

L'économie politique des pays en situation de crise : qu'est-ce que cela signifie pour les investissements dans les systèmes de santé ?

Document de synthèse préparé par **Sophie Witter** et **Benjamin Hunter**

juin 2017

L'élaboration des politiques dans les systèmes de santé est façonnée par des processus sociaux, politiques et économiques plus vastes¹. Un éventail d'acteurs - individus et organisations - influence ces processus et détermine ainsi la manière dont les politiques sont introduites et mises en œuvre. Les situations de crise connaissent des changements spectaculaires dans le contexte de l'élaboration des politiques, ce qui peut créer une « fenêtre d'opportunité » pour la réforme des politiques². Les approches en matière de recherche en économie politique fournissent des informations à cet égard par l'examen des interactions entre acteurs et intérêts, et leurs effets sur les politiques et les résultats socio-économiques³. Ce document de synthèse analyse les éléments clés de la réponse aux crises du point de vue de l'économie politique, les données probantes vis-à-vis les opportunités et les défis présentés par les crises et des enseignements sur la meilleure utilisation de ces opportunités pour promouvoir les investissements dans les systèmes de santé.

Économie politique et réponses aux crises

Les processus décisionnels en matière de santé impliquent un large éventail d'acteurs et d'intérêts^{1,4}. Aux niveaux national et sous-national, les organisations gouvernementales, les politiciens de tous les horizons politiques, les entreprises, les médias, les associations professionnelles et autres organisations de la société civile ont tous un rôle à jouer. Les acteurs internationaux multilatéraux et les entreprises transnationales sont également importants et, dans les pays du Sud, on peut compter sur la présence probable d'agences de développement et d'organisations non gouvernementales internationales. Dans les situations de crise, en particulier de crises prolongées, il existe souvent une asymétrie de pouvoir entre les acteurs nationaux disposant de ressources insuffisantes (dans tous les secteurs) et les acteurs internationaux disposant d'importantes ressources⁵.

La Figure 1 illustre une typologie centrée sur la nature du règlement politique⁶.

Messages clés

- L'économie politique des réformes du système de santé est cruciale dans tous les contextes, mais en situations de crise, elle peut être particulièrement volatile et difficile à gérer.
- L'asymétrie gouvernement/partenaire de développement peut être particulièrement prononcée et entraîner une myriade de problèmes, y compris des politiques mal contextualisées, intégrées et mises en œuvre.
- Du côté positif, les crises peuvent déclencher des « fenêtres d'opportunité politique », canalisant l'attention et les ressources sur le secteur de la santé, lorsque des changements structurels peuvent être apportés plus facilement dans ces contextes relativement fluides.
- Pour tirer parti de ces « fenêtres », les partenaires doivent être prêts à s'engager rapidement et de manière réactive avec les entrepreneurs en politiques locales.
- Cela comporte la responsabilité d'assurer un bon suivi et le soutien de la mise en œuvre car les risques à cet égard sont élevés ; tisser des liens avec des groupes de la société civile pour assurer le suivi et le retour d'informations peut être une stratégie de soutien efficace et assurer l'inclusion et la responsabilité.

Les ressources, la capacité et le mandat du gouvernement sont des moteurs importants de l'économie politique, tout comme l'est le degré de contrôle territorial. Doivent aussi être pris en compte des facteurs tels que la durée et l'intensité du conflit ou de la crise, ainsi que la dynamique transfrontalière. Celles-ci ont des implications différentes pour les investissements de soutien, comme illustré à la Figure 2⁷.

La forme des politiques reflète l'influence fluctuante des différents acteurs. Par exemple, les fonctionnaires peuvent avoir toute latitude pour adopter ou modifier des politiques⁸, et des acteurs peuvent essayer d'utiliser les médias pour faire remonter des problèmes

L'ensemble des documents de synthèse de cette série est accessible sur : <http://bit.ly/2rUPRH9>

Cette série de documents d'information a été élaborée par le **ReBUILD Research Programme Consortium** afin d'éclairer un certain nombre de questions essentielles concernant les systèmes de santé dans un contexte de crise ; il s'appuie à la fois sur le travail de ReBUILD et sur de nombreuses autres sources. Les problèmes ont été identifiés lors d'une **étude relative à l'établissement d'un programme de recherche** réalisée par le **Groupe de travail de Health Systems Global sur la thématique des systèmes de santé dans les états fragiles en proie à des conflits**.

L'économie politique des pays en situation de crise : qu'est-ce que cela signifie pour les investissements dans les systèmes de santé ?

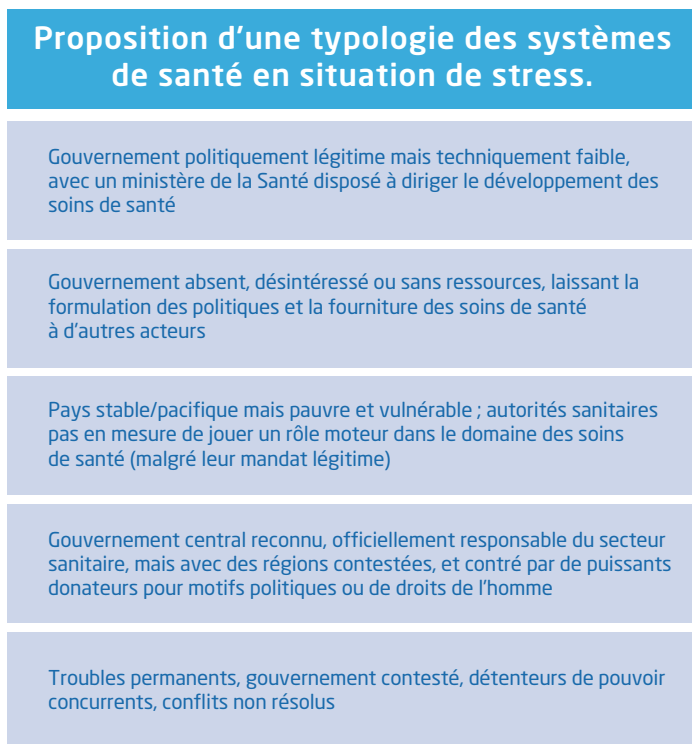


Figure 1. Proposition d'une typologie des systèmes de santé en situation de stress.

D'après Pavignani & Colombo, 2016⁴ (<http://bit.ly/2rHYSET>)

spécifiques vers l'agenda du gouvernement⁹. Les individus et les organisations peuvent travailler ensemble dans des « coalitions de plaidoyer » qui promeuvent des programmes et des politiques spécifiques¹⁰, bien que le succès de ces coalitions tende à être déterminé par leur leadership, leur cohésion et leur influence politique¹¹.

Les crises créent des pressions pour apporter des réponses politiques immédiates et extraordinaires et des réformes à plus long terme visant à prévenir les crises futures¹². Les exemples incluent des réformes de décentralisation au Kosovo¹³, et des réformes concernant le personnel de santé en Sierra Leone¹⁴. Dans ces situations, les crises fonctionnent comme des « événements de focalisation » pour des problèmes spécifiques et peuvent ouvrir la voie à une « fenêtre d'opportunité » pour modifier une politique lorsqu'un problème est identifié, une solution politique connue et un environnement politique favorable¹⁵. Des personnalités influentes, souvent de hauts responsables politiques dans des contextes post-crise¹⁶, peuvent agir en tant qu'entrepreneurs en politiques pour imposer des réformes dans ce contexte.

Opportunités de réforme du système de santé

Les crises peuvent être l'occasion d'une remise en cause de l'économie politique existante en ce qui concerne les systèmes de santé afin d'introduire des réformes qui conduiront à des systèmes plus équitables. Les systèmes de santé jouissent souvent d'une priorité politique moins importante que d'autres préoccupations sociales et économiques et les ministères de la Santé ont un statut

inférieur à celui de nombreux autres ministères^{17,18}. Les crises dans les systèmes de santé peuvent servir de catalyseurs pour sensibiliser les médias et les gouvernements aux questions portant sur le statut des systèmes de santé¹⁹.

La réalisation de la « fenêtre d'opportunité » pour la réforme du système de santé nécessite des systèmes et des institutions solides, or ceux-ci font souvent défaut en situations de crise¹⁴. Les organisations internationales ont donc la possibilité de donner une impulsion aux réformes touchant à la santé. Les séquelles de l'épidémie d'Ebola de 2014-2016 en Sierra Leone ont suscité l'intérêt de la communauté internationale pour la reconstruction d'un système de santé plus équitable²⁰. Cela comprenait un regain d'intérêt pour l'amélioration de la coordination et de la mise en œuvre des politiques relatives au personnel de santé²¹.

Enseignements tirés des situations de crise

L'élaboration des programmes

Les organisations nationales peuvent jouer un rôle important dans les changements de politiques (**voir document connexe sur les capacités de recherche et les groupes marginalisés**). Les ministères, les universités, les organismes de santé publique et la société civile peuvent commander, mener et/ou diffuser des recherches afin d'orienter les politiques relatives aux systèmes de santé²². Cependant, un tel rôle exige un soutien pour le renforcement des capacités de recherches sur les systèmes de santé en situation de crise.

Les acteurs internationaux ont souvent une influence sur les processus politiques. Par exemple, des acteurs internationaux ont joué un rôle important dans la sensibilisation aux effets inévitables des frais à la charge des utilisateurs pour les soins de santé au Libéria et au Burundi, en faisant pression pour des politiques de suppression de ces frais¹⁶. L'engagement des acteurs internationaux dans les processus de politiques intérieures devrait aller au-delà des projets financés, car de nombreuses activités relatives aux politiques de santé se déroulent en dehors du contexte du projet de développement. Dans les cas plus extrêmes, tels qu'au Kosovo¹³, les acteurs internationaux peuvent assumer ensemble la responsabilité de la politique de santé. De tels arrangements suscitent des inquiétudes quant à la responsabilité vis-à-vis de la population en général¹⁶ bien que leur participation puisse être encouragée par le biais de consultations régulières comme celles utilisées au Kosovo.

La gouvernance

La coordination entre les acteurs est essentielle pour l'introduction et la mise en œuvre de réformes politiques¹⁷. La période pendant et immédiatement après une crise se caractérise généralement par des environnements chaotiques dans lesquels un large éventail d'organisations interagissent avec le système de santé, la plupart possédant leurs propres politiques et procédures de fonctionnement²¹. Le changement de politique est généralement progressif et fragmenté au cours de cette période, mais des programmes de réforme plus substantiels peuvent s'implanter s'il y a alignement des intérêts politiques nationaux et internationaux.

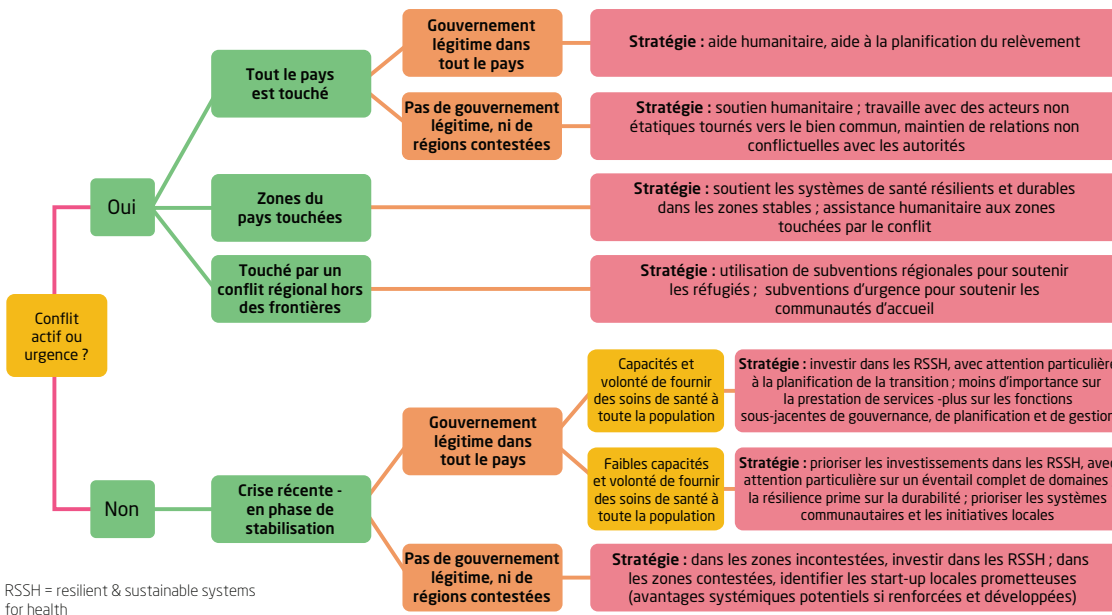


Figure 2. Catégorisations potentielles des environnements affectés par une crise et implications pour les systèmes de santé résilients et durables (RSSH). Adapté de Witter & Pavignani, 2016⁷ (<http://bit.ly/2sczLfU>)

RSSH = resilient & sustainable systems for health

Le cas de la Sierra Leone suggère que les entrepreneurs en politiques ont un rôle important à jouer dans l'accélération des réformes lors de crise. Les politiques relatives au personnel ont peu progressé entre 2002 et 2009, après la crise, avant qu'une série de réformes importantes ne soit introduite suite à une intervention directe du président¹⁴. D'importantes interventions similaires de la part de politiciens de haut rang ont eu lieu dans d'autres situations de crise¹⁶, le danger étant que ces réformes risquent par la suite de devenir l'apanage de certains hommes politiques.

L'inclusivité

Il existe un risque que le contexte dans lequel s'inscrivent les crises et les réponses soit utilisé pour compromettre l'équité au sein des systèmes de santé, par exemple l'exclusion géographique ou sociale de certains groupes en particulier (**voir le document connexe sur les voix des personnes marginalisées**). L'implication directe de responsables politiques dans les réformes du système de santé peut créer des pressions clientélistes pour assurer que certains groupes sociaux bénéficient de plus d'avantages que d'autres. Il se pourrait qu'une trop grande d'attention soit portée à la reconstruction des établissements de santé plutôt que sur des interventions de santé publique moins « visibles » (mais souvent plus équitables), comme cela été documenté au Nigeria²³.

La participation des groupes marginalisés aux processus politiques peut renforcer la conception des politiques et garantir que les besoins en santé de ces groupes y soient pris en compte. Cependant, la participation de ces groupes aux processus politiques est tributaire de l'organisation et du leadership, qui peuvent être limitées dans les situations de crise où la société civile est relativement faible²⁴.

La mise en œuvre

Il est rapporté dans plusieurs exemples que l'introduction d'un programme de réformes n'a pas toujours été couronné par sa mise en œuvre sur le terrain comme il l'avait été prévu. Plusieurs gouvernements dans les pays sortant d'une crise ont mis en place des

politiques visant à supprimer les frais à la charge des utilisateurs, pour ensuite réaliser qu'étaient apparus des systèmes de frais informels¹⁶. Cela s'explique par le fait que les politiques sont introduites avant que le financement et les infrastructures nécessaires ne soient en place pour les mettre en œuvre²⁵. Les agents de santé jouent également un rôle important dans la persistance des frais à la charge des utilisateurs, car dans de nombreux contextes touchés par la crise, ils considèrent que la gratuité des soins de santé encourage la surutilisation et qu'elle n'est pas viable²⁶. Les processus de planification décentralisés offrent un mécanisme pour améliorer les chances de mise en œuvre par une modulation des politiques en fonction du contexte local²⁷.

L'absence de planification est exacerbée dans les contextes où il y a de la pression nationale pour faire preuve de leadership politique. Dans certains contextes post-crise, des déclarations annonçant la gratuité des soins de santé faites par des politiciens de premier plan étaient liées aux cycles électoraux²⁶. Selon des témoignages burundais, le ministère de la Santé ignorait que le Président envisageait de supprimer les frais à la charge des utilisateurs jusqu'à ce qu'il en fasse l'annonce²⁸. La pression internationale pour démontrer l'engagement à l'introduction de réformes a des effets similaires. En Sierra Leone, les pressions exercées pour élaborer de nouvelles politiques conformes aux recommandations internationales ont eu pour effet que peu d'attention fut accordée à la mise en œuvre effective de ces politiques¹⁴. Le recours à une supervision assurée par des observateurs de la société civile a permis de renforcer la responsabilité, au moins pendant les premières années de la réforme²⁹. Ces exemples illustrent le compromis entre capitaliser sur une « fenêtre d'opportunité » politique et s'assurer que des systèmes adéquats sont en place pour la mise en œuvre des politiques.

References

1. Walt, G. & Gilson, L., 1994. Reforming the health sector in developing countries: the central role of policy analysis. *Health Policy and Planning*, 9(4) <http://bit.ly/2qoSuuJp>
2. Pavignani, E. & Colombo, A., 2009. *Analysing Disrupted Health Sectors: A Modular Manual*, Geneva: World Health Organization <http://bit.ly/2qqhTuy>
3. Kurian, G.T., 2010. Political economy. In G. T. Kurian, ed. *The Encyclopedia of Political Science*. Washington D. C.: CQ Press.
4. Berlan, D. et al., 2014. The bit in the middle: a synthesis of global health literature on policy formulation and adoption. *Health Policy and Planning*, 29(suppl 3) <http://bit.ly/2pTrOHp>
5. Okuonzi, S.A. & Macrae, J., 1995. Whose policy is it anyway? International and national influences on health policy development in Uganda. *Health Policy and Planning*, 10(2) <http://bit.ly/2qoTYOL>
6. Pavignani, E. & Colombo S. (2016) Strategizing in distressed health contexts. In: Schmetz G, Rajan D, Kadandale S (editors). *Strategizing national health in the 21st century: a handbook*. Geneva: WHO 2016. <http://bit.ly/2rHYSET>
7. Witter, S. & Pavignani, E. (2016) Review of Global Fund Investments in Resilient and Sustainable Systems for Health in Challenging Operating Environments. Technical Report for The Global Fund. <http://bit.ly/2sczLfu>
8. Macrae, J., Zwi, A.B. & Gilson, L., 1996. A triple burden for health sector reform: "Post"-conflict rehabilitation in Uganda. *Social Science & Medicine*, 42(7) <http://bit.ly/2qsTbdO>
9. Seddoh, A. & Akor, S., 2012. Policy initiation and political levers in health policy: lessons from Ghana's health insurance. *BMC Public Health*, 12(Suppl 1) <http://bit.ly/2pTKZAC>
10. Sabatier, P.A., 1988. An advocacy coalition framework of policy change and the role of policy-oriented learning therein. *Policy Sciences*, 21(2-3) <http://bit.ly/2qolWse>
11. Shiffman, J. & Smith, S., 2007. Generation of political priority for global health initiatives: a framework and case study of maternal mortality. *Lancet*, 370(9595) <http://bit.ly/2pRIZts>
12. Grindle, M.S. & Thomas, J.W., 1991. *Public choices and policy change: the political economy of reform in developing countries*, Baltimore: Johns Hopkins University Press.
13. Shuey, D.A. et al., 2003. Planning for health sector reform in post-conflict situations: Kosovo 1999–2000. *Health Policy*, 63(3) <http://bit.ly/2pRBxXG>
14. Bertone, M. et al., 2014. A window of opportunity for reform in post-conflict settings? The case of Human Resources for Health policies in Sierra Leone, 2002–2012. *Conflict and Health*, 8(1) <http://bit.ly/2pQ1C1a>
15. Kingdon, J.W., 1995. *Agendas, alternatives, and public policies*, 2nd Ed. New York: Harper Collins College Publishers.
16. Meessen, B. et al., 2011. Removing user fees in the health sector: a review of policy processes in six sub-Saharan African countries. *Health Policy and Planning*, 26(Suppl. 2) <http://bit.ly/2qozQvc>
17. Bornemisza, O., 2002. *Health policy formulation in complex political emergencies and post-conflict countries: a literature review*, London: LSHTM <http://bit.ly/2rcWhEP>
18. Pavignani, E., 2005. Health Service Delivery in Post-Conflict States. In High Level Forum on the Health Millennium Development Goals: Selected Papers 2003–2005. Geneva: High Level Forum on the Health Millennium Development Goals <http://bit.ly/1KzYecB>
19. Bornemisza, O. et al., 2010. Promoting health equity in conflict-affected fragile states. *Social Science & Medicine*, 70(1) <http://bit.ly/1jSjFZQ>
20. World Health Organization, 2015. Technical meeting to support Ebola affected countries on the recovery and resilience plans with a focus on GAVI, the Global Fund and other partners' funding, Geneva: World Health Organization <http://bit.ly/2pRNV1C>
21. Witter, S. et al., 2016. Evolution of policies on human resources for health: opportunities and constraints in four post-conflict and post-crisis settings. *Conflict and Health*, 10(1) <http://bit.ly/2qqLvbb>
22. World Health Organization, 2007. *Sound choices: enhancing capacity for evidence-informed health policy*. Geneva: World Health Organization <http://bit.ly/2qO2QOG>
23. Eldon, J., Waddington, C. & Hadi, Y., 2008. *Health Systems Reconstruction and State-building*. London: HLSP Institute <http://bit.ly/2qqjOeN>
24. Bornemisza, O. & Zwi, A.B., 2008. *Neglected health systems research: Health policy and systems research in conflict-affected fragile states*, Geneva: World Health Organization <http://bit.ly/2qsXmFP>
25. Witter, S., 2012. Health financing in fragile and post-conflict states: What do we know and what are the gaps? *Social Science & Medicine*, 75(12) <http://bit.ly/2rkzF17>
26. Béland, D. & Riddé, V., 2014. *Ideas and Policy Implementation: Understanding the Resistance against Free Health Care in Africa*, Montréal: Centre Interdisciplinaire de Recherche en Développement International et Société <http://bit.ly/2qOglOq>
27. Bertone, M.P. & Witter, S., 2015. An exploration of the political economy dynamics shaping health worker incentives in three districts in Sierra Leone. *Social Science & Medicine*, 141 <http://bit.ly/1E7P2dC>
28. Nimpagaritse, M. & Bertone, M.P., 2011. The sudden removal of user fees: the perspective of a frontline manager in Burundi. *Health Policy and Planning*, 26(Suppl. 2) <http://bit.ly/2pHjKxY>
29. Witter, S. et al., 2016. The Sierra Leone Free Health Care Initiative (FHCI): process and effectiveness review. Report for DFID and MoHS, Sierra Leone <http://bit.ly/2qObZXv>

partenaires
politiques entrepreneurs
développement
crise responsabilité
civil soutien focus asymétrie
Économie politique
Systèmes de santé
réformes société
réactivité partenaire changements Pilotage
engager fluide fenêtre volatil structurel
contexte gouvernement
inclusion mise en œuvre
retours d'information



Le consortium ReBUILD est un partenariat international de recherche travaillant sur le renforcement des systèmes de santé dans les situations de conflit ou de crise.

Pour en savoir plus sur les recherches et les résultats de ReBUILD, rendez-vous sur le site Web à l'adresse www.rebuildconsortium.com et suivez-nous sur [@ReBUILDRPC](https://twitter.com/ReBUILDRPC).

Pour plus d'informations, veuillez contacter:
Sophie Witter – switter@qmu.ac.uk or rebuildconsortium@lstm.ac.uk

ReBUILD Consortium
Liverpool School of Tropical Medicine
Pembroke Place
Liverpool, L3 5QA
T: +44(0)151 705 3100
E: rebuildconsortium@lstm.ac.uk

Ces documents de synthèse résultent d'un projet financé par le gouvernement britannique via UK Aid. Les points de vue qui y sont exprimés ne reflètent toutefois pas nécessairement les politiques officielles du gouvernement britannique.

