouver un moyen durable d'offrir une rémunération et des avantages qui soient concurrentiels et puissent attirer, motiver et retenir les agents compétents et efficaces.

C'est une entreprise très difficile. Compte tenu du niveau actuel de rémunération, l'augmentation de la masse salariale nécessaire pour assurer une extension de la couverture conforme aux projections indiquées aux chapitres 5 et 6 va se monter à une somme totale de US \$35 milliards au cours de la prochaine décennie. Dans les pays qui connaissent une hémorragie de leur personnel sanitaire, la disparité entre les salaires et les attentes du personnel ainsi qu'entre les salaires et la rémunération que les fonctionnaires du service de santé peuvent espérer percevoir dans le secteur privé, dans un autre emploi ou en émigrant vers un pays riche est particulièrement importante, voire souvent considérable. Dans les pays à revenu moyen, les médecins et les administrateurs du système de santé peuvent facilement tripler leur salaire en ouvrant un petit cabinet ou en gérant une petite affaire privée ; dans les pays à faible revenu, ce genre d'activités leur permet de multiplier leur revenu par six ou sept (69). En Thaïlande, le système complexe de gratifications qui a été mis en place n'a pas permis de réduire l'écart de revenu entre les médecins du service public et ceux qui exercent en pratique privée, mais il a toutefois permis de retenir les médecins exerçant en milieu rural. Il a cependant fallu multiplier le salaire de base par quatre ou cinq et augmenter de 70 % celui des infirmières (76, 77). Au Brésil, le doublement, voire le triplement des salaires, a permis, dans une certaine mesure, de retenir le personnel, mais pas autant qu'on l'aurait souhaité (78). Au Cambodge, il faudrait multiplier l'ensemble salaires plus indemnités par un facteur compris entre huit et dix pour que la rémunération totale corresponde au coût de la vie (79). En Géorgie, on a proposé de multiplier par cinq l'ensemble des salaires et des indemnités au cours des prochaines années. Il n'y a pas de règle générale simple qui permette de dire de combien il faudra augmenter les salaires du personnel sanitaire dans les pays pauvres pour qu'ils soient à la fois équitables et compétitifs : la proportion varie beaucoup d'un pays à l'autre. Toutefois, on peut dire sans grand risque que, dans beaucoup des pays où la progression vers les objectifs du Millénaire pour le développement reste décevante, il est nécessaire de procéder sans délai à une augmentation très forte.

Il résulte de cela que, sur un coût supplémentaire total de développement de la SMNI égal à US \$91 milliards, la part destinée aux salaires et autres avantages pour le personnel, soit US \$35 milliards, est très insuffisante pour permettre de recruter, de retenir et de redéployer le personnel dans les 75 pays pour lesquels on a élaboré des scénarios de montée en puissance des services de santé. Même si l'on tentait de réduire l'écart en doublant, voire en triplant la masse salariale totale et les indemnités, ce serait encore insuffisant pour attirer, retenir et redéployer du personnel de qualité. Mais cette mesure entraînerait sur dix ans une augmentation de 2 % à 17 % des dépenses publiques courantes de santé, uniquement pour assurer une rémunération décente au personnel de la SMNI. Il est évident que la plupart des pays pauvres ne peuvent pas faire face sans assistance à une charge aussi lourde.

L'obligation de collaboration qu'implique la mise en œuvre des approches pansectorielles devrait permettre de tendre vers l'harmonisation des salaires et des conditions

de travail proposés par les ministères de la santé, les donateurs et les organisations non gouvernementales, mais ce n'est là qu'une solution partielle. Une augmentation de salaire ne permettrait pas, par elle-même, de motiver suffisamment le personnel pour que le service public fonctionne (75). Il faut que le personnel sanitaire ait la certitude que les améliorations apportées ne seront pas des palliatifs à court terme accordés de façon ponctuelle. Il importe de garantir clairement, et de manière durable au personnel, que travailler pour le secteur public de la santé sera gratifiant – non seulement eu égard au niveau de vie, mais également sur le plan social et professionnel. Il faudra pour cela refinancer l'ensemble du secteur sanitaire dans des conditions qui en garantissent la stabilité à long terme.

UNE PROTECTION FINANCIÈRE POUR ASSURER L'ACCÈS UNIVERSEL

La question du financement est à la base de toute planification des soins de santé maternelle, néonatale et infantile et de toute solution à la crise des ressources humaines, et c'est un fait que donateurs et gouvernements sont souvent peu disposés à reconnaître (80-82). Toutefois, assurer l'accès universel aux soins de santé maternelle, néonatale et infantile ne se résume pas à accroître l'offre de services et à mieux payer ceux qui dispensent les soins. Pour que les services sanitaires soient effectivement utilisés, il faut abaisser ou éliminer les barrières financières qui en interdisent l'accès et assurer aux personnes qui cherchent à se faire soigner une protection contre le coût de ces services sur laquelle ils puissent compter : l'accès universel doit aller de pair avec la protection financière (83). C'est uniquement à ce prix que l'on pourra universaliser l'accès aux services de santé en fonction des besoins de la population et non pas en fonction de sa capacité à payer, et que l'on pourra éviter aux ménages ou aux particuliers de connaître des difficultés financières ou la ruine.

Il y a essentiellement deux grandes options pour organiser cela : soit un système général fondé sur l'impôt soit un système d'assurance-maladie dans le cadre de la sécurité sociale. Ces deux options assurent une protection contre les risques financiers et favorisent l'équité par le prépaiement des soins et la répartition des risques sanitaires. La différence la plus nette entre les deux systèmes tient à la manière de percevoir les recettes. Dans le cas des systèmes fondés sur l'impôt, la principale source de financement est constituée par les recettes fiscales générales, les fonds perçus étant affectés par les pouvoirs publics à l'achat ou à la fourniture de prestations de santé. Dans les systèmes d'assurance-maladie financés par la sécurité sociale, le prépaiement des soins est directement assuré par les salariés, les travailleurs indépendants, les entreprises et les pouvoirs publics au moyen de cotisations obligatoires. On peut dans les deux cas parler de systèmes d'assurance, car les deux systèmes mettent en commun les cotisations d'un grand nombre de personnes : ce qui les différencie, c'est que, dans les systèmes financés par l'impôt, l'assurance est implicite tandis que, dans les systèmes de sécurité sociale, elle est explicite. Il existe également des systèmes mixtes : l'organisation de la protection financière pour une partie de la population est couverte par l'impôt, alors que les autres groupes peuvent bénéficier de divers types d'assurance-maladie ou d'autres formes de protection sociale.

Quel que soit le mode de financement des services de santé adopté, deux choses sont importantes : la première, c'est qu'aucun groupe de population ne soit exclu ; la seconde, c'est que les services de santé maternelle, néonatale et infantile fassent partie intégrante de l'ensemble des prestations auxquelles les citoyens ont droit et qu'ils soient financés d'une manière cohérente par le système retenu. Si ces conditions sont remplies, le fait que les prestations soient assurées par des employés du ser-

vice public ou obtenues auprès d'organismes non gouvernementaux du secteur sans but lucratif ou d'autres fournisseurs de soins du secteur privé est d'une importance secondaire. Toujours est-il que, dans la plupart des pays, les systèmes de soins sont pluralistes. Choisir celui qui, à un moment donné, représente le meilleur compromis possible dépend des conditions qui lui sont propres, de l'expérience qu'il possède et de ses antécédents. Dans la mesure où le mode de financement des soins de santé garantit à toute la population que ses droits aux soins seront équitablement respectés, l'organisation de la distribution des soins dans des systèmes pluralistes n'est plus une question de principe ; il s'agit plutôt de doser soigneusement les effets positifs et négatifs par la négociation et la réglementation.

Peu à peu, la plupart des pays ont tendance à généraliser les systèmes de prépaiement et de mise en commun des ressources et se dirigent peu à peu vers la protection financière universelle, parallèlement à l'extension de leurs réseaux de soins de santé. Toutefois, passer d'une situation caractérisée par une offre limitée de prestations, une part importante de paiements directs et l'exclusion des plus pauvres à l'accès et à la protection universels, peut prendre de nombreuses années. Les pays ont à faire face à des problèmes différents selon le stade de développement économique et le contexte social et politique dans lequel ils se trouvent, et ils peuvent être amenés à recourir à d'autres systèmes pour renforcer l'offre des soins et leur accessibilité. Ils peuvent notamment faire payer l'utilisateur ou mettre en place divers systèmes de prépaiement et de mise en commun des ressources en faveur de groupes particuliers de population.

Du paiement par l'utilisateur au prépaiement et à la mise en commun des ressources – le refinancement du secteur sanitaire

Dans les pays les plus pauvres, où une part importante de la population se voit interdire l'accès aux soins, il n'y a souvent aucune protection financière. Les prestations « gratuites » sont souvent peu nombreuses, elles sont financées par l'impôt et encore insuffisamment. On estime actuellement que les paiements directs représentent dans ces pays entre deux et trois fois les dépenses totales des pouvoirs publics et des donateurs, une part importante de ces paiements directs allant à des prestataires de soins du secteur commercial ou servant au règlement d'honoraires non officiels. Ce dernier point constitue maintenant un obstacle majeur à l'accès des populations pauvres aux maigres services publics, l'imprévisibilité des coûts les rendant encore plus hésitantes à se faire soigner.

Les paiements directs dont le produit est directement utilisé pour la fourniture de services publics contribuent rarement à en accroître le financement. Dans certains cas, l'introduction du paiement par l'utilisateur s'est accompagnée d'une amélioration de la qualité des services, de l'élimination des honoraires non officiels et d'une plus grande transparence dans la structure des redevances ; les recettes ainsi dégagées ont permis de redonner vie à des services moribonds. Mais même en pareil cas, les inconvénients l'emportent sur les avantages : dans la plupart des pays, par exemple au Kenya, en Papouasie-Nouvelle-Guinée, en République-Unie de Tanzanie et ailleurs, l'introduction du paiement par l'utilisateur a encore accru l'exclusion et a provoqué une baisse de l'utilisation des services de santé maternelle, néonatale et infantile par les couches les plus pauvres de la population.

Les efforts déployés pour tenter de limiter l'exclusion en introduisant un système de paiement par l'utilisateur ont donné des résultats décevants. Le fait d'exempter de paiement les patients défavorisés se révèle rarement efficace, car le personnel se trouve confronté à un dilemme lorsqu'il se rend compte que cette exemption – que par ailleurs il approuve – a pour effet de réduire directement les recettes du service de

Encadré 7.6 La participation de la société civile a besoin d'être soutenue

En mai 2004, la Cinquième-Septième Assemblée mondiale de la Santé a approuvé la première stratégie de l'OMS visant à accélérer les progrès dans le domaine de la santé génésique (94). Cette stratégie recommande une action dans les secteurs clés et notamment de mobiliser la volonté politique - préalable à un renforcement réussi de la capacité du système de santé de fixer les bonnes priorités ; de mettre en place un cadre législatif et réglementaire approprié ; et de renforcer en outre le suivi, l'évaluation et la notification des progrès réalisés.

L'expérience acquise au Bangladesh vers le milieu des années 90 montre que le temps et l'argent consacrés à mobiliser les groupes concernés de la population ne l'ont pas été en vain ; négliger de le faire peut avoir des conséquences extrêmement négatives.

Le Bangladesh a élaboré sa première stratégie relative au secteur de la santé et de la population (HPSS) en 1996 (95), et un programme de cinq ans consacré à ce même secteur a suivi en 1998 (96). Il a été décidé qu'améliorer la santé des femmes, des enfants et des pauvres en serait le principal objectif et on a affecté environ 60 % du budget national de la santé à la mise en place d'un ensemble de services essentiels qui seraient dispensés par le canal du système de soins de santé primaires. Les soins de santé génésique constituaient l'élément central de ce programme : maternité sans risque, et notamment développement des soins obstétricaux d'urgence ; planification familiale ; prévention et traitement des infections génitales et des maladies sexuellement transmissibles, y compris le VIH/SIDA ; nutrition maternelle ; régulation du cycle et prise en charge des complications des avortements non médicalisés ; soins aux adolescents ; traitement de la stérilité et soins aux nouveau-nés.

Ce programme a inauguré des changements structurels majeurs : regroupement des cadres de la santé et de la planification familiale sous une seule et même direction afin de dispenser des services essentiels sous une forme intégrée ; planification, gestion et financement à l'échelon de l'ensemble du secteur ; participation de la communauté et de toutes les parties prenantes à l'élaboration, à la mise en œuvre et au suivi des politiques et des programmes ; décentralisation des services de santé et autonomie de gestion des hôpitaux ; établissement de partenariats avec les organisations non gouvernementales et démarginalisation

des problèmes liés à la discrimination vis-à-vis des femmes.

Les pouvoirs publics et les donateurs internationaux sont convenus que la société civile devait participer à la phase de conception du programme afin que puisse s'établir le consensus nécessaire au changement de structure. Pendant près de deux ans, ils ont donc consacré du temps, des fonds et du personnel à la collaboration avec la société civile. Un groupe spécial chargé de la participation de la communauté et des différentes parties prenantes a organisé des consultations dans tout le pays avec 34 partenaires, notamment des usagers et des prestataires de services, des femmes, des adolescents, les populations autochtones, les organisations professionnelles et non gouvernementales, et les médias (97).

En permettant ainsi à la société civile d'exprimer avec force son point de vue dans la formulation du programme, on s'est assuré le soutien des principaux dirigeants politiques du nouveau Gouvernement : le Bangladesh, qui n'accordait jusqu'ici qu'une faible priorité à la planification familiale, a modifié ses priorités et ses investissements dans le domaine sanitaire pour passer à la mise en place de services polyvalents dans le domaine de la santé sexuelle et génésique. Une programmation à l'échelon de l'ensemble du secteur et le regroupement des cadres de la santé et de la planification familiale au premier niveau ont sensiblement progressé, comme d'ailleurs diverses initiatives programmatiques. Les indicateurs sanitaires se sont améliorés : le ratio de mortalité maternelle est passé de 4,1 à 3,2 pour 1000 naissances vivantes, le taux de fécondité de 3,3 à 2,9 par femme chez les 15-49 ans, la malnutrition grave de 20,6 % à 12,9 %, le taux de mortalité des moins de cinq ans de 96 à 83 pour 1000 naissances vivantes, la couverture des soins prénatals de 26,4 % à 47,5 % et la satisfaction des besoins en matière de soins obstétricaux essentiels de 5,1 % à 26,5 % (98).

Pour planifier et conduire cette consultation permanente au cours de la mise en place du plan, le Gouvernement avait créé un comité national pour mettre en place 25 comités de partenaires primaires appartenant aux communautés des différentes régions du pays, les « groupes de veille sanitaire ». Toutefois, contrairement à ce qui s'était passé au cours de la phase de conception du plan, ce processus consultatif n'a pas été considéré comme prioritaire et n'a pas reçu de fonds ni de reconnaissance

officielle. Lors des deux premiers examens annuels du programme, on n'a pas organisé de dialogue avec les parties prenantes comme cela avait été convenu antérieurement.

Le programme s'est alors trouvé en position de faiblesse face au nouveau Gouvernement. Les opposants à la réforme, en particulier le lobby de la planification familiale, a persuadé le nouveau Gouvernement de faire obstacle à la mise en application de la mesure essentielle, à savoir une offre de services intégrés en matière de santé sexuelle et génésique par le regroupement des cadres de la santé et de la planification familiale. La mise en œuvre de cette mesure a donc entraîné en longueur et, en 2003, le Gouvernement est revenu sur la décision de regroupement (99). Les donateurs ont protesté, ils ont temporairement suspendu leur aide mais avec peu d'effet. Exclues des consultations systématiques depuis 1999, les alliances conclues avec la société civile ont pratiquement disparu. Il faut maintenant reconstituer les groupes partenaires, en partant pratiquement de zéro.

On peut tirer plusieurs enseignements de l'expérience menée au Bangladesh (50). En premier lieu, c'est que lorsqu'on modifie un programme, il faut disposer d'un appui populaire. Au Bangladesh, les organisations non gouvernementales et les associations féminines constituaient la base de cet appui et ont conclu des alliances plus larges afin d'acquiescer un poids politique suffisant. En second lieu, constituer des groupes partenaires et nouer des alliances nécessitent un financement durable non seulement pour l'action de sensibilisation, mais également pour le renforcement des capacités. Enfin, troisièmement, pour assurer la crédibilité et la permanence du pouvoir, il faut déléguer la direction de la mobilisation aux organisations de la société civile. Le quatrième point, c'est que les intermédiaires obligés et en particulier les principaux d'entre eux, c'est-à-dire les pouvoirs publics et les donateurs, doivent permettre aux organisations compétentes de la société civile de participer à la prise de décision et les associer également à l'élaboration des politiques, à la mise en œuvre des programmes et à leur suivi. C'est le seul moyen d'assurer une continuité suffisante à la volonté politique pour qu'elle survive aux changements de gouvernements, comme aux intérêts des donateurs, et puisse concourir de façon significative à l'accès de tous aux soins de santé.

Source : (50).

santé, voire son propre revenu. En fait, les principaux bénéficiaires de ces systèmes d'exemption sont souvent en mesure de payer – c'est notamment le cas des membres du personnel des établissements de soins et de leurs familles (84). Pour atténuer les conflits d'intérêts, certains pays, comme le Cambodge, utilisent des fonds obtenus sous le coparrainage des principaux donateurs, dont ils confient la gestion à des organisations non gouvernementales locales, distinctes des services de santé, lesquelles décident des exemptions à accorder (85). Toutefois, avec des ayants droit qui représentent souvent plus de 30 % des consultants, cette solution soulève beaucoup de questions quant à sa viabilité à long terme. Plutôt que l'exemption de paiement, on peut aussi recourir au crédit. La Sierra Leone procède à une expérience pilote dans ce domaine avec la mise en place d'un système de crédit permettant de prendre en charge le coût des accouchements (86). Il s'agit d'un crédit sans intérêt avec remboursements progressifs étalés sur une longue période de temps. Les premiers résultats paraissent prometteurs, mais la poursuite de cette expérience suppose une mobilisation et une prise en main ferme au niveau communautaire et il ne semble pas, autant qu'on sache, que l'expérience ait été développée à une échelle importante.

Globalement, la mise en place d'un système de paiement par l'utilisateur ne constitue pas une réponse viable au sous-financement du secteur sanitaire : en effet, ce système institutionnalise l'exclusion des plus pauvres et n'accélère pas la progression vers un système caractérisé par l'accès universel aux soins et la couverture financière des prestations. Néanmoins, l'abolition du paiement par l'utilisateur là où ce système existe n'est pas non plus la panacée : elle doit s'accompagner, dès le premier jour où il y est mis fin, d'une modification des structures et d'un refinancement des services sanitaires. C'est ainsi qu'en Afrique du Sud, le Gouvernement a par exemple supprimé le paiement des prestations de santé maternelle et infantile dans le cadre d'une approche ciblée destinée à réduire les inégalités en matière de santé. Cette mesure a eu pour conséquence d'augmenter l'utilisation des services de santé prénatale et infantile, mais elle a suscité de la résistance de la part des prestataires de soins, dont la charge de travail s'est accrue sans que cela se traduise pour eux par une augmentation correspondante de leurs avantages ou de l'aide dont ils auraient pu avoir besoin. Le personnel soignant a exprimé sa préoccupation de constater une surutilisation des services, la poursuite de la vente de médicaments gratuits et une immigration en provenance des Etats voisins. Si les autres réformes de structure nécessaires ne sont pas entreprises – disponibilité des services 24 heures sur 24, amélioration des sources d'information et des possibilités de recours, accroissement des moyens techniques et changement de l'attitude vis-à-vis des patients –, les gains obtenus par la seule levée des obstacles financiers risquent de ne pas être suffisants (87). Sans un refinancement des services de santé et l'introduction d'un système de protection financière, l'abolition du système actuel basé sur le paiement par l'utilisateur ne peut qu'aggraver une situation déjà difficile.

Tirer le meilleur parti des mécanismes transitoires de protection financière

A mesure que les pays étendent leurs réseaux de soins, ils complètent également souvent la couverture limitée qu'assure leur système public ou quasi public d'assurance-maladie (assurance-maladie financée par l'impôt ou système mixte) au moyen de toutes sortes de systèmes d'assurance volontaire : assurances communautaires ou coopératives, mutuelles financées par l'employeur ou autres assurances privées. Ces systèmes d'assurance assurent habituellement une protection financière limitée en cas de frais catastrophiques, concourent à apporter une certaine équité dans la ré-

partition des dépenses et permettent aux ayants droit d'obtenir à meilleur compte des soins de qualité. Ces systèmes font leur apparition dans des pays où, généralement, on ne constate plus de privation massive - l'offre de soins y est meilleure - mais qui présentent des schémas d'exclusion caractérisés par les files d'attente et les inégalités importantes qui sont décrites au chapitre 2 dans le cas des pays en transition.

C'est ainsi par exemple que l'introduction au Viet Nam de systèmes d'assurances sociales destinés à la population pauvre a permis de lui donner accès aux services de santé maternelle et néonatale. Toutefois, les « presque pauvres », qui ne sont pas couverts par ces systèmes d'assurances sociales, se retrouvent démunis en cas de frais catastrophiques ; en outre, les usagers estiment que la qualité des services de santé périphériques est en baisse, et on a également fait état de patients que l'on fait attendre parce que les soins qu'ils demandent sont couverts par ce genre d'assurances (88). Il existe une autre initiative, le Programme national d'assurance pour la santé maternelle et infantile de Bolivie, qui couvre les soins prénatals, ceux qui sont dispensés pendant le travail et l'accouchement (y compris les césariennes et les prises en charge d'urgence), ainsi que les soins postnatals et les soins aux nouveau-nés (89). Financés par l'ensemble des prépaiements, les recettes fiscales nationales et des fonds municipaux, les établissements de soins sont remboursés annuellement sur la base des services rendus. On a constaté que le recours à des accoucheuses qualifiées dans les quintiles les plus pauvres de la population avait presque doublé, passant de 11 à 20 %. Toutefois, du moins au cours de la phase initiale, les principaux bénéficiaires de ce système d'assurance ont été les personnes appartenant aux quintiles de revenu les plus élevés.

De tels systèmes n'offrent de protection qu'à une partie limitée de la population ou ne couvrent qu'un ensemble limité de prestations. Toutefois, par l'introduction d'un système de prépaiement et de mise en commun des ressources dans un contexte caractérisé par une offre croissante de services, ils sont susceptibles d'accélérer la transition vers l'accès universel et la protection financière.

La généralisation de la protection financière

Dans les pays où le réseau de soins est bien développé et où seule une fraction relativement marginale de la population est exclue des soins, il reste nécessaire de généraliser la protection financière, y compris pour les non-exclus. Même les ménages qui ont les moyens de payer les soins peuvent être contraints de réduire d'autres dépenses de base, par exemple pour l'éducation des enfants, ou se trouver exposés à des frais catastrophiques.

Le problème des frais catastrophiques - qui chaque année ruinent quelque 100 millions de personnes dans le monde - se pose chaque fois que le service de santé réclame un paiement direct, qu'il n'existe aucun mécanisme de répartition des risques financiers et que les ménages ont une solvabilité limitée (90). Ces conditions se rencontrent dans un certain nombre de pays à revenu moyen ou de pays en transition dans lesquels l'offre des services est bien développée. Au Brésil et en Colombie par exemple, la proportion de ménages qui doivent faire face à des frais catastrophiques est respectivement égale à 10 et 6 % (91). A mesure que l'offre de services se développe, la fréquence de ces frais catastrophiques augmente à moins qu'un système de protection sociale ne soit mis en place simultanément. Les complications de l'accouchement, les traumatismes, les accidents ou encore les maladies chroniques de l'enfance peuvent facilement entraîner des frais catastrophiques. S'il est vrai que ce sont les pauvres qui sont le plus en difficulté et sont le plus souvent exclus, tous les groupes de revenu peuvent souffrir des conséquences financières de la maladie si la

part des dépenses qui est imputable à l'assuré est élevée (système de la quote-part ou du ticket modérateur, etc.) ou si la protection financière est limitée. Cette protection financière ne doit donc pas se limiter aux catégories les plus pauvres. L'accès universel exige un système de protection financière qui soit conçu de manière à éviter à tous les ménages d'avoir à faire face à des frais catastrophiques.

RÉPARTITION EFFICACE DES FONDS

L'organisation du financement constitue la clé de la progression vers l'accès et la protection financière universels. Les dépenses publiques courantes et les apports financiers internationaux ne peuvent pas garantir l'accès et la protection financière universels d'une part parce qu'ils sont insuffisants, et d'autre part en raison de leur trop grande imprévisibilité. D'un autre côté, l'évolution historique de la gestion financière – ajustements progressifs du budget de fonctionnement des programmes complétés par des projets financés par les donateurs – s'est souvent révélée trop lente à s'adapter aux initiatives visant à développer l'accès universel aux soins de santé (92). Les apports financiers doivent non seulement augmenter, mais également être répartis différemment.

Certains pays comme la Thaïlande ont franchi un pas très important dans l'extension de leur couverture financière en fusionnant divers systèmes partiels et en étendant les droits ou allocations à l'ensemble de la population. C'est une mesure qui nécessite un espace fiscal permettant d'accroître suffisamment le financement public pour assurer une offre suffisante de services, avec un ensemble de prestations très diversifiées, notamment celles qui sont nécessaires pour améliorer la santé maternelle, néonatale et infantile. La difficulté en pareil cas, c'est de capter les différentes sources de financement de manière à pouvoir développer l'accès et la protection financière dans de bonnes conditions de stabilité et de prévisibilité. Dans la plupart des pays, il ne sera possible d'assurer la viabilité financière à court et à long terme qu'en s'adressant à toutes les sources de financement : externes et internes, publiques et privées.

La répartition des ressources par le truchement de programmes ou de projets distincts a révélé ses limites, ne serait-ce que parce que cette façon de faire ne permet pas de prendre en compte les problèmes structurels de personnel qui concernent l'ensemble du système de santé. La mise en commun des fonds pour la constitution de mécanismes de protection financière que l'on met en place en même temps que s'accroît l'accès aux soins rend la situation plus prévisible et permet d'accorder au problème du financement des personnels l'attention qu'il mérite. Cela autorise une certaine souplesse dans les approches, par exemple on peut procéder à un recrutement direct du personnel ou acheter des services en dehors du secteur public, selon les conditions particulières du pays. La mise en commun des fonds peut améliorer la capacité d'absorption des pays et permettre de mieux gérer l'effet des apports financiers sur l'inflation, le taux de change et la croissance économique. Toutefois, ce n'est pas la panacée. Pour progresser vers l'accès et la protection financière universels, beaucoup de pays doivent encore se doter de la capacité institutionnelle qui leur permette de créer, de développer et de gérer les systèmes cohérents dont ils ont besoin.

Si les gouvernements veulent être à la hauteur de leurs responsabilités en tant qu'ultimes garants du système de santé de leur pays et réaliser la couverture universelle, il leur faudra inévitablement fusionner à un moment ou à un autre les systèmes de protection financière. Lorsque les divers circuits de protection financière sont déjà bien établis, il y a peu de pays où il soit facile de procéder à leur fusion : les intérêts catégoriels l'emportent souvent sur les considérations gestionnaires. Il est important

de mettre en place une capacité institutionnelle suffisante pour assurer le plus tôt possible et avec le minimum de difficultés la gestion des systèmes de protection financière, dont les rôles seront fermement tenus par les pouvoirs publics mais qui comporteront également un système interne établissant l'équilibre des pouvoirs.

Concevoir des services de santé maternelle, néonatale et infantile basés sur l'accès et la protection financière universels peut susciter le vaste mouvement d'opinion et assurer la visibilité politique nécessaires à la mobilisation des décideurs. L'inconvénient de cette façon de faire, c'est qu'elle ne garantit pas automatiquement que la santé maternelle, néonatale et infantile se verra accorder une position centrale. Il est nécessaire, en même temps que l'on rassemble les sources de financement par le canal de systèmes d'assurance qui facilitent la progression vers l'accès et la protection financière universels, de préciser clairement les droits de la population aux soins de santé maternelle, néonatale et infantile. La communauté internationale peut y contribuer, mais, dans les pays, c'est en fin de compte la société civile qui devra faire pression sur les décideurs. Cela dépend de l'esprit d'entreprise politique et de la capacité institutionnelle ; il faut également que les organisations et associations de la société civile aient une place à la table de négociation. Maintenant que la communauté des donateurs passe du financement de projets aux stratégies de réduction de la pauvreté, au soutien du budget général et à la réforme sectorielle, ces organisations ou associations de la société civile courent le risque de rester « sur la touche ». Elles peuvent et doivent aller au-delà de la prestation de services (93) : elles sont en effet d'une importance capitale pour faire en sorte que l'engagement politique en vue de l'amélioration de la santé maternelle, néonatale et infantile s'inscrive dans la durée.

Il faut que les représentants de la société civile aient leur mot à dire dans la gestion des mécanismes de protection financière et, en particulier, lors de la fixation des priorités. Cette participation a pour but de faire en sorte que les nombreux aspects moins populaires et politiquement sensibles de la santé maternelle, néonatale et infantile ne soient pas laissés de côté (notamment des problèmes tels que les avortements non médicalisés, les grossesses d'adolescentes, la coercition et la violence sexuelles, les mauvais traitements infligés aux enfants et le défaut de soins, etc.). Dans ces conditions également, les grandes orientations du secteur sanitaire auront plus de chances d'être associées aux stratégies qui sont mises en place pour s'attaquer aux déterminants sociaux de l'inégalité entre les sexes, de la pauvreté et de l'exclusion.

En outre, il faut également que les acteurs de la société civile participent à l'équilibre des pouvoirs dans la gestion des services de santé – qu'ils soient publics ou privés. Ils ont également un rôle important à jouer, que ce soit en aidant les mères et les enfants à faire valoir leurs droits ou en protégeant les consommateurs contre l'exploitation financière et la surmédicalisation. Ce rôle de gendarme nécessite une participation non seulement à la planification, mais aussi à l'évaluation et au suivi des projets, des programmes et des services.

Dans de nombreux pays, les organisations et associations de la société civile ne possèdent guère la capacité institutionnelle qui leur permette de contribuer à la fixation des priorités et au suivi des programmes, ou d'aider mères et enfants à faire valoir leurs droits. En pareil cas, il est donc nécessaire de prévoir des investissements en faveur de ces organisations, notamment en réservant une partie des dons financiers à cet effet (voir Encadré 7.6). Un certain nombre de pays l'ont fait par le canal des fonds sociaux ou de mécanismes similaires, d'autres ont institutionnalisé la collaboration et la conclusion de contrats avec des organismes à but non lucratif qui assurent des prestations de services, étendant naturellement cette collaboration au dialogue sur

les politiques. Dans la plupart des pays, toutefois, il reste beaucoup à faire et il faut sans attendre s'efforcer de mieux se renseigner sur ce qui fonctionne et ce qui ne fonctionne pas.

Pour assurer à la mère et à l'enfant un accès universel aux soins, il faut disposer d'un système de santé qui soit capable de répondre aux besoins et aux demandes de la population tout en offrant une protection contre les difficultés financières qu'entraîne la maladie. Pour y parvenir, il est nécessaire d'investir davantage dans les systèmes de santé et les ressources humaines nécessaires à leur fonctionnement. La santé maternelle, néonatale et infantile doit constituer un aspect essentiel des droits à la santé garantis et financés par les systèmes de couverture universelle. Beaucoup de pays devront, pour cela, mettre en place des systèmes mixtes de financement alimentés à la fois par des ressources externes et internes, et ils ne pourront réussir dans cette entreprise sans un appui beaucoup plus ferme et une solidarité beaucoup plus grande de la part de la communauté mondiale. Toutefois, c'est dans ces conditions qu'il pourra être mis fin à l'exclusion dont souffrent tant de mères et d'enfants de par le monde, qui se voient privés de toute la gamme des soins nécessaires de la grossesse à l'accouchement, et jusqu'à la période néonatale et à la petite enfance. La bonne santé des mères et des enfants est une exigence pour les individus et une nécessité pour la société. C'est pourquoi chaque mère et chaque enfant tiennent tant de place dans les ambitions que nous nourrissons pour un avenir meilleur.

Bibliographie

1. Maine D, Rosenfield A. The Safe Motherhood Initiative: why has it stalled? *American Journal of Public Health*, 1999, 89:480–482.
2. Berer M, Sundari Ravindran TK. Preventing maternal mortality: evidence, resources, leadership, action. In: Berer M, Sundari Ravindran TK. *Safe motherhood initiatives: critical issues*. Londres, Blackwell Science, 1999 (Reproductive Health Matters: 3–19).
3. McDonagh M, Goodburn E. Maternal health and health sector reform: opportunities and challenges. In: De Brouwere V, Van Lerberghe W. *Safe motherhood strategies: a review of the evidence*. Anvers (Belgique), ITG Press, 2001 (Studies in Health Services Organisation and Policy, 17:371–385).
4. AbouZahr C. Cautious champions: international agency efforts to get safe motherhood onto the agenda. In: De Brouwere V, Van Lerberghe W. *Safe motherhood strategies: a review of the evidence*. Anvers (Belgique), ITG Press, 2001 (Studies in Health Services Organisation and Policy, 17:387–414).
5. Picazzo O. Child health financing and cost-effectiveness: supplement to the report on the Analytic Review of IMCI (document non publié).
6. *The analytic review of the Integrated Management of Childhood Illness strategy. Final report, November 2003*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003 (http://www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/IMCI/ISBN_92_4_159173_0.pdf, consulté le 4 février 2005).
7. McKinsey & Company. *Developing successful global health alliances*. Seattle, Washington (Etats-Unis d'Amérique), Bill & Melinda Gates Foundation, 2002 (<http://www.gatesfoundation.org/nr/downloads/globalhealth/GlobalHealthAlliances.pdf>, consulté le 4 février 2005).
8. Wagstaff A, Bustreo F, Bryce J, Claeson M, WHO-World Bank Child Health and Poverty Working Group. Child health: reaching the poor. *American Journal of Public Health*, 2004, 94:726–736.
9. Gwatkin DR, Bhuiya A, Victora CG. Making health systems more equitable. *Lancet*, 2004, 364:1273–1280.

10. The Bellagio Study Group on Child Survival. Knowledge into action for child survival. *Lancet*, 2003, 362:323–327.
11. Haines A, Kuruwilla S, Borchert M. Bridging the implementation gap between knowledge and action for health [Comblent le fossé entre les connaissances théoriques et leur mise en pratique dans le domaine sanitaire]. *Bulletin of the World Health Organization*, 2004, 82:724-732 (résumé en français).
12. Lawn JE, Cousens S, Bhutta ZA, Darmstadt GL, Martines J, Paul V et al. Why are 4 million newborn babies dying each year? *Lancet*, 2004, 364:1121.
13. Goodburn E, Campbell O. Reducing maternal mortality in the developing world: sector-wide approaches may be the key. *BMJ*, 2001, 322:917–920.
14. OCDE/DAC Working Party on Aid Evaluation. *Review of the DAC principles for the evaluation of development assistance, conclusions and recommendations*. Paris, Organisation de Coopération et de Développement économiques, 1998.
15. Laterveer L, Niessen LW, Yazbeck AS. Pro-poor health policies in poverty reduction strategies. *Health Policy and Planning*, 2003, 18:138–145.
16. Walford V. Health in Poverty Reduction Strategy Papers (PRSPs): an introduction and early experience. Londres, DFID Health Systems Resource Centre, 2002.
17. Craig D, Porter D. Poverty Reduction Strategy Papers: a new convergence. *World Development*, 2003, 31:53–69.
18. *Poverty Reduction Strategy Papers: their significance for health: second synthesis report*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2004 (WHO/HDP/PRSP/04.1).
19. Peters D, Chao S. The sector-wide approach in health: what is it? Where is it leading? *International Journal of Health Planning and Management*, 1998, 13:177–190.
20. Cassels A, Janovsky K. Sectoral investment in health: prescription or principles? *Social Science and Medicine*, 1997, 44:1073–1076.
21. Graham W, Hussein J. The right to count. *Lancet*, 2004, 363:989.
22. Harold P and Associates. *The broad sector approach to investment lending*. Banque mondiale, New York, N.Y., 1995 (World Bank Discussion Papers, Africa Technical Department Series, No. 302).
23. Cassels A. *A guide to sector-wide approaches for health development: concepts, issues and working arrangements*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1997.
24. Cassels A. Health sector reform: key issues in less developed countries. *Journal of International Development*, 1995, 7: 329–347.
25. Foster M, Brown A, Conway T. *Sector-wide approaches for health development: a review of experience*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2000 (WHO/GPE/00.1).
26. Hill PS. The rhetoric of sector-wide approaches to health development. *Social Science and Medicine*, 2002, 54:1725–1737.
27. Buse K, Gwin C. The World Bank and global cooperation in health: the case of Bangladesh. *Lancet*, 1998, 351:665–669.
28. Lush L, Cleland J, Walt G, Mayhew S. Integrating reproductive health: myth and ideology [L'intégration de la santé génésique : le mythe et l'idéologie]. *Bulletin of the World Health Organization*, 1999, 77:771-777 (résumé en français).
29. Abrantes AV. Strategic options for World Bank support to Africa in health, nutrition and population. Document présenté au Forum Barcelona, Barcelone, le 8 juin 2004 (http://www.barcelona2004.org/eng/eventos/dialogos/docs/ponencias/154p_aabranteseng.pdf, consulté le 2 octobre 2004).
30. Brown A, Foster M, Norton A, Naschold F. *The status of sector wide approaches*. Overseas Development Institute, Londres, 2001 (Document de travail N° 142).
31. Standing H. An overview of changing agendas in health sector reforms. *Reproductive Health Matters*, 2002, 10:19–28.
32. Rosenfield A, Maine D. Maternal mortality – a neglected tragedy. Where is the M in MCH? *Lancet*, 1985, 2:83–85.
33. *Reduction of maternal mortality: a joint WHO/UNFPA/UNICEF/World Bank statement*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1999.
34. Koblinsky MA, Campbell O, Heichelheim J. Soins à l'accouchement : options efficaces pour une maternité sans risque. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, Recueil d'articles, 1999, 1: 121-128.
35. De Brouwere V, Van Lerberghe W. *Safe motherhood strategies: a review of the evidence*. Anvers, ITG Press, 2001 (Studies in Health Services Organisation and Policy, 17).

36. Jones G, Steketee RW, Black RE, Bhutta ZA, Morris SS, and the Bellagio Child Survival Study Group. How many child deaths can we prevent this year? *Lancet*, 2003, 362:65–71.
37. Mayhew SH, Lush L, Cleland J, Walt G. Implementing the integration of component services for reproductive health. *Studies in Family Planning*, 2000, 31:151–162.
38. Mayhew S. Integrating MCH/FP and STD/HIV services: current debates and future directions. *Health Policy and Planning*, 1996, 11:339–353.
39. Berer M. Integration of sexual and reproductive health services: a health sector priority. *Reproductive Health Matters*, 2003, 11:6–15.
40. Huque ZA, Leppard M, Mavalankar D, Akhter HH, Chowdhury TA. Safe motherhood programmes in Bangladesh. In: Sundari Ravindran TK, Berer M. *Safe motherhood initiatives: critical issues*. Londres, Blackwell Science, 1999 (Reproductive Health Matters: 53–61).
41. Cook RJ, and Bevilacqua MBG. Invoking human rights to reduce maternal deaths. *Lancet*, 2004, 363:73.
42. Jeppsson A. SWAp dynamics in a decentralized context: experiences from Uganda. *Social Science and Medicine*, 2002, 55:2053–2060.
43. Peters D, Chao S. The sector-wide approach in health. What is it? Where is it leading? *International Journal of Health Planning and Management*, 1998, 13:177–190.
44. Walt G, Pavignani E, Gilson L, Buse K. Managing external resources in the health sector: are there lessons for SWAps? *Health Policy and Planning*, 1999, 14:273–284.
45. Penrose P. *Sector development programmes: definitions and issues*. Oxford (Royaum-Uni), Oxford Policy Management, 1997.
46. Pathmanathan I, Liljestrand J, Martins JM, Rajapaksa LC, Lissner C, de Silva A et al. *Investing in maternal health: learning from Malaysia and Sri Lanka*. Washington, D.C., Banque mondiale, 2003 (Human Development Network, Health, Nutrition and Population Series).
47. Miller S, Sloan NL, Winikoff B, Langer A, Fikree FF. Where is the 'E' in MCH? The need for an evidence-based approach in safe motherhood. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 2003, 48:10–18.
48. Campbell OMR. What are maternal health policies in developing countries and who drives them? A review of the last half-century. In: De Brouwere V, Van Lerberghe W. *Safe motherhood strategies: a review of the evidence*. Anvers (Belgique), ITG Press, 2001 (Studies in Health Services Organisation and Policy, 17:415–448).
49. AbouZahr C. Safe motherhood: a brief history of the global movement 1947–2002. *British Medical Bulletin*, 2003, 67:13–25.
50. Jahan R, Germain A. Mobilising support to sustain political will is the key to progress in reproductive health. *Lancet*, 2004, 364:742–744.
51. *The Millennium Development Goals for health: rising to the challenges*. Washington, D.C., Banque mondiale, 2004.
52. *Reducing maternal deaths – evidence and action. A strategy for DFID*. Londres, United Kingdom Department for International Development du Royaume-Uni, 2004 (Projet, 26 mai 2004).
53. *Shaping policy for maternal and newborn health: a compendium of case studies*. Baltimore, Maryland (Etats-Unis d'Amérique), JHPIEGO, 2003.
54. *Skilled care during childbirth policy brief: saving women's lives, improving newborn health*. New York, N.Y., Safe Motherhood Inter-Agency Group, 2002.
55. Van Lerberghe W, De Brouwere V. Of blind alleys and things that have worked: history's lessons on reducing maternal mortality. In: De Brouwere V, Van Lerberghe W. *Safe motherhood strategies: a review of the evidence*. Anvers (Belgique), ITG Press, 2001 (Studies in Health Services Organisation and Policy, 17:7–33).
56. Hardee K, Agarwal K, Luke N, Wilson E, Pendzich M, Farrell M. *Post-Cairo reproductive health policies and programs: a comparative study of eight countries*. Washington, D.C., The POLICY Project, 1998.
57. Lowell G, Findlay A. *L'émigration de personnes hautement qualifiées de pays en développement : impact et réponses politiques. Rapport de synthèse*. Genève, Bureau international du Travail, Programme des migrations internationales, 2003.
58. *The health sector human resources crisis in Africa: an issue paper*. Washington, D.C., Agency for International Development des Etats-Unis d'Amérique, Bureau de l'Afrique, Bureau du Développement durable, 2003.

59. Zurn P, Dal Poz MR, Stilwell B, Adams O. Imbalance in the health workforce. *Human Resources for Health*, 2004, 2:13.
60. Tawfik L, Kinoti SN. *The impact of HIV/AIDS on the health sector in sub-Saharan Africa: the issue of human resources*. Washington, D.C., Agency for International Development des Etats-Unis d'Amérique, Bureau de l'Afrique, Bureau du Développement durable, 2001.
61. The Joint Learning initiative. *Human resources for health: overcoming the crisis* (<http://www.globalhealthtrust.org/Report.html>, consulté le 7 février 2005).
62. *First biennial review of the health workforce development plan 1996-2005*. Phnom Penh, Ministère de la Santé, 1999.
63. Van Lerberghe W. *Safer motherhood component of the health sector support programme, Cambodia*. Londres, DFID Centre for Sexual and Reproductive Health, 2001.
64. Ferrinho P, Van Lerberghe W. *Providing health care under adverse conditions: health personnel performance & individual coping strategies*. Anvers, ITG Press, 2000 (Studies in Health Services Organisation and Policy, 16).
65. Webber T. Strategies for surviving and thriving in organizations. *Career Development International*, 1997, 2:90–92.
66. Tracy J, Antonenko M. In Russian health care, you get what you pay for, even when it is free. In: Hodess R, Banfield J, Wolfe T. *Global corruption report 2001*. Berlin, Transparency International, 2001:115.
67. Alcázar L, Andrade R. Induced demand and absenteeism in Peruvian hospitals. In: Di Tella R, Savedoff WD. *Diagnosis corruption. Fraud in Latin America's public hospitals*. Washington, D.C., Banque interaméricaine de développement, 2001:123–162.
68. Van Lerberghe W, Conceição C, Van Damme W, Ferrinho P. When staff is underpaid: dealing with the individual coping strategies of health personnel [Quand les employés sont sous-payés: faire face aux stratégies individuelles d'adaptation développées par le personnel de santé]. *Bulletin of the World Health Organization*, 2002, 80 (7): 581-584 (résumé en français).
69. Macq J, Ferrinho P, De Brouwere V, Van Lerberghe W. Managing health services in developing countries: between the ethics of the civil servant and the need for moonlighting. *Human Resources for Health Development Journal*, 2001, 5:1–3;17–24.
70. Ferrinho P, Omar, MC, de Jesus Fernandes M, Blaise P, Bugalho AM, Van Lerberghe W. Pilfering for survival: how health workers use access to drugs as a coping strategy. *Human Resources for Health*, 2004, 2:4.
71. Brugha R, Zwi A. Improving the quality of private sector delivery of public health services: challenges and strategies. *Health Policy and Planning*, 1998, 13:107–120.
72. Adams O, Hicks V. *Pay and non-pay incentives, performance and motivation*. Document préparé pour le Global Health Workforce Strategy Group. Genève, Organisation mondiale de la Santé, décembre 2001 (http://www.who.int/hrh/documents/en/pay_non_pay.pdf, consulté le 7 février 2005).
73. Adams O. Internal brain-drain and income topping-up: policies and practices of the World Health Organization. In: Ferrinho P, Van Lerberghe W. *Providing care under adverse conditions: health personnel performance & individual coping strategies*. Anvers, ITG Press, 2000 (Studies in Health Services Organisation and Policy, 16:203–206).
74. Van Lerberghe W, Adams O, Ferrinho P. Human resource impact assessment. *Bulletin of the World Health Organization*, 2002, 80:525.
75. Segall M. From cooperation to competition in national health systems – and back? Impact on professional ethics and quality of care. *International Journal of Health Planning and Management*, 2000, 15:61–79.
76. Nitayarumphong S, Srivanichakom S, Pongsupap Y. Strategies to respond to health manpower needs in rural Thailand. In: Ferrinho P, Van Lerberghe W. *Providing health care under adverse conditions. Health personnel performance and individual coping strategies*. Anvers, ITG Press, 2000 (Studies in Health Services Organisation and Policy, 16:55-72).
77. Kittimunkong S. Coping strategies in Hua Thalay urban health centre, Korat, Thailand. In: Ferrinho P, Van Lerberghe W. *Providing care under adverse conditions: health personnel performance & individual coping strategies*. Anvers, ITG Press, 2000 (Studies in Health Services Organisation and Policy, 16:231–238).
78. Dal Poz MR. Cambios en la contraction de recursos humanos: el caso del programa de salud de la familia en Brasil. *Gaceta Sanitaria*, 2002, 16:82–88.

79. Hardeman W, Van Damme W, Van Pelt M, Por I, Kimvan H, Meessen B. access to health care for all? User fees plus a Health Equity Fund in Sotnikum, Cambodia. *Health Policy and Planning*, 2004, 19:22–32.
80. Brown A. *Current issues in sector-wide approaches for health development: Tanzania case study*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2000 (WHO/GPE/00.6).
81. Brown A. *Current issues in sector-wide approaches for health development: Mozambique case study*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2000 (WHO/GPE/00.4).
82. Brown A. *Current issues in sector-wide approaches for health development: Uganda case study*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2000 (WHO/GPE/00.3).
83. *Universal coverage: options for the organization of health financing systems*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2004 (Financement des systèmes de santé, dépenses et allocation des ressources, Technical Brief for Policy, No. 1, Projet, novembre 2004).
84. Briasco C, Floate H, Tate A. Feeding the System. Brisbane (Australie), University of Queensland, 2004 (dissertation MPH non publiée).
85. Meesen B, Van Damme W, Por I, Van Leemput L, Hardeman W. *The new deal in Cambodia: the second year. Confirmed results, confirmed challenges*. Phnom Penh, Médecins sans Frontières, 2002.
86. Fofana P, Samai O, Kebbie A, Sengeh P. Promoting the use of obstetric services through community loan funds, Bo, Sierra Leone. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 1997, 59(Suppl. 2): S225–S230.
87. Schneider H, Gilson L. The impact of free maternal health care in South Africa. In: Berer M, Sundari Ravindran TK. *Safe motherhood initiatives: critical issues*. Londres, Blackwell Science, 1999 (Reproductive Health Matters: 93–101).
88. Conway T. *Current issues in sector-wide approaches for health development: Viet Nam case study*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2000 (WHO/GPE/00.5).
89. Seoane G, Equiluz R, Ugalde M, Araya JC. Bolivia, 1996–2000. In: Koblinsky MA. *Reducing maternal mortality*. Washington, D.C., Banque mondiale, 2003:83–92.
90. *Reducing catastrophic health expenditure in the design of health financing systems*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2004 (Financement des systèmes de santé, dépenses et allocation des ressources, Technical Brief for Policy, No. 2, Projet, novembre 2004).
91. Xu K, Evans DB, Kawabata K, Zeramdini R, Klavus J, Murray CJ. Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis. *Lancet*, 2003, 362:111–117.
92. Brown A, Foster M, Norton A, Naschold F. *The status of sector-wide approaches*. Londres, Overseas Development Institute, 2001 (Document de travail N° 142).
93. *Thailand's health care reform project, 1996-2001. Final report, July 2001*. Bangkok, Ministère de la Santé publique, 2001.
94. *Santé génésique. Rapport du Secrétariat*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2004 (http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA57/A57_13-fr.pdf, consulté le 9 février 2005).
95. *Bangladesh: health and population sector strategy 1996*. Dhaka (Bangladesh), Gouvernement du Bangladesh, 1997.
96. Health and population sector programme 1998–2003: programme implementation plan. Dhaka (Bangladesh), Gouvernement du Bangladesh, 1998.
97. Ahmed N. Voices of stakeholders in Bangladesh health sector reform. In: Yazbeck A, Peters D, Wagstaff A. *Health policy research in South Asia: guiding reforms and building capacity*. Baltimore, Maryland (Etats-Unis d'Amérique), Johns Hopkins University Press, 2003, 14:369–400.
98. Streatfield PK, Mercer A, Siddique AB, Khan ZUA, Ashraf A. *Health and Population Sector Programme 1998–2003. Bangladesh: status of performance indicators 2002; a report for the Health Programme Support Office for the annual programme review 2002*. Dhaka (Bangladesh), ICDDR,B Centre for Health and Population Research, 2003 (ICDDR,B special publication, no. 116).
99. Jahan R. Restructuring the health system: experiences of advocates for gender equity in Bangladesh. *Reproductive Health Matters*, 2003, 11:183–191.