

## Kirghizistan



Le Kirghizistan est un pays montagneux, enclavé, de 198.500 km<sup>2</sup>, aux confins du Kazakhstan, de l'Ouzbékistan, du Tadjikistan et de la Chine. Le pays est indépendant depuis 1991. En mars 2005, suite à des élections législatives contestées, le gouvernement a été renversé, un nouveau Président élu et un nouveau Premier ministre installé. Les nouvelles autorités ont réaffirmé leur engagement à poursuivre la libéralisation de l'économie et à intensifier la lutte contre la corruption. Bichkek est la capitale ; le pays est subdivisé en zones politico-administratives, avec 7 *oblasts* ou provinces et 64 *rayons* ou comtés. La population est essentiellement musulmane (75 %). L'agriculture est la principale source de revenus pour une population principalement rurale. L'un des pays les plus pauvres de la Région Europe de l'OMS, le Kirghizistan reste lourdement endetté.

### SANTÉ & DEVELOPPEMENT

**Des réformes exhaustives et à long terme du système de santé sont en cours.** L'objectif du gouvernement du Kirghizistan est d'améliorer la santé des populations, de réduire les coûts de l'accès aux soins et d'accroître la qualité des services de santé. Les réformes ont démarré en 1996 avec le Programme national de réformes des soins de santé « Manas » qui donnaient les grandes lignes de la vision des changements attendus sur une période de dix années. En 2005, les évaluations portant sur lesdites réformes ont conclu à des avancées significatives, mais aussi à des défis persistants et tâches restant à accomplir. Les activités des premières réformes du programme « Manas » se poursuivent dans le cadre du « Programme national de réforme de la santé du projet Manas Taalimi » pour la période 2006-2010. Le nouveau Programme a été approuvé par les plus hautes autorités de l'Etat et bénéficie du soutien de la communauté internationale à travers l'Approche sectorielle (SWAp). Le premier plan de réforme Manas, comme son successeur, met l'accent sur un ensemble complet de changements au niveau de l'organisation, du financement et du contenu du système de santé.

**Les réformes du financement de la santé ont supprimé la fragmentation** qui caractérisait le système antérieur de financement décentralisé. Ceci a été possible grâce à la création de centrales d'achats régionales (et, à partir de 2006, d'une seule centrale nationale), dans le cadre du Fonds d'assurance-maladie obligatoire pour l'allocation des ressources selon une procédure d'achat de services basée sur les résultats. Ceci est un changement radical par rapport à l'ancienne procédure de budgétisation basée sur l'offre, selon des allocations décidées au niveau central. Parallèlement, et en partie du fait des changements intervenus dans les mesures incitatives et de l'adoption de la Loi sur les soins de santé qui accordent davantage d'autonomie aux prestataires, des compressions de personnels s'opéraient dans les hôpitaux, entraînant des économies sur les coûts des services et autres charges fixes.

**Les services de soins primaires ont été réorganisés** en dispensaires familiaux (DF) qui, en 2004, attirent quelque 98,5 % de la population. Une dotation en médicaments aux personnes en traitement ambulatoire a été introduite pour améliorer l'accès aux médicaments pour la prise en charge des troubles tels que l'hypertension et pour réduire les hospitalisations inutiles. Malgré les augmentations permanentes des ressources financières affectées aux soins de santé primaires, les salaires du personnel restent bas et les zones éloignées ne sont pas suffisamment dotées en personnel.

**Les taux de mortalité maternelle** ont augmenté juste après l'indépendance, mais leur tendance est à la baisse depuis 2001, de même que pour les taux de natalité. La pauvreté représente un déterminant important de la santé et les taux de mortalité infantile sont 1,8 fois plus élevés dans 20 % des ménages les plus pauvres que dans 20 % des plus riches. La longue tradition de vaccination des jeunes enfants, avec une bonne couverture vaccinale par le biais du Programme élargi de vaccination (PEV), a été maintenue.

**Les principales causes de morbidité** sont les maladies respiratoires (24 %) et les maladies endocriniennes (diabète, 17 %).

**Les principales causes de mortalité** sont les maladies cardio et cérébrovasculaires (44 %), les maladies respiratoires (13 %), les traumatismes et empoisonnements (11 %) et les cancers (9 %). La mortalité provoquée par des causes externes est 2,5 fois plus grande chez les hommes que chez les femmes.

**La tuberculose reste une pathologie importante**, en particulier en milieu carcéral (incidence 40 fois plus grande que dans la population générale) où la tuberculose à bacilles multirésistants constitue un problème majeur. La syphilis et la gonorrhée ont augmenté jusqu'en 1997 mais sont en baisse depuis 2000. L'incidence du VIH/sida a également augmenté, surtout dans la partie sud du pays, le long des routes de commercialisation de l'opium et de l'héroïne. D'après une enquête menée en 2001 par le Bureau du contrôle des drogues et de la prévention du crime (BCDPC) des Nations unies, les toxicomanes - essentiellement des hommes - représentaient au total 2 % de l'ensemble de la population. Les maladies d'origine hydrique sont courantes en raison de la contamination des sources d'eau.

Population totale (2005) <sup>1</sup>	5.264.000
% moins de 15 ans (2005) <sup>1</sup>	31
Répartition de la population : % de la population rurale (2005) <sup>1</sup>	66
Espérance de vie à la naissance (2004) <sup>2</sup>	63
Taux de mortalité pour 1.000 enfants de moins de 5 ans (2004) <sup>2</sup>	68
Taux de mortalité maternelle pour 100.000 (2000) <sup>3</sup>	110
Dépenses totales de santé en % du PIB (2004) <sup>4</sup>	5,4
% des dépenses publiques de santé par rapport aux dépenses publiques totales (2004) <sup>4</sup>	10
Classement Indice de Développement humain, sur 177 pays (2003) <sup>5</sup>	109
RNB per capita en \$ EU (2004) <sup>5</sup>	400
Taux d'alphabétisation chez les adultes (+ de 15 ans) (2003) <sup>5</sup>	98,7
% de la population vivant en dessous du seuil national de pauvreté (1990-2002) <sup>6</sup>	48
% de la population ayant un accès durable à une source d'eau améliorée (2002) <sup>5</sup>	76
% de la population ayant un accès durable à un assainissement amélioré (2002) <sup>5</sup>	60

#### Sources :

<sup>1</sup> Division Population des Nations unies

<sup>2</sup> Rapport sur la santé dans le monde (2006)

<sup>3</sup> Rapport sur la santé dans le monde (2005)

<sup>4</sup> Données OMS sur les Comptes nationaux de la santé

<sup>5</sup> Rapport sur le Développement humain (2005)

<sup>6</sup> Indicateurs du Développement dans le monde, 2005 (Banque mondiale).

OPPORTUNITES	DEFIS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Forte appropriation, par le gouvernement, de l'agenda de la réforme de la santé et engagement formel à augmenter progressivement les fonds destinés au secteur dans les cinq prochaines années.</li> <li>• Institutionnalisation de la formation et de l'analyse des politiques de santé au sein du nouveau Centre du MoH pour le développement des systèmes de santé.</li> <li>• Mise en commun des ressources au niveau national, favorisant une allocation plus équitable de ces fonds et une réduction des coûts de l'accès aux soins pour les pauvres.</li> <li>• Mise en place d'associations professionnelles pour le développement de carrière du personnel et l'amélioration de la qualité des soins.</li> <li>• Développement des Community Action for Health (<i>Initiatives communautaires pour la santé</i>) en vue de permettre aux populations de maîtriser les déterminants sociaux de la santé.</li> <li>• Existence de bons programmes de vaccination des jeunes enfants.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La modestie des revenus et la lourdeur de la dette du pays se traduisent par une faible mobilisation de ressources en faveur des soins de santé.</li> <li>• La part élevée des frais de santé mine la réalisation de la protection financière et fait peser sur les ménages pauvres une charge disproportionnée.</li> <li>• La qualité des soins est inégale et des pratiques médicales dépassées subsistent, particulièrement dans le domaine de la prescription des médicaments et de leur utilisation.</li> <li>• Faiblesse des capacités des ressources humaines (RH) à différents niveaux ; salaires des personnels de santé bas ; inexistence de plan de développement des RH ; coûts élevés de l'enseignement de la médecine et programmes rigides de formation en soins infirmiers.</li> <li>• Difficultés à attirer le personnel qualifié dans les zones rurales éloignées.</li> <li>• Augmentation rapide des prix des médicaments limitant leur accès.</li> <li>• Infrastructures physiques de soins de santé obsolètes.</li> </ul>

## PARTENARIATS

Parmi les agences multilatérales autres que l'OMS, la Banque mondiale est le principal partenaire, apportant son soutien aux réformes du système de santé depuis 1995. Les autres agences des NU ont joué un rôle moins significatif dans ce processus de réformes. Les initiatives mondiales telles que l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination (GAVI) et le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (GFATM) ont mobilisé des sommes considérables, mais leur intégration à la réforme du système de santé reste à réaliser.

Au niveau bilatéral, l'Agence américaine pour le développement international (USAID), par le biais de ses programmes *ZdravReform* et, plus tard, *ZdravPlus*, est la première à avoir fourni un appui aux deux réformes « Manas » (dès 1994) et à leur mise en œuvre permanente. Une aide substantielle a également été fournie par le biais des Centres pour la prévention et la lutte contre les maladies d'Atlanta (Etats-Unis). Le soutien, depuis longtemps, du Département britannique pour le développement international (DFID) et de la Coopération suisse pour le développement (SDC) a été déterminant pour le financement des réformes. Les gouvernements de l'Allemagne et du Japon ont aussi apporté un soutien financier au système de santé de manière plus générale.

La coordination des activités des agences internationales est formellement réalisée dans le cadre du SWAp. Plusieurs donateurs procèdent à des appuis budgétaires directs en faveur du programme « Manas Taalimi », notamment l'Agence suédoise de coopération internationale au développement (Asdi), la Banque allemande de développement (KfW), la Banque mondiale, DFID et la SDC. D'autres partenaires, et plus particulièrement l'USAID, vont poursuivre leur soutien à ce programme par le biais de mécanismes de financement parallèle.

OPPORTUNITES	DEFIS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Excellente coordination entre les partenaires internationaux, avec un soutien fort à la réforme de la santé.</li> <li>• Reconnaissance unanime du rôle d'orientation de l'OMS dans la formulation des deux programmes « Manas », y compris l'organisation du cadre sectoriel d'évaluation des performances.</li> <li>• Le SWAp favorise un meilleur alignement de l'aide internationale sur le programme de réformes de l'Etat, ainsi qu'une plus grande harmonisation des interventions.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Absence, dans les autres secteurs de l'administration publique, du puissant rôle directeur démontré dans le domaine de la santé, d'où le risque de compromettre la réussite des réformes de la santé.</li> <li>• Prise en charge inadéquate de certains domaines comme la réduction des risques et la lutte contre les infections sexuellement transmissibles.</li> <li>• Nécessité d'encourager les agences pourvoyeuses d'appui financier et technique aux programmes verticaux de lutte contre les maladies (principalement VIH/sida et tuberculose) à favoriser l'intégration de ces programmes dans la stratégie globale de réforme de la santé.</li> </ul>

## AGENDA STRATEGIQUE DE L'OMS (2004-2010)

La mission de l'OMS au Kirghizistan est d'appuyer les efforts du gouvernement en matière d'amélioration de l'état de santé des populations et de réduction des inégalités dans ce domaine, d'augmentation de l'accès aux services de santé de base et d'amélioration de la qualité des soins. L'agenda stratégique porte essentiellement sur :

- **La fourniture de soins de santé.** Poursuivre l'appui au développement des Soins de santé primaires (SSP) pour la fourniture de soins personnels et l'amélioration de la qualité des hôpitaux, avec un accent spécial sur les infections nosocomiales ; mettre en place un système de surveillance épidémiologique des maladies infectieuses ; renforcer la lutte contre les maladies par l'appui à l'élaboration d'un système national coordonné et cohérent de santé carcérale pour arrêter la propagation du VIH et de la tuberculose ; veiller à l'immunisation effective et durable des populations cibles ; s'assurer d'une approche unifiée de la promotion de la santé et d'interventions intersectorielles pour prendre en charge les principaux facteurs de risque.
- **La création de ressources.** Influencer la politique en vue de mettre un terme à la prolifération des écoles de médecine et promouvoir un système de création de potentiel humain approprié constitué de diplômés de haut niveau, poursuivre l'appui au renforcement des capacités locales et renforcer les politiques et réglementations relatives aux produits pharmaceutiques.
- **Le financement de la santé.** Maintenir l'appui à l'élaboration d'une politique de financement de la santé, y compris son suivi.
- **Le pilotage.** Appuyer de manière soutenue l'élaboration de la politique nationale de santé et son analyse ; soutenir les décideurs du système dans l'adoption d'une approche globale et multisectorielle apte à arrêter les épidémies émergentes de tuberculose et de VIH ; aider à l'élaboration de politiques nationales dans des domaines clés négligés tels que la santé mentale et la lutte contre le paludisme ; appuyer la préparation du système de santé à répondre aux situations d'urgence ; aider le MoH à passer de l'approche de la supervision hiérarchique à celle du « pilotage moderne », avec un accent spécial sur l'amélioration de la santé publique.



© Photographs courtesy of Melitta Jakob, WHO Kyrgyzstan

**POUR DE PLUS AMPLES INFORMATIONS, veuillez consulter les sites Web ci-après :**

Page Web de l'OMS consacrée au pays : <http://www.who.int/countries/kgz/fr/>

Page Web du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe (EURO) consacrée au pays :

<http://www.euro.who.int/countryinformation/CtryInfoRes?COUNTRY=KGZ&CtryInputSubmit>

© Organisation mondiale de la Santé 2006. Tous droits réservés.

Les fiches présentant les Stratégies de Coopération avec les Pays ne sont pas une publication officielle de l'OMS. Les cartes qui y figurent n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites.