

The background of the page is a circular map of the Southern Hemisphere, showing the equator, the Tropic of Capricorn, and various geographical features and place names. A dark teal banner is positioned at the top, containing the chapter title. The map is rendered in a light, faded style, with the text overlaid on it.

Chapitre sept

Les systèmes de santé: des soins intégrés fondés sur des principes

Pour relever les redoutables défis décrits plus haut, le présent chapitre préconise un renforcement des systèmes de santé fondés sur les principes de base des soins de santé primaires énoncés à Alma-Ata en 1978, à savoir: un accès universel et une couverture adaptée aux besoins, l'équité en santé dans le cadre d'un développement soucieux de justice sociale, la participation communautaire à la définition et à l'application des programmes de santé et, enfin, des approches intersectorielles de la santé. Ces principes demeurent valides, mais doivent être réinterprétés à la lumière des changements spectaculaires survenus depuis 25 ans dans le domaine de la santé. Quatre questions importantes auxquelles les systèmes de santé sont confrontés font l'objet du présent chapitre: la crise mondiale du personnel de santé, les lacunes de l'information sanitaire, la pénurie de ressources financières et les problèmes gestionnaires que pose la mise en œuvre de politiques sanitaires équitables dans un environnement pluraliste.

7

Les systèmes de santé: des soins intégrés fondés sur des principes

Compte tenu des problèmes de santé mondiaux examinés dans les précédents chapitres, les objectifs sanitaires décrits dans le rapport ne pourront être atteints que si l'on renforce les systèmes de santé. Il convient d'appliquer les leçons du passé, y compris les compétences et stratégies acquises au cours de la lutte contre la poliomyélite et le SRAS, à la situation d'urgence causée par l'épidémie de VIH/SIDA ainsi qu'à la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD). Toutefois, on ne pourra pas atteindre durablement ces objectifs et d'autres encore si l'on ne fixe pas des cibles sanitaires spécifiques – y compris la cible des 3 millions de personnes traitées dans les pays en développement avec une thérapie antirétrovirale associée contre le VIH/SIDA d'ici à la fin de 2005 – pour étayer un large développement horizontal des capacités des systèmes de santé.

En dépit des réformes sanitaires de ces dernières décennies, on n'a pas suffisamment progressé vers la mise en place de systèmes de santé favorisant une amélioration collective de la santé. Aujourd'hui, toutefois, de nouvelles occasions s'offrent à nous. La santé occupe un rang élevé dans les programmes internationaux de développement et de nouveaux fonds sont dégagés pour les activités sanitaires dans les pays pauvres. L'instauration de conditions favorables à la santé et de soins de qualité pour tous est absolument impérative pour tous les systèmes de santé.

Le présent chapitre examine la manière dont les valeurs et pratiques des soins de santé primaires, adaptées aux réalités de l'environnement sanitaire complexe d'aujourd'hui, pourraient servir de base à une amélioration des systèmes de santé. Il passe en revue les notions fondamentales des soins de santé primaires et explique le concept de développement de systèmes de santé basés sur les soins de santé primaires. Il examine ensuite quatre des grands problèmes auxquels les systèmes de santé sont confrontés: la crise mondiale du personnel de santé, le manque de bases factuelles appropriées et actualisées, la pénurie de ressources financières, et les problèmes gestionnaires que pose la mise en œuvre de politiques sanitaires équitables dans un environnement pluraliste. La dernière section examine la manière dont l'OMS collabore avec les pays pour définir clairement les objectifs des systèmes de santé et renforcer ces systèmes conformément aux principes des soins de santé primaires.

Un système de santé comprend toutes les organisations, institutions et ressources engendrant des mesures dont le but principal est d'améliorer la santé (1). Le système de soins de santé est

l'ensemble des institutions, des personnes et des ressources qui participent à la prestation de soins de santé. Le présent chapitre concerne essentiellement les systèmes de soins de santé. Toutefois, le personnel soignant participe souvent à des activités de promotion, dans la communauté, de conditions favorables à la santé. C'est d'ailleurs cette relation entre les fonctions de soins aux patients et de santé publique qui est l'une des caractéristiques essentielles de la démarche des soins de santé primaires.

Le cadre d'évaluation de la performance des systèmes de santé, élaboré par l'OMS vers la fin des années 90, visait à prendre en compte l'équité des issues sanitaires dans la population qu'exigent les principes des soins de santé primaires, en fournissant un outil analytique qui permettra de déterminer si cette exigence est effectivement satisfaite. Ce cadre permet d'appeler l'attention des décideurs sur des questions telles que les dépenses de santé catastrophiques qu'encourent un certain nombre de pays. Si ce rapport n'applique pas directement le cadre en question, il part cependant de l'hypothèse que les décideurs vont l'utiliser, ainsi que d'autres outils appropriés, pour mesurer le succès d'une approche du développement des systèmes de santé basés sur les soins de santé primaires.

Au cours de ces dernières années, on a acquis des connaissances utiles sur la manière dont fonctionne un système de santé et sur les raisons d'un échec éventuel. Des initiatives telles que l'Observatoire européen des systèmes de soins de santé donnent d'intéressantes indications (voir l'Encadré 7.1), mais quelques questions fondamentales demeurent non résolues. Le présent rapport ne propose pas un modèle complet de développement des systèmes de santé basés sur les soins de santé primaires, ce qui serait impossible en l'état actuel des connaissances. Il vise à suggérer les axes de recherche qui seront utiles aux pays et aux partenaires internationaux de la santé pour évaluer les options et prendre des mesures en vue de renforcer les systèmes et de les rendre capables de répondre aux besoins et aux demandes de tous, notamment les pauvres.

Encadré 7.1 L'Observatoire européen des systèmes de soins de santé

Les pays de la Région européenne, dont les langues, les évolutions et les ressources sont extrêmement diverses, ont adopté des modes d'organisation différents pour leurs systèmes de santé. L'Observatoire européen des systèmes et politiques de soins de santé vise à diffuser des informations sur les leçons tirées de plus d'une décennie de changements en analysant les réformes et en indiquant ce qui fonctionne dans tel ou tel contexte et pourquoi. Il permet ainsi aux responsables des politiques nationales européennes de confronter leurs propres expériences à celle des autres, de profiter des conclusions d'une analyse thématique et comparative des principaux problèmes auxquels ils font face et d'avoir accès à des données claires et pratiques.

L'Observatoire est un partenariat regroupant le Bureau régional OMS de l'Europe, des gouvernements nationaux (Espagne, Grèce et Norvège), des organismes internationaux et non gouvernementaux (la Banque européenne d'investissement, l'Open Society Institute et la Banque mondiale) et des organismes universitaires (la London School of Economics and Political Science et la London School of Hygiene and Tropical Medicine). Toutes les publications de l'Observatoire sont disponibles sur son site Web.¹

Information et suivi. La série de 70 profils de pays intitulée Health System in Transition (anglais seulement) apporte des réponses analytiques à une gamme type de questions et utilise des définitions claires pour

créer une base d'information en soulignant ce qui est propre à chaque pays. L'Observatoire recouvre l'ensemble de la Région européenne et quelques autres pays de l'OCDE pour permettre des comparaisons systématiques ainsi qu'un examen des réformes dans le temps.

Analyses. L'Observatoire publie des études complètes sur des questions clés en rapport avec les systèmes et politiques de santé telles que les hôpitaux, le financement, la réglementation, l'élargissement de l'Europe, l'assurance-maladie obligatoire, les achats, les soins de santé primaires, les substances pharmaceutiques, la santé mentale, les ressources humaines et les objectifs sanitaires. Il utilise la recherche indirecte ou méta-analyse et réunit des experts venus de tous les pays d'Europe pour synthétiser les données existantes, placer les expériences des pays dans un cadre conceptuel et en tirer des leçons et des options pratiques.

Diffusion de l'information. La participation des décideurs et de leurs conseillers permet de s'assurer qu'ils pourront utiliser l'information et les analyses. L'Observatoire organise des séminaires et des ateliers pour de petits groupes de décideurs de haut niveau, souvent en partenariat avec des organismes appuyant les réformes des systèmes et politiques de santé, sur des questions telles que les formules de financement, les incidences de l'adhésion de nouveaux Etats Membres à l'Union européenne ou l'équité.

¹ www.observatory.dk.

Principes fondamentaux des soins de santé primaires

Les soins de santé primaires sont devenus en 1978 l'une des politiques clés de l'OMS lors de l'adoption de la Déclaration d'Alma-Ata et de la stratégie de la « santé pour tous en l'an 2000 ». Vingt-cinq ans plus tard, le soutien international aux valeurs des soins de santé primaires demeure considérable. Des résultats préliminaires d'une étude de grande envergure indiquent que nombreux sont ceux qui, dans le monde de la santé, estiment essentiel de privilégier les soins de santé primaires pour une progression équitable de la santé (2).

Aucune définition uniforme et universellement applicable n'existe pour les soins de santé primaires. Des ambiguïtés étaient déjà présentes dans le document d'Alma-Ata, qui est considéré à la fois comme un niveau de soins et comme une approche globale de la politique sanitaire et des prestations de services. Dans les pays à haut ou moyen revenu, les soins de santé primaires s'entendent essentiellement du premier niveau de soins. Par contre, dans les pays à bas revenu, où l'accès aux soins de santé se heurte encore à de graves difficultés, on les considère davantage comme une stratégie applicable à l'échelle du système.

Il est utile de considérer que les soins de santé primaires couvrent à la fois des principes clés et une série variable d'activités de base. Aux fins du présent examen, c'est aux principes que nous allons principalement nous intéresser (3), et notamment:

- l'accès universel aux soins et la couverture en fonction des besoins;
- l'engagement à garantir l'équité en matière de santé dans le cadre d'un développement orienté vers la justice sociale;
- la participation communautaire à la définition et à l'exécution des programmes de santé;
- l'adoption d'approches intersectorielles de la santé.

Encadré 7.2 Soins de santé primaires dans un environnement en pleine mutation: les « maisons de santé » en République islamique d'Iran

Le Gouvernement de la République islamique d'Iran a beaucoup investi dans la formation de personnels soignants. Les centres de soins de santé primaires, connus familièrement sous le nom « maisons de santé », constituent un réseau actif animé par des agents de santé communautaires, les *behvarzes*, formés et régulièrement encadrés par un personnel des centres de santé des districts. Les *behvarzes* dispensent des soins de santé de base et donnent des avis sur de nombreux aspects de la santé maternelle et infantile ainsi que sur les maladies transmissibles courantes. Ils enregistrent aussi les informations sanitaires locales à l'aide d'un système de données dit « horoscope vital » qui contient les renseignements recueillis au cours de visites annuelles au domicile des patients. Ce système permet de disposer d'informations utiles pour planifier les services sur les plans local et national. La participation des communautés à la prestation de soins de santé à assise communautaire est élevée; 90 % de la population souscrit à un système d'assurance-maladie, et certains systèmes sont expressément conçus pour protéger les pauvres.

Aujourd'hui, la République islamique d'Iran doit faire face à plusieurs obstacles pour préserver ces acquis dans un environnement en pleine évolution. Le profil épidémiologique du pays s'est modifié, grâce en partie au succès de la stratégie basée sur les soins de santé primaires. Le gros de la charge morbide est dû aux maladies et lésions non transmissibles, mais il existe quelques différences entre provinces

riches et pauvres. L'urbanisation s'étend, ce qui entraîne une modification du mode de vie, et le secteur sanitaire privé se développe. La prise en charge clinique des cas ne repose pas aussi souvent qu'il le faudrait sur des bases factuelles et une récente étude du financement de la santé montre que le système n'est pas aussi équitable qu'on l'avait pensé: les paiements directs sont trop élevés et les pauvres sont moins bien protégés qu'auparavant contre le risque de dépenses de santé catastrophiques.

Le Gouvernement prend des mesures pour relever ces nouveaux défis. Il a déjà commencé à réorienter les activités de soins de santé primaires dispensés dans les maisons de santé. En vue d'améliorer la qualité des soins, on revoit les directives techniques applicables aux interventions et à la formation de différentes catégories de personnels de santé. On envisage aussi l'instauration d'une gamme de prestations communes, et l'on cherche à déterminer ce qui doit y figurer, qui devra les dispenser et comment faire participer plus efficacement les prestataires à la mise en œuvre des interventions préventives et curatives critiques, par exemple par la voie d'appels d'offres. Les différents régimes d'assurance sont réexaminés dans le cadre d'une étude générale de l'ensemble du système de financement de la santé, et l'on se demande quels sont les types de dispositions organisationnelles qui permettraient d'améliorer la qualité et l'efficacité des prestataires publics.

Maintien des principes dans un environnement en évolution

L'environnement mondial, national et local dans lequel les valeurs des soins de santé primaires doivent être appliquées ont radicalement changé au cours de ces 25 dernières années. Parmi les principales mutations démographiques et épidémiologiques figurent le vieillissement des populations, l'explosion du VIH/SIDA et la double charge morbide qui va croissant dans les pays à bas ou moyen revenu (voir l'exemple de l'Encadré 7.2). Les progrès de la technologie sanitaire ont transformé de nombreux aspects de l'exercice de la médecine et suscité des attentes concernant les types de fonctions et de services que les systèmes de santé doivent assurer.

Le contexte institutionnel de la définition des politiques sanitaires et des prestations de services de santé a également évolué. On a redéfini les responsabilités et objectifs des pouvoirs publics dans le secteur de la santé, et des entités du secteur privé à but lucratif ou non jouent un rôle de plus en plus évident dans la prestation des soins de santé. Les raisons des diverses formes de collaboration varient, mais le sous-financement chronique des services de santé financés par le budget de l'Etat joue souvent un rôle important. Les processus de décentralisation et la réforme du secteur de la santé ont eu des effets divers sur la performance des systèmes de soins (4).

Les idées et activités associées aux soins de santé primaires ont elles-mêmes subi des changements. Dans les années 80, la démarche appelée « soins de santé primaires sélectifs » a eu un certain succès. En mettant l'accent sur les problèmes techniques posés par la mise en œuvre d'interventions de base limitées dans les régions déshéritées, cette stratégie encourageait des structures programmatiques « verticales ». Ces programmes ont entraîné d'importants progrès, par exemple en matière de couverture vaccinale et de réduction de la mortalité infantile, mais ils étaient contraires à la conception globale des soins de santé primaires élaborée à Alma-Ata, qui donnait notamment la priorité à la lutte contre les déterminants socio-économiques d'une mauvaise santé. Dans les années 90, la Banque mondiale a recommandé une série d'interventions clés pour les services de santé publique et un ensemble de services cliniques essentiels influencés par des modèles de soins de santé primaires, mais les critiques se sont alors demandé si ces stratégies étaient bien conformes aux messages d'équité et de participation communautaire qui avaient émané d'Alma-Ata (5).

A l'origine, les soins de santé primaires et le mouvement de la santé pour tous avaient pour objet de modifier les pratiques et structures du secteur de la santé en se fondant sur des critères relatifs à la santé de la population. Par la suite, les réformes du secteur de la santé ont souvent été régies par des critères largement étrangers à la santé (par exemple, des engagements généraux en faveur d'une décentralisation ou d'une réforme de la fonction publique, ou encore la nécessité de réduire les dépenses de l'Etat). La réaffirmation des principes des soins de santé primaires par les acteurs du monde de la santé montre qu'ils reconnaissent la nécessité de refonder les décisions concernant l'organisation, le financement et la prestation des services de soins de santé sur des critères de santé des populations.

Les principes considérés dans une optique systémique

Le présent rapport encourage une importante évolution conceptuelle vers le modèle de systèmes de santé basés sur les soins de santé primaires. Dans une optique systémique, on peut remédier à la contradiction potentielle entre des soins de santé primaires considérés comme un niveau distinct et ces mêmes soins envisagés en tant qu'approche générale d'une presta-

tion de services de santé souples et équitables. Cette évolution intègre les soins de santé primaires dans un ensemble plus vaste de manière que leurs principes puissent orienter le fonctionnement du système général.

Un système de santé basé sur les soins de santé primaires:

- s'appuie sur les principes d'équité, d'accès universel, de participation communautaire et d'approches intersectorielles exposés à Alma-Ata;
- tient compte de questions générales en rapport avec la santé des populations, en prenant en compte et en renforçant les fonctions liées à la santé publique;
- crée des conditions favorables à une prestation efficace des services aux groupes de déshérités et d'exclus;
- organise des soins intégrés et homogènes qui associent la prévention, les soins aigus et les soins chroniques à tous les niveaux du système de santé;
- évalue en permanence et cherche constamment à améliorer la performance.

Pour dispenser les soins complets vers lesquels tend un tel système, il faut intervenir à tous les stades de la lutte contre la maladie. Si l'on veut s'attaquer à la charge croissante de maladies chroniques, tant transmissibles que non transmissibles, il faut promouvoir la santé en amont et prévenir la maladie dans la communauté tout en traitant la maladie en aval au sein des services de santé. Deux modèles de soins intégrés, le modèle de soins aux malades chroniques et son prolongement, le cadre novateur de l'OMS pour le traitement des maladies chroniques, mettent en évidence des notions de base des soins de santé primaires: des partenariats intersectoriels, la participation communautaire et des soins homogènes basés sur la population. L'expérience justifie l'utilisation de ces modèles intégrés pour mettre en œuvre les principes des soins de santé primaires, en montrant qu'ils réduisent les coûts des soins de santé, abaissent l'usage des services de soins et améliorent l'état général de santé (6-9).

L'établissement d'un lien entre l'extension du traitement du VIH/SIDA et le développement du système de soins de santé pose un problème majeur. Il n'existe aucun modèle, mais on commence à avoir connaissance de quelques exemples utiles. Depuis mai 2001, Médecins sans Frontières dispense une thérapie antirétrovirale pour le VIH/SIDA dans des centres de soins de santé primaires du township de Khayelitsha (Afrique du Sud) (10). Le traitement du VIH/SIDA dans une structure de soins de santé primaires met en évidence les possibilités d'intégration des différents types de soins et permet de commencer à voir comment l'extension du traitement pourrait s'inscrire dans un renforcement du système de santé basé sur les principes des soins de santé primaires et l'orienter. Le programme antirétroviral de Khayelitsha s'appuie sur un modèle de service animé par des infirmières et repose sur une forte mobilisation communautaire pour le soutien des malades. Il est apparu que le traitement du VIH/SIDA est optimal lorsque les conditions suivantes sont remplies:

- l'ensemble du système de santé est mobilisé et les activités de traitement du VIH/SIDA sont intégrées dans le module de base de prestations sanitaires;
- les services de traitement sont décentralisés pour garantir une bonne couverture ainsi que la participation de la communauté;
- le traitement et les soins sont conformes au principe de la continuité des soins et s'appuient sur un système de soins à domicile rattaché à un établissement de soins et sur un système d'orientation-recours.

Les ressources additionnelles devant être allouées aux secteurs de la santé des pays pour soutenir la lutte contre le VIH/SIDA, y compris l'objectif des 3 millions de personnes sous antirétroviraux d'ici 2005, peuvent être utilisées de manière à renforcer une intégration horizontale des systèmes de santé. La mise au point de stratégies propres à chaque contexte pour parvenir à un tel résultat s'inscrira dans la collaboration technique de l'OMS avec les pays. De

même, si les recommandations de la Commission Macroéconomie et Santé tendant à accroître fortement des investissements mondiaux consacrés à la santé sont suivies par la communauté internationale, les années à venir vont offrir une occasion unique de mettre en place des systèmes de santé régis par les soins de santé primaires.

L'extension de systèmes de santé basés sur les soins de santé primaires se heurte encore à de formidables obstacles. Dans certains pays, de violents conflits et autres situations d'urgence ont terriblement dégradé les systèmes de santé (voir l'Encadré 7.3). Ceux-ci peuvent également être fragilisés par divers facteurs d'inefficacité tels qu'un montant disproportionné de dépenses publiques de santé consacré à des soins et programmes du niveau tertiaire qui ne portent pas sur une charge morbide significative (11). La pénurie de ressources financières demeure un problème fondamental. Dans près de 20 % des Etats Membres de l'OMS, le total des dépenses de santé est encore inférieur à US \$15 par habitant. Nombreux sont les pays, notamment parmi les plus pauvres, où les personnes ayant besoin d'un traitement pour elles-mêmes ou leur famille doivent encore en payer l'essentiel de leur propre poche.

Tous les efforts déployés dans les pays en développement pour améliorer les systèmes de soins de santé se heurtent à plusieurs obstacles majeurs: développement et maintien en poste du personnel de santé; gestion de l'information sanitaire; financement; et enfin, rôle de tutelle de l'Etat dans un environnement sanitaire pluraliste. Les sections suivantes du présent chapitre passent ces problèmes en revue. Il est bien d'autres domaines où les systèmes de

Encadré 7.3 Iraq: remise sur pied d'un secteur de la santé sinistré

La Guerre du Golfe de 1991 et les sanctions économiques ont marqué le début du déclin d'un système de prestations sanitaires qui avait servi de modèle à la région au cours des années 80. Les indicateurs sanitaires ont atteint des niveaux comparables à ceux de certains des pays les moins avancés: en 1996, les taux de mortalité infantile, juvénile et maternelle étaient estimés respectivement à 100 pour 1000, 120 pour 1000 et 300 pour 100 000 naissances vivantes, soit un doublement par rapport aux niveaux de 1990. Le programme « Pétrole contre nourriture » a entraîné une amélioration relative de la santé des Iraquiens mais celle-ci est loin d'être revenue aux niveaux d'avant 1990. Les issues sanitaires en Iraq sont maintenant parmi les pires de la région.

L'Iraq est au-dessous de la moyenne régionale pour le nombre de médecins par rapport à la population (5,3 médecins pour 10 000 habitants en 2002); il y a trop de spécialistes mais trop peu de médecins de soins de santé primaires et d'infirmiers/ères. A la suite de la guerre de 2003, l'infrastructure sanitaire, qui n'était plus entretenue depuis des années, a encore terriblement souffert des pillages, des carences de l'alimentation en électricité et en eau, et de l'instabilité institutionnelle.

Avant la guerre de 2003, le système de santé était basé sur les hôpitaux et axé sur les soins curatifs, et il ne répondait pas convenablement aux besoins sanitaires de la population. Les décideurs iraqiens et la communauté des bailleurs de fonds doivent maintenant rétablir les services de base à bref délai et transformer des services de santé inefficaces et inadéquats en un système basé sur les soins de santé primaires, sur la prévention et sur une politique réaliste. Le nouveau système doit s'attaquer à la charge morbide du peuple iraqien tout en demeurant abordable, compte tenu des ressources du budget national.

Le secteur de la santé se heurte à des problèmes majeurs, et notamment: la capacité limitée du Ministère de la Santé (et des directions de la santé dans les gouvernorats) à assumer les fonctions essentielles de santé publique; l'absence d'une gamme de services de santé com-

prenant des soins d'urgence en cas de catastrophe, les fonctions de santé publique essentielles et des moyens diagnostiques et de laboratoire; un exode des cerveaux qui ponctionne les ressources humaines; l'absence d'un système d'information permettant de prendre des décisions éclairées pour l'élaboration des politiques et leur exécution; la pénurie de ressources financières et l'absence de mécanismes bien établis pour assurer un apport régulier de capitaux permettant de couvrir les dépenses d'investissement et les coûts opérationnels du système; et, enfin, la nécessité de mieux coordonner les contributions de toutes les parties prenantes du secteur de la santé afin d'optimiser les apports de ressources.

Des hauts fonctionnaires du Ministère de la Santé, des responsables de l'Autorité provisoire de la Coalition et des représentants d'organisations du système des Nations Unies, d'organismes non gouvernementaux et de donateurs se sont réunis à Bagdad en août 2003 pour définir les priorités immédiates et à moyen terme qui permettront au secteur de la santé de dispenser des services accessibles, équitables, abordables et d'une qualité suffisante.

Pour que le secteur de la santé retrouve en Iraq son niveau d'avant-guerre, il faut pouvoir financer les salaires et les autres dépenses renouvelables prioritaires. On estime que les fonds nécessaires pour les services de santé de l'Iraq en 2004 – en provenance du budget de l'Etat et des contributions des bailleurs de fonds – seront de l'ordre de US \$0,8-1,6 milliard (soit US \$33-66 par habitant). Dans l'hypothèse d'une progression suivie des recettes, les projections pour la période 2004-2007 se situent dans une fourchette de US \$3,7 à 7,8 milliards, ce qui, à la fin de la période, donne un montant de dépenses publiques par habitant de US \$40 à US \$84. Toutefois, prévoir la performance économique du pays, ses recettes fiscales et la volonté des donateurs de soutenir l'Iraq entre 2004 et 2007 est un exercice des plus aléatoires.

santé éprouvent des difficultés, mais les quatre obstacles susmentionnés nécessitent des mesures urgentes si l'on veut suffisamment développer un système pour lui permettre d'atteindre les objectifs sanitaires fixés. S'ils ne sont pas surmontés, on ne progressera guère dans l'amélioration de l'accès aux soins pour les plus pauvres.

Crise mondiale du personnel de santé

Le problème le plus aigu auquel les systèmes de soins de santé doivent faire face est celui de la pénurie du personnel qui les fait fonctionner. Ce sont les pays en développement qui souffrent le plus de cette crise, notamment l'Afrique subsaharienne, mais elle touche aussi tous les autres. Elle entrave sérieusement les mesures prises pour faire face à la situation d'urgence créée par le SIDA ainsi que pour mettre en place des systèmes de santé fondés sur les soins de santé primaires, alors que les ravages du SIDA réduisent l'effectif du personnel disponible. L'engagement du Botswana à dispenser un traitement antirétroviral à tous ceux qui en ont besoin est compromis non par l'insuffisance du financement, mais par une grave pénurie de personnels de santé (12).

Malheureusement, les gouvernements nationaux et les organismes internationaux accordent encore assez peu d'importance aux questions de personnel. Pourtant, un renforcement rapide et considérable des effectifs du personnel de santé s'impose d'urgence si l'on veut profiter des fonds et des substances pharmaceutiques actuellement disponibles.

Cette crise du personnel de santé éclate dans un environnement économique et politique très différent de ce qu'il était il y a 25 ans. Les modèles traditionnels dans lesquels le gouvernement recrute, forme, engage et déploie les professionnels de la santé ne reflètent plus la situation réelle de la plupart des pays en développement. Ils ont pour la plupart entrepris de décentraliser et de réformer leur fonction publique et leur secteur de la santé. De ce fait, les rôles des organisations non gouvernementales et des prestataires privés dans le domaine des soins de santé se sont considérablement élargis. En outre, tous les pays font maintenant partie d'un marché mondial des professionnels de la santé, et les effets du déséquilibre entre la demande et l'offre ne pourront que s'accroître à mesure que les échanges de services de santé augmentent (13). Il convient donc d'élaborer et d'évaluer de nouveaux modèles de renforcement du personnel de santé (14).

Effectif, composition et distribution du personnel de santé

Le nombre d'agents de santé d'un pays est un indicateur clé de sa capacité à étendre la couverture des prestations. La crise atteint son point culminant en Afrique subsaharienne où l'on reconnaît maintenant que les problèmes de dotation en personnel sont un obstacle majeur à la réalisation des objectifs sanitaires nationaux et des OMD (15). En République-Unie de Tanzanie et au Tchad, par exemple, l'effectif actuel du personnel de santé est tout à fait insuffisant pour que les interventions prioritaires aient lieu sur une grande échelle (16). Les pays en butte à une pénurie de personnels de santé aussi extrême doivent augmenter de toute urgence leurs effectifs pour s'acquitter de ces tâches, notamment la prestation de services au niveau communautaire dans les zones sous-desservies.

Le nombre d'agents de santé d'un pays n'est pas le seul déterminant de l'accès aux soins de santé primaires. La Figure 7.1 montre que le nombre de naissances assistées par un personnel qualifié n'est que partiellement lié à l'effectif des professionnels de santé d'un pays.¹ La Guinée, l'Indonésie et le Paraguay ont des effectifs similaires, mais les taux de couverture y sont

¹ Le terme « professionnels de la santé », au sens de la base de données de l'OMS, désigne les médecins, infirmiers/ères, sages-femmes, dentistes et pharmaciens.

très différents en raison de plusieurs facteurs, notamment la composition des équipes de santé, leur distribution géographique et fonctionnelle, et leur productivité. Ces données montrent qu'il importe d'utiliser plus efficacement les personnels existants.

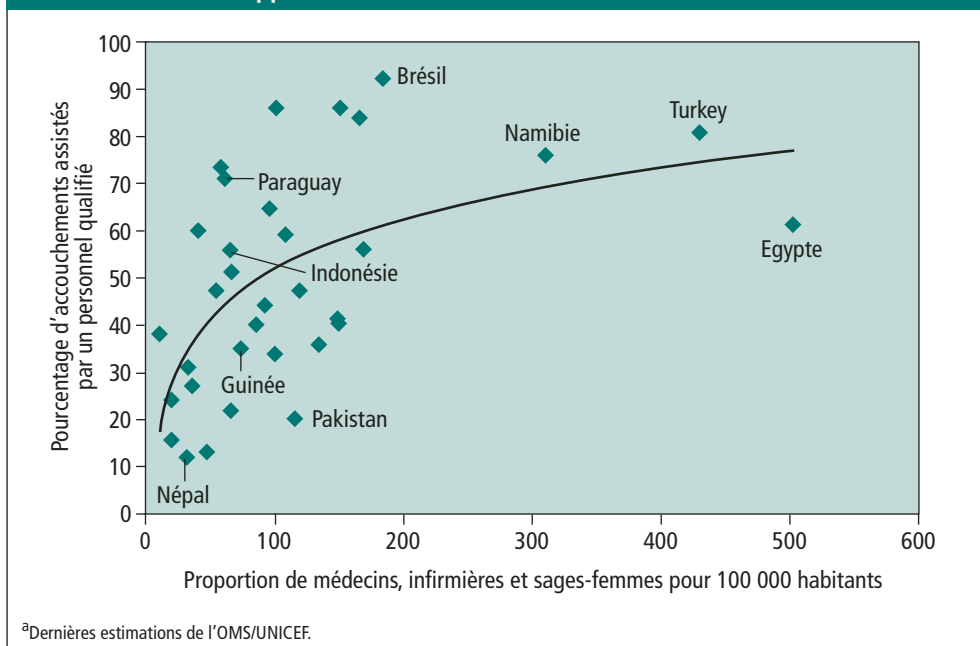
La discrimination sexuelle dans les professions de la santé a de nombreuses incidences graves sur l'efficacité à long terme du système de soins de santé, notamment sur les prestations destinées aux populations pauvres et déshéritées. La sous-représentation des femmes parmi les administrateurs et directeurs des services, alors que le personnel soignant est presque exclusivement féminin, pose un problème particulier. On voit aussi qu'en Afrique du Sud, par exemple, les hommes qui ne représentent que 29 % du personnel administratif occupent 65 % de tous les postes de direction (17). Sans une représentation convenable des femmes aux niveaux supérieurs, leurs besoins en tant qu'employées du système de santé continueront d'être négligés. D'une manière plus générale, les politiques et les plans de dotation en personnel doivent prendre en considération les questions de sexe et de cycle de vie professionnelle, non seulement dans un souci d'équité, mais aussi pour permettre la mise en place efficace d'un système de soins de santé répondant aux besoins particuliers des femmes.

Formation du personnel

Pour régler les problèmes sanitaires urgents tout en renforçant les bases du système de santé, les planificateurs doivent décider de la composition du personnel de santé en déterminant la distribution des niveaux de formation et des catégories de compétence. Dans les pays développés, l'obligation d'endiguer les coûts tout en maintenant la qualité des soins amène à tester de nouvelles catégories d'agents de santé. Dans les pays en développement, une telle expérimentation vise directement à remédier à l'insuffisance de l'offre.

Pour atteindre les objectifs de systèmes basés sur les soins de santé primaires, il convient d'envisager de nouveaux modes de formation théorique et professionnelle des agents de santé

Figure 7.1 Relation entre les naissances assistées par des soignants qualifiés et le nombre de professionnels de la santé,^a dans 33 pays en développement ou en transition



qui permettent de disposer d'un personnel mieux adapté aux besoins du pays. La formation d'étudiants de pays en développement dans une institution prestigieuse d'un pays développé n'est utile que lorsqu'il n'existe aucune solution de rechange au niveau local ou régional. Alors qu'à l'échelle du globe, il y a environ deux fois plus d'écoles d'infirmiers/ères que d'écoles de médecine, on trouve dans la Région africaine 38 écoles d'infirmiers/ères pour 64 écoles de médecine, ce qui incite à conclure que trop de professionnels de la santé coûteux sont formés là où l'on pourrait avoir davantage besoin de nouveaux types de prestataires dont la formation soit plus axée sur les soins de santé primaires. Il faut également renforcer le personnel de santé publique à l'aide d'une nouvelle approche de la formation nationale ou régionale mettant l'accent sur la prise en charge des problèmes de santé au niveau du district (18).

On complète souvent l'effectif des médecins en formant des infirmières praticiennes, des « médecins assistants » et des professionnels de niveau intermédiaire. Ces professionnels de santé peuvent assumer un grand nombre de fonctions précédemment réservées aux titulaires d'un doctorat en médecine (voir l'Encadré 7.4). De nombreuses études menées dans les pays développés montrent, par exemple, que les infirmières praticiennes peuvent réduire les coûts des soins sans nuire aux issues sanitaires, et parfois même en les améliorant (21, 22). Dans les îles du Pacifique, des praticiennes de niveau intermédiaire portant divers titres (« medex », assistant sanitaire ou officier de santé) jouent un rôle important dans le domaine des soins curatifs et préventifs, notamment en zone rurale ou dans les régions écartées (23). Dans d'autres pays, des agents de santé communautaires sont formés à des activités hautement prioritaires et très spécifiques, ce qui leur permet de desservir des populations hors d'atteinte des services de santé classiques.

Dans le passé, il a été difficile de mettre en œuvre des stratégies des soins de santé primaires basés sur des agents de santé communautaires ou autres prestataires de soins de santé (24). Toutefois, l'expérience montre que de telles stratégies peuvent être efficaces à condition que soit dispensée une formation appropriée (25, 26). Pour donner de bons résultats, la création de nouveaux types d'agents de santé exige que ces personnels soient jugés en fonction de leur contribution spécifique et non traités comme des prestataires de deuxième ordre. Il faut donc leur offrir des perspectives de carrière, les faire bénéficier d'un système de roulement entre les zones rurales et sous-desservies et le reste du pays ainsi que de bonnes conditions de travail, leur permettre de travailler au sein d'une équipe avec d'autres professionnels et les rémunérer convenablement. Ces nouvelles catégories doivent être considérées non seulement comme un moyen de parer aux pénuries actuelles, mais aussi comme une cohorte dont les compétences peuvent être constamment améliorées grâce à une formation en cours d'emploi, ce qui conduit éventuellement à les incorporer ensuite dans des catégories professionnelles plus qualifiées. Il apparaît de plus en plus que des membres de la communauté peuvent s'acquitter de toute une série de tâches en rapport avec les soins de santé, y compris le traitement d'affections relativement complexes (10, 25-28).

Encadré 7.4 Formation de médecins assistants: les « *técnicos* » du Mozambique

En 1984, un programme de trois ans a été lancé pour la création d'un cadre de médecins assistants (*técnicos de cirurgia*) chargés d'effectuer des opérations chirurgicales assez avancées dans des régions écartées où l'on ne dispose pas de spécialistes (19). Le programme forme des agents de santé de niveau intermédiaire aux techniques requises dans trois grands domaines prioritaires: les complications de la grossesse, les complications des traumatismes et les urgences inflammatoires. Deux années de cours et de travaux pratiques à l'Hôpital central de Maputo sont suivies d'une année d'internat à un hôpital provincial, sous la surveillance directe d'un chirurgien.

Quarante-six médecins assistants ont été formés entre 1984 et 1999 et l'évaluation de leur influence sur la qualité des soins incite à l'optimisme. C'est ainsi qu'une comparaison entre 1000 césariennes consécutives confiées à des *técnicos de cirurgia* et un même nombre de ces opérations effectuées par des obstétriciens ou des gynécologues ne fait apparaître aucune différence entre les issues de ce type d'accouchement et des interventions chirurgicales connexes (20). Ce rapport coût/efficacité a incité de nombreux pays à lancer des programmes similaires ou à envisager leur mise en place. Toutefois, il faut continuer à évaluer l'impact potentiel de ces agents de santé sur la qualité et l'efficacité des soins.

Migration des travailleurs de santé

Les responsables des politiques de santé sont partout préoccupés par l'exode des cerveaux, tant entre pays qu'entre régions d'un même pays, mais la recherche sur ce sujet n'en est encore qu'à ses débuts (29). Les mouvements des professionnels de santé suivent les axes de migration de tous les autres professionnels. Si les médecins et infirmières ne constituent qu'une faible proportion des professionnels migrants, leur départ n'en constitue pas moins une lourde perte pour les systèmes de santé.

Les mouvements internes de la main d'œuvre en direction des zones urbaines sont communs à tous les pays. Dans une même région, on observe des mouvements entre pays pauvres et pays riches, par exemple de la Zambie à l'Afrique du Sud ou de la République-Unie de Tanzanie au Botswana. La forme d'exode des cerveaux la plus controversée est la migration professionnelle internationale qui s'opère entre pays pauvres et pays riches (30). Le départ des médecins est celui qui marque le plus les esprits, mais l'exode des infirmières et autres professionnels de santé peut aisément paralyser un système de santé. Les infirmières sont très demandées dans les pays développés du fait, en partie, du vieillissement de leurs populations. On s'attache à faire respecter des règles d'éthique en matière de recrutement international, mais les résultats de ces efforts n'ont pas encore été évalués (31).

La mobilité du personnel crée un déséquilibre supplémentaire au moment précis où certains pays en développement commencent à recevoir des ressources financières accrues. Il leur faut mieux planifier leurs dotations en personnel, prendre en considération les questions de traitement et autres formes de rémunération, et améliorer la gestion du personnel.

Rémunérer davantage et rémunérer différemment

En augmentant les traitements, on peut accroître le nombre et la productivité des agents de santé et obtenir de bons résultats dans les pays où les agents de santé sont moins payés que les membres de professions comparables. Toutefois, les résultats risquent d'être moins convaincants là où les traitements du secteur de la santé sont plus élevés que ceux de professions équivalentes. Les traitements étant le poste le plus important du budget de la santé, on doit soigneusement évaluer les effets de leur augmentation sur la disponibilité et la productivité des agents de santé ainsi que sur l'ensemble du budget. Le rôle des syndicats du secteur public dans les négociations salariales avec les gouvernements rend ce problème encore plus complexe.

Outre l'augmentation des traitements, d'autres stratégies permettent d'améliorer la productivité: il s'agit, notamment, d'avantages non financiers comme la gratuité du logement, de l'électricité et des communications téléphoniques, la formation en cours d'emploi sous la surveillance d'un personnel professionnel et les occasions de rotation et de promotion. Dans les régions rurales du Sénégal, on a mis des motocyclettes à la disposition des infirmières/ères, ce qui a permis non seulement d'accroître la couverture vaccinale, mais aussi d'améliorer les possibilités d'accès de ces personnels à une aide technique et de réduire leur isolement (32).

Des incitations financières et non financières peuvent aussi réduire les déséquilibres géographiques dans la distribution des agents de santé. C'est ainsi qu'en Indonésie, un bonus pouvant atteindre 100 % du traitement normal a attiré des médecins diplômés de Jakarta vers les îles périphériques (33). On a aussi proposé de recruter et de former des personnes provenant de zones écartées qui s'engagent à travailler dans leur région d'origine.

Enfin, dans la plupart des pays, les organisations non gouvernementales s'occupant de questions de santé et les prestataires privés sont nombreux et de plus en plus présents. Les gouvernements doivent donc envisager l'instauration de partenariats au sein desquels le secteur

public apporterait un soutien financier et les organisations non gouvernementales gèreraient et dispenseraient directement les services. Il arrive souvent que des agents de santé privés soient disponibles dans des zones que le secteur public a du mal à desservir. En pareil cas, la solution la plus réaliste peut consister à mettre en place des programmes structurés permettant, soit de recruter des prestataires privés, soit de rembourser les services qu'ils dispensent. Au milieu des années 90, le Gouvernement du Guatemala a été forcé d'étendre ses services de soins de santé aux populations sous-desservies dans le cadre des négociations de paix qui ont eu lieu à cette époque. Il a passé des contrats avec plus de 100 organisations non gouvernementales pour qu'elles dispensent des soins de santé de base à quelque 3 millions d'habitants, principalement des autochtones et des ruraux qui n'avaient précédemment aucun accès aux services (34). Récemment, le Cambodge a expérimenté avec succès la passation de contrats avec des organisations non gouvernementales et des prestataires privés pour la prestation de services de base à des groupes sous-desservis (35).

Amélioration de la qualité: travailleurs et systèmes

Tous les systèmes de santé doivent créer un environnement favorable à un apprentissage efficace en équipe pour l'amélioration de la qualité. Alors que la qualité des soins dépend dans une certaine mesure des caractéristiques individuelles du personnel soignant, les niveaux de performance sont bien davantage fonction de l'organisation du système de soins de santé où s'effectue le travail. De nombreuses organisations dispensant des soins cessent de faire systématiquement retomber sur les individus la responsabilité des carences et procèdent plutôt à des recyclages en équipe en vue d'une amélioration collective de la qualité.

Reconnaître que la qualité des soins de santé est essentiellement liée au système est le premier pas vers l'amélioration du déroulement et des issues des soins de santé. Pour relever le niveau de qualité à l'échelle du système, il faut clairement définir ce que l'on considère comme des soins optimaux et adopter les grandes lignes de l'évolution du système. Parmi les composantes essentielles de soins optimaux figurent des aides à la décision destinées au personnel soignant avec des instructions écrites pour les soins et des algorithmes de diagnostic et de traitement, ainsi que les fournitures, le matériel médical, l'accès au laboratoire et les médicaments nécessaires. Les composantes comprennent aussi des systèmes d'information clinique (informatisés ou sur papier), des indications pour des visites planifiées et un suivi actif, et un soutien systématique aux malades pour l'auto-prise en charge de leurs affections et l'orientation-recours vers les structures communautaires. L'expérience montre que les meilleurs résultats sont obtenus dans des systèmes de santé dotés de services de soins de santé primaires intégrés et efficaces, probablement parce qu'ils permettent d'assurer des services longitudinaux plus complets et coordonnés (36).

Il faut aussi mettre au point une méthode permettant au personnel soignant d'améliorer son travail (37). Les équipes de soins de santé doivent pouvoir concevoir et tester des changements sur leur lieu de travail pour améliorer systématiquement les différentes phases de leurs activités. On peut utiliser à cet effet le modèle d'amélioration (38) qui permet à des équipes de personnels soignants de tester et d'évaluer rapidement les améliorations potentielles. Le travail en groupes d'équipes facilite la communication et fait parvenir les innovations à des groupes plus étendus (39, 40).

Comment faire face à la crise du personnel

Prendre des mesures pour résoudre la crise du personnel n'est guère facile et oblige à tenir compte de tous les aspects des besoins dans ce domaine, de la formation au maintien d'un bon moral et des facteurs locaux aux déterminants mondiaux. L'OMS a un rôle majeur à jouer en faisant prendre durablement conscience de l'importance de la crise.

Certaines mesures peuvent être adoptées immédiatement, tandis que d'autres nécessitent un délai et une planification (voir l'Encadré 7.5). Dans les cas les plus urgents, par exemple pour étendre le traitement du VIH/SIDA, les pays peuvent mobiliser des ressources communautaires, des bénévoles et des guérisseurs traditionnels afin d'élargir l'accès aux soins de santé primaires (voir l'Encadré 3.2 du chapitre 3). On peut aussi augmenter la productivité du personnel soignant en améliorant l'encadrement, le soutien et le maintien d'un bon moral. Dans l'immédiat, les pouvoirs publics peuvent lancer des programmes de mobilisation des ressources non gouvernementales et privées en passant des marchés pour les prestations de services, en perfectionnant le personnel et en s'assurant que celui-ci dispose des médicaments et des fournitures médicales nécessaires à son travail.

A moyen terme, les pouvoirs publics peuvent apporter des changements qui nécessitent une planification plus poussée, une réorientation du personnel administratif et une nouvelle budgétisation, par exemple pour réviser les politiques de rémunération, instaurer des incitations non financières et développer les capacités de formation. Ils peuvent aussi adopter des directives et politiques nouvelles, étendre la collaboration avec les communautés et les gouvernements locaux, et tirer d'importantes leçons des expériences d'autres pays, que celles-ci aient été probantes ou non (14). Les décideurs pourront proposer que lors de l'élaboration de tout nouveau projet ou politique, on fasse une évaluation de l'impact sur les ressources humaines, et des organismes internationaux ainsi que des bailleurs de fonds pourraient participer à ce processus (41).

Enfin, les responsables politiques doivent tenir compte des conditions nécessaires à la prestation de services de santé de bonne qualité, c'est-à-dire ne pas perdre de vue le caractère dynamique des marchés du travail et prendre en compte les limites et les attentes des agents de

Encadré 7.5 Formation d'une main-d'œuvre qualifiée pour demain

La préparation d'une main-d'œuvre motivée et convenablement qualifiée doit commencer sans délai à l'aide des budgets et du personnel existants. Ces activités obligent à s'y consacrer et à les diriger en permanence et supposent que les agents de santé et les communautés participent à la planification et à la gestion de leur propre avenir.

Parmi les actions qui s'imposent dans l'immédiat figurent: la mobilisation des communautés et des agents communautaires; l'engagement de guérisseurs traditionnels et de bénévoles; l'amélioration de la productivité des agents de santé actuels grâce à un meilleur encadrement et à un soutien accru; et, enfin, l'évaluation de la qualité des services avec une information en retour.

Le recyclage du personnel d'encadrement pour lui permettre d'assumer de nouvelles fonctions nécessite du temps et une bonne planification. Ce processus comprend:

- la mise au point et l'exécution d'une formation en cours d'emploi pour améliorer les compétences;
- la passation de contrats avec le secteur privé et les organisations non gouvernementales;
- la conception de nouvelles formes de contrats souples pour un travail à temps partiel; l'amélioration des conditions de travail ainsi que de la distribution des médicaments et des autres fournitures médicales essentielles;
- le renforcement de la collaboration entre les agents de santé, les guérisseurs traditionnels, les bénévoles et les membres de la communauté.

Pour préparer les changements à apporter aux institutions, aux politiques et à la législation, il faut entreprendre sans délai des études et une analyse. La conception, l'approbation et l'application de ces change-

ments prennent toutefois du temps et auront une incidence à moyen terme. Parmi les mesures à envisager figurent:

- l'instauration d'un ensemble d'incitations financières et autres pour améliorer le recrutement et la fidélisation du personnel;
- l'élaboration d'un plan pour améliorer la capacité de formation et les méthodes de gestion;
- la coordination des contributions des donateurs pour le développement de la main-d'œuvre; la conception et l'application de règles de sécurité, de protocoles cliniques et de politiques non discriminatoires pour améliorer les conditions de travail;
- l'instauration d'un large partenariat avec la société civile.

Les problèmes les plus pressants doivent être résolus d'urgence mais il ne faut pas que les gouvernements perdent de vue les besoins à long terme du système de santé. Tout en parant au plus pressé, ils peuvent poser les bases de politiques du personnel efficaces:

- en analysant le marché du travail, les salaires respectifs, et les tendances de l'offre afin de pouvoir élaborer des politiques appropriées en matière de recrutement, de fidélisation et de salaires;
- en élaborant des plans à long terme pour obtenir des dosages de compétences appropriés ainsi qu'une distribution géographique convenable des professionnels de la santé;
- en créant davantage d'occasions de dispenser une formation à la gestion et d'améliorer les méthodes gestionnaires;
- en mettant au point des stratégies pour renforcer les liens entre les prestataires publics et privés et les sources de financement.

soins de santé. Il leur faut aussi définir clairement les rôles que devront assumer les prestataires publics et privés dans un futur système de couverture universelle. L'OMS travaille activement avec les pays à la mise au point de solutions à long et à court terme. Un exemple émanant de la Région des Amériques figure à l'Encadré 7.6.

L'information sanitaire: en progrès, mais encore insuffisante

Evolution de l'information sanitaire

Les carences de l'information sanitaire et la pénurie de personnel placent certains systèmes de soins de santé dans une situation périlleuse et menacent la viabilité à long terme de quelques autres. Des systèmes de santé fondés sur les principes des soins de santé primaires doivent disposer d'éléments d'information sanitaire suffisamment robustes pour que les besoins sanitaires des populations, et notamment ceux des groupes déshérités et marginalisés, soient convenablement pris en compte, pour que les programmes atteignent ceux qui en ont le plus besoin, pour mesurer les effets des interventions et pour évaluer et améliorer la performance. Comme on l'a noté plus haut, il est indispensable de disposer d'outils et de structures permettant de recueillir, d'organiser et d'échanger l'information afin d'améliorer le travail de chaque membre du personnel soignant et de relever la qualité des soins dans l'ensemble du système.

Au moment de la Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires, les décideurs et planificateurs du secteur de la santé ne disposaient que d'une information limitée. Les principales sources d'information sanitaire en population étaient les registres d'état civil, les recensements, les enquêtes nationales et divers travaux de recherche. Cette information figurait dans les rapports des divers établissements, mais elle était rarement collectée et utilisée au niveau national et il n'existait pas de mécanisme de rétroinformation vers le niveau local.

Depuis lors, l'information sanitaire a fait des progrès substantiels. Grâce à des enquêtes sanitaires en population, on dispose d'un volume croissant de données sur la situation sanitaire, l'utilisation des services de santé et les déterminants de la santé. Nombre de pays ont maintenant accès à de bonnes données, ventilées par sexe, sur les niveaux et tendances de la morta-

Encadré 7.6 L'Observatoire des ressources humaines pour les réformes du secteur de la santé

L'Observatoire est une initiative commune lancée par l'Organisation panaméricaine de la Santé/Bureau régional OMS des Amériques. Il vise à produire et à communiquer aux pays de la Région une information destinée à étayer leurs décisions de politique générale sur les ressources humaines et à améliorer le développement du personnel dans le secteur des services de santé.

Cette initiative favorise la création de groupes nationaux interinstitutions (réunissant, par exemple, le ministère de la santé, des universités et des associations professionnelles) chargés de recueillir des informations sur les ressources humaines pour la santé et d'analyser les déséquilibres et les tendances, d'établir l'ordre de priorité des questions devant être traitées et de donner des avis sur l'élaboration d'une politique à long et moyen terme. Les 19 pays qui participent à cette initiative ont des préoccupations et des priorités qui dépendent de leur situation nationale. On s'attache particulièrement à rendre les expériences de certains pays applicables dans d'autres contextes en installant des bases de données et en diffusant les enseignements tirés de ces expériences. A ce jour, les principales leçons sont les suivantes:

- L'Observatoire permet d'améliorer le rôle de direction des ministères de la santé dans le domaine des ressources humaines.
- Les groupes interinstitutionnels de l'Observatoire peuvent aider à poursuivre l'exécution du programme de ressources humaines pendant la transition entre deux gouvernements.
- Il est nécessaire d'intégrer tous les acteurs clés: universités, ministères de la santé et associations professionnelles, même si cette cohabitation pose des problèmes.
- On doit puiser des données à des sources statistiques suffisamment fiables et stables (par exemple, l'Organisation internationale du Travail et les enquêtes domiciliaires).
- Il convient de trouver de nouvelles méthodes d'utilisation de l'information pour élaborer des politiques visant, par exemple, à améliorer la distribution géographique et à corriger les déséquilibres publics/privés.

On trouvera des informations générales sur le réseau et ses réunions ainsi que des références utiles sur le site suivant:
http://observatorio_rh.tripod.com/.

lité infantile, de la couverture de certaines interventions sanitaires et de l'incidence et de la prévalence de certaines maladies. Ils ont aussi souvent quelques informations limitées sur l'équité en matière de santé. Toutefois, de nombreuses lacunes demeurent sur des questions importantes. Les niveaux de la mortalité des adultes sont mal mesurés dans la plupart des populations et l'on ne dispose généralement pas de données exactes sur les causes de décès. La morbidité due à la plupart des infections n'est pas convenablement mesurée. La couverture et les coûts de nombreuses interventions ne sont pas suivis de façon adéquate et l'on n'a pas d'informations suffisantes pour bien contrôler l'équité. La qualité de l'information sanitaire est souvent très variable et mal documentée, et les définitions et méthodologies ne sont pas bien harmonisées.

Plus grave encore, l'information sanitaire est trop peu souvent utilisée pour la gestion des services de santé au niveau local ainsi que pour l'élaboration et la planification des politiques de santé au niveau national. Très rares sont les pays qui sont dotés de systèmes d'information sanitaire efficaces et efficients leur permettant de tenir compte des besoins des usagers aux niveaux local, national et mondial. Une grande partie de la collecte et de l'analyse de l'information dépend de programmes sanitaires verticaux et s'effectue souvent dans le cadre d'initiatives internationales, de sorte que leur intégration laisse à désirer.

Un système d'information régi par les soins de santé primaires

Dans le contexte des systèmes de santé basés sur les soins de santé primaires, on peut définir un système d'information sanitaire comme un processus intégré de collecte, de traitement, de notification et d'utilisation de l'information et des connaissances sur la santé pour influencer l'élaboration des politiques, l'exécution des programmes et la recherche.

Les systèmes d'information sanitaire utilisent toute une gamme d'outils et de méthodes de collecte et d'analyse des données. Recueillir en permanence des données statistiques exactes sur les faits démographiques de base est indispensable pour l'élaboration de politiques sanitaires et publiques rationnelles. Les registres nationaux de l'état civil (considérés comme la source d'information par excellence) couvrent actuellement moins d'un tiers du nombre estimatif de décès dans le monde, avec d'importantes disparités régionales, leur couverture s'échelonnant entre 90 % de la totalité des décès dans la Région européenne et moins de 10 % dans les Régions de l'Asie du Sud-Est et de l'Afrique (42, 43) (voir le Tableau 7.1). On note cependant une lente amélioration. On a fait des efforts considérables pour mettre en place des formules moins coûteuses et plus fiables que l'enregistrement systématique des certificats de décès, par exemple en enregistrant des données recueillies sur des échantillons de population et en posant des questions sur les décès de membres de la fratrie ou du ménage au cours

d'enquêtes ou de recensements. Utilisées seules ou dans le cadre d'un système d'enregistrement de l'état civil, les enquêtes sur échantillons peuvent améliorer la couverture des faits démographiques lorsque les ressources sont limitées. De telles méthodes ont été adoptées en Chine et en Inde, pour ne citer que ces deux exemples, et peuvent s'appliquer dans d'autres pays démunis de ressources (voir l'Encadré 1.1 au chapitre 1).

Les enquêtes sur les ménages sont devenues la principale source d'information sanitaire. Toutefois, une grande partie de l'in-

Tableau 7.1 Disponibilité des données d'enregistrement des décès – nombre de pays dans chaque Région OMS

| Région | Données utilisables | Couverture complète | Nb total de pays |
|------------------------|---------------------|---------------------|------------------|
| Afrique | 4 | 1 | 46 |
| Amériques | 32 | 14 | 35 |
| Asie du Sud-Est | 4 | 0 | 11 |
| Méditerranée orientale | 7 | 4 | 22 |
| Europe | 48 | 39 | 51 |
| Pacifique occidental | 22 | 8 | 27 |
| World | 117 | 66 | 192 |

formation qui en émane se fonde sur les déclarations des sujets interrogés, ce qui laisse planer un doute sur la fiabilité et la validité des données ainsi que sur leur comparabilité d'une population à l'autre. Pour déterminer la morbidité et évaluer les interventions, il faut envisager d'urgence des enquêtes permettant de recueillir des données biologiques et cliniques beaucoup plus complètes et variées (44). Dans la plupart des pays, les considérations éthiques ne sont pas encore pleinement prises en compte dans les systèmes d'information sanitaire.

Au moins quatre activités distinctes, mais néanmoins connexes, peuvent tirer profit de l'information sanitaire: la prise de décision stratégique, l'exécution ou la gestion des programmes, le suivi des issues ou réalisations, et l'évaluation de ce qui est efficace et de ce qui ne l'est pas. La prise de décision stratégique par les responsables des politiques sanitaires doit être basée sur les meilleures données disponibles. Celles qui proviennent de systèmes d'enregistrement de l'état civil, d'études épidémiologiques, d'enquêtes sur les ménages, de recensements et des prestataires de services de santé ne donnent souvent qu'une idée imparfaite de la véritable valeur d'un indicateur sanitaire en population. L'évaluation d'un indicateur sanitaire doit se fonder sur la prise en compte de toute l'information correspondante et sur l'application de critères tels que la cohérence interne et la connaissance préalable de l'historique de la maladie pour améliorer les estimations établies à partir de données incertaines ou incohérentes.

Outre les modèles utilisés systématiquement pour estimer les tables de survie dans les zones où les systèmes d'enregistrement de l'état civil n'ont pas une couverture suffisante, des modèles explicites permettant de tirer les meilleures estimations possibles de données incertaines, incomplètes ou contradictoires sur la population sont de plus en plus utilisés pour les estimations de l'incidence, de la prévalence et de la létalité des maladies. L'accent est mis sur les niveaux national, régional et mondial, mais des estimations relatives à des zones locales, y compris les districts, sont de plus en plus disponibles.

Les problèmes et lacunes des statistiques courantes des services de santé sont bien connus (45). Plusieurs pays ont maintenant bien progressé dans la mise en place de systèmes réguliers d'information sanitaire utilisant, notamment, les meilleures technologies disponibles ainsi que la cartographie, et plus axés sur les besoins des usagers locaux. L'introduction d'une nouvelle technologie dans un système bien conçu permet de mieux surveiller les maladies clés et de suivre l'exécution du programme avec plus de précision et en temps voulu.

Amélioration des systèmes de santé

Au cours de ces dernières années, on s'est employé activement à réformer l'ensemble des systèmes de santé en accordant une attention croissante à la décentralisation des ressources et du processus de décision au profit du district. Une telle réforme nécessite de meilleurs systèmes d'information sanitaire au niveau local. En outre, on se rend de plus en plus compte que les individus et les familles concernés doivent être impliqués dans la production, la diffusion et l'utilisation de l'information sanitaire. Faire participer les gens à la planification et à la mise en œuvre des soins de santé qui leur sont destinés est l'un des principes fondamentaux d'Alma-Ata et ses incidences sur le fonctionnement des systèmes d'information sanitaire demeurent importantes.

L'équité en matière de santé est un autre principe clé des soins de santé primaires. Pour l'appliquer, il faut pouvoir mesurer les inégalités concernant l'accès aux services de santé et leur utilisation, les facteurs de risque et les principales issues sanitaires, et identifier les personnes les plus désavantagées (souvent des pauvres, des groupes ethniques ou des femmes). La collecte de ce type d'information impose une charge additionnelle considérable aux systèmes d'information sanitaire et n'est pas normalement effectuée dans de nombreux pays. Les en-

quêtes sont actuellement le principal mode de recueil d'une information sur l'équité en santé, mais des travaux beaucoup plus poussés sont encore nécessaires pour intégrer le suivi de l'équité dans les systèmes d'information sanitaire, tant au moyen d'enquêtes que par d'autres méthodes de collecte et d'analyse des données. L'Enquête sur la santé dans le monde, lancée par l'OMS en 2001, a pour objet de recueillir des données valables, fiables et comparables sur la santé des populations et sur la performance des systèmes de santé dans le cadre d'enquêtes auprès des ménages. Ce programme met l'accent sur le suivi des OMD et des principales issues sanitaires chez les populations pauvres.

Il est nécessaire d'améliorer les systèmes d'information sanitaire aux niveaux local, national et international et de réaliser une meilleure intégration entre ces niveaux pour faire face aux menaces mondiales qui pèsent sur la santé et suivre l'évolution des connaissances (voir l'Encadré 7.7). Si ces systèmes sont basés sur un plan national comportant un cadre de référence, des indicateurs et des stratégies pour la collecte, l'analyse et la diffusion des données, les pays ne peuvent qu'y gagner. Ce plan stratégique doit indiquer aussi bien comment les différents instruments et méthodes s'appliquent et se complètent, la manière dont on satisfait les besoins d'information aux niveaux infranational, national et mondial, et les types d'investissement nécessaires. Parmi ces derniers figurent les ressources humaines, l'infrastructure (technologie, laboratoires, etc.) et les budgets d'exploitation des systèmes de collecte de données sur la santé. Des organes nationaux devront orienter et contrôler l'application des plans nationaux en collaboration avec diverses parties prenantes, des usagers des différents niveaux de service et des experts techniques.

Encadré 7.7 Une information fiable et d'actualité pour la santé

L'InterRéseau-Santé (HIN), dirigé par l'OMS, est une initiative du Plan d'action du Millénaire des Nations Unies visant à répondre aux besoins d'information des professionnels de la santé, des chercheurs et des décideurs des pays en développement.¹ Depuis ses débuts (septembre 2000), HIN a amélioré la santé en utilisant le réseau Internet pour accroître le flux d'informations sanitaires et en mettant l'accent sur le contenu de l'information, la connectabilité à l'Internet et le développement du potentiel.

HIN propose une vaste bibliothèque sanitaire en ligne au personnel des départements ministériels, aux établissements d'enseignement et de recherche et aux organisations sans but lucratif. Des organismes internationaux, des organisations nationales ainsi que le monde universitaire et le secteur privé contribuent à l'alimenter et HIN travaille avec des partenaires locaux pour publier l'information sanitaire locale. Les cinq sujets prioritaires sont les suivants: revues scientifiques et biomédicales, ressources en matière d'enseignement et de formation, information pour les politiques et activités sanitaires, données statistiques et logiciels de santé publique pour l'administration de la santé publique et la gestion clinique.

Au cours de sa première année, HIN a permis de faire des progrès décisifs dans la communication de l'information sanitaire. En vertu d'un accord entre l'OMS et les principales maisons d'éditions biomédicales dans le monde, plus de 2200 publications médicales et scientifiques sont maintenant proposées en ligne au grand public et à des institutions sans but lucratif dans 113 pays en développement. L'initiative d'accès aux recherches de HIN (HINARI) permet de consulter les revues en ligne, gratuitement ou à un prix très réduit, selon la capacité de paiement du pays concerné.

La deuxième phase de l'activité d'HIN consiste à produire l'information actualisée nécessaire pour former le personnel de santé et

améliorer ses compétences. Elle permet d'avoir accès en ligne à des cours et références sur la santé publique, la médecine et les soins infirmiers ainsi que sur des sujets spécialisés pour les praticiens des pays en développement.

Le personnel de santé doit disposer d'un accès commode, fiable et abordable à l'Internet pour l'utiliser dans son travail. L'infrastructure et les coûts sont des obstacles importants et l'utilisation de l'Internet est limitée en dehors des capitales où, trop souvent, les sources d'énergie sont peu fiables et les prestataires de services rares. HIN-Inde a été mis en place pour tester des modèles de logistique, de coûts et de partenariat en vue d'améliorer le flux d'informations en direction et en provenance des zones écartées. HIN-Inde permet d'accéder par l'Internet à des sites situés dans les hôpitaux, les dispensaires, les institutions de recherche et d'enseignement et les établissements de santé publique de deux Etats. Les partenaires locaux jouent un rôle clé en assurant la fourniture, l'installation et l'entretien du matériel et des logiciels informatiques et en assurant les connexions à l'Internet. Un développement du potentiel est essentiel et HIN propose un matériel de formation dont les institutions peuvent se servir pour inculquer aux agents de santé, aux décideurs et aux chercheurs les compétences qui leur permettront de trouver, d'utiliser et d'échanger l'information sur la santé publique disponible en ligne.

Les stratégies bien documentées et efficaces qui permettent de combler le fossé numérique en matière d'information sanitaire sont l'exception plutôt que la norme. Comme le disait un coordinateur du programme antituberculeux sur le terrain en Inde: « sans ordinateurs et sans l'Internet, nous nous attaquons à des problèmes de santé du XXI^e siècle avec les outils du XIX^e siècle ».

¹ Web site: www.healthinternetwork.net.

Réseau de métrologie sanitaire

Le renforcement de ces systèmes nécessite un effort de collaboration. Le réseau de métrologie sanitaire, qui sera lancé en 2004, s'attachera à améliorer la disponibilité et l'utilisation d'informations sanitaires fiables pour la formulation et la planification des politiques, le suivi et l'évaluation des programmes, le suivi des objectifs internationaux et l'évaluation de l'équité en matière de santé. En faisant collaborer de nombreux partenaires et en élaborant soigneusement des objectifs clairs, le réseau vise à renforcer la capacité des systèmes d'information sanitaire à produire en temps opportun une information de qualité sous une forme utile pour les activités de santé publique aux niveaux national, infranational et mondial. Il s'agit d'un vaste partenariat regroupant l'OMS, d'autres organisations internationales, des organismes bilatéraux, des fondations, des ministères de la santé, des services de statistiques, des institutions universitaires et des organisations représentant la société civile. Ce type de réseau est nécessaire pour améliorer l'efficacité et l'efficacités de l'aide apportée par ceux qui investissent dans l'information sanitaire. Le réseau de métrologie sanitaire devrait aussi pouvoir accélérer l'élaboration et la diffusion de méthodes nouvelles pour le suivi et l'évaluation de la situation sanitaire et des programmes de santé. La standardisation et l'amélioration des méthodes permettant d'évaluer la qualité de l'information sanitaire faciliteront grandement l'évaluation des progrès réalisés sur la voie d'objectifs mondiaux tels que les OMD.

Financement des systèmes de santé

Nombre de fonctions des systèmes de soins de santé dépendent d'un financement adéquat. Sans la mise en place de mécanismes de financement viables, les idées novatrices appliquées au renforcement de l'infrastructure des soins de santé primaires qui sert de base aux systèmes de santé ne donneront aucun résultat.

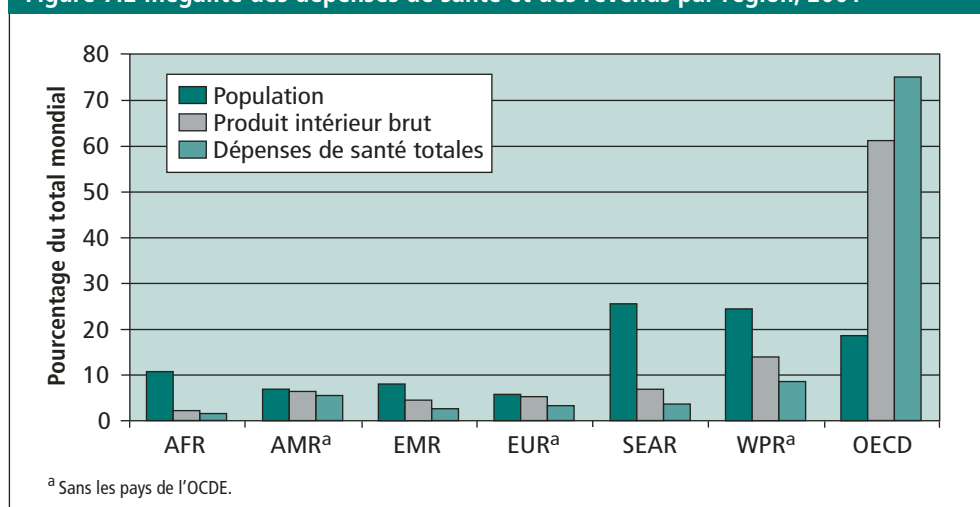
Sur le plan mondial, les dépenses de santé ont beaucoup augmenté au cours des 25 dernières années en raison, principalement, des rapides progrès de la technologie et de la complexité croissante des institutions de financement et de prestation des soins, mais dans les pays les plus pauvres du monde, cette augmentation est très lente, voire inexistante. C'est pourquoi la comparaison des dépenses de santé dans le monde d'aujourd'hui fait apparaître de grandes inégalités (voir la Figure 7.2). En l'an 2000, les pays de l'Organisation de Coopération et de Développement économiques, qui représentaient moins de 20 % de la population mondiale, étaient à l'origine de près de 90 % du total mondial des dépenses de santé, alors que la Région africaine, sur laquelle pèse 25 % environ de la charge morbide mondiale, n'effectue qu'approximativement 2 % des dépenses de santé dans le monde (voir les Tableaux 4 et 5 de l'annexe).

Si les niveaux de dépenses ont changé, les modes de financement des systèmes de santé restent les mêmes. En 1978, les débats de l'OMS portaient déjà sur les sources de financement envisagées aujourd'hui, à savoir l'impôt, les taxes spéciales, les cotisations de sécurité sociale, le financement communautaire, les paiements directs et l'aide extérieure (46), mais on n'a pas encore fait assez de recherches sur les politiques de financement. Une récente analyse de 127 études sur des régimes communautaires d'assurance-maladie a permis de constater que seuls deux d'entre elles avaient une validité interne suffisante pour que l'on puisse en tirer des conclusions concernant l'effet de ces régimes sur l'utilisation des services ou la protection financière qu'ils confèrent (47). Sans une information fiable, les politiques de financement de la santé continuent de reposer sur des impressions et non sur des faits concrets.

Mise en place d'un financement durable

Les décisions relatives aux mécanismes de financement ont des effets multiples. Elles influent sur les montants pouvant être mobilisés, sur l'équité des mesures prises pour collecter et

Figure 7.2 Inégalité des dépenses de santé et des revenus par région, 2001



utiliser les ressources, et sur l'efficacité des services ou interventions qui en résultent. Le contexte dans lequel il se situe agit incontestablement sur les effets du financement de la santé, mais les principes à observer pour l'améliorer sont à peu près les mêmes partout: réduire la mesure dans laquelle les gens doivent régler eux-mêmes une grande partie des dépenses au moment où ils se font soigner; accroître la transparence des institutions responsables de la gestion des assurances et des prestations de soins; mieux répartir la charge des contributions aux dépenses de santé entre riches et pauvres, et entre personnes en bonne santé et malades; et enfin, mobiliser des fonds en prenant des mesures administratives efficaces. Toutefois, les grandes questions soulevées par le financement de la santé diffèrent nettement selon que l'on a affaire à des pays riches ou pauvres. C'est pourquoi, dans les paragraphes ci-après, on va examiner séparément les pays à haut, moyen et bas revenu.

Dans les pays à haut revenu, où le revenu par habitant est supérieur à US \$8000, les ressources allouées à la santé sont relativement importantes mais pas nécessairement distribuées de façon équitable. On y consacre en moyenne 8 % du revenu national à la santé. Dans ces pays, les dépenses annuelles de santé sont comprises entre US \$1000 et plus de US \$4000 par habitant. Les questions qui dominent le débat sur le financement de la santé concernent, dans une large mesure, l'efficacité des dépenses, la maîtrise des coûts et l'équité.

Dans les pays à moyen revenu, où le revenu par habitant s'échelonne entre US \$1000 et US \$8000, les ressources sont plus limitées et les services de santé moins largement accessibles. Ces pays consacrent 3 % à 7 % de leur revenu national à la santé, soit une dépense annuelle comprise entre US \$75 et US \$550 par habitant. Le système de financement de la santé y constitue souvent un obstacle insurmontable lorsque l'on cherche à rendre les interventions sanitaires accessibles à tous. Il arrive fréquemment que la population soit partagée entre les travailleurs du secteur public ou du secteur structuré de l'économie qui bénéficient de plans d'assurance-maladie relativement bien financés et les personnes qui dépendent de services gérés par le ministère de la santé et moins richement dotés ou qui doivent payer de leur poche des soins privés. Nombre de ces pays, notamment en Asie, ne mobilisent que très peu de ressources dans le cadre du secteur public.

Dans les pays à bas revenu, où le revenu par habitant est inférieur à US \$1000, le débat sur le financement de la santé est dominé par les énormes problèmes que pose la pénurie de res-

sources. Dans la plupart de ces pays, 1 à 3 % seulement du produit intérieur brut est consacré à la santé, et du fait de la modicité du revenu par habitant, les dépenses sanitaires par habitant se situent entre US \$2 et US \$50. Même si ces pays dépensaient 10 % de leur revenu pour les services de santé, un tel investissement équitablement réparti entre les habitants suffirait à peine pour financer des soins de santé très rudimentaires.

La politique publique doit empêcher que l'obligation de verser des honoraires sur place fasse obstacle à l'obtention des soins nécessaires ou constitue pour les ménages une charge financière catastrophique. Dans la pratique, les approches adoptées à cet égard dépendent de la capacité de paiement de la population, de l'impact sur la consommation, des types de services proposés et de l'effet des paiements directs sur la qualité et la disponibilité des services. Dans les cas où elle est compatible avec le maintien, voire l'amélioration de la qualité des services, l'élimination des paiements directs peut élargir l'accès. C'est, semble-t-il, ce qui vient de se produire en Ouganda où l'on a pu mettre fin aux paiements directs lorsque l'Etat a augmenté son soutien tant financier que gestionnaire. Dans les cas où il n'est pas possible de maintenir ou d'améliorer la qualité des services par d'autres moyens, les paiements directs peuvent constituer des incitations et des ressources d'une importance primordiale pour la viabilité des services. Il semble qu'il en soit allé ainsi avec l'initiative de Bamako: le maintien des paiements directs a alors contribué à assurer la disponibilité des médicaments, même lorsque les autres programmes étaient inefficaces (48). La politique publique adoptée en matière de paiements directs doit donc être pragmatique et prendre pleinement en considération le contexte ainsi que l'impact sur l'accès de la population à des services de santé de bonne qualité.

Pour entretenir le système de santé sans imposer une trop lourde charge aux usagers, il faut mobiliser d'autres sources, notamment l'impôt et les taxes spéciales, les cotisations de sécurité sociale, les primes des assurances privées ou les assurances communautaires basées sur le prépaiement. Dans la pratique, l'utilisation de telle ou telle source dépend de la solvabilité de la population, de la capacité des services administratifs à collecter les fonds, des types de services rendus disponibles et de leur qualité, et de l'efficacité des institutions et des formes de financement existantes.

Dans les pays à bas revenu, l'impôt est un moyen intéressant de renforcer le rôle des pouvoirs publics dans la prestation des services de santé, car sa gestion est plus commode que celle de régimes d'assurance ou de réglementations complexes. Toutefois, cet impôt ne fonctionne que si son assiette est suffisamment large, si l'administration fiscale est efficace et si les fonds recueillis sont effectivement alloués aux services de santé et convenablement utilisés. En l'absence de l'une de ces conditions, la solution de rechange la plus efficace consiste à nommer un administrateur indépendant de la sécurité sociale ou à encourager la création de programmes d'assurance communautaires. Il convient de faire preuve de pragmatisme lorsque l'on cherche à mobiliser et à utiliser les ressources requises pour l'amélioration de la santé.

Déblocage des goulets d'étranglement

Depuis l'adoption du programme type d'interventions minimums, au début des années 90, on a beaucoup progressé dans la rationalisation du choix des interventions prioritaires. De nouveaux outils sont maintenant disponibles. Le projet WHO-CHOICE (choix d'interventions rentables), par exemple, est une base de données sur l'impact sanitaire et les coûts d'un grand nombre d'interventions sanitaires de prévention, de promotion, de traitement et de réadaptation (49). Il est particulièrement important de privilégier les interventions rentables lorsque le secteur de la santé dispose de nouvelles ressources financières. On doit veiller à ce que le financement extérieur complète, sans le remplacer, le financement national, mais aussi à ce que les fonds provenant de sources extérieures n'entraînent pas une (plus grande) fragmentation du système national de santé.

L'arrivée de nouvelles ressources n'élimine que l'un des obstacles à des prestations sanitaires équitables et universelles. Les institutions publiques ou non gouvernementales qui reçoivent un financement accru doivent améliorer l'exécution des programmes. L'effectif du personnel qualifié, les systèmes d'information, les mécanismes d'audit et les contrôles financiers doivent être renforcés pour faire face à l'accroissement du flux financier.

Alors que leur mobilisation continue de poser des problèmes, l'allocation des ressources en fonction des résultats suppose aussi de nouvelles stratégies. Pour gérer efficacement les nouveaux fonds que l'on commence à percevoir dans le secteur de la santé, notamment dans les pays de l'Afrique subsaharienne, il faut adopter des approches novatrices de la budgétisation à moyen terme. Des solutions doivent être trouvées pour débloquer les goulets d'étranglement du système – dans le domaine des ressources humaines et dans d'autres – qui rendent difficile l'utilisation du surcroît de ressources pour améliorer les issues sanitaires. La budgétisation marginale des goulets d'étranglement, basée sur les travaux entrepris dans un certain nombre de pays de l'Afrique de l'Ouest, est une démarche prometteuse. A mesure que les ministères de la santé élaborent leurs programmes de dépenses à moyen terme, ils doivent clairement identifier les goulets d'étranglement du système et mettre au point des stratégies pour les débloquer. Cette démarche a donné des résultats encourageants au Mali et en Mauritanie et doit maintenant être mise en œuvre dans plusieurs états indiens (50).

Des systèmes de santé équitables: rôle primordial de l'Etat

L'une des fonctions essentielles d'un système de santé consiste à remédier au défaut d'équité, ce qui est aussi un principe fondamental des soins de santé primaires. Dès lors, l'un des critères d'évaluation des stratégies de développement du personnel doit être la mesure dans laquelle elles favorisent l'équité.

On comprend de mieux en mieux comment la pauvreté et la mauvaise santé se renforcent mutuellement, et les preuves de l'inégalité et de l'inéquité de la distribution des ressources, des efforts et des issues sanitaires sont toujours plus nombreuses. Les études sur l'incidence des avantages montrent régulièrement que les personnes vivant dans la pauvreté reçoivent une part du financement public de la santé proportionnellement inférieure à celle qui revient aux nantis (51-55). Le revenu n'est pas le seul facteur qui entre en ligne de compte. La pauvreté est essentiellement un état qui rend les individus incapables de satisfaire leurs besoins, de réaliser leurs aspirations, et de participer pleinement à la vie en société (56). C'est pourquoi le défaut d'émancipation politique et d'éducation sont des facteurs d'exclusion pour l'accès aux soins de santé. Les discriminations sexuelles, raciales et ethniques contribuent aussi de façon importante aux inéquités en matière de santé et d'accès aux soins.

Les politiques qui améliorent globalement les indicateurs sanitaires d'un pays ne sont pas nécessairement justes ou équitables. Dans les cas où des pays ont réussi à améliorer les issues sanitaires et à réduire les inégalités, leurs politiques de développement du système de la santé ont dû « nager à contre-courant » en contrant une tendance à favoriser les nantis (57-60). Quelle que soit la configuration du secteur de la santé d'un pays, il est essentiel, pour obtenir des résultats équitables, que les pouvoirs publics exercent dans l'ensemble de ce secteur des fonctions de tutelle efficaces englobant la supervision, la surveillance et le renforcement des politiques sanitaires (61).

Formes d'accès inéquitable aux soins

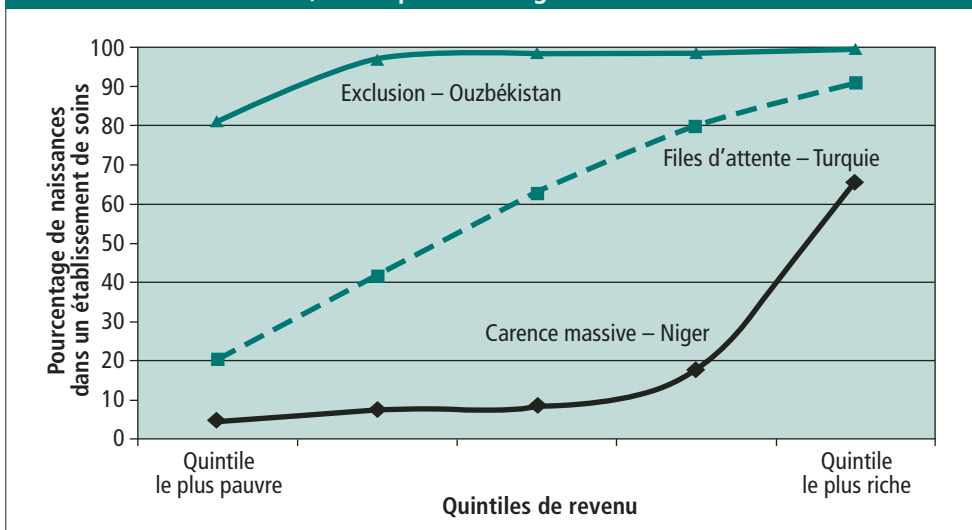
Les stratégies de soins de santé axées sur l'équité varient selon le contexte national. La principale différence entre les pays concerne le type d'accès inéquitable aux soins qui prend trois

formes distinctes. Dans les pays les plus pauvres, il se caractérise par des carences massives: la majorité de la population est dans une situation similaire – très défavorable – pour l'accès aux soins tandis qu'un petit groupe de privilégiés a les moyens d'obtenir les soins dont il a besoin. Dans les pays relativement aisés, ces inégalités se manifestent sous la forme d'un phénomène de file d'attente, c'est-à-dire que l'accès général aux services de santé y est meilleur, mais que les groupes à revenu intermédiaire ou élevé sont ceux qui en profitent le plus, les autres devant attendre leur tour pour accéder à des services qui ne leur sont offerts qu'après coup. Dans d'autres pays enfin, l'inéquité réside dans l'exclusion d'une minorité pauvre alors que la majorité de la population jouit d'un accès raisonnable aux services. On peut se faire une idée de ces diverses formes en considérant le pourcentage de naissances qui ont lieu dans un établissement de santé (indicateur indirect de l'accès général aux services de santé), d'après le quintile de revenu (voir la Figure 7.3).

La manière dont on va instaurer un système basé sur les soins de santé primaires varie selon ces divers contextes. Dans certains cas, il est urgent de mettre en place des programmes axés sur certains groupes de population pour obtenir des issues équitables et, dans d'autres, c'est à un large renforcement de l'ensemble du système qu'il va falloir procéder en priorité. Ces deux approches peuvent aussi être associées.

Dans les pays caractérisés par l'exclusion, un ciblage sera probablement nécessaire pour remédier aux injustices sociales et aux inégalités en matière d'accès aux services de santé. Une telle stratégie pourrait s'appliquer dans des pays tels que le Chili et l'Ouzbékistan, mais elle pourrait être aussi appropriée dans des pays plus riches où des populations marginales demeurent privées de services à vocation universelle en raison de discriminations raciales, ethniques ou sexuelles, d'une pauvreté monétaire ou d'une stigmatisation sociale. Des progrès sont alors impossibles sans une intervention de l'Etat consistant à fournir ou financer des services, ou encore à concevoir des incitations appropriées pour le secteur non gouvernemental. Des exemples d'un tel ciblage nous sont donnés par le Chili et la Nouvelle-Zélande qui se sont récemment attachés à rendre leurs services de santé mieux adaptés culturellement et plus accessibles aux populations autochtones (62), ainsi que par l'Australie qui a mis en œuvre un programme de renforcement des soins de santé primaires chez les populations autochtones des Iles Tiwi (voir l'Encadré 7.8).

Figure 7.3 Mode de distribution des carences en matière de soins de santé en Ouzbékistan, en Turquie et au Niger



On recourt communément à trois types de stratégies de ciblage: le ciblage direct, le ciblage spécifique et l'auto-ciblage. Ces trois formes ne s'excluent pas mutuellement et, de fait, sont souvent associées. Le ciblage direct vise à ce que seuls les pauvres profitent des avantages prévus. L'une des méthodes utilisées consiste à instaurer la gratuité des soins pour ceux qui ne peuvent pas les payer. L'application d'une telle stratégie oblige à faire une évaluation des ressources (c'est-à-dire de la capacité de paiement du patient). Des moyens administratifs importants sont alors nécessaires pour accorder des dispenses basées sur une telle évaluation. Les pouvoirs publics peuvent aussi verser des allocations aux familles pauvres qui adoptent certains comportements, par exemple à celles qui font régulièrement examiner leurs enfants dans des centres de santé. Là encore, il faut disposer d'une capacité institutionnelle considérable. Dans certaines parties de l'Amérique latine, de telles formules ont permis d'accroître la participation aux programmes de prévention des maladies (64).

Le ciblage spécifique tend à favoriser certains groupes de personnes pauvres ayant des caractéristiques particulières qui entraînent une aggravation des carences. Parmi les critères de sélection peuvent figurer le lieu de résidence, le sexe, l'ethnie, la maladie dont souffre l'intéressé (par exemple le VIH/SIDA) ou d'autres facteurs. Quant à l'auto-ciblage, il repose sur la tendance des nantis à se passer de services dont ils jugent la qualité insuffisante, soit parce qu'ils imposent des délais d'attente prolongés, soit encore parce qu'ils sont mal équipés.

Les pays et régions caractérisés par la forme d'accès inéquitable aux soins de santé dite de la file d'attente comprennent la Turquie et les Etats et provinces les plus riches de la Chine et de l'Inde. Dans ces contextes, les politiques équitables doivent trouver un juste équilibre entre le développement de l'infrastructure existante de manière à réduire efficacement les obstacles qui provoquent des files d'attente et des mesures permettant d'identifier et de cibler les groupes qui seraient exclus s'ils ne faisaient pas l'objet d'une attention particulière. Là encore, une participation active des pouvoirs publics est nécessaire.

En 2001, la Thaïlande a lancé un programme de couverture sanitaire universelle consistant à assurer les personnes n'ayant pas accès aux services de santé. Dans le cadre de ce nouveau programme, appelé le « plan de santé à 30 baht », les bénéficiaires se font enregistrer auprès de prestataires locaux de soins de santé et peuvent alors obtenir tous les soins médicaux dont ils ont besoin contre le versement d'une somme de 30 baht (environ US \$0,35). Le système est cofinancé par des taxes et par les cotisations des travailleurs et des employeurs, et les

Encadré 7.8 Réformes de la santé communautaire dans les Iles Tiwi

Les Iles Tiwi, situées en mer d'Arafura à 60 km au nord de la côte australienne, ont une population de plus de 2000 habitants composée principalement d'autochtones. Le taux de chômage y est élevé et les conditions de logement sont généralement précaires. On y a enregistré des taux très élevés de maladies chroniques, notamment le diabète et les affections des reins et des voies respiratoires. En 1997, le Gouvernement du Commonwealth d'Australie et le Gouvernement du territoire ont négocié avec le Conseil communautaire de Tiwi pour réformer les services de soins de santé primaires existants dans le cadre d'une étude coordonnée ayant quatre grands objectifs:

- placer les services de santé sous la responsabilité de la communauté de Tiwi grâce à la mise en place d'un conseil sanitaire de zone chargé d'administrer l'ensemble des fonds du secteur de la santé;
- améliorer l'efficacité de mesures préventives basées sur une participation locale à des programmes communautaires;
- améliorer la qualité et l'efficacité des services de santé en allouant des ressources accrues à un système mixte de services de soins de

santé primaires coordonnés et de services de santé basés sur la population;

- améliorer le niveau des soins conformément à des directives et protocoles correspondant aux meilleures pratiques.

L'étude a duré trois ans. Les issues sanitaires n'ont pas pu être mesurées au cours d'une phase aussi brève, mais on a pu noter quelques bons résultats, (63) notamment:

- une gestion communautaire par la mise en place du Conseil sanitaire de Tiwi qui décide désormais des politiques et des dépenses de santé;
- une meilleure prise de conscience des problèmes de santé chez les habitants de Tiwi et une contribution accrue de la communauté à la prestation des services;
- une amélioration des services de prévention, notamment ceux qui portent sur les problèmes locaux urgents;
- des services de soins de santé primaires plus nombreux et de meilleure qualité;
- la réduction du nombre d'hospitalisations évitables.

prestataires de soins sont rémunérés sur la base d'une somme forfaitaire par patient. Ce programme n'est pas sans rencontrer des problèmes, mais il représente néanmoins un effort louable pour remédier aux inégalités en matière de santé (65). La réforme de l'assurance-maladie en Colombie au milieu des années 90 est une autre tentative de couverture de la population pauvre qui a été couronnée de succès. Entre 1995 et 2001, le nombre de cotisants à l'assurance-maladie obligatoire est passé de 9,2 à 18,2 millions de personnes. Parallèlement, le système a été réformé en vue d'instaurer un système de subventions croisées qui profite aux pauvres et aux chômeurs. En 1995, 3 millions de personnes ont bénéficié de ces mesures et, en 2001, leur nombre atteignait 11 millions. Ainsi, des millions de non-cotisants ont eu accès à une gamme de prestations similaire à celle qui est offerte aux cotisants, dans l'établissement public ou privé de leur choix, et dans les mêmes conditions que les personnes plus aisées qui cotisent régulièrement (66, 67).

Les pays souffrant de carences massives font face aux problèmes les plus ardues. La plupart des habitants y sont privés de soins de santé et seuls les plus riches peuvent les payer. Parler de ciblage en de telles circonstances n'aurait aucun sens. La mesure essentielle est alors le « passage à l'échelle supérieure », c'est-à-dire un développement et un renforcement de l'ensemble du système de santé. Les pays qui figurent dans cette catégorie doivent rapidement étendre la couverture et la capacité de leurs établissements de soins de santé primaires et de leurs hôpitaux, tout en investissant davantage dans d'autres secteurs tels que l'éducation, l'eau et l'assainissement. En corrigeant les déséquilibres entre les régions d'un même pays ainsi qu'entre les zones rurales et urbaines, on peut largement contribuer à accélérer les progrès. Toutefois, l'insuffisance des ressources publiques oblige aussi à adopter des formules novatrices qui s'appuient, en les favorisant, sur la participation locale et communautaire ainsi que sur le secteur non gouvernemental, conformément aux principes des soins de santé primaires.

Certaines approches novatrices ont permis d'étendre la couverture des soins de santé aux pauvres en dépit de problèmes de ressources, d'infrastructure et de personnel. C'est ainsi que le Bangladesh, dans le cadre de son programme élargi de vaccination, utilise des services périphériques en zone rurale et mobilise un secteur non gouvernemental actif pour dispenser des services dans les zones urbaines afin de surmonter les difficultés liées à l'infrastructure et aux ressources humaines (68). Le passage à l'échelle supérieure a été associé à des mesures privilégiant la prestation des services en zone rurale et chez les pauvres, et l'on a pu ainsi considérablement réduire les taux de mortalité infantile. Toutefois, cette intervention ne doit pas s'accompagner d'une augmentation parallèle du nombre de naissances assistées par un personnel qualifié, car il faudrait alors adopter une approche très différente de la prestation des services en raison de la nécessité de développer l'infrastructure et de mettre en place un effectif accru de personnel qualifié. Ces deux conditions supposent l'existence d'importantes ressources additionnelles et d'une capacité à les utiliser efficacement. Il apparaît ainsi clairement que, si une amélioration équitable de la santé ne se conçoit pas sans une direction responsable de la part des pouvoirs publics, il est également impossible d'obtenir des résultats vraiment satisfaisants dans les pays faisant face à des carences massives sans un accroissement considérable de l'aide internationale.

Le but: un accès universel

La mise en place de systèmes de santé basés sur les soins de santé primaires doit avoir pour objectif un accès universel à des services de soins de qualité. En accélérant le mouvement historique vers une couverture universelle, on veillera à ce que l'amélioration générale des systèmes de santé ne masque pas un élargissement des inégalités sanitaires, et surtout n'y contribue pas.

De nombreux obstacles se dressent sur la voie de cet objectif, notamment la pénurie de ressources financières, le défaut d'éducation et le manque de personnel qualifié. Toutefois, une

direction énergique aidera, dans une large mesure, à surmonter ces obstacles. La vitesse à laquelle les pays progressent vers une couverture universelle dépend de l'attitude des pouvoirs publics: ou bien ils se contentent d'une situation dans laquelle les avantages sanitaires ne passent que très progressivement des riches aux couches les plus modestes de la population sous forme de retombées, ou ils décident d'accélérer l'application de mesures visant à garantir une distribution équitable des ressources et avantages du secteur de la santé entre tous les groupes sociaux.

Fonction de tutelle des pouvoirs publics et participation communautaire

Pour mettre en place et entretenir des systèmes de santé basés sur les soins de santé primaires, il est essentiel que les pouvoirs publics exercent une direction responsable et s'engagent en faveur de l'équité. Toutefois, cette direction ne sera efficace que si des relations bilatérales s'instaurent avec les communautés. La participation communautaire, qui suppose à la fois une appropriation et une émancipation, est l'un des éléments clés de la demande de services de santé sans lequel on ne peut pas améliorer la transparence et l'efficacité.

La Déclaration d'Alma-Ata reconnaît l'importance d'une participation communautaire pour la définition des objectifs de santé et l'exécution des stratégies. Elle affirme que « tout être humain a le droit et le devoir de participer individuellement et collectivement à la planification et à la mise en œuvre des soins de santé qui lui sont destinés » (3). Cette notion de participation communautaire n'a pas été facile à mettre en pratique. Dans certains cas, une telle participation a joué un rôle clé dans l'amélioration de la performance des systèmes de santé. Dans les centres de santé communautaires du Mali, par exemple, le fait que les traitements du personnel du centre sont payés par la communauté a entraîné une évolution spectaculaire des relations entre infirmières et clients (69). Dans un village soudanais, un projet à assise communautaire a permis de dégager un revenu et de renforcer le capital social, ce qui a eu des effets positifs

Encadré 7.9 Mise en place de partenariats pour la santé au Soudan

Le Programme soudanais pour la satisfaction des besoins fondamentaux en matière de développement (BDN) a été lancé en 1998 à Kosha, village de l'Etat du Nord dont la population s'élève à environ 2500 habitants. Une enquête pour l'évaluation des besoins a réglé de multiples problèmes sociaux, économiques et sanitaires. Une grande majorité des ménages n'avait pas de latrines et 99 % de la population utilisait l'eau puisée directement dans la rivière. Chez de nombreuses femmes enceintes, la corvée d'eau provoquait sans doute des fausses couches, et les mauvaises conditions d'assainissement et d'hygiène étaient à l'origine de nombreux problèmes de santé, notamment maladies diarrhéiques, malnutrition et infections oculaires. La couverture vaccinale des enfants et des mères était très faible et la planification familiale à peu près inexistante alors que le taux de fécondité était l'un des plus élevés du pays. La plupart des gens étaient extrêmement pauvres et le chômage sévissait partout.

Peu après l'instauration du programme, on a noté d'importants changements dans le mode de vie de la population. La communauté a remis elle-même en état le centre de santé, pris en charge financièrement l'assistant médical et adopté un régime communautaire d'assurance-maladie autofinancé grâce au fonds de développement communautaire. Tous les ménages ont maintenant accès à l'eau potable à l'intérieur des habitations et plus de 60 % des logements ont des latrines hygiéniques. Il en a résulté une amélioration très nette des indicateurs sanitaires et une réduction des maladies les plus fréquentes (diar-

rhées, infections aiguës des voies respiratoires, paludisme et dysenteries), une meilleure couverture de la vaccination et des soins prénatals et une réduction du taux de malnutrition qui est passé à moins de 1 %.

La participation de la population locale à ces activités a eu d'autres effets positifs: la scolarisation des garçons et des filles s'est accrue et des adultes ont aussi participé à des classes informelles d'alphabétisation; on a ouvert une école maternelle et rénové le club de jeunes; en outre, un comité des femmes a été mis sur pied pour lancer et soutenir des activités en rapport avec l'amélioration de la condition féminine. Les revenus d'une majorité de familles ont fortement augmenté grâce à la culture de légumes et d'arbres fruitiers et à des petits prêts consentis par le comité de développement du village. Le village est maintenant alimenté en électricité, ce qui permet à la communauté d'acquérir des postes de télévision et des antennes satellites pour se distraire pendant les veillées. En dehors de l'OMS, la communauté a réussi à établir des liens solides avec l'UNICEF, le FNUAP, le Gouvernement des Pays-Bas, l'Agence canadienne de Développement international, le gouvernement local et de nombreuses organisations non gouvernementales.

Le succès du village de Kosha a incité cinq villages voisins à s'organiser eux-mêmes sans aucune intervention du programme national. Deux de ces villages ont déjà achevé l'enquête initiale et la formation d'un personnel communautaire à l'aide de leurs propres ressources. La population du village de Kosha est persuadée de pouvoir améliorer sa santé et sa qualité de vie en menant seule des opérations suivies d'autoassistance.

sur la santé (voir l'Encadré 7.9). Toutefois, il arrive trop souvent que la « participation communautaire » se limite à la création de comités sanitaires qui servent d'intermédiaires pour le recouvrement des coûts. D'ailleurs, dans certains pays d'Afrique de l'Ouest, l'expression « participation communautaire » est synonyme, sur le terrain, de « ticket modérateur ».

Au cours de ces dernières années, on est passé d'une acceptation étroite de la communauté et de la participation communautaire (fondée, par exemple, sur des comités sanitaires) à une notion plus large englobant l'implication des organisations de la société civile. Ces organisations sont très diverses. Elles peuvent gérer ou cogérer des établissements de santé (comme la Fédération des Associations de Santé communautaire au Mali), favoriser l'auto-assistance et l'auto-responsabilité, se faire les défenseurs des oubliés ou des exclus (comme dans le cas des associations de personnes vivant avec le VIH/SIDA) ou protéger le consommateur (comme la Fondation des Consommateurs de Thaïlande).

L'un des rôles clés des organisations de la société civile consiste à demander des comptes aux prestataires de soins de santé et aux pouvoirs publics sur ce qu'ils font et sur la manière dont ils le font. Lorsque la société civile est active, les organisations peuvent contrôler les choix de politique générale et exercer une action de sensibilisation. En tant qu'autorité de tutelle du système de santé, le ministère de la santé est tenu de protéger la santé de la population et de veiller à ce que des soins de santé de qualité soient dispensés à tous ceux qui en ont besoin. A cet effet, il lui faut faire les meilleurs choix possibles sur la base des données disponibles et veiller systématiquement à ce que l'intérêt public prime sur toute autre considération. Cette responsabilité incombe en dernier ressort aux pouvoirs publics, même lorsque la décentralisation masque quelque peu la structure hiérarchique, mais, en l'absence de mécanismes de responsabilisation, les pouvoirs publics risquent de faillir à leurs obligations. Pour exercer des pressions suffisantes en vue d'une véritable transparence, il faut qu'une information exacte sur la santé et la performance des systèmes de santé soit diffusée dans toute la société civile. C'est aux pouvoirs publics qu'il appartient de rendre cette information accessible à tous. Le Secrétariat de la Santé du Mexique, par exemple, a publié sous une forme conviviale un rapport complet sur la situation sanitaire du pays et sur la performance du système de santé mexicain (70). Certains groupes de la société civile peuvent eux-mêmes, dans l'exercice de leurs fonctions de surveillance, générer et échanger des informations en vue d'améliorer la transparence: c'est ce qu'ont fait les forums nationaux thaïlandais pour la réforme des soins de santé (71).

Lorsque des structures appropriées sont en place, une direction efficace et une participation communautaire énergique s'étaient mutuellement. La budgétisation participative de Porto Alegre (Brésil) est un exemple de la recherche d'un consensus avec la communauté sur ce qui est normalement une fonction régaliennne des gouvernements. Lancé en 1988, ce processus est maintenant régi en grande partie par les consommateurs auxquels un organisme d'exécution rend compte de ses opérations. En adaptant les dotations aux besoins exprimés par la communauté, on a pu obtenir des améliorations mesurables de l'accès aux services sociaux (72).

Pour parvenir à une véritable participation communautaire, il faut surmonter de nombreux obstacles dont deux posent un problème particulier. Premièrement, les communautés risquent, notamment dans les zones rurales pauvres, de ne pas être informées des mécanismes de participation. Deuxièmement, il arrive souvent que des groupes sociaux relativement aisés et influents dominent le débat politique au niveau communautaire, surtout, là encore, en milieu rural. Lorsque de riches notables sont habilités à « représenter » l'ensemble de la communauté dans les discussions sur la planification et la mise en œuvre, on court le risque que les couches relativement aisées de la population accaparent les avantages aux dépens des déshérités. Ces deux phénomènes limitent la capacité des pauvres à participer pleinement au processus conçu pour favoriser l'implication de la communauté dans le système de santé.

Dès lors, l'application de politiques destinées à surmonter ces obstacles constitue l'un des principaux aspects de la fonction de tutelle de l'Etat dans le domaine de la santé.

Mise en place de systèmes basés sur des principes: coopération de l'OMS avec les pays

Les objectifs sanitaires décrits dans le présent rapport ne seront atteints que si l'on renforce considérablement les systèmes de santé dans les pays à bas ou moyen revenu. Cette observation vaut à la fois pour la réalisation des OMD, l'extension des services de prévention et de traitement du VIH/SIDA, la gestion de la double charge et la poursuite des autres objectifs clés de la santé.

Le renforcement des systèmes de santé et la définition des priorités en vue de leur extension peuvent revêtir des formes multiples. Dans le présent chapitre, il est proposé que les efforts entrepris par les pays pour développer leurs systèmes de santé au cours de ces prochaines années s'inspirent des principes des soins de santé primaires. On a souligné qu'en dépit de l'évolution spectaculaire des politiques de la santé dans le monde au cours du dernier quart de siècle, les principes clés des soins de santé primaires sont toujours valables.

Les systèmes de santé vont devoir relever à l'avenir des défis encore plus redoutables. Au cours de ces prochaines années, les changements de l'environnement vont exercer sur la santé des populations une influence que nous avons encore du mal à imaginer. Les systèmes de santé doivent déjà faire face aux effets de la mondialisation économique, notamment les migrations et l'impact de la structure des échanges et des pratiques commerciales sur la santé. De nouvelles pressions vont s'exercer sur eux à mesure que des instances internationales débattent de problèmes tels que les droits de propriété intellectuelle et le commerce des services. Dans ce contexte, un engagement résolu en faveur des valeurs fondamentales des soins de santé primaires que sont l'équité, l'accès universel aux soins, la participation communautaire et l'action intersectorielle sera plus important que jamais.

Au début du présent chapitre, on a examiné comment, en se fondant sur les soins de santé primaires, les systèmes de santé peuvent s'attaquer à quelques problèmes clés: développement et maintien en place de la main d'œuvre, gestion de l'information, financement de la santé et respect de l'équité dans le domaine de la santé. Il va de soi que cet examen doit être poussé plus loin. On ne comprend encore très bien comment fonctionne un système de santé, pourquoi il réagit mal ou pas du tout à certaines crises et comment intégrer les principes de soins de santé primaires dans des politiques réalistes qui entraîneront des améliorations de la santé dans les communautés. L'intensification de la collecte et de l'échange d'informations sur les systèmes de santé doit occuper un rang élevé parmi les priorités de la communauté sanitaire mondiale.

La promotion de la recherche sur les systèmes de santé est l'une des composantes du programme de l'OMS visant à améliorer la collaboration avec les pays. L'OMS va aussi travailler étroitement avec les pays afin d'exploiter pleinement les connaissances actuelles sur les systèmes de santé et les résultats des recherches en cours. Les priorités de cette activité sont les suivantes:

- renforcer la qualité de la recherche sur les politiques et améliorer l'accès international aux données disponibles sur l'efficacité des modèles et interventions de soins de santé primaires;
- mettre en place de nouveaux réseaux qui faciliteront l'échange des meilleures pratiques et des expériences;
- élaborer un programme de travail cohérent en matière de soins de santé primaires qui s'intègre efficacement à tous les niveaux de l'OMS;

- améliorer la communication et la collaboration avec les autres organismes internationaux pour éviter d'émettre des messages contradictoires sur le développement des systèmes de santé;
- élaborer un cadre d'évaluation et un processus d'examen pour aider les Etats Membres à passer en revue les politiques de soins de santé primaires existantes et à planifier les changements nécessaires (2).

Surtout, l'OMS s'engage à favoriser la mise en place de systèmes de santé basés sur les soins de santé primaires en passant le plus rapidement possible de la défense des grands principes au soutien de leur mise en œuvre dans le cadre de sa coopération technique avec les Etats Membres. Les consultations mondiales en cours sur les soins de santé primaires vont donner l'occasion d'échanger des observations pratiques et de comparer les expériences des pays. Vu l'urgence des problèmes de santé dans le monde, ces connaissances doivent être rapidement exploitées pour améliorer les systèmes de santé sur la base des soins de santé primaires.

L'engagement à coopérer avec les pays au développement de leurs systèmes de santé s'inscrit dans une réforme générale du mode de fonctionnement de l'OMS. A une époque où de nouveaux défis appellent de nouvelles solutions, l'OMS modifie son approche et réoriente ses ressources. Elle renforce sa collaboration technique et soutient les personnes qui œuvrent pour la santé dans la fonction publique, dans le secteur privé et au sein de la société civile. Ce soutien va émaner de tous les niveaux de l'OMS et s'exercera dans le cadre de stratégies de coopération spécifiques à chaque pays. Le renforcement de la présence et de la collaboration de l'OMS dans les pays est le meilleur garant de l'accélération des progrès vers la réalisation des objectifs communs de la communauté sanitaire mondiale: des améliorations mesurables de la santé qui profitent à tous et une action énergique destinée à mettre fin aux inégalités.

Le présent rapport s'ouvre sur une description des contrastes qui caractérisent la situation sanitaire dans le monde. Toute approche basée sur les soins de santé primaires doit tenir compte de la nécessité de s'attaquer aux racines de ces disparités sur un plan intersectoriel, d'où l'importance des OMD et du pacte mondial sur lequel ils se fondent. En renforçant les systèmes de soins de santé, le secteur de la santé peut apporter la contribution la plus efficace à la réalisation des OMD, des cibles du traitement du VIH/SIDA et des autres objectifs. S'ils travaillent ensemble à la mise en place de systèmes de santé efficaces, réactifs et équitables, l'OMS, ses Etats Membres et leurs partenaires façonneront un avenir plus juste, plus sûr et plus sain pour tous.

Bibliographie

1. *Rapport sur la santé dans le monde 2000 – Pour un service de santé plus performant*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2000.
2. *Primary health care: a framework for future strategic directions*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003 (WHO/MNC/OSD/03.01).
3. Déclaration d'Alma-Ata. In: *Conférence internationale sur les soins de santé primaires, Alma-Ata (URSS), 6-12 septembre 1978*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1978 (Série «Santé pour tous», N°1; <http://whqlibdoc.who.int/publications/9242800001.pdf>, consulté le 3 octobre 2003).
4. Altenstetter C, Bjorkman JW. *Health policy reform: national variations and globalization*. New York, N.Y., St. Martin's, 1997.
5. *Rapport sur le développement dans le monde 1993. Investir dans la santé*. Washington, D.C., Banque mondiale, 1993.
6. *Des soins novateurs pour les affections chroniques: éléments constitutifs: rapport mondial*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2002.
7. Bodenheimer T et al. Improving primary care for patients with chronic illness – the chronic care model, part 2. *JAMA*, 2002, 288:1909–1914.
8. Coleman R et al. Noncommunicable disease management in resource-poor settings: a primary care model from rural South Africa [Prise en charge des maladies non transmissibles en milieu défavorisé: un modèle sud-africain de soins de santé primaires]. *Bulletin of the World Health Organization*, 1998, 76:633–640 (résumé en français).

9. Unwin N et al. Tackling the emerging pandemic of non-communicable diseases in Sub-Saharan Africa: the essential NCD health intervention project. *Public Health*, 1999, 113:141–146.
10. *Antiretroviral therapy in primary health care: South African experience*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003 (WHO/HIV/2003.04).
11. Hunter D. *Public health policy*. Cambridge (Royaume-Uni), Polity Press, 2003.
12. *Situation assessment*. Gaborone (Botswana), African Comprehensive HIV/AIDS Partnership, 2001.
13. Ranson MK et al. The public health implications of multilateral trade agreements. In: Lee K, Buse K, Fustukian S. *Health policy in a globalising world*. Cambridge (Royaume-Uni), Cambridge University Press, 2002:18–40.
14. Narasimhan V et al. The next frontier: responding to the global human resources crisis. *Lancet* (sous presse).
15. *The health sector human resources crisis in Africa: an issues paper*. Washington, D.C., AID, 2003.
16. Kurowski C et al. Human resources for health: requirements and availability in the context of scaling up priority interventions. Case studies from Tanzania and Chad. 2002 (Rapport présenté au Département du développement international du Royaume-Uni).
17. Van Rensburg D, Van Rensburg N. *South African health review 1999 briefing summary: distribution of human resources*. Durban (Afrique du sud), Health Systems Trust, 1999 (<http://www.hst.org.za/sahr/99/summary/bshuman.htm>, consulté le 3 octobre 2003).
18. Beaglehole R, Dal Poz MR. Public health workforce: challenges and policy issues. *Human Resources for Health*, 2003, 1:4.
19. Vaz F et al. Training medical assistants for surgery [Formation en chirurgie d'assistants médicaux]. *Bulletin of the World Health Organization*, 1999, 77:688–691 (résumé en français).
20. Pereira C et al. A comparative study of caesarean deliveries by assistant medical officers and obstetricians in Mozambique. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 1996, 193:508–512.
21. Buchan J, Ball J, O'May F. If changing skill mix is the answer, what is the question? *Journal of Health Services Research and Policy*, 2001, 6:233–238.
22. Horrocks S, Anderson E, Salisbury C. Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors. *BMJ*, 2002, 324:819–823.
23. Mid-level and nurse practitioners in the Pacific: models and issues. Manille, Bureau régional OMS du Pacifique occidental, 2001.
24. *Pour une meilleure santé en Afrique: les leçons de l'expérience*. Washington, D.C., Banque mondiale, 1994.
25. Farmer P et al. Community-based approaches to HIV treatment in resource-poor settings. *Lancet*, 2001, 358:404–409.
26. Maher D. The role of the community in the control of tuberculosis. *Tuberculosis*, 2003, 83:177–182.
27. Farmer P et al. Community-based treatment of advanced HIV disease: introducing DOT-HAART (directly observed therapy with highly active antiretroviral therapy) [Traitement communautaire des stades avancés de l'infection à VIH: introduction du DOT-HAART (traitement antirétroviral hautement actif sous surveillance directe)]. *Bulletin of the World Health Organization* 2001;79:1145-1151 (résumé en français).
28. Nsutebu EF. Scaling-up HIV/AIDS and TB home-based care: lessons from Zambia. *Health Policy and Planning*, 2001, 16:240–247.
29. Dovlo D, Nyonator F. Migration of graduates of the University of Ghana Medical School: a preliminary rapid appraisal. *Human Resources for Health Development Journal*, 1999, 3:34–37.
30. Bundred PE, Levitt C. Medical migration: who are the real losers? *Lancet*, 2000, 356:245–246.
31. *Commonwealth code of practice for international recruitment of health workers*. Londres, Secrétariat du Commonwealth, 2002 (www.commedas.org/files/COP/COP.pdf, consulté le 3 octobre 2003).
32. Issakha D, Abdoulaye L, Cheikhou S. La "tontine motos" des comités de santé sénégalais. *Forum mondial de la santé*, 1995, 16:267–269.
33. Chomitz K. *What do doctors want? Developing incentives for doctors to serve in Indonesia's rural and remote areas*. Washington, D.C., Banque mondiale, 1998 (Policy Research Working Paper No. 1888).
34. Nieves I, La Forgia G, Ribera J. Large-scale government contracting of NGOs to extend basic health services to poor populations in Guatemala. In: Rosenmöller M. *Challenges of health reform: reaching the poor*. Barcelone (Espagne), Estudios y Ediciones IESE, 2000:117–132 (<http://www.worldbank.org/lachealth>, consulté le 3 octobre 2003).
35. Loevinsohn B. *Contracting for the delivery of primary health care in Cambodia: Design and initial experience of a large pilot test*. Washington, D.C., Banque mondiale, 2001.
36. Starfield B. Primary care and health: an international comparison. *Journal of the American Medical Association*, 1991, 266: 2268–2271.
37. The National Coalition on Health Care and The Institute for Healthcare Improvement. Curing the system: stories of change in chronic illness care. *Accelerating Change Today*, mai 2002 (<http://www.qualityhealthcare.org/qhc/uploads/ACT3finalChronic.pdf>, consulté le 3 octobre 2003).

38. Langley G et al. *The improvement guide: a practical approach to enhancing organisational performance*. San Francisco, Californie (Etats-Unis d'Amérique), Jossey-Bass, 1996.
39. Berwick DM. Disseminating innovations in health care. *JAMA*, 2003, 289:1969–1975.
40. Wagner EH et al. Improving chronic illness care: translating evidence into action. *Health Affairs*, 2001:64–78.
41. Van Lerberghe W, Adams O, Ferrinho P. Human resources impact assessment. *Bulletin of the World Health Organization*, 2002, 80:525.
42. Mathers CD et al. The global burden of disease in 2002: data sources, methods and results. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003 (GPE Discussion Paper No. 54) (<http://www.who.int/evidence>, consulté le 3 octobre 2003).
43. Lopez AD et al. Mortalité mondiale en 2000: tables de mortalité pour 191 pays. Genève, Organisation mondiale de la Santé (http://www3.who.int/whosis/life/life_tables/life_tables.cfm?path=evidence,life,life_tables&language=english, consulté le 3 octobre 2003).
44. Boerma JT, Holt E, Black RE. Biological and clinical data collection in surveys in less developed countries. *Population and Development Review*, 2001, 27:303–314.
45. Lippeveld C, Sauerborn R, Bodart C. *Design and implementation of health information systems*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2000.
46. *Le financement des services de santé. Rapport d'un Groupe d'étude de l'OMS*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1978 (OMS, Série de Rapports techniques, N° 625).
47. OIT-Programme Universitas. *Extending social protection through community based health organizations: evidence and challenges*. Genève, Organisation internationale du Travail, 2002.
48. Uzochukwu, BS, Onwujekwe OE, Akpala CO. Effect of the Bamako-Initiative drug revolving fund on availability and rational use of essential drugs in primary health care facilities in south-east Nigeria. *Health Policy and Planning*, 2002, 17:378–383.
49. Hutubessy RC et al. Generalized cost-effectiveness analysis: an aid to decision making in health. *Applied Health Economics and Health Policy*, 2002, 1:39–46.
50. Soucat A, Van Lerberghe W, Knippenberg R. *Buying results, budgeting for bottlenecks: the new performance frontier*. Washington, D.C., Banque mondiale, 2002 (projet de document de travail, World Bank Policy and Sector Analysis Support Team—Africa Region Human Development (AFTHD)). Washington, D.C., Banque mondiale, 2002.
51. Gwatkin D. *Who would gain most from efforts to reach the Millennium Development Goals for health? An inquiry into the possibility of progress that fails to reach the poor*. Washington, D.C., Banque mondiale, 2002 (HNP Discussion Paper).
52. Filmer D, Hammer J, Pritchett L. Weak links in the chain II: a prescription for health policy in poor countries. *World Bank Research Observer*, 2002, 17:47–66.
53. *Rapport sur la santé dans le monde 2002 – Réduire les risques et promouvoir une vie saine*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2002.
54. Castro-Leal F, Dayton J, Demery L, Mehra K. Public spending on health care in Africa: do the poor benefit? [Les dépenses publiques relatives aux soins de santé en Afrique: les pauvres en profitent-ils?]. *Bulletin of the World Health Organization* 2000; 78(1): 66-74 (résumé en français).
55. Victora CG et al. The impact of health interventions on inequalities: infant and child health in Brazil. In: Leon D, Walt G. *Poverty, inequality and health: an international perspective*. Oxford (Royaume-Uni), Oxford University Press, 2001:125–136.
56. Kunst AE, Houweling T. A global picture of poor-rich differences in the utilisation of delivery care. In: de Brouwere V, Van Lerberghe W. *Safe motherhood strategies: a review of the evidence*. *Studies in Health Services Organisation and Policy*, 2001, 17:297–317.
57. Sen A. Capability and well-being. In: Nussbaum M, Sen A. *The quality of life*. Oxford (Royaume-Uni), Oxford University Press, 1993:330–353.
58. Birdsall N, Hecht R. Swimming against the tide: strategies for improving equity in health. In: Colclough C. *Marketising education and health in developing countries: miracle or mirage?* Oxford (Royaume-Uni), Oxford University Press, 1997.
59. Delamonica E, Minujin A, Vandemoortele J. Economic growth, poverty and children. *Environment & Urbanization*, 2002, 14:23–43.
60. Victora CG et al. Applying an equity lens to child health and mortality: more of the same is not enough. *Lancet*, 2003, 362:233–241.
61. *Les lignes directrices et ouvrages de référence du CAD: Pauvreté et santé*. Paris: Organisation de Coopération et de Développement économiques/Organisation mondiale de la Santé, 2003.
62. Durie M. Providing health services to indigenous peoples, *BMJ*, 2003, 327:408–409.
63. Primary health care review project: region specific report. Manille, Bureau régional OMS du Pacifique occidental, 2002.

64. Rawlings L, Rubio G. *Evaluating the impact of conditional cash transfer programs: lessons from Latin America*. Washington, D.C., Banque mondiale, 2003 (World Bank Policy Research Working Paper 3119).
65. Jongudomsuk P, Thammatuch-aree J, Chittinanda P. Pro-equity health financing schemes in Thailand: a review of country experience. Bangkok (Thaïlande), Ministère de la Santé (sous presse).
66. Sanchez F, Núñez J. La ley 100/93 sí llegó a las personas de menores ingresos [la loi N° 100/93 a eu un effet sur les personnes à bas revenu]. *Revista Via Salud*, 1999, 9:6–12 (<http://www.cgh.org.co/revista/>, consulté le 6 octobre 2003).
67. *Indicadores de Coyuntura Macroeconómica [Indicateurs de conjoncture macroéconomique]*. Departamento de Planeación Nacional, République de Colombie (<http://www.dnp.gov.co>, consulté le 6 octobre 2003).
68. Khan MM, Yoder RA. *Expanded program on immunization in Bangladesh: cost, cost-effectiveness*, Bethesda, Maryland (Etats-Unis d'Amérique), Partnerships for Health Reform, 1998 (<http://www.childredivaccine.org/files/Abt-PNACH278.pdf>, consulté le 6 octobre 2003).
69. Maiga Z, Traoré Nafo F, El Abassi A. La réforme du secteur santé au Mali 1989–1996. Anvers (Belgique), ITGPress, 1999 (*Studies in Health Services Organisation and Policy*, No. 12).
70. *Salud México 2002: Información para la rendición de cuentas [la santé au Mexique en 2002: compte rendu]*. Mexico, D.F., Secrétariat à la Santé, 2002.
71. *Forum on Health Care Reform*. Bangkok (Thaïlande), Moh-Chao Ban Publishing House, 2000.
72. Programme des Nations Unies pour le Développement. *Rapport mondial sur le développement humain 2003*. Paris, Economica pour le Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD), 2003 (<http://www.undp.org/hdr2003/>, consulté le 3 octobre 2003).