

# Précis



## Soutenir la réforme du secteur de la santé en Europe orientale

Lorsqu'ils ont entrepris le difficile passage à une économie de marché, les pays d'Europe orientale se sont rendu compte qu'il leur fallait engager une réforme radicale de leur système de santé. L'ampleur, le rythme et les résultats des réformes entreprises varient d'un pays à l'autre, mais elles partagent de nombreuses caractéristiques. La plupart visaient à décentraliser les soins, accroître la participation du secteur privé dans l'organisation des services, rationaliser les services hospitaliers ou réduire leur taille et renforcer le rôle des médecins de famille. De nombreux pays ont introduit une assurance maladie nationale sous une forme ou une autre. Certains ont pris des dispositions pour renforcer les programmes de santé publique et la réglementation dans ce secteur (interdiction de fumer dans les lieux publics, limitation de la publicité sur le tabac). D'autres ont cherché à améliorer les services de santé génésique.

La Banque mondiale a encouragé ces réformes par ses premières activités d'investissement dans la région et le soutien à des initiatives régionales financées par des dons. Élaborée en 1998, la stratégie de la Banque pour le secteur santé, nutrition et population dans la région identifiait les principaux obstacles aux réformes, faisait un premier bilan des enseignements qui commençaient à se dégager et définissait les priorités pour améliorer l'efficacité de son aide.

Le portefeuille « santé, nutrition et population » de la Banque dans la région est relativement récent. Sept projets (intéressant l'Albanie, la Croatie, l'Estonie, la Hongrie, la République kirghize, la Roumanie et la Turquie) ont été achevés à la fin de l'exercice 02 et analysés par le Département de l'évaluation des opérations (OED) de la Banque. Cinq d'entre eux — le projet de

réorganisation des services de santé en Albanie, le projet santé en Croatie, le projet santé en Estonie, le projet gestion et services de santé en Hongrie, et le projet de réorganisation des services de santé en Roumanie — se sont heurtés à des problèmes similaires et l'OED les a utilisés comme base pour dresser un bilan de l'action de la Banque au plan des réformes dans les pays d'Europe orientale. L'OED a en outre effectué une évaluation approfondie sur le terrain des projets achevés en Estonie, en Hongrie et en Roumanie.

La réforme de la santé est un processus lent, qui suscite des réactions hostiles. Dans les pays en transition, ces réformes ont été particulièrement laborieuses car il fallait dans la plupart des cas réorganiser des systèmes inefficaces à la capacité hospitalière excessive. Il fallait donc réduire les effectifs, ce qui suscitait l'opposition des agents de santé, des





consommateurs et des hommes politiques locaux. En outre, de nombreux pays n'avaient ni les compétences ni les moyens nécessaires pour élaborer, planifier et gérer la politique de la santé. La longue tradition de formation de médecins spécialistes explique en partie la résistance à la médecine de la famille et aux protocoles de traitement efficaces par rapport au coût. Enfin, la transition économique elle-même a entravé les réformes à un moment où le PIB et le budget du secteur de la santé stagnaient ou baissaient, comme on a pu le constater dans la plupart des pays en transition, en particulier au début des années 90.

La Banque est souvent l'un des organismes internationaux les plus importants présent dans un pays, mais sa contribution financière est généralement modeste par rapport au volume total des financements concernant la santé. Elle ne joue qu'un rôle marginal dans les négociations politiques internes et la constitution de groupes de soutien des réformes de la santé. Compte tenu de ces facteurs limitatifs, l'influence de la Banque est fonction de son aptitude à promouvoir des réformes plus larges, ce qu'elle s'efforce de faire par le biais du dialogue sur l'action à mener, des investissements dans les domaines de la formation et du renforcement des capacités, et des mesures à adopter, auxquelles sont liées l'octroi de prêts.

### L'aide de la Banque et son contexte

Les projets de santé en Estonie, Hongrie et Roumanie illustrent les difficultés rencontrées lorsqu'il s'est agi de réformer le secteur de la santé dans les pays en transition. Les projets avaient beaucoup de caractéristiques et d'objectifs communs, mais les réformes ont suivi des évolutions différentes. L'Estonie est l'un des pays les plus avancés de la région dans ses réformes de l'économie et du secteur de la santé, tandis que la Roumanie est en retard sur les deux plans. La Hongrie a progressé sur le front de la réforme économique et se positionne pour adhérer à l'Union européenne, mais elle a mis du temps à s'attaquer à la réforme de la santé.

Les résultats des projets achevés sont variables eux aussi, allant de très satisfaisants en Estonie à assez satisfaisants en Roumanie et plutôt insatisfaisants en Hongrie. En Estonie, le projet de santé réalisé avec le concours de la Banque a intégré efficacement investissements et réformes, et il a servi de cadre général au programme de réformes du gouvernement. Le projet

roumain de réorganisation du secteur de la santé a grandement contribué à la remise en état de l'infrastructure de la santé et il a joué un rôle de catalyseur pour les réformes de la santé, mais les résultats de ses différentes composantes sont très inégaux. Le projet hongrois n'a bénéficié que d'un soutien tiède des autorités et, si plusieurs éléments du projet ont donné des résultats positifs, la plupart des investissements du projet n'ont eu qu'un impact restreint sur le secteur, et leur viabilité est incertaine.

### Conditions déterminant les résultats des projets et de la réforme du secteur de la santé

La plupart des premiers projets de santé financés par la Banque dans la région ont sous-estimé les difficultés politiques et institutionnelles des réformes, et leurs promoteurs se sont montré trop optimistes sur le rythme de progression et les chances de succès des réformes. Comme on a pu le constater après coup, plusieurs autres éléments majeurs ont influé sur les résultats de ces premières opérations.

Premièrement, le contenu et l'enchaînement des réformes de la santé, de même que la stratégie de la Banque, les conseils qu'elle donne sur l'action à mener et la conception de ses projets doivent être adaptés aux contextes politique et sectoriel du pays, et tenir compte en particulier du degré de consensus que suscitent les réformes et des moyens dont dispose le pays pour élaborer et mettre en œuvre des projets et des programmes en ce sens.

Deuxièmement, les résultats des réformes structurelles — notamment celles qui prévoient l'introduction d'une assurance maladie nationale obligatoire ou la privatisation de la médecine familiale — dépendent des progrès réalisés sur le front des réformes complémentaires et des dispositions prises pour former des administrateurs de santé et des prestataires de soins et développer des capacités dans ce domaine.

Troisièmement, les investissements les plus réussis de la Banque et ses contributions les plus importantes au processus de réforme du secteur de la santé sont liés aux prêts et activités hors prêt axés sur le renforcement des capacités et la recherche d'un consensus en faveur des réformes. Ces activités représentaient en général une modeste proportion du volume total des prêts.

Quatrièmement, les dépenses d'investissement peuvent compléter et renforcer le processus de réformes, si elles sont utilisées de manière judicieuse. Mais, dans la plupart des projets achevés, les dépenses d'investissement n'ont que rarement entraîné des réformes ou amélioré la qualité ou l'efficacité des services. Les résultats ont été plus satisfaisants lorsque les investissements étaient étroitement liés à des réformes institutionnelles et à une aide complémentaire pour le renforcement des capacités.

Cinquièmement, les activités d'investissement des projets avaient plus de chances de donner des résultats lorsqu'elles étaient conduites en partenariat avec d'autres bailleurs de fonds, des organisations non gouvernementales ou des instituts de recherche. De nombreux pays hésitent à contracter un emprunt pour financer des services d'assistance technique, et

d'autres organisations ont un avantage comparatif dans les secteurs techniques ou dans le domaine du renforcement des capacités.

Sixièmement, malgré plus de 10 ans de recul, les données relatives à l'impact des diverses réformes sur la qualité et l'efficacité des services, les comportements en matière de santé ou les résultats dans le domaine de la santé restent étonnamment rares. Faute d'accorder la priorité voulue aux activités de suivi et d'évaluation, la Banque n'a pas contribué comme elle l'aurait dû à la recherche d'un consensus et à l'apprentissage social.

### Conception et exécution des réformes du secteur de la santé

Les similitudes entre les programmes de réformes du secteur de la santé de la région sont frappantes. Le bilan dans les trois domaines de réforme — mise en place d'une assurance maladie nationale, place accrue de la médecine familiale et privatisation de la médecine générale, et renforcement de la promotion de la santé et des programmes de santé publique — illustre certaines des difficultés rencontrées.

*L'assurance maladie nationale — de grands espoirs et des résultats inégaux.* La plupart des pays d'Europe orientale ont mis en place, sous une forme ou une autre, un régime national d'assurance maladie obligatoire financé par les cotisations sociales. Les réformes devaient à la fois permettre d'augmenter les ressources disponibles pour la santé et servir de catalyseur pour améliorer l'efficacité et la qualité des systèmes de santé. Mais les résultats ont été inégaux. Dans les pays où les réformes sont avancées, comme l'Estonie, le nouveau système d'assurance est bien établi et il commence à porter des fruits. En Hongrie, la maîtrise des coûts demeure un problème. Dans les pays tels que la Roumanie, où le contexte économique et institutionnel laisse à désirer, les réformes demeurent précaires, et le cadre juridique reste déficient.

L'expérience en Estonie, en Hongrie et en Roumanie montre que les réformes de l'assurance et du système des paiements ne permettent pas à elles seules de rationaliser le secteur de la santé ou d'en améliorer l'efficacité. L'aptitude de la Banque à influencer sur la mise en place d'une assurance maladie nationale est limitée, en grande partie parce que la décision d'instituer une assurance sociale repose sur des considérations politiques. C'est pourquoi la Banque a dû se contenter d'encourager ces pays à améliorer leur système de santé et à renforcer les systèmes de gestion, comme elle l'a fait en Croatie et en Estonie.

La Banque continue de s'occuper des questions liées à la mise en place d'une assurance maladie nationale dans beaucoup de pays de la région et, à l'avenir, elle devra s'occuper d'un certain nombre de questions importantes : Les avantages de l'assurance nationale obligatoire excèdent-ils le coût d'opportunité de la mise en place de ces nouvelles institutions, en particulier dans les pays qui disposent de peu de moyens ? Même si l'assurance nationale obligatoire n'est pas idéale, comment les pays qui se sont engagés politiquement à instituer un régime de ce type peuvent-ils s'y adapter au mieux ? Les pays doivent-ils mettre en concurrence les

assureurs publics et privés — avec la réglementation encore plus lourde qu'implique une telle approche ? Les cotisations sociales doivent-elles rester la principale source de financement des systèmes nationaux d'assurance maladies étant donnée qu'elles peuvent alourdir le coût du travail et inciter à la fraude fiscale ? Sinon, quelle formule de financement pourrait réduire les effets secondaires négatifs sur l'économie ? C'est aux pays eux-mêmes qu'il appartient d'en décider, même si la meilleure connaissance de ces questions et le service de conseil à offrir en la matière aux pays clients doivent rester parmi les premières priorités de la Banque et de ses partenaires.

*Renforcer la médecine familiale — Importance du bon enchaînement de la formation des médecins et des réformes dans le temps.* Pour renforcer les soins primaires, tous les pays de la région ont monté des programmes pilotes ou engagé des réformes pour faire de la médecine familiale une spécialité à part et passer des contrats avec des médecins de famille en tant que praticiens indépendants. L'Estonie, qui a ouvert la voie dans ce domaine, a créé un Département de la médecine familiale dans son école de médecine au début des années 90 (et l'a agrandi grâce à l'aide apportée dans le cadre d'un projet). Lorsque le programme de réformes a été achevé, en 1997, une masse critique de médecins de famille qualifiés avait été formée, ce qui a permis à ces praticiens d'être plus facilement acceptés par le public et la communauté médicale. En Roumanie, un programme pilote financé dans le cadre d'un projet a été organisé pour tester la réforme de la médecine familiale dans huit districts. Ce programme a permis de dégager un consensus et de préciser la législation, mais les réformes ont été lancées à l'échelon national avant que les médecins de famille aient pu être formés à leur nouveau rôle. Les réformes ont créé les conditions nécessaires à l'amélioration des soins de santé primaires, mais des progrès restent à faire. Par exemple, le fonds d'assurance maladie récemment créé n'a pas été doté de moyens suffisants pour pouvoir vérifier la quantité (les facturations) ou la qualité des soins.

Les expériences contrastées de l'Estonie et de la Roumanie mettent plusieurs enseignements en relief. Premièrement, les changements introduits dans les systèmes de recrutement et de paiement doivent être accompagnés ou précédés d'une formation intensive des médecins de famille, pour leur permettre de s'adapter à leur nouveau rôle et renforcer la crédibilité des réformes parmi les patients et la profession médicale. Deuxièmement, les réformes concernant la médecine générale doivent être exécutées par étapes, la fonction de « filtre d'accès » aux soins spécialisés étant la dernière à mettre en place, une fois que la crédibilité des réformes est établie. Troisièmement, pour que les réformes aboutissent, il faut non seulement mettre en place les incitations voulues dans le système de paiement, mais il faut aussi doter l'administration contractante de moyens suffisants pour la réglementation et le suivi de l'exercice de la médecine générale et instituer des mécanismes efficaces pour protéger les crédits affectés aux soins primaires. Enfin, pour que les médecins de famille puissent opérer en tant que praticiens indépendants, il faut préciser le cadre réglementaire des soins de santé primaires. Cela implique en particulier de décider du

régime de propriété des centres de soins primaires (qui appartenaient auparavant à l'État), de prévoir l'emploi de personnel infirmier et d'accréditer les médecins privés ou indépendants.

*Promotion de la santé — Progrès limités :* Pour renforcer la promotion de la santé et la prévention des maladies non transmissibles, et en particulier pour réduire la consommation de tabac et d'alcool et améliorer le régime alimentaire, il faut s'efforcer de faire évoluer les comportements individuels (par l'information, l'éducation et la communication) et apporter les modifications nécessaires aux politiques, à la législation et à l'impôt. Mais les progrès dans ce domaine sont limités parce que la plupart des pays de la région n'ont pas d'emblée considéré la promotion de la santé comme une priorité. Les composantes des projets qui y étaient consacrées ont donné d'assez bons résultats en Estonie et en Croatie (où ils ont en général bénéficié du soutien des autorités), mais cela n'a pas été le cas en Roumanie et en Hongrie (où le soutien des autorités était tiède). Lors de la conception et de la supervision des projets, et au cours du dialogue sur l'action à mener, la Banque doit davantage s'employer à renforcer les capacités et la détermination à mener des activités de promotion de la santé, en particulier lorsque la volonté politique est insuffisante.

L'expérience de la Croatie, de l'Estonie, de la Hongrie et de la Roumanie permet de dégager plusieurs enseignements pour les activités futures de la Banque dans ce domaine. Premièrement, il faut beaucoup de temps pour changer les comportements au niveau individuel et collectif quand ils sont bien ancrés, de même qu'il faut du temps pour renforcer les capacités institutionnelles et susciter l'adhésion nationale en faveur de la promotion de la santé — en particulier lorsque l'acquis est faible, comme dans la plupart des pays considérés. Deuxièmement, la Banque peut aider à renforcer les capacités et à développer un consensus en faveur de la promotion de la santé en engageant un dialogue sur l'action à mener (avec le ministère de la Santé, le ministère des Finances et les acteurs non gouvernementaux) et en fournissant un soutien ciblé aux projets (par exemple en créant un organe de promotion de la santé ou en renforçant l'organe existant). Mais ces activités exigent une attention constante pendant les phases de conception et de supervision des projets, malgré la taille limitée des investissements. Troisièmement, le suivi et l'évaluation des comportements en matière de santé ont laissé à désirer dans tous les projets achevés — et dans la plupart des pays —, qu'il s'agisse de suivre l'évolution des comportements au niveau national (ce qui nécessite en général des instruments d'enquête) ou d'évaluer l'efficacité des interventions relatives à la promotion de la santé. Les objectifs des projets étaient en général irréalistes pour ce qui est de l'amélioration des indicateurs de santé concernant les maladies chroniques (cancer, cardiopathies) ; les indicateurs intermédiaires de comportement sont plus appropriés (prévalence de la tabagie).

## Renforcer les capacités et le consensus en faveur des réformes

Comment la Banque peut-elle utiliser ses prêts et ses activités hors prêt pour aider à renforcer les capacités locales et à rallier les acteurs concernés aux réformes ?

*Renforcer la capacité à préparer et exécuter des réformes.* L'aide apportée dans le cadre des projets pour créer des établissements de gestion sanitaire en Hongrie et en Roumanie, des écoles de santé publique en Estonie et en Hongrie, et un département de médecine familiale en Estonie a permis d'accroître la crédibilité de ces « nouvelles » disciplines, de renforcer les capacités nationales dans des domaines de compétence essentiels pour les réformes, et de rallier de nouveaux partisans aux réformes dans ce secteur. Mais l'impact direct de ces projets sur la politique dépendait des relations avec les autorités. Réformer des entités existantes, telles que le ministère de la Santé ou les organes de santé et d'épidémiologie de l'ère soviétique s'est révélé plus difficile que d'en créer de nouveaux en Estonie et en Hongrie. Mais le dialogue continu et le soutien apporté à la formation peuvent être payants. Malgré les contributions apportées par divers bailleurs de fonds à la formation et au renforcement des capacités, l'assistance technique et la formation offertes dans de nombreux pays ne permettent pas de répondre à ce qu'exigent les réformes des gestionnaires et des prestataires de soins. Et l'expérience de l'Albanie, de la Hongrie et de la Roumanie montre qu'il faut adapter les programmes de formation pour tenir compte de l'emploi du temps chargé des prestataires de soins et des responsables des hôpitaux.

*Dégager un consensus en faveur des réformes.* Face au renouvellement périodique des gouvernements et des ministres, il est indispensable d'associer un grand nombre d'acteurs, dont le parlement et les partis d'opposition, à l'action menée. Les projets pilotes peuvent aider à mieux définir les besoins et à asseoir le consensus en faveur des réformes, mais ils doivent être bien conçus, bien évalués et bien adaptés aux priorités des pays. Les études et les analyses de la Banque ont souvent joué un rôle utile, comme en Albanie, en Hongrie et en Roumanie, mais leur impact a été fonction de leur degré de diffusion et de l'importance de la participation au niveau local ainsi que de la capacité du pays concerné à absorber les analyses techniques. Si les conditions que comporte un projet ne peuvent obliger un gouvernement à prendre telle ou telle mesure, la Banque peut utiliser une conditionnalité ciblée pour aider à donner un caractère irréversible aux réformes et renforcer la position de ceux qui en sont partisans comme en Estonie et en Roumanie.

## Recommandations

La Banque peut renforcer sa contribution aux réformes dans le secteur de la santé :

- *en développant la masse des connaissances nécessaires à ces réformes, ce qui implique d'améliorer le suivi et*



l'évaluation tant au niveau des projets qu'à celui du secteur, et de financer des travaux analytiques pour déterminer la meilleure façon d'adapter les réformes à la situation de chaque pays, et en particulier à son contexte institutionnel et politique ;

- *en recentrant son action sur les priorités négligées*, notamment la promotion de la santé, la lutte contre les dessous-de-table et les considérations d'équité (pour les minorités ethniques, notamment) ;

- *en continuant de faire l'expérience de nouveaux types de prêt*, notamment les prêts à des programmes évolutifs, les prêts au développement des connaissances et à l'innovation et les prêts à l'ajustement sectoriel, et en incorporant de façon sélective des conditions liées au secteur de la santé dans les prêts à l'ajustement macroéconomique ;
- *en renforçant encore les partenariats avec les bailleurs de fonds, les organisations non gouvernementales et les instituts de recherche* au niveau de la région, mais aussi à celui des pays.

## Derniers précis de l'OED

- 222 Gestion de l'eau en Bolivie : le conte de trois cités
- 221 Stratégie de la Banque mondiale pour l'eau : un pont vers l'avenir
- 220 Sauvegarde du patrimoine culturel : politique et action concrète
- 219 ARDE 2001 : des choix judicieux
- 218 Les partenaires de l'IDA dans la lutte contre la pauvreté
- 217 Foresterie communautaire au Népal
- 216 Promouvoir le développement écologiquement viable
- 215 Les leçons des projets d'approvisionnement en eau des populations rurales
- 214 Ouganda : pouvoirs publics, participation, population
- 213 Renforcer les capacités de suivi et d'évaluation en Afrique
- 212 Les enfants pauvres et l'école : le modèle du Chili
- 211 Renforcement des municipalités en Tunisie et promotion du développement local
- 210 Se rallier à la révolution de l'information
- 209 La participation aux programmes d'aide au développement



Directeur général, Évaluation des opérations : *Robert Picciotto*  
 Directeur, Département de l'évaluation des opérations : *Gregory K. Ingram*  
 Chef, Évaluation sectorielle et thématique : *Alain Barbu*  
 Chef d'équipe : *Timothy Johnston*

► Ce *Précis*, rédigé par William Hurlbut, est fondé sur le travail de Timothy Johnson, Responsable principal de l'évaluation des opérations, Groupe de l'évaluation sectorielle et thématique, OED

► Les administrateurs et le personnel de la Banque peuvent se procurer les Précis auprès de l'Unité de documentation interne et des centres d'information régionaux, et le public, auprès de l'InfoShop de la Banque mondiale. Pour obtenir gratuitement un Précis, veuillez contacter le bureau d'assistance de l'OED, par courrier électronique à l'adresse suivante : [eline@worldbank.org](mailto:eline@worldbank.org) 1-202/458-4497

## Précis

Responsable, Partenariats et gestion des connaissances : *Oswaldo Feinstein*  
 • Rédacteur en chef : *Elizabeth Campbell-Pagé* • Responsable de publication : *Caroline McEuen* • Diffusion : *Juicy Qureishi-Huq*

**DÉNI DE RESPONSABILITÉ** : Les *Précis* de l'OED sont publiés par le Service de vulgarisation et de diffusion, Groupe Partenariats et gestion des connaissances, Département de l'Évaluation des opérations (OEDPK) de la Banque mondiale. Les opinions exprimées dans le présent document sont celles des services et des rédacteurs du Département de l'évaluation des opérations et ne doivent en aucun cas être attribuées à la Banque mondiale, à ses institutions affiliées ou à ses administrateurs.

*Précis also available in English*  
*Précis en español también disponible @*

<http://www.worldbank.org>