

Rapport sur la santé dans le monde, 2008

Les soins de santé primaires



**Maintenant
plus
que
jamais**

REFORMES DE LA
COUVERTURE
UNIVERSELLE

REFORMES DES
PRESTATIONS
DE SERVICES

REFORMES
DES POLITIQUES
PUBLIQUES

REFORMES DU
LEADERSHIP



Organisation
mondiale de la Santé

Rapport sur la santé dans le monde, 2008

*Les soins de
santé primaires*

Maintenant plus que jamais



Organisation
mondiale de la Santé

Catalogage à la source: Bibliothèque de l'OMS

Rapport sur la santé dans le monde, 2008 : les soins de santé primaires - maintenant plus que jamais.

1.Santé mondiale - orientations. 2.Soins santé primaires - orientations. 3.Délivrance soins. 4.Politique sanitaire.
I.Organisation mondiale de la Santé.

ISBN 978 92 4 256373 3

(NLM classification: W 84.6)

ISSN 1020-332X

© Organisation mondiale de la Santé 2008

Tous droits réservés. Il est possible de se procurer les publications de l'Organisation mondiale de la Santé auprès des Editions de l'OMS, Organisation mondiale de la Santé, 20 avenue Appia, 1211 Genève 27 (Suisse) (téléphone : +41 22 791 3264 ; télécopie : +41 22 791 4857 ; adresse électronique : bookorders@who.int). Les demandes relatives à la permission de reproduire ou de traduire des publications de l'OMS – que ce soit pour la vente ou une diffusion non commerciale – doivent être envoyées aux Editions de l'OMS, à l'adresse ci dessus (télécopie : +41 22 791 4806 ; adresse électronique : permissions@who.int).

Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux ne signifie pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les précautions raisonnables pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'Organisation mondiale de la Santé ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

Des renseignements sur ce document peuvent être obtenus auprès du :

Rapport sur la santé dans le monde

Organisation mondiale de la Santé

1211 Genève 27, Suisse

Adresse électronique : whr@who.int

Adresse pour les commandes du résumé et du rapport dans sa version intégrale : bookorders@who.int

Le *Rapport sur la santé dans le monde, 2008* a été préparé sous la direction de Tim Evans (Sous-Directeur général) et Wim Van Lerberghe (Rédacteur en chef). L'équipe de rédaction principale était composée de Wim Van Lerberghe, Tim Evans, Kumanan Rasanathan et Abdelhay Mechbal. Les autres personnes ayant pris une part principale à la rédaction du rapport sont : Anne Andermann, David Evans, Benedicte Galichet, Alec Irwin, Mary Kay Kindhauser, Remo Meloni, Thierry Mertens, Charles Mock, Hernan Montenegro, Denis Porignon et Dheepa Rajan. La supervision organisationnelle du Rapport était assurée par Ramesh Shademani.

Des contributions sous forme d'encadrés, de figures et d'analyses de données ont été reçues des personnes suivantes : Alayne Adams, Jonathan Abrahams, Fiifi Amoako Johnson, Giovanni Ancona, Chris Bailey, Robert Beaglehole, Henk Bekedam, Andre Biscaia, Paul Bossyns, Eric Buch, Andrew Cassels, Somnath Chatterji, Mario Dal Poz, Pim De Graaf, Jan De Maeseneer, Nick Drager, Varatharajan Durairaj, Joan Dzenowagis, Dominique Egger, Ricardo Fabregas, Paulo Ferrinho, Daniel Ferrante, Christopher Fitzpatrick, Gauden Galea, Claudia Garcia Moreno, André Griekspoor, Lieve Goeman, Miriam Hirschfeld, Ahmadreza Hosseinpour, Justine Hsu, Chandika Indikadahena, Mie Inoue, Lori Irwin, Andre Isakov, Michel Jancloes, Miloud Kaddar, Hyppolite Kalambaye, Guy Kegels, Meleckidzedeck Khayesi, Ilona Kickbush, Yohannes Kinfu, Tord Kjellstrom, Rüdiger Krech, Mohamed Laaziri, Colin Mathers, Zoe Matthews, Maureen Mackintosh, Di McIntyre, David Meddings, Pierre Mercenier, Pat Neuwelt, Paolo Piva, Annie Portela, Yongyut Ponsupap, Amit Prasad, Rob Ridley, Ritu Sadana, David Sanders, Salif Samake, Gerard Schmets, Iqbal Shah, Shaoguang Wang, Anand Sivasankara Kurup, Kenji Shibuya, Michel Thieren, Nicole Valentine, Nathalie Van de Maele, Jeanette Vega, Jeremy Veillard et Bob Woollard.

Des contributions précieuses sous forme d'évaluations, de suggestions et de critiques ont été reçues des Directeurs régionaux et de leur personnel, du Dr Anarfi Asamoah Bah, Directeur général adjoint, ainsi que des Sous-Directeurs généraux.

Le projet de rapport a fait l'objet d'un examen collégial lors d'une réunion qui s'est tenue à Montreux, en Suisse, à laquelle ont participé : Azrul Azwar, Tim Evans, Ricardo Fabrega, Sheila Campbell-Forrester, Antonio Duran, Alec Irwin, Mohamed Ali Jaffer, Safurah Jaafar, Pongpisut Jongudomsuk, Joseph Kasonde, Kamran Lankarini, Abdelhay Mechbal, John Martin, Donald Matheson, Jan De Maeseneer, Ravi Narayan, Sydney Saul Ndeki, Adrian Ong, Pongsadhorn Pokpermdée, Thomson Prentice, Kumanan Rasanathan, Salman Rawaf, Bijan Sadrizadeh, Hugo Sanchez, Ramesh Shademani, Barbara Starfield, Than Tun Sein, Wim Van Lerberghe, Olga Zeus et Maria Hamlin Zuniga.

Le rapport a bénéficié grandement des contributions des participants à un séminaire d'une semaine qui s'est réuni à Bellagio, en Italie, parmi lesquels : Ahmed Abdullatif, Chris Bailey, Douglas Bettcher, John Bryant, Tim Evans, Marie Therese Feuerstein, Abdelhay Mechbal, Thierry Mertens, Hernan Montenegro, Ronald Labonte, Socrates Litsios, Thelma Narayan, Thomson Prentice, Kumanan Rasanathan, Myat Htoo Razak, Ramesh Shademani, Virroj Tangcharoensathien, Wim Van Lerberghe, Jeanette Vega et Jeremy Veillard.

Des groupes de travail de l'OMS ont donné l'impulsion initiale à ce rapport. Ces groupes de travail formés de collaborateurs tant du Siège que des bureaux régionaux ont rassemblé : Shelly Abdool, Ahmed Abdullatif, Shambhu Acharya, Chris Bailey, James Bartram, Douglas Bettcher, Eric Blas, Ties Boerma, Robert Bos, Marie-Charlotte Boueseau, Gui Carrin, Venkatraman Chandra-Mouli, Yves Chartier, Alessandro Colombo, Carlos Corvalan, Bernadette Daelmans, Denis Daumerie, Tarun Dua, Joan Dzenowagis, David Evans, Tim Evans, Bob Fryatt, Michelle Funk, Chad Gardner, Giuliano Gargioni, Gulin Gedik, Sandy Gove, Kersten Gutschmidt, Alex Kalache, Alim Khan, Ilona Kickbusch, Yunkap Kwankam, Richard Laing, Ornella Lincetto, Daniel Lopez-Acuna, Viviana Mangiaterra, Colin Mathers, Michael Mbizvo, Abdelhay Mechbal, Kamini Mendis, Shanthi Mendis, Susan Mercado, Charles Mock, Hernan Montenegro, Catherine Mulholland, Peju Olukoya, Annie Portela, Thomson Prentice, Annette Pruss-Ustun, Kumanan Rasanathan, Myat Htoo Razak, Lina Tucker Reinders, Elii Renganathan, Gojka Roglic, Michael Ryan, Shekhar Saxena, Robert Scherpbier, Ramesh Shademani, Kenji Shibuya, Sameen Siddiqi, Orielle Solar, Francisco Songane, Claudia Stein, Kwok-Cho Tang, Andreas Ullrich, Mukund Uplekar, Wim Van Lerberghe, Jeanette Vega, Jeremy Veillard, Eugenio Villar, Diana Weil et Juliana Yartey.

L'équipe de production éditoriale a été dirigée par Thomson Prentice, Directeur de la rédaction. Le Rapport a été revu par Diana Hopkins, assistée de Barbara Campanini. Gaël Kernen a apporté sa contribution en matière de graphisme et a produit la version destinée au site Web et à d'autres supports électroniques. Lina Tucker Reinders a dispensé des conseils éditoriaux. L'index a été préparé par Martine Cartillier.

L'appui administratif à la préparation du Rapport a été assuré par Saba Amdeselassie, Maryse Coutty, Melodie Fadriquel, Evelyne Omukubi et Christine Perry.

Photographies : photographie du Directeur général : OMS (p. viii) ; chapitre 1 : Alayne Adams (p. 1) ; chapitre 2 : OMS/Christopher Black (p. 25) ; chapitre 3 : OMS/Karen Robinson (p. 45) ; chapitre 4 : Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge/John Haskew (p. 67) ; chapitre 5 : Alayne Adams (p. 85) ; chapitre 6 : OMS/Thomas Moran (p. 103).

Conception graphique : Reda Sadki

Mise en pages : Steve Ewart et Reda Sadki

Figures : Christophe Grangier

Coordination de l'impression : Pascale Broisin et Frédérique Robin-Wahlin

Imprimé en Suisse



Table des matières

Message du Directeur général

viii



Introduction et résumé

xi

Relever les défis d'un monde en pleine évolution	xii
Une aspiration croissante à de meilleures prestations	xiv
Des composantes du passé aux réformes de l'avenir	xiv
Quatre séries de réformes des SSP	xvi
Saisir les occasions	xix



Chapitre 1. Les enjeux d'un monde en évolution

I

A croissance inégale, résultats inégaux	2
Une vie plus longue et en meilleure santé, mais pas partout	2
Croissance et stagnation	4
S'adapter aux nouveaux enjeux de santé	7
Un monde globalisé, urbanisé et vieillissant	7
Insuffisance de la prévision et lenteur des réactions	9
Des tendances qui mettent à mal la réaction des systèmes de santé	11
L'hospitalocentrisme : des systèmes de santé qui s'articulent autour de l'hôpital et des spécialistes	12
Fragmentation : des systèmes de santé articulés autour de programmes prioritaires	13
Des systèmes de santé qu'on laisse dériver vers une marchandisation dérégulée	14
Evolution des valeurs et nouvelles attentes	15
Equité en matière de santé	16
Des soins centrés sur la personne	17
Assurer la santé des communautés	18
Des autorités sanitaires fiables et attentives aux besoins de la population	19
Participation	19
Les réformes touchant les SSP : suscitées par la demande	19



Chapitre 2. Faire progresser et pérenniser la couverture universelle

25

Le rôle central de l'équité sanitaire dans les SSP	26
Vers une couverture universelle	27
Les obstacles sur la route vers la couverture universelle	30
Mise en place de réseaux de soins primaires pour réduire les disparités dans l'offre de soins	31
Surmonter l'isolement des populations dispersées	34
Des alternatives à des services commerciaux dérégulés	35
Interventions ciblées en complément des systèmes de couverture universelle	36
Mobilisation pour l'équité en santé	37
Attirer davantage l'attention sur les iniquités sanitaires	38
Faire une place à la société civile pour qu'elle participe au processus de décision	39



Chapitre 3. Soins primaires : l'être humain d'abord

45

Les soins de qualité privilégient l'être humain	46
Les caractéristiques des soins primaires	48
Efficacité et sécurité ne sont pas seulement des questions techniques	48
Comprendre les patients : des soins centrés sur la personne	50
Des actions globales et intégrées	53
Continuité des soins	54
Un prestataire régulier et de confiance comme point d'entrée	56
Organiser des réseaux de soins primaires	57
Rapprocher les soins de la population	58
Responsabilité d'une population bien identifiée	58
L'équipe de soins primaires, centre de coordination	60
Suivre les progrès	62



Chapitre 4. Des politiques publiques pour la santé publique

67

L'importance des politiques publiques efficaces pour la santé	68
Des politiques alignées sur les objectifs des SSP	70
Politiques de santé publique	71
Aligner les programmes de santé prioritaires sur les SSP	71
Des initiatives de santé publique au niveau du pays tout entier	72
Une capacité de réponse rapide	73
Vers la santé dans toutes les politiques	74
Comprendre le sous-investissement	76
Occasions d'améliorer les politiques publiques	78
Informations meilleures et éléments plus convaincants	78
Un paysage institutionnel changeant	80
Une action sanitaire mondiale équitable et efficace	81



Chapitre 5. Autorité et gestion efficace des affaires publiques

85

La réforme des SSP par l'entremise des pouvoirs publics	86
Faciliter la conclusion d'un contrat social pour la santé	86
Le désengagement et ses conséquences	87
Participation et négociation	89
Un véritable dialogue sur les politiques	90
Des systèmes d'information pour le renforcement du dialogue sur les politiques	91
Renforcement du dialogue sur les politiques à la lumière d'innovations issues du terrain	94
Donner à la capacité de changement la masse critique nécessaire	95
La gestion du processus politique : du lancement de la réforme à sa mise en œuvre	97



Chapitre 6. La voie à suivre

103

Adapter les réformes à la situation du pays	104
Economies à fortes dépenses de santé	105
Economies à croissance rapide du secteur sanitaire	107
Pays à faibles dépenses de santé et à faible croissance du secteur sanitaire	109
Mobiliser les moteurs de la réforme	113
Mobiliser la production de connaissances	113
Mobiliser l'engagement du personnel	115
Mobiliser la participation de la population	115

Liste des figures

Figure 1. Les réformes des SSP nécessaires pour réorienter les systèmes de santé vers la santé pour tous	xvi	Figure 2.1 Relation entre les dépenses catastrophiques et le paiement direct au lieu des soins	26
Figure 1.1 Quelques-uns des meilleurs résultats obtenus par les pays qui ont réduit la mortalité des moins de cinq ans d'au moins 80 % par Région, au cours de la période 1975-2006	2	Figure 2.2 Les trois directions de la progression vers la couverture universelle	28
Figure 1.2 Les facteurs qui expliquent la réduction de la mortalité au Portugal, 1960-2008	3	Figure 2.3 Répercussions du renoncement au paiement par l'usager sur la fréquentation des services ambulatoires dans le district de Kisoro, en Ouganda : fréquentation des services ambulatoires 1998-2002	30
Figure 1.3 Variabilité des progrès dans la réduction de la mortalité des moins de 5 ans, en 1975 et 2006, dans quelques pays ayant des taux similaires en 1975	3	Figure 2.4 Les différents types d'exclusion : privation massive dans certains pays, marginalisation des personnes défavorisées dans d'autres. Accouchements assistés par un personnel médicalement qualifié, en fonction des groupes de revenu	31
Figure 1.4 PIB par habitant et espérance de vie à la naissance dans 169 pays, en 1975 et 2005	4	Figure 2.5 Mortalité des moins de cinq ans en milieu rural et urbain, République islamique d'Iran, 1980-2000	32
Figure 1.5 Tendances du PIB par habitant et de l'espérance de vie à la naissance dans 133 pays regroupés en fonction de la valeur de leur PIB en 1975, 1975-2005	5	Figure 2.6 Amélioration du volume des soins en pleine période de catastrophe : Rutshuru, République démocratique du Congo, 1985-2004	33
Figure 1.6 Pays regroupés en fonction de leurs dépenses totales de santé en 2005 (en I \$)	6	Figure 3.1 L'effet sur le recours à la contraception de la réorganisation des horaires des centres de santé ruraux au Niger	46
Figure 1.7 Les enfants d'Afrique sont davantage exposés au risque de mourir lors d'un accident de la route que les enfants européens : nombre d'accidents mortels de la route impliquant des enfants pour 100 000 habitants	7	Figure 3.2 Occasions manquées de prévenir la transmission mère-enfant du VIH en Côte d'Ivoire : seule une infime partie des transmissions attendues est évitée	49
Figure 1.8 L'évolution vers les maladies non transmissibles et les accidents de la route en tant que causes de décès	8	Figure 3.3 Des centres de santé plus complets permettent une meilleure couverture vaccinale	54
Figure 1.9 Inégalités intranationales en matière de santé et de soins	10	Figure 3.4 Investigations inappropriées prescrites à des patients simulés se plaignant de légères douleurs à l'estomac, Thaïlande	58
Figure 1.10 Comment les systèmes de santé sont détournés des valeurs fondamentales des SSP	11	Figure 3.5 Les soins primaires en tant que centre de coordination : réseautage au sein de la collectivité desservie et avec des partenaires extérieurs	61
Figure 1.11 Pourcentage de la population qui déclare que la santé représente sa préoccupation principale avant d'autres questions telles que les problèmes financiers, le logement ou la criminalité	15	Figure 4.1 Décès imputables à des avortements non médicalisés par 100 000 naissances vivantes, selon les fondements juridiques de l'interruption de grossesse	69
Figure 1.12 La professionnalisation des soins obstétricaux : pourcentage d'accouchements assistés par des personnels qualifiés et autres soignants dans un certain nombre de régions, en 2000 et 2005 avec projections pour 2015	17	Figure 4.2 Dépense annuelle en produits pharmaceutiques et nombre de prescriptions délivrées en Nouvelle-Zélande depuis la convocation de la Pharmaceutical Management Agency en 1993	70
Figure 1.13 Les valeurs sociales qui guident les SSP et l'ensemble des réformes correspondantes	18	Figure 4.3 Pourcentage des naissances et des décès enregistrés dans des pays disposant de systèmes d'état civil complets, par Région de l'OMS, 1975-2004	78
		Figure 4.4 Fonctions de santé publique essentielles que 30 institutions nationales de santé publique considèrent comme étant de leur ressort	80

Figure 5.1 Pourcentage du PIB consacré à la santé, 2005	86	Figure 6.1 Contribution des dépenses publiques générales, des dépenses privées par prépaiement et des dépenses privées par paiement direct à la croissance annuelle des dépenses totales de santé par habitant, en pourcentage et en moyenne pondérée	105
Figure 5.2 Les dépenses de santé en Chine : le désengagement de l'Etat au cours des années 1980 et 1990 et son récent réengagement	88	Figure 6.2 Projection des dépenses de santé par habitant en 2015, dans les économies où le secteur sanitaire est en développement rapide (en moyenne pondérée)	108
Figure 5.3 Faire des systèmes d'information des instruments au service de la réforme en faveur des SSP	91	Figure 6.3 Projection des dépenses de santé par habitant en 2015, dans les économies à faibles dépenses de santé et faible croissance du secteur sanitaire (en moyenne pondérée)	109
Figure 5.4 Renforcement mutuel de l'innovation sur le terrain et de l'élaboration des politiques dans le processus de réforme sanitaire	94	Figure 6.4 Extension progressive de la couverture de la population malienne par des centres communautaires détenus et exploités par les communes, 1998-2007	112
Figure 5.5 Un marché en développement : la coopération technique dans le cadre de l'aide officielle au développement sanitaire. Flux annuels d'aide en 2005, corrigés de l'inflation	96		
Figure 5.6 Restauration de l'autorité nationale dans le domaine sanitaire : réorientation de l'aide financière accordée par les donateurs en faveur du soutien aux systèmes de santé intégrés, et ses répercussions sur la stratégie menée en 2004 en matière de SSP en République démocratique du Congo	99		

Liste des encadrés

Encadré 1.1 Développement économique et choix d'investissement dans les soins de santé : l'amélioration des principaux indicateurs sanitaires au Portugal	3	Encadré 2.4 La robustesse des systèmes de santé pilotés par les SSP : 20 ans de progression à Rutshuru, République démocratique du Congo	33
Encadré 1.2 Des dépenses de santé élevées donnent de meilleurs résultats mais avec d'importantes différences selon les pays	6	Encadré 2.5 Une protection sociale ciblée au Chili	37
Encadré 1.3 L'amélioration de l'information fait ressortir la pluridimensionnalité des inégalités croissantes en matière de santé	10	Encadré 2.6 La politique sociale de la ville de Gand (Belgique) : comment les autorités locales s'y prennent pour soutenir la collaboration intersectorielle entre les services de santé et les services sociaux	40
Encadré 1.4 L'industrie du matériel médical et celle du médicament représentent des forces économiques de premier plan	12	Encadré 3.1 Vers une science et une culture de l'amélioration : des faits pour favoriser la sécurité des patients et de meilleurs résultats	48
Encadré 1.5 La santé est au nombre des toutes premières préoccupations des individus	15	Encadré 3.2 Quand la demande induite par le prestataire et formulée par le consommateur détermine l'avis médical : les soins ambulatoires en Inde	48
Encadré 2.1 Les meilleures pratiques pour progresser vers la couverture universelle	28	Encadré 3.3 La réponse des soins de santé à la violence contre les femmes	51
Encadré 2.2 Définition des « forfaits essentiels » : que faut-il faire pour passer de la théorie à la pratique ?	29	Encadré 3.4 Donner les moyens aux patients de participer aux décisions qui affectent leur propre santé	52
Encadré 2.3 Comment la République islamique d'Iran s'attache à combler le fossé entre zones urbaines et zones rurales par une extension progressive de la couverture SSP en milieu rural	32	Encadré 3.5 Utiliser les technologies de l'information et de la communication pour améliorer l'accès aux soins de santé primaires ainsi que leur qualité et leur efficacité	55
		Encadré 4.1 Mobiliser les ressources de la société pour la santé à Cuba	69
		Encadré 4.2 Recommandations de la Commission des Déterminants sociaux de la Santé	73
		Encadré 4.3 Comment prendre des décisions impopulaires en matière de politiques publiques	77

Encadré 4.4 Le scandale de l'invisibilité : quand les naissances et les décès ne sont pas comptés	78
Encadré 4.5 Les lignes directrices de l'Union européenne en matière d'évaluation d'impact	79
<hr/>	
Encadré 5.1 Chine : du désengagement au réengagement	88
Encadré 5.2 Définir les orientations au niveau national grâce au dialogue sur les politiques : l'expérience de trois pays	90
Encadré 5.3 « Les jauges d'équité » : un système de collaboration entre parties prenantes en vue de s'attaquer aux inégalités en santé	92
Encadré 5.4 Les inconvénients des moyens classiques de renforcement des capacités dans les pays à revenu faible ou intermédiaire	96
Encadré 5.5 Restauration de l'autorité dans le domaine sanitaire au lendemain d'une guerre et d'une débâcle économique	99
<hr/>	
Encadré 6.1 La stratégie nationale de la Norvège pour réduire les inégalités sociales en santé	106
Encadré 6.2 Le cercle vertueux de l'offre et de la demande en matière de soins de santé primaires	112
Encadré 6.3 De la mise au point des produits à leur mise en œuvre sur le terrain – la recherche fait le lien	114

Liste des tableaux

Tableau 1. Comment l'expérience a fait évoluer le mouvement des SSP	xv
<hr/>	
Tableau 3.1 Aspects qui distinguent les soins de santé conventionnels des soins de santé primaires centrés sur la personne	47
Tableau 3.2 Centrer les soins sur la personne : une contribution à la qualité des soins et à de meilleurs résultats	52
Tableau 3.3 Exhaustivité : contribution à des soins de qualité et à de meilleurs résultats sanitaires	53
Tableau 3.4 Continuité des soins : contribution à des soins de qualité et à de meilleurs résultats sanitaires	54
Tableau 3.5 Point d'entrée régulier : contribution à la qualité des soins et à de meilleurs résultats	57
<hr/>	
Tableau 4.1 Les effets néfastes pour la santé des changements de conditions de travail	74
<hr/>	
Tableau 5.1 Rôles et fonctions des observatoires de la santé publique en Angleterre	93
Tableau 5.2 Facteurs importants pour l'amélioration de la capacité institutionnelle de gouvernance du secteur sanitaire dans six pays	97



Message du Directeur général

Lorsque j'ai pris mes fonctions en 2007, je me suis clairement engagée à diriger l'attention de l'OMS vers les soins de santé primaires. Au-delà de ma propre conviction, il s'agit de répondre à la demande générale et croissante de soins de santé primaires de la part des Etats Membres. Cette demande suscite à son tour parmi les décideurs politiques un désir croissant de connaissances relatives à la manière dont les systèmes de santé peuvent devenir plus équitables, plus ouverts à tous et plus justes. Il s'agit aussi, plus fondamentalement, de se mettre à réfléchir de manière plus approfondie à la performance du système de santé dans son ensemble.

Cette année marque à la fois le soixantième anniversaire de l'OMS et le trentième anniversaire de la Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires en 1978. Bien que le contexte mondial de la santé ait remarquablement changé en 60 ans, les valeurs qui sont au cœur de la Constitution de l'OMS et celles qui ont inspiré la Déclaration d'Alma-Ata ont fait leurs preuves et conservent toute leur pertinence. Toutefois, malgré les énormes progrès réalisés dans le domaine de la santé partout dans le monde, notre incapacité collective à mettre ces valeurs en application est douloureusement manifeste et mérite notre plus grande attention.

Nous voyons une mère souffrir de complications de l'accouchement sans recevoir l'assistance qualifiée dont elle a besoin, un enfant à qui n'ont pas été administrés les vaccins essentiels, un habitant de taudis urbain vivant dans des conditions d'hygiène déplorables. Nous voyons l'absence de protection des piétons le long de routes encombrées par le trafic, ainsi que l'appauvrissement que provoque le fait de devoir payer des soins soi-même faute d'assurance-maladie. Ces réalités parmi bien d'autres de la vie quotidienne illustrent les lacunes inacceptables et évitables dont souffre le fonctionnement de nos systèmes de santé.

Pour aller de l'avant, il importe de tirer les leçons du passé et il apparaît clairement, rétrospectivement, que nous pouvons faire beaucoup mieux à l'avenir. Le présent Rapport sur la santé dans le monde reprend le projet ambitieux des soins de santé primaires comme une série de valeurs et

de principes destinés à guider le développement des systèmes de santé. Ce Rapport constitue une excellente occasion de tirer les leçons du passé, de voir quels sont les défis qui nous attendent et d'identifier les voies que les systèmes de santé doivent suivre pour combler le fossé intolérable qui sépare les aspirations de la réalité.

Ces voies sont définies dans le Rapport sous la forme de quatre séries de réformes qui reflètent une convergence entre les valeurs des soins de santé primaires, les attentes des citoyens et les défis communs en matière d'efficacité de l'action sanitaire qui se retrouvent dans tous les contextes. Il s'agit de :

- *réformes de la couverture universelle* qui font en sorte que les systèmes de santé contribuent à l'équité, à la justice sociale et à la fin de l'exclusion, essentiellement en tendant vers l'accès universel aux soins et à la sécurité sociale ;
- *réformes des prestations de services* qui réorganisent les services de santé autour des besoins et des attentes de la population, afin de les rendre plus pertinents socialement et plus réactifs aux changements du monde, tout en produisant de meilleurs résultats ;
- *réformes des politiques publiques* qui rendent les collectivités plus saines, en combinant mesures de santé publique et soins de santé primaires, en menant des politiques publiques saines dans tous les secteurs et en renforçant les interventions de santé publique sur le plan national et trans-national ; et de
- *réformes du leadership* qui remplacent à la fois la quête disproportionnée de résultats à court terme d'un côté et le laisser-faire du

désengagement des pouvoirs publics de l'autre, par l'autorité dirigeante inclusive, participative et négociatrice qu'appelle la complexité des systèmes de santé contemporains.

Bien qu'elles soient universellement applicables, ces réformes ne constituent ni un plan directeur ni un programme d'action. Les détails indispensables pour les concrétiser dans chaque pays doivent tenir compte des conditions et des contextes particuliers en tirant parti des meilleures données factuelles disponibles. Il n'y a cependant aucune raison pour que les pays – riches ou pauvres – tardent à aller de l'avant avec ces réformes. Comme les 30 dernières années l'ont montré, des progrès substantiels sont possibles.

Pour mieux faire au cours des 30 prochaines années, nous devons investir aujourd'hui dans notre capacité à mettre nos performances réelles au diapason de nos aspirations, de nos attentes et des réalités en rapide évolution de notre monde de la santé interdépendant. Le temps est venu pour les nations, unies pour relever le défi commun des soins de santé primaires, maintenant plus que jamais, d'apprendre ensemble et d'échanger leurs connaissances afin d'ouvrir la voie la plus directe vers la santé pour tous.



Dr Margaret Chan
Directeur général
Organisation mondiale de la Santé

Les soins
de santé
primaires
Maintenant
plus que
jamais



Introduction et résumé

Pourquoi un renouveau des soins de santé primaires (SSP) et pourquoi maintenant plus que jamais ? La réponse immédiate est apportée par la demande palpable des Etats Membres – pas seulement des professionnels de la santé, mais des milieux politiques également.

La mondialisation met à rude épreuve la cohésion sociale de nombreux pays, et les systèmes de santé, éléments clés de l'architecture des sociétés contemporaines, ne fonctionnent manifestement pas aussi bien qu'ils le pourraient et le devraient.

Les populations manifestent de plus en plus d'impatience face à l'incapacité des services de santé à assurer une couverture nationale répondant à des demandes précises et aux nouveaux besoins, ainsi qu'au fait que leurs prestations ne correspondent pas à leurs attentes. Que les systèmes de santé doivent relever mieux – et plus rapidement – les défis d'un monde en évolution, tout le monde en convient. Les SSP peuvent le faire.

Relever les défis d'un monde en pleine évolution	<i>xii</i>
Une aspiration croissante à de meilleures prestations	<i>xiv</i>
Des forfaits du passé aux réformes de l'avenir	<i>xiv</i>
Quatre séries de réformes des SSP	<i>xvi</i>
Saisir les occasions	<i>xix</i>

On reconnaît aujourd'hui que des populations ont été laissées à la traîne et le sentiment prévaut que des occasions ont été manquées, un peu comme il y a 30 ans, avant l'irruption à Alma-Ata d'une nouvelle façon de concevoir la santé. La Conférence d'Alma-Ata a mobilisé au sein d'un « mouvement des soins de santé primaires » des professionnels et des institutions, des gouvernements et des organisations de la société civile, des chercheurs et des organisations de base qui ont entrepris de s'attaquer aux inégalités en santé « *politiquement, socialement et économiquement inacceptables* »¹ dans tous les pays. La Déclaration d'Alma-Ata affichait clairement ses valeurs : justice sociale et droit à une meilleure santé pour tous, participation et solidarité.¹ On avait le sentiment que ces valeurs ne pourraient progresser qu'au prix de changements fondamentaux dans la manière dont les systèmes de santé fonctionnaient et tiraient parti des potentialités d'autres secteurs.

La traduction de ces valeurs en réformes concrètes s'est faite de manière inégale. Aujourd'hui, cependant, l'équité en matière de santé occupe une place de plus en plus en vue dans les discours des dirigeants politiques et des ministres de la santé,² ainsi que des représentants des pouvoirs locaux, des associations professionnelles et des organisations de la société civile.

Les valeurs des SSP pour atteindre la santé pour tous exigent un système de santé qui « *mette l'individu au centre des soins de santé* ».³ Ce que les gens considèrent comme des modes de vie souhaitables en tant qu'individus et ce qu'ils attendent de leur société – c'est-à-dire ce à quoi ils attachent de la valeur – constituent des paramètres importants pour gouverner le secteur de la santé. Les SSP restent la référence pour les discours sur la santé de la plupart des pays en raison précisément du fait que le mouvement des SSP s'est efforcé de fournir des réponses rationnelles, fondées sur des données factuelles et anticipatives aux besoins de santé et à ces attentes sociales.^{4,5,6,7} Cela passe par des arbitrages qui doivent commencer par tenir compte des « *attentes en matière de santé et de soins de santé* » des citoyens et veiller à ce « *que [leur] voix et leur choix influent de manière décisive sur la manière dont sont conçus et fonctionnent les services de santé* ».⁸ Une récente analyse des soins de santé primaires fait écho à cette perspective en parlant du « *droit de chacun au meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre* » et de « *renforcer au maximum l'équité et la solidarité* » tout en « *répondant aux besoins des populations* ».⁴ Pour

pouvoir tendre vers la santé pour tous, les systèmes de santé doivent relever les défis d'un monde en pleine évolution et répondre aux attentes croissantes de meilleures performances. Cela implique de réorienter et de réformer substantiellement la manière dont fonctionnent les systèmes de santé au sein de la société d'aujourd'hui : ces réformes sont à l'ordre du jour du renouveau des SSP.

Relever les défis d'un monde en pleine évolution

Dans l'ensemble, les populations sont en meilleure santé, plus prospères et vivent plus longtemps qu'il y a 30 ans ; si les enfants continuaient à mourir au même rythme qu'en 1978, on aurait enregistré 16,2 millions de décès d'enfants dans le monde en 2006. Or il y en a eu que 9,5 millions⁹. Cette différence de 6,7 millions représente 18 329 vies d'enfants sauvées chaque jour. La notion jadis révolutionnaire de médicaments essentiels s'est banalisée. Des améliorations significatives sont intervenues en matière d'accès à l'eau, d'assainissement et de soins prénatals.

C'est la preuve que le progrès est possible. On peut aussi l'accélérer. Jamais autant de ressources que maintenant n'ont été disponibles pour la santé. L'économie de la santé mondiale croît plus rapidement que le produit national brut (PNB), puisque sa part est passée de 8 à 8,6 % entre 2000 et 2005 dans le PNB mondial. En termes absolus, à prix constants, cela représente une croissance de 35 % des dépenses mondiales pour la santé sur une période de cinq ans. Les connaissances en matière de santé augmentent rapidement. La révolution technologique accélérée multiplie le potentiel d'amélioration de la santé et d'utilisation de ces connaissances au sein d'une société mondiale mieux éduquée et en voie de modernisation. Un leadership international est en train d'émerger sous l'effet de l'intensification des échanges entre pays, souvent parce qu'ils sont conscients de partager menaces, défis et perspectives, mais aussi sous l'effet d'une solidarité croissante et de l'engagement pris au niveau mondial d'éliminer la pauvreté dont témoignent les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD).

Il existe cependant d'autres tendances qui ne doivent pas être ignorées. D'abord, les progrès substantiels en matière de santé réalisés ces dernières décennies ont été profondément inégaux, améliorant la santé dans une grande partie du monde mais laissant dans le même temps un nombre considérable de pays à la traîne ou même

en régression. De plus, il existe désormais une ample documentation – ce qui n’était pas le cas il y a 30 ans – mettant en évidence des inégalités considérables et souvent croissantes à l’intérieur des pays.

Deuxièmement, la nature des problèmes de santé change d’une manière qui n’avait été prévue que partiellement et à un rythme totalement inattendu. Le vieillissement et les effets d’une urbanisation et d’une mondialisation mal gérées accélèrent la transmission mondiale des maladies contagieuses et accroissent la charge de maladies chroniques et non transmissibles. Le fait que de nombreux individus présentent des symptômes complexes et des maladies multiples est une réalité croissante qui met les services de santé au défi d’assurer une prise en charge des cas plus intégrée et plus complète. Un réseau complexe de facteurs interconnectés est à l’œuvre, impliquant des augmentations graduelles mais durables des revenus et de la population, des changements climatiques, des défis en matière de sécurité alimentaire ainsi que des tensions sociales, tous ces facteurs étant appelés à avoir des répercussions certaines mais largement imprévisibles sur la santé au cours des années à venir.

Troisièmement, les systèmes de santé ne sont pas épargnés par le rythme rapide des changements et transformations qui constituent un élément essentiel de la mondialisation actuelle. Les crises économiques et politiques remettent en question le rôle de l’Etat et des institutions en matière de garantie d’accès, de prestation et de financement. La marchandisation incontrôlée a notamment pour effet d’estomper les frontières entre les acteurs publics et privés, tandis que la négociation des droits est de plus en plus politisée. L’âge de l’information a transformé les relations entre les citoyens, les professionnels et les politiciens.

A bien des égards, les réponses du secteur de la santé à l’évolution du monde ont été inadéquates et naïves. Inadéquates, car elles sont non seulement incapables d’anticiper, mais aussi d’apporter des solutions appropriées : trop souvent avec trop peu, trop tard ou avec trop et pas là où il le faudrait. Naïves, car les carences du système exigent une solution d’ensemble, pas un rafistolage. Les problèmes liés aux ressources humaines dont ont besoin la santé publique et les soins de santé, aux finances, à l’infrastructure ou aux systèmes d’information dépassent invariablement le secteur de la santé proprement dit, vont au-delà d’un seul niveau de responsabilité politique et, de plus

en plus, dépassent les frontières nationales : d’où la nécessité d’une collaboration effective entre les gouvernements et toutes les parties prenantes.

Alors que le secteur de la santé reste massivement sous-financé dans beaucoup trop de pays, les ressources pour la santé ont crû de manière soutenue au cours de la dernière décennie. Les occasions que cette croissance offrent d’introduire des changements structurels et de rendre les systèmes de santé plus efficaces et plus équitables sont souvent manquées. Les processus d’élaboration des politiques mondiales et, de plus en plus, nationales, se concentrent sur quelques questions particulières, différents opérateurs se disputant des ressources limitées, alors que peu d’attention est prêtée aux contraintes sous-jacentes qui freinent le développement des systèmes de santé dans les contextes nationaux. Plutôt que d’améliorer leur capacité d’intervention et d’anticiper les nouveaux défis, les systèmes de santé semblent dériver d’une priorité à court terme à une autre, de plus en plus fragmentés et sans direction claire.

Il est clair aujourd’hui que, livrés à eux-mêmes, les systèmes de santé n’ont pas naturellement tendance à aller dans le sens des objectifs de la santé pour tous par les soins de santé primaires articulés dans la Déclaration d’Alma-Ata. Les systèmes de santé se développent dans des directions qui ne contribuent guère à l’équité et à la justice sociale et qui ne parviennent pas à tirer les meilleurs résultats sanitaires de leurs investissements. Trois tendances particulièrement préoccupantes peuvent être mises en évidence :

- les systèmes de santé qui mettent l’accent de manière disproportionnée sur une offre étroite de soins curatifs spécialisés ;
- les systèmes de santé dans lesquels la lutte contre la maladie, axée sur des résultats à court terme, fragmente la prestation des services ;
- les systèmes de santé dans lesquels un certain laisser-faire en matière de gouvernance a permis l’éclosion d’une marchandisation incontrôlée de la santé.

Ces tendances ne sont pas de nature à permettre la satisfaction complète et équilibrée des besoins sanitaires. Dans un certain nombre de pays, l’accès inéquitable aux soins qui en résulte, de même que l’appauvrissement qu’entraîne leur coût et l’érosion de la confiance qu’inspirent les soins de santé constituent une menace pour la stabilité sociale.

Une aspiration croissante à de meilleures prestations

Le regain de faveur des SSP s'explique par le fait que les décideurs de la santé comprennent de plus en plus qu'ils sont de nature à renforcer la direction et l'unité dans le contexte actuel de fragmentation des systèmes de santé et à constituer une alternative aux expédients actuellement censés guérir les maux du secteur de la santé. On observe aussi une prise de conscience croissante de ce que les prestations sanitaires

conventionnelles, par différents mécanismes et pour différentes raisons, non seulement sont moins efficaces qu'elles pourraient l'être, mais souffrent en plus d'une série d'insuffisances et de contradictions omniprésentes, qui sont résumées dans l'Encadré 1.

L'inadéquation entre les attentes et les prestations constitue une cause de préoccupation pour les autorités sanitaires. Compte tenu du poids économique croissant et de l'importance sociale du secteur de la santé, elle préoccupe également de plus en plus les politiciens : il est révélateur que des questions de santé aient été évoquées plus de 28 fois en moyenne dans chacun des débats tenus à l'occasion des récentes élections primaires aux Etats-Unis d'Amérique.²² Les systèmes de santé ne peuvent pas continuer comme si de rien n'était. Si l'on veut corriger ces insuffisances en matière de performance, les problèmes de santé d'aujourd'hui et de demain exigeront une prise en charge collective renforcée et une responsabilisation guidée par une vision d'ensemble plus claire de la direction suivie et des résultats recherchés.

Tel est précisément ce que souhaitent les populations. A mesure que les sociétés se modernisent, les gens exigent davantage de leurs systèmes de santé, pour eux-mêmes et pour leur famille, ainsi que pour la société dans laquelle ils vivent. Un soutien populaire croissant se manifeste en faveur d'une plus grande équité en santé et pour mettre fin à l'exclusion ; en faveur de services de santé qui soient centrés sur les besoins et attentes de chacun ; en faveur de la sécurité sanitaire pour les collectivités au sein desquelles ils vivent ; ainsi que de la possibilité d'avoir son mot à dire au sujet de tout ce qui touche à sa propre santé et à celle de sa communauté.²³

Ces attentes font écho aux valeurs qui ont présidé à la Déclaration d'Alma-Ata. Elles expliquent la demande actuelle d'un meilleur alignement des systèmes de santé sur ces valeurs et confèrent au mouvement d'aujourd'hui en faveur des SSP un soutien social et politique revigoré dans ses efforts pour réformer les systèmes de santé.

Des composantes du passé aux réformes de l'avenir

Ces attentes de plus en plus grandes et un large appui aux conceptions mises en avant dans les valeurs d'Alma-Ata ne se sont pas toujours traduits par la transformation effective des systèmes de santé. On a connu des circonstances

Encadré 1 Cinq insuffisances courantes dans les prestations sanitaires

Relation inverse en matière de soins. Ceux qui ont le plus de moyens – dont les besoins en soins de santé sont souvent inférieurs – consomment le plus de soins, alors que ceux qui ont le moins de moyens et les plus grands problèmes de santé en consomment le moins.¹⁰ Les dépenses publiques consacrées aux services de santé profitent davantage aux riches qu'aux pauvres,¹¹ que ce soit dans les pays à revenu élevé ou dans ceux dont le revenu est faible.^{12,13}

Soins appauvrissants. Partout où la protection sociale fait défaut et où les usagers doivent payer une grande partie des soins de leur poche, ils peuvent se trouver confrontés à des dépenses catastrophiques. Plus de 100 millions de personnes tombent chaque année dans la pauvreté parce qu'elles doivent payer leurs soins de santé.¹⁴

Soins fragmentés et fragmentaires. La spécialisation excessive des prestataires de soins et l'étroitesse de nombreux programmes de lutte contre les maladies découragent une approche globale des individus et des familles dont ils s'occupent et les empêchent de mesurer la nécessité de la continuité des soins.¹⁵ Les soins de santé destinés aux populations pauvres et marginalisées sont souvent très fragmentés et grossièrement sous-financés,¹⁶ alors même que l'aide au développement accroît souvent cette fragmentation.¹⁷

Soins à risque. Un système mal conçu et incapable d'assurer des normes de sécurité et d'hygiène provoque des taux élevés d'infections nosocomiales, ainsi que des erreurs médicales et d'autres effets néfastes qui constituent une cause sous-estimée de décès et de mauvaise santé.¹⁸

Soins mal ciblés. L'allocation des ressources va essentiellement, à grands frais, aux services curatifs, négligeant la prévention primaire et la promotion de la santé, pourtant susceptibles de permettre une réduction pouvant atteindre 70 % de la charge de morbidité.^{19,20} Dans le même temps le secteur sanitaire ne dispose pas des compétences nécessaires pour atténuer les effets néfastes d'autres secteurs sur la santé et pour tirer le meilleur parti des contributions que ces mêmes secteurs peuvent apporter à la santé.²¹

et des tendances indépendantes du secteur de la santé – comme par exemple les ajustements structurels – sur lesquelles le mouvement des SSP a eu peu d’influence. De plus, le mouvement des SSP a trop souvent simplifié excessivement son message, en en faisant une recette à prétention universelle mal adaptée aux différents contextes et problèmes.²⁴ C’est la raison pour laquelle les autorités nationales et internationales de la santé ont parfois perçu les SSP non pas comme une série de réformes, ce qui était leur intention, mais comme un programme de prestations sanitaires parmi beaucoup d’autres destiné à dispenser des soins au rabais à des populations défavorisées. Le Tableau 1 fait le point sur différentes dimensions des tentatives antérieures de mettre en œuvre les SSP et les compare avec les approches actuelles.

Cette évolution se caractérise notamment par le fait qu’il est désormais reconnu que, pour donner une orientation claire aux systèmes de santé, il est nécessaire de procéder à une série de réformes spécifiques et adaptées aux contextes qui permettent de relever les défis sanitaires d’aujourd’hui et de se préparer pour ceux de demain.

Ces réformes vont bien au-delà de la prestation de services « de base » et transcendent les entités constitutives des systèmes de santé nationaux²⁵ Par exemple, l’alignement des systèmes de santé sur les valeurs qui sont celles des SSP exigera des politiques ambitieuses en matière de ressources humaines. Il serait cependant illusoire de penser qu’elles pourraient être élaborées indépendamment des politiques de financement ou de prestation de services, de la réforme de la

Tableau 1 Comment l’expérience a fait évoluer le mouvement des SSP

TENTATIVES INITIALES DE MISE EN ŒUVRE DES SSP	PRÉOCCUPATIONS ACTUELLES DES RÉFORMES DES SSP
Assurer aux ruraux de condition modeste un accès élargi à un ensemble d’interventions sanitaires et de médicaments essentiels	Transformation et réglementation des systèmes de santé existants, afin d’assurer l’accès universel aux soins et à la sécurité sociale
Accent mis sur la santé de la mère et de l’enfant	Prise en charge de la santé de chacun au sein de la collectivité
Polarisation sur un petit nombre de maladies choisies, surtout infectieuses et aiguës	Réponse d’ensemble aux attentes et aux besoins de la population, couvrant toute la gamme des risques et des maladies
Amélioration de l’hygiène, de l’eau, de l’assainissement et de l’éducation sanitaire au niveau du village	Promotion de modes de vie plus sains et atténuation des effets sanitaires des risques sociaux et environnementaux
Technologie simple destinée à des agents de santé communautaires non professionnels volontaires	Equipes d’agents de santé facilitant l’accès à la technologie et aux médicaments ainsi que leur utilisation appropriée
Participation sous forme de mobilisation des ressources locales et gestion des centres de santé par des comités sanitaires locaux	Participation institutionnalisée de la société civile au dialogue politique et aux mécanismes de responsabilisation
Services financés et dispensés par les gouvernements avec une gestion verticale centralisée	Systèmes de santé pluralistes opérant dans un contexte mondialisé
Gestion de la pénurie croissante et de la diminution des effectifs	Orientation de la croissance des ressources pour la santé vers la couverture universelle
Aide et assistance technique bilatérales	Solidarité mondiale et apprentissage en commun
Soins primaires par opposition à l’hôpital	Soins primaires pour coordonner une action globale à tous les niveaux
Les SSP sont peu coûteux et n’exigent qu’un investissement modeste	Les SSP ne sont pas bon marché : ils exigent un investissement considérable mais ils sont plus rentables que les autres options

fonction publique et des arrangements relatifs à la migration transfrontière des professionnels de la santé.

Simultanément, les réformes des SSP et le mouvement des SSP qui les préconise doivent réagir plus promptement aux changements sociaux et aux attentes croissantes qui vont de pair avec le développement et la modernisation. Partout dans le monde les gens s'expriment de plus en plus à propos de la santé en tant que partie intégrante de leur vie quotidienne et de celle de leur famille, ainsi qu'à propos de la manière dont leur société traite la santé et les soins de santé. Ces exigences doivent être répercutées dans les processus de formulation des politiques et de prise de décision. La réorientation nécessaire des systèmes de santé doit être fondée sur de solides faits scientifiques et sur une gestion rationnelle des incertitudes, mais elle doit aussi tenir compte de ce que les gens attendent de la santé et des soins de santé pour eux-mêmes, pour leur famille et pour la société. Cela nécessite des arbitrages délicats et des négociations avec de nombreux partenaires, en nette rupture avec les modèles linéaires verticaux du passé. Les réformes des SSP aujourd'hui ne sont donc définies avant tout ni par les éléments qui les composent, ni par le choix des interventions de lutte contre les maladies qui doivent être renforcées, mais par la dynamique sociale qui définit le rôle des systèmes de santé dans la société.

Quatre séries de réformes des SSP

Le présent rapport structure les réformes des SSP en quatre groupes qui reflètent la convergence entre les conditions permettant de relever efficacement les défis du monde d'aujourd'hui dans le domaine de la santé, les valeurs d'équité, de solidarité et de justice sociale qui animent le mouvement des SSP et les attentes croissantes de la population dans des sociétés en voie de modernisation (Figure 1) :

- les réformes qui font en sorte que les systèmes de santé contribuent à l'équité, à la justice sociale et à la fin de l'exclusion, essentiellement en tendant vers l'accès universel aux soins et à la sécurité sociale – *réformes de la couverture universelle* ;
- les réformes qui réorganisent les services de santé sous forme de soins de santé primaires, c'est-à-dire autour des besoins et des attentes de la population, afin de les rendre plus pertinents socialement et plus réactifs aux changements du monde tout en produisant de

Figure 1 Les réformes des SSP nécessaires pour réorienter les systèmes de santé vers la santé pour tous



meilleurs résultats – *réformes des prestations de services* ;

- les réformes qui rendent les collectivités plus saines, en combinant les actions de santé publique avec les soins de santé primaires et en menant des politiques publiques saines dans tous les secteurs – *réformes des politiques publiques* ;
- les réformes qui remplacent à la fois la quête disproportionnée de résultats à court terme d'un côté et le laisser-faire du désengagement des pouvoirs publics de l'autre, en introduisant l'autorité dirigeante inclusive, participative, négociatrice qu'appelle la complexité des systèmes de santé contemporains – *réformes du leadership*.

La première de ces quatre séries de réformes vise à réduire l'exclusion et les disparités sociales en matière de santé. Finalement, les déterminants de l'inégalité en matière de santé exigent une réponse sociétale, avec des choix politiques et techniques qui affectent de nombreux secteurs différents. Les inégalités en santé résultent aussi des inégalités en matière de disponibilité, d'accès et de qualité des services, de la charge financière qu'elles imposent aux individus et même des barrières linguistiques, culturelles et fondées sur les différences de sexe qui sont souvent inhérentes

à la manière dont la pratique clinique est mise en œuvre.²⁶

Pour que les systèmes de santé réduisent les inégalités, il faut commencer par rendre les services disponibles à tous, c'est-à-dire qu'il faut combler les lacunes qui existent dans la prestation des services. Les réseaux de services sont beaucoup plus étendus aujourd'hui qu'il y a 30 ans, mais de vastes groupes de population ont été laissés à la traîne. En certains endroits, la guerre et les troubles civils ont détruit l'infrastructure, ailleurs une marchandisation incontrôlée a créé des services mais pas nécessairement ceux qui sont nécessaires. L'insuffisance de l'offre reste une réalité dans de nombreux pays, ce qui fait de l'extension de leurs réseaux de services une préoccupation prioritaire, tout comme c'était le cas il y a 30 ans.

Avec l'amélioration générale de l'offre de services de santé, il est devenu encore plus évident que les obstacles à l'accès constituent un important facteur d'iniquité : le paiement des soins par les usagers, en particulier, les empêche souvent d'accéder aux soins dont ils ont besoin. De plus, lorsque des gens sont tenus de payer pour des soins de santé un prix qui dépasse leurs moyens, un problème de santé peut rapidement les faire plonger dans la pauvreté ou précipiter leur faillite.¹³ C'est la raison pour laquelle l'extension des prestations de services de santé doit aller de pair avec une sécurité sociale basée sur le prépaiement et la répartition plutôt que sur le paiement direct par les usagers. Les réformes visant à assurer une couverture universelle – c'est-à-dire l'accès universel combiné à la sécurité sociale – constituent une condition nécessaire à l'amélioration de l'équité en santé. Comme en témoignent les systèmes qui ont atteint une couverture presque universelle, de telles réformes doivent s'accompagner d'une autre série de mesures visant à atteindre ceux qui ne le sont pas encore, ceux pour qui la disponibilité des services et la sécurité sociale ne suffisent pas à remédier aux conséquences sanitaires de la stratification sociale. De nombreux individus appartenant à ce groupe s'en remettent à des réseaux de soins de santé qui assument la responsabilité de la santé de collectivités entières. C'est ici qu'intervient une deuxième série de réformes, les réformes des prestations de services.

Ces réformes des prestations de services sont censées transformer les prestations sanitaires conventionnelles en soins de santé primaires,

pour optimiser la contribution des services de santé – systèmes de santé locaux, réseaux de soins de santé, districts sanitaires – à la santé et à l'équité tout en répondant aux attentes croissantes que l'on « *mette les gens au coeur des soins de santé, harmonisant l'esprit et le corps, les individus et les systèmes* ». ³ Ces réformes des prestations de services ne constituent qu'une catégorie de réformes des SSP, mais une catégorie si importante qu'elle masque souvent le programme plus vaste des SSP. La confusion qui en résulte est renforcée par la simplification excessive de ce que sont les soins de santé primaires et de ce qui les distingue des prestations sanitaires conventionnelles (Encadré 2).²⁴

Une quantité considérable de données montrent clairement que les soins de santé primaires centrés sur les besoins des populations sont plus efficaces. En dépit de variations dans la terminologie spécifique, leurs caractéristiques (être centrés sur la personne, englober tous les aspects et être intégrés, continuité des soins, et participation des patients, des familles et de la collectivité) sont bien identifiées.^{15,27} Des soins de cette nature ont besoin de services de santé organisés en conséquence, avec des équipes pluridisciplinaires proches des usagers qui soient responsables d'une population définie, qui collaborent avec les services sociaux et d'autres secteurs et qui coordonnent les contributions apportées par les hôpitaux, les spécialistes et les organisations communautaires. La croissance économique récente a apporté de nouvelles ressources à la santé. Ajoutée à la demande croissante de meilleures prestations, cela donne d'excellentes occasions de réorienter les services de santé existants vers les soins de santé primaires – non seulement là où les ressources sont abondantes, mais aussi là où les finances sont limitées et les besoins importants. Dans de nombreux pays à revenu faible ou intermédiaire où la prestation de services est dans une phase d'expansion accélérée, il est désormais possible de tracer une voie qui permette d'éviter de répéter quelques-unes des erreurs que les pays à revenu élevé ont commises dans le passé.

Les soins de santé primaires peuvent faire beaucoup pour améliorer la santé des collectivités, mais ils ne suffisent pas à répondre aux désirs des populations de vivre dans des conditions qui protègent leur santé, assurent l'équité en santé et leur permettent de mener la vie qu'elles souhaiteraient. Les populations attendent

Encadré 2 Ce qui a été considéré comme soins primaires dans des contextes où les ressources sont abondantes a été simplifié excessivement et dangereusement là où les ressources sont limitées

Les soins primaires ont été définis, décrits et étudiés de manière approfondie dans des contextes où les ressources abondent, souvent en faisant référence à des médecins spécialisés en médecine de la famille ou à des généralistes. Ces descriptions fournissent un programme beaucoup plus ambitieux que les recettes de soins primaires intolérablement restrictives et dissuasives qui ont été fourguées aux pays à faible revenu^{27,28} :

- les soins primaires offrent un endroit où les gens peuvent se rendre avec une vaste gamme de problèmes de santé – il n'est pas acceptable que dans les pays à faible revenu les soins primaires ne prennent en charge que quelques « maladies prioritaires » ;
- les soins primaires sont une plaque tournante d'où les patients sont orientés à travers le système de santé – il n'est pas acceptable que, dans les pays à faible revenu, les soins primaires se réduisent à un poste de santé séparé ou à un agent de santé communautaire isolé ;
- les soins primaires facilitent des relations suivies entre patients et cliniciens, les patients participant à la prise de décision concernant leur santé et leurs soins ; ils établissent des ponts entre les soins de santé personnels et les familles et l'entourage des patients – il n'est pas acceptable que, dans les pays à faible revenu, les soins primaires se limitent à une filière de prestation à sens unique pour interventions sanitaires prioritaires ;
- les soins primaires ouvrent des perspectives à la prévention des maladies, à la promotion de la santé, ainsi qu'au dépistage précoce des maladies – il n'est pas acceptable que, dans les pays à faible revenu, les soins primaires se limitent à traiter des maladies courantes ;
- les soins primaires exigent des équipes de professionnels de la santé : des médecins, des infirmières praticiennes et des assistants ayant des compétences biomédicales et sociales spécifiques et pointues – il n'est pas acceptable que, dans les pays à faible revenu, les soins primaires soient synonymes de soins au rabais et de faible technicité destinés aux ruraux de condition modeste qui ne peuvent rien se permettre de mieux ;
- les soins primaires nécessitent des ressources et des investissements qui leur permettent d'être beaucoup plus rentables que les approches concurrentes – il n'est pas acceptable que, dans les pays à faible revenu, les soins primaires doivent être payés directement par les patients sous le prétexte fallacieux qu'ils sont bon marché et que les pauvres devraient avoir les moyens de se les offrir.

de leur gouvernement qu'il mette en place un ensemble de politiques publiques susceptibles de relever les défis sanitaires tels que ceux que lancent l'urbanisation, le changement climatique, la discrimination ou la stratification sociale.

Ces politiques publiques englobent les politiques et programmes techniques qui traitent des problèmes de santé prioritaires. Ces programmes peuvent être conçus pour utiliser, soutenir et stimuler les soins de santé primaires, ou ils peuvent négliger de le faire et, même si c'est involontairement, compromettre les efforts visant à réformer la prestation des services. Les autorités sanitaires ont l'importante responsabilité de prendre les bonnes décisions à cet égard. Les programmes destinés à attaquer des problèmes de santé prioritaires à l'aide des soins de santé primaires doivent être complétés par des interventions de santé publique au niveau national ou international. De telles interventions peuvent offrir des économies d'échelle ; elles peuvent même représenter la seule solution viable à

certaines problèmes. Il est clairement démontré que le fait d'agir sur cette échelle, pour des interventions sélectionnées qui peuvent aller de l'hygiène publique à la prévention des maladies en passant par la promotion de la santé, est susceptible d'apporter une contribution importante à la santé. Or elles sont étonnamment négligées dans tous les pays, indépendamment de leur niveau de revenu. C'est particulièrement visible dans les moments de crise et de menaces aiguës pour la santé publique, lorsqu'une capacité de riposte rapide est essentielle non seulement pour protéger la santé, mais aussi pour maintenir la confiance du public dans le système de santé.

L'élaboration d'une politique publique dépasse cependant la santé publique classique. Réformer les soins de santé primaires et la sécurité sociale passe inévitablement par le choix de politiques en matière de systèmes de santé, que ce soit en matière de médicaments essentiels, de technologie, de ressources humaines et de financement, qui favorisent les réformes visant à promouvoir

l'équité et les soins centrés sur la personne. De plus, il est évident que la santé de la population peut être améliorée au moyen de politiques contrôlées par d'autres secteurs que celui de la santé. Les programmes scolaires, la politique de l'industrie à l'égard de l'égalité entre hommes et femmes, la salubrité des aliments et des biens de consommation ou le transport des déchets toxiques sont autant d'éléments qui peuvent influencer profondément voire déterminer la santé de populations entières, pour le meilleur ou pour le pire, selon les choix qui sont faits. Des efforts résolus pour susciter une collaboration intersectorielle permettent d'accorder la considération voulue à « la santé dans toutes les politiques »²⁹ afin de faire en sorte qu'à côté des buts et objectifs d'autres secteurs, les effets sanitaires jouent un rôle dans les décisions en matière de santé publique.

Pour mettre en œuvre de telles réformes dans l'environnement extraordinairement complexe du secteur de la santé, il sera nécessaire de réinvestir dans les pouvoirs publics en recherchant des modèles de collaboration et de dialogue avec de nombreuses parties intéressées – car c'est ce qu'attendent les populations et c'est ce qui fonctionne le mieux. Les autorités sanitaires peuvent beaucoup mieux formuler et mettre en œuvre des réformes des SSP adaptées aux conditions et contraintes nationales spécifiques si la mobilisation en faveur des SSP tire les leçons des succès et des échecs passés. La gouvernance de la santé constitue un défi majeur pour les ministres de la santé et les autres institutions, gouvernementales et non gouvernementales, qui jouent un rôle moteur en matière de santé. Ils ne peuvent plus se contenter d'administrer simplement le système : ils doivent devenir des organisations en apprentissage. Cela exige une direction largement ouverte qui traite avec des partenaires divers et variés au-delà des limites du secteur public, des cliniciens à la société civile en passant par les collectivités locales, les chercheurs et le monde académique. Les domaines stratégiques dans lesquels il s'agit d'investir pour améliorer la capacité des autorités sanitaires à mener les réformes des SSP sont notamment ceux qui consistent à rendre l'information sanitaire indispensable à la réforme ; à tirer parti des innovations dans le secteur de la santé et des dynamiques associées dans toutes les sociétés ; et à renforcer les capacités par l'échange d'expériences avec d'autres – à l'intérieur et hors des frontières.

Saisir les occasions

Ces quatre séries de réformes des SSP sont fondées sur des valeurs partagées qui bénéficient d'un large appui et sur des défis qui sont communs dans un monde globalisé. Pourtant, les réalités profondément différentes de chacun des pays doivent inspirer la manière dont elles sont mises en œuvre. La couverture universelle, la prestation des soins, les réformes en matière de politique publique et de leadership ne sauraient être mis en œuvre de manière stéréotypée.

Dans les économies où les dépenses de santé sont élevées, ce qui est le cas de la plupart des pays à haut revenu, il existe de vastes disponibilités financières pour accélérer la transition des soins tertiaires vers les soins de santé primaires, créer un environnement politique plus sain et compléter un système de couverture universelle bien établi par des mesures ciblées visant à réduire l'exclusion. Dans un grand nombre de pays dont l'économie de la santé connaît une croissance rapide – où vivent 3 milliards de personnes –, cette même croissance offre une occasion de baser les systèmes de santé sur des soins de santé primaires de bonne qualité et sur les principes de la couverture universelle à un stade où elle est en pleine expansion, en évitant les erreurs par omission, telles que celle qui consiste à ne pas investir dans les politiques de santé publique, et par commission, telles que celle qui consiste à investir de manière disproportionnée dans les soins tertiaires, qui ont caractérisé les systèmes de santé des pays à revenu élevé dans un passé récent. Il faut reconnaître que ce défi paraît plus difficile à relever pour les 2 milliards d'habitants des pays d'Afrique et d'Asie du Sud-est dont l'économie de la santé connaît une croissance faible, ainsi que pour les 500 millions d'autres qui vivent dans des Etats fragiles. Pourtant, même là, on observe des signes de croissance – et la perspective manifeste de l'accélérer par d'autres moyens qu'en s'en remettant de manière illusoire au paiement direct par les patients des soins qui leur sont prodigués –, ce qui offre des possibilités d'étendre les systèmes et services de santé. En effet, moins encore que d'autres pays, ils ne peuvent pas se permettre de ne pas opter pour les SSP et, comme ailleurs, ils peuvent commencer à le faire immédiatement.

L'environnement international actuel est favorable au renouveau des SSP. La santé mondiale est l'objet d'une attention sans précédent, avec un intérêt accru pour l'unité d'action, une

aspiration plus grande à des soins globaux et universels – que ce soit de la part des personnes vivant avec le VIH et de celles qui sont en charge de dispenser traitements et soins, des ministres de la santé ou du Groupe des Huit (G8) – ainsi qu’une prolifération de mécanismes mondiaux de financement novateurs et relevant de la solidarité internationale. On observe les signes clairs et bienvenus d’un désir de travailler ensemble à la construction de systèmes de santé viables plutôt que de s’en remettre à des approches fragmentées et parcellaires.³⁰

Il y a dans le même temps une perspective de renforcement des investissements nationaux dans la revitalisation des systèmes de santé autour des valeurs des SSP. La croissance du PIB – que l’on sait vulnérable au ralentissement économique, aux crises énergétiques et alimentaires et au réchauffement de la planète – alimente les dépenses de santé partout dans le monde, à l’exception notable des états fragiles. Tirer parti de cette croissance économique permettrait de procéder aux réformes nécessaires des SSP qui n’étaient pas réalisables dans les années 1980 et 1990. Seule une fraction des dépenses de santé actuelles sert à corriger les dysfonctionnements courants des systèmes de santé ou à surmonter les blocages qui font obstacle à la prestation des services, mais le potentiel existe et il croît rapidement.

La solidarité mondiale et l’aide resteront importantes pour compléter et soutenir les efforts des pays dont les progrès sont lents, mais elles deviendront intrinsèquement moins importantes que les échanges, l’apprentissage commun et la gouvernance globale. Cette transition a déjà eu lieu dans la plupart des pays du monde : la plupart des pays en développement ne dépendent *pas* de l’aide. La coopération internationale peut accélérer la conversion des systèmes de santé dans le monde, notamment par une meilleure canalisation de l’aide, mais des progrès réels seront le fruit d’une meilleure gouvernance de la santé dans les pays, quel que soit leur niveau de revenu.

Les autorités sanitaires et les dirigeants politiques se sentent mal à l’aise face aux tendances actuelles en matière de développement des systèmes de santé et à la nécessité évidente de les adapter aux nouveaux défis sanitaires, aux

nouvelles exigences et aux attentes croissantes des usagers. D’où l’occasion qui se présente actuellement de réformer les SSP. La frustration des populations et le besoin pressant de soins de santé différents et plus équitables ainsi que d’une meilleure protection sanitaire de la société augmentent sans cesse : jamais auparavant on avait tant attendu que les autorités de la santé, et plus particulièrement les ministères de la santé, fassent quelque chose dans ce domaine.

Profiter de cet élan pour investir dans les réformes des SSP peut permettre d’accélérer la transformation des systèmes de santé pour que leurs résultats soient meilleurs et plus équitablement répartis. Le monde dispose d’une meilleure technologie et d’une meilleure information qui lui permettent de tirer le plus grand profit possible de la transformation du fonctionnement des systèmes de santé. La participation croissante de la société civile à la santé et une réflexion globale collective efficace (par exemple en matière de médicaments essentiels) renforcent encore les chances de succès.

Au cours de la dernière décennie, la communauté mondiale a commencé à s’attaquer à la pauvreté et aux inégalités dans le monde d’une manière beaucoup plus systématique – en fixant les OMD et en mettant la question des inégalités au cœur de l’élaboration des politiques sociales. La santé a constamment été une préoccupation essentielle et étroitement interconnectée. Cela offre de nouvelles possibilités de rendre l’action sanitaire plus efficace. Cela crée aussi les conditions sociales nécessaires à la conclusion d’alliances étroites au-delà du secteur de la santé. L’action intersectorielle fait donc son retour au centre de la scène. Nombreuses sont parmi les autorités sanitaires d’aujourd’hui celles qui ne considèrent plus que leur responsabilité en matière de santé se limite à assurer la survie et la lutte contre les maladies mais la perçoivent comme l’une des capacités essentielles auxquelles les populations et les sociétés prêtent de la valeur.³¹ La légitimité des autorités sanitaires dépend de plus en plus de la manière dont elles assument la responsabilité de développer et de réformer le secteur de la santé en fonction des aspirations de la population en matière de santé et de ce que la société peut attendre des systèmes de santé.

Références

1. *Les soins de santé primaires : rapport de la Conférence internationale sur les soins de santé primaires, Alma-Ata (URSS), 6–12 septembre 1978. Rapport coparrainé par l'Organisation mondiale de la Santé et le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1978 (Série Santé pour tous, No. 1).
2. Dahlgren G, Whitehead M. *Levelling up (part 2): a discussion paper on European strategies for tackling social inequities in health.* Copenhague, Bureau régional OMS de l'Europe, 2006 (Studies on social and economic determinants of population health No. 3).
3. Bureau régional OMS de l'Asie du Sud-Est et Bureau régional OMS du Pacifique occidental. *People at the centre of health care: harmonizing mind and body, people and systems.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2007.
4. *Renewing primary health care in the Americas: a position paper of the Pan American Health Organization.* Washington, DC, Organisation panaméricaine de la Santé, 2007.
5. Saltman R, Rico A, Boerma W. *Primary health care in the driver's seat: organizational reform in European primary care.* Maidenhead, England, Open University Press, 2006 (European Observatory on Health Systems and Policies Series).
6. *Report on the review of primary care in the African Region.* Brazzaville, Bureau régional OMS de l'Afrique, 2003.
7. *Conférence internationale d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires : vingt-cinquième anniversaire.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003 (Cinquante-Sixième Assemblée mondiale de la Santé, Genève, 19-28 mai 2003, WHA56.6, Point 14.18 de l'ordre du jour).
8. *The Ljubljana Charter on Reforming Health Care, 1996.* Copenhague, Bureau régional OMS de l'Europe, 1996.
9. *Statistiques sanitaires mondiales 2008,* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2008.
10. Hart T. The inverse care law. *Lancet*, 1971, 1: 405-412.
11. *World development report 2004: making services work for poor people.* Washington DC, The World Bank, 2003.
12. Filmer D. *The incidence of public expenditures on health and education.* Washington DC, The World Bank, 2003 (background note for *World development report 2004: making services work for poor people*).
13. Hanratty B, Zhang T, Whitehead M. How close have universal health systems come to achieving equity in use of curative services? A systematic review. *International Journal of Health Services*, 2007, 37: 89-109.
14. Xu K et al. Protecting households from catastrophic health expenditures. *Health Affairs*, 2007, 6: 972–983.
15. Starfield B. Policy relevant determinants of health: an international perspective. *Health Policy*, 2002, 60: 201-218.
16. Moore G, Showstack J. Primary care medicine in crisis: towards reconstruction and renewal. *Annals of Internal Medicine*, 2003, 138:244-247.
17. Shiffman J. Has donor prioritization of HIV/AIDS displaced aid for other health issues? *Health Policy and Planning*, 2008, 23:95-100.
18. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS eds. *To err is human: building a safer health system.* Washington, DC, National Academy Press, Committee on Quality of Care in America, Institut of Medicine, 1999.
19. Fries JF et al. Reducing health care costs by reducing the need and demand for medical services. *New England Journal of Medicine*, 1993, 329:321-325.
20. *Le Rapport sur la santé dans le monde, 2002 – Réduire les risques et promouvoir une vie saine.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2002.
21. Sindall C. Intersectoral collaboration: the best of times, the worst of times. *Health Promotion International*, 1997, 12(1):5-6.
22. Stevenson D. Planning for the future – long term care and the 2008 election. *New England Journal of Medicine*, 2008, 358:19.
23. Blendon RJ et al. Inequities in health care: a five-country survey. *Health Affairs*, 2002, 21:182–191.
24. Tarimo E, Webster EG. *Primary health care concepts and challenges in a changing world: Alma-Ata revisited.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1997 (Current concerns ARA paper No. 7).
25. *Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2007.
26. Dans A et al. Assessing equity in clinical practice guidelines. *Journal of Clinical Epidemiology*, 2007, 60: 540-546.
27. *Primary care. America's health in a new era.* Washington, DC, National Academy Press, Institute of Medicine, 1996.
28. Starfield B. *Primary care: balancing health needs, services, and technology.* New York, Oxford University Press, 1998.
29. Ståhl T et al, eds. *Health in all policies. Prospects and potentials.* Oslo, Ministry of Social Affairs and Health, 2006).
30. *The Paris declaration on aid effectiveness: ownership, harmonisation, alignment, results and mutual accountability.* Paris, Organisation de Coopération et de Développement économiques, 2005.
31. Nussbaum MC, Sen A, eds. *The quality of life.* Oxford, Clarendon Press, 1993.



Les enjeux d'un monde en évolution



Le présent chapitre explique dans quel contexte s'opère le renouveau actuel des soins de santé primaires. Après une analyse des enjeux actuels qui se posent au plan de la santé en général et des systèmes de santé en particulier, le chapitre se poursuit par la description d'un certain nombre d'attentes sociales largement partagées et qui déterminent les modifications les plus importantes à apporter aux systèmes de santé dans le monde d'aujourd'hui. Après avoir montré comment de nombreux pays sont parvenus à réaliser d'importants progrès sur le plan sanitaire au cours des dernières décennies, les auteurs rappellent que ces avancées n'ont pas bénéficié à tous de la même manière. Les disparités sanitaires entre pays et entre les différents groupes sociaux d'un même pays se sont aggravées. Les changements sociaux, géographiques et épidémiologiques qu'engendrent la mondialisation, l'urbanisation et le vieillissement des populations suscitent des problèmes d'une ampleur qu'on ne soupçonnait pas il y a une trentaine d'années.

Chapitre I

A croissance inégale, résultats inégaux	2
S'adapter aux nouveaux enjeux de santé	7
Des tendances qui mettent à mal la réaction des systèmes de santé	11
Evolution des valeurs et nouvelles attentes	15
Les réformes touchant les SSP : suscitées par la demande	19

Ce que font valoir les auteurs, c'est qu'en général, face à ces problèmes, la réaction du secteur sanitaire et plus généralement de la société, a été lente et inadaptée. Cet état de choses est révélateur, à la fois d'une inaptitude à mobiliser les ressources et les institutions nécessaires pour faire évoluer le secteur de la santé dans le sens des valeurs exprimées par les soins de santé primaires, et d'une incapacité à contrer ou tout du moins à infléchir sensiblement les forces qui tendent à donner une orientation différente à ce secteur, à savoir : la priorité excessive accordée aux soins spécialisés en milieu hospitalier, la fragmentation des systèmes de santé et la prolifération des systèmes de soins dérégulés à but commercial. Ces puissantes tendances ont paradoxalement pour effet d'éloigner les systèmes de santé des attentes de la population en matière de santé et de soins. Lorsqu'ils ont été consacrés par la Déclaration d'Alma-Ata, les principes qui mettaient en avant l'équité en matière de santé, les soins centrés sur la personne et le rôle central dévolu aux communautés dans l'action sanitaire, on les a jugés radicaux. Pourtant la recherche en sciences sociales indique aujourd'hui que ces valeurs s'inscrivent peu à peu dans le courant de pensée dominant des sociétés en voie de modernisation : elles correspondent à l'idée que les gens se font de la santé et de ce qu'ils attendent de leur système de santé. Les nouvelles attentes sociales en matière de santé et de soins de santé doivent donc être considérées comme l'un des principaux moteurs de la réforme en faveur des SSP.

A croissance inégale, résultats inégaux

Une vie plus longue et en meilleure santé, mais pas partout

Vers la fin des années 1970, les membres des professions de santé n'étaient qu'une poignée dans le Sultanat d'Oman. Il fallait jusqu'à quatre jours de voyage pour se rendre à l'hôpital et tout cela, pour faire la queue comme des centaines d'autres malades en attendant d'être vu par l'un des rares médecins (expatriés). Tout a changé en moins d'une génération.¹ Oman n'a cessé d'investir dans son service national de santé et cet investissement n'a pas faibli au cours du temps. Il existe maintenant un réseau dense constitué de 180 établissements locaux, districaux et régionaux de santé, dont l'effectif dépasse 5000 agents et qui offre aux 2,2 millions de citoyens omanais un accès quasiment universel aux soins, la couverture sanitaire étant désormais étendue aux

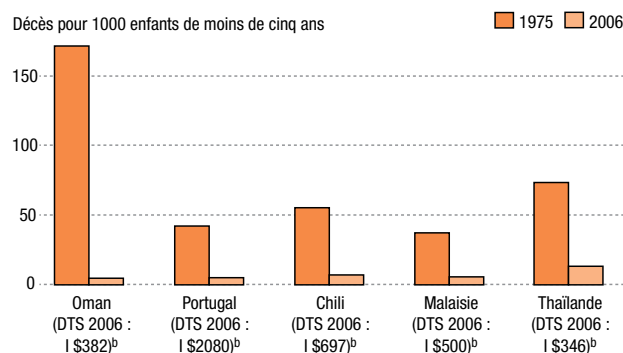
résidents d'origine étrangère.² Plus de 98 % des accouchements sont désormais assistés par un personnel qualifié et plus de 98 % des nourrissons sont intégralement vaccinés. L'espérance de vie à la naissance, qui était inférieure à 60 ans vers la fin des années 1970, dépasse aujourd'hui 74 ans. Le taux de mortalité des moins de cinq ans a reculé dans la proportion incroyable de 94 %.³

Dans chaque Région (sauf celle de l'Afrique) il y a des pays où le taux de mortalité est désormais inférieur à moins du cinquième de ce qu'il était il y a 30 ans. Le Chili,⁴ la Malaisie,⁵ le Portugal⁶ et la Thaïlande⁷ en sont les meilleurs exemples (Figure 1.1). Ces résultats sont liés au développement des réseaux de soins et à leur meilleure accessibilité, ce qu'a rendu possible une volonté politique sans faille et une croissance économique qui ont permis à ces pays de tenir leurs engagements en assurant la pérennité des investissements dans le secteur sanitaire (Encadré 1.1).

Globalement, les progrès réalisés dans l'ensemble du monde sont considérables. Si le taux de mortalité juvénile-infantile était encore égal à celui de 1978, on aurait eu 16,2 millions d'enfants décédés en 2006. En fait, il n'y a eu cette année-là que 9,5 millions de décès.¹² Cette différence de 6,7 millions correspond à 18 329 vies sauvées chaque jour.

Toutefois ces chiffres dissimulent d'importantes variations d'un pays à l'autre. Depuis 1975, le recul du taux de mortalité des moins de cinq ans a été beaucoup plus lent dans l'ensemble des pays à faible revenu que dans les pays riches.¹³ À l'exception de l'Erythrée et de la Mongolie, aucun des pays à faible revenu n'a réduit à ce jour son taux de mortalité des moins de cinq ans dans une proportion

Figure 1.1 Quelques-uns des meilleurs résultats obtenus par les pays qui ont réduit la mortalité des moins de cinq ans d'au moins 80 % par Région, au cours de la période 1975–2006^{a,*}



^a Aucun pays de la Région africaine n'a obtenu une réduction de 80 %.

^b Dépenses totales de santé par habitant, 2006, en dollars internationaux.

* La valeur en dollars internationaux (\$) est obtenue en divisant l'unité monétaire locale par une estimation de sa parité de pouvoir d'achat par rapport au dollar des États-Unis.

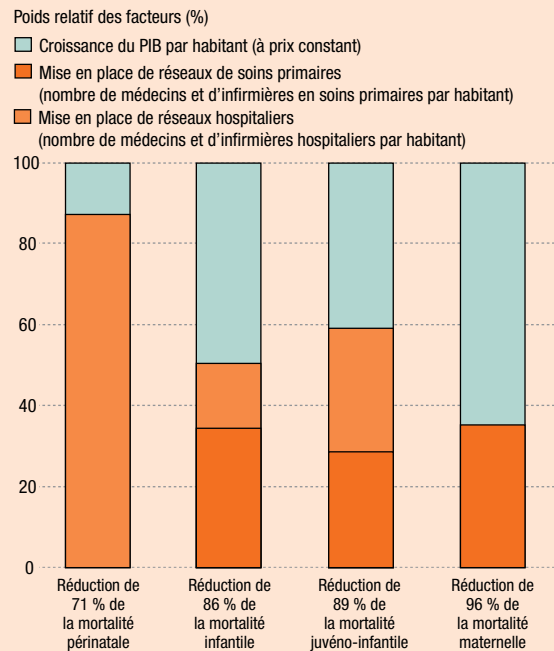
Encadré 1.1 Développement économique et choix d'investissement dans les soins de santé : l'amélioration des principaux indicateurs sanitaires au Portugal

À la suite de la révolution qui a instauré la démocratie au Portugal, le droit à la santé a été reconnu dans la Constitution de 1976. Les pressions politiques qui se sont manifestées en vue de réduire les fortes inégalités qui existaient dans le pays sur le plan sanitaire, ont conduit à la création d'un système national de santé financé par l'impôt et complété par des systèmes d'assurance publics et privés ainsi que par une participation financière des usagers.^{8,9} Ce système a été définitivement mis en place entre 1979 et 1983 et organisé explicitement selon les principes des soins de santé primaires : un réseau de soins constitué de généralistes et d'infirmières a été progressivement étendu à l'ensemble du territoire. Pour pouvoir bénéficier des prestations du système national de santé, les patients doivent s'inscrire auprès du généraliste d'un centre de santé qui constitue le premier point de contact. Le Portugal estime que ce réseau constitue son plus grand succès eu égard à l'amélioration de l'accessibilité aux soins et aux avancées obtenues sur le plan sanitaire.⁶

L'espérance de vie à la naissance est aujourd'hui de 9,2 années supérieure à ce qu'elle était il y a 30 ans, le PIB ayant doublé depuis cette époque. En ce qui concerne la réduction de la mortalité dans les diverses classes d'âge, le Portugal est l'un des pays du monde qui s'est montré le plus régulièrement performant au cours des 30 dernières années, parvenant par exemple à réduire tous les huit ans de moitié son taux de mortalité infantile. Ces résultats ont permis de rapprocher très sensiblement l'état de santé de la population portugaise de celui de la population des autres pays de la Région.¹⁰

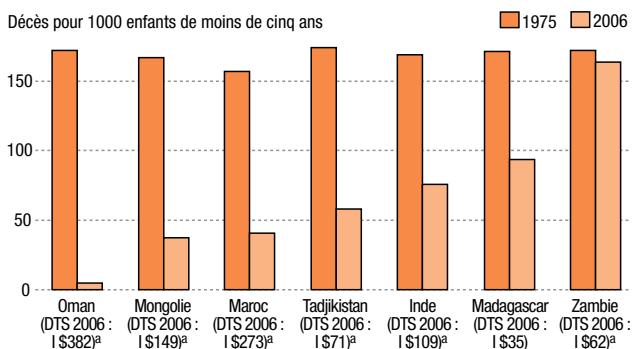
L'analyse multivariée des séries chronologiques de divers indices de mortalité depuis 1960 montre que la décision de faire reposer la politique sanitaire du Portugal sur les principes des SSP, avec la mise en place d'un réseau de services complets de soins primaires,¹¹ a joué un rôle majeur dans la réduction de la mortalité maternelle et juvénile-infantile, la réduction de la mortalité périnatale étant liée au développement du réseau hospitalier. Le rôle relatif de la mise en place des soins primaires, du développement des réseaux hospitaliers et de la croissance économique dans l'amélioration des indices de mortalité depuis 1960 est illustré dans la Figure 1.2.

Figure 1.2 Les facteurs qui expliquent la réduction de la mortalité au Portugal, 1960–2008



atteignant 70 %. Les pays qui constituent actuellement la catégorie des pays à revenu intermédiaire s'en sont mieux tirés, mais comme le montre la Figure 1.3, la progression est plutôt inégale. Dans

Figure 1.3 Variabilité des progrès dans la réduction de la mortalité des moins de 5 ans, en 1975 et 2006, dans quelques pays ayant des taux similaires en 1975^a



certains pays, les améliorations ont été importantes et ces pays sont bien partis pour atteindre les OMD en matière de santé. D'autres, notamment dans la Région de l'Afrique, ont stagné ou même perdu du terrain.¹⁴ Dans l'ensemble du monde, 20 des 25 pays où la mortalité des moins de cinq ans se situe encore aux deux tiers ou plus du chiffre de 1975, appartiennent à l'Afrique subsaharienne. La lenteur de cette évolution est liée à une progression décevante dans l'accessibilité des soins de santé. Malgré une récente amélioration, la couverture vaccinale en Afrique subsaharienne demeure sensiblement inférieure à ce qu'elle est dans le reste du monde.¹⁴ La prévalence actuelle des pratiques contraceptives ne dépasse pas 21 %, alors que dans les autres régions du monde en développement, la progression a été sensible au cours des 30 dernières années et atteint aujourd'hui 61 %.^{15,16} Le développement des pratiques contraceptives s'est

accompagné partout d'un recul du taux d'avortement. Toutefois, en Afrique subsaharienne, le nombre d'avortements a augmenté en valeur absolue et ceux-ci sont presque toujours pratiqués dans de mauvaises conditions de sécurité.¹⁷ Les problèmes persistent en ce qui concerne les soins obstétricaux et néonatalogiques : dans 33 pays, moins de la moitié des accouchements annuels sont assistés par un personnel sanitaire qualifié et dans un pays, la couverture ne dépasse même pas 6 %.¹⁴ L'Afrique subsaharienne est également la seule région du monde dans laquelle l'accès à une assistance qualifiée lors de l'accouchement ne progresse pas.¹⁸

À l'image des tendances générales concernant la survie des enfants, les tendances mondiales de l'espérance de vie révèlent partout dans le monde une augmentation de près de huit ans entre 1950 et 1978, et de sept années de plus depuis lors : ce résultat témoigne de la croissance du revenu moyen par habitant. Comme dans le cas de la survie des enfants, l'accroissement des inégalités en matière de revenu (le revenu croît plus vite dans les pays à revenu élevé que dans les pays à faible revenu) se traduit par des disparités croissantes entre ceux qui sont les plus gâtés sur le plan sanitaire et ceux qui le sont moins.¹⁹ Entre le milieu des années 1970 et 2005, le différentiel d'espérance de vie entre les pays à revenu élevé et les pays de l'Afrique subsaharienne ou les Etats fragiles, s'est accru respectivement de 3,8 et 2,1 années.

La relation incontestable qui existe entre santé et richesse, comme le résume la courbe classique de Preston (Figure 1.4), doit être relativisée.²⁰

En premier lieu, la courbe de Preston continue à se déplacer.¹² En 1975, un revenu par habitant de I \$1000 correspondait à une espérance de vie de 48,8 ans. En 2005, l'espérance de vie était près de quatre ans plus élevée pour le même revenu. Il en ressort que l'amélioration de la nutrition, du niveau d'instruction,²¹ des technologies sanitaires,²² de la capacité des institutions à obtenir et à utiliser des informations, et de l'aptitude de la société à mettre ces connaissances au service d'une action sanitaire et sociale efficace,²³ permettent d'obtenir un meilleur état de santé pour un même niveau de richesse.

En second lieu, ce qu'ont pu obtenir les différents pays avec un même niveau de revenu est très variable et cela vaut notamment pour les pays les plus pauvres. Par exemple l'espérance de vie en Côte d'Ivoire (PIB par habitant, I \$1465) est de près de 17 ans plus faible qu'au Népal (PIB par habitant, I \$1379) et entre Madagascar et la Zambie, la différence est de 18 ans. La présence

de pays avec de bons résultats dans chaque strate de revenu montre que le niveau effectif du revenu par habitant à un moment donné ne constitue pas le facteur limitant absolu que semble indiquer la courbe.

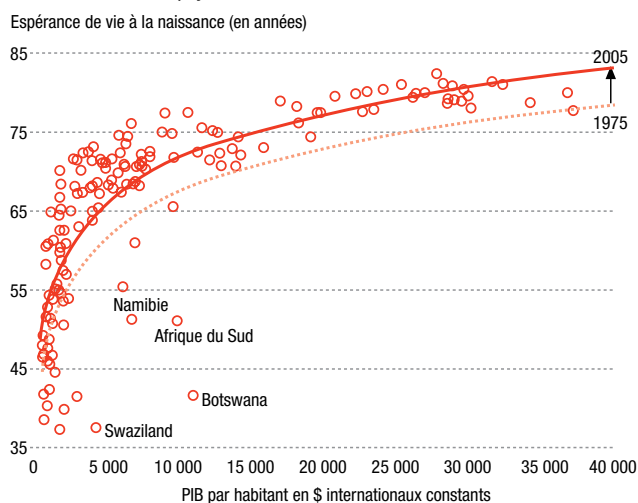
Croissance et stagnation

Au cours des 30 dernières années, on a eu trois types distincts de relation entre la croissance économique et l'espérance de vie à la naissance (Figure 1.5).

En 1978, près des deux tiers de la population mondiale résidaient dans des pays qui continuaient à connaître une augmentation d'espérance de vie à la naissance et une croissance économique très importante. C'est dans un certain nombre de pays à faible revenu d'Asie (y compris l'Inde), d'Amérique latine et d'Afrique du Nord, comptant un total de 1,1 milliard d'habitants il y a 30 ans et près de 2 milliards aujourd'hui que la progression relative a été la plus impressionnante. Ces pays ont vu leur espérance de vie à la naissance augmenter de 12 ans pendant que leur PIB par habitant était multiplié par 2,6. Les pays à revenu élevé et ceux dont le PIB se situait entre I \$3000 et 10 000 en 1975 ont également connu une augmentation sensible de leur croissance économique et de leur espérance de vie.

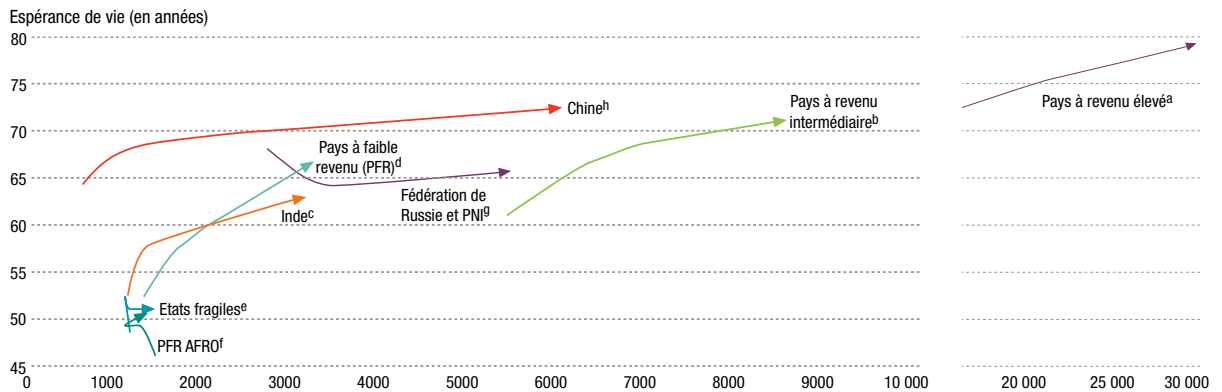
Dans d'autres régions du monde, la croissance du PIB ne s'est pas accompagnée d'une progression similaire de l'espérance de vie. Les Etats nouvellement indépendants de l'Europe de l'Est ont vu leur PIB par habitant augmenter notablement en moyenne, mais avec l'appauvrissement général

Figure 1.4 PIB par habitant et espérance de vie à la naissance dans 169 pays^a en 1975 et 2005



^a Seuls les pays présentant des valeurs

Figure 1.5 Tendances du PIB par habitant et de l'espérance de vie à la naissance dans 133 pays regroupés en fonction de la valeur de leur PIB en 1975, 1975–2005*



a 27 pays, 766 millions (M) d'habitants en 1975, 953 M en 2005.
 b 43 pays, 587 M d'habitants en 1975, 986 M en 2005.
 c Inde, 621 M d'habitants en 1975, 1103 M en 2005.
 d 17 pays à faible revenu, non africains, à l'exclusion des pays en difficulté, 471 M d'habitants en 1975, 872 M en 2005.
 e 20 États fragiles, 169 M d'habitants en 1975, 374 M en 2005.
 f 13 pays africains à faible revenu, à l'exclusion des pays en difficulté, 71 M d'habitants en 1975, 872 M en 2005.
 g 11 pays nouvellement indépendants, 186 M d'habitants en 1985, 204 M en 2005.
 h Chine, 928 M d'habitants en 1975, 1316 M en 2005.

* Pas de donnée pour 1975 concernant les pays nouvellement indépendants. Aucune donnée historique pour les autres pays.
 Sources : Espérance de vie, 1975, 1985 : Nations Unies, Perspectives démographiques mondiales 2006 ; 1995, 2005 : OMS, 9 novembre 2008 (version préliminaire) ; Chine : 3^e, 4^e et 5^e recensement national, 1981, 1990 et 2000. PIB : 2007.

qui a accompagné leur sortie de l'ancienne Union Soviétique, l'espérance de vie des femmes a stagné à partir de la fin des années 1980 et celle des hommes s'est effondrée, notamment chez ceux qui n'avaient ni formation, ni sécurité d'emploi.^{24,25} Après une période de stagnation technologique et organisationnelle, le système de santé a imploré.¹² Les dépenses publiques de santé ont reculé au cours des années 1990 pour descendre à un niveau tel qu'il est devenu pratiquement impossible dans plusieurs pays d'assurer le fonctionnement d'un système de santé minimum. L'adoption de modes de vie malsains s'ajoutant au délitement des programmes de santé publique, de même que la dérégulation des services cliniques transformés en entreprises commerciales alors que les systèmes de protection avaient disparu, sont autant de facteurs qui ont réduit à néant les avancées consécutives à l'augmentation du PIB moyen.²⁶ Avant 1980, la Chine avait déjà notablement accru son espérance de vie, dépassant en cela largement les autres pays à faible revenu au cours des années 1970, malgré la famine de 1961-1963 et la révolution culturelle de 1966-1976. La contribution à cet état de choses des soins primaires en milieu rural et du système d'assurance-maladie en milieu urbain est bien documentée.^{27,28} Toutefois, si avec les réformes économiques du début des années 1980, le PIB moyen par habitant s'est accru de manière spectaculaire, l'accès aux soins et à la protection sociale a fléchi, en particulier en

milieu rural. Les améliorations ont été ramenées à un rythme modeste, ce qui incite à penser que seule l'amélioration des conditions de vie liée à cette croissance économique spectaculaire a permis d'éviter que l'espérance de vie moyenne ne régresse.²⁹

Enfin, il y a une série de pays à faible revenu qui représentent environ 10 % de la population mondiale et où le PIB et l'espérance de vie ont tous deux stagné.³⁰ Il s'agit des pays qui sont considérés comme des « États fragiles » selon les critères LICUS pour 2003-2006³¹ (« pays à faible revenu en difficulté »). La population de ces pays réside en Afrique dans une proportion qui atteint 66 %. La mauvaise gouvernance et des conflits intérieurs interminables sont le lot de ces pays qui doivent tous faire face aux mêmes obstacles : faible niveau de sécurité, fracture sociale, corruption, disparition de l'état de droit et absence de mécanismes permettant de restaurer le pouvoir et l'autorité légitimes.³² Ils ont accumulé un retard considérable en matière d'investissements et ne disposent que de ressources publiques limitées pour faire face aux besoins en la matière. Dans la moitié d'entre eux, le PIB a baissé au cours de la période 1995-2004 (dans tous les autres, la croissance est restée inférieure à la croissance moyenne des pays à faible revenu), alors que leur dette extérieure était supérieure à la moyenne.³³ Ces pays étaient au nombre de ceux où l'espérance de vie à la naissance était la plus faible en 1975 et

où elle ne s'est accrue depuis lors que dans une proportion minime. Les autres pays d'Afrique à faible revenu partagent à bien des égards les caractéristiques de ces Etats fragiles et sont dans une situation similaire – de fait, nombre d'entre eux ont connu de longues périodes de troubles au cours des 30 dernières années qui les auraient fait classer parmi les Etats fragiles si les critères LICUS avaient existé à l'époque. Leur croissance économique est restée très limitée, de même que la progression de leur espérance de vie, notamment en raison de la présence, dans ce groupe, d'un certain nombre de pays d'Afrique australe qui ont été touchés de façon disproportionnée par la pandémie de VIH/sida. En moyenne, ces derniers ont connu une certaine croissance économique depuis 1975, mais un recul marqué quant à l'espérance de vie.

Pendant la plus grande partie des trois dernières décennies, il y a eu une ressemblance frappante entre les Etats fragiles et les pays de l'Afrique subsaharienne qui les distingue d'un certain nombre d'autres dont le PIB par habitant était inférieur à 1 \$3000 en 1975, à savoir le fait

d'avoir connu une stagnation de la croissance économique associée à une instabilité politique et à l'absence de progression de l'espérance de vie. Ces pays accumulent un certain nombre de caractéristiques qui font obstacle à l'amélioration de la santé. La formation, notamment celle des femmes, y progresse plus lentement, de même que l'accès aux moyens modernes de communication et à des activités professionnelles nécessitant un niveau élevé de connaissances, lesquelles, partout ailleurs, tendent à développer les capacités intellectuelles de la population. Leur population est plus exposée et plus vulnérable aux menaces qui pèsent sur la santé, qu'elles soient d'origine environnementale ou, comme c'est le cas avec la mondialisation actuelle, qu'elles tiennent à des modes de vie dangereux comme le tabagisme, l'obésité ou la violence urbaine. Elle ne jouit pas de la sécurité matérielle qui lui permettrait d'investir dans sa propre santé et les gouvernements n'ont ni les ressources nécessaires, ni la volonté politique d'investir dans le secteur public. Les pays sont exposés à un risque beaucoup plus important de conflits armés et de troubles sociaux que les

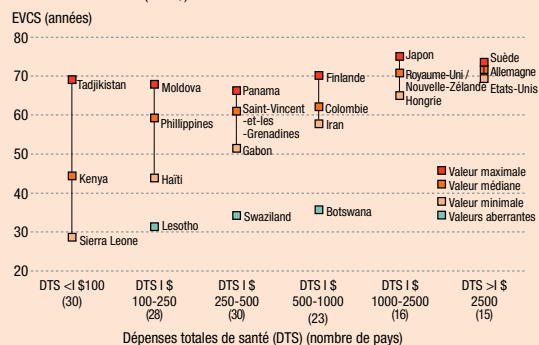
Encadré 1.2 Des dépenses de santé élevées donnent de meilleurs résultats mais avec d'importantes différences selon les pays

Dans nombre de pays, le montant total des dépenses de santé est insuffisant pour que tous puissent avoir accès, ne serait-ce qu'à un ensemble très limité de soins de santé essentiels.⁴⁰ Cela ne peut que causer des disparités tant en ce qui concerne la santé que la survie. Sur la Figure 1.6, on peut voir qu'au Kenya l'espérance de vie en bonne santé (HALE ou EVCS) est de 44,4 ans, ce qui représente la valeur médiane pour les pays dont les dépenses de santé par habitant sont inférieures actuellement à 1 \$100. C'est 27 ans de moins qu'en Allemagne, qui représente la valeur médiane pour les pays dépensant plus de 1 \$2500 par habitant au titre de la santé. Lorsque les dépenses de santé augmentent de 1 \$100 par habitant, le gain d'espérance de vie en bonne santé est de 1,1 année.

Ces chiffres dissimulent toutefois d'importantes différences entre les résultats obtenus pour un niveau comparable de dépenses. Ainsi, il y a jusqu'à cinq ans d'écart dans l'espérance de vie en bonne santé entre les pays qui dépensent annuellement plus de 1 \$2500 par habitant au titre de la santé. Les écarts sont encore plus importants lorsque le montant des dépenses est plus faible, même à l'intérieur de strates de dépenses relativement étroites. Par exemple, les habitants de la République de Moldova jouissent d'une EVCS qui est de 24 ans supérieure à celle des habitants d'Haïti, alors même que ces deux pays figurent parmi les 28 dont les dépenses de santé par habitant se situent dans les limites de 1 \$250 à 500. Les écarts sont encore plus importants dans le cas des pays lourdement touchés par le VIH/sida. Par exemple, le Lesotho dépense plus pour la santé que la Jamaïque et pourtant

l'EVCS de sa population est de 34 ans inférieure. Par contre, entre les pays de chaque strate de dépenses qui obtiennent les meilleurs résultats, la différence d'EVCS est relativement faible. Par exemple, au Tadjikistan l'EVCS est de 4,3 années plus basse qu'en Suède – ce qui représente une différence inférieure à celle qui existe entre la Suède et les Etats-Unis. Il ressort de ces disparités que ce qui est très important, c'est la question de savoir comment, pourquoi et pour qui les fonds sont dépensés. Pour les pays où l'enveloppe budgétaire allouée à la santé est très réduite, il semble que pour chaque dollar qui n'est pas alloué de manière appropriée, les conséquences soient disproportionnées.

Figure 1.6 Pays regroupés en fonction de leurs dépenses totales de santé en 2005 (en 1 \$)^{38,40}





pays riches.³⁰ Sans la croissance, il est beaucoup plus difficile de vivre en paix et sans la paix, la croissance stagne : une guerre civile réduit en moyenne la croissance d'un pays d'environ 2,3 % par année, généralement sur une durée de sept ans, et entraîne une chute de 15 % de la richesse nationale.³⁴

Il ne faut pas sous-estimer l'impact d'une stagnation associée à la présence de combats. Les conflits sont directement à l'origine de dommages considérables en termes de souffrances, de maladies et de mortalité. En République démocratique du Congo, par exemple, les combats qui se sont déroulés entre 1998 et 2004 ont été à l'origine d'une surmortalité de 450 000 décès par an.³⁵ Toute stratégie visant à faire disparaître les disparités sanitaires entre les pays et à combattre les inégalités qui existent à l'intérieur d'un même pays doit prendre en considération la nécessité de créer les conditions de paix, de stabilité et de prospérité qui permettront d'investir dans le secteur sanitaire.

Là où la croissance a été médiocre, il s'est ensuivi une stagnation des ressources allouées à la santé. Ce qui s'est passé en Afrique subsaharienne au cours des années qui ont suivi Alma-Ata illustre bien cette situation fâcheuse. Compte tenu de l'inflation, le PIB par habitant des pays d'Afrique subsaharienne a reculé presque chaque année entre 1980 et 1994,³⁶ ne laissant guère de possibilités d'améliorer l'accès aux soins ou de transformer les systèmes de santé. Au début des années 1980 par exemple, le budget pour les médicaments de la République démocratique du Congo appelée alors Zaïre est tombé à zéro et les dépenses publiques en faveur des districts sanitaires sont passées à moins de US \$0,1 par habitant ; en Zambie, le budget de la santé publique a été amputé des deux tiers et dans des pays comme le Cameroun, le Ghana, le Soudan et la République-Unie de Tanzanie, les fonds alloués aux dépenses de fonctionnement ainsi qu'à la rémunération du personnel de la fonction publique dont les effectifs étaient en expansion, ont reculé dans une proportion allant jusqu'à 70 %.³⁶ Au cours des années 1980 et 1990, les autorités sanitaires de cette partie du monde ont dû faire face à des budgets publics en diminution et au désinvestissement. Pour la population, cette période de contraction budgétaire a été synonyme de participation financière ruineuse à des prestations sanitaires devenues insuffisantes par manque de financement.

Dans la majeure partie du monde, le secteur sanitaire souffre souvent d'insuffisances considérables en matière de financement. En 2005, les dépenses de santé par habitant ont été inférieures

à I \$100 – y compris l'aide extérieure – dans 45 pays.³⁸ Inversement, dans 16 pays à revenu élevé, ces dépenses ont dépassé I \$3000 par habitant. Les pays à faible revenu affectent en général une plus faible proportion de leur PIB au secteur sanitaire que les pays à revenu élevé, alors que leur PIB est déjà plus faible et que leur charge de morbidité est plus importante.

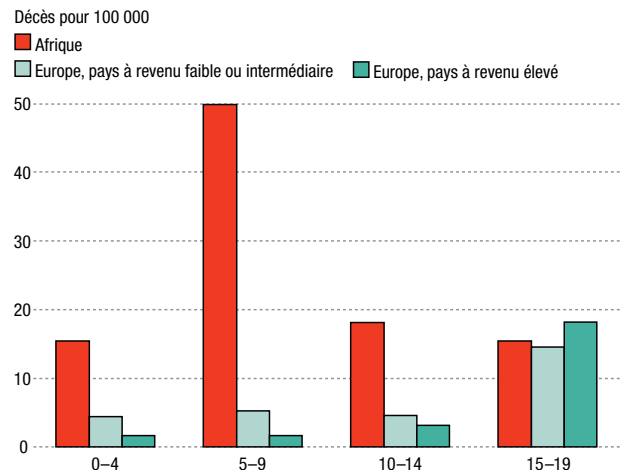
Des dépenses sanitaires élevées permettent d'obtenir de bons résultats sur le plan sanitaire, mais ceux-ci sont sensibles aux choix des politiques et du contexte dans lesquels celles-ci sont menées (Encadré 1.2) : lorsque les fonds sont rares, les conséquences de toute erreur ou omission sont amplifiées. En revanche, lorsque les dépenses augmentent rapidement, il existe des perspectives de transformation et d'adaptation des systèmes de santé qui seraient beaucoup plus limitées en cas de stagnation de la croissance.

S'adapter aux nouveaux enjeux de santé

Un monde globalisé, urbanisé et vieillissant

Le monde a changé au cours des 30 dernières années : qui aurait imaginé que les enfants d'Afrique seraient aujourd'hui davantage exposés au risque de mourir d'un accident de la route que ceux des pays à revenu élevé, intermédiaire ou faible de la Région européenne (Figure 1.7). Nombre des transformations qui touchent la santé étaient déjà en cours en 1978, mais elles se sont accélérées et la tendance va se poursuivre.

Figure 1.7 Les enfants d'Afrique sont davantage exposés au risque de mourir lors d'un accident de la route que les enfants européens : nombre d'accidents mortels de la route impliquant des enfants pour 100 000 habitants⁴¹



Il y a 30 ans, environ 38 % de la population était urbanisée ; en 2008, cette proportion dépasse 50 %, pour atteindre 3,3 milliards d'habitants. En 2030, c'est près de 5 milliards de personnes qui vivront en zone urbaine. La croissance aura lieu, pour l'essentiel, dans les agglomérations de taille moyenne des pays en développement et dans les métropoles d'une taille et d'une complexité sans précédent de l'Asie méridionale et orientale.⁴²

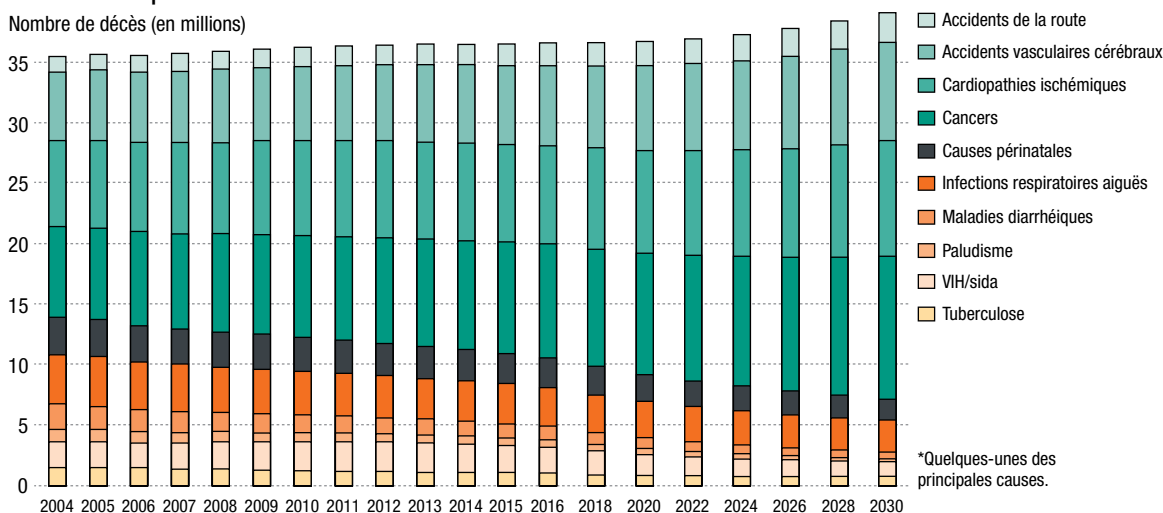
Bien que les indicateurs sanitaires moyens soient meilleurs en zone urbaine qu'en zone rurale, la stratification sociale et économique considérable qui existe en milieu urbain conduit à des inégalités importantes sur le plan sanitaire.^{43,44,45,46} Dans la partie de la ville de Nairobi où le revenu est élevé, la mortalité des moins de cinq ans est inférieure à 15 %, mais dans cette même ville, le bidonville d'Emabakasi connaît un taux de 254 %.⁴⁷ Cet exemple et d'autres du même genre conduisent à formuler une observation plus générale, à savoir que dans les pays en développement, la meilleure administration locale peut apporter une espérance de vie de 75 ans ou davantage alors qu'avec une mauvaise administration urbaine, l'espérance de vie peut ne pas dépasser 35 ans.⁴⁸ Aujourd'hui, un tiers de la population urbaine – soit plus d'un milliard de personnes – vit dans des bidonvilles : des lieux où il n'y a pas d'habitations en dur, pas assez d'espace vital, pas d'accès à l'eau potable ni aux moyens d'assainissement, et aucune sécurité d'emploi.⁴⁹ Ces bidonvilles sont exposés aux incendies, aux inondations et aux glissements de terrain ; leurs habitants courent un risque disproportionné de souffrir de la pollution, des accidents

– notamment des accidents du travail – et de la violence urbaine. Le manque de cohésion sociale et la généralisation des modes de vie malsains contribuent à créer un environnement qui est véritablement nocif pour la santé.

C'est dans ces villes que se retrouve une grande partie de près de 200 millions de migrants internationaux dénombrés dans le monde.⁵⁰ Dans 41 pays, dont 31 % comptent moins d'un million d'habitants, ils représentent au moins 20 % de la population. Refuser à ces migrants l'accès aux soins revient à dénier le droit à la santé à toute la population d'un pays comme le Brésil. Certains des pays qui ont pourtant fait de très importants efforts pour garantir à leurs citoyens l'accès aux soins, n'accordent pas les mêmes droits aux autres résidents. Maintenant que les migrations vont en s'amplifiant, on ne peut plus considérer que les droits des résidents non nationaux et la capacité du système de soins à faire face de façon équitable et effective à une diversité linguistique et culturelle croissante, constituent encore des questions d'intérêt secondaire.

Ce monde mobile et urbanisé vieillit rapidement et cette tendance va se poursuivre. En 2050, il y aura dans le monde 2 milliards de personnes âgées de plus de 60 ans, dont environ 85 % habiteront les pays actuellement en développement, principalement en zones urbaines. Contrairement à ce qui se passe dans le cas des pays riches, les pays à revenu faible ou intermédiaire vieillissent rapidement avant d'avoir accédé à la richesse, ce qui complique encore les choses.

Figure 1.8 L'évolution vers les maladies non transmissibles et les accidents de la route en tant que causes de décès*





L'urbanisation, le vieillissement et la mondialisation des changements de modes de vie se conjuguent pour amener les maladies chroniques et les non transmissibles – notamment la dépression, le diabète, les affections cardio-vasculaires et les cancers – de même que les traumatismes, au rang des causes de morbidité et de mortalité dont l'importance s'accroît (Figure 1.8).⁵¹ L'évolution de la distribution des décès et des maladies vers les classes d'âge plus âgées est frappante, tout comme l'est le passage des maladies infectieuses périnatales et maternelles aux maladies non transmissibles. La proportion d'accidents de la route va augmenter ; les décès liés au tabagisme vont dépasser ceux qui résultent de l'infection à VIH et du sida. Même en Afrique, où la population reste plus jeune, le tabagisme, l'hypertension artérielle et l'hypercholestérolémie figurent parmi les 10 principaux facteurs de risque qui concourent à la charge morbide globale de ces pays.⁵² Au cours des dernières décennies, une grande part de l'absence de progrès et la presque totalité des cas de recul de l'espérance de vie ont été en rapport avec des crises sanitaires frappant les adultes comme par exemple en Russie ou en Afrique australe. À l'avenir, améliorer la santé consistera de plus en plus à améliorer la santé du sujet adulte.

Le vieillissement a attiré l'attention sur une question particulièrement importante pour l'organisation des prestations sanitaires : il s'agit de l'augmentation de la fréquence des pathologies multiples. Dans le monde industrialisé, jusqu'à 25 % des 65-69 ans et 50 % des 80-84 ans souffrent simultanément d'au moins deux maladies chroniques. Dans les populations socialement défavorisées, les enfants et les jeunes adultes ont également des chances d'être touchés.^{53,54,55} La fréquence des pathologies multiples dans les pays à faible revenu est moins bien documentée sauf dans le cas de l'épidémie de VIH/sida, de la malnutrition ou du paludisme, mais elles sont probablement très sous-estimées.^{56,57} Comme les maladies de la pauvreté sont liées entre elles, avec de multiples causes communes qui se conjuguent pour entraîner davantage d'invalidités et aggraver l'état de santé, les pathologies multiples sont probablement plus fréquentes que le contraire dans les pays pauvres. La prise en compte de cette comorbidité et notamment des problèmes de santé mentale, des addictions et de la violence rappelle combien il est important de traiter le patient dans sa globalité. C'est aussi important dans les pays en développement que dans le monde industrialisé.⁵⁸

On ne se rend pas suffisamment compte du fait que cette question de l'évolution vers les maladies chroniques et les problèmes de santé de l'adulte va venir s'ajouter à des programmes encore inachevés relatifs aux maladies transmissibles, ainsi qu'à la santé maternelle, néonatale et juvéno-infantile. Il va falloir multiplier les efforts dans ce dernier domaine, en particulier dans les pays les plus pauvres où la couverture reste insuffisante.¹² Mais tous les systèmes de santé, y compris ceux des pays les plus pauvres, vont également devoir faire face à des besoins et à des demandes croissants en matière de soins pour les maladies chroniques et non transmissibles : on n'y parviendra pas sans accorder beaucoup plus d'attention qu'on ne le fait aujourd'hui à la mise en place d'une gamme complète de soins. On n'y parviendra pas non plus sans se préoccuper davantage des disparités sanitaires omniprésentes dans tous les pays (Encadré 1.3).

Insuffisance de la prévision et lenteur des réactions

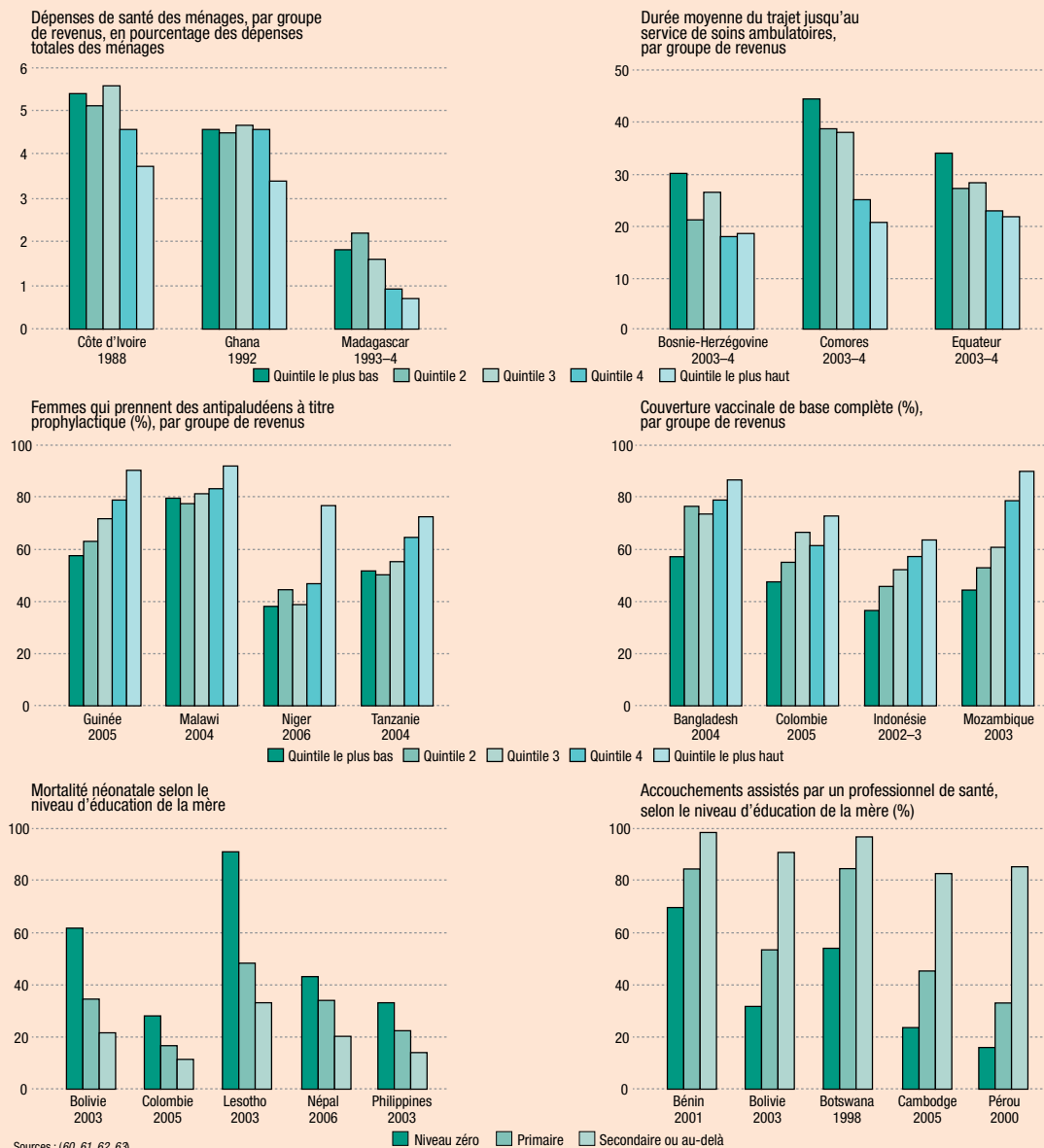
Au cours des dernières décennies, les autorités sanitaires ne se sont guère montrées capables de prévoir cette évolution, de s'y préparer ou même de s'y adapter lorsqu'elle est devenue une réalité de tous les jours. C'est inquiétant car cette évolution s'accélère. Sur le plan sanitaire, les effets de la mondialisation, de l'urbanisation et du vieillissement seront accentués par ceux d'autres phénomènes planétaires tels que le changement climatique dont les répercussions seront probablement maximales chez les communautés les plus vulnérables des pays les plus pauvres. Il est difficile de se faire une idée précise de la manière dont ces changements vont affecter la santé au cours des années à venir, mais on peut s'attendre à une modification rapide de la charge de morbidité, à une augmentation des inégalités dans le domaine sanitaire, à la décohésion sociale et à une perte de résilience du secteur sanitaire. La crise alimentaire actuelle montre combien les autorités sanitaires sont souvent mal préparées à faire face aux changements qui surviennent dans l'environnement au sens large, même lorsque, dans les autres secteurs, on sonne l'alarme depuis un bon moment. Trop souvent, l'attitude léthargique des systèmes nationaux de santé contraste avec l'évolution de plus en plus rapide et l'envergure mondiale des problèmes auxquels ils ont à faire face.

Même lorsqu'il s'agit de tendances bien connues et parfaitement documentées, comme celles qui résultent de la transition démographique et épidémiologique, la réaction est souvent d'une ampleur

Encadré 1.3 L'amélioration de l'information fait ressortir la pluridimensionnalité des inégalités croissantes en matière de santé

Ces dernières années, l'ampleur des disparités au niveau national en ce qui concerne la vulnérabilité, l'accès aux soins et les résultats sanitaires a été expliquée beaucoup plus en détail (Figure 1.9).⁶⁰ Grâce à une meilleure information, on constate que ces inégalités tendent à s'accroître, ce qui souligne combien les systèmes de santé se sont révélés inadaptés et inéquitables dans leur manière de répondre aux besoins sanitaires de la population. Bien qu'il ait été récemment décidé de privilégier la réduction de la pauvreté, les systèmes de santé éprouvent toujours de la difficulté à atteindre les habitants pauvres des zones rurales et urbaines, et a fortiori, à s'attaquer aux causes et aux conséquences multiples des inégalités sanitaires.

Figure 1.9 Inégalités intranationales en matière de santé et de soins





insuffisante.⁶⁴ Les données relatives à 18 pays à faible revenu tirées des enquêtes de l'OMS sur la santé dans le monde révèlent qu'en ce qui concerne le traitement de l'asthme, de l'arthrite, de l'angine de poitrine, du diabète et de la dépression, ainsi que le dépistage du cancer du col et du cancer du sein, la couverture reste faible : moins de 15 % dans le quintile de revenu le plus bas et moins de 25 % dans le quintile le plus élevé.⁶⁵ Les interventions de santé publique visant à éliminer les principaux facteurs de risque de maladie sont souvent négligées même lorsqu'elles offrent un rapport coût/efficacité particulièrement intéressant : elles pourraient faire reculer les décès prématurés de 47 % et accroître de 9,3 ans l'espérance de vie en bonne santé au niveau mondial.^{64,66} Par exemple, les décès prématurés par suite de cardiopathie ischémique, d'accident vasculaire cérébral, de bronchopneumopathie obstructive chronique ou d'autres maladies attribuables au tabac devraient, selon les projections, passer de 5,4 millions en 2004 à 8,3 millions en 2030, ce qui représente près de 10 % de tous les décès,⁶⁷ dont plus de 80 % dans les pays en développement.¹² Pourtant, deux pays sur trois n'ont toujours pas de politique de lutte contre le tabagisme, ou tout au plus une politique minimale dans ce domaine.¹²

A de rares exceptions près – par exemple lors de l'épidémie de SRAS – le secteur sanitaire s'est souvent montré lent à réagir face à des problèmes sanitaires nouveaux ou sous-estimés jusqu'alors. Par exemple, c'est dès le Sommet de la Terre de 1990 que l'on a pris conscience des menaces que le changement climatique et les dangers liés à l'environnement commençaient à faire peser sur la santé,⁶⁸ mais c'est seulement depuis quelques années qu'elles ont commencé à déboucher sur des plans et des stratégies.^{69,70}

Les autorités sanitaires ont également souvent été incapables d'apprécier en temps voulu l'importance des changements survenus dans leur environnement politique et qui influent sur la capacité de réaction du secteur. Dans le cadre des politiques menées aux niveaux mondial et national, les décisions d'ordre sanitaire qui ont été prises ont souvent souffert d'interventions hâtives et désorganisatrices telles que l'ajustement structurel, la décentralisation, plans pour la réduction de la pauvreté, politiques commerciales impitoyables, nouveaux régimes d'imposition, politiques budgétaires et désengagement de l'Etat. Les autorités sanitaires ne se sont guère montrées à même d'influer sur ces événements et se sont révélées incapables de tirer parti du poids économique du secteur sanitaire. Nombre de problèmes

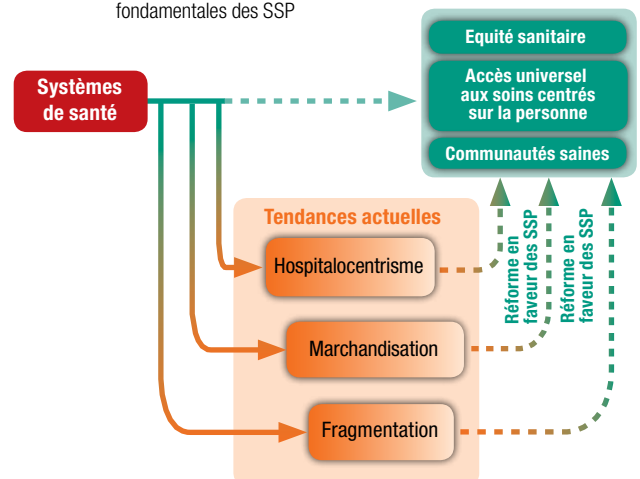
cruciaux relatifs aux systèmes de santé nécessitent des qualifications et des compétences que l'on ne trouve pas dans le milieu médical ou dans celui de la santé publique. Faute d'admettre la nécessité de recourir à des compétences en dehors des disciplines sanitaires classiques, les systèmes de santé se sont condamnés à une inefficacité et à une impéritie que la société ne peut plus tolérer.

Des tendances qui mettent à mal la réaction des systèmes de santé

En l'absence d'une politique et d'un encadrement énergiques, les systèmes de santé n'adoptent pas spontanément les valeurs des SSP et ne réagissent pas efficacement à l'évolution des problèmes sanitaires. La plupart des responsables de la santé savent bien que les systèmes de santé sont soumis à des forces et à des influences puissantes qui prennent souvent le pas sur l'établissement rationnel des priorités ou des politiques, détournant par là les systèmes de santé de leur orientation première.⁷¹ Aujourd'hui, les systèmes de santé classiques sont sous l'influence d'un certain nombre de tendances caractéristiques, à savoir (Figure 1.10) :

- une importance disproportionnée accordée aux soins tertiaires spécialisés que l'on qualifie souvent « d'hospitalocentrisme » ;
- la fragmentation, qui résulte de la multiplication des programmes et des projets ; et
- la marchandisation envahissante des soins de santé consécutive à la dérégulation des systèmes de santé.

Figure 1.10 Comment les systèmes de santé sont détournés des valeurs fondamentales des SSP



Axées sur la maîtrise des coûts et la dérégulation, nombre de réformes apportées dans les années 1980 et 1990 aux systèmes de santé ont eu pour effet de renforcer ces tendances. Les pays à revenu élevé ont souvent été capables de mettre en place une réglementation pour limiter les conséquences indésirables de ces tendances. Toutefois, dans les pays où l'insuffisance du financement vient encore s'ajouter à des moyens limités en matière de réglementation, les effets ont été encore plus dommageables.

L'hospitalocentrisme : des systèmes de santé qui s'articulent autour de l'hôpital et des spécialistes

Pendant une grande partie du XX^e siècle, les hôpitaux, avec leur technologie et leurs subspécialistes, ont joué un rôle essentiel dans la plupart des systèmes de santé partout dans le monde.^{72,73} Aujourd'hui, cette importance disproportionnée accordée à l'hôpital et à la subspecialisation se révèle être une source importante d'inefficacité et d'inégalités et elle fait preuve d'une résilience remarquable. Même si les autorités sanitaires expriment leur préoccupation avec plus d'insistance qu'auparavant, la subspecialisation continue à sévir.⁷⁴ Par exemple, dans les pays Membres de l'Organisation de Coopération et de Développement économiques (OCDE), l'accroissement de 35 % du nombre de médecins au cours des 15 dernières années s'explique par l'augmentation du nombre de spécialistes (jusqu'à près de 50 % entre 1990 et 2005 – pour une augmentation de seulement 20 % du nombre de généralistes).⁷⁵ En Thaïlande, moins de 20 % des médecins étaient des spécialistes il y a 30 ans ; en 2003 les spécialistes représentaient 70 % du corps médical.⁷⁶

Au nombre des éléments moteurs de cette croissance figurent les traditions et les intérêts professionnels ainsi que le poids économique considérable de l'industrie de la santé – technologies et produits pharmaceutiques (Encadré 1.4). Visiblement, un système de soins tertiaires spécialisés qui fonctionne bien répond à une demande réelle (même si celle-ci est induite, du moins en partie) : c'est nécessaire, à tout le moins, pour assurer la crédibilité politique du système de santé. Toutefois, l'expérience acquise dans les pays industrialisés montre qu'en s'appuyant à l'excès sur les spécialistes, les soins tertiaires n'offrent pas un bon rapport qualité/prix.⁷² L'hospitalocentrisme entraîne des coûts très importants dus à la médicalisation inutile et à l'iatrogenèse,⁷⁷ et il remet en question la dimension humaine et sociale de la santé.^{73,78} Il comporte également un

Encadré 1.4 L'industrie du matériel médical et celle du médicament représentent des forces économiques de premier plan

Les dépenses mondiales en matériel et instrumentations à usage médical sont passées de US \$145 milliards en 1998 à US \$220 milliards en 2006 : les Etats-Unis représentent 39 % du total, l'Union européenne 27 % et le Japon 16 %.⁹⁰ Rien qu'aux Etats-Unis, cette industrie emploie plus de 411 400 travailleurs, ce qui représente près du tiers de l'ensemble des emplois de la filière des biosciences.⁹¹ En 2006, les Etats-Unis, l'Union européenne et le Japon ont dépensé respectivement US \$287, US \$250 et US \$273 par habitant pour l'achat de matériel médical. Dans le reste du monde, ces dépenses sont en moyenne de l'ordre de US \$6 par habitant et en Afrique subsaharienne – un marché qui présente de grandes possibilités d'expansion – elles sont de US \$2,5 par habitant. Le taux de croissance annuel du marché du matériel médical dépasse 10 %.⁹²

Le poids de l'industrie pharmaceutique dans l'économie mondiale est encore plus lourd, avec des ventes qui devraient atteindre US \$735 à US \$745 milliards en 2008, et un taux de croissance de 6 à 7 %.⁹³ Là encore, les Etats-Unis représentent le plus vaste marché mondial avec environ 48 % du total : les dépenses de médicaments par habitant ont été de US \$1141 en 2005, soit deux fois plus qu'au Canada, en Allemagne ou au Royaume-Uni et dix fois plus qu'au Mexique.⁹⁴

Les soins spécialisés et les soins en milieu hospitalier sont d'une importance vitale pour ces industries qui dépendent des avances de frais et de la répartition des risques pour financer durablement leur expansion. Alors que le marché se développe partout, d'importantes différences demeurent entre les pays. Par exemple, il y a au Japon et aux Etats-Unis cinq à huit fois plus d'installations d'imagerie par résonance magnétique (IRM) par million d'habitants qu'au Canada ou aux Pays-Bas. En ce qui concerne la tomographie assistée par ordinateur, les différences sont encore plus marquées : il y avait au Japon 92,6 appareils par million d'habitants en 2002 et 5,8 en 2005 aux Pays-Bas.⁹⁵ Ces différences montrent qu'il est possible d'influer sur le marché, principalement par le biais d'incitations appropriées en matière de paiement et de remboursement et au prix d'un contrôle réglementaire organisé avec le plus grand soin.⁹⁶

coût d'opportunité : le Liban par exemple, compte davantage de services de chirurgie cardiaque par habitant que l'Allemagne, mais n'a pas de programmes visant à réduire les facteurs de risque de maladies cardio-vasculaires.⁷⁹ C'est ainsi que des manières inefficaces de traiter des problèmes de santé tendent à supplanter des manières plus efficaces, plus efficientes et plus équitables⁸⁰ d'organiser les soins et d'améliorer la santé.⁸¹

Depuis les années 1980, on s'efforce dans la plupart des pays de l'OCDE de moins avoir recours aux hôpitaux, aux spécialistes et aux technologies



et de maîtriser les coûts. Pour y parvenir, on est intervenu au niveau de l'offre, en réduisant le nombre de lits d'hôpitaux, en optant pour les soins à domicile de préférence à l'hospitalisation, en rationnant les équipements médicaux et en prenant toutes sortes de mesures financières, incitatives et dissuasives afin de favoriser l'efficience micro-économique. Ces tentatives ont donné des résultats mitigés, mais l'évolution des technologies accélère le passage de l'hôpital spécialisé aux soins primaires. Dans de nombreux pays à revenu élevé (mais pas dans tous), les efforts consentis dans les années 1980 et 1990 en faveur des soins de santé primaires ont permis d'établir une meilleure proportion entre les soins curatifs spécialisés, les soins de première intention et la promotion de la santé.⁸¹ Au cours des 30 dernières années, cette démarche a concouru à une amélioration importante des résultats sur le plan sanitaire.^{81,82} Plus récemment, dans des pays à revenu intermédiaire comme le Chili avec son *Atención Primaria de Salud* [soins de santé primaires],⁸³ le Brésil avec son initiative en faveur de la santé et de la famille et la Thaïlande avec son système de couverture universelle,⁸⁴ la proportion entre soins spécialisés à l'hôpital et soins primaires a évolué dans le même sens.⁸⁵ Les premiers résultats sont encourageants : il y a une amélioration des indicateurs de résultats⁸⁶ associée à un degré de satisfaction bien meilleur des malades.⁸⁷ Dans chacun de ces cas, cette évolution s'est inscrite dans le cadre d'une tendance à la couverture universelle, les citoyens se voyant attribuer davantage de droits en matière d'accès aux soins et de protection sociale. Ces processus rappellent tout à fait ce qui s'est passé en Malaisie et au Portugal : le droit à l'accès aux soins, la protection sociale et un rééquilibrage plus satisfaisant des soins en milieu hospitalier et des soins primaires dispensés par le généraliste, y compris en ce qui concerne la prévention et la promotion de la santé.⁶

Les pays industrialisés, se rendant compte du coût d'opportunité de l'hospitalocentrisme en termes d'efficacité et d'équité s'efforcent, 50 ans plus tard, de réduire la dépendance des systèmes de santé vis-à-vis des hôpitaux. Pourtant dans beaucoup de pays à revenu faible ou intermédiaire, apparaissent des distorsions similaires. La pression exercée par la demande des usagers, le corps médical et le complexe médico-industriel⁸⁸ est telle que des ressources d'origine privée et d'origine publique sont allouées, dans une proportion excessive, aux soins spécialisés en milieu hospitalier, aux dépens de l'investissement dans les soins primaires. Bien souvent, les autorités

sanitaires nationales n'ont pas un poids financier et politique suffisant pour infléchir cette tendance et rétablir un meilleur équilibre. Les donateurs, lorsqu'ils usent de leur influence, c'est davantage pour favoriser la mise en œuvre de programmes de lutte contre la maladie que pour pousser à des réformes qui feraient des soins primaires le pivot du système de santé.⁸⁹

Fragmentation : des systèmes de santé articulés autour de programmes prioritaires

Alors qu'en milieu urbain, le système de santé est largement centré sur l'hôpital, les populations rurales défavorisées ont de plus en plus affaire à une fragmentation progressive de leurs prestations de santé, les diverses formules, qu'elles soient « sélectives » ou « verticales » étant axées sur différents programmes et projets de lutte contre la maladie. Considérées initialement comme une stratégie provisoire destinée à garantir l'équité dans les résultats sanitaires, ces formules ont trouvé leur origine dans la préoccupation suscitée par la lenteur du développement de l'accès aux soins de santé dans un contexte de surmortalité et de surmorbidity graves et persistantes contre lesquelles il est possible d'intervenir avec un bon rapport coût/efficacité.⁹⁷ Pour la communauté internationale qui souhaite un retour palpable sur investissement, il est particulièrement séduisant de mettre l'accent sur des programmes et des projets. C'est une stratégie qui est bien adaptée à la conduite des opérations et une façon de travailler qui a la faveur de ministères de la santé dont l'état d'esprit reste traditionnel. Ces approches programmatiques, où la tradition n'est guère de collaborer avec les autres parties prenantes, de faire participer la population ou de s'attacher à la réglementation, constituent la filière naturelle qui canalise l'action des pouvoirs publics dans les pays dont les ressources sont extrêmement limitées et qui dépendent des donateurs. Elles ont le mérite de concentrer leurs activités sur les soins de santé dans des conditions caractérisées par des ressources extrêmement limitées et de s'attacher opportunément à tendre la main aux plus défavorisés et à ceux auxquels les prestations sanitaires font le plus défaut.

Beaucoup ont espéré que des initiatives portant sur la lutte contre une seule et unique maladie permettraient d'avoir un retour maximal sur investissement qui contribuerait, dans une certaine mesure, à renforcer les systèmes de santé du fait que les interventions bénéficiaient à une population nombreuse et qu'elles constituaient en quelque sorte la première pierre de l'édification

d'un système de santé là où il n'y en avait pas. C'est souvent le contraire qui s'est produit. Depuis quelques années, le fait que ces programmes circonscrits à la lutte contre la maladie soient d'une durée limitée et les distorsions qu'ils provoquent au niveau des systèmes de santé fragiles et insuffisamment financés ont suscité de nombreuses critiques.⁹⁸ Les progrès réalisés ont été de brève durée et ils ont eu pour conséquence de fragmenter les prestations sanitaires dans une proportion qui préoccupe aujourd'hui grandement les autorités sanitaires. L'existence de structures hiérarchiques et de mécanismes de financement parallèles, les doublons au niveau de l'encadrement et des programmes de formation ainsi que la multiplication des coûts de transaction ont conduit à des situations dans lesquelles les différents programmes se disputent les rares ressources ainsi que l'intérêt du personnel et des donateurs, pendant que les problèmes structurels des systèmes de santé – financement, remboursement et ressources humaines – restent quasiment sans solutions. Les disparités salariales entre les postes de fonctionnaires et ceux qu'offrent des programmes et des projets mieux financés exacerbent la crise des ressources humaines dont souffrent des systèmes de santé fragilisés. En Ethiopie, pour épauler la mise en œuvre des programmes, on a recruté sous contrat des personnels payés trois fois plus que les fonctionnaires de l'Etat,⁹⁹ et au Malawi, un hôpital a vu en 18 mois 88 de ses infirmières quitter leur poste pour des emplois mieux rétribués dans les programmes d'une organisation non gouvernementale (ONG).¹⁰⁰

En fin de compte, il n'y a plus de prestations de services que pour les maladies pour lesquelles il existe un programme (financé) – laissant pour compte ceux qui ont la malchance de ne pas correspondre aux priorités actuelles du programme. Il est difficile de gagner durablement la confiance de la population si l'on ne voit dans ses membres que de simples cibles programmatiques : la durabilité sociale des prestations n'est alors plus assurée. Le problème ne se pose pas uniquement au niveau de la population. En effet, le personnel de santé se trouve dans la position peu enviable d'avoir à refuser des patients « qui n'ont pas le bon problème de santé » – ce qui ne correspond guère à l'image de professionnalisme et d'altruisme qu'ils sont nombreux à cultiver. Au début, les autorités sanitaires peuvent être séduites par la simplicité du financement et de la gestion des programmes, toutefois, une fois que ceux-ci ont commencé à se multiplier et que la fragmentation devient ingérable et intenable, les mérites d'une approche plus

intégrée n'en deviennent que plus évidents. Mais lorsque ces programmes sont bien en place, les intégrer à nouveau n'est pas tâche facile.

Des systèmes de santé qu'on laisse dériver vers une marchandisation dérégulée

Dans nombre de pays à faible revenu ou à revenu intermédiaire, sinon dans la plupart d'entre eux, l'insuffisance des ressources et la fragmentation des prestations sanitaires a stimulé le développement d'une marchandisation des soins, que l'on peut définir ici comme l'offre de prestations de santé contre rétribution, que le prestataire de services appartienne au secteur public, au secteur privé ou au secteur associatif (ONG).

La marchandisation des soins de santé a déjà pris des proportions sans précédent dans les pays qui, par choix ou par manque de moyens, ne sont pas capables de réglementer le secteur sanitaire. Phénomène limité au milieu urbain à l'origine, ces offres payantes de soins de santé sont proposées à petite échelle par une multitude de prestataires indépendants qui dominent désormais le paysage sanitaire depuis l'Afrique subsaharienne jusqu'aux économies en transition d'Asie et d'Europe.

Cette marchandisation des soins ignore souvent le clivage entre secteur public et secteur privé.¹⁰¹ Dans de nombreux établissements publics et même dans ceux qui sont gérés par des ONG qui, traditionnellement, sont sans but lucratif, les prestations de santé sont *de facto* de nature commerciale, les systèmes informels de paiement et les systèmes de recouvrement des coûts faisant supporter le coût des prestations aux patients pour tenter de compenser le sous-financement chronique du secteur de la santé publique et la rigueur budgétaire de l'ajustement structurel.^{102,103} Dans ces mêmes pays, les fonctionnaires qui travaillent au noir représentent une part très importante du secteur commercial dérégulé,¹⁰⁴ d'autres ayant recours à des dessous-de-table.^{105,106,107} Le débat qui oppose secteur public et secteur privé depuis ces dernières décennies est donc largement passé à côté de l'essentiel : pour la population, le vrai problème n'est pas de savoir si celui qui lui fournit des soins est un fonctionnaire ou un chef d'entreprise, ni si les établissements de soins relèvent du secteur public ou du secteur privé. La question est plutôt de savoir si les prestations de santé sont réduites à une marchandise qu'on peut acheter ou vendre sur la base du service rendu, sans réglementation ni protection du consommateur.¹⁰⁸

Cette marchandisation a des répercussions sur la qualité et sur l'accessibilité des soins. Les raisons en sont simples : le fournisseur de soins



est détenteur des connaissances, le patient n'en a que peu ou pas du tout. Le fournisseur de soins a intérêt à vendre ce qui lui rapporte le plus mais qui n'est pas nécessairement ce qu'il y a de mieux pour le malade. Sans un système efficace de freins et de contrepoids, on peut se rendre compte de ce à quoi aboutit un tel état de choses en lisant les rapports des associations de défense des consommateurs ou certains articles de presse qui expriment l'indignation soulevée par la rupture du contrat de confiance implicite entre le soignant et son patient.¹⁰⁹ Ceux qui n'ont pas les moyens sont exclus ; ceux qui les ont ne reçoivent pas forcément les soins dont ils ont besoin et en reçoivent souvent d'inutiles, qu'ils payent invariablement trop cher.

La marchandisation dérégulée des systèmes de santé les rend très inefficaces et très coûteux.¹¹⁰ elle accentue les inégalités,¹¹¹ et conduit à des soins de qualité médiocre voire parfois dangereux, qui sont néfastes à la santé (en République démocratique du Congo, par exemple, on désigne par l'expression « *chirurgie safari* » une pratique commune de certains agents de santé qui consiste à effectuer au noir des appendicectomies et d'autres interventions chirurgicales au domicile du malade, souvent pour un prix exorbitant).

La marchandisation des soins de santé contribue donc largement à éroser la confiance des usagers dans les services de santé et dans la capacité des autorités sanitaires à protéger la population.¹¹¹ Cet état de choses, dont les responsables politiques se préoccupent beaucoup plus qu'il y a 30 ans, constitue l'une des principales raisons du soutien qui se manifeste de plus en plus en faveur de réformes susceptibles de permettre aux systèmes de santé non seulement de mieux faire face aux problèmes sanitaires de l'heure, mais aussi de répondre davantage aux attentes de la population.

Evolution des valeurs et nouvelles attentes

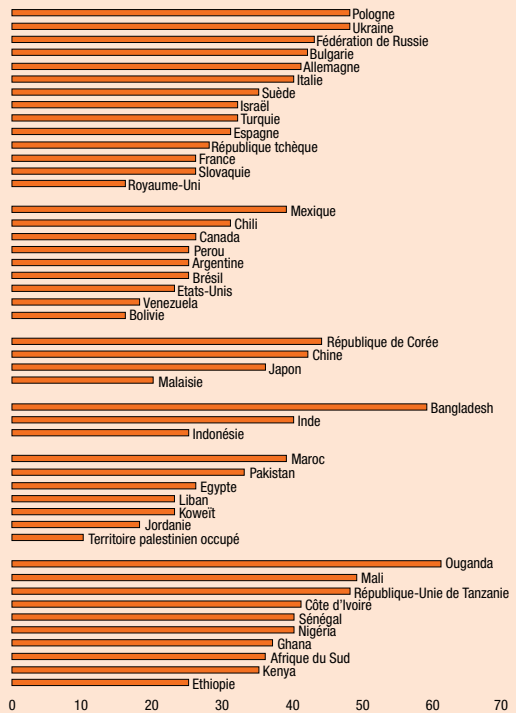
Si l'organisation des systèmes de santé est centrée sur l'hôpital et si ces systèmes ont tendance à se marchandiser, c'est en grande partie du fait qu'ils sont stimulés par l'offre tout en correspondant également à une demande : réelle mais aussi stimulée par l'offre. Les systèmes de santé traduisent également la mondialisation de la culture de consommation. Cela étant, il y a pourtant certains signes qui montrent que les gens se rendent bien compte que ces systèmes de santé n'apportent pas une réponse satisfaisante aux besoins et à la demande, et qu'ils sont mus par des intérêts et

des objectifs sans rapport avec les attentes de la population. A mesure que les sociétés se modernisent et qu'elles deviennent plus riches et mieux informées, il se produit une évolution dans ce que les gens estiment être des modes de vie souhaitables en tant qu'individus et membres de la société – c'est-à-dire qui représentent les valeurs auxquelles ils tiennent.¹¹² Aujourd'hui, les usagers ont tendance à considérer les prestations de santé

Encadré 1.5 La santé est au nombre des toutes premières préoccupations des individus

Lorsqu'on demande aux gens d'indiquer les problèmes auxquels eux-mêmes et leur famille doivent actuellement faire face, ce sont souvent les problèmes financiers qu'ils citent en premier lieu, la santé venant tout de suite après.¹¹⁸ Dans un pays sur deux, le risque de tomber malade, le coût des soins de santé, la mauvaise qualité des soins et autres problèmes sanitaires viennent au premier rang des préoccupations chez plus d'un tiers des personnes interrogées (Figure 1.11). Il n'est donc pas surprenant que toute défaillance du système de soins – voire l'ombre d'une défaillance – suscite un mécontentement du public qui menace les ambitions des personnalités politiques jugées responsables.¹¹⁹

Figure 1.11 Pourcentage de la population qui déclare que la santé représente sa préoccupation principale avant d'autres questions telles que les problèmes financiers, le logement ou la criminalité¹¹⁸



davantage comme des marchandises, mais ils ont aussi d'autres attentes, des attentes nouvelles, en ce qui concerne la santé et les soins de santé. Plus qu'on ne le pense généralement, ils considèrent la santé comme indissociable de leur vie quotidienne et de celle de leur famille (Encadré 1.5).¹¹³ Ce qu'ils escomptent, c'est que leur famille et la communauté à laquelle ils appartiennent soient à l'abri des risques et des dangers qui menacent leur santé. Ils veulent que les soins de santé leur soient dispensés en tant que personnes ayant des droits et non pas en tant que simples cibles programmatiques ou bénéficiaires d'organisations de bienfaisance. Ils veulent bien respecter les professionnels de la santé mais exigent à leur tour d'être respectés dans un climat de confiance mutuelle.¹¹⁴

Les gens ont également des attentes concernant la manière dont la société s'occupe de la santé et des soins de santé. Ils aspirent à davantage d'équité et de solidarité sur le plan sanitaire et supportent de moins en moins l'exclusion sociale – même si, à titre individuel, ils hésitent à intervenir pour défendre ces valeurs.¹¹⁵ Ce qu'ils attendent des autorités sanitaires – qu'il s'agisse des pouvoirs publics ou d'autres organismes – c'est qu'ils agissent davantage pour garantir leurs droits à la santé. Les enquêtes sur les valeurs sociales menées depuis les années 1980 révèlent à cet égard une convergence croissante entre les valeurs des pays en développement et celles des sociétés plus riches où la protection de la santé et l'accès aux soins sont souvent considérés comme allant de soi.^{112,115,116} L'augmentation de la prospérité, l'accès au savoir et à la connectivité sociale s'accompagnent de nouvelles attentes. Les gens veulent avoir davantage voix au chapitre au sujet de ce qui se passe sur le lieu de travail ou dans la communauté où ils vivent et être parties prenantes aux décisions importantes des pouvoirs publics touchant leur existence.¹¹⁷ Le désir d'obtenir de meilleurs soins et une meilleure protection sanitaire avec moins d'iniquité ou encore de participer aux décisions qui touchent la santé est plus répandu et plus fort qu'il n'était 30 ans auparavant. C'est pourquoi l'on attend aujourd'hui beaucoup plus des autorités sanitaires.

Équité en matière de santé

Il est rare, voire impossible, de parvenir à une équité parfaite qu'il s'agisse de la santé, de la richesse ou du pouvoir. Certaines sociétés sont plus égalitaires que d'autres mais dans l'ensemble, le monde est « inégalitaire ». Les enquêtes axiologiques montrent toutefois clairement que les gens

se préoccupent de ces inégalités – estimant que, dans une proportion importante, elles sont injustes et qu'elles peuvent et doivent être évitées. Selon des données remontant jusqu'au début des années 1980, on constate que la population est en désaccord croissant avec la façon dont les revenus sont répartis et estime qu'une « société juste » devrait s'appliquer à corriger ces disparités.^{120,121,122,123} Dans ces conditions, les décideurs ne peuvent plus autant qu'auparavant faire abstraction des aspects sociaux de leurs politiques.^{120,124}

Il est fréquent que les gens n'aient pas conscience de la véritable portée des inégalités en matière de santé. Par exemple, la plupart des citoyens suédois ignoraient probablement qu'en 1997 la différence d'espérance de vie entre les hommes âgés de 20 ans était de 3,97 ans selon qu'ils appartenaient aux groupes socio-économiques les plus favorisés ou les moins favorisés : une disparité qui s'était accrue de 88 % par rapport à 1980.¹²⁵ Cela étant, si la population n'a de ces questions qu'une connaissance partielle, la recherche montre qu'elle considère le gradient social de la santé comme profondément injuste.¹²⁶ L'intolérance dont fait preuve la population à l'égard des inégalités sanitaires et du refus d'accorder des prestations sanitaires et une protection sociale à certains groupes est similaire ou supérieure à celle qu'elle exprime vis-à-vis des disparités de revenu. Dans la plupart des sociétés, il est largement admis que chacun devrait être en mesure de prendre soin de sa santé et de bénéficier d'un traitement en cas de maladie ou de traumatisme – sans pour autant se ruiner ou s'appauvrir.¹²⁷

Plus une société s'enrichit, plus sa population se prononce en faveur d'un accès équitable aux soins de santé et à la protection sociale qui garantisse la satisfaction des besoins sanitaires et sociaux de base. Les enquêtes sociales montrent que dans la Région de l'Europe, 93 % de la population est en faveur d'une couverture sanitaire complète.¹¹⁷ Aux États-Unis, qui sont connus de longue date pour leur répugnance à adopter un système national d'assurance-maladie, plus de 80 % de la population est en faveur d'un tel système,¹¹⁵ des soins de base pour tous constituant toujours un objectif social largement répandu et intensément revendiqué.¹²⁸ On connaît moins bien l'attitude de la population des pays à faible revenu, mais si l'on extrapole à partir des opinions que ces populations expriment au sujet de l'inégalité des revenus, on peut raisonnablement supposer que l'accroissement de la prospérité va de pair avec un souci croissant d'équité en matière de santé – même si l'existence d'un consensus au sujet de la manière



d'y parvenir prête autant à controverse que dans les pays plus riches.

Des soins centrés sur la personne

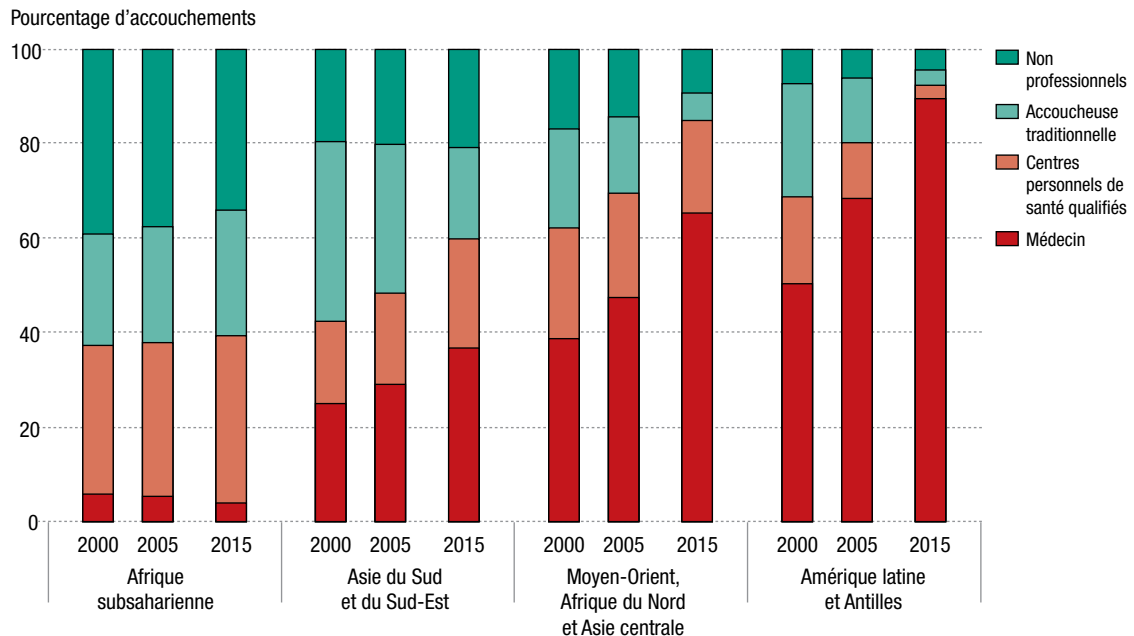
Les gens veulent à l'évidence être soignés efficacement lorsqu'ils sont malades ou blessés. Ils veulent que ces soins soient dispensés par un personnel intègre agissant au mieux de leurs intérêts, de façon équitable et honnête, avec savoir et compétence. Cette exigence de compétence n'est pas sans intérêt : elle alimente l'économie de la santé par une demande constamment croissante de soins professionnels (dispensés par des médecins, des infirmières et par des non-médecins qui jouent un rôle croissant tant dans les pays industrialisés que dans les pays en développement).¹²⁹ Ainsi partout dans le monde, les femmes délaissent les accoucheuses traditionnelles au profit des sages-femmes, des médecins et des obstétriciens (Figure 1.12).¹³⁰

Le mouvement en faveur des soins de santé primaires n'a pas suffisamment pris en compte le fait que le passage de la demande de soins traditionnels à une demande de soins professionnels allait prendre de vitesse les tentatives initiales en vue d'élargir rapidement l'accès aux soins en s'appuyant sur des « agents de santé communautaires »

non professionnels, avec leur valeur ajoutée sur le plan culturel. Là où les stratégies d'élargissement de la couverture SSP proposaient de recourir à des non-professionnels pour remplacer plutôt que pour épauler des agents qualifiés, les soins dispensés ont souvent été jugés de médiocre qualité.¹³¹ Cela a poussé les patients à se tourner vers des systèmes de soins à but lucratif, qu'à tort ou à raison ils jugeaient plus compétents, et l'on s'est désintéressé du problème qui était en fait de faire travailler de façon plus efficace les professionnels dans le cadre des SSP.

Les tenants des SSP avaient raison de souligner l'importance de la capacité à tisser des liens d'ordre culturel et relationnel, un avantage comparatif essentiel en faveur des agents de santé communautaires. En effet les habitants du monde en développement comme ceux des pays riches ne recherchent pas uniquement la compétence technique : ils veulent également que ceux qui leur dispensent des soins soient compréhensifs, respectueux et dignes de confiance.¹³² Ils attendent aussi du système de soins qu'il soit organisé en fonction de leurs besoins, qu'il respecte leurs croyances et soit attentif aux circonstances particulières de leur existence. Ils refusent d'être abusés par des soignants peu scrupuleux et ne

Figure 1.12 La professionnalisation des soins obstétricaux : pourcentage d'accouchements assistés par des personnels qualifiés et autres soignants dans un certain nombre de régions, en 2000 et 2005 avec projections pour 2015^a



^a Source : Ensemble de données fournies par 88 enquêtes sanitaires et démographiques 1995-2006, projection linéaire pour 2015.

veulent pas non plus être considérés comme les simples cibles d'un programme de lutte contre la maladie (ils ne l'ont probablement jamais voulu, mais il est certain qu'ils commencent à l'exprimer avec plus de force). Dans les pays pauvres comme dans les pays riches, ce que les patients souhaitent, ce sont des soins qui ne se bornent pas à de simples interventions. On admet de plus en plus que la solution des problèmes de santé passe par la prise en compte de la situation socioculturelle des familles et des communautés où ces problèmes se posent.¹³³

Aujourd'hui, les soins de santé dispensés par le secteur public ou le secteur privé sont organisés majoritairement en fonction de ce que les dispensateurs de soins estiment être efficace et commode, souvent sans se soucier et sans se faire une idée de ce qui est important pour leurs patients.¹³⁴ Il ne doit pas en être ainsi. Comme l'expérience – en particulier celle des pays industrialisés – le montre, les prestations sanitaires peuvent être davantage centrées sur la personne. Ils n'en sont que plus efficaces et cela crée une ambiance de travail plus gratifiante.¹³⁵ Il est regrettable que les pays en développement ne se préoccupent pas plus souvent de faire en sorte que les services soient davantage centrés sur la personne, comme si c'était inopportun lorsque les ressources sont limitées. En fait, faire fi des besoins et des attentes des personnes est le meilleur moyen de déconnecter le système de santé des communautés qu'il dessert. Les services centrés sur la personne ne sont pas un luxe mais une nécessité, et cela vaut aussi pour les prestations destinées aux personnes défavorisées. Seuls des services centrés sur la personne permettront de ramener au minimum l'exclusion sociale et d'éviter de laisser les patients à la merci de systèmes de soins marchandisés et dérégulés qui donnent l'illusion d'offrir un environnement plus réceptif mais avec un prix à payer très élevé eu égard aux frais financiers et aux risques iatrogènes.

Assurer la santé des communautés

L'idée que les gens se font de la santé ne se réduit pas à la notion de maladie ou de traumatisme, elle englobe également les facteurs qu'ils estiment nocifs pour leur propre santé ou celle de leur communauté.¹³⁶ Ces dangers sont très diversement expliqués en termes culturels ou politiques, mais on observe une tendance générale et croissante à considérer qu'il incombe aux autorités d'en protéger la population ou du moins d'y faire rapidement face.¹³⁶ C'est un élément essentiel du contrat social

qui contribue à légitimer l'Etat. Dans les pays riches comme dans les pays pauvres, les responsables politiques ont de plus en plus tendance à oublier qu'ils ont le devoir de protéger la population des dangers qui menacent sa santé, mais c'est à leurs risques et périls : les retombées politiques de la mauvaise gestion de la catastrophe provoquée par l'ouragan Katrina aux Etats-Unis en 2005 ou du problème des déchets accumulés dans la ville de Naples en 2008, en portent témoignage.

Dans notre monde globalisé, l'information relative aux dangers d'ordre sanitaire est de plus en plus accessible. La connaissance de ces dangers se répand au-delà de la communauté des professionnels de la santé et des spécialistes scientifiques. Les préoccupations qu'ils suscitent ne se limitent plus à des programmes traditionnels de santé publique comme l'amélioration de la qualité de l'eau ou l'assainissement en vue de prévenir et de combattre les maladies infectieuses. Dans le prolongement de la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, 1986,¹³⁷ le programme d'action en faveur de la santé porte désormais sur un ensemble beaucoup plus vaste de problèmes, notamment la sécurité sanitaire des aliments, les dangers liés à l'environnement ou à certains modes de vie collectifs ou encore l'influence de l'environnement social sur la santé et la qualité de vie.¹³⁸ Ces dernières années, est venu s'y ajouter un risque sanitaire qui suscite une inquiétude croissante mais qui, malgré le peu d'intérêt qu'il a éveillé jusqu'ici, recueille de plus

Figure 1.13 Les valeurs sociales qui guident les SSP et l'ensemble des réformes correspondantes





en plus l'attention des médias : le problème de la sécurité des malades.¹³⁹

Des autorités sanitaires fiables et attentives aux besoins de la population

Au cours du XX^e siècle, la santé a peu à peu acquis le statut d'un bien public garanti par l'engagement de l'Etat. Il peut y avoir désaccord quant à la définition plus ou moins large que l'on donne de l'Etat-providence et des biens publics qui vont de pair avec lui,^{140,141} mais, dans les Etats en voie de modernisation, les responsabilités sociales et économiques confiées aux autorités sanitaires – pas uniquement le ministère de la santé, mais aussi les structures administratives locales, les organisations professionnelles et les milieux associatifs qui sont quasiment parties prenantes à la gestion des affaires publiques – ont tendance à s'accroître.

En fonction des circonstances ou par un opportunisme politique de courte vue, il peut arriver que les gouvernements soient tentés de se soustraire à certaines de leurs responsabilités sociales, notamment en ce qui concerne le financement et la réglementation du secteur sanitaire ou de renoncer à des prestations de services et à des fonctions essentielles dans le domaine de la santé publique. Inévitablement, cette attitude crée davantage de problèmes qu'elle n'en résout. Le désengagement de l'Etat qui s'est produit dans les années 1980 et 1990, que ce soit par choix ou à la suite de pressions externes, en Chine, dans l'ancienne Union soviétique, ainsi que dans un nombre important de pays à faible revenu, a eu des conséquences visibles et inquiétantes pour la santé et le fonctionnement des services sanitaires. Il est significatif que cette situation ait créé des tensions sociales qui ont porté atteinte à la légitimité du pouvoir politique.¹¹⁹

Dans une grande partie du monde, il y a beaucoup de scepticisme quant à la manière dont les autorités sanitaires assument, qualitativement et quantitativement, les responsabilités qui sont les leurs en matière de santé. Les enquêtes font état d'une tendance à la baisse de la confiance vis-à-vis des institutions publiques en tant que garantes de l'équité, de l'honnêteté et de l'intégrité du secteur sanitaire.^{123,142,143} Néanmoins, dans son ensemble, la population estime que les autorités sanitaires travaillent pour le bien commun, qu'elles le font correctement et se montrent prévoyantes.¹⁴⁴ On assiste, tant au niveau national que mondial, à la multiplication des fiches d'évaluation, des classements et autres palmarès portant sur l'action des pouvoirs publics ;¹⁴¹ les associations de consommateurs s'attaquent aux problèmes du secteur

sanitaire¹¹¹ et des organismes de surveillance issus de la société civile commencent à faire leur apparition aux niveaux national et mondial.^{146,147,148,149}

Ces récentes tendances témoignent des doutes qui existent quant à la capacité des autorités sanitaires d'assurer correctement la tutelle des systèmes de santé et montrent que les attentes en vue d'une nette amélioration dans ce domaine se font de plus en plus précises.

Participation

D'un autre côté toutefois, les enquêtes montrent que, à mesure que les sociétés se modernisent, les populations souhaitent de plus en plus d'avoir « leur mot à dire » dans les décisions importantes qui touchent leur vie,^{123,112} et qui portent notamment sur des questions telles que l'affectation des ressources ainsi que l'organisation et la réglementation des soins. L'expérience acquise dans des pays aussi divers que le Chili, la Suède ou la Thaïlande révèle toutefois que les gens se préoccupent davantage d'avoir la garantie que les choses se font dans l'équité et la transparence que d'entrer dans les détails techniques de la fixation des priorités.^{150,151} En d'autres termes, la meilleure réponse que l'on puisse donner à l'aspiration de la population à se faire mieux entendre en matière de politique sanitaire serait de lui apporter la preuve qu'il existe un système structuré et fonctionnel de freins et de contrepoids. Cela impliquerait toutes les parties concernées et garantirait l'absence de mainmise de la part de tel ou tel groupe d'intérêt sur les grandes orientations.¹⁵²

Les réformes touchant les SSP : suscitées par la demande

Les valeurs fondamentales énoncées il y a trois décennies par le mouvement en faveur des SSP sont donc dans bien des cas encore plus puissantes qu'elles ne l'étaient à l'époque d'Alma-Ata. Elles ne représentent pas simplement les convictions morales auxquelles adhère une certaine avant-garde intellectuelle. Elles se manifestent de plus en plus sous la forme d'attentes sociales concrètes ressenties et affirmées par d'importants groupes de citoyens ordinaires appartenant à des sociétés en voie de modernisation. Il y a 30 ans, les valeurs défendues par le mouvement en faveur des SSP, à savoir l'équité, l'individualisation de soins (soins centrés sur la personne), la participation communautaire et l'autodétermination étaient jugées radicales par beaucoup. Aujourd'hui, ces valeurs correspondent à des attentes sociales largement partagées qui se répandent de plus en plus dans de

nombreuses sociétés – même si le mode d'expression de ces attentes diffère de celui d'Alma-Ata.

Le passage de principes éthiques formels à des attentes sociales généralisées modifie fondamentalement la dynamique politique qui sous-tend l'évolution des systèmes de santé. Il ouvre de nouvelles possibilités à l'éclosion d'un mouvement social et politique qui oriente les systèmes de santé dans la direction voulue par la population, comme le récapitule la Figure 1.13. Ainsi, le débat passe d'une analyse purement technique concernant l'efficacité relative des différents moyens de « traiter » les problèmes de santé à des considérations de nature politique sur les objectifs sociaux qui définissent la direction dans laquelle les systèmes de santé doivent s'orienter. Les chapitres suivants sont consacrés à l'exposition d'un ensemble de réformes visant à amener les systèmes de santé

à but lucratif, fragmentés et axés sur les soins spécialisés, dans la ligne des attentes sociales qui se font jour. Ces réformes des soins de santé primaires ont pour but de faire en sorte que les ressources de la société soient utilisées avec davantage d'équité et exclusive pour mettre en place des services sanitaires axés sur les besoins et les attentes de la population en définissant également des politiques publiques qui garantissent la santé des communautés. Toutes ces réformes impliquent impérativement un engagement des citoyens et autres parties prenantes : si l'on comprend que les intérêts acquis ont tendance à tirer les systèmes de santé dans des directions différentes, on voit bien que pour faire mieux, ce qui compte le plus c'est la volonté politique, la clairvoyance et un apprentissage permanent.

Bibliographie

- Smith R, Oman: leaping across the centuries. *British Medical Journal*, 1988, 297:540–544.
- Sultanate of Oman: second primary health care review mission. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2006.
- Primary health care performance. Mascate, Sultanate of Oman. Directorate General of Health Affairs, Department of Primary Health Care, 2006.
- Infante A. *The post military government reforms to the Chilean health system. A case study commissioned by the Health Systems Knowledge Network. Paper presented in the Health Services Knowledge Network Meeting, London, October 2006.* Genève, Commission sur les Déterminants sociaux de la Santé, Organisation mondiale de la Santé, 2007.
- Pathmanathan I, Dhairiam S. Malaysia: moving from infectious to chronic diseases. In: Tarimo E, ed. *Achieving health for all by the year 2000: midway reports of country experiences.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1990.
- Biscaia A et al. *Cuidados de saúde primários em Portugal: reformar para novos sucessos.* Lisbon, Padrões Culturais Editora, 2006.
- Pongsupap Y. *Introducing a human dimension to Thai health care: the case for family practice.* Brussels, Vrije Universiteit Brussel Press, 2007.
- Barros P, Simões J. *Portugal: health system review.* Geneva, World Health Organization Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory of Health Systems and Policies, 2007 (Health Systems in Transition No. 9; (<http://www.euro.who.int/Document/E90670.pdf>, consulté le 1^{er} juillet 2008).
- Bentes M, Dias CM, Sakellarides C, Bankauskaite V. *Health care systems in transition: Portugal.* Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2004 (Health Care Systems in Transition No. 1; <http://www.euro.who.int/document/e82937.pdf>, consulté le 1^{er} juillet 2008).
- Ferrinho P, Bugalho M, Miguel JP, eds. *For better health in Europe, Vol. 1.* Lisbonne, Fundação Merck Sharp & Dohme, 2004.
- Biscaia A et al. *Cuidados de saúde primários portugueses e a mortalidade vulnerável às intervenções dos serviços de saúde – o caso português [Portuguese primary health care and health services intervention in mortality amenable to health service intervention.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2008 (document de travail non publié pour le Rapport sur la santé dans le monde, 2008 – Les soins de santé primaires : plus que jamais, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2008).
- Statistiques sanitaires mondiales 2008. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2008.
- Murray CJL et al. Can we achieve Millennium Development Goal 4? New analysis of country trends and forecasts of under-5 mortality to 2015. *Lancet* 2007, 370:1040–1054.
- The Millennium Development Goals report 2007. New York, United Nations, 2007 (<http://www.un.org/millenniumgoals/pdf/mdg2007.pdf>, consulté le 1^{er} juillet 2008).
- Levels and trends of contraceptive use as assessed in 2002. New York, Nations Unies, Département des Affaires économiques et sociales, Division de la Population, 2004 (Sales No. E.04.XIII.9).
- World contraceptive use 2007, wall chart. New York, Nations Unies, Département des Affaires économiques et sociales, Division de la Population, 2008 (Sales No.E.08.XIII.6).
- Sedgh G et al. Induced abortion: estimated rates and trends worldwide. *Lancet*, 2007, 370:1338–1345.
- Koblinsky M et al. Going to scale with professional skilled care. *Lancet*, 2006, 368:1377–1386.
- Goesling B, Ferebaugh G. The trend in international health inequality. *Population and Development Review*, 2004, 30:131–146.
- Preston S. The changing relation between mortality and level of economic development. *Population Studies*, 1975, 29:231–248.
- The state of the world's children 2008. Paris, Fonds des Nations Unies pour l'Enfance, 2008.
- Cutler DM, Deaton A, Lleras-Muney A. *The determinants of mortality.* Cambridge, MA, National Bureau of Economic Research, 2006 (NBER Working Paper No. 11963).
- Deaton A. *Global patterns of income and health: facts, interpretations, and policies, WIDER Annual Lecture, Helsinki, September 29th, 2006.* Princeton NJ, Princeton University Press, 2006.
- Field M, Shkolnikov V. Russia: socioeconomic dimensions of the gender gap in mortality. In: Evans et al. *Challenging inequities in health: from ethics to action.* New York, Oxford University Press 2001.
- WHO mortality database: tables [online database]. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2007 (base de données en ligne, <http://www.who.int/healthinfo/morttables/en/index.html>, consulté le 1^{er} juillet 2008).
- Suhrcke M, Rocco L, McKee M. *Health: a vital investment for economic development in eastern Europe and central Asia.* European Observatory on Health Systems and Policies, 2008 (http://www.euro.who.int/observatory/Publications/20070618_1, consulté le 1^{er} juillet 2008).
- Banister J, Zhang X. China, economic development and mortality decline. *World Development*, 2005, 33:21–41.
- Banister J, Hill K. Mortality in China, 1964–2000. *Population studies*, 2004, 58:55–75.
- Gu D et al. *Decomposing changes in life expectancy at birth by age, sex and residence from 1929 to 2000 in China. Paper present at the American Population Association 2007 annual meeting, New York, 29-31 March 2007* (document inédit).
- Milanovic B. *Why did the poorest countries fail to catch up?* Washington DC, Carnegie Endowment for International Peace, 2005 (Carnegie Paper No. 62).
- Carvalho S. *Engaging with fragile states: an IEG review of World Bank support to low-income countries under stress. Appendix B: LICUS, fiscal 2003-06.* Washington DC, Banque mondiale, 2006 (http://www.worldbank.org/ieg/licus/docs/appendix_b.pdf, consulté le 1^{er} juillet 2008).
- Carvalho S. *Engaging with fragile states: an IEG review of World Bank support to low-income countries under stress. Chapter 3: Operational utility of the LICUS identification, classification, and aid-allocation system.* Washington DC, Banque mondiale, 2006 (http://www.worldbank.org/ieg/licus/docs/licus_chap3.pdf, consulté le 1^{er} juillet 2008).



33. Ikpe, E. Challenging the discourse on fragile states. *Conflict, Security and Development*, 2007, 77:84–124.
34. Collier P. *The bottom billion: why the poorest countries are failing and what can be done about it*. New York, Oxford University Press, 2007.
35. Coghlan B et al. Mortality in the Democratic Republic of Congo: a nationwide survey. *Lancet*, 2006, 367:44–51.
36. *World development indicators 2007*. Washington DC, Banque mondiale, 2007 (<http://www.go.worldbank.org/3JU2HA60DD0>, consulté le 1^{er} juillet 2008).
37. Van Lerberghe W, De Brouwere V. Etat de santé et santé de l'Etat en Afrique subsaharienne [State of health and health of the state in sub-Saharan Africa], *Afrique Contemporaine*, 2000, 135:175–190.
38. National health accounts country information for 2002–2005. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2008 (<http://www.who.int/nha/country/fr>, consulté le 2 juillet 2008).
39. Xu K et al. Protecting households from catastrophic health expenditures, *Health Affairs*, 2007, 26:972–983.
40. *Rapport sur la santé dans le monde, 2004 – Changer le cours de l'histoire : Introduction. Tableau 4 de l'annexe : espérance de vie en bonne santé dans les Etats Membres de l'OMS, estimations pour 2002*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2004 (http://www.who.int/whr/2004/annex/topic/en/annex_4_en.pdf, consulté le 2 juillet 2008).
41. *WHO global burden of disease estimates: 2004 update*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2008 (<http://who.int/healthinfo/bodestimates/en/index.html>, consulté le 2 juillet 2008).
42. *State of world population 2007. Unleashing the potential of urban growth*. New York, Fonds des Nations Unies pour la Population, 2007.
43. Vlahov D et al. Urban as a determinant of health. *Journal of Urban Health*, 2007, 84(Suppl. 1):16–26.
44. Montgomery M, Hewett, PC. *Urban poverty and health in developing countries: household and neighborhood effects demography*. New York, The Population Council, 2004 (Policy Research Division Working paper No. 184; (<http://www.popcouncil.org/pdfs/wp/184.pdf>, consulté le 1^{er} juillet 2008).
45. Satterthwaite D. *Coping with rapid urban growth*. London, Royal Institution of Chartered Surveyors, 2002 (RICS Leading Edge Series; POPLINE Document No. 180006).
46. Garenne M., Gakusi E. Transitions sanitaires en Afrique subsaharienne : présentation succincte des tendances de la mortalité chez les enfants de moins de cinq ans (1950–2000). *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, 2006, 84(6):470–478.
47. *Population and health dynamics in Nairobi's informal settlements*. Nairobi, African Population and Health Research Center Inc., 2002.
48. *Report of the knowledge network on urban settlement*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, Commission des Déterminants sociaux de la Santé, 2008.
49. *State of world population 2007. Unleashing the potential of urban growth*. New York, Fonds des Nations Unies pour la Population, 2007.
50. *Rapport sur les migrations internationales, 2006*. 2006. Département des Affaires économiques et sociales, Nations Unies, New York, 2006.
51. Abegunde D et al. The burden and costs of chronic diseases in low-income and middle-income countries. *Lancet*, 2007, 370:1929–1938.
52. *Rapport sur la santé dans le monde, 2002 – Réduire les risques et promouvoir une vie saine*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2002.
53. Amaducci L, Scarlato G, Candales L. *Italian longitudinal study on ageing. ILSA resource data book*. Rome, Consiglio Nazionale per la Ricerca, 1996.
54. Marengoni A. *Prevalence and impact of chronic diseases and multimorbidity in the ageing population: a clinical and epidemiological approach*. Stockholm, Karolinska Institutet, 2008.
55. McWhinney I. The essence of general practice. In: Lakhani M, ed. *A celebration of general practice*. Londres, Royal College of General Practitioners, 2003.
56. Kazembe LN, Namangale JJ. A Bayesian multinomial model to analyse spatial patterns of childhood co-morbidity in Malawi. *European Journal of Epidemiology*, 2007, 22:545–556.
57. Gwer S, Newton CR, Berkley JA. Over-diagnosis and co-morbidity of severe malaria in African children: a guide for clinicians. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 2007 77(Suppl. 6):6–13.
58. Starfield B et al. Comorbidity: implications for the importance of primary care in 'case' management. *Annals of Family Medicine*, 2003, 1:814.
59. Gwatkin D et al. *Socio-economic differences in health nutrition and population*. Washington DC, Banque mondiale, 2000 (Health Nutrition and Population Discussion Paper).
60. Castro-Leal F. et al. Les dépenses publiques relatives aux soins de santé en Afrique : les pauvres en profitent-ils. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, 2000, 78:66–74.
61. Enquête sur la santé dans le monde. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2008.
62. STAT compiler [online database] Calverton MD, Demographic Health Surveys (DHS), 2008 (<http://www.statcompiler.com/>, consulté le 22 juillet 2008).
63. Davidson R et al. *Country report on HNP and poverty – socio-economic differences in health, nutrition, and population within developing countries: an overview*. Produced by the World Bank in collaboration with the Government of the Netherlands and the Swedish International Development Cooperation Agency. Washington DC, Banque mondiale, 2007.
64. Strong K et al. Preventing chronic diseases: how many lives can we save? *Lancet*, 2006, 366:1578–1582.
65. *Enquête sur la santé dans le monde : calculs internes*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2008 (non publiée).
66. Ezzati M et al. Comparative risk assessment collaborating group. Estimates of global and regional potential health gains from reducing multiple major risk factors. *Lancet*, 2003, 362:271–280.
67. *Rapport de l'OMS sur l'épidémie mondiale de tabagisme 2008 : la formule MPOWER*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2008.
68. Bettcher DW, Sapirie S, Goon EH. Essential public health functions: results of the international Delphi study. *World Health Stat Q*, 1998, 51:44–54.
69. *Rapport sur la santé dans le monde, 2007 – Un avenir plus sûr, la sécurité sanitaire mondiale au XXI^e siècle*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2007.
70. Rockenschaub G, Pukkila J, Profili M. *Towards health security. A discussion paper on recent health crises in the WHO European Region*. Copenhagen, Bureau régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour l'Europe, 2007.
71. Moran M. *Governing the health care state. A comparative study of the United Kingdom, the United States and Germany*. Manchester, Manchester University Press, 1999.
72. Starfield B. *Primary care. Balancing health needs, services and technology*. New York, Oxford University Press, 1998.
73. Pongsupap Y. *Introducing a human dimension to Thai health care: the case for family practice*. Brussels, Vrije Universiteit Brussel Press, 2007.
74. Brotherton SE, Rockey PH, Etzel SI. US graduate medical education, 2004-2005: trends in primary care specialties. *Journal of the American Medical Association*, 2005, 294:1075–1082.
75. *Données de l'ODCE sur la santé 2007*. Source OCDE [base de données en ligne]. Paris, Organisation de Coopération et de Développement économiques, 18 juillet 2007 (http://www.oecd.org/document/10/0,3343,en_2649_37407_38976778_1_1_1_37407,00.html, consulté le 1^{er} juillet 2008).
76. Jindawatthana A, Jongudomsul P. Human resources for health and universal health care coverage. Thailand's experience. *Journal for Human Resources for Health* (à paraître).
77. Groupe de travail pour la fixation des priorités en matière de recherche de l'Alliance mondiale de l'OMS pour la sécurité des patients. *Summary of the evidence on patient safety. Implications for research*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2008.
78. Liamputtong P. Giving birth in the hospital: childbirth experiences of Thai women in northern Thailand. *Health Care for Women International*, 2004, 25:454–480.
79. Ammar W. *Health system and reform in Lebanon*. Beyrouth, Bureau régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour la Méditerranée orientale, 2003.
80. Whitehead M, Dahlgren G. *Concepts and principles for tackling social inequities in health: Levelling up part 1*. Copenhagen, Bureau régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour l'Europe, 2006 (Studies on Social and Economic Determinants of Population Health No. 2; <http://www.euro.who.int/document/e89383.pdf>, consulté le 15 juillet 2008).
81. Starfield B, Shi L. Policy relevant determinants of health: an international perspective. *Health Policy*, 2002, 60:201–218.
82. Schoen C et al. 2006 US health system performance: a national scorecard. *Health Affairs*, 20 September 2006 (Web Exclusive, w457–w475).
83. Gobierno de Chile. Ministerio de Salud. *Orientaciones para la programación en red*. Santiago, Subsecretaría de Redes Asistenciales, División de Gestión de Red Asistencial, 2006.
84. Suraratdecha C, Saithanu S, Tangcharoensathien V. Is universal coverage a solution for disparities in health care? Findings from three low-income provinces of Thailand. *Health Policy*, 73:272–284.
85. Tangcharoensathien V et al. Knowledge-based changes to the Thai health system. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, 2004, 82:750–756.
86. Macinko J et al. Going to scale with community-based primary care: an analysis of the family health program and infant mortality in Brazil, 1999–2004. *Social Science & Medicine*, 2007, 65:2070–2080.
87. Pongsupap Y, Boonyapaisarnchoeront T, Van Lerberghe W. The perception of patients using primary care units in comparison with conventional public hospital outpatient departments and "prime mover family practices": an exit survey. *Journal of Health Science*, 2005, 14:475–483.
88. Relman AS. The new medical-industrial complex. *New England Journal of Medicine*, 1980, 303:963–970.
89. *Aid effectiveness and health. Making health systems work*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2007 (document de travail 9, WHO/HSS/healthsystems/2007.2).
90. *Lifestyle and health*. EurActiv, 2006 (<http://www.euractiv.com/en/health/medical-devices/article-117519>, consulté le 1^{er} juillet 2008).

91. Medical Device Statistics, *PharmaMedDevice's Bulletin*, 2006 (http://www.pharmameddevice.com/App/homepage.cfm?appname=100485&linkid=23294&moduleid=3162#Medical_Device, consulté le 1^{er} juillet 2008).
92. *Medical technology industry at a glance*. Washington DC, Advanced Medical Technology Association, 2004 (<http://www.advmed.org/NR/rdonlyres/OA261055-827C-4CC6-80B6-C2D8FA04A33/0/ChartbookSept2004.pdf>, consulté le 15 juillet 2008).
93. Press room: IMS health predicts 5 to 6 percent growth for global pharmaceutical market in 2008, according to annual forecast. *IMS Intelligence Applied*, 1 November 2007 (http://www.imshealth.com/ims/portal/front/article/C/0.2777.6599_3665_82713022.00.html, consulté le 1^{er} juillet 2008).
94. Danzon PM, Furukawa MF. International prices and availability of pharmaceuticals in 2005. *Health Affairs*, 2005, 27:221–233.
95. *Panorama de la santé 2007 : les indicateurs de l'OCDE*. Paris, Organisation de Coopération et de Développement économiques, 2007.
96. Moran M. *Governing the health care state. A comparative study of the United Kingdom, the United States and Germany*. Manchester, Manchester University Press, 1999.
97. Walsh JA, Warren KS. Selective primary health care: an interim strategy for disease control in developing countries. *New England Journal of Medicine*, 1979, 301:967–974.
98. Buse K, Harmer AM. Seven habits of highly effective global public-private health partnerships: Practice and potential. *Social Science & Medicine*, 2007, 64:259–271.
99. Stillman K, Bennet S. *System wide effects of the Global Fund interim findings from three country studies*. Washington DC, United States Agency for Aid and Development, 2005.
100. Ministère de la Santé du Malawi et Banque mondiale. *Human resources and financing in the health sector in Malawi*. Washington DC, Banque mondiale, 2004.
101. Giusti D, Criel B, de Béthune X. Viewpoint: public versus private health care delivery: beyond slogans. *Health Policy and Planning*, 1997, 12:193–198.
102. Périn I, Attaran A. Trading ideology for dialogue: an opportunity to fix international aid for health. *Lancet*, 2003, 362:1216–1219.
103. Creese AL. User charges for health care: a review of recent experience. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1990 (Strengthening Health Systems Paper No. 1).
104. Macq J et al. Managing health services in developing countries: between the ethics of the civil servant and the need for moonlighting. *Human Resources for Health Development Journal*, 2001, 5:17–24.
105. Delcheva E, Balabanova D, McKee M. Under-the-counter payments for health care: evidence from Bulgaria. *Health Policy*, 1997, 42:89–100.
106. João Schwalbach et al. Good Samaritan or exploiter of illness? Coping strategies of Mozambican health care providers. In: Ferrinho P, Van Lerberghe W. eds. *Providing health care under adverse conditions. Health personnel performance and individual coping strategies*. Antwerp, ITGPress, 2000.
107. Ferrinho P et al. Pliering for survival: how health workers use access to drugs as a coping strategy. *Human Resources for Health*, 2004, 2:4.
108. McIntyre D et al. Commercialisation and extreme inequality in health: the policy challenges in South Africa. *Journal of International Development*, 2006, 18:435–446.
109. Sakboon M et al. Case studies in litigation between patients and doctors. Bangkok, The Foundation of Consumer Protection, 1999.
110. Ammar, W. *Health system and reform in Lebanon*. Beyrouth, Bureau régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour la Méditerranée orientale, 2003.
111. Macintosh M. *Planning and market regulation: strengths, weaknesses and interactions in the provision of less inequitable and better quality health care*. Genève, Réseau de connaissances sur les systèmes de santé, Commission des Déterminants sociaux de la Santé, Organisation mondiale de la Santé, 2007.
112. Inglehart R, Welzel C. *Modernization, cultural change and democracy: the human development sequence*. Cambridge, Cambridge University Press, 2005.
113. Kickbush I. Innovation in health policy: responding to the health society. *Gaceta Sanitaria*, 2007, 21:338–342.
114. Anand S. The concern for equity in health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2002, 56:485–487.
115. *Road map for a health justice majority*. Oakland, CA, American Environics, 2006 (http://www.americanenironics.com/PDF/Road_Map_for_Health_Justice_Majority_AE.pdf, consulté le 1^{er} juillet 2008).
116. Welzel I. A human development view on value change trends (1981–2006). *World Value Surveys*, 2007 (<http://www.worldvaluessurvey.org/>, consulté le 1^{er} juillet 2008).
117. World values surveys database. Madrid, World Value Surveys, 2008 (<http://www.worldvaluessurvey.com>, consulté le 2 juillet 2008).
118. *A global look at public perceptions of health problems, priorities and donors: the Kaiser/Pew global health survey*. Kaiser Family Foundation, December 2007 (<http://www.kff.org/kaiserpolls/upload/7716.pdf>, consulté le 1^{er} juillet 2008).
119. Blumenthal D, Hsiao W. Privatization and its discontents – the evolving Chinese health care system. *New England Journal of Medicine*, 2005, 353:1165–1170.
120. Lübker M. Globalization and perceptions of social inequality. *International Labour Review*, 2004, 143:191.
121. Taylor B, Thomson, K. *Understanding change in social attitudes*. Aldershot, England, Dartmouth Publishing, 1996.
122. Gajdos T, Lhommeau B. L'attitude à l'égard des inégalités en France à la lumière du système de prélèvement socio-fiscal. Mai 1999 (<http://thibault.gajdos.free.fr/pdf/cserc.pdf>, consulté le 2 juillet 2008).
123. Halman L et al. *Changing values and beliefs in 85 countries. Trends from the values surveys from 1981 to 2004*. Leiden and Boston, Brill, 2008 (European values studies 11; <http://www.worldvaluessurvey.org/>, consulté le 2 juillet 2008).
124. De Maeseener J et al. *Primary health care as a strategy for achieving equitable care: a literature review commissioned by the Health Systems Knowledge Network*. Genève, Commission des Déterminants sociaux de la Santé, Organisation mondiale de la Santé, 2007.
125. Burström K, Johannesson M, Didericksen E. Increasing socio-economic inequalities in life expectancy and QALYs in Sweden 1980-1997. *Health Economics*, 2005, 14:831–850.
126. Marmot M. Achieving health equity: from root causes to fair outcomes. *Lancet*, 2007, 370:1153–1163.
127. *Health care: the stories we tell. Framing review*. Oakland CA, American Environics, 2006 (<http://www.americanenironics.com>, consulté le 2 juillet 2008).
128. Garland M, Oliver J. *Oregon health values survey 2004*. Tualatin, Oregon Health Decisions, 2004.
129. Mullan F, Frehywot S. Non-physician clinicians in 47 sub-Saharan African countries. *Lancet*, 2007, 370:2158–2163.
130. Koblinsky M et al. *Going to scale with professional skilled care*. *Lancet*, 2006, 368:1377–1386.
131. Lehmann U, Sanders D. *Community health workers: what do we know about them? The state of the evidence on programmes, activities, costs and impact on health outcomes of using community health workers*. Geneva, World Health Organization, Département des Ressources humaines pour la santé, Données et information pour les politiques, Organisation mondiale de la Santé, 2007.
132. Bossyns P, Van Lerberghe W. The weakest link: competence and prestige as constraints to referral by isolated nurses in rural Niger. *Human Resources for Health*, 2004, 2:1–8.
133. Cheragi-Sohi S et al. What are the key attributes of primary care for patients? Building a conceptual map of patient preferences. *Health Expect*, 2006, 9:275–284.
134. Pongsupap Y, Van Lerberghe W. Choosing between public and private or between hospital and primary care? Responsiveness, patient-centredness and prescribing patterns in outpatient consultations in Bangkok. *Tropical Medicine & International Health*, 2006, 11:81–89.
135. Allen J et al. *The European definition of general practice/family practice*. Ljubljana, European Society of General Practice/Family Medicine, 2002 (http://www.globalfamilydoctor.com/publications/Euro_Def.pdf, consulté le 21 juillet 2008).
136. Gostin LO. Public health law in a new century. Part I: law as a tool to advance the community's health. *Journal of the American Medical Association*, 2000, 283:2837–2841.
137. Association canadienne de Santé publique, Santé et Bien-Être Canada et Organisation mondiale de la Santé. *Ottawa, 17-21 novembre 1986*. Genève, Département des Ressources humaines pour la santé, Organisation mondiale de la Santé, 1986 (WHO/HPR/HEP/95.1), (http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf, consulté le 2 juillet 2008).
138. Kickbusch I. The contribution of the World Health Organization to a new public health and health promotion. *American Journal of Public Health*, 2003, 93:3.
139. Jaffré Y, Olivier de Sardan JP. *Une médecine inhospitalière [Inhospital medicine]*. Paris, APAD-Karthala (Hommes et sociétés), 2003.
140. Blank RH. *The price of life: the future of American health care*. New York, Colombia University Press, 1997.
141. Weissert C, Weissert W. *Governing health: the politics of health policy*. Baltimore MD, Johns Hopkins University Press, 2006.
142. Millenson ML. How the US news media made patient safety a priority. *BMJ*, 2002, 324:1044.
143. Davies H. Falling public trust in health services: Implications for accountability. *Journal of Health Services Research and Policy*, 1999, 4:193–194.
144. Gilson L. Trust and the development of health care as a social institution. *Social Science and Medicine*, 2003, 56:1453–1468.
145. Nutley S, Smith PC. League tables for performance improvement in health care. *Journal of Health Services & Research Policy*, 1998, 3:50–57.
146. Allsop J, Baggott R, Jones K. Health consumer groups and the national policy process. In: Henderson S, Petersen AR, eds. *Consuming health: the commodification of health care*. Londres, Routledge, 2002.
147. Rao H. Caveat emptor: the construction of non-profit consumer watchdog organizations. *American Journal of Sociology*, 1998, 103:912–961.
148. Larkin M. Public health watchdog embraces the web. *Lancet*, 2000, 356:1283–1283.
149. Lee K. Globalisation and the need for a strong public health response. *The European Journal of Public Health*, 1999 9:249–250.
150. McKee M, Figueras J. Setting priorities: can Britain learn from Sweden? *British Medical Journal*, 1996, 312:691–694.
151. Daniels N. Accountability for reasonableness. Establishing a fair process for priority setting is easier than agreeing on principles. *BMJ*, 2000, 321:1300–1301.
152. Martin D. Fairness, accountability for reasonableness, and the views of priority setting decision-makers. *Health Policy*, 2002, 61:279–290.





Faire progresser et pérenniser la couverture universelle



La population attend du système de santé qu'il soit équitable. Les inégalités en matière de santé trouvent leur origine dans une situation sociale sur laquelle le système de santé n'a pas d'influence directe. Pour s'attaquer à ces causes profondes, il faut une action qui se déploie aux niveaux intersectoriel et intragouvernemental.

Le secteur sanitaire peut toutefois prendre des mesures non négligeables pour promouvoir l'équité sanitaire en interne, en s'appuyant sur un ensemble de réformes dont la finalité est d'aller vers la couverture universelle, c'est-à-dire vers un accès universel aux prestations de santé avec la protection sociale correspondante.

Chapitre 2

Le rôle central de l'équité sanitaire dans les SSP	26
Vers une couverture universelle	27
Les obstacles sur la route vers la couverture universelle	30
Interventions ciblées en complément des systèmes de couverture universelle	36
Mobilisation pour l'équité en santé	39

Le rôle central de l'équité sanitaire dans les SSP

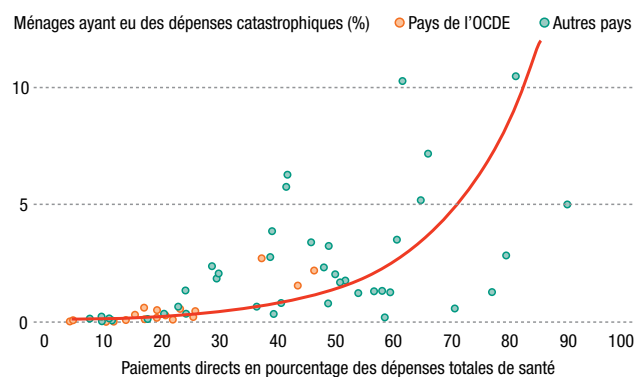
« Si tu tombes malade, tu dois faire un choix : ou bien tu renonces à te faire soigner, ou c'est ton exploitation qui y passe ». ¹ C'est la dure réalité de la vie rurale au Canada qui, il y a près d'un siècle, a incité Matthew Anderson (1882-1974) à lancer un système d'assurance-maladie qui a fini par déboucher en 1965 sur l'adoption dans tout le pays d'un régime universel d'assurance-maladie. Malheureusement, des situations tout aussi choquantes où tout le monde est perdant abondent aujourd'hui de par le monde. Voilà plus de 30 ans que la Conférence d'Alma-Ata a sonné l'appel pour une plus grande équité en matière de santé, et la plupart des systèmes de santé recourent toujours au mode de financement le plus inéquitable qui soit : le paiement direct par le malade ou sa famille au lieu où sont dispensés les soins. Il y a 5,6 milliards de personnes résidant dans des pays à faible revenu ou à revenu intermédiaire qui doivent régler plus de la moitié de leurs dépenses de santé par paiement direct. De nombreuses familles sont ainsi privées des soins dont elles ont besoin, car elles n'ont pas les moyens de les payer. Il y a également chaque année dans le monde plus de 100 millions de personnes qui sombrent dans la pauvreté par suite de dépenses de santé catastrophiques. ² Il existe quantité de données qui montrent que la protection financière est meilleure et les dépenses catastrophiques moins fréquentes dans les pays où l'on a davantage recours au prépaiement des soins qu'à leur paiement direct. Inversement, les dépenses catastrophiques sont plus fréquentes lorsque les patients doivent payer directement leurs soins là où ils sont dispensés (Figure 2.1).

Cette question de l'équité est l'une des caractéristiques les plus audacieuses des SSP, mais c'est dans ce secteur que les résultats ont été les plus inégaux et où il serait sans doute de la plus grande importance de procéder à des réformes plus efficaces. Le paiement direct des soins n'est qu'une des causes d'inégalité en matière de santé. Lorsque des contextes sanitaires profondément inégaux vont de pair avec des inégalités endémiques dans les soins dispensés, c'est l'injustice qui règne en matière de santé. ³ La prise de conscience du caractère régressif de ces tendances suscite une intolérance croissante vis-à-vis de toutes ces

disparités sanitaires qui sont à la fois inutiles, évitables et injustes. ⁴

L'ampleur des inégalités en matière de santé est aujourd'hui établie beaucoup plus en détail. Elles trouvent leur origine dans la stratification sociale et dans des disparités de nature politique qui sont extérieures au système de santé. Le revenu et le statut social ont leur importance, de même que le lieu de résidence, les conditions d'emploi ainsi que des facteurs tels que le comportement individuel, l'appartenance ethnique et le stress. ⁵ Ces inégalités trouvent également leur origine dans les divers types d'exclusion dont sont victimes les usagers, que cela concerne la disponibilité, l'accessibilité ou la qualité des soins, la charge que représente le paiement des frais ou encore les modalités de la pratique clinique. ⁶ Lorsqu'il est livré à lui-même, un système de santé ne tend pas à favoriser l'équité. La plupart des services sanitaires – les hôpitaux en particulier, mais c'est également le cas des établissements de soins de premier recours – se comportent de façon systématiquement inéquitable en ce sens qu'ils offrent plus de prestations, et de meilleure qualité, aux patients aisés qu'à ceux qui sont démunis et qui sont pourtant davantage dans le besoin. ^{7,8,9,10} Les différences de vulnérabilité et d'exposition s'ajoutent aux disparités dans les soins de santé pour conduire à des inégalités dans les issues sanitaires ; ces dernières contribuent encore à accentuer la stratification sociale qui en était déjà le point de départ. Il est rare que les gens ne se sentent pas concernés par cet enchaînement d'inégalités, et leurs préoccupations interpellent tout autant les responsables politiques que ceux qui ont la charge du système de santé.

Figure 2.1 Relation entre les dépenses catastrophiques et le paiement direct au lieu des soins ¹





Il faut intervenir dans les domaines les plus variés pour s'attaquer aux déterminants sociaux de la santé et faire en sorte que les systèmes de santé apportent davantage d'équité dans les soins.¹¹ Ces interventions vont bien au-delà des politiques sanitaires classiques et elles misent sur la mobilisation de divers acteurs et parties prenantes en dehors du secteur de la santé.¹² Elles consistent entre autres :

- à restreindre la stratification sociale, par exemple en réduisant les disparités de revenus par l'impôt ou des services publics subventionnés, en assurant une juste rémunération du travail, en mettant en place des stratégies de croissance à forte intensité de main-d'œuvre, en donnant les mêmes chances aux femmes, en assurant la gratuité de l'enseignement, etc. ;
- à réduire la vulnérabilité, par exemple en mettant en place un système de sécurité sociale pour les chômeurs et les handicapés, en créant des réseaux sociaux au niveau communautaire, en menant des politiques d'insertion sociale et en prenant des dispositions pour protéger les mères au travail ou les mères étudiantes, en offrant des allocations en espèces ou autres transferts sociaux, en offrant des repas sains et gratuits aux écoliers, etc. ;
- à protéger, notamment les personnes défavorisées, contre toute exposition à des dangers menaçant leur santé, par exemple en édictant des règles de sécurité relatives à l'environnement physique et social, en assurant l'approvisionnement en eau potable et l'assainissement, en encourageant un mode de vie sain, en prenant des dispositions pour assurer la salubrité des logements, etc. ;
- à atténuer les conséquences des disparités dans les issues sanitaires qui contribuent à renforcer la stratification sociale, par exemple en s'opposant au licenciement abusif des malades.

La nécessité de recourir à des stratégies aussi diverses est susceptible d'avoir un effet dissuasif sur certains responsables du secteur sanitaire qui pourraient penser que les inégalités en matière de santé constituent un problème de société sur lequel ils n'ont guère les moyens d'agir. Il leur incombe pourtant de se pencher sur le problème. Leurs choix en matière de politique sanitaire déterminent dans quelle mesure les

systèmes de santé vont renforcer ou au contraire atténuer les inégalités et quelle sera leur capacité de mobilisation sur le thème de l'équité tant au sein du gouvernement que de la société civile. Ces choix jouent également un rôle capital dans la réponse de la société aux citoyens qui aspirent à davantage d'équité et de solidarité. La question n'est donc pas de savoir si les responsables du secteur santé sont effectivement en mesure de mettre en œuvre plus efficacement des stratégies susceptibles d'aboutir à davantage d'équité dans les prestations, mais comment ils peuvent procéder pour y parvenir.

Vers une couverture universelle

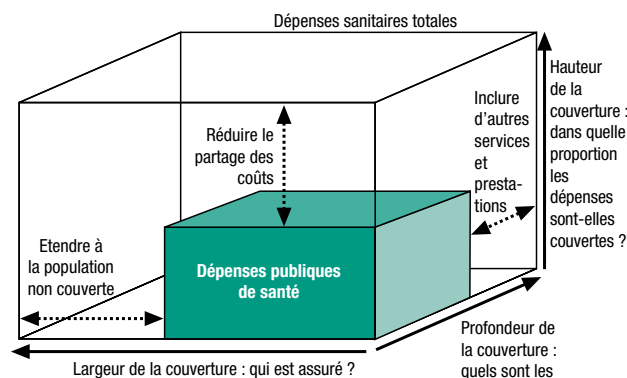
Pour assurer l'équité dans le domaine de la santé, il y a une disposition fondamentale qu'un pays peut prendre, c'est de s'orienter vers la couverture universelle : il s'agit par là d'assurer à la population une protection sociale qui lui permette d'avoir un accès universel à l'ensemble des services, personnels ou non, dont elle a besoin. Que la couverture universelle soit financée par l'impôt, qu'elle soit organisée sur la base d'un système d'assurances sociales ou des deux à la fois, les principes sont les mêmes : mise en commun de contributions payées à l'avance et fixées en fonction des ressources pécuniaires de chacun et utilisation de ces fonds pour assurer des prestations accessibles et des soins de qualité à ceux qui en ont besoin sans les exposer à des dépenses catastrophiques.^{14,15,16} En elle-même, la couverture universelle ne suffit pas à assurer la santé pour tous et l'équité des prestations – dans les pays où existe une couverture universelle ou quasi universelle, des inégalités demeurent –, mais elle en constitue le fondement indispensable.⁹

La couverture universelle est certes d'une importance fondamentale pour parvenir à l'équité sanitaire, mais il est rare qu'elle suscite facilement le consensus social. D'ailleurs, dans les pays où elle a été mise en place ou tout du moins acceptée en tant qu'objectif politique, c'est une idée qui rencontre souvent une forte opposition au début, par exemple de la part des associations de professionnels de la santé qui s'inquiètent des répercussions que des systèmes d'assurance-maladie gérés par la puissance publique pourraient avoir sur leurs revenus et leurs conditions de travail, ou encore de certains experts financiers soucieux de

mettre un frein aux dépenses publiques. Comme cela a été le cas pour d'autres droits, qui sont aujourd'hui considérés comme allant de soi dans presque tous les pays à revenu élevé, la couverture sanitaire universelle ne s'est imposée qu'à l'issue de luttes et de mouvements sociaux ; elle n'a pas été spontanément accordée par les dirigeants politiques. Il est maintenant largement admis que ce type de couverture fait simplement partie de l'ensemble des obligations de base que doit remplir tout gouvernement légitime vis-à-vis de ses citoyens. En soi, elle constitue un acquis politique qui entre dans le processus de modernisation de la société.

Les pays industrialisés, notamment en Europe, ont commencé à mettre en place des systèmes de protection sociale dans le domaine sanitaire à partir de la fin du XIX^e siècle, la tendance à la couverture universelle se manifestant au cours de la seconde moitié du XX^e siècle. Les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire ont désormais la possibilité d'adopter un système comparable. Le Costa Rica, le Mexique, la République de Corée, la Thaïlande et la Turquie figurent parmi ceux qui ont déjà mis en place des systèmes ambitieux de

Figure 2.2 Les trois directions de la progression vers la couverture universelle¹⁷



couverture universelle, et ce sensiblement plus vite que ne l'ont fait dans le passé les pays industrialisés. Des options similaires sont en cours d'évaluation dans d'autres pays.¹⁴ Sur le plan technique, le problème qui se pose pour passer à la couverture universelle tient au fait qu'il faut la développer dans trois directions (Figure 2.2).

La largeur de la couverture – c'est-à-dire la proportion de la population bénéficiant de la protection sociale et sanitaire – doit s'accroître progressivement pour prendre en compte la

Encadré 2.1 Les meilleures pratiques pour progresser vers la couverture universelle

Mettre l'accent sur le prépaiement dès le départ. De nombreuses années peuvent s'écouler avant que l'ensemble de la population puisse avoir accès aux services et aux prestations de santé ainsi qu'à une protection financière vis-à-vis des coûts qu'implique le recours à ces services : il a fallu 36 ans au Japon et au Royaume-Uni pour y parvenir.¹⁴ Le chemin peut paraître désespérément long, en particulier dans le cas des pays les plus pauvres où les réseaux de soins ne sont guère développés, où les systèmes de protection financière sont embryonnaires et où le secteur sanitaire dépend en grande partie de financements extérieurs. Toutefois, il est crucial, tout particulièrement pour ces pays, de s'orienter de très bonne heure vers un système de prépaiement et de résister à la tentation de faire payer l'utilisateur. Mettre en place et pérenniser des mécanismes appropriés de prépaiement permettent de se doter de la capacité institutionnelle à gérer le financement du système tout en élargissant l'offre de services à des prestations qui font généralement défaut en pareille situation.

Coordonner les sources de financement. Pour organiser la couverture universelle, il est nécessaire de prendre en considération toutes les sources de financement dont dispose le pays : publiques, privées, extérieures et intérieures. Dans les pays à faible revenu, il est particulièrement important de canaliser le financement international vers les systèmes naissants de prépaiement et de mise en commun des cotisations et les institutions qui en ont la charge plutôt que de le consacrer à des projets ou à des programmes. Ce mode d'acheminement des fonds a un double but. Il permet de rendre le financement extérieur plus stable et plus prévisible et facilite la mise en place des moyens institutionnels qui permettront de développer et d'élargir de façon équilibrée l'offre de soins, leur accessibilité et la protection financière correspondante.

Fusionner les systèmes pour progresser vers la couverture totale. Dans de nombreux pays disposant de ressources et de moyens administratifs limités, on a expérimenté une multitude de systèmes d'assurance volontaire : réseau communautaire d'assurance-maladie, système d'assurance coopérative médicale, système d'assurance financé par l'employeur ou autres formules d'assurance privée, afin d'encourager le prépaiement et la mise en commun des cotisations et de se préparer à la mise en place d'un système national plus complet.¹⁸ Ces systèmes ne sauraient se substituer à la couverture universelle même s'ils peuvent constituer les éléments d'un système universel.¹⁸ Réaliser la couverture universelle suppose la coordination ou la fusion progressive de tous ces systèmes en un ensemble cohérent qui permette de couvrir tous les groupes de population¹⁵ et d'établir des liens avec les programmes de protection sociale au sens large.¹⁹



population non assurée, c'est-à-dire les groupes qui n'ont pas accès aux prestations ou aux services ou qui n'ont pas de protection sociale contre les conséquences financières des soins auxquels ils peuvent prétendre. L'élargissement de la couverture sanitaire est un processus complexe de développement progressif et de fusion des divers systèmes (Encadré 2.1). Lors de ce processus, il faut veiller à mettre en place des garde-fous destinés à protéger les plus pauvres et les plus vulnérables en attendant qu'ils soient couverts. Étendre la couverture à l'ensemble de la population peut prendre des années mais, comme le montre l'expérience récemment acquise dans un certain nombre de pays à revenu intermédiaire, il est possible de progresser plus rapidement que cela n'a été le cas dans les pays industrialisés au cours du XX^e siècle.

Parallèlement, il faut également accroître la *profondeur de la couverture* en étendant la gamme des prestations et services essentiels qui sont nécessaires pour répondre efficacement aux besoins sanitaires de la population, en tenant

compte de sa demande et de ses attentes ainsi que des ressources que la société est désireuse et capable d'affecter à la santé. Déterminer le « paquet essentiel » de prestations correspondantes peut, dans ce cas, jouer un rôle déterminant, dans la mesure tout du moins où l'on procède de manière appropriée (Encadré 2.2).

La troisième direction dans laquelle il faut aussi progresser consiste dans la *hauteur de la couverture*, c'est-à-dire la proportion du coût des soins de santé qui sera couverte par la mise en commun des cotisations et les mécanismes de prépaiement, en réduisant la participation financière de l'utilisateur sous forme de paiement direct au lieu où sont donnés les soins. Au cours des années 1980 et 1990, de nombreux pays ont opté pour une certaine participation financière de l'utilisateur afin d'apporter de l'argent frais aux services en difficulté, fréquemment dans le cadre général d'un désengagement de l'État et d'une réduction des ressources publiques allouées à la santé. La plupart des pays ont pris ces mesures sans songer à l'ampleur des dégâts qu'elles allaient

Encadré 2.2 Définition des « forfaits essentiels » : que faut-il faire pour passer de la théorie à la pratique ?

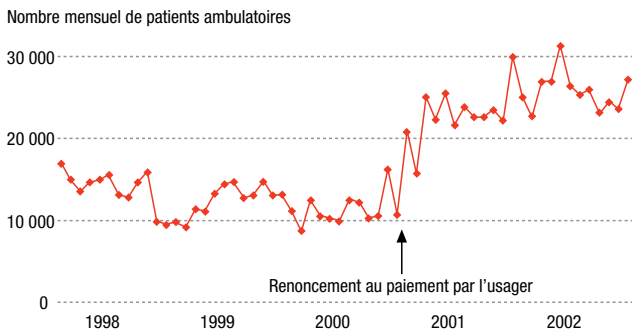
Ces dernières années, de nombreux pays à faible revenu ou à revenu intermédiaire (55 sur un échantillon de 69 passés en revue en 2007) se sont livrés à des études afin de définir les services et les prestations forfaitaires qu'il faudrait, selon eux, mettre à la disposition de tous les citoyens. C'est là une des stratégies clés pour améliorer l'efficacité des systèmes de santé et parvenir à une meilleure équité dans la répartition des ressources. Elle est supposée officialiser la fixation des priorités, le rationnement des soins et les compromis entre largeur et profondeur de la couverture.

Dans l'ensemble, les tentatives en vue de rationaliser les prestations de services en définissant des forfaits de prestations n'ont pas été particulièrement fructueuses.²⁴ Dans la plupart des cas, ces forfaits se limitent aux soins de santé maternelle et infantile ainsi qu'au traitement de problèmes de santé considérés comme des priorités sanitaires au niveau mondial. Le peu d'attention accordée par exemple aux maladies chroniques et non transmissibles confirme que les transitions démographique et épidémiologique n'ont pas été appréciées à leur juste valeur et que ni les besoins ressentis ni la demande n'ont été pris en considération. Ces forfaits donnent rarement des indications sur la répartition des tâches et des responsabilités ou sur les caractéristiques qui définissent les soins primaires, telles que complétude, continuité ou soins centrés sur la personne.

Pour définir des forfaits de prestations plus significatifs, une démarche plus élaborée s'impose. La manière dont le Chili a énuméré dans le détail les droits de ses citoyens sur le plan sanitaire²⁵ permet de dégager un certain nombre de principes et de bonnes pratiques.

- Il ne faut pas se limiter à un ensemble de priorités définies d'avance : il faut prendre en considération la demande ainsi que l'ensemble des besoins sanitaires.
- Il faut préciser quels types de prestations seront offerts au niveau primaire et au niveau secondaire.
- Il faut établir le coût de la mise en œuvre du forfait de manière à ce que les décideurs politiques sachent quelles prestations seront exclues au cas où le financement resterait insuffisant.
- Il faut disposer de mécanismes institutionnalisés en vue d'une analyse factuelle des prestations et services forfaitaires.
- Les assurés doivent être informés des prestations et services auxquels ils ont droit, avec une procédure de médiation en cas de refus de remboursement. Le Chili a fait de grands efforts pour faire en sorte que le forfait proposé corresponde aux attentes de sa population, en mettant en place les structures voulues et en procédant à des études et à des enquêtes de manière à recueillir les réclamations et les craintes des usagers.²⁶

Figure 2.3 Répercussions du renoncement au paiement par l'utilisateur sur la fréquentation des services ambulatoires dans le district de Kisoro, en Ouganda : fréquentation des services ambulatoires 1998-2002²³



causer. Dans bien des cas, le recours aux services de santé a reculé de façon spectaculaire, en particulier dans les groupes vulnérables,²⁰ parallèlement à une augmentation de la fréquence des dépenses catastrophiques. Depuis lors, certains pays ont revu leur position ; ils ont entamé la suppression progressive de cette mesure et compensé les pertes de revenu en puisant dans les fonds communs (subventions ou contrats passés par les pouvoirs publics, systèmes d'assurance ou de prépaiement).²¹ Il en est résulté une augmentation sensible dans l'utilisation des services, notamment par les personnes défavorisées.²⁰ En Ouganda, par exemple, le recours aux services de santé a augmenté de manière soudaine et spectaculaire et cette augmentation s'est maintenue après la suppression du paiement par l'utilisateur. (Figure 2.3).^{22,23}

Le prépaiement et la création d'un fonds commun abondé par les cotisations sont une manière d'institutionnaliser la solidarité entre les citoyens aisés et ceux qui le sont moins, ainsi qu'entre les personnes en bonne santé et les malades. Cela permet de lever les obstacles à l'utilisation des services et de réduire le risque, pour ceux qui tombent malades, d'avoir à régler des frais catastrophiques. Enfin, cela permet de réinvestir dans l'offre, la diversité et la qualité des prestations et des services.

Les obstacles sur la route vers la couverture universelle

Toutes les réformes en vue d'assurer une couverture universelle doivent s'efforcer de trouver un compromis entre le rythme d'accroissement de la couverture et la largeur, la profondeur et la

hauteur de cette dernière. Cela étant, les modalités selon lesquelles les pays définissent leurs stratégies et orientent leurs réformes dépendent pour une grande part des particularités de leur situation nationale.

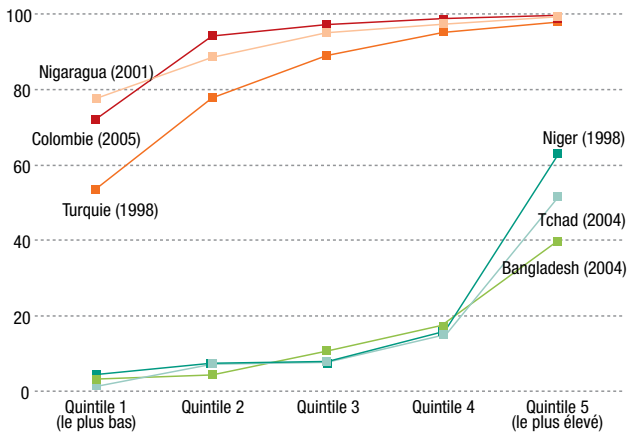
Dans certains pays, une très grande partie de la population vit dans des zones extrêmement déshéritées, où l'infrastructure médico-sanitaire est absente ou défaillante. C'est à ces pays d'exclusion massive que l'on pense spontanément lorsque l'on parle de « passer à l'échelle supérieure ». Il s'agit de régions pauvres ou de zones rurales reculées où l'on n'a pas encore mis en place de réseaux de soins, ou encore de secteurs dans lesquels, après des années de négligence, l'infrastructure sanitaire n'existe que sur le papier. C'est le genre de chose que l'on peut voir dans des pays à faible revenu comme le Tchad, le Bangladesh ou le Niger (Figure 2.4) et qui est monnaie courante dans les zones de conflit et d'après-conflit désertées par les agents de santé et dont l'infrastructure sanitaire détruite doit être réédifiée en partant de zéro.

Dans d'autres régions du monde, il s'agit de faire en sorte que l'aide sanitaire parvienne à des populations très dispersées, comme c'est le cas par exemple pour les petits Etats insulaires, les régions désertiques ou montagneuses reculées, les populations nomades ou certaines populations autochtones. Pour assurer l'accès à des soins de qualité dans ces conditions, il faut se colleter avec les déséconomies d'échelle, le faible effectif des populations et leur dispersion, les contraintes logistiques que pose le transfert des malades, les difficultés résultant d'une infrastructure et de moyens de communication restreints ou encore, dans certains cas, avec des problèmes techniques plus spécifiques, par exemple la tenue de dossiers médicaux pour des populations nomades.

C'est un problème d'un autre genre qui se pose lorsqu'il s'agit d'étendre la couverture là où les inégalités ne sont pas consécutives à l'absence d'infrastructure médico-sanitaire mais au mode d'organisation et de réglementation des soins, tout particulièrement lorsque ceux-ci sont payés directement par le patient soit officiellement soit sous la forme de dessous-de-table. En pareil cas, la sous-utilisation des services disponibles est principalement le fait de personnes défavorisées, ceux qui les utilisent étant de leur côté exposés à un risque de dépenses catastrophiques. Ce type



Figure 2.4 Les différents types d'exclusion : privation massive dans certains pays, marginalisation des personnes défavorisées dans d'autres. Accouchements assistés par un personnel médicalement qualifié, en fonction des groupes de revenu²⁷



d'exclusion s'observe dans des pays tels que la Colombie, le Nicaragua ou la Turquie (Figure 2.4). La situation est particulièrement frappante dans de nombreuses zones urbaines de pays à revenu faible ou intermédiaire, dans lesquelles, en l'absence de réglementation, prolifèrent toutes sortes de fournisseurs de soins à but commercial dont les prestations sont aussi coûteuses que médiocres.

La section suivante explique en détail comment s'attaquer à ce genre de situation.

Mise en place de réseaux de soins primaires pour réduire les disparités dans l'offre de soins

Dans les zones où une population nombreuse ne dispose pas de services de santé ou dans lesquelles ces services sont largement insuffisants ou trop fragmentés, il faut créer ou recréer l'infrastructure médico-sanitaire de base, souvent en partant de zéro. Dans ces zones, les moyens sont souvent extrêmement limités et souffrent fréquemment de la présence de conflits ou de situations d'urgence complexes, l'ampleur des insuffisances au niveau des services, mais également dans d'autres secteurs, créant des difficultés et des problèmes d'ordre logistique pour le déploiement des personnels de santé. En pareille situation, le planificateur est confronté à un dilemme stratégique fondamental : ou bien donner la priorité au développement massif d'un ensemble limité d'interventions accessibles à toute la population

ou au contraire mettre progressivement en place des systèmes de soins de santé primaires plus complets, district par district.

Au nom de l'équité et de la nécessité de faire avancer rapidement les choses, certains prôneraient une démarche consistant à mettre simultanément en place un nombre restreint de programmes prioritaires destinés à l'ensemble des habitants des régions démunies. Cette option permet de confier certaines tâches à des personnels peu qualifiés, à des non-professionnels ou à des bénévoles et, par conséquent, d'étendre rapidement la couverture. Elle joue encore un rôle essentiel dans ce que la communauté internationale recommande souvent pour les zones rurales des pays les plus pauvres,²⁸ et c'est une option qui a été retenue depuis une trentaine d'années par un nombre important de pays. L'Éthiopie, par exemple, déploie actuellement 30 000 agents de vulgarisation sanitaire qui assurent un nombre limité d'interventions préventives prioritaires à un très grand nombre de personnes. Il est souvent parfaitement reconnu que les faibles qualifications de ces personnels constituent un facteur limitant,²⁹ mais les agents éthiopiens de vulgarisation sanitaire ne sont plus aussi frustes qu'auparavant et ils bénéficient maintenant d'une année de formation de niveau supérieur au grade 10. Néanmoins, ces qualifications rudimentaires tendent à renforcer l'option en faveur d'un nombre restreint d'interventions efficaces mais simples.

Étendre à l'ensemble de la population un nombre limité d'interventions a l'avantage d'assurer une couverture rapide de cette dernière et de concentrer les moyens sur ce que l'on sait être d'un bon rapport coût/efficacité. L'ennui c'est que, lorsque les gens ont un problème de santé, ils veulent qu'on s'en occupe, que ce problème entre ou non dans les priorités programmatiques qui sont proposées. Si l'on ne prend pas suffisamment en compte cet aspect de la demande, on ouvre la voie aux « colporteurs de médicaments », « docteurs-piqûre » et autres prestataires de services qui peuvent alors tirer parti des ouvertures commerciales que leur offrent ces besoins sanitaires non satisfaits. Pour les malades, c'est une option séduisante mais qui se révèle souvent dangereuse et génératrice d'abus. Par rapport à l'absence totale d'action sanitaire, il est incontestablement bénéfique d'assurer à grande échelle un ensemble

limité d'interventions, d'autant plus que la possibilité de recourir à des personnels peu qualifiés en fait une option intéressante. Toutefois, les améliorations se révèlent souvent plus difficiles qu'on ne le pensait initialement³⁰ et, dans l'intervalle, on perd un temps, des ressources et une crédibilité que l'on aurait pu valablement investir dans une infrastructure de soins de santé primaires plus ambitieuse, mais aussi plus durable et plus efficace.

L'autre option consiste à mettre progressivement en place un système de soins de santé primaires district par district sous la forme d'un réseau d'établissements de soins disposant des moyens hospitaliers nécessaires. Il est évident que ce genre de démarche comporte également des interventions prioritaires, mais intégrées dans un ensemble complet de soins primaires. Le centre de soins primaires constitue la base de départ du développement : c'est une infrastructure professionnalisée où sont organisés les contacts avec la communauté et qui est capable de résoudre les problèmes et de procéder à une extension modulaire de sa gamme d'activités. La mise en place progressive en République islamique d'Iran d'une couverture sanitaire en milieu rural constitue un exemple impressionnant de l'application de ce modèle. Comme l'a dit l'un des pères de la stratégie SSP de ce pays : « il était impossible de lancer ce projet dans toutes les provinces à la fois, alors nous avons décidé de nous occuper d'une seule province chaque année » (Encadré 2.3).

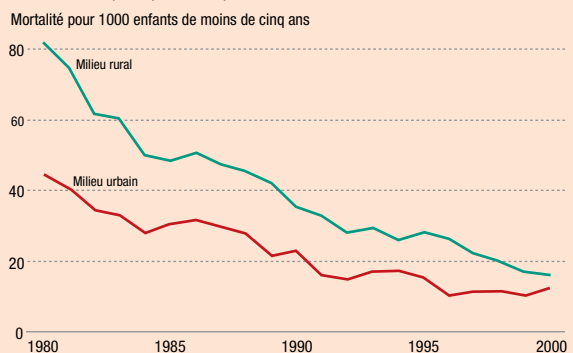
L'absence d'un effectif stable de cadres moyens ayant de bonnes qualités d'animateurs pour organiser les districts sanitaires et capables de soutenir année après année l'effort nécessaire pour obtenir des résultats durables au bénéfice de toute la population constitue le facteur limitant de l'édification progressive des réseaux de soins de santé primaires. Là où cette mise en place a été effectuée sous une forme purement administrative, elle a conduit à des déceptions : de nombreux districts sanitaires n'ont qu'une existence théorique. Mais là où l'on a su correctement tirer parti des impatiences et de la pression en faveur d'une visibilité à court terme, la satisfaction des besoins sans pour autant négliger la demande ainsi que la participation de la population et des principales parties prenantes ont permis d'édifier de solides réseaux de soins de santé primaires,

Encadré 2.3 Comment la République islamique d'Iran s'attache à combler le fossé entre zones urbaines et zones rurales par une extension progressive de la couverture SSP en milieu rural³¹

Au cours des années 1970, les pouvoirs publics iraniens ont adopté des politiques qui mettaient l'accent sur la prévention en tant qu'investissement à long terme, sur l'affectation de ressources aux zones rurales ou défavorisées, ou encore sur la priorité accordée aux soins ambulatoires par rapport aux soins en milieu hospitalier. Un réseau d'équipes de district chargées de gérer et de superviser près de 2500 centres ruraux de village a été mis en place. Ces centres sont animés par une équipe constituée d'un généraliste, d'une sage-femme, d'une infirmière et de plusieurs techniciens sanitaires. Chacun de ces centres ruraux de santé supervise une à cinq antennes sanitaires plus restreintes désignées sous le nom de « maisons de santé ». Grâce à la présence de 17 000 de ces maisons de santé, plus de 90 % de la population rurale peut accéder aux soins. Dans les zones rurales écartées, le personnel de ces maisons de santé est constitué de behvarz c'est-à-dire des agents de santé polyvalents, qui sont choisis par la communauté, reçoivent une formation de 12 à 18 mois et sont ensuite recrutés par l'Etat. Ce sont les équipes de district qui donnent cette formation, basée sur la solution de problèmes, tout en assurant en permanence la supervision de ces établissements et en leur apportant une aide constante.

Cette stratégie a été mise progressivement en place, l'extension de la couverture s'effectuant province après province. Au fil des années, le réseau de SSP s'est développé et il est maintenant capable de desservir les quelque 24 millions de personnes qui vivent dans des villages et de petites agglomérations, en rapprochant les lieux de soins de l'endroit où les gens vivent et travaillent ainsi qu'en formant le personnel sanitaire auxiliaire nécessaire à la planification familiale, aux soins préventifs ainsi qu'au traitement de la plupart des problèmes de santé. Le taux d'utilisation des services sanitaires en milieu rural est maintenant identique à celui qu'on observe en milieu urbain. La mise en place progressive de ce système a permis de réduire les disparités de mortalité juvénile entre les zones rurales et les zones urbaines (Figure 2.5).

Figure 2.5 Mortalité des moins de cinq ans en milieux rural et urbain, République islamique d'Iran, 1980–2000³²





même dans des situations de conflit ou d'après-conflit très difficiles où les ressources étaient limitées (Encadré 2.4).

Dans la pratique, il est fréquent que la distinction entre le déploiement rapide des interventions prioritaires et la mise en place progressive des réseaux de santé primaires ne soit pas aussi nette qu'on l'a indiqué plus haut. Quoi qu'il en soit et

malgré cette convergence, s'efforcer de maintenir un équilibre entre vitesse et durabilité constitue un véritable dilemme politique.³⁰ On a vu au Mali, entre autres pays, que lorsqu'on lui donne le choix, la population opte volontiers pour une mise en place progressive des centres de santé communautaires, dont la communauté locale est propriétaire de l'infrastructure et employeur du

Encadré 2.4 La robustesse des systèmes de santé pilotés par les SSP : 20 ans de progression à Rutshuru, République démocratique du Congo

Rutshuru est un district sanitaire situé dans l'est du pays. Il possède un réseau de centres de santé, un hôpital de recours et une équipe de gestion districale à laquelle participe la communauté depuis des années sous l'impulsion de comités locaux. Rutshuru a connu de sérieuses contraintes au fil des années, qui ont mis à l'épreuve la robustesse du système sanitaire de district.

Au cours des 30 dernières années, l'économie du pays a fortement décliné. Le PIB est tombé de US \$300 par habitant au cours des années 1980 à moins de US \$100 à la fin des années 1990. Lorsque l'Etat s'est désengagé du secteur sanitaire, l'appauvrissement de la population, déjà considérable, s'est encore aggravé. A cela s'est ajoutée l'interruption de l'aide extérieure au développement au début des années 1990. C'est dans un tel contexte que Rutshuru a été le théâtre de luttes interethniques, avec un afflux massif de réfugiés et deux guerres successives. Cet enchaînement de catastrophes a gravement perturbé les conditions de travail des professionnels de la santé ainsi que l'accès aux services de santé des 200 000 personnes habitant le district.

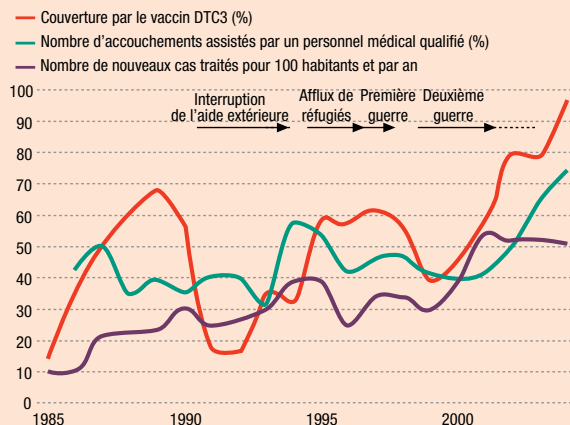
Néanmoins, au lieu de s'effondrer, les services de SSP ont poursuivi leur développement année après année. Les centres de santé se sont multipliés et leur activité s'est accrue (Figure 2.6) ; la qualité des soins s'est améliorée pour les cas aigus (le taux de létalité des césariennes est passé de 7 % à moins de 3 %) ainsi que pour les malades chroniques (au moins 60 % des tuberculeux ont été traités avec succès). Ne disposant en permanence et en tout et pour tout que de 70 infirmières et de trois médecins, alors qu'ils étaient plongés en plein milieu des conflits et des catastrophes, les centres de santé et l'hôpital de district ont traité plus de

1 500 000 épisodes morbides en l'espace de 20 ans, vacciné plus de 100 000 nourrissons, prodigué des soins obstétricaux à 70 000 femmes et procédé à 8000 interventions chirurgicales. On voit donc que, même dans des conditions catastrophiques, un système de santé districale robuste peut encore accroître son activité soignante.

Ces résultats ont été obtenus avec des moyens modestes. Les paiements directs se montaient à US \$0,5 par habitant et par an. Les organisations non gouvernementales ont subventionné le district à hauteur de US \$1,5 par habitant et par an en moyenne. La participation des pouvoirs publics a été pratiquement nulle pendant la majeure partie de ces 20 années. La poursuite de l'activité dans ces circonstances extrêmement difficiles peut s'expliquer par le travail d'équipe et un processus décisionnel collégial, des efforts sans faille pour constituer et maintenir un effectif minimum d'agents dévoués, et également un soutien non gouvernemental limité mais constant qui a permis de garantir un apport minimum de ressources aux établissements de soins et a donné à l'équipe de gestion du district sanitaire la possibilité de rester en contact avec le monde extérieur.

On peut tirer trois enseignements de cette expérience. Dans le long terme, des districts sanitaires pilotés par les SSP constituent un modèle d'organisation suffisamment robuste pour résister à des conditions extrêmement défavorables. En assurant un soutien financier et un encadrement minimum à ces districts, il est possible d'obtenir des résultats très importants tout en retenant les personnels de santé nationaux et en leur donnant un pouvoir de décision. Les services de santé locaux sont largement en mesure de faire face aux situations de crise.³³

Figure 2.6 Amélioration du volume des soins en pleine période de catastrophe : Rutshuru, République démocratique du Congo, 1985-2004³³



personnel, et qui constituent la base des districts sanitaires fonctionnels.

Il est crucial de ne pas ramener le souci d'équité à la recherche « du plus petit commun dénominateur » : l'égalité d'accès pour tous à un ensemble de services laisse largement à désirer. La qualité et la durabilité sont deux éléments importants, en particulier du fait qu'il est absolument nécessaire aujourd'hui de mettre de l'ordre chez les innombrables fournisseurs publics ou privés de soins de toutes sortes, aussi divers que dynamiques, et avec ou sans but lucratif. La mise en place progressive des services de santé fournit l'occasion d'établir la cohérence nécessaire à l'exercice de l'autorité dans les prestations de soins au niveau du district. Il existe des exemples caractéristiques à grande échelle de cette démarche dans les pays en développement comme l'externalisation des services de santé de district au Cambodge ou l'intégration d'hôpitaux de mission « désignés comme hôpitaux de district », en Afrique de l'Est. Néanmoins, on ne peut se soustraire à la nécessité d'un investissement massif et durable pour étendre et pérenniser les districts sanitaires, ni se dissimuler que cela représente un lourd défi à relever dans un contexte de croissance économique léthargique et de stagnation des dépenses de santé.

L'extension des réseaux de soins dans les zones mal desservies dépend des initiatives et des mesures d'incitation prises par les pouvoirs publics. Un moyen d'accélérer l'extension de la couverture consiste à modifier les modalités d'allocation budgétaire (ou les spécifications contractuelles) de manière à ce qu'elles correspondent aux efforts supplémentaires nécessaires pour établir le contact avec les populations difficiles à atteindre. Plusieurs pays ont pris des mesures dans ce sens. Par exemple, en janvier 2004, la République-Unie de Tanzanie a adopté, pour l'affectation de fonds communs aux districts, une formule révisée qui consiste à substituer à la charge de mortalité et au niveau de pauvreté la taille de la population et la mortalité des moins de cinq ans, tout en tenant compte de la différence de coût due au fait que ces prestations de services ont lieu en milieu rural ou dans des zones faiblement peuplées. De même en Ouganda, les allocations de ressources aux districts dans le cadre du budget pour les SSP prennent en compte l'indice de développement humain et le niveau de

financement sanitaire extérieur des districts en plus de la taille de la population. Les districts qui ont des problèmes de sécurité ou qui ne disposent pas d'un hôpital bénéficient d'allocations supplémentaires.²⁰ Au Chili, les budgets sont alloués en fonction de la taille de la population mais, dans le cadre de la réforme des SSP, ils ont été corrigés en utilisant un indice de développement humain établi par les municipalités ainsi qu'un facteur destiné à tenir compte de l'isolement des zones mal desservies.

Surmonter l'isolement des populations dispersées

Permettre à des populations dispersées d'accéder aux services pose souvent un problème logistique décourageant, mais certains pays ont fait preuve de créativité pour le résoudre. La mise en place de mécanismes permettant d'échanger les expériences et les résultats novateurs a indiscutablement constitué une mesure clé, par exemple par le truchement de l'initiative « îles-santé » lancée lors de la réunion des ministres et responsables de la santé à Yanuca (Fidji) en 1995.³⁴ Cette initiative permet aux responsables des politiques sanitaires et aux praticiens d'unir leurs forces pour s'attaquer aux problèmes qui menacent la santé et le bien-être des insulaires dans une perspective explicitement plurisectorielle axée sur l'extension de la couverture des soins curatifs, mais visant également à renforcer les stratégies de promotion de la santé et l'action intersectorielle sur les déterminants de la santé et l'équité sanitaire.

Grâce à l'initiative « îles-santé » et à d'autres expériences de ce genre, un certain nombre de principes se sont révélés d'une importance cruciale pour la progression de la couverture universelle dans ce contexte. Le premier d'entre eux concerne la collaboration en vue de la mise en place d'une infrastructure permettant une efficacité maximale. Une communauté isolée peut être dans l'incapacité de disposer des ressources essentielles nécessaires à l'extension de la couverture, qu'il s'agisse de l'infrastructure, des technologies ou des ressources humaines (notamment eu égard à la formation du personnel). Toutefois, lorsque ces communautés mettent leurs forces en commun, elles peuvent disposer de ces ressources pour un coût abordable.³⁵ Un deuxième élément stratégique est constitué par



les « ressources mobiles », c'est-à-dire celles qui sont capables de surmonter les distances et les obstacles géographiques de manière efficiente et pour un coût modique. En fonction du contexte, cet élément stratégique peut englober les transports, les communications radio et autres technologies de l'information et de la communication. Les télécommunications peuvent permettre au personnel moins bien qualifié des centres de santé situés en première ligne de recevoir à distance et en temps réel les conseils et les directives de spécialistes.³⁶ Enfin, le financement des soins destinés aux populations dispersées soulève des difficultés particulières qui sont souvent à l'origine de dépenses par habitant plus élevées que dans le cas de populations plus regroupées. Dans les pays dont le territoire comporte des zones faiblement et fortement peuplées, il est vraisemblable que les populations dispersées devront être subventionnées. Après tout, l'équité ne va pas sans la solidarité.

Des alternatives à des services commerciaux dérégulés

En milieux urbain et périurbain, les services de santé sont physiquement à la portée des défavorisés et autres populations vulnérables. Toutefois, la présence d'une multitude de prestataires de soins n'implique pas que ces groupes soient à l'abri des maladies ni qu'ils puissent recevoir des soins de qualité quand ils en ont besoin : les plus privilégiés accèdent généralement plus facilement aux meilleurs services, qu'ils soient publics ou privés, car ils ont facilement le dessus dans la compétition qui s'instaure *de facto* pour l'appropriation des maigres ressources. En zones urbaines et, de plus en plus, dans les zones rurales d'un grand nombre de pays à revenu faible ou intermédiaire – de l'Inde et du Viet Nam à l'Afrique subsaharienne –, une part importante des soins de santé dispensés aux populations défavorisées est assurée par de petites unités, à but lucratif ou non, échappant en grande partie à la réglementation et souvent dépourvues d'une autorisation d'exercer. Il est fréquent que ces prestataires travaillent parallèlement à des services publics défaillants et qu'ils captent une part extrêmement importante du marché des soins, les programmes de promotion de la santé et de prévention étant totalement laissés de côté. Du fait de certains intérêts catégoriels, l'action

en faveur de la couverture universelle est rendue paradoxalement plus difficile dans ces conditions que dans les zones où l'enjeu est de mettre en place des réseaux de soins en partant de zéro.

Ce sont des situations où coexistent souvent des problèmes de gestion financière, la mauvaise qualité et la dangerosité des soins ainsi que l'impossibilité, pour la population, d'obtenir les services dont elle a besoin.^{37,38,39,40,41,42,43,44,45,46} L'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) estime que 47 % de la population d'Amérique latine n'a pas accès aux services dont elle a besoin.⁴⁷ Les raisons en sont peut-être plus générales : pauvreté, appartenance à une ethnie ou à un sexe déterminés ou encore mauvais ciblage des ressources du système de santé. Cela peut aussi s'expliquer par l'absence de systèmes permettant de protéger convenablement les patients en cas de dépenses catastrophiques ou de leur éviter d'être exploités financièrement par des fournisseurs de soins peu scrupuleux ou insensibles. Cette situation pourrait également avoir un lien avec l'idée, correcte ou erronée, que la population se fait des services de santé : manque de confiance, crainte d'être mal soigné ou de subir une discrimination, incertitude quant au coût ou encore inquiétude à l'idée que ce coût soit excessif ou catastrophique. Il est également possible que certains services ne soient pas disponibles en temps utile, qu'ils soient inefficaces, qu'ils manquent de réactivité ou qu'ils soient simplement discriminatoires, n'assurant aux malades les plus pauvres qu'un traitement de qualité inférieure.^{48,49,21} Il s'ensuit que les issues sanitaires varient considérablement en fonction de la classe sociale, même lorsque le système de soins est bien réglementé et financé.

Pour s'attaquer à ce genre d'exclusion qui sévit à l'intérieur du secteur sanitaire, le point de départ consiste à créer des réseaux de SSP accessibles et de bonne qualité ou à renforcer les réseaux existants en ayant recours, pour les financer, à un fonds commun abondé par des cotisations prépayées ou à des fonds publics. Peu importe que ces réseaux soient développés en passant des contrats avec des fournisseurs commerciaux ou sans but lucratif ou en revitalisant des établissements publics défaillants. L'essentiel est de faire en sorte qu'ils offrent des soins d'une qualité acceptable. La mise en place d'un nombre minimum de centres de soins de santé primaires assurant gratuitement et dans

de bonnes conditions de qualité l'essentiel des services peut remplacer avantageusement des soins dispensés dans un but commercial par des fournisseurs de niveau médiocre qui se comportent en exploités. En outre, la pression exercée par les pairs ainsi que la demande des consommateurs peuvent concourir à la création d'un environnement propice à la réglementation du secteur sanitaire commercial. Améliorer l'offre de soins de qualité par un engagement plus actif des autorités municipales dans les systèmes de prépaiement et de mise en commun des cotisations représente probablement l'une des voies à suivre, notamment lorsque les ministères de la santé soumis à des contraintes budgétaires ont également à étendre les services de santé à des zones rurales insuffisamment desservies.

Interventions ciblées en complément des systèmes de couverture universelle

Malheureusement, il ne suffit pas pour éliminer les iniquités en matière de santé d'accroître le revenu national moyen, d'augmenter le nombre de prestataires de soins et d'accélérer la progression vers une couverture universelle. Des disparités sanitaires déterminées par des facteurs sociaux subsistent parmi les divers groupes de population, même dans les pays à revenu élevé disposant de services de soins et de services sociaux solides et universels, comme la Finlande ou la France.^{11,50} Ces inégalités en matière de santé ne se manifestent pas seulement entre les pauvres et ceux qui ne le sont pas, mais couvrent l'ensemble du gradient socio-économique. Il y a des situations dans lesquelles existent d'autres formes d'exclusion extrêmement préoccupantes, à savoir l'exclusion des adolescents, de certains groupes ethniques, des toxicomanes et des personnes souffrant de maladies stigmatisantes.⁵¹ En Australie, au Canada et en Nouvelle-Zélande, entre autres, les disparités d'équité sanitaire entre les populations autochtones et non autochtones sont devenues des problèmes politiques au niveau national.^{52,53,54} Dans d'autres circonstances, il y a lieu de se pencher sur les inégalités d'accès des femmes aux soins de santé.⁵⁵ Aux États-Unis, par exemple, le recul de l'espérance de vie féminine qui, dans plus de 1000 comtés, peut aller jusqu'à cinq ans révèle l'existence de différences dans l'exposition et une concentration des risques,

alors même que l'économie du pays et le secteur sanitaire continuent à se développer.⁵⁶ Pour toutes sortes de raisons, certains groupes sociaux restent à l'écart ou trop à l'écart des opportunités ou services sanitaires et continuent à être systématiquement défavorisés, sur le plan des issues sanitaires, par rapport aux groupes plus privilégiés.

C'est pourquoi il est nécessaire que la couverture universelle s'inscrive dans des systèmes plus larges de protection sociale et qu'elle soit complétée par des services de proximité spécialement conçus et ciblés à l'intention des groupes vulnérables et des exclus.⁵⁷ Il arrive souvent que les réseaux de soins existants ne fassent pas tout leur possible pour assurer à chaque membre de la population qu'ils desservent l'accès à toutes les prestations qui lui sont nécessaires, car cela implique de la part de ces réseaux des efforts supplémentaires tels que des visites à domicile, la mise en place de services de proximité, l'octroi de facilités sur le plan culturel et linguistique, la possibilité de consultations en soirée, etc. Ces dispositions pourraient pourtant permettre d'atténuer les effets de la stratification sociale et des inégalités dans l'accès aux services.⁵⁸ Elles pourraient également donner l'occasion d'élaborer des dispositifs généraux de soutien destinés à faciliter l'insertion sociale des populations marginalisées pour des raisons historiques, en collaboration avec d'autres secteurs de l'administration et des collectivités concernées. Le *Chile Solidario* (solidarité chilienne), un système chilien de services de proximité destinés aux familles durablement appauvries, en est un exemple (Encadré 2.5).⁵⁹ Ce type de mesures ciblées peut comporter l'allocation de subsides aux personnes – et non pas aux services – afin de faciliter l'accès à certaines prestations sanitaires particulières, par exemple au moyen d'un système de bons^{60,61} pour des soins maternels comme on le fait en Inde et au Yémen, pour se procurer des moustiquaires comme en République-Unie de Tanzanie,^{62,63} ou encore, comme aux États-Unis d'Amérique, pour permettre aux adolescents d'obtenir des contraceptifs⁶⁴ et aux personnes âgées non assurées de se faire soigner.⁶⁵ Il existe un autre système, qui a été mis en place dans plusieurs pays d'Amérique latine et qui consiste à effectuer des transferts conditionnels en espèces, le bénéficiaire ayant non seulement la possibilité mais l'obligation de recourir aux prestations couvertes par ces



transferts. Une étude systématique récente portant sur six de ces programmes indique que ces transferts conditionnels en espèces sont effectivement capables d'accroître le recours aux services de prévention et d'améliorer les résultats nutritionnels et anthropométriques, avec parfois une amélioration de l'état général de santé.⁶⁶ Toutefois, leur effet global sur l'état de santé n'est pas aussi net et c'est également le cas de leur avantage comparatif par rapport aux moyens classiques, non soumis à condition, de maintien du revenu, par le canal des droits universels, des assurances sociales ou encore, ce qui est moins efficace, de l'aide sociale sous condition de ressources.

Ces mesures ciblées ne peuvent pas se substituer aux mesures à long terme en faveur de la couverture universelle. Elles peuvent constituer des compléments utiles et nécessaires mais, sans une institutionnalisation simultanée des modèles financiers et des structures administratives à la base de la couverture universelle, ces mesures ciblées ont peu de chances de venir à bout des inégalités engendrées par la stratification et l'exclusion socio-économiques. C'est d'autant plus important que les évaluations systématiques portant sur les méthodes de ciblage des exclus sont rares et qu'elles souffrent du nombre limité d'expériences documentées avec, en outre, un biais qui tient à ce que l'on a tendance à faire plutôt état des projets pilotes couronnés de succès.⁶⁷ Tout ce que l'on peut dire aujourd'hui de

manière un peu précise, c'est que les stratégies en vue d'atteindre ceux qui ne sont pas desservis devront être multiples et adaptées aux circonstances, aucune mesure ne pouvant à elle seule permettre de corriger efficacement les inégalités en santé, et certainement pas en l'absence d'une politique visant à la couverture universelle.

Mobilisation pour l'équité en santé

Les systèmes de santé sont invariablement inéquitables. Des prestations plus nombreuses et de meilleure qualité sont offertes aux gens aisés, qui en ont moins besoin que les personnes défavorisées ou marginalisées.⁸ Les réformes qui impliquent la couverture universelle et qui sont nécessaires pour parvenir à plus d'équité exigent un engagement durable au plus haut niveau politique de la société. Pour accélérer l'action en faveur de l'équité sanitaire et faire en sorte que l'élan donné se maintienne avec le temps, on dispose de deux moyens qui peuvent se révéler particulièrement importants. Le premier consiste à attirer davantage l'attention sur les iniquités sanitaires tant au niveau du débat sur les politiques qu'en ce qui concerne la perception que peut en avoir le public : historiquement, les progrès de la santé des populations sont intimement liés à l'évaluation quantitative des inégalités sanitaires. C'est l'observation d'une surmortalité dans la classe ouvrière au Royaume-Uni qui a inspiré dans les années 1830 à la Commission législative sur les

Encadré 2.5 Une protection sociale ciblée au Chili⁵⁹

Établi par un texte législatif, le programme chilien de protection sociale (*Chile Solidario*) comporte trois volets principaux destinés à améliorer la situation des personnes vivant dans une extrême pauvreté : soutien psychosocial direct, soutien financier et accès prioritaire aux programmes d'aide sociale. Le soutien psychosocial direct s'adresse à des familles extrêmement pauvres qui ont été recensées en fonction de critères prédéfinis et invitées à prendre langue avec le travailleur social responsable. Ce travailleur social va les aider à trouver les moyens, aux niveaux individuel et familial, qui leur permettront de renforcer leurs relations avec les réseaux d'aide sociale et d'avoir accès aux prestations sociales auxquelles elles ont droit. Outre ce soutien psychosocial, le programme prévoit également un soutien financier sous forme de transferts en espèces et de pensions ainsi que des allocations familiales ou des subsides permettant de couvrir le coût de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement. Enfin, le programme permet également d'avoir un accès préférentiel aux programmes préscolaires, aux cours d'alphabétisation pour adultes, aux programmes de préparation à l'emploi ainsi qu'aux visites médicales préventives pour les femmes et les enfants.

Ce programme de protection sociale vient compléter les efforts déployés au niveau plurisectoriel pour prendre en compte tous les enfants âgés de 0 à 18 ans (*Chile Crece Contigo*) (le Chili se développe avec toi). L'objectif visé est de faciliter le développement des enfants en bas âge grâce à des programmes d'éducation préscolaire, des contrôles sanitaires préventifs, de meilleurs congés pour les parents et une augmentation des allocations pour enfants à charge. Le programme comprend également l'amélioration de l'accès aux services de soins pour les enfants, car il constitue la mise en application du droit des mères exerçant une activité professionnelle à s'occuper de leurs nourrissons, le but étant d'inciter les femmes à entrer sur le marché de l'emploi.

Pauvres les réformes du « Grand réveil sanitaire ». ⁶⁸ Le deuxième moyen d'action consiste à faire une place à la société civile en lui permettant de participer à la conception des réformes à apporter aux SSP pour faire progresser l'équité sanitaire : historiquement, les progrès de la couverture universelle sont intimement liés à ceux des mouvements sociaux.

Attirer davantage l'attention sur les iniquités sanitaires

Avec l'optimisme économique des années 1960 et 1970 (et le développement des assurances sociales dans les pays industrialisés), la pauvreté a cessé d'être un problème prioritaire aux yeux de nombreux décideurs. Il a fallu la Conférence d'Alma-Ata pour que l'équité retrouve sa place sur l'agenda politique. L'absence d'évaluation quantitative et de suivi systématiques en vue de passer des intentions politiques aux problèmes concrets a longtemps constitué une contrainte importante qui empêchait de faire avancer les choses dans le domaine des SSP. Ces dernières années, la question des inégalités sanitaires liées aux revenus ou à d'autres causes a été étudiée d'une manière plus approfondie. L'introduction d'indices composites de ressources a permis de réanalyser les enquêtes démographiques et sanitaires sous l'angle de l'équité. ⁶⁹ On a pu ainsi recueillir une somme de données relatives aux différences d'ordre socio-économique dans les issues sanitaires et l'accès aux soins. Il a fallu cette accélération dans l'évaluation quantitative de la pauvreté et des inégalités, en particulier depuis le milieu des années 1990, pour mettre au centre du débat en matière de politique sanitaire, en premier lieu, la question de la pauvreté puis, d'une façon plus générale, le problème posé par la persistance des inégalités.

La quantification des iniquités en santé est d'une importance cruciale lorsqu'il s'agit de s'attaquer à un certain nombre d'idées fausses courantes qui pèsent lourdement sur le débat en matière de politique sanitaire. ^{70,71}

- On peut se contenter de moyennes calculées sur l'ensemble de la population pour évaluer les progrès – ce n'est pas le cas.
- Les systèmes de santé conçus pour assurer un accès universel sont des systèmes équitables – c'est une condition nécessaire, mais elle n'est pas suffisante.

- Dans les pays pauvres, tout le monde est pauvre et en mauvaise santé – toutes les sociétés sont stratifiées.
- Ce sont les différences entre les pays qui constituent le principal sujet de préoccupation – ce qui importe le plus à la population, ce sont les inégalités à l'intérieur du pays même.
- Des réformes bien intentionnées visant à une meilleure efficacité finiront par être bénéfiques pour tout le monde – ces réformes débouchent souvent sur des inégalités imprévues.
- Toutes sortes de raisons militent en faveur de la mesure de ces inégalités. ²
- Il est important, dans une société donnée, de connaître l'ampleur des inégalités et des exclusions dans le domaine sanitaire et d'en comprendre la nature, de manière à pouvoir partager cette information et en tirer un certain nombre d'objectifs à atteindre pour faire évoluer les choses.
- Il est également important, pour les mêmes raisons, d'identifier et de comprendre les déterminants des inégalités en santé non seulement d'une façon générale, mais dans chaque contexte national particulier. Les autorités sanitaires doivent savoir dans quelle mesure les politiques sanitaires en cours ou en projet contribuent à perpétuer les inégalités, de manière à être en mesure de les corriger.
- La progression des réformes destinées à réduire les inégalités en santé, c'est-à-dire la progression vers une couverture universelle, doit faire l'objet d'un suivi afin de les guider et de les corriger au fur et à mesure de leur déroulement.

Bien que les décideurs reconnaissent de longue date la valeur de la notion d'équité en santé, sa définition et sa mesure ne sont que depuis peu un sujet d'étude en sciences de la santé publique. Tant que les systèmes d'information sanitaire ne permettront pas de stratifier, de façon normalisée, les données recueillies en fonction du statut socio-économique, du sexe, de l'appartenance ethnique et de la zone géographique, il sera difficile d'identifier et de localiser les inégalités. Tant que l'ampleur et la nature de ces inégalités n'auront pas été clarifiées, il est peu probable que l'on puisse s'y attaquer de façon satisfaisante. ⁷² Le fait que l'on puisse maintenant disposer un peu partout de données d'enquêtes démographiques et



sanitaires analysées par quintiles de ressources a profondément modifié l'attitude des décideurs vis-à-vis des problèmes d'équité sanitaire de leurs pays respectifs. On possède également des exemples de la manière dont les moyens et capacités intérieurs peuvent être renforcés afin de mieux saisir et traiter ces problèmes d'équité. C'est ainsi que le Chili a récemment entrepris d'intégrer les systèmes d'information du secteur sanitaire afin de disposer de données plus complètes sur les déterminants de la santé et d'améliorer la désagrégation des données en fonction des différents groupes socio-économiques. L'Indonésie a ajouté des modules de santé aux dépenses des ménages et aux enquêtes démographiques. Regrouper les moyens disponibles, en utilisant l'ensemble des bases de données administratives, pour lier les données sanitaires et les données socio-économiques à l'aide d'un identificateur unique (le numéro national de sécurité sociale ou un code géographique censitaire), est d'une importance capitale pour la stratification socio-économique et permet d'obtenir des informations ordinairement inaccessibles. Toutefois, ce n'est pas uniquement un problème technique. Évaluer dans quelle mesure les systèmes de santé font des progrès en matière d'équité suppose que l'on délibère explicitement sur le point de savoir ce qui constitue une juste répartition de la santé eu égard aux insuffisances et aux disparités susceptibles d'être mesurées.⁷³ Ce processus repose sur le développement de la collaboration institutionnelle entre les nombreuses parties prenantes afin de faire en sorte que cette évaluation quantitative et ce suivi débouchent sur des propositions politiques concrètes pour plus d'équité et de solidarité.

Faire une place à la société civile pour qu'elle participe au processus de décision

La connaissance des inégalités en matière de santé ne peut déboucher sur des propositions politiques que s'il existe une demande sociale structurée. La demande émanant des communautés sur lesquelles pèsent ces iniquités ou d'autres groupes concernés appartenant à la société civile constitue l'un des plus puissants moteurs des réformes en faveur de la couverture universelle et des efforts pour tendre la main à ceux qui sont marginalisés ou exclus.

Au cours des 30 dernières années, le plaidoyer en faveur de l'amélioration de la santé et

du bien-être des populations dans le besoin s'est considérablement amplifié au niveau de la base, la plupart du temps à l'intérieur des pays mais également sur la scène internationale. Il existe maintenant dans le monde des milliers de groupes petits ou grands, locaux ou internationaux qui exigent une action en vue d'améliorer la santé des groupes sociaux particulièrement démunis ou de ceux qui souffrent de certaines affections. Ces associations, qui n'existaient pratiquement pas à l'époque d'Alma-Ata, sont maintenant un puissant porte-parole de l'action collective. La mobilisation de groupes et de communautés face, d'une part, à ce qu'ils considèrent comme leurs problèmes de santé les plus importants et, d'autre part, en réaction aux inégalités dans le domaine sanitaire constitue le complément nécessaire à la manière technocratique de procéder d'en haut à l'évaluation des inégalités sociales et au choix des actions prioritaires.

Nombre de ces associations se sont muées en groupes de pression efficaces, notamment en obtenant l'accès aux traitements contre le VIH/sida, la suppression du paiement par l'utilisateur et la promotion de la couverture universelle. Toutefois, ces succès ne doivent pas dissimuler le fait que, par leur engagement direct, les communautés affectées et les organisations de la société civile peuvent éliminer les sources d'exclusion au sein des services de santé locaux. Le « cadre impartial » élaboré au Costa Rica en est un exemple parmi beaucoup d'autres. Ce concept a été utilisé avec succès pour encourager le dialogue avec et entre les membres des communautés vulnérables, en révélant l'existence locale de pratiques d'exclusion et de restrictions aux soins qui ne sautaient pas aux yeux des prestataires et en suscitant des mesures pour s'attaquer aux causes profondes de la mauvaise santé. Certains résultats concrets, par exemple la réorganisation d'une maternité en fonction des besoins et des attentes de la population, peuvent transcender les situations locales comme cela a été le cas au Costa Rica lorsque la réorganisation menée au niveau local a été utilisée comme modèle en vue d'une action d'envergure nationale.⁷⁴

Cela étant, le système de santé peut faire lui-même beaucoup pour atténuer les effets des iniquités sociales et agir au niveau local en faveur d'un accès plus équitable aux prestations de santé. La participation sociale à l'action sanitaire

Encadré 2.6 La politique sociale de la ville de Gand (Belgique) : comment les autorités locales s'y prennent pour soutenir la collaboration intersectorielle entre les services de santé et les services sociaux⁷⁶

En 2004, les autorités régionales de Flandre (Belgique) ont pris un décret institutionnalisant la participation directe des différents partenaires et citoyens locaux à la collaboration intersectorielle en matière de droits sociaux. Ce décret s'applique désormais dans les villes et les villages de la région. Dans la ville de Gand, par exemple, quelque 450 acteurs locaux du secteur de la santé et de la protection sociale se sont regroupés autour de 11 forums thématiques : l'assistance juridique, le soutien et la sécurité des mineurs, les services destinés aux jeunes et aux adolescents, la garde des enfants, les minorités ethnoculturelles, les handicapés, les personnes âgées, le logement, le travail et l'emploi, les personnes qui ne disposent que d'un « revenu limite » et la santé.

Les autorités locales facilitent et soutiennent la collaboration des diverses organisations et secteurs, par exemple par la collecte et le suivi des données, par l'information et la communication, par l'accès aux services, et par des efforts en vue de rendre les services plus préventifs. Elles se sont également chargées de mettre en réseau l'ensemble des secteurs afin de mieux coordonner l'action. Elles sont attentives aux signaux, aux goulets d'étranglement, aux propositions et aux plans et se chargent de les transmettre, le cas échéant, aux niveaux de la province, de la région, de l'Etat fédéral ou de l'Union européenne en vue de la prise de décisions politiques et de l'élaboration d'une législation pertinente.

Un comité directeur a été créé qui dépend directement du conseil municipal et qui se charge de faire la synthèse des travaux des 11 forums de discussion. L'appui de l'administration et d'un groupe de travail permanent est d'une importance capitale pour assurer la pérennisation et la qualité de travail des différents groupes. La participation de toutes les parties prenantes est particulièrement remarquable en ce qui concerne le forum sur la santé : sont concernés les hôpitaux locaux, les généralistes, les services de soins primaires, les pharmaciens, les établissements psychiatriques, les associations d'entraide, les soins à domicile, les organismes de promotion de la santé, l'université, les soins psychiatriques à domicile et les centres de santé communautaires.

Ce réseau coopératif complexe est en train de donner des résultats. La coordination intersectorielle permet une politique sociale plus efficiente au plan local. Pour la période 2008-2013, quatre thèmes prioritaires ont été dégagés selon un processus de consultation partant de la base : logement durable, accès aux soins de santé, abaissement du seuil de ressources ouvrant droit à certaines prestations sociales, et optimisation de la croissance et du développement. Pour mettre en oeuvre cette politique, un plan d'action annuel a été élaboré sous la forme d'un certain nombre de projets d'amélioration sur les points suivants : accès financier aux soins de santé, aide à la formation, soins aux sans-abri et services de garde d'enfants abordables et flexibles. Parmi les réalisations concrètes, on peut citer la création dans la ville de Gand d'une « maison sociale » avec un certain nombre de points d'entrée dans le réseau situés dans les différents quartiers de la cité et où les soins de santé primaires sont organisés en veillant particulièrement aux groupes les plus vulnérables. Selon les organismes participants, la création de ces forums sectoriels, associée à l'organisation de la coopération intersectorielle, a permis à la ville de s'attaquer beaucoup mieux aux déterminants sociaux de la santé.

est en train de se concrétiser au niveau local, et c'est parfois à ce niveau que l'action intersectorielle permet de mettre le plus efficacement en jeu les facteurs matériels et sociaux qui déterminent les perspectives de la population en matière de santé, ceux qui ont tendance à accentuer ou au contraire à réduire les iniquités dans ce domaine. Les « zones d'action sanitaire » qui ont été créées au Royaume-Uni en sont un exemple. Ce sont des entités fondées sur le partenariat dont la mission est d'améliorer le bien-être des groupes désavantagés. On peut citer comme autre exemple le travail effectué en Espagne par la municipalité de Barcelone, qui a consisté à mener une série d'interventions comportant notamment une réforme des soins de santé primaires et dont le résultat a été une amélioration des conditions de santé d'un certain nombre de groupes désavantagés, ce qui

montre que les autorités locales peuvent participer à la réduction des iniquités en santé.⁷⁵

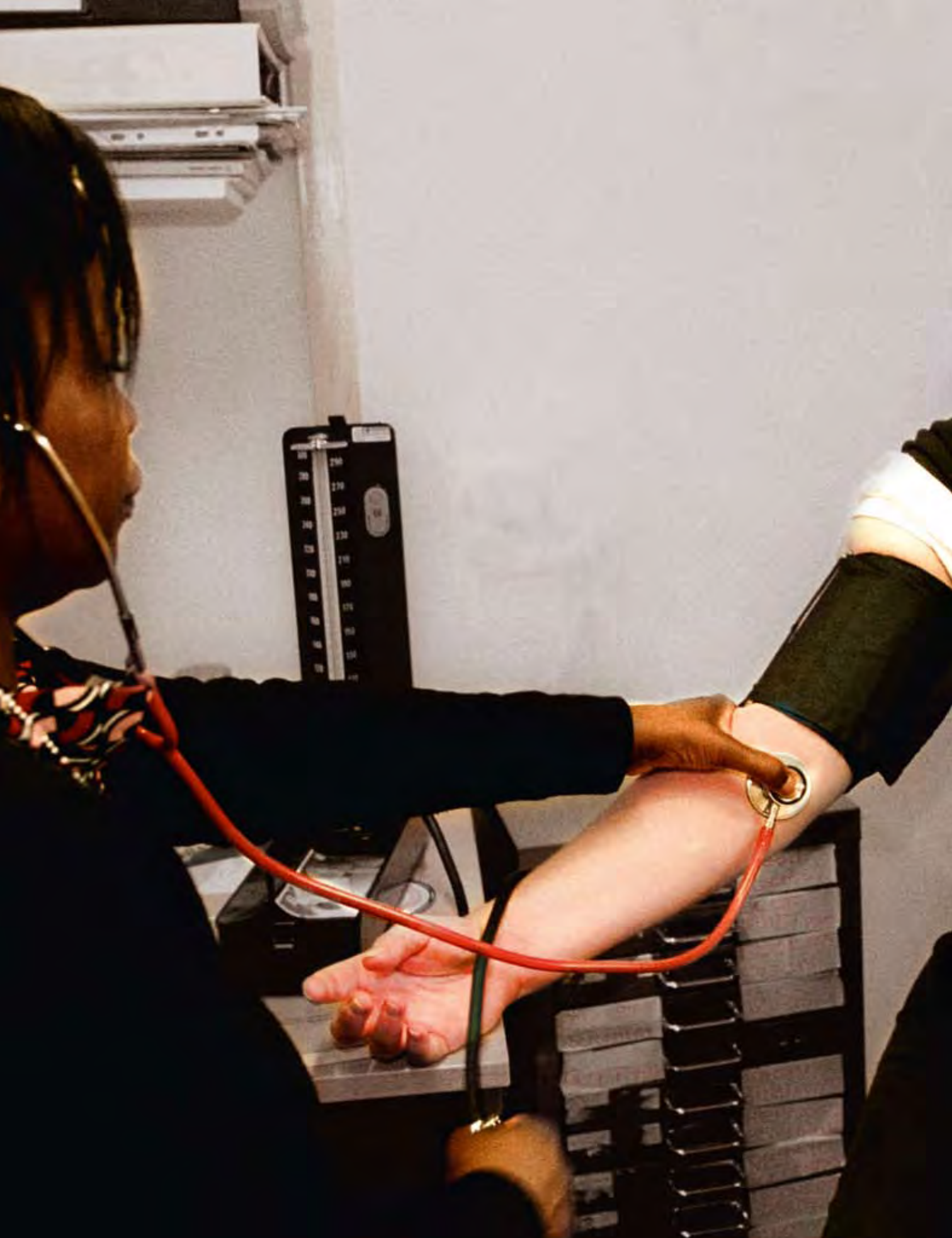
Ces actions locales peuvent également être le point de départ de changements structurels plus larges, dans la mesure où elles débouchent sur des décisions politiques et une législation pertinentes (Encadré 2.6). Les services de santé locaux ont un rôle capital à jouer à cet égard, car c'est là que se situe le point de rencontre des réformes pour la couverture universelle et de celles qui portent sur les prestations de services. Le concept de soins de santé primaires permet d'organiser la dispensation des soins de santé selon des modalités qui constituent le meilleur moyen non seulement d'améliorer l'équité, mais encore de répondre aux autres besoins essentiels et aux attentes de la population.



Bibliographie

1. Houston S. Matt Anderson's 1939 health plan: how effective and how economical? *Saskatchewan History*, 2005, 57:4–14.
2. Xu K et al. Protecting households from catastrophic health spending. *Health Affairs*, 2007, 26:972–983.
3. A conceptual framework for action on the social determinants of health; document de travail pour la Commission des Déterminants sociaux de la Santé. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2007 (http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_framework_action_05_07.pdf, consulté le 19 juillet 2008).
4. Whitehead M, Dahlgren G. *Concepts and principles for tackling social inequities in health: levelling up part 1*. Copenhague, Bureau régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour l'Europe, 2006 (Studies on Social and Economic Determinants of Population Health No. 2; <http://www.euro.who.int/document/e89383.pdf>, consulté le 15 juillet 2008).
5. Adler N, Stewart J. *Reaching for a healthier life. Facts on socioeconomic status and health in the US*. Chicago, JD and CT MacArthur Foundation Research Network on Socioeconomic Status and Health, 2007.
6. Dans A et al. Assessing equity in clinical practice guidelines. *Journal of Clinical Epidemiology*, 2007, 60:540–546.
7. Hart JT. The inverse care law. *Lancet*, 1971, 1:405–412.
8. Gwatkin DR, Bhuiya A, Victora CG. Making health systems more equitable. *Lancet*, 2004, 364:1273–1280.
9. Gilson L, McIntyre D. Post-apartheid challenges: household access and use of care. *International Journal of Health Services*, 2007, 37:673–691.
10. Hanratty B, Zhang T, Whitehead M. How close have universal health systems come to achieving equity in use of curative services? A systematic review. *International Journal of Health Services*, 2007, 37:89–109.
11. Mackenbach JP et al. Strategies to reduce socioeconomic inequalities in health. In: Mackenbach JP, Bakker M, eds. *Reducing inequalities in health: a European perspective*. Londres, Routledge, 2002.
12. *Report No. 20 (2006-2007): National strategy to reduce social inequalities in health. Paper presented to the Storting*. Oslo, Ministère norvégien de la Santé et des Services de Soins, 2007 (<http://www.regjeringen.no/en/dep/hod/Documents/regpubl/stmeld/2006-2007/Report-No-20-2006-2007-to-the-Storting.html?id=466505>, consulté le 19 juillet 2008).
13. Diderichsen F, Hallqvist J. Social inequalities in health: some methodological considerations for the study of social position and social context. In: Arve-Parès B, ed. *Inequality in health – a Swedish perspective*. Stockholm, Conseil suédois de la Recherche sociale, 1998.
14. Bureau international du Travail. Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) GmbH et Organisation mondiale de la Santé. *Extending social protection in health: developing countries' experiences, lessons learnt and recommendations. International Conference on Social Health Insurance in Developing Countries, Berlin, 5-7 December 2005*. Eschborn, Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) GmbH, 2007 (<http://www2.gtz.de/dokumente/bib/07-0378.pdf>, consulté le 19 juillet 2008).
15. *Achieving universal health coverage: developing the health financing system*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, Département Financement des systèmes de santé, 2005 (Technical Briefs for Policy Makers No. 1).
16. *Rapport sur la santé dans le monde, 2000 – Pour un système de santé plus performant*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2000.
17. Busse R, Schlette S, eds. *Focus on prevention, health and aging and health professions*. Gütersloh, Verlag Bertelsmann Stiftung, 2007 (Health Policy Developments 7/8).
18. Carrin G, Waelkens MP, Criel B. Community-based health insurance in developing countries: a study of its contribution to the performance of health financing systems. *Tropical Medicine and International Health*, 2005, 10:799–811.
19. Jacobs B et al. Bridging community-based health insurance and social protection for health care – a step in the direction of universal coverage? *Tropical Medicine and International Health*, 2008, 13:140–143.
20. *Reclaiming the resources for health. A regional analysis of equity in health in East and Southern Africa*. Kampala, Regional Network on Equity in Health in Southern Africa (EQUINET), 2007.
21. Gilson L. The lessons of user fee experience in Africa. *Health Policy and Planning*, 1997, 12:273–285.
22. Ke X et al. *The elimination of user fees in Uganda: impact on utilization and catastrophic health expenditures*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, Département Financement des systèmes de santé, Groupe Bases factuelles et information à l'appui des politiques, 2005 (Discussion Paper No. 4).
23. Hutton G. *Charting the path to the World Bank's "No blanket policy on user fees". A look over the past 25 years at the shifting support for user fees in health and education, and reflections on the future*. Londres, Department for International Development (DFID) Health Resource Systems Resource Centre, 2004 (http://www.dfidhealthrc.org/publications/health_sector_financing/04hut01.pdf, consulté le 19 juillet 2008).
24. Tarimo E. *Essential health service packages: uses, abuse and future directions. Current concerns*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1997 (ARA Paper No. 15; WHO/ARA/CC/97.7).
25. Republica de Chile. *Ley 19.966. Proyecto de ley: título I del régimen general de garantías en salud*. Santiago, Ministerio de Salud, 2008 (<http://webhosting.redsalud.gov.cl/minsal/archivos/guiasges/leyauge.pdf>, consulté le 19 juillet 2008).
26. Mocerco D. *Delivering cost-efficient public services in health care, education and housing in Chile*. Paris, Organisation de Coopération et de Développement économiques, 2008 (Document de travail du Département de l'Économie N° 606).
27. Gwatkin DR et al. *Socio-economic differences in health, nutrition, and population within developing countries. An overview*. Washington DC, Banque mondiale, Human Development Network, Health, Population and Nutrition, and Population Family, 2007 (POPLINE Document Number: 324740).
28. Conway MD, Gupta S, Khajavi K. Addressing Africa's health workforce crisis. *The McKinsey Quarterly*, November 2007.
29. Bossyns P, Van Lerberghe W. The weakest link: competence and prestige as constraints to referral by isolated nurses in rural Niger. *Human Resources for Health*, 2004, 2:1.
30. Maiga Z, Traoré Nafo F, El Abassi A. La Réforme du secteur santé au Mali, 1989-1996. *Studies in Health Services Organisation & Policy*, 1999, 12:1–132.
31. Abolhassani F. *Primary health care in the Islamic Republic of Iran*. Téhéran, Université des Sciences médicales, Health Network Development Centre (non publié).
32. Naghavi M. *Demographic and health surveys in Iran*, 2008 (communication personnelle).
33. Porignon D et al. How robust are district health systems? Coping with crisis and disasters in Rutshuru, Democratic Republic of Congo. *Tropical Medicine and International Health*, 1998, 3:559–565.
34. Gauden GI, Powis B, Tamplin SA. Healthy Islands in the Western Pacific – international settings development. *Health Promotion International*, 2000, 15:169–178.
35. *Rapport sur la santé dans le monde, 2006 – Travailler ensemble pour la santé*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2006.
36. Bossyns P et al. Unaffordable or cost-effective? Introducing an emergency referral system in rural Niger. *Tropical Medicine & International Health*, 2005, 10:879–887.
37. Tibandebage P, Mackintosh M. The market shaping of charges, trust and abuse: health care transactions in Tanzania. *Social Science and Medicine*, 2005, 61:1385–1395.
38. Segall, M et al. *Health care seeking by the poor in transitional economies: the case of Vietnam*. Brighton, Sussex, Institute of Development Studies, 2000 (IDS Research Reports No. 43).
39. Baru RV. *Private health care in India: social characteristics and trends*. New Delhi, Sage Publications, 1998.
40. Tu NTH, Huong NTL, Diep NB. *Globalisation and its effects on health care and occupational health in Viet Nam*. Genève, Institut de Recherche des Nations Unies pour le Développement social, 2003 (<http://www.unrisd.org>, consulté le 19 juillet 2008).
41. Narayana K. The role of the state in the privatisation and corporatisation of medical care in Andhra Pradesh, India. In: Sen K, ed. *Restructuring health services: changing contexts and comparative perspectives*. Londres et New Jersey, Zed Books, 2003.
42. Bennett S, McPake B, Mills A. The public/private mix debate in health care. In: Bennett S, McPake B, Mills A, eds. *Private health providers in developing countries. Serving the public interest?* Londres et New Jersey, Zed Books, 1997.
43. Ogunbunju I, Ogunbunju A, Orobato N. Private health care in Nigeria: walking the tightrope. *Health Policy and Planning*, 1999, 14:174–181.
44. Mills A, Bennett S, Russell S. *The challenge of health sector reform: what must governments do?* Basingstoke, Palgrave Macmillan, 2001.
45. *The unbearable cost of illness: poverty, ill health and access to healthcare – evidence from Lindi Rural District, Tanzania*. Londres, Save the Children, 2001.
46. Ferrinho P, Bugalho AM, Van Lerberghe W. Is there a case for privatising reproductive health? Patchy evidence and much wishful thinking. *Studies in Health Services Organisation & Policy*, 2001, 17:343–370.
47. Organisation panaméricaine de la Santé et Agence suédoise pour le Développement international. *Exclusion in health in Latin America and the Caribbean*. Washington DC, Organisation panaméricaine de la Santé, 2003 (Extension of Social Protection in Health Series No. 1).

48. Jaffré Y, Olivier de Sardan J-P. eds. *Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*. Paris, Karthala, 2003.
49. Schellenberg JA et al. *Inequalities among the very poor: health care for children in rural southern Tanzania*. Ifakara, Ifakara Health Research and Development Centre, 2002.
50. Oliver A, ed. *Health care priority setting: implications for health inequalities. Proceedings from a meeting of the Health Equity Network*. Londres, The Nuffield Trust, 2003.
51. *Overcoming obstacles to health: report from the Robert Wood Johnson Foundation to the Commission to Build a Healthier America*. Princeton NJ, Robert Wood Johnson Foundation, 2008.
52. Franks A. *Self-determination background paper. Aboriginal health promotion project*. Lismore NSW, Northern Rivers Area Health Service, Division of Population Health, Health Promotion Unit, 2001 (<http://www.ncahs.nsw.gov.au/docs/echidna/ABpaper.pdf>, consulté le 19 juillet 2008).
53. *Gathering strength – Canada's Aboriginal action plan: a progress report*. Ottawa, Ministère des Affaires indiennes et du Développement du Nord, 2000.
54. King A, Turia T. *He korowai orange – Maori Health Strategy*. Wellington, Ministère de la Santé de Nouvelle-Zélande, 2002.
55. Cecile MT et al. Gender perspectives and quality of care: towards appropriate and adequate health care for women. *Social Science & Medicine*, 1996, 43:707–720.
56. Murray C, Kulkarni S, Ezziati M. Eight Americas: new perspectives on U.S. health disparities. *American Journal of Preventive Medicine*, 2005, 29:4–10.
57. Paterson I, Judge K. Equality of access to healthcare. In: Mackenbach JP, Bakker M, eds. *Reducing inequalities in health: a European perspective*. Londres, Routledge, 2002.
58. Doblin L, Leake BD. Ambulatory health services provided to low-income and homeless adult patients in a major community health center. *Journal of General Internal Medicine*, 1996 11:156–162.
59. Frenz P. *Innovative practices for intersectoral action on health: a case study of four programs for social equity. Chilean case study prepared for the CSDH*. Santiago, Ministry of Health, Division of Health Planning, Social Determinants of Health Initiative, 2007.
60. Emanuel EJ, Fuchs VR. Health care vouchers – a proposal for universal coverage. *New England Journal of Medicine*, 2005, 352:1255–1260.
61. Morris S et al. Monetary incentives in primary health care and effects on use and coverage of preventive health care interventions in rural Honduras: cluster randomised trial. *Lancet*, 2004, 364:2030–2037.
62. Armstrong JRM et al. KINET: a social marketing programme of treated nets and net treatment for malaria control in Tanzania, with evaluation of child health and long-term survival. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 1999, 93:225–231.
63. Adiel K et al. Targeted subsidy for malaria control with treated nets using a discount voucher system in Tanzania. *Health Policy and Planning*, 2003, 18:163–171.
64. Kirby D, Waszak C, Ziegler J. Six school-based clinics: their reproductive health services and impact on sexual behavior. *Family Planning Perspectives*, 1991, 23:6–16.
65. Meng H et al. Effect of a consumer-directed voucher and a disease-management-health-promotion nurse intervention on home care use. *The Gerontologist*, 2005, 45:167–176.
66. Lagarde M, Haines A, Palmer N. Conditional cash transfers for improving uptake of health interventions in low- and middle-income countries. A systematic review. *Journal of the American Medical Association*, 2007, 298:1900–1910.
67. Gwatkin DR, Wagstaff A, Yazbeck A, eds. *Reaching the poor with health, nutrition and population services. What works, what doesn't and why*. Washington DC, Banque mondiale, 2005.
68. Sretzer, S. The importance of social intervention in Britain's mortality decline, c.1850-1914: a reinterpretation of the role of public health. *Society for the Social History of Medicine*, 1988, 1:1–41.
69. Gwatkin DR. 10 best resources on ... health equity. *Health Policy and Planning*, 2007, 22:348–351.
70. Burström B. Increasing inequalities in health care utilisation across income groups in Sweden during the 1990s? *Health Policy*, 2002, 62:117–129.
71. Whitehead M et al. As the health divide widens in Sweden and Britain, what's happening to access to care? *British Medical Journal*, 1997, 315:1006–1009.
72. Nolen LB et al. Strengthening health information systems to address health equity challenges. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, 2005, 83:597–603.
73. Whitehead M, Dahlgren G, Evans T. Equity and health sector reforms: can low-income countries escape the medical poverty trap. *Lancet*, 2001, 358:833–836.
74. Burke MA, Eichler M. The BIAS FREE framework: a practical tool for identifying and eliminating social biases in health research. Genève, Forum mondial pour la recherche en santé, 2006 (http://www.globalforumhealth.org/Site/002_What%20we%20do/005_Publications/010_BIAS%20FREE.php, consulté le 19 juillet 2008).
75. Benach J, Borell C, Daponte A. Espagne. In: Mackenbach JP, Bakker M, eds. *Reducing inequalities in health: a European perspective*. Londres, Routledge, 2002.
76. Balthazar T, Versnick G. *Lokaal sociaal beleidsplan. Gent. Strategisch meerjarenplan 2008-2013*. Gent, Lokaal Sociaal Beleid, 2008 (<http://www.lokaalsociaalbeleidgent.be/documenten/publicaties%20LSB-Gent/LSB-plan%20Gent.pdf>, consulté le 23 juillet 2008).





Soins primaires

L'être humain d'abord



Ce chapitre décrit comment les soins primaires réunissent promotion et prévention, traitement et soins d'une manière sûre, efficace et socialement productive à l'interface entre la population et le système de santé. En quelques mots, ce qu'il faut pour cela c'est donner la priorité à la dimension humaine : accorder une attention équilibrée à la santé et au bien-être, ainsi qu'aux valeurs et compétences de la population et des agents de santé.¹ Ce chapitre commence par décrire les caractéristiques des soins de santé qui, avec l'efficacité et la sécurité, sont essentiels pour assurer de meilleurs résultats sanitaires et sociaux.

Chapitre 3

Les soins de qualité privilégient l'être humain	46
Les caractéristiques des soins primaires	48
Organiser des réseaux de soins primaires	57
Suivre les progrès	62

Ces caractéristiques sont : le centrage sur la personne, l'exhaustivité, l'intégration, la continuité des soins, avec un point d'entrée régulier dans le système de santé afin qu'il devienne possible d'établir une relation de confiance durable entre les patients et leurs prestataires de soins. Ce chapitre explique ensuite ce que cela implique pour l'organisation de la prestation de soins de santé : le passage nécessaire des soins spécialisés aux soins ambulatoires généralistes, avec la responsabilité d'une population bien définie et l'aptitude à coordonner l'appui fourni par les hôpitaux, les services spécialisés et les organisations de la société civile.

Les soins de qualité privilégient l'être humain

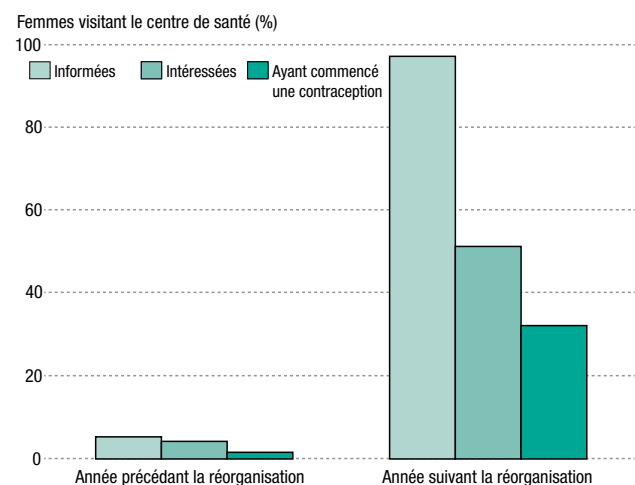
La science médicale se trouve, comme il se doit, au cœur de la médecine moderne. Pourtant, comme l'a souligné William Osler, l'un de ses fondateurs, « il est bien plus important de savoir quelle sorte de patient a une maladie que de savoir de quelle maladie souffre un patient ». ² La reconnaissance insuffisante de la dimension humaine de la santé et de la nécessité d'adapter les prestations du service de santé aux spécificités de chaque collectivité et de chaque situation individuelle constitue un défaut majeur des soins de santé contemporains qui non seulement engendre l'inégalité et de mauvais résultats sur le plan social, mais amoindrit également le rendement sanitaire de l'investissement dans les services de santé.

Donner la priorité à la dimension humaine, qui est au centre des réformes de la prestation des services, n'est pas un principe banal. Cela peut nécessiter des changements d'habitude importants – même s'ils sont souvent simples. La réorganisation en Alaska, aux Etats-Unis d'Amérique, d'un centre médical qui accueille 45 000 patients par an illustre l'ampleur des effets qui peuvent en résulter. Ce centre ne donnait grande satisfaction ni à son personnel ni à ses clients jusqu'à ce qu'il décide de mettre chaque individu et chaque famille au sein de la collectivité en relation directe avec un membre donné du personnel. ³ Les membres du personnel ont ainsi été en mesure de connaître l'histoire médicale de « leurs » patients et de comprendre leur situation personnelle et familiale. Les

patients sont devenus pour leur part en mesure de connaître leur prestataire de soins et de lui faire confiance : ils n'avaient plus en face d'eux une institution mais leur agent de santé personnel. Les plaintes relatives au cloisonnement et à la fragmentation des services ont cessé. ⁴ Le nombre des visites au service des urgences a diminué de 50 % et celui des orientations vers des soins spécialisés de 30 % ; les temps d'attente se sont considérablement raccourcis. Avec moins de visites « répétées » en raison de problèmes de santé non résolus, la charge de travail a diminué et la satisfaction professionnelle du personnel s'est accrue. Qui plus est, les patients se sont sentis mieux écoutés et respectés – ce à quoi les gens accordent beaucoup d'importance en matière de soins de santé. ^{5,6} Un système bureaucratique lent s'est donc mué en un système réactif, que ses usagers se sont appropriés et qui est à leur service. ⁴

Dans un contexte fort différent, les centres de santé de Ouallam, district rural du Niger, ont également procédé à une réorganisation radicale de leur manière de travailler afin de donner la priorité à la dimension humaine. Au lieu des traditionnels soins curatifs de la consultation du matin et des cliniques spécialisées de l'après-midi (surveillance de la croissance, planification familiale, etc.), on a offert toute la gamme des services en tout temps, tandis que le personnel infirmier recevait pour instruction d'engager

Figure 3.1 L'effet sur le recours à la contraception de la réorganisation des horaires des centres de santé ruraux au Niger



Source : 7



un dialogue actif avec les patients. Ainsi, par exemple, on n'attendait plus que les femmes demandent des contraceptifs mais on les informait spontanément, lors de chaque rencontre, au sujet de la gamme des services disponibles. En quelques mois, le très faible recours à la planification familiale, attribué auparavant à des contraintes culturelles, est devenu un souvenir du passé (Figure 3.1).⁷

L'impression que les gens gardent des soins dispensés par le système de santé est avant tout déterminée par la manière dont ils sont traités lorsqu'ils ont un problème et sollicitent de l'aide : par la réactivité de l'interface que constituent les agents de santé entre la population et les services de santé. Les gens apprécient de jouir d'une certaine liberté dans le choix d'un prestataire de santé parce qu'ils veulent quelqu'un en qui ils puissent avoir confiance et qui s'occupe d'eux promptement et dans un environnement adéquat, avec respect et en toute confidentialité.⁸

On peut accroître l'efficacité de la prestation des soins de santé en la rendant plus prévenante et plus pratique, comme dans le district de Oualam. Cependant, les soins primaires font plus que raccourcir les temps d'attente, adapter les heures de consultation ou rendre le personnel plus poli. Les agents de santé doivent s'occuper de leurs patients tout au long de leur vie, en

tant qu'individus et en tant que membres d'une famille et d'une collectivité dont la santé doit être protégée et renforcée,⁹ et pas seulement en tant qu'organes atteints de symptômes ou de troubles qui doivent être traités.¹⁰

Les réformes de la prestation des services préconisées par le mouvement des SSP vise à mettre l'être humain au centre des soins de santé, afin de rendre les services plus efficaces et plus équitables. Les services de santé qui le font commencent par établir une relation étroite et directe entre les individus, les communautés et les prestataires de soins. Cela constitue la base permettant de dispenser des soins centrés sur la personne, complets et intégrés mais aussi d'assurer leur continuité, autant de caractéristiques des soins primaires. Le Tableau 3.1 résume les différences entre les soins primaires et les soins dispensés dans des établissements conventionnels tels que cliniques ou unités hospitalières de soins ambulatoires, ou par l'intermédiaire des programmes de lutte contre les maladies, qui façonnent de nombreux services de santé là où les ressources sont limitées. La section suivante passe en revue les caractéristiques des soins primaires et explique comment ils peuvent contribuer à améliorer les résultats sanitaires et sociaux.

Tableau 3.1 Aspects qui distinguent les soins de santé conventionnels des soins primaires centrés sur la personne

Soins médicaux ambulatoires conventionnels en clinique ou en consultation externe	Programmes de lutte contre les maladies	Soins primaires centrés sur la personne
Accent sur la maladie et la guérison	Accent sur les maladies prioritaires	Accent sur les besoins sanitaires
Relation limitée au moment de la consultation	Relation limitée à la mise en œuvre du programme	Relation personnelle durable
Soins curatifs épisodiques	Actions de lutte contre les maladies déterminées par les programmes	Soins complets, continus et centrés sur la personne
Responsabilité limitée à la dispense de conseils efficaces et sûrs au patient lors de la consultation	Responsabilité d'atteindre des objectifs ciblés dans la lutte contre la maladie dans la population cible	Responsabilité de la santé de tous au sein de la collectivité et pendant toute la vie ; responsabilité de tenir compte des déterminants de la mauvaise santé
Les usagers sont des consommateurs des soins qu'ils achètent	Les groupes de population sont les cibles des actions de lutte contre les maladies	Les gens sont partenaires dans la gestion de leur santé et de celle de leur collectivité

Les caractéristiques des soins primaires

Efficacité et sécurité ne sont pas seulement des questions techniques

Les soins de santé doivent être efficaces et sûrs. Les professionnels tout comme le grand public surestiment souvent les performances de leurs services de santé. L'apparition de la médecine factuelle dans les années 1980 a contribué à introduire la force et la discipline de l'évidence scientifique dans la prise de décision en matière

Encadré 3.1 Vers une science et une culture de l'amélioration : des faits pour favoriser la sécurité des patients et de meilleurs résultats

L'issue des soins de santé résulte de l'équilibre entre la valeur ajoutée du traitement ou de l'intervention et les dommages qui en résultent pour le patient.¹⁶ Jusqu'il y a peu, l'ampleur de ces dommages a été sous-estimée. Dans les pays industrialisés, près d'un patient sur 10 subit des dommages provoqués par des événements évitables survenus lorsqu'il reçoit des soins.¹⁷ Rien qu'aux États-Unis d'Amérique, près de 98 000 décès sont causés chaque année par de tels événements.¹⁸ De nombreux facteurs contribuent à cette situation,¹⁹ qu'il s'agisse d'erreurs systémiques, de problèmes de compétence, de la pression sociale exercée sur les patients pour qu'ils se soumettent à des procédures risquées, ou encore de l'utilisation incorrecte de la technologie.²⁰ Ainsi, par exemple, près de 40 % des 16 milliards d'injections effectuées dans le monde chaque année sont administrées à l'aide de seringues et d'aiguilles réutilisées sans stérilisation.¹⁴ Les injections pratiquées dans des conditions dangereuses sont responsables chaque année de 1,3 million de décès, et d'environ 26 millions d'années de vie perdues, principalement du fait de la transmission de l'hépatite B, de l'hépatite C et du VIH.²¹

Ce qui est particulièrement préoccupant, c'est le peu d'informations disponibles sur l'ampleur et les déterminants des soins à risque dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. En raison de la marchandisation sauvage des soins, d'un contrôle de qualité laissant à désirer et de la limitation des ressources consacrées à la santé, les usagers de soins de santé des pays à revenu faible courent probablement encore plus de risque de subir des dommages involontaires que les patients des pays à revenu élevé. L'Alliance mondiale pour la sécurité des patients,²² parmi d'autres, préconise de recourir à des interventions systémiques et à des changements dans la culture organisationnelle pour améliorer la sécurité des patients, plutôt que de dénoncer individuellement les praticiens et les administrateurs de la santé.²³

de soins de santé,¹¹ tout en continuant à prendre en considération les valeurs et préférences du patient.¹² Au cours de la dernière décennie, plusieurs centaines d'études portant sur l'efficacité des services ont été menées,¹³ ce qui a permis

Encadré 3.2 Quand la demande induite par le prestataire et formulée par le consommateur détermine l'avis médical : les soins ambulatoires en Inde

« Mme S est une patiente typique qui vit dans la zone urbaine de Delhi. On trouve plus de 70 prestataires de soins médicaux privés dans un rayon de 15 minutes de marche autour de sa maison (et de pratiquement tous les foyers de sa ville). Elle choisit la clinique privée dirigée par le Dr SM et sa femme. Un panneau placé en évidence au-dessus de la clinique indique « Mme MM, Médaille d'or, MBBS », laissant entendre que la clinique est dirigée par un médecin hautement qualifié (MBBS est le diplôme médical de base, tout comme dans le système British 2). Or il s'avère que Mme MM est rarement dans sa clinique. On nous a dit qu'elle arrivait parfois à quatre heures du matin pour éviter les longues files d'attente qui se forment lorsque les gens apprennent qu'elle est là. Nous avons découvert plus tard qu'elle avait « franchisé » son nom à un certain nombre de cliniques différentes. Mme S consulte donc le Dr SM et sa femme, qui se sont tous les deux formés à la médecine traditionnelle ayurvédique en suivant un cours par correspondance de six mois. Le médecin et sa femme sont assis à une petite table entourée d'un côté d'un grand nombre de flacons remplis de pilules et de l'autre d'un banc sur lequel sont assis les patients et qui s'étend jusque dans la rue. Mme S s'assied au bout de ce banc. Le Dr SM et sa femme sont les prestataires de soins médicaux les plus populaires du quartier. Ils reçoivent plus de 200 patients par jour. Le médecin passe en moyenne 3,5 minutes avec chaque patient, lui pose 3,2 questions et procède en moyenne à 2,5 examens. Suivant le diagnostic, le médecin prend deux ou trois pilules différentes, les écrase à l'aide d'un mortier et d'un pilon et glisse la poudre obtenue dans des petits sachets en papier qu'il remet à Mme S, lui demandant d'en prendre pendant deux ou trois jours. Ces médicaments comportent généralement un antibiotique et un médicament analgésique et anti-inflammatoire. Le Dr SM nous explique qu'il doit constamment faire face aux attentes irréalistes des patients, en raison à la fois de leur grand nombre et de leurs demandes de traitements que même le Dr SM sait être inappropriés. Le Dr SM et sa femme apparaissent hautement motivés à dispenser des soins à leurs patients et, même lorsqu'il y a beaucoup de monde, ils passent plus de temps avec leur patient que ne le ferait un médecin du secteur public. Cependant, ils ne sont pas liés par leurs connaissances [...] et dispensent plutôt des soins tels que les pilules écrasées dans des sachets en papier, ce qui fera que davantage de patients seront prêts à payer plus pour leurs services. »²⁴



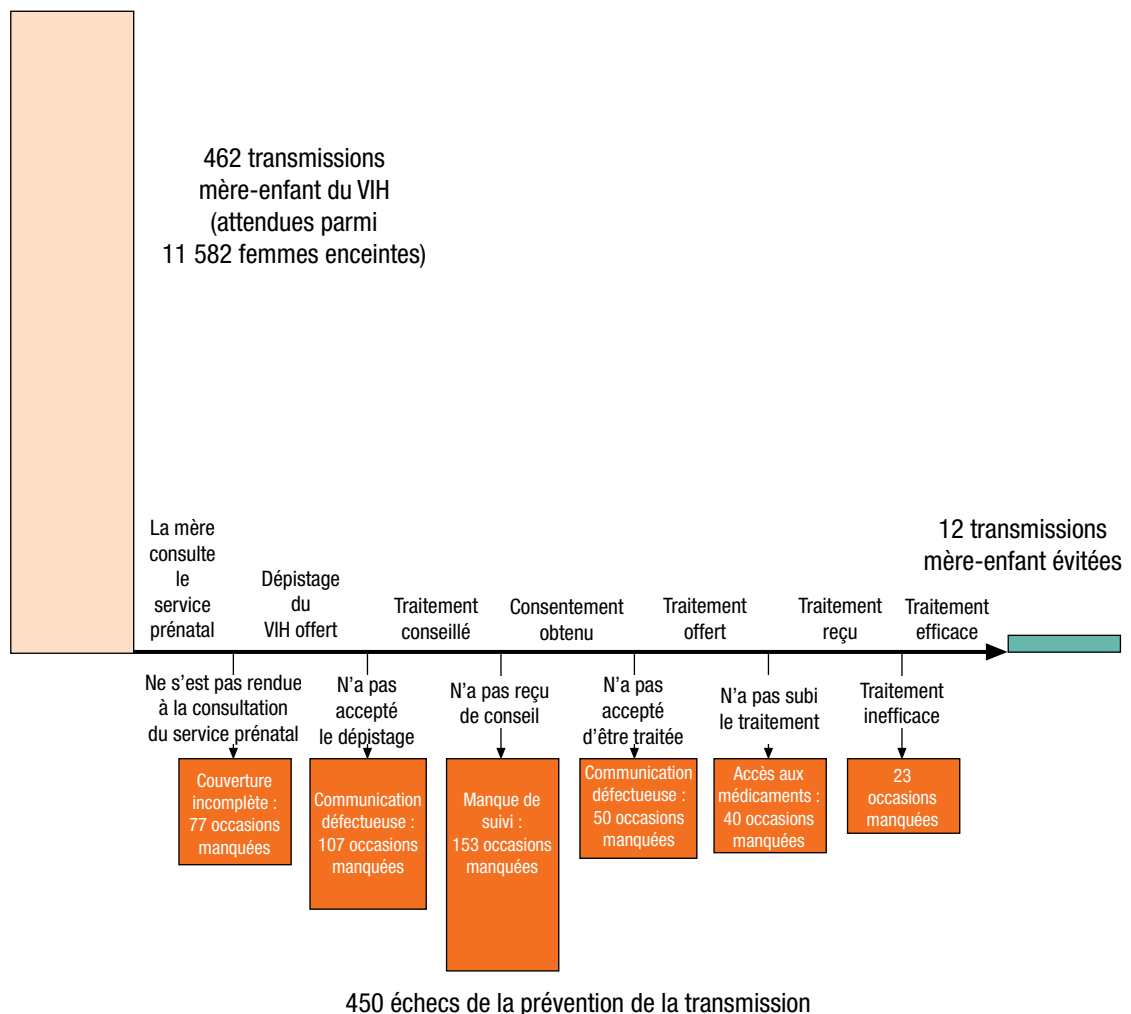
une meilleure information sur les choix qui s'offrent aux praticiens lorsqu'ils s'occupent de leurs patients.

La médecine factuelle, cependant, n'est pas en mesure d'assurer par elle-même l'efficacité et la sécurité des soins de santé. La prise de conscience croissante des nombreuses manières dont les soins de santé peuvent être compromis contribue à une élévation graduelle des normes de qualité et de sécurité (Encadré 3.1). Jusqu'à présent, toutefois, de tels efforts se sont concentrés de manière démesurée sur les hôpitaux et les soins spécialisés, essentiellement dans les pays à revenu élevé ou intermédiaire. L'efficacité et la sécurité des soins ambulatoires généralistes,

où ont lieu la plupart des interactions entre les individus et les services de santé, ont retenu beaucoup moins d'attention.¹⁴ Il s'agit d'une question particulièrement importante dans le contexte de commercialisation sauvage qui sévit dans de nombreux pays en développement où les populations n'en ont pas souvent pour leur argent (Encadré 3.2).¹⁵

Les paramètres techniques et de sécurité ne constituent pas les seuls déterminants des résultats des soins de santé. Le taux de succès décevant de la prévention de la transmission mère-enfant du VIH dans une étude effectuée en Côte d'Ivoire (Figure 3.2) met en évidence le fait que d'autres aspects de l'organisation des soins de santé sont

Figure 3.2 Occasions manquées de prévenir la transmission mère-enfant du VIH en Côte d'Ivoire :²⁹ seule une infime partie des transmissions attendues est évitée



également cruciaux – il ne suffit pas d'avoir de bons médicaments. La manière dont les services traitent les individus est aussi d'une importance vitale. Des enquêtes menées en Allemagne, en Australie, au Canada, aux États-Unis d'Amérique, en Nouvelle-Zélande et au Royaume-Uni révèlent qu'un grand nombre de patients font état de risques du point de vue de la sécurité, de mauvaise coordination des soins et de traitements déficients des maladies chroniques.²⁵ La communication est souvent inadéquate et les informations relatives au schéma thérapeutique font souvent défaut. Près d'un patient sur deux déclare que les médecins ne leur demandent que rarement, voire jamais, ce qu'ils pensent du traitement. Il arrive que les patients consultent différents prestataires pour des problèmes proches ou même identiques, ce qui compte tenu du manque de coordination entre ces prestataires fait double emploi ou donne lieu à des contradictions.²⁵ Cette situation est similaire à celle que l'on a observée dans d'autres pays tels que l'Éthiopie,²⁶ le Pakistan²⁷ et le Zimbabwe.²⁸

Des progrès ont cependant été enregistrés ces dernières années. Dans les pays à revenu élevé, la confrontation avec les maladies chroniques, les problèmes de santé mentale, la multimorbidité et la dimension sociale des maladies a attiré l'attention sur la nécessité de dispenser des soins plus globaux et davantage centrés sur la personne, ainsi que d'assurer la continuité des soins. Cela s'est fait sous la pression non seulement des usagers, mais aussi des professionnels de la santé qui ont pris conscience de l'importance capitale de dispenser des soins ayant de telles caractéristiques pour atteindre de meilleurs résultats pour leurs patients. De nombreux professionnels de la santé ont commencé à prendre la mesure des limites d'une approche clinique étroite, par exemple dans le cas des maladies cardio-vasculaires. Il en est résulté un effacement bienvenu des frontières traditionnelles entre soins curatifs, médecine préventive et promotion de la santé.

Dans les pays à revenu faible, cette évolution est également visible. Ces dernières années, nombre de programmes visant des maladies infectieuses prioritaires ont dûment pris en compte la nécessité pour les soins d'être globaux, continus et centrés sur le patient. Les services de santé maternelle et infantile ont souvent été à l'avant-garde de ces tentatives, en organisant la continuité des soins et une approche globale. Ce

processus a été consolidé par les initiatives communes UNICEF/OMS de prise en charge intégrée des maladies de l'enfant.³⁰ Leur expérience avec des programmes tels que le Programme élargi de vaccination de l'OMS a conféré aux professionnels de la santé de nombreux pays en développement une longueur d'avance sur leurs collègues des pays à revenu élevé, car ils se sentent plus facilement responsables de servir non seulement des patients mais aussi une population tout entière. Plus récemment, les programmes de lutte contre le VIH/sida ont attiré l'attention des prestataires et des décideurs politiques sur l'importance des conseils dispensés, de la continuité des soins, de la complémentarité entre prévention, traitement et soins palliatifs, ainsi et surtout de la valeur de l'empathie et de l'écoute des patients.

Comprendre les patients : des soins centrés sur la personne

Lorsqu'on est malade on se soucie beaucoup moins de considérations de gestion telles que productivité, cibles sanitaires, rendement et organisation rationnelle que de ses propres difficultés. Chacun affronte à sa manière ses problèmes de santé dans les circonstances de vie particulières qui sont les siennes.³¹ Les agents de santé doivent être capables de faire face à cette diversité. Pour les agents de santé qui se trouvent à l'interface entre la population et les services de santé, le défi est bien plus difficile à relever que pour un service de recours spécialisé : prendre en charge une maladie bien définie est une tâche relativement simple. Affronter des problèmes de santé est en revanche compliqué par le fait qu'il s'agit de comprendre tous les éléments qui font les patients : leurs préoccupations physiques, émotionnelles et sociales, leur passé et leur avenir, ainsi que les réalités du monde dans lequel ils vivent. Si l'on ne prend pas en compte la personne dans son ensemble, dans son contexte familial et social, on passe à côté d'aspects importants de la santé qui n'entrent pas immédiatement dans la catégorie des maladies. La violence que des femmes subissent de la part de leurs partenaires (Encadré 3.3), par exemple, peut être détectée, évitée et ses effets atténués par des services de santé suffisamment proches de la collectivité qu'ils desservent et par des agents de santé qui connaissent les membres de cette collectivité.



Encadré 3.3 La réponse des soins de santé à la violence contre les femmes

La violence exercée par un partenaire intime a un certain nombre de conséquences bien démontrées pour la santé des femmes (et pour celle de leurs enfants), qu'il s'agisse de blessures, de douleurs chroniques, de grossesses involontaires et non désirées, de complications de la grossesse, d'infections sexuellement transmises et de toute une série de problèmes de santé mentale.^{32,33,34,35,36,37} Les femmes qui subissent des violences ont fréquemment recours à des soins de santé.^{38,39}

Les agents de santé sont donc bien placés pour identifier les victimes de violence et pour leur dispenser des soins, notamment en les orientant vers des services psychosociaux, juridiques et autres. Leurs interventions peuvent réduire les effets de la violence sur la santé et le bien-être d'une femme et sur ceux de ses enfants, tout en contribuant à prévenir de nouvelles violences.

Des recherches ont révélé que la plupart des femmes sont d'avis que les prestataires de soins doivent poser des questions sur la violence.⁴⁰ Même si elles n'attendent pas d'eux qu'ils résolvent leur problème, elles voudraient être écoutées et traitées sans être jugées et recevoir le soutien dont elles ont besoin pour prendre le contrôle de leurs décisions. Les prestataires de soins ont souvent de la peine à interroger les femmes sur la violence. Ils n'ont ni le temps ni la formation et les compétences pour le faire correctement et ils ne veulent pas être impliqués dans des procédures judiciaires.

La manière la plus efficace pour les prestataires de soins de répondre à la violence continue à faire l'objet de débat.⁴¹ On leur conseille généralement d'interroger toutes les femmes sur d'éventuels mauvais traitements qu'elles auraient subis dans le cadre de l'entretien de routine qui accompagne tout examen médical, que l'on qualifie généralement de « filtrage » ou d'enquête systématique.⁴² Plusieurs études ont révélé que cette technique permet d'accroître le taux d'identification des femmes ayant subi des violences dans les cliniques prénatales et de soins primaires, mais il y a peu de raisons d'espérer que ce sera durable⁴⁰ ou efficace en termes de résultats sanitaires.⁴³ Parmi les femmes ayant séjourné dans des abris, tout indique que celles qui ont bénéficié d'un service de conseil personnalisé ont été moins sujettes à récidiver et ont vu leur qualité de vie s'améliorer.⁴⁴ De même, parmi les femmes ayant subi des violences pendant leur grossesse, celles qui ont reçu des conseils appropriés ont fait état d'une amélioration de leur condition et d'une baisse de la violence physique et psychologique : elles ont aussi obtenu des scores inférieurs en matière de dépression postnatale.⁴⁵

Bien qu'il n'existe pas encore de consensus quant à la stratégie la plus efficace, on s'accorde de plus en plus à considérer que les services de santé devraient aider à identifier et à soutenir les femmes victimes de violence⁴⁶ et que les prestataires de soins de santé devraient au moins recevoir une formation dans le domaine de la violence contre les femmes, de sa prévalence et de ses répercussions au niveau de la santé, ainsi que sur la manière de la suspecter et d'y réagir le mieux possible. Tout ceci comporte manifestement une dimension technique. Ainsi, par exemple, dans le cas d'une agression sexuelle, les prestataires doivent être capables de dispenser le traitement et les soins nécessaires, notamment en mettant en œuvre une contraception d'urgence et une prophylaxie contre les infections sexuellement transmissibles, notamment le VIH le cas échéant, ainsi qu'un appui psychologique. Il existe également d'autres dimensions : les agents de santé doivent être capables d'enregistrer toute blessure le plus complètement et le plus soigneusement possible :^{47,48,49} ils doivent aussi savoir travailler avec les collectivités – en particulier avec les hommes et les jeunes garçons – afin de changer les pratiques liées à l'inégalité entre hommes et femmes et à la violence.

Les gens veulent savoir que leurs agents de santé les comprennent, ainsi que leurs souffrances et les contraintes auxquelles ils sont soumis. Malheureusement, de nombreux prestataires de soins négligent cet aspect de la relation thérapeutique, particulièrement lorsqu'ils s'occupent de groupes désavantagés. Dans de nombreux services de santé, la réactivité et le centrage sur la personne sont considérés comme des produits de luxe réservés à quelques heureux élus.

Au cours des 30 dernières années, une quantité considérable de résultats de recherches ont montré que le fait de centrer les soins sur la personne est important non seulement pour atténuer l'anxiété du patient, mais aussi pour améliorer la satisfaction du prestataire.⁵⁰ L'intervention contre un problème sanitaire a plus de chances d'être efficace si le prestataire en saisit les diverses dimensions.⁵¹ Commencer en

demandant simplement aux patients comment ils se sentent, comment leur vie est affectée, plutôt que de se concentrer uniquement sur la maladie elle-même, a pour effet d'accroître sensiblement la confiance et l'acceptation⁵² qui permet au patient et au prestataire de s'entendre sur la prise en charge clinique et facilite l'intégration de la prévention et de la promotion de la santé dans l'action thérapeutique.^{50,51} Le fait de centrer les soins sur la personne devient donc la « méthode clinique de démocratie participative »⁵³ qui améliore la qualité des soins, l'issue du traitement et la qualité de vie de ceux qui bénéficient de tels soins (Tableau 3.2).

En pratique, les cliniciens tiennent rarement compte des préoccupations de leurs patients, de ce qu'ils croient et de leur perception de la maladie et ils partagent rarement avec eux les options de prise en charge des problèmes.⁵⁸ Ils se

Tableau 3.2 Centrer les soins sur la personne : une contribution à la qualité des soins et à de meilleurs résultats

Intensité accrue du traitement et meilleure qualité de vie – Ferrer (2005) ⁵⁴
Meilleure compréhension des aspects psychologiques des problèmes du patient – Gulbrandsen (1997) ⁵⁵
Communication plus satisfaisante – Jaturapatporn (2007) ⁵⁶
Confiance améliorée du patient en ce qui concerne les problèmes sensibles – Kovess-Masfety (2007) ⁵⁷
Confiance accrue dans le traitement et meilleure observance – Fiscella (2004) ⁵²
Meilleure intégration des soins préventifs et de la promotion – Mead (1982) ⁵⁰

bornent à de simples prescriptions techniques, en ignorant les dimensions humaines complexes qui sont critiques pour que les soins qu'ils dispensent soient appropriés et efficaces.⁵⁹

Les conseils techniques relatifs au mode de vie, à la posologie ou à l'orientation négligent donc trop souvent non seulement les contraintes liées

au milieu dans lequel vivent les patients, mais aussi leur potentiel d'auto-assistance face à une foule de problèmes de santé qui vont des maladies diarrhéiques⁶⁰ à la prise en charge du diabète.⁶¹ Pourtant, ni l'infirmière du centre de santé rural au Niger ni le médecin généraliste en Belgique ne peuvent faire hospitaliser un patient sans autre forme de procès :^{62,63} en plus des critères médicaux, ils doivent tenir compte des valeurs du patient, de celles de sa famille, ainsi que de leur mode de vie et de leur conception de la vie.⁶⁴

Peu de prestataires de soins ont été formés aux soins centrés sur le patient. A ce manque de préparation appropriée s'ajoutent conflits inter-culturels, stratification sociale, discrimination et ostracisme.⁶³ En conséquence de quoi, ils font beaucoup trop peu appel au potentiel considérable qu'ont les patients de contribuer à leur propre santé par leur mode de vie, leur comportement et en se soignant eux-mêmes, ainsi qu'en adaptant au mieux les conseils des professionnels aux circonstances de leur vie. Nombreuses, bien que souvent manquées, sont les occasions de donner aux patients les moyens de participer aux décisions qui affectent leur propre santé et celle de leurs familles (Encadré 3.4). Il faut pour cela des

Encadré 3.4 Donner les moyens aux patients de participer aux décisions qui affectent leur propre santé

On peut donner aux familles le pouvoir de faire des choix pertinents pour leur santé. Les plans de naissance et d'urgence,⁶⁶ par exemple, sont basés sur un examen effectué en commun par la future mère et le personnel de santé – bien avant l'accouchement – de ses attentes en relation avec la naissance. Parmi les questions abordées figurent notamment l'endroit où aura lieu l'accouchement et la manière dont sera organisée une aide au foyer ou à d'autres enfants pendant que la mère accouchera. La discussion peut porter également sur la planification des dépenses, sur les arrangements relatifs au transport et aux fournitures médicales, ainsi que sur l'identification d'un donneur de sang compatible en cas d'hémorragie. De tels plans de naissance sont mis en œuvre dans des pays aussi différents que l'Égypte, le Guatemala, l'Indonésie, les Pays-Bas et la République-Unie de Tanzanie. Ils constituent un exemple de la façon dont les patients peuvent participer aux décisions concernant leur santé d'une manière qui les responsabilise.⁶⁷ Les stratégies de responsabilisation sont susceptibles d'améliorer les résultats sanitaires et sociaux de différentes manières ; la condition du succès est qu'elles soient ancrées dans les contextes locaux et reposent sur une relation forte et directe entre les patients et leurs agents de santé.⁶⁸ Ces stratégies peuvent porter sur divers domaines, comme on le voit ci-dessous :

- en développant les capacités du foyer à rester en bonne santé, à prendre les bonnes décisions et à réagir en cas d'urgence – organisation d'entraide des diabétiques en France,⁶⁹ programmes de responsabilisation des familles et de formation des parents en Afrique du Sud,⁷⁰ plans de traitement négociés pour la maternité sans risque en République-Unie de Tanzanie⁷¹ et programme incitant à vieillir en restant actif au Mexique ;⁷²
- en rendant les citoyens plus conscients de leurs droits, de leurs besoins et de leurs problèmes potentiels – information sur les droits au Chili⁷³ et Déclaration sur les droits des patients en Thaïlande ;⁷⁴
- en renforçant les liens générateurs de soutien social au sein des collectivités et avec le système de santé – appui et conseils aux personnes qui s'occupent des familles et sont confrontées à des cas de démence dans des pays en développement,⁷⁵ programmes de crédit ruraux au Bangladesh et leurs répercussions sur le comportement des demandeurs de soins⁷⁶ et initiatives en matière d'environnement des quartiers au Liban.⁷⁷



prestataires de soins de santé capables d'établir des relations avec les patients et de les aider à faire des choix judicieux. Les systèmes actuels de paiement et d'incitation qui existent dans la prestation de soins de santé communautaires ne sont pas de nature à favoriser l'établissement de ce type de dialogue.⁶⁵ Les conflits d'intérêts entre le prestataire et le patient, particulièrement dans des contextes de marchandisation sauvage, sont particulièrement dissuasifs à cet égard. Les prestataires commerciaux sont peut-être plus polis et plus aimables avec les clients qu'on ne l'est dans un centre de santé moyen, mais rien ne vaut le centrage des soins sur le patient.

Des actions globales et intégrées

Les besoins et défis sanitaires très divers auxquels les populations doivent faire face ne correspondent pas exactement aux catégories diagnostiques bien distinctes qui appellent des mesures préventives ou des soins préventifs, curatifs ou de réadaptation et que l'on trouve dans les manuels.^{78,79} Ils requièrent la mobilisation de toute une série de ressources pouvant inclure interventions de promotion de la santé et de prévention, diagnostic et traitement ou orientation des patients, soins à domicile chroniques ou de longue durée et, dans certains modèles, services sociaux.⁸⁰ C'est au point d'entrée dans le système, lorsque les patients exposent pour la première fois leur problème, qu'il est le plus important d'offrir des soins complets et intégrés.

L'exhaustivité a un sens du point de vue gestionnaire et opérationnel tout en ajoutant de la valeur (Tableau 3.3). Les gens ont recours d'autant plus promptement à des services qu'ils savent qu'une gamme complète de soins est offerte. En outre, elle développe au maximum les possibilités de dispenser des soins préventifs et de prendre

des mesures de promotion de la santé tout en réduisant le recours inutile à des soins spécialisés ou hospitaliers.⁸¹ La spécialisation a ses avantages, mais la fragmentation qu'elle induit s'avère souvent contreproductive et inefficace : cela n'a pas de sens de suivre la croissance d'enfants en négligeant la santé de leurs mères (et vice versa), pas plus que de soigner la tuberculose de quelqu'un sans se préoccuper de son statut sérologique vis-à-vis de l'infection à VIH ou de savoir s'il fume.

Cela ne signifie pas que les agents de santé au point d'entrée doivent résoudre tous les problèmes qui se présentent à eux, ni que tous les programmes sanitaires doivent toujours être mis en œuvre par un seul service de prestation. L'équipe de soins primaires doit néanmoins être capable de faire face au plus gros des problèmes sanitaires de la collectivité. Lorsqu'elle n'est pas en mesure de le faire, elle doit être capable de mobiliser d'autres ressources, en orientant les patients vers d'autres services ou en sollicitant l'aide de spécialistes, d'hôpitaux, de centres de diagnostic et de traitement spécialisés, de programmes de santé publique, de services de soins de longue durée, de services de soins à domicile ou de services sociaux, ou encore d'organisations d'entraide ou d'autres structures à base communautaire. Cela ne saurait signifier un abandon de responsabilité : l'équipe de soins primaires conserve la responsabilité d'aider les gens à naviguer dans cet environnement complexe.

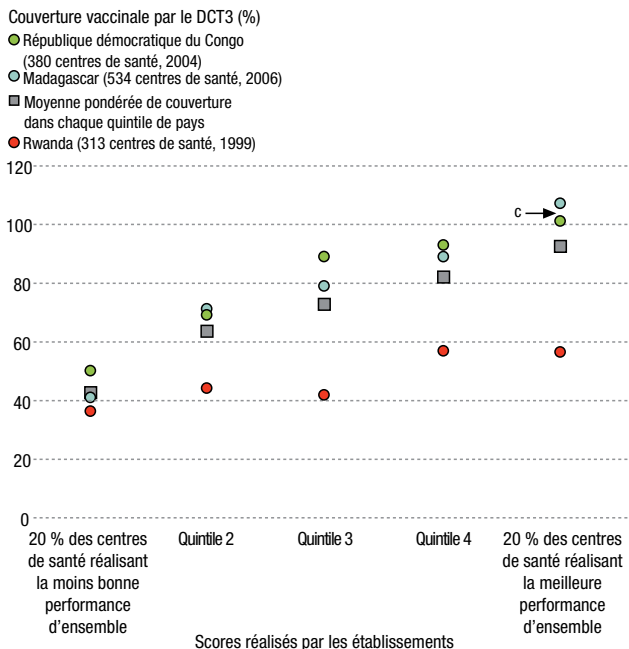
Exhaustivité et soins intégrés pour l'essentiel des problèmes sanitaires qui surviennent au sein de la collectivité sont plus efficaces que le recours à des services séparés pour affronter les différents problèmes, notamment parce que cela permet de mieux connaître la population et favorise une plus grande confiance. Les activités se renforcent mutuellement. Les services de santé qui offrent une gamme complète de services augmentent le recours aux soins et la couverture, par exemple, de programmes de prévention tels que le dépistage du cancer ou la vaccination (Figure 3.3). Ils préviennent les complications et améliorent les résultats sanitaires.

Des services complets facilitent également le dépistage précoce et la prévention des problèmes, même en absence de demande explicite. Il y a des individus et des groupes qui pourraient bénéficier de soins même sans en faire spontanément la

Tableau 3.3 Exhaustivité : contribution à des soins de qualité et à de meilleurs résultats sanitaires

Meilleurs résultats sanitaires – Forrest (1996), ⁸² Chande (1996), ⁸³ Starfield (1998) ⁸⁴
Recours accru à des soins préventifs visant des maladies particulières (p. ex. dépistage de l'hypertension, mammographie, frottis vaginal) – Bindman (1996) ⁸⁵
Moins de patients hospitalisés à la suite de complications évitables de maladies chroniques – Shea (1992) ⁸⁶

Figure 3.3 Des centres de santé plus complets permettent une meilleure couverture vaccinale^{a,b}



demande explicite, comme dans le cas des femmes qui viennent consulter aux centres de santé du district de Ouallam, au Niger, ou des personnes souffrant d'hypertension ou de dépression non diagnostiquées. Qu'il s'agisse du dépistage précoce de maladies, des soins préventifs destinés à réduire l'incidence de la maladie, de la promotion de la santé pour réduire les comportements à risque ou de tenir compte des déterminants sociaux et autres de la santé, les services de santé doivent prendre l'initiative. Dans bien des cas, les agents de santé locaux sont les seuls à même d'affronter les problèmes qui se présentent au sein de la collectivité : il sont les seuls capables, par exemple, d'aider les parents à prendre soin de leurs enfants au tout début de leur développement, étape qui constitue en elle-même un élément déterminant de leur santé ultérieure, de leur bien-être et de leur productivité.⁸⁷ De telles interventions exigent des équipes sanitaires proactives offrant une gamme complète de services. Elles passent par une relation étroite et de confiance entre les services de santé et les collectivités qu'ils desservent et, par conséquent, par des agents de santé qui connaissent les populations concernées.⁸⁸

Continuité des soins

Comprendre les individus et le contexte dans lequel ils vivent n'est pas seulement important pour assurer des soins complets et centrés sur la personne, c'est aussi la condition de la continuité des soins. Les prestataires se comportent souvent comme si leur responsabilité commençait quand un patient arrive et se terminait quand il s'en va. Les soins ne devraient cependant pas se limiter au moment où le patient vient consulter ni être confinés dans les quatre murs de la salle de consultation. Le souci d'obtenir des résultats impose une approche conséquente et cohérente de la prise en charge du problème du patient, jusqu'à ce que ce problème soit résolu ou que le risque justifiant un suivi ait disparu. La continuité des soins constitue un déterminant important de l'efficacité, qu'il s'agisse de la prise en charge des maladies chroniques, de la santé génésique, de la santé mentale ou de veiller à ce que les enfants aient une croissance saine (Tableau 3.4).

La continuité des soins passe par la continuité de l'information au fur et à mesure que les gens vieillissent, lorsqu'ils déménagent ou lorsque différents professionnels interagissent avec un individu ou un foyer donné. L'accès aux dossiers médicaux et aux résumés d'hospitalisation, qu'ils soient électroniques, conventionnels ou détenus par le client, améliore le choix du traitement et la coordination des soins. Au Canada, par exemple, une personne sur sept travaillant dans un service d'urgence manquait de certaines informations médicales dont l'absence était susceptible d'avoir

Tableau 3.4 Continuité des soins : contribution à des soins de qualité et à de meilleurs résultats sanitaires

Réduit la mortalité toutes causes confondues – Shi (2003), ⁹⁰ Franks (1998), ⁹¹ Villalbi (1999), ⁹² OPS (2005) ⁹³
Meilleur accès aux soins – Weinick (2000), ⁹⁴ Forrest (1998) ⁹⁵
Moins de réhospitalisations – Weinberger (1996) ⁹⁶
Moins de consultations de spécialistes – Woodward (2004) ⁹⁷
Recours moindre à des services d'urgence – Gill (2000) ⁹⁸
Meilleure détection des effets indésirables d'interventions médicales – Rothwell (2005), ⁹⁹ Kravitz (2004) ¹⁰⁰



des répercussions néfastes pour le patient.¹⁰¹ Les informations manquantes sont souvent la cause de retard dans les soins et du recours à des services superflus.¹⁰² Aux Etats-Unis d'Amérique, elles sont liées à 15,6 % de toutes les erreurs enregistrées dans les soins ambulatoires.¹⁰³ Les technologies actuelles de l'information et de la communication, bien que sous-utilisées, offrent des possibilités sans précédent d'améliorer la circulation de l'information médicale à un coût abordable¹⁰⁴ et de renforcer d'autant la continuité, la sécurité et l'apprentissage (Encadré 3.5). De plus, ce n'est plus le privilège exclusif des environnements à revenus élevés, comme le montre le Système de dossiers médicaux ouverts : des

dossiers médicaux électroniques élaborés par des communautés de pratique et des logiciels libres facilitent la continuité et la qualité des soins pour les patients vivant avec le VIH/sida dans de nombreux pays à faible revenu.¹⁰⁵

De meilleurs dossiers médicaux sont nécessaires mais pas suffisants. Les services de santé doivent s'efforcer activement de réduire les nombreux obstacles qui s'opposent à la continuité des soins. Comparé au paiement par capitation ou au paiement à l'acte, le paiement direct a un effet dissuasif bien connu non seulement pour l'accès, mais aussi pour la continuité des soins.¹⁰⁷ A Singapour, par exemple, les patients n'étaient pas autorisés à utiliser leur compte épargne santé

Encadré 3.5 Utiliser les technologies de l'information et de la communication pour améliorer l'accès aux soins primaires ainsi que leur qualité et leur efficacité

Les technologies de l'information et de la communication permettent aux habitants de zones reculées ou mal desservies d'avoir accès à des services et à des compétences techniques qui sinon leur seraient inaccessibles, surtout dans les pays où les médecins, le personnel infirmier et les techniciens de santé sont inégalement répartis ou en nombre chroniquement insuffisant, ou lorsqu'il faut se déplacer sur de longues distances pour avoir accès à des établissements de santé ou obtenir des avis d'experts. Dans de tels contextes, la nécessité d'améliorer l'accès aux soins de santé a stimulé l'adoption de technologies de diagnostic, de surveillance et de consultation à distance. L'expérience chilienne de transmission immédiate d'électrocardiogrammes lorsqu'on suspecte un cas d'infarctus du myocarde constitue un exemple à noter : l'examen se déroule en externe et les données sont envoyées à un centre national où des spécialistes confirment le diagnostic par télécopie ou par courriel. Cette consultation avec des experts par technologie interposée permet de prendre rapidement des mesures et de mettre en œuvre le traitement approprié là où ce n'était pas possible auparavant. Internet est un facteur clé de succès, tout comme les liaisons téléphoniques auxquelles ont désormais accès tous les établissements sanitaires du pays.

Le recours aux technologies de l'information et de la communication présente l'avantage supplémentaire de permettre une meilleure qualité des soins. Les prestataires de soins de santé s'efforcent non seulement d'assurer des soins plus efficaces, mais aussi des soins plus sûrs. Des outils tels que les dossiers médicaux électroniques, les systèmes de prescription et d'aide à la décision clinique informatisés aident les praticiens à dispenser des soins plus sûrs dans divers contextes. Par exemple, dans un village du Kenya occidental, des dossiers médicaux électroniques intégrés à des systèmes de laboratoire, d'achat de médicaments et de notification ont permis de faciliter la tâche du personnel de bureau et de réduire considérablement les erreurs, tout en améliorant les soins post-thérapeutiques.

Avec l'augmentation continue du coût des prestations de soins, les technologies de l'information et de la communication ouvrent de nouvelles perspectives à des soins personnalisés, centrés sur le citoyen et sur les foyers. Dans ce but, des investissements importants ont été effectués dans la recherche et le développement d'applications favorables aux patients. Au Cap, en Afrique du Sud, un système profitant des téléphones portables utilise les noms et numéros de téléphone de personnes souffrant de tuberculose (communiqués par une clinique) et les entre dans une base de données. Toutes les demi-heures, un serveur consulte la base de données et envoie des messages SMS personnalisés aux patients pour leur rappeler de prendre leurs médicaments. Cette technologie est robuste et peu coûteuse. Les taux de guérison et de réussite sont semblables à ceux des patients qui reçoivent un traitement DOTS en clinique, mais à moindre coût tant pour la clinique que pour le patient et d'une manière qui perturbe beaucoup moins la vie quotidienne que les visites à la clinique.¹⁰⁶ Dans le même ordre d'idées consistant à soutenir des modes de vie liés aux soins primaires, les dispositifs informatiques sont devenus l'élément clé d'un programme à base communautaire novateur aux Pays-Bas, où des dispositifs de surveillance et de communication sont incorporés dans la construction de petits appartements pour personnes âgées. Ce système réduit le nombre des visites à un dispensaire et facilite la vie de manière indépendante avec des maladies chroniques qui exigent que l'on procède fréquemment à des contrôles et à l'ajustement des médications.

De nombreux cliniciens soucieux de promouvoir la santé et de prévenir les maladies fondent de grands espoirs dans Internet, qui pourrait devenir une source de conseils en matière de santé destinés à compléter ou à remplacer les avis reçus de professionnels de la santé. Les nouvelles applications et les nouveaux services, ainsi que l'accès à l'information ont durablement changé les relations entre patients et professionnels de la santé, en mettant les connaissances à la portée directe des populations.

(Medisave) pour des traitements ambulatoires, ce qui entraînait des retards dans la prise en charge des patients et des lacunes dans l'observance du traitement pour les malades chroniques. C'était devenu si problématique que les règles ont été modifiées. Les hôpitaux sont désormais encouragés à diriger les patients souffrant de diabète, d'hypertension, d'anomalies lipidiques et d'accidents vasculaires cérébraux vers des médecins généralistes agréés, Medisave couvrant les soins ambulatoires.¹⁰⁸

Parmi les autres obstacles à la continuité, il faut mentionner les schémas thérapeutiques qui exigent des visites fréquentes au dispensaire et coûteuses en temps, en frais de voyage ou en perte de salaire. Elles peuvent être mal comprises et la motivation du patient peut faire défaut. Les patients peuvent se perdre dans le dédale institutionnel des hôpitaux de recours ou des services sociaux. Il faut prévoir et identifier de tels problèmes à un stade précoce. L'effort demandé aux agents de santé n'est pas négligeable : il s'agit de négocier les modalités du traitement avec les patients afin de renforcer au maximum les chances qu'il soit mené à son terme ; de tenir les registres des patients atteints de maladies chroniques ; et d'établir des canaux de communication par des visites à domicile, en restant en contact avec les agents communautaires, d'envoyer des rappels téléphoniques et des messages pour rétablir des contacts interrompus. Ces tâches prosaïques font souvent la différence entre une issue positive et un échec du traitement, mais elles sont rarement gratifiantes. Elles sont beaucoup plus faciles à accomplir quand le patient et le prestataire de soins ont clairement établi comment et par qui le suivi sera organisé.

Un prestataire régulier et de confiance comme point d'entrée

Exhaustivité, continuité et centrage sur la personne sont des éléments critiques pour améliorer les résultats sanitaires. Tous dépendent de l'établissement d'une relation personnelle stable et durable (on parle aussi de « longitudinalité »)⁸⁴ entre la population et les professionnels qui se trouvent au point d'entrée dans le système de santé.

La plupart des soins ambulatoires dispensés dans des contextes conventionnels ne sont pas

conçus pour permettre de construire une telle relation. L'environnement fébrile, anonyme et technique qui est celui des unités hospitalières de soins ambulatoires, avec leurs nombreux spécialistes et subspécialistes, engendre des interactions mécaniques entre des individus anonymes et une institution – pas des soins centrés sur la personne. Les cliniques plus petites sont moins anonymes, mais les soins qu'elles dispensent s'apparentent souvent davantage à une transaction commerciale ou administrative qui commence et finit avec la consultation qu'à un exercice visant à résoudre activement un problème. A cet égard, les cliniques privées ne sont pas différentes des centres de santé publics.⁶⁴ Dans les zones rurales des pays à faible revenu, les centres de santé gouvernementaux sont généralement conçus pour travailler en collaboration étroite avec la collectivité qu'ils desservent. La réalité est souvent différente. L'affectation de ressources et de personnel à certains programmes conduit de plus en plus à une fragmentation,¹⁰⁹ tandis que le manque de fonds, la paupérisation du personnel de santé et la commercialisation rampante rendent difficile l'établissement de telles relations.¹¹⁰ Il existe de nombreux exemples du contraire, mais la relation entre les prestataires de soins et leurs patients, particulièrement les plus pauvres, n'engendre pas souvent la compréhension, l'empathie et la confiance.⁶²

Bâtir une relation durable prend du temps. Il ressort de certaines études qu'il faut entre deux et cinq ans pour l'atteindre pleinement⁸⁴ mais, comme en témoigne le centre de santé en Alaska dont il a été question au début du présent chapitre, cela change du tout au tout la manière dont les soins sont prodigués. Le contact avec la même équipe de prestataires de soins forge avec le temps une relation de confiance entre le patient et le personnel soignant.^{97,111,112} Les professionnels de la santé ont tendance à respecter davantage et à mieux comprendre les patients qu'ils connaissent bien, ce qui crée une interaction plus positive et une meilleure communication.¹¹³ Ils sont en mesure de percevoir et d'anticiper plus rapidement les obstacles à la continuité des soins, assurer le suivi des progrès et évaluer comment le fait d'être atteint d'une maladie ou d'une incapacité affecte la vie quotidienne d'un individu. Mieux avertis des circonstances dans lesquelles les gens



vivent, ils peuvent ajuster les soins pour répondre aux besoins particuliers du patient et détecter des problèmes de santé à un stade précoce.

Il ne s'agit pas seulement de susciter la confiance et la satisfaction des patients, même si c'est extrêmement important.^{114,115} Cela vaut la peine, car cela permet d'améliorer la qualité et les résultats (Tableau 3.5). Les patients qui font appel à la même source de soins pour tous leurs besoins sanitaires ont tendance à mieux suivre les conseils qu'ils reçoivent, à moins recourir aux services d'urgence, à moins devoir être hospitalisés et sont plus satisfaits des soins qui leur sont dispensés.^{98,116,117,118} Les prestataires perdent moins de temps en consultations, réduisent l'utilisation des essais de laboratoire et les coûts,^{95,119,120} tout en augmentant le recours aux soins préventifs.¹²¹ La reconnaissance sociale engendrée par de tels rapports renforce la motivation. Pourtant, même des professionnels de la santé dévoués ne saisiront pas ces occasions spontanément.^{122,123} L'interface entre la population et ses services de santé doit être conçu de manière à ce que non seulement ce soit possible, mais que cela tende à devenir la norme.

Tableau 3.5 Point d'entrée régulier : contribution à la qualité des soins et à de meilleurs résultats

Satisfaction accrue des services – Weiss (1996), ¹¹⁶ Rosenblatt (1998), ¹¹⁷ Freeman (1997), ¹²⁴ Miller (2000) ¹²⁵
Traitements mieux suivis et taux d'hospitalisation réduits – Weiss (1996), ¹¹⁶ Rosenblatt (1998), ¹¹⁷ Freeman (1997), ¹²⁴ Mainous (1998) ¹²⁶
Moins de recours à des services spécialisés et d'urgence – Starfield (1998), ⁸² Parchman (1994), ¹²⁷ Hurley (1989), ¹²⁸ Martin (1989), ¹²⁹ Gadomski (1998) ¹³⁰
Moins de consultations de spécialistes – Hurley (1989), ¹²⁸ Martin (1989) ¹²⁹
Utilisation plus efficace des ressources – Forrest (1996), ⁸² Forrest (1998), ⁹⁵ Hjortdahl (1991), ¹³¹ Roos (1998) ¹³²
Meilleure compréhension des aspects psychologiques des problèmes d'un patient – Gulbrandsen (1997) ⁵⁵
Recours accru à des soins préventifs par les adolescents – Ryan (2001) ¹³³
Protection contre des traitements excessifs – Schoen (2007) ¹³⁴

Organiser des réseaux de soins primaires

Un service de santé qui fournit un point d'entrée sous forme de soins ambulatoires destinés à des problèmes de santé ou liés à la santé doit donc offrir une gamme complète de services intégrés de diagnostic, curatifs, de réadaptation et palliatifs. A la différence de la plupart des modèles conventionnels de prestation des soins de santé, l'offre de services doit inclure la prévention et la promotion de la santé ainsi que des efforts visant à cerner localement les déterminants de la mauvaise santé. Il est essentiel d'établir une relation directe et durable entre le prestataire et la population de la collectivité desservie pour pouvoir tenir compte des contextes personnels et sociaux des patients et de leurs familles et pour assurer la continuité des soins dans le temps et d'un service à l'autre.

Pour transformer des services de santé conventionnels en soins primaires, c'est-à-dire pour faire en sorte que ces éléments soient dûment pris en compte, il faut les réorganiser. Une condition préalable est de faire en sorte qu'ils soient accessibles directement et en permanence, sans compter outre mesure sur le paiement direct mais avec la protection sociale offerte par des mécanismes de couverture universelle. Mais une autre série de dispositions est capitale pour la transformation de soins conventionnels – ambulatoires et en établissement, généralistes et spécialisés – en réseaux locaux de centres de soins primaires^{135,136,137,138,139,140} qui :

- rapprochent les soins des populations, à proximité immédiate de la collectivité et en relation directe avec elle, en déplaçant le point d'entrée dans le système de santé, le faisant passer des hôpitaux et des spécialistes à des généralistes proches des patients dans des centres de soins primaires ;
- confèrent aux prestataires de soins primaires la responsabilité de la santé d'une population donnée dans sa totalité : les malades et les gens en bonne santé, ceux qui choisissent de consulter les services et ceux qui choisissent de ne pas le faire ;
- renforcent le rôle des prestataires de soins primaires en tant que coordonnateurs de l'apport d'autres niveaux de soins en leur donnant l'autorité administrative et le pouvoir d'achat nécessaires.

Rapprocher les soins de la population

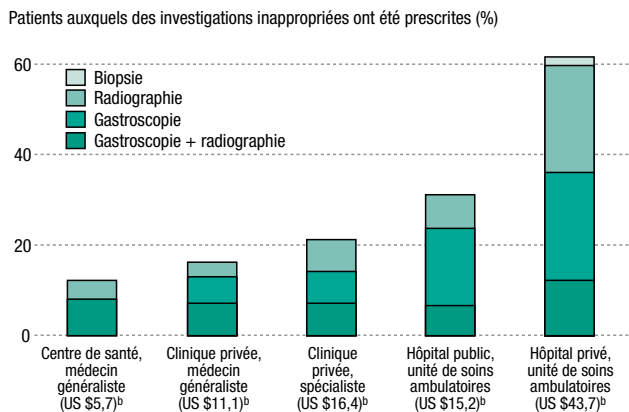
Un premier pas consiste à déplacer le point d'entrée dans le système de santé des cliniques spécialisées, unités de soins ambulatoires et services d'urgence hospitaliers vers des soins ambulatoires généralistes de proximité. Il a été amplement démontré que ce transfert permet des avancées considérables en ce qui concerne l'allègement des souffrances, la prévention des maladies et des décès, et l'amélioration de l'équité en santé. Ces effets bénéfiques se vérifient dans des études nationales aussi bien qu'internationales, même si toutes les caractéristiques des soins primaires ne sont pas pleinement réalisées.³¹

Les soins ambulatoires généralistes sont autant ou davantage en mesure que les soins spécialisés d'identifier des affections courantes potentiellement mortelles.^{141,142} Les généralistes appliquent autant que les spécialistes les recommandations relatives à la pratique clinique,¹⁴³ même s'ils sont plus lents à les adopter.^{144,145} Ils prescrivent moins d'interventions invasives,^{146,147,148,149} des hospitalisations^{127,133,149} moins nombreuses et plus courtes, tout en mettant davantage l'accent sur les soins préventifs.^{133,150} Cela se traduit par des coûts⁸² des soins de santé globalement moindres pour des résultats sanitaires similaires^{146,151,152,153,154,155} et une plus grande satisfaction des patients.^{125,150,156} Des comparaisons effectuées entre pays à revenu élevé montrent que le fait qu'une plus grande proportion des généralistes travaillent en ambulatoire se traduit par des coûts globaux inférieurs et

un meilleur classement en matière de qualité.¹⁵⁷ À l'inverse, les pays qui s'en remettent davantage aux spécialistes obtiennent des résultats sanitaires stagnants ou en déclin lorsqu'ils sont mesurés au niveau de la population, alors que la fragmentation des soins exacerbe le mécontentement des usagers et contribue à dissocier de manière croissante la santé et les services sociaux.^{157,158,159} Les informations relatives aux pays à revenu faible et intermédiaire sont plus difficiles à obtenir,¹⁶⁰ mais certaines indications laissent penser que les tendances y sont les mêmes. Certaines études estiment qu'en Amérique latine et dans les Caraïbes s'adresser davantage aux généralistes permettrait d'éviter une hospitalisation sur deux.¹⁶¹ En Thaïlande, les soins ambulatoires généralistes hors du milieu hospitalier se sont révélés plus centrés sur le patient et répondant mieux à ses attentes, tout en étant moins chers et moins susceptibles d'entraîner une surmédicalisation¹⁶² (Figure 3.4).

La relocalisation du point d'entrée dans le système, le faisant passer de l'hôpital spécialisé aux soins ambulatoires généralistes, crée les conditions qui permettent aux soins d'être plus globaux, continus et centrés sur la personne. Ce qui amplifie les avantages de cette relocation. C'est particulièrement le cas lorsque les services sont organisés sous la forme d'un réseau dense de petites unités de proximité. Cela facilite la mise sur pied d'équipes suffisamment réduites pour connaître les collectivités qu'elles desservent et pour être connues d'elles, tout en étant assez stables pour établir une relation durable. Ces équipes doivent disposer de capacités relationnelles et organisationnelles tout autant que des compétences techniques permettant de résoudre le plus gros des problèmes de santé localement.

Figure 3.4 Investigations inappropriées prescrites à des patients simulés se plaignant de légères douleurs à l'estomac, Thaïlande^{a,b,162}



^a Observation faite en 2000, avant l'introduction du système de couverture universelle en Thaïlande.

^b Coût pour le patient, y compris les honoraires du médecin, les médicaments, les analyses de laboratoire et les investigations techniques.

Responsabilité d'une population bien identifiée

Dans les soins ambulatoires conventionnels, le prestataire assume la responsabilité de la personne qui vient le consulter pendant la durée de la consultation et, dans le meilleur des cas, cette responsabilité va jusqu'à assurer la continuité des soins. Cette manière passive de répondre à la demande ne permet pas de venir en aide à un nombre considérable de personnes qui pourraient bénéficier de soins. Il y a des gens qui, pour diverses raisons, sont ou se sentent exclus



de l'accès aux services et n'ont pas recours à des soins même quand ils en ont besoin. Il y a des gens qui souffrent de maladies mais tardent à se faire soigner. D'autres présentent des facteurs de risque et pourraient profiter des programmes de dépistage ou de prévention (p. ex. du cancer du col ou de l'obésité de l'enfant), mais ils sont laissés pour compte car ils ne consultent pas : les services préventifs limités aux usagers des services laissent souvent de côté ceux qui en ont le plus besoin.¹⁶³ Une approche passive de réponse aux demandes entraîne une autre conséquence indésirable : elle n'a pas l'ambition de se préoccuper des déterminants locaux de la mauvaise santé – qu'ils soient sociaux, environnementaux ou d'origine professionnelle. Autant d'occasions manquées d'améliorer la santé : les prestataires qui n'assument que la responsabilité de leurs clients s'attachent davantage à réparer qu'à entretenir ou à promouvoir la santé.

L'alternative consiste à confier à chaque équipe de soins primaires la responsabilité explicite d'une collectivité ou d'une population bien définie. L'équipe peut donc être tenue pour responsable, par des mesures administratives ou des arrangements contractuels, de la prestation à cette population de soins complets, continus et centrés sur la personne, ainsi que de la mobilisation d'une vaste gamme de services d'appui – de la promotion de la santé aux soins palliatifs. La manière la plus simple d'assigner cette responsabilité consiste à identifier la collectivité desservie sur la base de critères géographiques – approche classique en zones rurales. La simplicité de l'assignation géographique est pourtant trompeuse. Elle suit une logique administrative, celle du secteur public, qui a souvent des problèmes à s'adapter à l'émergence d'une multitude d'autres prestataires. En outre, la géographie administrative peut ne pas coïncider avec la réalité sociologique, surtout en zone urbaine. Les gens se déplacent et il arrive qu'ils travaillent ailleurs que là où ils vivent, faisant des unités les plus proches du domicile une source de soins en réalité peu pratique. De surcroît, les gens accordent de l'importance à la possibilité d'avoir le choix et ils peuvent répugner à être affectés à une unité sanitaire particulière. Certains pays estiment que les critères géographiques de proximité sont les plus appropriés pour déterminer qui fait partie de la population relevant d'une responsabilité donnée, d'autres

préférant s'en remettre à un enregistrement actif ou à des listes de patients. L'important n'est pas la manière de le faire, c'est que la population soit bien identifiée et qu'il existe des mécanismes permettant de faire en sorte que nul ne soit laissé de côté.

Une fois que de telles responsabilités exhaustives explicites ont été assignées en ce qui concerne la santé d'une population bien déterminée, avec les mécanismes de transparence financière et administrative qui s'y rapportent, les règles changent.

L'équipe de soins primaires doit élargir la gamme des soins qu'elle offre, en élaborant des activités et des programmes susceptibles d'améliorer les résultats sanitaires, mais qu'elle aurait pu négliger dans d'autres circonstances.¹⁶⁴ Cela crée les conditions pour investir dans des activités de prévention et de promotion, ainsi que pour s'aventurer dans des domaines souvent négligés tels que la santé à l'école et au travail. Cela force l'équipe de soins primaires à prendre contact et à collaborer avec des organisations et des individus au sein de la société : volontaires et agents de santé communautaires qui agissent comme des agents de liaison avec les patients ou animent des associations de base, travailleurs sociaux, groupes d'entraide, etc.

Cela contraint l'équipe à sortir des quatre murs de son cabinet de consultation et à aller vers la population au sein de la collectivité, ce qui se traduit par des bénéfices substantiels pour la santé. Ainsi, par exemple, des programmes à grande échelle basés sur des visites à domicile et de l'animation communautaire se sont révélés capables de réduire les facteurs de risque de mortalité néonatale et les taux de mortalité eux-mêmes. Aux États-Unis d'Amérique, de tels programmes ont fait baisser la mortalité néonatale de 60 % dans certains contextes.¹⁶⁵ Une partie des avantages qui en résultent sont dus à un meilleur recours à des soins efficaces par des gens qui sinon en auraient été privés. Au Népal, par exemple, la dynamique communautaire des groupes de femmes a conduit à une meilleure utilisation des soins, faisant baisser la mortalité néonatale et maternelle de respectivement 29 % et 80 % par rapport aux communautés témoins.¹⁶⁶

Cela force l'équipe à prendre des initiatives ciblées, en collaboration avec d'autres secteurs, pour atteindre les exclus et les marginaux et

pour s'attaquer aux déterminants plus larges de la mauvaise santé. Comme on l'a montré dans le Chapitre 2, il s'agit d'un complément nécessaire à l'établissement de la couverture universelle dans lequel les services de santé locaux jouent un rôle vital. La vague de chaleur qui a touché l'Europe occidentale en 2003 a par exemple mis en évidence l'importance d'aller au-devant des personnes âgées et les conséquences dramatiques qui peuvent survenir si on ne le fait pas : un excès de mortalité de plus de 50 000 personnes.¹⁶⁷

Pour les populations et les collectivités, l'existence de liens formels avec une source identifiable de soins renforce les chances de voir se développer des relations durables ; d'encourager les services à prêter davantage attention aux caractéristiques des soins primaires ; et de rendre les lignes de communication plus intelligibles. Parallèlement, des liens de coordination peuvent être formalisés avec d'autres niveaux de soins – spécialistes, hôpitaux et autres services techniques – ainsi qu'avec des services sociaux.

L'équipe de soins primaires, centre de coordination

Les équipes de soins primaires ne sauraient assumer la responsabilité complète de leur population sans le soutien de services, d'organisations et d'institutions spécialisés basés en dehors de la collectivité qu'elles desservent. Là où les ressources sont limitées, ces sources de soutien se concentrent généralement dans un « hôpital de district de premier recours ». L'image classique d'un système de soins de santé basé sur les SSP est en effet celle d'une pyramide avec l'hôpital de district au sommet et une série de centres de santé (publics) qui en réfèrent à l'autorité supérieure.

Dans les dispositifs conventionnels, les professionnels des soins ambulatoires n'ont pas grand-chose à dire quant à la manière dont les hôpitaux et les services spécialisés contribuent – ou pas – à la santé de leurs patients, et ils ne sont guère incités à s'adresser à d'autres institutions et acteurs en rapport avec la santé de la collectivité locale. Cela change si on leur confie la responsabilité d'une population déterminée et s'ils sont reconnus comme étant le point d'entrée régulier pour cette population. Avec l'extension des réseaux, le paysage des soins de santé devient

beaucoup plus encombré et pluraliste. Davantage de ressources permettent une diversification : la gamme des services spécialisés qui deviennent accessibles peut comporter notamment services d'urgence, spécialistes, infrastructure, centres de dialyse, dépistage du cancer, techniciens de l'environnement, institutions de soins de longue durée, pharmacies, etc. Il s'agit de possibilités nouvelles, à condition que les équipes de soins primaires soient capables d'aider la population qu'elles desservent à en faire le meilleur usage, ce qui est particulièrement important pour la santé publique, la santé mentale et les soins de longue durée.¹⁶⁸

Le rôle de coordination (ou de filtrage) que cela implique transforme efficacement la pyramide des soins primaires en un réseau où les relations entre l'équipe de soins primaires et les autres institutions et services ne reposent plus seulement sur une hiérarchie verticale de haut en bas et une orientation-recours de la base au sommet, mais sur la coopération et la coordination (Figure 3.5). L'équipe de soins primaires devient alors le médiateur entre la collectivité et les autres niveaux du système de santé, aidant les gens à évoluer dans les méandres des services de santé et mobilisant le soutien d'autres établissements en leur adressant des patients ou en sollicitant l'appui de services spécialisés.

Ce rôle de coordination et de médiation s'étend également à la collaboration avec d'autres types d'organisations, souvent non gouvernementales. Ces dernières peuvent apporter un appui significatif aux soins primaires locaux. Elles peuvent faire en sorte que la population connaisse ses droits et dispose des informations lui permettant d'éviter les prestataires qui ne seraient pas à la hauteur.^{169,170} Des structures de médiation indépendantes ou des organisations de consommateurs peuvent aider les usagers à formuler leurs plaintes. Plus important encore, il existe une foule d'associations d'entraide pour les diabétiques, les handicapés et les malades chroniques, qui sont susceptibles d'aider les patients à s'aider eux-mêmes.¹⁷¹ Rien qu'aux États-Unis d'Amérique, plus de cinq millions de personnes appartiennent à des groupes d'entraide, tandis que l'on a assisté ces dernières années dans de nombreux pays à revenu faible et intermédiaire à une prolifération d'organisations de la société civile actives

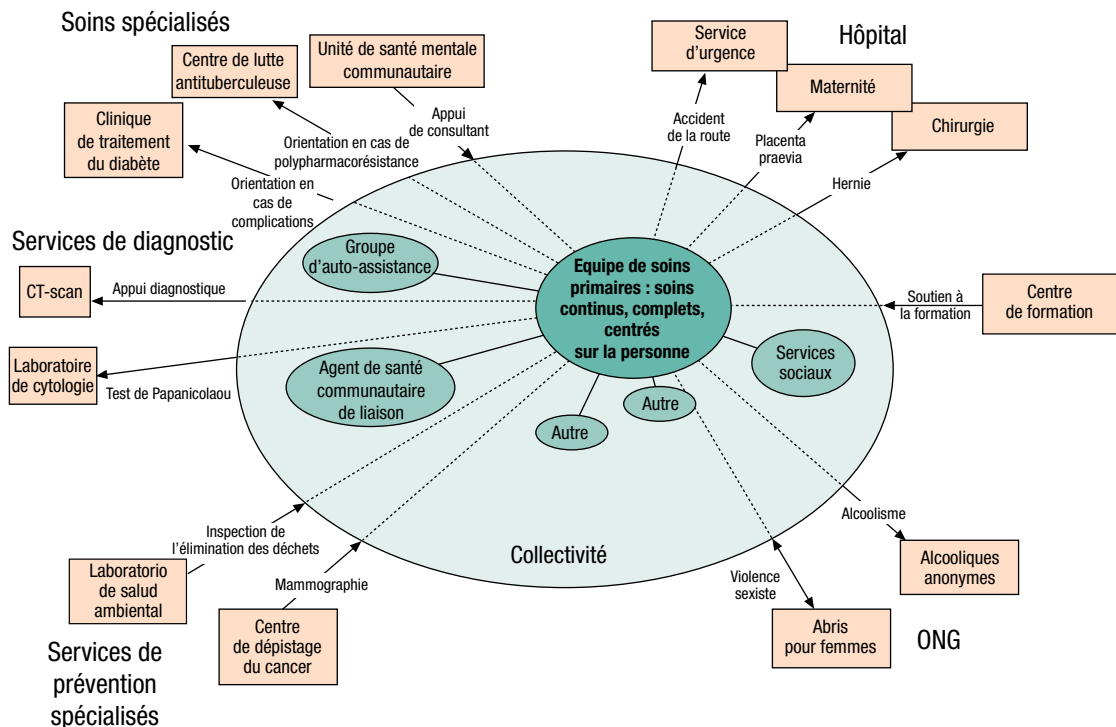


dans le domaine de la santé, de l'auto-assistance aux droits des patients. Ces groupes font bien plus que de simplement informer les patients. Ils aident les gens à prendre leur propre situation en main, à améliorer leur santé, à mieux affronter la maladie, à prendre confiance en eux-mêmes et à réduire la surmédicalisation.¹⁷² Les équipes de soins primaires ne peuvent que se renforcer en renforçant leurs liens avec de tels groupes.

Là où les équipes de soins primaires sont en mesure d'assumer ce rôle de coordination, leur travail devient plus gratifiant et plus attrayant, tandis que les effets d'ensemble sur la santé sont positifs. Le recours à des spécialistes et à l'hospitalisation est réduit par filtrage des démarches inutiles, les délais d'attente sont réduits pour les patients, et le suivi postopératoire est amélioré.^{83,128,129}

La fonction de coordination fournit un cadre institutionnel à une mobilisation intersectorielle destinée à assurer la santé des collectivités locales. Il ne s'agit pas d'un supplément à option mais bien d'un élément essentiel du mandat des équipes de soins primaires. Avec des implications politiques : la coordination restera un vœu pieux tant que l'équipe de soins primaires ne disposera pas d'un certain poids administratif ou financier. La coordination dépend également de la reconnaissance par les différentes institutions du rôle clé des équipes de soins primaires. Les systèmes actuels de formation professionnelle, les possibilités de promotion et les mécanismes de rémunération donnent le plus souvent le signal du contraire. Il faut un leadership puissant pour inverser la réticence bien ancrée que suscitent les soins primaires.

Figure 3.5 Les soins primaires en tant que centre de coordination : réseautage au sein de la collectivité desservie et avec des partenaires extérieurs^{173,174}



Suivre les progrès

Le passage des soins conventionnels aux soins primaires est un processus complexe qui ne saurait suivre un schéma universel unique. Ce n'est qu'au cours des dernières années qu'il a été possible de démêler les effets des divers éléments qui caractérisent les soins primaires. Cela s'explique en partie par le fait que l'identification des éléments qui différencient les soins primaires des soins conventionnels a nécessité des années de tâtonnements accompagnés d'erreurs et que les instruments permettant de les mesurer n'ont pas été généralisés. La raison en est que ces éléments caractéristiques ne sont jamais mis en place tous ensemble en un seul train de réformes, mais sont le résultat de transformations graduelles du système de santé. Pourtant, en dépit de cette complexité, il est possible de mesurer les progrès accomplis, en guise de complément au suivi qui s'impose pour mesurer les progrès accomplis sur la voie de la couverture universelle.

La première question à se poser est de savoir jusqu'à quel point les mesures qui s'imposent pour passer aux soins primaires sont mises en place.

- Le prestataire de premier contact prédominant a-t-il cessé d'être un spécialiste ou un hôpital pour devenir une équipe de soins primaires généralistes proche des lieux où vit la population ?
- Les prestataires de soins primaires sont-ils responsables de la santé de tous les membres d'une population bien définie : de ceux qui consultent les services de santé et de ceux qui ne le font pas ?
- Les prestataires de soins primaires ont-ils le pouvoir de coordonner les diverses contributions des services spécialisés, hospitaliers et sociaux, en disposant d'une autorité administrative et d'un pouvoir d'achat renforcés ?

La seconde question à se poser est de savoir jusqu'à quel point les caractéristiques des soins primaires prennent de l'importance.

- Centrage sur la personne : note-t-on des signes d'amélioration, que ce soit par observation directe ou en sondant les usagers ?
- Globalité : la gamme des services en matière de soins primaires s'étoffe-t-elle et devient-elle plus complète, offrant l'ensemble des prestations essentielles, de la promotion aux soins palliatifs, à tous les groupes d'âge ?
- Continuité : les informations relatives aux individus sont-elles enregistrées tout au long de leur vie et transférées entre les niveaux de soins en cas d'orientation-recours ou à une autre unité de soins primaires lorsque les gens déménagent ?
- Point d'entrée régulier : des mesures sont-elles prises pour faire en sorte que les prestataires connaissent leurs patients et vice versa ?

Cela pourrait fournir aux décideurs des indications sur leurs propres progrès en matière de transformation des soins de santé. Toutefois, il n'est pas immédiatement possible d'attribuer des résultats sanitaires et sociaux à certains aspects particuliers des efforts de réforme. Afin de pouvoir le faire, le suivi des efforts de réforme doit être assorti d'un programme de recherche bien plus vigoureux. Il est révélateur que la Cochrane Review portant sur les stratégies visant à intégrer les services de santé primaires dans les pays à revenu faible et intermédiaire n'a été capable de trouver qu'une seule étude valable qui tienne compte de la perspective de l'utilisateur.¹⁶⁰ Les recherches consacrées aux soins primaires se sont heureusement multipliées dans les pays à revenu élevé et, plus récemment, dans des pays à revenu intermédiaire qui ont lancé d'ambitieuses réformes des soins primaires. Il est néanmoins remarquable qu'une industrie qui mobilise actuellement 8,6 % du PIB mondial investisse si peu dans la recherche consacrée à deux de ses stratégies les plus efficaces et les plus rentables : les soins primaires et les politiques publiques qui les sous-tendent et les complètent.



Bibliographie

1. *People at the centre of health care: harmonizing mind and body, people and systems*. New Delhi, World Health Organization Regional Office for South-East Asia, Manila, World Health Organization Regional Office for the Western Pacific, 2007.
2. Osler W. *Aequanimitas*. Philadelphia PA, Blakiston, 1904.
3. Eby D. Primary care at the Alaska Native Medical Centre: a fully deployed "new model" of primary care. *International Journal of Circumpolar Health*, 2007, 66(Suppl. 1):4–13.
4. Eby D. Integrated primary care. *International Journal of Circumpolar Health*, 1998, 57(Suppl. 1):665–667.
5. Gottlieb K, Sylvester I, Eby D. Transforming your practice: what matters most. *Family Practice Management*, 2008, 15:32–38.
6. Kerstens JJ et al. Comparison of patient evaluations of health care quality in relation to WHO measures of achievement in 12 European countries. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, 2004, 82:106–114.
7. Bossyns P, Miye M, Van Lerberghe W. Supply-level measures to increase uptake of family planning services in Niger: the effectiveness of improving responsiveness. *Tropical Medicine and International Health*, 2002, 7:383–390.
8. *Rapport sur la santé dans le monde, 2000 – Pour un système de santé plus performant*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2000.
9. Mercer SW, Cavston PG, Bikker AP. Quality in general practice consultations: a qualitative study of the views of patients living in an area of high socio-economic deprivation in Scotland. *BMC Family Practice*, 2007, 8:22.
10. Scherger JE. What patients want. *Journal of Family Practice*, 2001, 50:137.
11. Sackett DL et al. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *British Medical Journal*, 1996, 312:71–72.
12. Guyatt G, Cook D, Haynes B. Evidence based medicine has come a long way: The second decade will be as exciting as the first. *BMJ*, 2004, 329:990–991.
13. Cochrane database of systematic reviews. The Cochrane Library, 2008 (<http://www.cochrane.org>, accessed 27 July 2008).
14. Iha A, ed. *Summary of the evidence on patient safety: implications for research*. Genève, Organisation mondiale de la Santé. The Research Priority Setting Working Group of the World Alliance for Patient Safety, 2008.
15. Smith GD, Mertens T. What's said and what's done: the reality of sexually transmitted disease consultations. *Public Health*, 2004, 118:96–103.
16. Berwick DM. The science of improvement. *JAMA*, 2008, 299:1182–1184.
17. Donaldson L, Philip P. Patient safety: a global priority. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, 2004, 82:892–893.
18. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, eds. *To err is human: building a safer health system*. Washington, DC, National Academy Press, Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine, 1999.
19. Reason J. Human error: models and management. *BMJ*, 2000, 320:768–770.
20. Kripalani S et al. Deficits in communication and information transfer between hospital-based and primary care physicians: implications for patient safety and continuity of care. *JAMA*, 2007, 297:831–841.
21. Miller MA, Pisani E. The cost of unsafe injections. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, 1999, 77:808–811.
22. *The purpose of a world alliance*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, Alliance mondiale pour la sécurité du patient, 2008 (<http://www.who.int/patientsafety/worldalliance/alliance/en/>, consulté le 28 juillet 2008).
23. Shortell SM, Singer SJ. Improving patient safety by taking systems seriously. *JAMA* 2008, 299:445–447.
24. Das J, Hammer JS, Kenneth LL. *The quality of medical advice in low-income countries*. Washington DC, The World Bank, 2008 (World Bank Policy Research Working Paper No. 4501; <http://ssrn.com/abstract=1089272>, consulté le 28 juillet 2008).
25. Schoen C et al. Taking the pulse of health care systems: experiences of patients with health problems in six countries. *Health Affairs*, 2005 (web exclusive W 5-5 0 9 DOI 10.1377/hlthaff.W5.509).
26. Mekbib TA, Teferi B. Caesarean section and foetal outcome at Yekatit 12 hospital, Addis Abba, Ethiopia, 1987-1992. *Ethiopian Medical Journal*, 1994, 32:173–179.
27. Siddiqi S et al. The effectiveness of patient referral in Pakistan. *Health Policy and Planning*, 2001, 16:193–198.
28. Sanders D et al. Zimbabwe's hospital referral system: does it work? *Health Policy and Planning*, 1998, 13:359–370.
29. Data reported at World Aids Day Meeting, Antwerp, Belgium, 2000.
30. *Rapport sur la santé dans le monde, 2005 – Donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2005.
31. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contributions of primary care to health systems and health. *The Milbank Quarterly*, 2005, 83:457–502.
32. Heise L, Garcia-Moreno C. Intimate partner violence. In: Krug EG et al, eds. *Rapport sur la violence et la santé*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2002.
33. Ellsberg M et al. Intimate partner violence and women's physical and mental health in the WHO multi-country study on women's health and domestic violence: an observational study. *Lancet*, 2008, 371:1165–1172.
34. Campbell JC. Health consequences of intimate partner violence. *Lancet*, 2002, 359:1331–1336.
35. Edleson JL. Children's witnessing of domestic violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 1996, 14:839–870.
36. Dube SR et al. Exposure to abuse, neglect, and household dysfunction among adults who witnessed intimate partner violence as children: implications for health and social services. *Violence and Victims*, 2002, 17: 3–17.
37. Åsling-Monemi K et al. Violence against women increases the risk of infant and child mortality: a case-referent study in Nicaragua. *Bulletin of the World Health Organization*, 2003, 81:10–18.
38. Bonomi A et al. Intimate partner violence and women's physical, mental and social functioning. *American Journal of Preventive Medicine*, 2006, 30:458–466.
39. National Centre for Injury Prevention and Control. *Costs of intimate partner violence against women in the United States*. Atlanta GA, Centres for Disease Control and Prevention, 2003.
40. Ramsay J et al. Should health professionals screen women for domestic violence? Systematic review. *BMJ*, 2002, 325:314–318.
41. Nelson HD et al. Screening women and elderly adults for family and intimate partner violence: a review of the evidence for the U.S. Preventive Services Task force. *Annals of Internal Medicine*, 2004, 140:387–403.
42. Garcia-Moreno C. Dilemmas and opportunities for an appropriate health-service response to violence against women. *Lancet*, 2002, 359:1509–1514.
43. Wathan NC, MacMillan HL. Interventions for violence against women. Scientific review. *JAMA*, 2003, 289:589–600.
44. Sullivan CM, Bybee DI. Reducing violence using community-based advocacy for women with abusive partners. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1999, 67:43–53.
45. Tiwari A et al. A randomized controlled trial of empowerment training for Chinese abused pregnant women in Hong Kong. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2005, 112:1249–1256.
46. Taket A et al. Routinely asking women about domestic violence in health settings. *BMJ*, 2003, 327:673–676.
47. MacDonald R. Time to talk about rape. *BMJ*, 2000, 321:1034–1035.
48. Basile KC, Hertz FM, Back SE. *Intimate partner and sexual violence victimization instruments for use in healthcare settings*. 2008. Atlanta GA, Centers for Disease Control and Prevention, 2008.
49. *Guidelines for the medico-legal care of victims of sexual violence*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003.
50. Mead N, Bower P. Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Social Science and Medicine*, 51:1087–1110.
51. Stewart M. Towards a global definition of patient centred care. *BMJ*, 2001, 322:444–445.
52. Fiscella K et al. Patient trust: is it related to patient-centred behavior of primary care physicians? *Medical Care*, 2004, 42:1049–1055.
53. Marinowitz GJO, Fehrsen GS. *Caring, learning, improving quality and doing research: Different faces of the same process*. Paper presented at: 11th South African Family Practice Congress, Sun City, South Africa, August 1998.
54. Ferrer RL, Hambidge SJ, Maly RC. The essential role of generalists in health care systems. *Annals of Internal Medicine*, 2005, 142:691–699.
55. Gulbrandsen P, Hjortdahl P, Fugelli P. General practitioners' knowledge of their patients' psychosocial problems: multipractice questionnaire survey. *British Medical Journal*, 1997, 314:1014–1018.
56. Jaturapatporn D, Dellow A. Does family medicine training in Thailand affect patient satisfaction with primary care doctors? *BMC Family Practice*, 2007, 8:14.
57. Kovess-Masféty V et al. What makes people decide who to turn to when faced with a mental health problem? Results from a French survey. *BMC Public Health*, 2007, 7:188.
58. Bergeson D. A systems approach to patient-centred care. *JAMA*, 2006, 296:23.
59. Kravitz RL et al. Recall of recommendations and adherence to advice among patients with chronic medical conditions. *Archives of Internal Medicine*, 1993, 153:1869–1878.
60. Werner D et al. *Questioning the solution: the politics of primary health care and child survival, with an in-depth critique of oral rehydration therapy*. Palo Alto CA, Health Wrights, 1997.
61. Norris et al. Increasing diabetes self-management education in community settings. A systematic review. *American Journal of Preventive Medicine*, 2002, 22:39–66.
62. Bossyns P, Van Lerberghe W. The weakest link: competence and prestige as constraints to referral by isolated nurses in rural Niger. *Human Resources for Health*, 2004, 2:1.

63. Willems S et al. Socio-economic status of the patient and doctor-patient communication: does it make a difference. *Patient Education and Counseling*, 2005, 56:139–146.
64. Pongsupap Y. *Introducing a human dimension to Thai health care: the case for family practice*. Brussels, Vrije Universiteit Brussel Press, 2007.
65. *Renewing primary health care in the Americas. A Position paper of the Pan American Health Organization*. Washington DC, Pan American Health Organization, 2007.
66. Penny Simkin, PT. Birth plans: after 25 years, women still want to be heard. *Birth*, 34:49–51.
67. Portela A, Santarelli C. Empowerment of women, men, families and communities: true partners for improving maternal and newborn health. *British Medical Bulletin*, 2003, 67:59–72.
68. Wallerstein N. *What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health?* Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe 2006 (Health Evidence Network report; (<http://www.euro.who.int/Document/E88086.pdf>, consulté le 21 novembre 2007).
69. Diabète-France.com – portail du diabète et des diabétiques en France, 2008 (<http://www.diabete-france.com>, accessed 30 July 2008).
70. Barlow J, Cohen E, Stewart-Brown SSB. Parent training for improving maternal psychosocial health. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2003, (4):CD002020.
71. Ahluwalia I. An evaluation of a community-based approach to safe motherhood in northwestern Tanzania. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 2003, 82:231.
72. De la Luz Martínez-Maldonado M, Correa-Muñoz E, Mendoza-Núñez VM. Program of active aging in a rural Mexican community: a qualitative approach. *BMC Public Health*, 2007, 7:276 (DOI:10.1186/1471-2458-7-276).
73. Frenz P. *Innovative practices for intersectoral action on health: a case study of four programs for social equity*. Chilean case study prepared for the CSDH. Santiago, Ministry of Health, Division of Health Planning, Social Determinants of Health Initiative, 2007.
74. Paethayasapaa. Kam Prakard Sitti Pu Paui, 2003? (<http://www.tmc.or.th/>, consulté le 30 juillet 2008).
75. Prince M, Livingston G, Katona C. Mental health care for the elderly in low-income countries: a health systems approach. *World Psychiatry*, 2007, 6:5–13.
76. Nanda P. Women's participation in rural credit programmes in Bangladesh and their demand for formal health care: is there a positive impact? *Health Economics*, 1999, 8:415–428.
77. Nakkash R et al. The development of a feasible community-specific cardiovascular disease prevention program: triangulation of methods and sources. *Health Education and Behaviour*, 2003, 30:723–739.
78. Stange KC. The paradox of the parts and the whole in understanding and improving general practice. *International Journal for Quality in Health Care*, 2002, 14:267–268.
79. Gill JM. The structure of primary care: framing a big picture. *Family Medicine*, 2004, 36:65–68.
80. *Pan-Canadian Primary Health Care Indicator Development Project. Pan-Canadian primary health care indicators, Report 1, Volume 1*. Ottawa, Canadian Institute for Health Information 2008 (<http://www.cihi.ca>).
81. Bindman AB et al. Primary care and receipt of preventive services. *Journal of General Internal Medicine*, 1996, 11:269–276.
82. Forrest CB, Starfield B. The effect of first-contact care with primary care clinicians on ambulatory health care expenditures. *Journal of Family Practice*, 1996, 43:40–48.
83. Chande VT, Kinane JM. Role of the primary care provider in expediting children with acute appendicitis. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 1996, 150:703–706.
84. Starfield B. *Primary care: balancing health needs, services, and technology*. New York, Oxford University Press 1998.
85. Bindman AB et al. Primary care and receipt of preventive services. *Journal of General Internal Medicine*, 1996, 11:269–276.
86. Shea S et al. Predisposing factors for severe, uncontrolled hypertension in an inner-city minority population. *New England Journal of Medicine*, 1992, 327:776–781.
87. Galobardes B, Lynch JW, Davey Smith G. Is the association between childhood socioeconomic circumstances and cause-specific mortality established? Update of a systematic review. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2008, 62:387–390.
88. *Guide to clinical preventive services, 2007*. Rockville MD, Agency for Healthcare Research and Quality, 2007 (AHRQ Publication No. 07-05100; <http://www.ahrq.gov/clinic/pocketgd.htm>).
89. Porignon D et al. *Comprehensive is effective: vaccination coverage and health system performance in Sub-Saharan Africa*, 2008 (forthcoming).
90. Shi L et al. The relationship between primary care, income inequality, and mortality in the United States, 1980–1995. *Journal of the American Board of Family Practice*, 2003, 16:412–422.
91. Franks P, Fiscella K. Primary care physicians and specialists as personal physicians. Health care expenditures and mortality experience. *Journal of Family Practice*, 1998, 47:105–109.
92. Villalbi JR et al. An evaluation of the impact of primary care reform on health. *Atención Primaria*, 1999, 24:468–474.
93. *Regional core health data initiative*. Washington DC, Pan American Health Organization, 2005 (<http://www.paho.org/English/SHA/coredata/tabulator/newTabulator.htm>).
94. Weinick RM, Krauss NA. Racial/ethnic differences in children's access to care. *American Journal of Public Health*, 2000, 90:1771–1774.
95. Forrest CB, Starfield B. Entry into primary care and continuity: the effects of access. *American Journal of Public Health*, 1998, 88:1330–1336.
96. Weinberger M, Oddone EZ, Henderson WG. Does increased access to primary care reduce hospital readmissions? For The Veterans Affairs Cooperative Study Group on Primary Care and Hospital Readmission. *New England Journal of Medicine*, 1996, 334:1441–1447.
97. Woodward CA et al. What is important to continuity in home care? Perspectives of key stakeholders. *Social Science and Medicine*, 2004, 58:177–192.
98. Gill JM, Mainous AGI, Nseroko M. The effect of continuity of care on emergency department use. *Archives of Family Medicine*, 2000, 9:333–338.
99. Rothwell P. Subgroup analysis in randomised controlled trials: importance, indications, and interpretation. *Lancet*, 2005, 365:176–186.
100. Kravitz RL, Duan N, Braslow J. Evidence-based medicine, heterogeneity of treatment effects, and the trouble with averages. *The Milbank Quarterly*, 2004, 82:661–687.
101. Stiell A. et al. Prevalence of information gaps in the emergency department and the effect on patient outcomes. *Canadian Medical Association Journal*, 2003, 169:1023–1028.
102. Smith PC et al. Missing clinical information during primary care visits. *JAMA*, 2005, 293:565–571.
103. Elder NC, Vonder Meulen MB, Cassidy A. The identification of medical errors by family physicians during outpatient visits. *Annals of Family Medicine*, 2004, 2:125–129.
104. Elwyn G. Safety from numbers: identifying drug related morbidity using electronic records in primary care. *Quality and Safety in Health Care*, 2004, 13:170–171.
105. Open Medical Records System (OpenMRS) [online database]. Cape Town, South African Medical Research Council, 2008 (<http://openmrs.org/wiki/OpenMRS>, accessed 29 July 2008).
106. Hüslér J, Peters T. *Evaluation of the On Cue Compliance Service pilot: testing the use of SMS reminders in the treatment of tuberculosis in Cape Town, South Africa. Prepared for the City of Cape Town Health Directorate and the International Development Research Council (IDRC)*. Cape Town, Bridges Organization, 2005.
107. Smith-Rohrberg Maru D et al. Poor follow-up rates at a self-pay northern Indian tertiary AIDS clinic. *International Journal for Equity in Health*, 2007, 6:14.
108. Busse R, Schlette S, eds. *Focus on prevention, health and aging, and health professions*. Gütersloh, Verlag Bertelsmann Stiftung, 2007 (Health policy developments 7/8).
109. James Pfeiffer International. NGOs and primary health care in Mozambique: the need for a new model of collaboration. *Social Science and Medicine*, 2003, 56:725–738.
110. Jaffré Y, Olivier de Sardan J-P. *Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*. Paris, Karthala, 2003.
111. Naithani S, Gulliford M, Morgan M. Patients' perceptions and experiences of "continuity of care" in diabetes. *Health Expectations*, 2006, 9:118–129.
112. Schoenbaum SC. The medical home: a practical way to improve care and cut costs. *Medscape Journal of Medicine*, 2007, 9:28.
113. Beach MC. Are physicians' attitudes of respect accurately perceived by patients and associated with more positive communication behaviors? *Patient Education and Counseling*, 2006, 62:347–354 (Epub 2006 Jul 21).
114. Farmer JE et al. Comprehensive primary care for children with special health care needs in rural areas. *Pediatrics*, 2005, 116:649–656.
115. Pongsupap Y, Van Lerberghe W. Patient experience with self-styled family practices and conventional primary care in Thailand. *Asia Pacific Family Medicine Journal*, 2006, Vol 5.
116. Weiss LJ, Blustein J. Faithful patients: the effect of long term physician-patient relationships on the costs and use of health care by older Americans. *American Journal of Public Health*, 1996, 86:1742–1747.
117. Rosenblatt RL et al. The generalist role of specialty physicians: is there a hidden system of primary care? *JAMA*, 1998, 279:1364–1370.
118. Kempe A et al. Quality of care and use of the medical home in a state-funded capitated primary care plan for low-income children. *Pediatrics*, 2000, 105:1020–1028.
119. Raddish MS et al. Continuity of care: is it cost effective? *American Journal of Managed Care*, 1999, 5:727–734.
120. De Maeseener JM et al. Provider continuity in family medicine: does it make a difference for total health care costs? *Annals of Family Medicine*, 2003, 1:131–133.
121. Saver B. Financing and organization findings brief. *Academy for Research and Health Care Policy*, 2002, 5:1–2.



122. Tudiver F, Herbert C, Goel V. Why don't family physicians follow clinical practice guidelines for cancer screening? *Canadian Medical Association Journal*, 1998, 159:797-798.
123. Oxman AD et al. No magic bullets: a systematic review of 102 trials of interventions to improve professional practice. *Canadian Medical Association Journal*, 1995, 153:1423-1431.
124. Freeman G, Hjortdahl P. What future for continuity of care in general practice? *British Medical Journal*, 1997, 314: 1870-1873.
125. Miller MR et al. Parental preferences for primary and specialty care collaboration in the management of teenagers with congenital heart disease. *Pediatrics*, 2000, 106:264-269.
126. Mainous AG III, Gill JM. The importance of continuity of care in the likelihood of future hospitalization: is site of care equivalent to a primary clinician? *American Journal of Public Health*, 1998, 88:1539-1541.
127. Parchman ML, Culler SD. Primary care physicians and avoidable hospitalizations. *Journal of Family Practice*, 1994, 39:123-128.
128. Hurley RE, Freund DA, Taylor DE. Emergency room use and primary care case management: evidence from four medicaid demonstration programs. *American Journal of Public Health*, 1989, 79: 834-836.
129. Martin DP et al. Effect of a gatekeeper plan on health services use and charges: a randomized trial. *American Journal of Public Health*, 1989, 79:1628-1632.
130. Gadomski A, Jenkins P, Nichols M. Impact of a Medicaid Primary Care Provider and Preventive Care on pediatric hospitalization. *Pediatrics*, 1998, 101:E1 (<http://pediatrics.aappublications.org/cgi/reprint/101/3/e1>, consulté le 29 juillet 2008).
131. Hjortdahl P, Borchgrevink CF. Continuity of care: influence of general practitioners' knowledge about their patients on use of resources in consultations. *British Medical Journal*, 1991, 303:1181-1184.
132. Roos NP, Carriere KC, Friesen D. Factors influencing the frequency of visits by hypertensive patients to primary care physicians in Winnipeg. *Canadian Medical Association Journal*, 1998, 159:777-783.
133. Ryan S et al. The effects of regular source of care and health need on medical care use among rural adolescents. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 2001, 155:184-190.
134. Schoen C et al. Towards higher-performance health systems: adults' health care experiences in seven countries, 2007. *Health Affairs*, 2007, 26:w717-w734.
135. Saltman R, Rico A, Boerma W, eds. *Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care*. Maidenhead, England, Open University Press, 2006 (European Observatory on Health Systems and Policies Series).
136. Nutting P. A. Population-based family practice: the next challenge of primary care. *Journal of Family Practice*, 1987, 24:83-88.
137. *Strategies for population health: investing in the health of Canadians*. Ottawa, Health Canada, Advisory Committee on Population Health, 1994.
138. Lasker R. *Medicine and public health: the power of collaboration*. New York, New York Academy of Medicine, 1997.
139. Longlett SK, Kruse JE, Wesley RM. Community-oriented primary care: historical perspective. *Journal of the American Board of Family Practice*, 2001,14:54-563.
140. *Improving health for New Zealanders by investing in primary health care*. Wellington, National Health Committee, 2000.
141. Provenzale D et al. Gastroenterologist specialist care and care provided by generalists - an evaluation of effectiveness and efficiency. *American Journal of Gastroenterology*, 2003, 98:21-8.
142. Smetana GW et al. A comparison of outcomes resulting from generalist vs specialist care for a single discrete medical condition: a systematic review and methodologic critique. *Archives of Internal Medicine*, 2007, 167:10-20.
143. Beck CA et al. Discharge prescriptions following admission for acute myocardial infarction at tertiary care and community hospitals in Quebec. *Canadian Journal of Cardiology*, 2001, 17:33-40.
144. Fendrick AM, Hirsh RA, Chermow ME. Differences between generalist and specialist physicians regarding Helicobacter pylori and peptic ulcer disease. *American Journal of Gastroenterology*, 1996, 91:1544-1548.
145. Zoorob RJ et al. Practice patterns for peptic ulcer disease: are family physicians testing for H. pylori? *Helicobacter*, 1999, 4:243-248.
146. Rose JH et al. Generalists and oncologists show similar care practices and outcomes for hospitalized late-stage cancer patients. For SUPPORT Investigators (Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks for Treatment). *Medical Care*, 2000, 38:1103-1118.
147. Krikke EH, Bell NR. Relation of family physician or specialist care to obstetric interventions and outcomes in patients at low risk: a western Canadian cohort study. *Canadian Medical Association Journal*, 1989, 140:637-643.
148. MacDonald SE, Voaklander K, Birtwhistle RV. A comparison of family physicians' and obstetricians' intrapartum management of low-risk pregnancies. *Journal of Family Practice*, 1993, 37:457-462.
149. Abyad A, Homs R. A comparison of pregnancy care delivered by family physicians versus obstetricians in Lebanon. *Family Medicine*, 1993 25:465-470.
150. Grunfeld E et al. Comparison of breast cancer patient satisfaction with follow-up in primary care versus specialist care: results from a randomized controlled trial. *British Journal of General Practice*, 1999, 49:705-710.
151. Grunfeld E et al. Randomized trial of long-term follow-up for early-stage breast cancer: a comparison of family physician versus specialist care. *Journal of Clinical Oncology*, 2006, 24:848-855.
152. Scott IA et al. An Australian comparison of specialist care of acute myocardial infarction. *International Journal for Quality in Health Care*, 2003, 15:155-161.
153. Regueiro CR et al. A comparison of generalist and pulmonologist care for patients hospitalized with severe chronic obstructive pulmonary disease: resource intensity, hospital costs, and survival. For SUPPORT Investigators (Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks for Treatment). *American Journal of Medicine*, 1998, 105:366-372.
154. McAlister FA et al. The effect of specialist care within the first year on subsequent outcomes in 24,232 adults with new-onset diabetes mellitus: population-based cohort study. *Quality and Safety in Health Care*, 2007, 16:6-11.
155. Greenfield S et al. Outcomes of patients with hypertension and non-insulin dependent diabetes mellitus treated by different systems and specialties. Results from the medical outcomes study. *Journal of the American Medical Association*, 1995, 274:1436-1444.
156. Pongsupap Y, Boonyapaisarnchoaroen T, Van Lerberghe W. The perception of patients using primary care units in comparison with conventional public hospital outpatient departments and "prime mover family practices": an exit survey. *Journal of Health Science*, 2005, 14:3.
157. Baicker K, Chandra A. Medicare spending, the physician workforce, and beneficiaries' quality of care. *Health Affairs*, 2004 (Suppl. web exclusive: W4-184-197).
158. Shi, L. Primary care, specialty care, and life chances. *International Journal of Health Services*, 1994, 24:431-458.
159. Baicker K et al. Who you are and where you live: how race and geography affect the treatment of Medicare beneficiaries. *Health Affairs*, 2004 (web exclusive: VAR33-V44).
160. Briggs CJ, Garner P. Strategies for integrating primary health services in middle and low-income countries at the point of delivery. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2006, (3):CD003318.
161. *Estudo regional sobre assistência hospitalar e ambulatorial especializada na América Latina e Caribe*. Washington DC, Pan American Health Organization, Unidad de Organización de Servicios de Salud, Area de Tecnología y Prestación de Servicios de Salud, 2004.
162. Pongsupap Y, Van Lerberghe W. Choosing between public and private or between hospital and primary care? Responsiveness, patient-centredness and prescribing patterns in outpatient consultations in Bangkok. *Tropical Medicine and International Health*, 2006, 11:81-89.
163. *Guide to clinical preventive services, 2007*. Rockville MD, Agency for Healthcare Research and Quality, 2007 (AHRQ Publication No. 07-05100; <http://www.ahrq.gov/clinic/pocketgd.htm>).
164. Margolis PA et al. From concept to application: the impact of a community-wide intervention to improve the delivery of preventive services to children. *Pediatrics*, 2001, 108:E42.
165. Donovan EF et al. Intensive home visiting is associated with decreased risk of infant death. *Pediatrics*, 2007, 119:1145-1151.
166. Manandhar D et al. Effect of a participatory intervention with women's groups on birth outcomes in Nepal: cluster-randomised controlled trial. *Lancet*, 364:970-979.
167. Rockenschaub G, Pukkila J, Profili MC, eds. *Towards health security. A discussion paper on recent health crises in the WHO European Region*. Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe, 2007
168. *Primary care. America's health in a new era*. Washington DC, National Academy Press Institute of Medicine, 1996.
169. Tableau d'honneur des 50 meilleurs hôpitaux de France. Palmarès des Hôpitaux. *Le Point*, 2008 (<http://hopitaux.lepoint.fr/tableau-honneur.php>, consulté le 29 juillet 2008).
170. Davidson BN, Sofaer S, Gertler P. Consumer information and biased selection in the demand for coverage supplementing Medicare. *Social Science and Medicine*, 1992, 34:1023-1034.
171. Davison KP, Pennebaker JW, Dickerson SS. Who talks? The social psychology of illness support groups. *American Psychology*, 2000, 55:205-217.
172. Segal SP, Redman D, Silverman C. Measuring clients' satisfaction with self-help agencies. *Psychiatric Services*, 51:1148-1152.
173. Adapted from Wollast E, Mercenier P. Pour une régionalisation des soins. In: Groupe d'Etude pour une Réforme de la Médecine. *Pour une politique de la santé*. Bruxelles, Editions Vie Ouvrière/La Revue Nouvelle, 1971.
174. Criel B, De Brouwere V, Dugas S. *Integration of vertical programmes in multi-function health services*. Antwerp, ITGPress, 1997 (Studies in Health Services Organization and Policy 3).



Des politiques publiques pour la santé publique



Les politiques publiques dans le secteur de la santé, ainsi que celles d'autres secteurs, offrent d'énormes possibilités d'assurer la santé des collectivités. Elles constituent un complément important à la couverture universelle et aux réformes de la prestation des services. Malheureusement, dans la plupart des sociétés, ce potentiel est largement sous-exploité et les tentatives infructueuses de mobiliser d'autres secteurs sont légion. Considérant les nombreux défis de l'avenir en rapport avec le vieillissement, l'urbanisation et les déterminants sociaux de la santé, il importe incontestablement d'être capable de mieux exploiter ce potentiel. C'est la raison pour laquelle les efforts visant à améliorer les politiques publiques – thème du présent chapitre – constituent un troisième pilier sur lequel doit s'appuyer le mouvement vers les SSP, à l'instar de la couverture universelle et des soins primaires.

Chapitre 4

L'importance de politiques publiques efficaces pour la santé	68
Des politiques alignées sur les objectifs des SSP	70
Politiques de santé publique	71
Vers la santé dans toutes les politiques	74
Comprendre le sous-investissement	76
Occasions d'améliorer les politiques publiques	78

Ce chapitre fait le tour des politiques qui doivent être mises en place. Ce sont :

- des politiques relatives aux systèmes – les arrangements nécessaires entre les éléments constitutifs des systèmes de santé pour assurer la couverture universelle et la prestation efficace des services ;
- des politiques de santé publique – les mesures spécifiques à prendre pour faire face aux problèmes de santé prioritaires grâce à la généralisation de la prévention et de la promotion de la santé ; et
- des politiques dans d'autres secteurs – la collaboration intersectorielle peut contribuer à améliorer la santé.

Ce chapitre explique comment ces différentes politiques peuvent être renforcées et alignées sur les objectifs poursuivis par les SSP.

L'importance des politiques publiques efficaces pour la santé

Les populations veulent vivre dans des collectivités et des environnements qui protègent et favorisent leur santé.¹ Les soins primaires, avec l'accès universel et la protection sociale, constituent des réponses clés à ces attentes. Les gens attendent aussi de leurs gouvernements qu'ils mettent en place un réseau de politiques publiques qui englobent des arrangements locaux mais aussi supranationaux, sans lesquels les soins primaires et la couverture universelle perdent beaucoup de leur impact et de leur sens. Il s'agit notamment des politiques nécessaires pour faire fonctionner correctement les systèmes de santé ; pour organiser des actions de santé publique ayant des effets bénéfiques importants pour tout le monde ; et, au-delà du secteur sanitaire, des politiques susceptibles de contribuer à améliorer la santé et de donner un sentiment de sécurité, tout en faisant en sorte que des questions telles que l'urbanisation, le changement climatique, la discrimination fondée sur le sexe ou la stratification sociale soient dûment prises en compte.

Un premier groupe d'importance capitale est celui des politiques relatives aux systèmes de santé (en relation avec les médicaments essentiels, la technologie, le contrôle de qualité, les ressources humaines, l'accréditation, etc.) dont dépendent les réformes des soins primaires et de la couverture universelle. En l'absence de systèmes d'approvisionnement et de logistique fonctionnels, par exemple, un réseau de soins primaires ne peut pas fonctionner correctement : au Kenya, par exemple, les enfants sont désormais bien mieux protégés

contre le paludisme depuis que les services locaux leur fournissent des moustiquaires imprégnées d'insecticide.² Cela n'a été possible que parce que les activités de soins primaires ont été soutenues par une initiative nationale bénéficiant d'un ferme engagement politique, d'un marketing social actif et d'un fort appui national en matière d'approvisionnement et de logistique.

Les politiques de santé efficaces consacrées aux problèmes de santé prioritaires constituent un deuxième groupe sans lequel les réformes des soins primaires et de la couverture universelle seraient compromises. Il s'agit notamment des politiques et programmes techniques qui orientent les équipes de soins primaires quant à la manière d'affronter des problèmes de santé prioritaires. Elles incluent aussi les interventions classiques en matière de santé publique, de l'hygiène publique à la prévention des maladies en passant par la promotion de la santé. Certaines mesures, comme l'adjonction d'iode au sel, ne sont réalisables qu'aux niveaux régional, national ou, de plus en plus, international. Peut-être parce que ce n'est qu'à ces niveaux qu'existe l'autorité nécessaire pour décider de telles politiques, ou parce qu'il est plus efficace de les élaborer et de les mettre en œuvre à une échelle qui dépasse le cadre local des activités de santé primaires. Enfin, les politiques publiques comportent une capacité de riposte rapide, de nature directive et autoritaire, en cas de menaces aiguës pour la santé publique, notamment d'épidémies et de catastrophes. Ce dernier aspect revêt une importance politique extrême, car tout manquement dans ce domaine affecte profondément la confiance que le public porte à ses autorités sanitaires. Le manque de préparation et les ripostes dépourvues de coordination des systèmes de santé, aussi bien canadien que chinois lors de la crise du SRAS en 2003, ont suscité l'indignation du public et ont abouti à la création d'une agence nationale de la santé publique au Canada. En Chine, un manque similaire de préparation et de transparence a entraîné une crise de confiance – dont les leçons ont été tirées à temps en prévision d'événements ultérieurs.^{3,4}

La troisième série de politiques indispensables est connue sous le nom de « santé dans toutes les politiques », ce qui est une façon de reconnaître que la santé de la population peut être améliorée grâce à des politiques principalement contrôlées par des secteurs autres que celui de la santé.⁵ Le contenu sanitaire des programmes scolaires, la politique de l'industrie en matière d'égalité entre hommes et femmes, ou encore la salubrité des aliments et la sécurité des biens de consommation



sont autant d'éléments qui peuvent profondément influencer ou même déterminer la santé de collectivités entières et qui transcendent les frontières nationales. Il n'est pas possible d'aborder de telles questions sans une collaboration intersectorielle intense qui confère à la santé le poids qui lui revient dans toutes les politiques.

De meilleures politiques de santé peuvent s'avérer décisives de manière très différente. Elles peuvent mobiliser l'ensemble de la société autour de questions de santé, comme à Cuba (Encadré 4.1). Elles peuvent fournir un environnement juridique et social qui soit plus ou moins favorable à l'obtention de résultats sanitaires. Le degré de légalité de l'interruption de grossesse, par exemple, codétermine la fréquence des avortements non médicalisés et la mortalité qui les accompagne.⁶ En Afrique du Sud, un changement de législation a augmenté l'accès des femmes à toute une gamme d'options en matière de prévention et de traitement d'une grossesse non désirée, faisant chuter de 91 % le nombre de décès des suites d'avortements.⁷ **Les politiques publiques peuvent anticiper les problèmes futurs.** Au Bangladesh, par exemple, les cyclones violents et des inondations ont tué 240 000 personnes en 1970. Grâce à la préparation aux situations d'urgence et aux programmes multisectoriels de réduction des risques, le nombre des victimes de tempêtes comparables ou plus violentes encore est tombé de 138 000 en 1991 à 4500 en 2007.^{8,9,10}

Dans les 23 pays en développement qui rassemblent 80 % de la charge de morbidité chronique mondiale, 8,5 millions de vies ont pu être sauvées en une décennie grâce au fait que des industriels ont volontairement réduit de 15 % le sel dans les aliments transformés et à une campagne

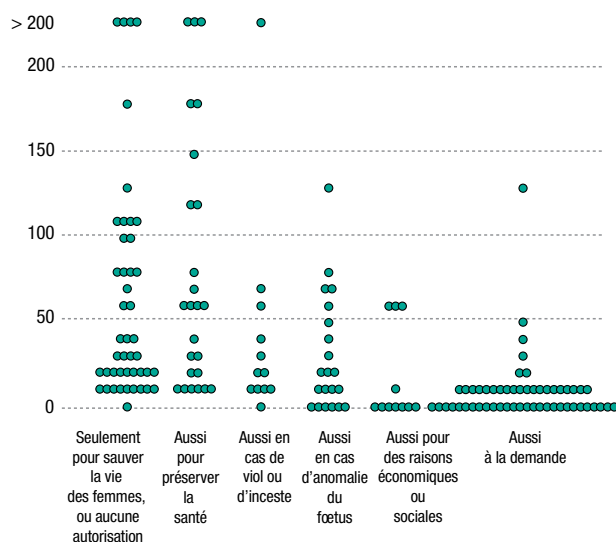
Encadré 4.1 Mobiliser les ressources de la société pour la santé à Cuba^{14,15,16}

Cuba arrive au deuxième rang dans les Amériques pour l'espérance de vie moyenne à la naissance : en 2006, elle était de 78 ans, et seul 7,1 enfants pour 1000 mouraient avant d'atteindre l'âge de cinq ans. Les indicateurs de l'enseignement des jeunes enfants sont parmi les meilleurs d'Amérique latine. Cuba a obtenu ces résultats en dépit de difficultés économiques importantes – même aujourd'hui le PNB par habitant n'y est que de 1 \$4500. Les succès obtenus par Cuba en matière de protection de l'enfance sont le fruit de son engagement en faveur de l'action de santé publique nationale et de l'action intersectorielle.

Le développement de ressources humaines pour la santé y constitue une priorité nationale. La proportion de médecins dans la population est plus élevée à Cuba que dans n'importe quel autre pays. La formation aux soins primaires accorde une attention particulière aux déterminants sociaux de la santé. Les médecins travaillent en équipes multidisciplinaires dans des établissements de soins primaires complets, où ils sont responsables de la santé d'une population géographiquement déterminée à laquelle ils dispensent des services aussi bien curatifs que préventifs. Ces équipes œuvrent en contact étroit avec la collectivité dans laquelle elles évoluent, avec les services sociaux et les écoles, faisant le bilan de santé de tous les enfants deux fois par an en compagnie des instituteurs. Elles collaborent aussi avec des organisations telles que la Fédération des Femmes cubaines (FMC) et avec des structures politiques. Ces contacts leur donnent les moyens d'agir sur les déterminants sociaux de la santé au sein de leurs collectivités.

La politique nationale cubaine investit également de manière prioritaire dans le développement de la petite enfance. Il existe trois programmes d'éducation préscolaires non obligatoires, qui sont suivis par presque 100 % des enfants de moins de six ans. Dans le cadre de ces programmes, le dépistage systématique des troubles du développement facilite les interventions précoces. Les enfants chez qui ont été décelés des besoins spéciaux, ainsi que leurs familles, font l'objet d'une attention individuelle de la part d'équipes multidisciplinaires constituées à la fois de professionnels de la santé et d'éducateurs spécialisés. La politique nationale cubaine n'a pas cédé à la tentation illusoire de choisir entre investir dans le personnel de santé et agir sur les déterminants sociaux de la santé. Elle a préféré favoriser la coopération intersectorielle en vue d'améliorer la santé, en mettant fortement l'accent sur la prévention. A l'appui de cette politique, un personnel abondant a été formé aux soins cliniques, et a travaillé en tant que partie intégrante active de la collectivité qu'il dessert.

Figure 4.1 Décès imputables à des avortements non médicalisés pour 100 000 naissances vivantes, selon les fondements juridiques de l'interruption de grossesse^{a,12,13}



médiatique soutenue en faveur de changements dans le régime alimentaire. L'application de quatre mesures prescrites par la Convention-cadre pour la lutte antitabac (augmentation des taxes sur le tabac ; lieux de travail sans tabac ; emballage, étiquetage et campagnes de sensibilisation aux risques pour la santé conformes aux prescriptions de la Convention ; et interdiction de la publicité, de la promotion et du parrainage) permettrait de sauver 5,5 millions de vies supplémentaires en dix ans.¹¹ Comme c'est souvent le cas lorsqu'on se penche sur les déterminants sociaux, économiques et politiques de la mauvaise santé, les améliorations passent par une collaboration fructueuse entre le secteur sanitaire et une variété d'autres secteurs.

Des politiques alignées sur les objectifs des SSP

Il apparaît de plus en plus évident que lorsque certaines parties du système de santé fonctionnent mal, ou sont en décalage, la performance d'ensemble s'en trouve affectée. Appelées tantôt « fonctions essentielles »,¹⁷ tantôt « éléments constitutifs »,¹⁸ les composantes des systèmes de santé comportent l'infrastructure, les ressources humaines, l'information, les technologies et le financement, toutes ayant des conséquences au niveau de la prestation des services. Ces composantes ne sont par nature ni alignées ni simplement orientées dans la direction qui est celle des réformes des SSP destinées à promouvoir les soins primaires et la couverture universelle : pour réaliser cet alignement, il faut prendre des dispositions expresses et complètes.

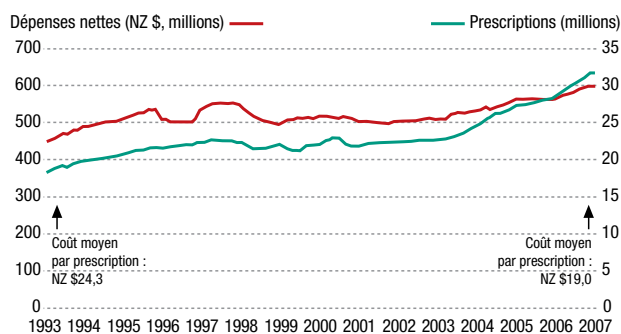
L'expérience en matière de promotion des médicaments essentiels a mis en lumière tant les possibilités d'appliquer des politiques efficaces de SSP que les obstacles à surmonter. Depuis que la *Liste OMS des médicaments essentiels* a été établie en 1977, elle est devenue un important stimulant pour l'élaboration de politiques pharmaceutiques nationales. Plus de 75 % des 193 Etats Membres de l'OMS assurent désormais disposer de listes nationales de médicaments essentiels et plus de 100 pays ont élaboré des politiques pharmaceutiques nationales. Des enquêtes ont révélé que ces politiques avaient permis de mettre à disposition des médicaments moins chers et plus sûrs et d'en assurer une utilisation plus rationnelle.^{19,20} Cette politique a été mise au point avec succès pour soutenir les SSP et elle livre des enseignements sur la manière de relever les défis généraux de l'efficacité d'échelle et de la codépendance des systèmes. En l'absence de telles dispositions, les coûts de la santé sont énormes : près de 30 000 enfants

meurent chaque année de maladies qui auraient pu être facilement traitées s'ils avaient eu accès à des médicaments essentiels.²¹

Les politiques pharmaceutiques sont révélatrices de la façon dont il est possible de tirer parti des bonnes performances à l'échelle de l'organisation. La sécurité, l'efficacité et la qualité des soins ont des propriétés universelles qui font qu'elles se prêtent à des normes internationales mondialement acceptées. L'adoption et l'adaptation de ces normes mondiales par les autorités nationales sont beaucoup plus efficaces que l'élaboration par chaque pays de ses propres normes. Les mécanismes nationaux de prise de décisions et d'acquisition peuvent ensuite guider la sélection rationnelle et à moindre coût de médicaments, en réduisant encore les coûts par des achats en vrac. La Figure 4.2 montre par exemple comment la supervision centralisée des achats et du subventionnement des médicaments a sensiblement amélioré l'accès aux médicaments essentiels en Nouvelle-Zélande tout en faisant baisser le prix moyen de prescription. A plus grande échelle, des mécanismes transnationaux tels que l'achat international de vaccins par l'UNICEF, le Fonds de roulement de l'OPS et le Dispositif mondial pour l'approvisionnement en médicaments pour le traitement de la tuberculose permettent des économies considérables et offrent des assurances de qualité que les pays seraient incapables de négocier tout seuls.^{22,23,24,25}

La deuxième leçon tirée de l'expérience acquise avec les politiques en matière de médicaments essentiels est qu'une politique ne saurait exister isolément et espérer être mise en œuvre avec succès. Sa formulation doit identifier les autres éléments du système dont dépend sa mise en œuvre, qu'il s'agisse de financement, d'information, d'infrastructure ou de ressources humaines. Les mécanismes d'achat de produits pharmaceutiques, par exemple, soulèvent des considérations

Figure 4.2 Dépense annuelle en produits pharmaceutiques et nombre de prescriptions délivrées en Nouvelle-Zélande depuis la convocation de la Pharmaceutical Management Agency en 1993²⁶





importantes pour les politiques de financement des systèmes : ils sont interdépendants. De même, les questions de ressources humaines liées à l'éducation des consommateurs ainsi que les conditions de formation et de travail des prestataires sont susceptibles de constituer des déterminants clés de l'utilisation rationnelle des médicaments.

Les politiques en matière de ressources humaines au niveau des systèmes ont longtemps été un domaine négligé et ont constitué l'un des principaux obstacles au développement des systèmes de santé.²⁷ La prise de conscience du fait que les OMD liés à la santé ne sauraient être atteints sans que soit comblé le manque criant d'agents de santé dans les pays à revenu faible a fini par attirer l'attention sur un domaine précédemment négligé. De plus, la nécessité croissante de recourir à du personnel de santé migrant pour combler la pénurie dans les pays de l'OCDE souligne le fait que les politiques d'un pays peuvent avoir des répercussions importantes sur celles d'un autre. Les choix faits par les pays peuvent avoir des conséquences à long terme. Les ressources humaines pour la santé sont un apport indispensable à la mise en œuvre efficace des réformes des soins primaires et de la couverture universelle, tout en incarnant les valeurs qui définissent les SSP. Pourtant, tant que l'on n'aura pas choisi délibérément de guider la politique en matière de personnel de santé par les objectifs des SSP, les forces du marché au sein du système de santé pousseront les agents de santé à une plus grande sous-spécialisation dans des institutions de soins tertiaires, sinon à migrer vers les grandes villes ou vers d'autres pays. Les choix politiques fondés sur les SSP s'efforcent au contraire de rendre les agents de santé disponibles pour l'extension de la couverture des zones mal desservies et des groupes de population défavorisés, comme en témoignent le renforcement en Malaisie de 11 cadres de travailleurs prioritaires, la formation en Ethiopie de 30 000 agents de vulgarisation sanitaire, les mesures prises en Zambie pour inciter les agents de santé à servir en zones rurales, les 80 000 Lady Health Workers au Pakistan, ou encore la permutation des tâches relatives aux soins dispensés aux malades infectés par le VIH. Ces politiques orientent les investissements vers l'établissement d'équipes de soins primaires destinées à servir de pivot au système de santé basé sur les SSP : les 80 000 agents de santé pour les 30 000 équipes sanitaires familiales du Brésil ou la reconversion professionnelle de plus de 10 000 infirmières et médecins en Turquie. De plus, ces politiques nécessitent des incitations aussi bien financières que non financières pour

réussir à attirer des ressources humaines limitées, comme au Royaume-Uni où des mesures ont été prises pour rendre une carrière dans les soins primaires capable de rivaliser financièrement avec une spécialisation.

La tâche essentielle des ministères de la santé et d'autres autorités publiques consiste à mettre en place dans tous les éléments constitutifs du système de santé la série de dispositions et de mécanismes nécessaires pour atteindre leurs objectifs sanitaires. Lorsqu'un pays fait le choix de baser ses systèmes de santé sur les SSP – lorsqu'il entame des réformes des soins primaires et de la couverture universelle –, l'ensemble de son arsenal de politiques doit être aligné derrière ces réformes : pas seulement celles qui concernent les modèles de prestation des services ou le financement. Il est possible d'élaborer des politiques relatives aux systèmes qui ne tiennent pas compte des préoccupations des SSP. Il est également possible de choisir de les aligner sur les SSP. Si un pays opte pour les SSP, leur mise en œuvre effective ne se satisfera pas de demi-mesures ; aucun élément constituant des systèmes de santé ne restera intact.

Politiques de santé publique

Aligner les programmes de santé prioritaires sur les SSP

Une grande partie des activités du secteur de la santé tournent autour de certaines maladies à forte charge, telles que le VIH/sida, ou de stades de la vie tels que l'enfance – des questions de santé dites prioritaires. Les programmes de santé qui sont conçus en fonction de ces priorités sont souvent complets dans la mesure où ils fixent des normes, garantissent la visibilité et l'assurance de qualité et comportent toute une série de points d'entrée permettant d'y avoir recours localement ou au niveau des pays ou des Régions. Des réponses à ces questions de santé prioritaires peuvent être élaborées de manière à renforcer les SSP ou à les vider de leur sens.²⁸

En 1999, par exemple, le Département des Soins primaires de la Société brésilienne de Pédiatrie (SBP) a préparé un plan pour former ses membres à la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) et pour adapter cette stratégie aux caractéristiques épidémiologiques régionales.²⁹ Bien qu'elle ait mis sur pied un cours de formation initial, la SBP a alors averti les pédiatres que la PCIME ne constituait pas un substitut aux soins pédiatriques traditionnels et qu'elle risquait de violer les droits fondamentaux des enfants et des adolescents. A un stade ultérieur, elle s'est opposée

à la délégation de tâches aux infirmières, qui font partie intégrante des équipes de santé familiale multidisciplinaires, épine dorsale de la politique des SSP au Brésil. Finalement, la SBP a tenté de replacer les soins aux enfants et aux adolescents sous la responsabilité exclusive des pédiatres en arguant que ce sont eux qui assurent les soins de meilleure qualité.

L'expérience acquise avec les programmes de santé prioritaires montre que c'est la manière dont ils sont conçus qui fait la différence : tenter de bâtir une série entière de réformes des SSP autour des seules exigences d'une maladie unique est générateur d'inefficacités considérables. Pourtant, l'inverse est tout aussi vrai. Alors que le sida est souvent considéré comme l'incarnation de tout ce qui met en difficulté les systèmes de santé et la société en général,³⁰ la riposte mondiale à la pandémie de VIH peut aussi être considérée comme pionnière pour les SSP. Dès le début, elle a reposé sur une base solide de droits de l'homme et de justice sociale.³¹ Ses liens avec des groupes à haut risque défavorisés et souvent marginalisés, ainsi que son souci d'éviter l'ostracisme, ont permis des efforts concertés pour garantir leurs droits à l'emploi, aux services sociaux et aux soins de santé. Des efforts visant à renforcer les services pour atteindre les objectifs de l'accès universel ont contribué à mettre en évidence les obstacles critiques résultant de la pénurie de personnel de santé. Le défi consistant à dispenser un traitement à vie dans des conditions où les ressources humaines manquent a inspiré des innovations telles que la « permutation des tâches », le recours à des « défenseurs des patients »,³² et la mise en œuvre inattendue des dossiers médicaux électroniques. De plus, l'adoption d'une approche de continuité des soins en matière de VIH/sida, de la prévention au traitement en passant par la palliation, a contribué à réactiver et à renforcer des éléments essentiels des soins primaires tels que l'exhaustivité, la continuité et le centrage sur la personne.³²

Des initiatives de santé publique au niveau du pays tout entier

Même s'il est essentiel que les équipes de soins primaires cherchent à améliorer la santé des populations au niveau local, cela peut se révéler d'une utilité limitée si les décideurs politiques nationaux et internationaux ne prennent pas l'initiative d'adopter les mesures de politique publique plus larges qui s'imposent en matière de changement d'habitudes alimentaires et d'action sur les déterminants sociaux de la santé. De telles mesures

peuvent rarement être mises en œuvre dans le seul contexte des politiques locales. Parmi les domaines classiques dans lesquels les interventions de santé publique dépassant le niveau local sont susceptibles d'être bénéfiques, on peut mentionner : la modification des comportements et styles de vie individuels ; la prévention et la lutte contre les maladies ; l'action sur l'hygiène et les déterminants plus vastes de la santé ; et la prévention secondaire, y compris le dépistage des maladies.³³ Cela passe notamment par des mesures telles que la fortification du pain à l'aide de folate, la taxation de l'alcool et du tabac, ainsi que l'assurance de la salubrité des aliments, de la sécurité des biens de consommation et des substances toxiques. De telles interventions de santé publique à l'échelle nationale et transnationale sont susceptibles de sauver des millions de vies. On estime que l'élimination des principaux facteurs de risque de maladie, qui est techniquement possible, réduirait le nombre des décès prématurés d'environ 47 % et allongerait sur le plan mondial l'espérance de vie en bonne santé d'environ 9,3 ans.³⁴ Toutefois, comme dans le cas des programmes prioritaires évoqués plus haut, les politiques de santé publique correspondantes doivent être conçues de manière à renforcer les réformes des SSP.

Toutes les interventions de santé publique de ce genre n'amélioreront pas, par exemple, l'équité. Les efforts de promotion de la santé qui visent des comportements à risque individuels, comme les campagnes d'éducation pour la santé destinées à combattre le tabagisme, la mauvaise nutrition et la sédentarité, ont souvent exacerbé involontairement les injustices. Les différences socio-économiques dans la façon de recevoir certaines interventions de santé publique toutes faites se sont souvent traduites non seulement par une augmentation des inégalités en matière de santé, mais aussi par une mise en accusation des victimes elles-mêmes pour expliquer ce phénomène.³⁵ Des politiques de santé publique bien conçues peuvent, cependant, réduire les inégalités lorsqu'elles offrent des avantages pour la santé de populations entières ou lorsqu'elles donnent explicitement la priorité à des groupes en mauvaise santé.³⁶ Les arguments en faveur de politiques de santé publique qui réduisent les inégalités sont de plus en plus nombreux, grâce notamment au travail de la Commission des Déterminants sociaux de la Santé (Encadré 4.2).³⁷



Encadré 4.2 Recommandations de la Commission des Déterminants sociaux de la Santé³⁷

La Commission des Déterminants sociaux de la Santé (CDSS), mise sur pied en 2005, s'est efforcée pendant trois ans de faire des recommandations concrètes et factuelles quant à la manière d'agir sur les déterminants sociaux pour réduire les inégalités sanitaires. La Commission a accumulé une collection sans précédent de données permettant de guider ce processus, tirant parti des réseaux de savoir par thème, des expériences de la société civile, des partenaires dans les pays et des Départements de l'OMS. Le rapport final de la CDSS contient une série détaillée de recommandations d'action, organisées autour des trois recommandations principales suivantes :

1. Améliorer les conditions de vie quotidiennes

Des améliorations capitales indispensables au bien-être des jeunes filles et des femmes ; les circonstances dans lesquelles elles mettent leurs enfants au monde, le développement du jeune enfant et l'éducation des filles et des garçons ; les conditions de vie et de travail ; la politique de protection sociale ; et les conditions d'une vieillesse harmonieuse.

2. Lutter contre les inégalités dans la répartition du pouvoir, de l'argent et des ressources

Pour faire face aux inégalités sanitaires il est nécessaire de s'attaquer aux inégalités qui caractérisent l'organisation de la société. Cela exige un secteur public fort qui soit motivé, capable et suffisamment financé. D'où la nécessité d'une gouvernance renforcée incluant une société civile plus forte et un secteur privé responsable. Une gouvernance déterminée à rechercher l'équité est indispensable à tous les niveaux.

3. Mesurer le problème, l'analyser et évaluer l'efficacité de l'action

Il est essentiel de reconnaître le problème de l'inégalité sanitaire et de faire en sorte qu'il soit mesuré tant à l'intérieur des pays que sur le plan mondial. Il faut des systèmes nationaux et mondiaux de surveillance systématique de l'équité sanitaire et des déterminants sociaux de la santé qui évaluent aussi l'impact des politiques et actions sur l'équité sanitaire. Il importe également de former les décideurs et les praticiens, faire mieux comprendre au public les déterminants sociaux de la santé, et mettre davantage l'accent sur ces déterminants dans la recherche.

pour maintenir la confiance de la population dans son système de santé. Il peut se révéler vital de décréter une quarantaine ou des interdictions de voyage, d'établir rapidement la séquence du génome d'un nouveau pathogène pour guider la mise au point d'un vaccin ou d'un traitement, ainsi que de mobiliser sans délai les personnels et institutions de santé. Même si la survenue d'une « urgence » engendre souvent la bonne volonté et la souplesse dont on a besoin de la part de ces divers acteurs, une riposte a plus de chances d'être efficace si l'on a suffisamment investi dans la préparation.³⁸

Les efforts déployés sur le plan mondial en relation avec la menace d'une pandémie de grippe aviaire (H5N1) donnent quelques idées intéressantes de la manière dont les politiques qui contribuent à la préparation et à la riposte peuvent être guidées par les valeurs des SSP en relation avec l'équité, la couverture universelle et les réformes des soins primaires. Pour faire face à la grippe saisonnière et pandémique, 116 laboratoires nationaux chargés de la grippe et cinq centres collaborateurs internationaux échangent des virus grippaux dans le cadre d'un système qui a été lancé par l'OMS il y a plus de 50 ans. Ce système a été mis sur pied pour identifier les nouvelles menaces de virus pandémiques et pour faciliter la préparation annuelle d'un vaccin contre la grippe saisonnière qui est utilisé essentiellement dans les pays industrialisés. Avec les foyers de zoonoses infectieuses qui concernent essentiellement les pays en développement et le spectre de la pandémie mondiale associée à la souche grippale H5N1, l'intérêt pour la grippe s'étend désormais aux pays en développement, et l'approche publique-privée qui prévaut de longue date en matière de production de vaccins et d'échange de virus est surveillée de près. Les pays en développement aspirent à avoir un accès équitable à la protection, notamment à des antiviraux et à des vaccins abordables dans l'éventualité d'une pandémie, ce qui entraîne des changements dans le sens d'un renforcement de la capacité nationale et mondiale : de la surveillance aux laboratoires en passant par un transfert de capacité en matière de formulation et de production de vaccins, ainsi que la capacité de stockage. La riposte la plus équitable est donc la riposte la plus efficace, or la capacité de riposte rapide la plus efficace ne peut qu'être le fruit de l'engagement de multiples parties prenantes dans ce processus mondial de négociation.

Une capacité de réponse rapide

S'il est vrai que les réformes des SSP mettent l'accent sur l'importance de l'engagement participatif et délibératif de diverses parties prenantes, les catastrophes humanitaires ou les flambées épidémiques de maladies exigent une capacité de riposte rapide, élément capital pour affronter efficacement le problème et absolument impératif

Vers la santé dans toutes les politiques

La santé des populations n'est pas seulement le résultat des activités du secteur sanitaire – qu'il s'agisse d'activités de soins primaires ou d'actions de santé publique à l'échelle d'un pays. Elle est dans une large mesure déterminée par des facteurs sociétaux et économiques, et donc par des politiques et des actions qui ne sont pas du ressort du secteur de la santé. Des changements sur le lieu de travail, par exemple, peuvent avoir toute une série de répercussions sur la santé (Tableau 4.1).

Confrontées à ces phénomènes, les autorités sanitaires peuvent avoir l'impression que le

secteur n'a pas le pouvoir de faire plus que de tenter d'atténuer les conséquences. Il n'est pas en mesure, de lui-même, de redéfinir les relations de travail ou les mesures en cas de chômage. Il ne peut pas non plus augmenter les taxes sur l'alcool, imposer de normes techniques aux véhicules à moteur ou réguler l'exode rural et le développement des taudis – bien que toutes ces mesures soient susceptibles d'avoir des effets bénéfiques pour la santé. Une bonne gouvernance urbaine peut, par exemple, porter l'espérance de vie à 75 ans ou davantage, au lieu de 35 ans en cas de mauvaise gouvernance.³⁹ Il est donc important que le secteur sanitaire collabore avec d'autres secteurs, pas seulement pour faire face à des

Table 4.1 Les effets néfastes pour la santé des changements de conditions de travail⁵

Effets néfastes du chômage	Effets néfastes des restructurations	Effets néfastes des organisations du travail hors normes
Hypertension	Moindre satisfaction au travail, engagement organisationnel réduit et stress accru	Davantage d'accidents et de maladies du travail que chez les travailleurs stables à plein temps
Dépression et anxiété accrues	Sentiment d'injustice face aux réductions d'effectifs	Niveau élevé de stress, faible satisfaction au travail et autres facteurs négatifs pour la santé et le bien-être
Davantage de visites chez des généralistes	Les survivants doivent affronter des technologies nouvelles, de nouvelles pressions physiques et psychologiques (autonomie réduite, charge de travail accrue, changements dans les relations sociales, dans les contrats de travail et dans le comportement personnel)	Plus commun dans les sous-secteurs de la distribution et des services personnels où les gens ont généralement moins d'instruction et de compétences
Davantage de symptômes de maladies coronariennes	Changements dans le contrat psychologique et perte du sentiment de confiance	Indemnités en cas d'accidents du travail faibles et peu réclamées par ceux qui y ont droit
Santé mentale détériorée et stress accru	Stress prolongé accompagné de signes physiologiques et psychologiques	Risques professionnels accrus en raison de l'intensification du travail sous l'effet de pressions économiques
Davantage de troubles psychologiques et davantage de visites médicales		Formation inadéquate et mauvaise communication dues à la désorganisation institutionnelle et à l'action réglementaire insuffisante
Détérioration de l'état de santé auto-évalué par les sujets eux-mêmes et augmentation du nombre des problèmes de santé		Incapacité des travailleurs à organiser leur propre protection
Davantage de problèmes familiaux, notamment des difficultés financières		Revendications cumulatives suite à des traumatismes difficiles à vérifier en raison de la mobilité des travailleurs
		Aptitude réduite à améliorer les conditions de vie en raison de l'impossibilité d'obtenir du crédit, de trouver un logement, de prendre des dispositions en matière de pension et de trouver des possibilités de formation
		Préoccupation moindre à l'égard des questions d'environnement ainsi que de la santé et de la sécurité au travail



problèmes de santé prioritaires pré-identifiés, comme c'est le cas lors d'interventions de santé publique bien conçues, mais aussi pour faire en sorte que la santé soit reconnue comme l'une des retombées socialement importantes de toutes les politiques.

Une telle action intersectorielle constituait un principe fondamental de la Déclaration d'Alma-Ata. Cependant, dans de nombreux pays, les ministres de la santé ont lutté pour se coordonner avec d'autres secteurs ou pour avoir de l'influence au-delà du seul système de santé dont ils sont formellement responsables. L'un des principaux obstacles qui empêche de tirer profit de l'action intersectorielle est une certaine tendance, au sein du secteur de la santé, à considérer une telle collaboration comme « essentiellement symbolique lorsqu'il s'agit d'essayer de pousser d'autres secteurs à aider les services [de santé] ». ⁴⁰ L'action intersectorielle s'est souvent concentrée non pas sur l'amélioration des politiques d'autres secteurs, mais sur l'instrumentalisation de leurs ressources : mobiliser les enseignants pour les faire participer à la distribution des moustiquaires de lit, les policiers pour retrouver les malades qui arrêtent de prendre leurs médicaments avant la fin du traitement, ou encore utiliser les moyens de transport du ministère de l'agriculture pour évacuer les patients malades.

Une approche impliquant l'ensemble du gouvernement et visant à mettre « la santé dans toutes les politiques » suit une logique différente. ^{41,42} Elle ne part pas d'un problème de santé spécifique pour voir comment d'autres secteurs pourraient contribuer à le résoudre – comme ce serait le cas, par exemple, pour une maladie liée au tabac. Elle commence par se pencher sur les effets des politiques agricoles, éducatives, environnementales, fiscales, du logement, des transports et d'autres sur la santé. Elle cherche alors à collaborer avec d'autres secteurs pour que ces politiques, tout en contribuant au bien-être et à la richesse, contribuent également à la santé. ⁵

Les politiques publiques d'autres secteurs, ainsi que les politiques du secteur privé peuvent se révéler importantes pour la santé à deux titres.

■ Certaines peuvent avoir des conséquences néfastes pour la santé (Tableau 4.1). De telles conséquences néfastes se manifestent souvent rétrospectivement, comme dans le cas des effets négatifs de la pollution atmosphérique ou de la contamination industrielle. Pourtant, il est également souvent possible de les prévoir et de les détecter à un stade précoce. Les décideurs d'autres secteurs peuvent ne pas être conscients des conséquences des choix qu'ils

font, auquel cas la prise en compte des buts et objectifs d'autres secteurs peut constituer un premier pas pour réduire les effets néfastes pour la santé.

■ Les politiques publiques élaborées par d'autres secteurs – éducation, égalité entre hommes et femmes et inclusion sociale – peuvent apporter une contribution positive à la santé de manière que ces autres secteurs ne soupçonnent même pas. Elles peuvent être renforcées en recherchant encore plus délibérément ces résultats sanitaires positifs, comme faisant partie intégrante d'elles-mêmes. Ainsi, par exemple, une politique d'égalité entre hommes et femmes, élaborée pour elle-même, peut avoir des effets bénéfiques pour la santé dans une mesure que les promoteurs de cette politique ne soupçonnent pas. En collaborant pour donner une reconnaissance plus formelle à ces résultats, la politique d'égalité elle-même s'en trouve renforcée et les synergies améliorent les résultats sanitaires. Dans ce cas de figure, l'objectif de la collaboration intersectorielle est de renforcer les synergies.

L'absence de collaboration avec d'autres secteurs n'est pas sans conséquence. Elle affecte la performance des systèmes de santé et, en particulier des soins primaires. Par exemple, le programme de lutte contre le trachome au Maroc a pu compter à la fois sur une forte mobilisation de la collectivité et sur une collaboration effective avec les ministères de l'éducation, de l'intérieur et des affaires locales. Cette collaboration s'est révélée cruciale pour le succès de l'élimination du trachome. ⁴³ Par contraste, le programme de lutte contre la tuberculose du même pays n'a pas réussi à se lier avec les efforts de développement urbain et de réduction de la pauvreté, ce qui s'est traduit par une performance décevante. ⁴⁴ Ces deux programmes étaient administrés par le même Ministère de la Santé, par du personnel ayant les mêmes compétences travaillant dans les mêmes conditions de ressources limitées, mais appliquant des stratégies différentes.

Le manque de collaboration avec d'autres secteurs a une autre conséquence, qui est que des problèmes de santé susceptibles d'être évités ne le sont pas. Des habitants du quartier NGagne Diaw de Thiaroye-sur-Mer, à Dakar, au Sénégal, vivent du recyclage informel du plomb des batteries. Les autorités ne s'en sont guère souciées jusqu'à l'apparition d'un certain nombre de cas inexpliqués de décès d'enfants qui ont nécessité l'ouverture d'une enquête. On a découvert alors que la zone était contaminée par du plomb et que les frères

et sœurs ainsi que les mères des enfants décédés avaient des teneurs de plomb extrêmement élevées dans le sang. Des investissements importants sont désormais nécessaires pour faire face aux conséquences sanitaires et sociales et pour décontaminer la zone affectée, notamment les habitations. Avant que cette série de décès ne se produise, le secteur de la santé n'avait malheureusement pas considéré comme prioritaire de collaborer avec d'autres secteurs pour éviter cette situation.⁴⁵

Là où la collaboration intersectorielle fonctionne bien, les bénéfices pour la santé peuvent être considérables, même si les décès évités se remarquent moins facilement que les vies perdues. La pression de la société civile et des professionnels a par exemple conduit à l'élaboration, en France, d'une stratégie spectaculaire à volets multiples pour améliorer la sécurité routière en tant que problème social et politique (et pas seulement d'ordre sanitaire). Divers secteurs ont collaboré dans le cadre d'un effort soutenu bénéficiant d'un soutien politique en haut lieu pour faire reculer le nombre des accidents de la route, avec une grande publicité donnée au suivi et aux progrès accomplis, et qui s'est traduite par une baisse des décès pouvant atteindre 21 % par an.⁴⁶ Les bénéfices pour la santé et l'équité des efforts visant à mettre la santé dans toutes les politiques sont manifestes dans des programmes tels que « villes-santé et municipalités-santé », « villes vivables » et « villes sans taudis », qui se caractérisent par des démarches intégrées allant de la participation aux débats budgétaires et aux mécanismes de responsabilisation sociale en passant par la collecte de données et les interventions d'ordre environnemental.⁴⁷

Dans les sociétés contemporaines, on observe une tendance à la fragmentation en diverses subinstitutions traitant d'aspects particuliers de la santé ou des systèmes sanitaires, alors que la capacité de rassembler les divers aspects de la politique publique qui déterminent ensemble la santé reste très insuffisante. Même lorsque les ressources abondent, comme dans l'Union européenne, la base institutionnelle permettant de la faire est encore peu développée.⁴⁸ Les ministères de la santé ont un rôle capital à jouer dans la création d'une telle base, qui fait partie des stratégies clés permettant d'agir plus efficacement sur les déterminants socio-économiques de la mauvaise santé.⁴⁹

Comprendre le sous-investissement

Malgré les avantages et le coût relativement faible de meilleures politiques publiques, leur potentiel reste largement sous-utilisé dans le monde. En

témoigne spectaculairement le fait que 5 % seulement de la population mondiale vit dans des pays ayant introduit contre le tabac des interdictions globales de la publicité, de la promotion et du parrainage, malgré leur efficacité démontrée lorsqu'il s'agit de réduire les menaces pour la santé, qui devraient se traduire par la perte d'un milliard de vies humaines au cours de ce siècle.⁵⁰

La manière dont le secteur sanitaire améliore les politiques publiques a été jusqu'à présent peu systématique et guidée par des éléments fragmentaires et des prises de décisions confuses – la moindre des causes n'étant pas que la communauté de la santé ait fait si peu d'efforts pour rassembler et communiquer ces faits. En dépit des progrès réalisés au cours des dernières années, l'information relative à l'efficacité des interventions en matière, par exemple, de correction des inégalités sanitaires reste difficile à obtenir et, lorsqu'elle existe, elle ne sort pas d'un cercle privilégié d'experts concernés. Le manque d'information et de données concluantes constitue donc l'une des explications du sous-investissement.

Le fait est, cependant, que même pour des décideurs politiques informés, bien des questions relatives aux politiques publiques risquent fort d'être très impopulaires : qu'il s'agisse de réduire le nombre de lits d'hôpitaux, d'imposer le port de la ceinture de sécurité, d'abattre massivement des poulets ou de taxer l'alcool, il faut s'attendre à une résistance et à une controverse omniprésentes. D'autres décisions sont si peu répercutées, par exemple les mesures qui assurent la salubrité de la chaîne de production des aliments, qu'elles n'ont guère de conséquences politiques. Il peut être relativement facile de réunir un consensus en faveur de mesures strictes en période de crise, mais il est notoire que l'opinion publique manque de suite dans les idées. Les politiciens prêtent souvent davantage d'attention aux politiques qui sont payantes à un horizon électoral de deux à quatre ans et mésestiment au contraire les efforts dont les bénéfices ne se font sentir qu'au bout de 20 ou 40 ans, comme ceux qui visent à protéger l'environnement ou le développement des jeunes enfants. Si l'impopularité est un élément dissuasif de l'engagement politique, l'opposition active de groupes de pression disposant de gros moyens en est un autre. Les efforts de l'industrie du tabac pour limiter la lutte contre le tabagisme constituent à cet égard un exemple évident. On observe la même opposition à la réglementation qui s'applique aux déchets industriels ou à la commercialisation de produits alimentaires qui s'adresse aux enfants. Ces obstacles à la mise en œuvre de politiques



publiques sont réels et doivent être pris en compte de manière systématique (Encadré 4.3).

Les réticences à l'égard des engagements politiques sont aggravées par la difficulté de coordonner des opérations entre des institutions et des secteurs multiples. De nombreux pays ne disposent pas de la capacité institutionnelle suffisante pour le faire et, très souvent, n'ont pas assez de professionnels capables d'assumer le travail que cela

implique. La gestion des crises, la planification à court terme, le manque de données compréhensibles, des arrangements institutionnels peu clairs, des intérêts commerciaux et des modes d'administration inappropriés du secteur sanitaire renforcent la nécessité de procéder à d'importantes réformes des politiques pour tirer le maximum des mesures de santé publique. Il existe heureusement des possibilités prometteuses dont tirer parti.

Encadré 4.3 Comment prendre des décisions impopulaires en matière de politiques publiques⁵¹

Le septième Groupe de réflexion (Futures Forum) des hauts dirigeants de la santé organisé en 2004 par le Bureau régional de l'Europe de l'Organisation mondiale de la Santé a débattu des difficultés auxquelles peuvent être confrontés les décideurs amenés à prendre des décisions politiques impopulaires. Une décision populaire répond en général à une demande pressante de la majorité de la population ; une décision impopulaire répond rarement à une attente publique clairement exprimée, mais elle est prise parce que le responsable en chef de la santé sait qu'elle est celle qu'il faut prendre pour réaliser des progrès en matière de santé et en améliorer la qualité. Il ne faut donc pas chercher à rendre populaire une décision qui a de fortes chances de ne pas l'être, mais il vaut mieux s'efforcer de la rendre compréhensible et donc acceptable. Rendre des décisions plus populaires n'est pas un simple exercice académique car il s'agit de susciter une vraie approbation. Lorsqu'une décision risque d'être impopulaire, les participants au Groupe de réflexion ont convenu qu'il était souhaitable que les dirigeants de la santé appliquent quelques-unes des recommandations suivantes :

Parler d'amélioration de la santé et de la qualité. Comme la santé est au cœur de leur domaine de compétence, ils doivent avant tout expliquer comment la décision en question permettra d'améliorer la qualité de la santé et des services sanitaires. Il peut s'avérer utile d'éviter les arguments sans rapport avec la santé difficiles à faire valoir – ainsi, par exemple, dans le cas de la fermeture d'hôpitaux, il vaut beaucoup mieux parler d'amélioration de la qualité des soins que de maîtrise des coûts.

Offrir des compensations. Expliquer ce que les gens y gagneront pour compenser ce à quoi ils devront renoncer. Faire miroiter quelques gains dans d'autres secteurs ou dans d'autres services ; tenter de donner une interprétation « gagnant-gagnant » de la décision à venir en équilibrant les bonnes et les mauvaises nouvelles.

Se montrer ferme quant à la mise en œuvre. Si les autorités sanitaires ne sont pas prêtes à mettre en œuvre la décision, elles devraient s'abstenir de l'introduire avant d'être prêtes à la faire.

Faire preuve de transparence. Expliquer qui prend la décision et ce qui est en jeu pour ceux qui sont impliqués et ceux qui sont affectés. Enumérer toutes les parties prenantes et indiquer si elles [sont] impliquées de manière négative.

Éviter les décisions sans lendemain. Concevoir et proposer les décisions dans le cadre d'un plan ou d'une stratégie d'ensemble.

Choisir le bon moment. Avant de prendre une décision, il est essentiel de prendre le temps de préparer et d'élaborer un bon plan. Lorsque ce plan est prêt, le mieux est d'agir vite pour le mettre en œuvre.

Impliquer tous les groupes. Faire participer à la discussion aussi bien les groupes désavantagés et ceux qui profiteront de la décision. Diversifier l'approche.

Ne pas attendre un appui des médias pour la seule raison que la décision est la bonne du point de vue des gains sanitaires. Il ne faut pas s'attendre à ce que les médias soient toujours neutres ou positifs ; ils peuvent avoir été entraînés dans le débat par des opposants à la décision. Il faut être préparé à rencontrer des problèmes avec la presse.

Faire preuve de modestie. La décision a plus de chances d'être acceptée lorsque les décideurs reconnaissent publiquement qu'il existe quelques incertitudes quant à ses résultats et s'engagent ouvertement à les suivre et à les évaluer. Cela laisse la porte ouverte à des ajustements au cours du processus de mise en œuvre.

Se tenir prêt à des changements rapides. Le public est parfois versatile et ce qui était perçu comme de l'opposition peut se muer en acceptation.

Se préparer en vue de crises ou d'effets secondaires inattendus. Certains groupes de population peuvent être particulièrement affectés par une décision (comme les généralistes en cas de fermeture d'hôpitaux). Les décideurs en matière de santé publique doivent faire face à des réactions qui n'étaient pas prévues.

S'en tenir à des faits avérés. Il arrive que le public soit réticent sans raison objective. Disposer d'éléments solides permet de bien orienter les débats et d'éviter les résistances.

Faire appel aux exemples d'autres pays. Les décideurs peuvent se référer à ce qui se fait ailleurs et expliquer pourquoi d'autres pays traitent un problème différemment ; ils peuvent avoir recours à de tels arguments pour rendre les décisions plus acceptables dans leur propre pays.

Faire participer les professionnels de la santé et, surtout, avoir du courage.

Occasions d'améliorer les politiques publiques

Informations meilleures et éléments plus convaincants

Bien que tout laisse penser que de meilleures politiques publiques apporteraient des bénéfices énormes, les données relatives à leurs résultats et à leur rapport coût/efficacité sont étonnamment peu nombreuses.⁵² Nous en savons beaucoup sur les liens qui existent entre certains comportements – tabagisme, alimentation, exercice physique – et la santé, mais beaucoup moins sur la manière de susciter des changements de comportement systématiques et durables au niveau de la population. Même lorsque les ressources sont abondantes, les obstacles sont nombreux : délai d'obtention des résultats, complexité des causes multifactorielles de maladies et des effets des interventions, manque de données, problèmes méthodologiques

– notamment difficulté d'appliquer les critères bien acceptés utilisés pour évaluer les méthodes cliniques, et perspectives différentes des multiples parties prenantes. La surveillance des maladies infectieuses s'améliore, mais les informations relatives aux maladies chroniques et à leurs déterminants ou aux inégalités sanitaires sont parcellaires et manquent souvent de clarté. Même les fondements élémentaires du travail consacré à la santé de la population et au recueil des données statistiques sur les naissances et les décès font défaut dans de nombreux pays (Encadré 4.4).⁵³

Au cours des 30 dernières années, cependant, des progrès décisifs ont été réalisés en matière de production de données pour la médecine clinique grâce à des initiatives concertées telles que la Cochrane Collaboration et le Réseau international d'Epidémiologie clinique.^{56,57} Un progrès comparable est possible en ce qui concerne la production de données relatives aux politiques publiques, même si cela reste très préliminaire comparé aux

Encadré 4.4 Le scandale de l'invisibilité : quand les naissances et les décès ne sont pas comptés

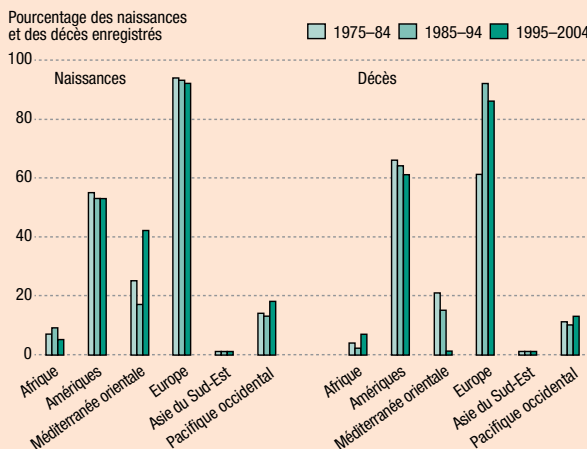
L'état civil est à la fois un produit du développement économique et social et une condition de la modernisation. Peu de progrès ont été réalisés en matière d'enregistrement des naissances et des décès ces dernières décennies (voir Figure 4.3). Près de 40 % (48 millions) des 128 millions de naissances qui se produisent dans le monde chaque année ne sont pas comptées faute de registres d'état civil.⁵³ La situation est encore pire en ce qui concerne l'enregistrement des décès. Sur le plan mondial, les deux tiers (38 millions) des 57 millions annuels de décès ne sont pas enregistrés. L'OMS ne reçoit des statistiques fiables concernant les causes de décès que de 31 de ses 193 Etats Membres.

Les efforts internationaux pour améliorer l'infrastructure d'enregistrement des statistiques démographiques ont été d'une ampleur et d'une portée trop limitées.⁵⁴ Ni la communauté sanitaire mondiale ni les pays n'ont accordé à leur développement le même degré de priorité qu'aux interventions en matière de santé publique. Le développement de l'état civil n'a aucune place identifiable au sein du système des Nations Unies. Il n'existe

pas de mécanisme de coordination qui permettrait d'aborder ce problème et de répondre aux demandes d'appui technique en faveur de la mobilisation des ressources financières et techniques indispensables. Une collaboration entre différents partenaires de différents secteurs est indispensable pour mettre sur pied l'infrastructure des systèmes d'enregistrement de l'état civil, afin de faire en sorte que toutes les naissances et tous les décès soient comptés. Cela nécessite des efforts de sensibilisation soutenus, le renforcement de

la confiance du public, un cadre légal, des mesures d'encouragement, une aide financière, des ressources humaines et des systèmes de gestion des données modernisés.⁵⁵ Lorsque cela fonctionne bien, les statistiques démographiques fournissent des informations précieuses pour l'établissement des priorités. Le manque de progrès en matière d'enregistrement des naissances et des décès constitue une préoccupation majeure lorsqu'il s'agit d'élaborer et de mettre en œuvre les réformes des soins primaires.

Figure 4.3 Pourcentage des naissances et des décès enregistrés dans des pays disposant de systèmes d'état civil complets, par Région de l'OMS, 1975-2004*





ressources considérables dont dispose la recherche dans d'autres domaines de la santé, par exemple celui des technologies médicales diagnostiques et thérapeutiques. On observe toutefois des signes de progrès dans le recours croissant aux examens systématiques par les décideurs.^{58,59}

Deux voies offrent des possibilités de renforcer considérablement la base de données.

- Accélérer l'organisation d'examen systématiques des interventions essentielles ainsi que leur évaluation économique. L'une des manières de le faire consiste à étendre le mandat des organismes d'évaluation des technologies sanitaires existants pour y inclure l'évaluation des interventions de santé publique et des modes de prestation, car cela permettrait de faire usage des capacités institutionnelles existantes avec des ressources affectées à une utilisation précise. Les réseaux de collaboration émergents, tels que Campbell Collaboration,⁶⁰ peuvent faire office de catalyseur, en exploitant les avantages comparatifs de l'efficacité d'échelle et des comparaisons internationales.
- Accélérer la documentation et l'évaluation de l'approche d'ensemble des pouvoirs publics en utilisant des techniques qui s'appuient sur l'expérience initiale au moyen des instruments

« évaluations d'impact sur la santé » ou « impact sur l'équité en santé ».^{61,62,63} Bien que ces outils en soient encore au stade de l'élaboration, il existe une forte demande de la part des décideurs, qu'ils soient locaux ou internationaux, pour de telles analyses (Encadré 4.5). Les preuves de leur capacité à influencer les politiques publiques s'accroissent,^{64,65,66} et elles constituent un moyen stratégique d'organiser des discussions intersectorielles plus approfondies. Cela constitue en soi le moyen d'accéder à l'un des aspects les plus ardues de l'utilisation des bases de données : la nécessité de communiquer de manière plus systématique sur les avantages potentiels de meilleures politiques publiques. Les décideurs, particulièrement ceux d'autres secteurs, ne sont pas assez conscients des conséquences sanitaires que peuvent avoir leurs politiques et des bénéfices potentiels qu'elles pourraient engendrer. Communiquer au-delà de son seul domaine de spécialité est aussi important que produire des données et nécessite des méthodes beaucoup plus efficaces de dissémination des données entre les décideurs.⁶⁷ En exprimant les données relatives à la santé de la population en termes de conséquences sanitaires des politiques plutôt que

Encadré 4.5 Les lignes directrices de l'Union européenne en matière d'évaluation d'impact⁶⁸

Les lignes directrices de l'Union européenne laissent penser que les réponses aux questions suivantes sont susceptibles de former la base d'une évaluation de l'impact des interventions sanitaires proposées.

Santé publique et sécurité

Est-ce que l'option proposée :

- affecte la santé et la sécurité des individus ou des populations, notamment l'espérance de vie, la mortalité et la morbidité par l'intermédiaire d'effets sur l'environnement socio-économique, par exemple le lieu de travail, le revenu, l'éducation, l'emploi ou la nutrition ?
- accroît ou réduit la probabilité d'actes de bioterrorisme ?
- accroît ou réduit la probabilité de risques sanitaires imputables à des substances nocives pour l'environnement naturel ?
- affecte la santé en raison de changements modifiant la quantité de bruit, d'air, d'eau ou la qualité du sol dans des zones peuplées ?
- affecte la santé en raison de changements dans l'utilisation de l'énergie ou de l'élimination des déchets ?
- affecte des déterminants de la santé liés au mode de vie tels que la consommation de tabac ou d'alcool, ou l'exercice physique ?
- a des effets particuliers sur certains groupes à risque (déterminés par l'âge, le sexe, le handicap, la catégorie sociale, la mobilité, la région, etc.) ?

Accès à et effets sur la protection sociale, la santé et l'éducation

Est-ce que l'option proposée :

- a un impact sur les services du point de vue de leur qualité et de leur accessibilité ?
- a un effet sur l'éducation et la mobilité des travailleurs (santé, éducation, etc.) ?
- affecte l'accès des individus à l'éducation publique ou privée ou la formation professionnelle et continue ?
- affecte la fourniture transfrontalière de services, l'orientation d'un pays à l'autre et la coopération dans les régions frontalières ?
- affecte le financement et l'organisation des systèmes sociaux, sanitaires et éducatifs (y compris la formation professionnelle) ?
- affecte la liberté académique ou l'autonomie locale ?

selon les modes de communication traditionnels entre spécialistes de la santé, il est possible de changer radicalement la nature et la qualité du dialogue sur les politiques.

Un paysage institutionnel changeant

Outre le manque de données, le domaine dans lequel de nouvelles opportunités apparaissent est celui de la capacité institutionnelle d'élaborer des politiques publiques qui aillent dans le sens des objectifs des SSP. Malgré les réticences, y compris de la part des donateurs, à engager des fonds dans les instituts nationaux de santé publique,⁶⁹ les décideurs comptent beaucoup sur elles ou sur leurs équivalents fonctionnels. Dans de nombreux pays, les instituts nationaux de santé publique ont constitué la principale source indépendante de compétences techniques en matière de santé publique, mais aussi, plus largement, de politiques publiques. Certains peuvent faire état de réussites prestigieuses : la Fiocruz au Brésil, l'Institut de Médecine tropicale « Pedro Kouri » à Cuba, Kansanterveyslaitos en Finlande, les Centres for Disease Control and Prevention aux Etats-Unis d'Amérique, ou l'Institut national d'Hygiène et d'Epidémiologie au Viet Nam. Ils témoignent de l'importance que ces pays accordent au recours à une telle capacité.⁶⁹ De plus en plus, cependant, cette capacité est incapable de faire face aux nombreuses demandes de politiques publiques destinées à protéger ou promouvoir la santé. Les instituts de santé publique nationaux et internationaux

traditionnels se retrouvent de ce fait avec un mandat surdimensionné et sous-financé, ce qui pose des problèmes de dispersion et des difficultés de rassembler la masse critique de compétences diversifiées et spécialisées (Figure 4.4).

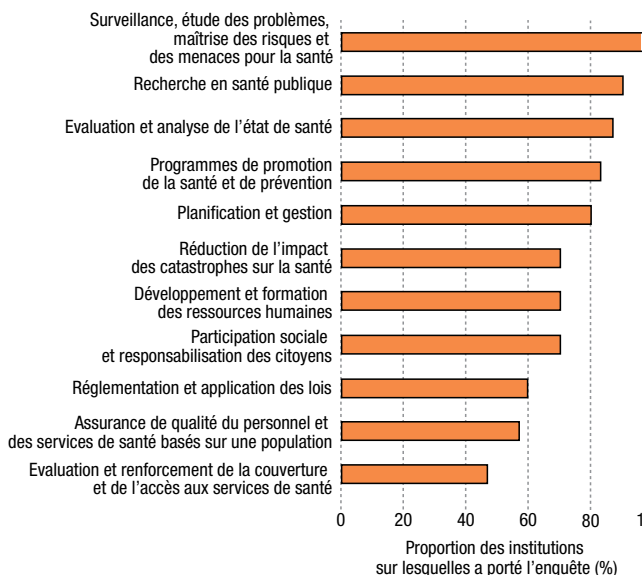
En attendant, le paysage institutionnel change à mesure que la capacité d'appui aux politiques publiques se disperse entre une multitude d'institutions nationales et supranationales. Le nombre de centres de compétences, souvent spécialisés dans un aspect particulier de la politique publique, s'est accru considérablement, couvrant une vaste gamme de formes institutionnelles : centres de recherche, fondations, entités universitaires, consortiums indépendants et groupes de réflexion, projets, organismes techniques et initiatives de toutes sortes. Le Conseil de la Fondation pour la promotion de la santé en Malaisie, l'Alcohol Advisory Council en Nouvelle-Zélande et la Commission de promotion de la santé en Estonie montrent que les modes de financement se sont diversifiés et peuvent inclure des subventions et des contrats de recherche, des subsides gouvernementaux, des dotations ou encore des taxes sur la vente de tabac et d'alcool. Cela se traduit par un réseau de compétences plus complexe et plus diffus mais aussi beaucoup plus riche.

La collaboration transfrontalière sur de nombreuses questions relatives aux politiques publiques peut permettre d'importantes économies d'échelle. L'Association internationale des Instituts de Santé publique nationaux (IANPHI) aide les pays à élaborer des stratégies de développement de leur capacité institutionnelle.⁷⁰ Dans ce contexte, le renforcement des institutions devra passer par des stratégies prudentes en matière de spécialisation et de complémentarité, en prêtant attention au défi que constituent le leadership et la coordination.

Dans le même temps cela offre des perspectives de transformation de la production de la main-d'œuvre hautement diverse et spécialisée que de meilleures politiques publiques exigent. Les écoles de santé publique, la médecine communautaire et les équipes communautaires de personnel infirmier sont traditionnellement les principales sources de cette main-d'œuvre. Elles forment toutefois trop peu de professionnels qui sont trop souvent polarisés sur la lutte contre les maladies et l'épidémiologie classique et en général mal préparés pour une carrière faite de flexibilité, d'apprentissage continu et de leadership coordonné.

Le développement institutionnel multicentre offre l'occasion de repenser fondamentalement les programmes d'études et les milieux

Figure 4.4 Fonctions de santé publique essentielles que 30 institutions nationales de santé publique considèrent comme étant de leur ressort⁶⁹





institutionnels de formation des futurs médecins, au profit d'une formation en cours d'emploi en contact étroit avec les institutions où se trouvent et sont développées les compétences.⁷¹ Des signes de renouveau prometteurs sont perceptibles à cet égard dans la Région OMS de l'Asie du Sud-Est (SEARO) ; ils devraient inspirer une réflexion et une action similaires ailleurs.²⁷ L'accroissement des échanges transfrontaliers d'expériences et de compétences, allié à une aspiration mondiale à améliorer la capacité d'élaboration de politiques publiques, ouvre des perspectives nouvelles – pas seulement pour former un nombre plus approprié de professionnels mais aussi, et surtout, des professionnels ayant une vision plus vaste et mieux préparés à relever à l'avenir des défis complexes en matière de santé publique.

Une action sanitaire mondiale équitable et efficace

Dans de nombreux pays, la responsabilité de la santé et des services sociaux est déléguée au niveau local. Parallèlement, les politiques financières, commerciales, industrielles et agricoles sont décalées au niveau international : les résultats sanitaires doivent être obtenus localement alors que les déterminants de la santé sont influencés internationalement. Les pays alignent de plus en plus leurs politiques publiques avec celles d'un monde globalisé. Cela présente à la fois des avantages et des risques.

En s'ajustant à la mondialisation, les compétences fragmentées en matière de politiques dans les systèmes nationaux de gouvernance trouvent des convergences. Divers ministères, dont ceux de la santé, de l'agriculture, des finances, du commerce et des affaires étrangères examinent désormais ensemble les moyens d'inspirer les positions du pays en prévision de négociations commerciales, d'apporter leur contribution au cours des négociations, et d'évaluer les coûts et les bénéfices des options politiques alternatives pour la santé, l'économie et l'avenir de leur peuple. Cette « interdépendance » globale croissante en matière de santé s'accompagne d'une prolifération d'activités qui s'exercent au niveau mondial. Le défi consiste donc à faire en sorte que les réseaux de gouvernance émergents incluent tous les acteurs et secteurs qui doivent l'être, répondent aux nécessités et aux demandes locales, soient responsables et soucieux de justice sociale.⁷² La survenue récente d'une crise alimentaire mondiale ne fait que rendre plus légitime la contribution du secteur de la santé aux dispositions en train d'être prises sur le plan mondial pour y faire face. Peu à peu l'idée fait son chemin de tenir compte de la santé dans

les accords commerciaux négociés sous l'égide de l'Organisation mondiale du Commerce (OMC). Bien que leur mise en œuvre se soit révélée problématique, les flexibilités adoptées à Doha dans le cadre de l'Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce (ADPIC)⁷³ en ce qui concerne les licences obligatoires des produits pharmaceutiques constituent des exemples de politiques mondiales émergentes destinées à protéger la santé.

Il existe une demande croissante de normes internationales à l'heure où les menaces sanitaires se déplacent de zones où les mesures de sécurité sont renforcées vers des zones où il n'y en a pratiquement pas. Réunir les compétences et les processus requis s'avère complexe et coûteux. Les pays s'en remettent de plus en plus à des mécanismes internationaux et à la collaboration mondiale.⁷⁴ Cette tendance a commencé à se manifester il y a plus de 40 ans avec la création en 1963 de la Commission du Codex Alimentarius par l'Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture (FAO) et par l'OMS pour coordonner les normes alimentaires internationales et la protection des consommateurs. Un autre exemple est depuis longtemps le Programme international sur la sécurité chimique, établi en 1980 en tant que programme conjoint de l'OMS, de l'Organisation internationale du Travail (OIT) et du Programme des Nations Unies pour l'Environnement (PNUE). Au sein de l'Union européenne, l'élaboration de normes de protection sanitaire est une activité que partagent plusieurs organismes et ces normes sont appliquées dans toute l'Europe. Compte tenu du coût et de la complexité du contrôle de l'innocuité des médicaments, de nombreux pays adaptent et utilisent les normes de la Food and Drug Administration (FDA) des Etats-Unis d'Amérique. L'OMS fixe des normes mondiales relatives aux taux tolérables de nombreux contaminants. Entre-temps, les pays doivent soit entreprendre ces processus eux-mêmes, soit s'assurer un accès aux normes d'autres pays ou organismes internationaux et les adapter à leur propre contexte.

La nécessité de prendre des mesures de santé publique sur le plan mondial exige encore davantage de compétences et d'énergie de la part de ceux qui dirigent l'action sanitaire pour assurer la protection de la santé des populations dont ils sont responsables. L'action locale doit aller de pair avec la coordination des diverses parties prenantes et des divers secteurs au sein des pays. Il s'agit aussi de gérer les défis sanitaires mondiaux par le moyen de la collaboration et de la négociation au niveau mondial. Comme le montre le chapitre suivant, cela relève de la responsabilité de l'Etat.

Bibliographie

- Sen A. *Development as freedom*. Oxford, Oxford University Press, 1999.
- Fegan GW et al. Effect of expanded insecticide-treated bednet coverage on child survival in rural Kenya: a longitudinal study. *Lancet*, 2007, 370:1035–1039.
- Liu Y. China's public health-care system: facing the challenges. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, 2004, 82:532–538.
- Kaufman JA. China's health care system and avian influenza preparedness. *Journal of Infectious Diseases*, 2008, 197(Suppl. 1):S7–S13.
- Ståhl T et al., eds. *Health in all policies: prospects and potentials*. Helsinki, Ministry of Social Affairs and Health, 2006.
- Berer M. National laws and unsafe abortion: the parameters of change. *Reproductive Health Matters*, 2004, 12:1–8.
- Grimes DA et al. Unsafe abortion: the preventable pandemic. *Lancet*, 2006, 368:1908–1919.
- Sommer A, Mosley WH. East Bengal cyclone of November 1970: epidemiological approach to disaster assessment. *Lancet*, 1972, 1:1029–1036.
- Bern C et al. Risk factors for mortality in the Bangladesh cyclone of 1991. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, 1993, 71:73–78.
- Chowdhury AM. Personal communication, 2008.
- Asaria P et al. Chronic disease prevention: health effects and financial costs of strategies to reduce salt intake and control tobacco use. *Lancet*, 2007, 370:2044–2053.
- World abortion policies 2007*. New York NY, United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, 2007 (ST/ESA/SER.A/264, Wallchart).
- Unsafe abortion. Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2003*, 5th ed. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2007.
- Maternal health and early childhood development in Cuba*. Ottawa, Committee on Social Affairs, Science and Technology, 2007 (Second Report of the Subcommittee on Population Health of the Standing Senate).
- Evans RG, Thomas McKeown, meet Fidel Castro: physicians, population health and the Cuban paradox. *Healthcare Policy*, 2008, 3:21–32.
- Spiegel JM, Yassi A. Lessons from the margins of globalization: appreciating the Cuban health paradox. *Journal of Public Health Policy*, 2004, 25:85–110.
- Rapport sur la santé dans le monde, 2000 – Pour un système de santé plus performant*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2000.
- Everybody's business – strengthening health systems to improve health outcomes. Genève, Organisation mondiale de la Santé, Systèmes et Services de Santé, 2007.
- Hogerzeil HV. The concept of essential medicines: lessons for rich countries. *BMJ*, 2004, 329:1169–1172.
- Measuring medicine prices, availability, affordability and price components*, 2nd ed., Genève, Health Action International et Organisation mondiale de la Santé, 2008 (<http://www.haiweb.org/medicineprices/>, consulté le 20 août 2008).
- Black RE, Morris SS, Bryce J. Where and why are 10 million children dying every year? *Lancet*, 2003, 361:2226–2234.
- Supply annual report 2007*. Copenhagen, United Nations Children's Fund Supply Division, 2008.
- Tambini G et al. Regional immunization programs as a model for strengthening cooperation among nations. *Revista panamericana de salud pública*, 2006, 20:54–59.
- EPI Revolving Fund: quality vaccines at low cost. *EPI Newsletter*, 1997, 19:6–7.
- Matiru R, Ryan T. The global drug facility: a unique, holistic and pioneering approach to drug procurement and management. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, 2007, 85:348–353.
- Annual Report*. Wellington, Pharmaceutical Management Agency, 2007.
- Rapport sur la santé dans le monde, 2006 – Travailler ensemble pour la santé*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2006.
- Victoria CG et al. Achieving universal coverage with health interventions. *Lancet*, 2004, 364:1555–1556.
- Freitas do Amaral JJ et al. Multi-country evaluation of IMCI, Brazil study. Ceará, Federal University of Ceará, ND.
- Sontag S. *AIDS and its metaphors*. New York, NY, Farrar, Straus & Giroux, 1988.
- Mann JM et al., eds. *Health and human rights: a reader*. New York NY, Routledge, 1999.
- Friedman S, Mottiar S. A rewarding engagement? The treatment action campaign and the politics of HIV/AIDS. *Politics and Society*, 2005, 33:511–565.
- Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. In: *Première Conférence mondiale sur la promotion de la santé, Ottawa, 21 novembre 1986*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, Département des ressources humaines pour la santé, 1986 (WHO/HPR/HEP/95.1; http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf, consulté le 2 juillet 2008).
- Ezzati M et al. Comparative risk assessment collaborating group. Estimates of global and regional potential health gains from reducing multiple major risk factors. *Lancet*, 2003, 362:271–280.
- Friel S, Chopra M, Satcher D. Unequal weight: equity oriented policy responses to the global obesity epidemic. *BMJ*, 2007, 335:1241–1243.
- Satcher D, Higginbotham EJ. The public health approach to eliminating disparities in health. *American Journal of Public Health*, 2008, 98:400–403.
- Commission des Déterminants sociaux de la Santé. *Comblent le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé. Rapport final*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2008.
- Rapport sur la santé dans le monde, 2007 – Un avenir plus sûr : la sécurité sanitaire mondiale au XXI^e siècle*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2007.
- Satterthwaite D. In pursuit of a healthy urban environment. In: Marcotullio PJ, McGranahan G, eds. *Scaling urban environmental challenges: from local to global and back*. London, Earthscan, 2007.
- Taylor CE, Taylor HG. Scaling up community-based primary health care. In: Rohde J, Wyon J, eds. *Community-based health care: lessons from Bangladesh to Boston*. Boston, Management Sciences for Health, 2002.
- WHO/Public Health Agency Canada Collaborative Project. *Improving health equity through intersectoral action*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2008 (sous presse).
- Puska P. Health in all policies. *European Journal of Public Health*, 2007, 17:328.
- Chami Y, Hammou J, Mahjour J. Lessons from the Moroccan national trachoma control programme. *Community Eye Health*, 2004, 17:59.
- Dye C et al. The decline of tuberculosis epidemics under chemotherapy: a case study in Morocco. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 2007, 11:1225–1231.
- Sénégal : intoxication au plomb à Thiarye-sur-Mer, 20 juin 2008*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2008 (http://www.who.int/environmental_health_emergencies/events/Senegal2008/en/index.html, consulté le 21 juillet 2008).
- Muhlrad N. *Road safety management in France: political leadership as a path to sustainable progress*. Paper presented at: Gambit 2004 Road Safety Conference, Gdansk, April 2004.
- Our cities, our health, our future: acting on social determinants for health equity in urban settings*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2007.
- Koivusalo M. Moving health higher up the European agenda. In: Ståhl T et al., eds. *Health in all policies: prospects and potentials*. Helsinki, Ministry of Social Affairs and Health, 2006:21–40.
- Gilson L et al. *Challenging health inequity through health systems*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2007.
- Rapport de l'OMS sur l'épidémie mondiale de tabagisme, 2008 : l'ensemble MPOWER*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2008.
- Anadova A. *Seventh Futures Forum on Unpopular Decisions in Public Health*. Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe, 2005.
- Allin S et al. *Making decisions on public health: a review of eight countries*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, 2004.
- Setel PW et al. on behalf of the Monitoring of Vital Events (MoVE) writing group. A scandal of invisibility: making everyone count by counting everyone. *Lancet*, 2007 (published online: DOI: 10.1016/S0140-6736(07)61307-5).
- Mahapatra P et al. on behalf of the Monitoring of Vital Events (MoVE) writing group. Civil registration systems and vital statistics: successes and missed opportunities. *Lancet*, 2007 (published online: DOI: 10.1016/S0140-6736(07)61308-7).
- AbouZahr C et al. on behalf of the Monitoring of Vital Events (MoVE) writing group. The way forward. *Lancet*, 2007 (published online: DOI: 10.1016/S0140-6736(07)61310-5).
- Volmink J et al. AM. Research synthesis and dissemination as a bridge to knowledge management: the Cochrane Collaboration. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, 2004, 82:778–783.
- Halstead SB, Tugwell P, Bennett K. The International Clinical Epidemiology Network (INCLIN): a progress report. *Journal of Clinical Epidemiology*, 1991, 44:579–589.
- Waters E et al. Cochrane Collaboration. Evaluating the effectiveness of public health interventions: the role and activities of the Cochrane Collaboration. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2006, 60:285–289.
- Sweet M, Moynihan R. *Improving population health: the uses of systematic reviews*. New York, NY, Millbank Memorial Fund, 2007.
- Davies P, Boruch R. The Campbell Collaboration does for public policy what Cochrane does for health. *BMJ*, 2001, 323:294–295.




61. *An idea whose time has come: New opportunities for HIA in New Zealand public policy and planning*. Wellington, Public Health Advisory Committee, 2007.
62. Harris P et al. *Health impact assessment: a practical guide*. Sydney, University of New South Wales, 2007.
63. Wismar M et al. Implementing and institutionalizing health impact assessment in Europe. In: Ståhl T et al., eds. *Health in all policies: prospects and potentials*. Helsinki, Ministry of Social Affairs and Health, 2006.
64. Blau J et al. The use of health impact assessment across Europe. In: Ståhl T et al., eds. *Health in all policies: prospects and potentials*. Helsinki, Ministry of Social Affairs and Health, 2006.
65. Dannenberg AL et al. Use of health impact assessment in the US: 27 case studies, 1999-2007. *American Journal of Preventive Medicine*, 2008, 34:241–256.
66. Wismar M et al., eds. *The effectiveness of health impact assessment: scope and limitations of supporting decision-making in Europe*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2007.
67. Jewell CJ, Bero LA. Developing good taste in evidence: facilitators of and hindrances to evidence-informed health policymaking in state government. *The Milbank Quarterly*, 2008, 86:177–208.
68. *Communication de la Commission « Améliorer la réglementation en matière de croissance et d'emploi dans l'Union européenne »*. Bruxelles, Commission européenne, 2005 (COM (2005) 97 final).
69. Binder S et al. National public health institutes: contributing to the public good. *Journal of Public Health Policy*, 2008, 29:3–21.
70. *Framework for the creation and development of national public health institutes*. Helsinki, Association internationale des Instituts nationaux de la Santé publique, 2007.
71. Khaleghian P, Das Gupta M. *Public management and the essential public health functions*. Washington DC, The World Bank, 2004 (World Bank Policy Research Working Paper 3220).
72. Kickbusch I. A new agenda for health. *Perspectives in Health*, 2004, 9:8–13.
73. *World Trade Organization Declaration on the TRIPS Agreement and Public Health. Ministerial Conference, 4th Session, Doha, 9–14 November 2001* (WT/MIN(01)/DEC/2).
74. Wilk EA van der et al. *Learning from our neighbours – cross-national inspiration for Dutch public health policies: smoking, alcohol, overweight, depression, health inequalities, youth screening*. Bilthoven, National Institute for Public Health and the Environment, 2008 (RIVM Rapport 270626001; <http://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/270626001.pdf>, consulté le 30 juillet 2008).





Autorité et gestion efficace des affaires publiques

 Dans les précédents chapitres, on a vu comment transformer les systèmes de santé pour qu'ils assurent de meilleures prestations et de meilleurs services selon des modalités auxquelles la population est attachée : c'est-à-dire dans l'équité, en personnalisant les soins et étant entendu que les autorités sanitaires rempliront leur fonction de protection de la santé publique pour le bien de toutes les communautés. Ces réformes en faveur des SSP exigent de nouvelles formes d'exercice de l'autorité dans le domaine sanitaire. Dans la première partie du chapitre, on précise pour quelles raisons le secteur public doit jouer un rôle majeur dans la conduite et l'orientation des réformes touchant les soins de santé en soulignant que cette fonction doit s'exercer selon des modèles participatifs de dialogue sur les politiques impliquant de multiples acteurs, parce que c'est ce que souhaite la population et que c'est la méthode la plus efficace. Le chapitre se poursuit par un examen des stratégies à mettre en œuvre pour améliorer l'efficacité de l'action réformatrice et la conduite des processus politiques qui la conditionnent.

Chapitre 5

La réforme des SSP par l'entremise des pouvoirs publics	86
Un véritable dialogue sur les politiques	90
La gestion du processus politique : du lancement de la réforme à sa mise en œuvre	97

La réforme des SSP par l'entremise des pouvoirs publics

Faciliter la conclusion d'un contrat social pour la santé

C'est à la puissance publique qu'il revient en dernière analyse de donner sa forme définitive au système de santé. Cela ne veut pas dire que les pouvoirs publics devraient – ou même pourraient – réformer l'ensemble du secteur sanitaire à eux seuls. Des acteurs nombreux et divers ont un rôle à jouer : responsables politiques nationaux et administrations locales, professions de santé, communauté scientifique, secteur privé, organisations et associations de la société civile, sans oublier la communauté sanitaire mondiale. Néanmoins, les pouvoirs publics ont, en matière de santé, des responsabilités fondées autant sur des principes politiques que sur des attentes largement partagées.¹

Sur le plan politique, la légitimité des gouvernements et le soutien qu'ils trouvent auprès de la population sont conditionnés par leur aptitude à protéger leurs citoyens et à jouer le rôle de redistributeur qui est le leur. La gouvernance de la santé fait partie des instruments fondamentaux au service des politiques publiques pour une protection et une redistribution institutionnalisées. Dans les états modernes, les pouvoirs publics sont censés protéger la santé, garantir l'accès aux soins et éviter à leurs administrés de s'appauvrir par suite de maladie. Ces responsabilités se sont progressivement élargies pour s'étendre à la correction des excès du marché qui caractérisent le secteur de la santé.² Depuis le début du XX^e siècle, la protection de la santé et les soins de santé ont été peu à peu constitués en tant que biens publics garantis par l'Etat et qui sont au cœur du contrat social entre ce dernier et les citoyens. C'est au cours de la phase de reconstruction qui fait suite à un conflit ou à une catastrophe que l'importance du système de santé en tant qu'élément clé du contrat social dans les sociétés en voie de modernisation se manifeste avec le plus de force : la remise en marche des services de santé constitue l'un des premiers signes tangibles du retour de la société à la normale.³

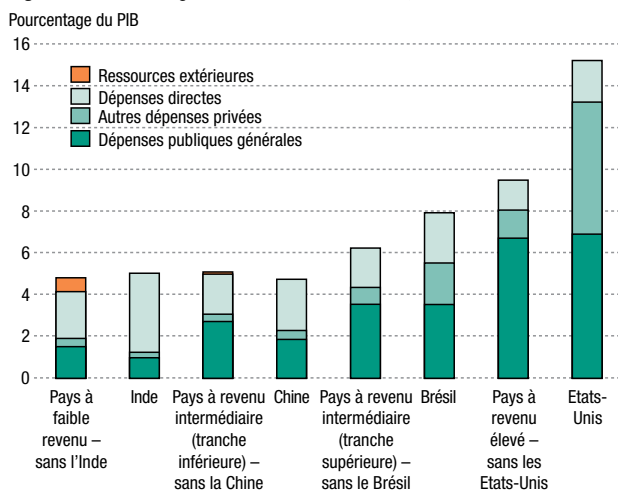
L'intervention de l'Etat n'est pas seulement légitimée par des considérations d'ordre social ou politique. Il y a également des acteurs économiques essentiels – les équipementiers médicaux, l'industrie pharmaceutique et les professions libérales – qui ont intérêt à ce que l'Etat prenne en charge le secteur sanitaire afin d'assurer la viabilité du marché de la santé : une économie moderne coûteuse ne peut perdurer sans partage

des risques et mise en commun des ressources. D'ailleurs, les pays dont les dépenses de santé sont les plus élevées sont également ceux où le secteur sanitaire fait le plus appel au financement public (Figure 5.1).

Si les Etats-Unis font exception à cet égard, ce n'est pas en raison d'un montant plus faible de la part des dépenses publiques consacrées à la santé – avec une proportion de 6,9 % du PIB, cette part n'est pas inférieure au montant qu'elle atteint en moyenne dans les pays à revenu élevé (6,7 %) –, mais du chiffre particulièrement élevé des dépenses privées complémentaires. Dans ce pays, les défaillances persistantes du secteur de la santé dans tous les domaines – issues sanitaires, qualité et accessibilité des soins, efficacité et équité⁵ – expliquent que, selon les sondages d'opinion, une majorité de plus en plus importante se prononce en faveur d'une intervention de l'Etat en vue d'assurer un accès plus équitable aux soins de santé essentiels.^{6,7}

Il est donc justifié que les pouvoirs publics exercent plus efficacement leur tutelle sur le secteur de la santé au nom d'une meilleure efficacité et d'une plus grande équité. Ce rôle tutélaire, d'une importance capitale, est souvent interprété à tort comme donnant mandat à la puissance publique de mettre en place une organisation centralisée du secteur sanitaire et d'en prendre le contrôle administratif total. S'il est vrai que certains problèmes sanitaires – par exemple les urgences de santé publique ou l'éradication de telle ou telle maladie – peuvent nécessiter une gestion impliquant des mesures autoritaires, une administration de tutelle efficace s'efforce de plus en plus de recourir à la « médiation » pour traiter les problèmes sanitaires

Figure 5.1 Pourcentage du PIB consacré à la santé, 2005⁴





complexes actuels ou futurs. Les intérêts respectifs de la puissance publique, du secteur sanitaire et de la population sont indissociables. De ce fait, l'ensemble des éléments de nature institutionnelle liés aux soins médicaux tels que la formation, l'accréditation, les systèmes de paiement, l'institution hospitalière, les droits divers, etc. font l'objet depuis des années d'un marchandage intensif sur le point de savoir comment définir, d'une façon générale, en quoi consiste l'Etat providence et les biens collectifs qui vont avec lui.^{8,9} Cela signifie que les institutions publiques ou parapubliques doivent intervenir en tant que médiateurs dans la négociation du contrat social entre les instances de la médecine, de la santé et de la société.¹⁰ Dans les pays à revenu élevé, le système de soins de santé semble aujourd'hui indissolublement lié à l'Etat. Dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, l'Etat a joué un rôle encore plus manifeste sans pour autant être capable d'exercer aussi efficacement sa tutelle sur le secteur sanitaire, notamment au cours des années 1980 et 1990, lorsque certains de ces pays ont été durement éprouvés par les conflits et la récession économique. Leurs systèmes de santé ont alors pris une direction sensiblement à l'opposé des buts et des valeurs dont se réclame le mouvement en faveur des SSP.

Le désengagement et ses conséquences

Dans de nombreux pays socialistes et postsocialistes en cours de restructuration économique, l'Etat a brusquement renoncé au rôle prédominant qui était auparavant le sien dans le domaine sanitaire. La déréglementation du secteur sanitaire qui s'est produite en Chine au cours des années 1980 et l'augmentation rapide du recours au paiement direct qui s'en est suivie en sont un bon exemple et constituent un avertissement pour le reste du monde.¹¹ Le déclin spectaculaire des prestations sanitaires et de la protection sociale, notamment dans les zones rurales, a conduit à un ralentissement marqué dans la progression de l'espérance de vie.^{11,12} Cette situation a amené la Chine à réexaminer ses politiques et à réaffirmer le rôle dirigeant de la puissance publique – un réexamen qui est loin d'être achevé (Encadré 5.1).¹³

Le même genre de désengagement a été observé dans de nombreux pays d'Europe centrale et orientale ou appartenant à la Communauté des Etats indépendants. Au début des années 1990, les dépenses publiques au titre de la santé ont tellement baissé qu'il est devenu pratiquement impossible de faire fonctionner ne serait-ce que le système de base. Il en est résulté une baisse importante de l'espérance de vie.¹⁷ Les frais catastrophiques imputables aux soins de santé

sont devenus une cause majeure d'appauvrissement.¹⁸ Plus récemment, le niveau de financement s'est stabilisé ou a même augmenté, mais sans entraîner d'amélioration significative dans les issues sanitaires, et les inégalités socio-économiques touchant la santé ou l'accès aux soins se sont accrues. A la lumière des signes et des tendances que montre cette augmentation et de l'accroissement des systèmes informels de rétribution des soins, il apparaît que ce réengagement est encore insuffisant.

Ailleurs, mais de façon particulièrement frappante dans les pays à faible revenu et les Etats fragiles, le fait que l'Etat n'assume pas ou n'assume plus les responsabilités qui sont les siennes dans le domaine sanitaire tient à des circonstances plus générales : stagnation économique, crise politique et sociale et mauvaise gouvernance.¹⁹ Cette situation a souvent provoqué des dysfonctionnements dans l'exercice de l'autorité de l'Etat et conduit à sa désinstitutionnalisation,²⁰ des faiblesses encore aggravées par l'absence de moyens financiers pour assurer la direction du secteur sanitaire. Les gouvernements ont encore souvent plus de peine à assumer leurs responsabilités en raison de certaines politiques de développement menées au niveau mondial, et cela pour au moins deux raisons.

- Au cours des années 1980 et 1990, ce qui prévalait sur l'agenda mondial du développement, c'était les préoccupations suscitées par les problèmes résultant d'un trop grand engagement de l'Etat.²¹ Les ajustements structurels et les recettes du type réduction d'activité en vogue au cours de ces deux décennies pèsent aujourd'hui encore sur la restauration de l'autorité de l'Etat. Dans les pays les plus pauvres, le financement public est devenu imprévisible, rendant difficile voire impossible tout engagement à moyen terme en vue de développer le secteur sanitaire. La planification sanitaire en fonction des besoins est devenue l'exception plutôt que la règle, avec des décisions budgétaires essentielles prises sans trop se préoccuper de leurs conséquences sur le secteur sanitaire et des ministères de la santé qui se sont montrés incapables de plaider avec efficacité pour que priorité soit donnée à l'augmentation de leur budget.²²
- Pendant des décennies, l'agenda sanitaire de la communauté internationale, et notamment celui de l'OMS, a été organisé en fonction de maladies et d'interventions plutôt que par rapport aux problèmes plus généraux auxquels les systèmes de santé étaient confrontés. Si cet agenda a sans nul doute permis de se faire une meilleure idée de la charge morbide qui pesait sur les

pays pauvres, il a également profondément influencé la structure des institutions publiques et parapubliques dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Pour le secteur sanitaire, il

en est résulté une gouvernance fragmentée qui a conduit à négliger des problèmes importants tels que l'organisation des soins primaires, le contrôle à exercer sur la marchandisation du

Encadré 5.1 Chine : du désengagement au réengagement

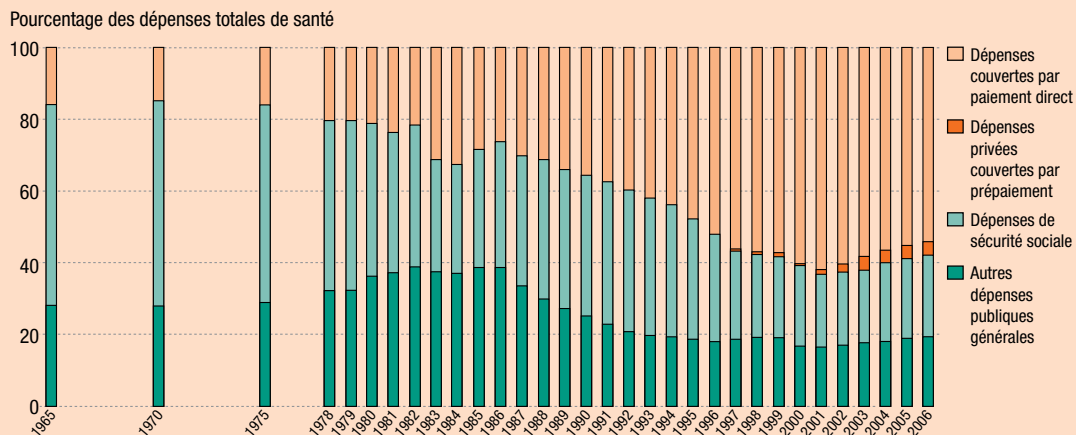
Au cours des années 1980 et 1990, les pouvoirs publics ont réduit leur engagement dans le secteur sanitaire, exposant un nombre croissant de ménages chinois à des frais médicaux catastrophiques. Par suite, des millions de familles habitant en zone urbaine ou rurale se sont trouvées dans l'incapacité de faire face à ces dépenses et ont été effectivement exclues des soins de santé. Auparavant, plus de la moitié de la population urbaine était totalement ou partiellement couverte par l'assurance-maladie, soit au titre du régime public d'assurance (RPA), soit au titre du régime d'assurance des travailleurs (RAT). Malheureusement, la faiblesse structurelle de ces régimes est devenue critique au cours des années 1990 sous l'effet de l'accélération du changement économique. La proportion de la population chinoise urbanisée non couverte par une assurance-maladie ou un plan de prévoyance sanitaire quelconque est passée de 27,3 % en 1993 à 44,1 % en 1998.¹⁴ A la fin du siècle, les paiements directs représentaient plus de 60 % des dépenses de santé. Cette crise a incité les pouvoirs publics à redoubler d'efforts pour inverser la tendance : la création en 1998 de l'assurance médicale de base (AMB) destinée aux employés des zones urbaines a apporté un soutien à la mise en place de systèmes basés sur la mise en commun des cotisations ou le prépaiement.

Financée par les cotisations obligatoires des ouvriers et des employés, l'AMB vise à remplacer les anciens régimes RPA et RAT. L'AMB a pour but d'assurer une couverture large mais d'une profondeur relativement modeste eu égard au choix de prestations remboursées, avec toutefois une souplesse suffisante pour permettre d'offrir différents types de forfait en fonction des besoins locaux des municipalités participantes. D'un point de vue structurel, les ressources de l'AMB comportent deux parties : l'une qui est constituée des comptes d'épargne individuels et l'autre qui est un fonds commun alimenté par les cotisations sociales. En règle générale, les cotisations prélevées sur le salaire ou le traitement d'un employé sont versées sur son compte d'épargne personnel, la part de l'employeur étant répartie entre le compte d'épargne personnel et le fonds commun alimenté par les cotisations sociales, dans des proportions respectives qui dépendent de la classe d'âge de l'employé.

Les fonds de cette nouvelle assurance médicale de base sont rassemblés au niveau des villes ou municipalités plutôt que par des entreprises individuelles, ce qui accroît sensiblement la capacité de partage du risque. Chaque municipalité a élaboré sa propre réglementation concernant l'utilisation des fonds déposés sur les comptes d'épargne individuels ainsi que du fonds commun alimenté par les cotisations (qui constituent les deux éléments constitutifs du système). Les comptes d'épargne individuels servent à couvrir les prestations ambulatoires, le fonds social commun étant utilisé pour couvrir les frais hospitaliers.¹⁴

Ce système d'assurance médicale de base soulève encore d'importantes difficultés qui restent à aplanir, notamment en ce qui concerne l'équité. Des études indiquent par exemple qu'en zone urbaine, les habitants aisés accèdent plus rapidement aux prestations de l'AMB que les ménages à très faible revenu, les travailleurs du secteur informel restant marginalisés. Néanmoins, l'AMB constitue un progrès pour la population urbaine chinoise en ce qui concerne l'élargissement de la couverture et l'accès aux services ; en outre, elle contribue largement à inverser les tendances néfastes des années 1980 et 1990 tout en assignant un rôle nouveau d'intermédiaire aux institutions publiques.

Figure 5.2 Les dépenses de santé en Chine : le désengagement de l'Etat au cours des années 1980 et 1990 et son récent réengagement



Sources : 1965 à 1975¹⁵ ; 1978 à 1994¹⁶ ; 1995 à 2006⁴.



secteur sanitaire et les ressources humaines en situation de crise.

C'est dans les pays qui dépendent de l'aide extérieure que les conséquences fâcheuses de cette tendance sont les plus marquées, car c'est elle qui a déterminé le mode d'acheminement des fonds.²³ En investissant de manière excessive dans un nombre limité de programmes de lutte contre des maladies jugées prioritaires au niveau mondial, ces pays ont détourné les faibles moyens dont disposait le ministère de la santé pour jouer son rôle essentiel, à savoir faciliter la planification générale des soins primaires et de la santé publique.

Il en résulte une multiplication des flux financiers fragmentés et une segmentation des prestations avec pour conséquences des doublons, de l'inefficacité et une compétition contre-productive entre les programmes pour l'accès aux ressources. La mobilisation massive de la solidarité mondiale n'a donc pas permis de contrebalancer la déconnexion croissante entre les besoins nationaux et l'aide internationale, ainsi qu'entre les attentes de la population, qui veut être correctement soignée, et les priorités fixées par les responsables du secteur sanitaire. En outre, le foisonnement des mécanismes d'acheminement de l'aide et la présence de nouvelles agences d'exécution contribuent à accroître la complexité des formalités que doit remplir l'administration affaiblie des pays dépendant de l'aide extérieure, ce qui augmente encore le coût des transactions pour les pays qui peuvent le moins se le permettre.²⁴ Donner suite aux objectifs à court terme des partenaires internationaux suppose un tel effort que l'administration n'a plus guère la force de traiter avec les multiples parties prenantes au niveau national – le corps médical, les associations et organisations de la société civile, les responsables politiques et autres – alors que c'est justement à ce niveau qu'à long terme le rôle pilote de l'Etat est le plus important. Comme les défenseurs de ce rôle le soutiennent à juste titre depuis quelques années, une meilleure coordination entre les donateurs ne va pas à elle seule résoudre le problème. Restaurer la capacité de gouvernance est devenu une nécessité urgente.

Participation et négociation

Le réinvestissement nécessaire dans des institutions publiques ou parapubliques ne peut en aucun cas signifier un retour à une gouvernance autoritaire du secteur sanitaire. Les systèmes de santé sont trop complexes : les domaines d'action de l'Etat moderne et de la société civile

sont interconnectés et leurs limites varient sans cesse.²⁵ Les professions médicales libérales jouent un rôle majeur dans la gouvernance de la santé,²⁶ et les mouvements sociaux ainsi que les institutions autonomes ou parapubliques se sont mués en acteurs politiques complexes et influents, comme on l'a indiqué au chapitre 2.²⁷ Les malades, les professions médicales libérales, les groupes qui défendent des intérêts commerciaux ou autres s'organisent afin de se placer en meilleure position pour négocier et protéger leurs intérêts. Quant au ministère de la santé, la cohérence est loin d'y régner : individus et programmes se disputent l'autorité et l'accès aux ressources, ce qui complique encore l'action en faveur du changement. Il faut substituer un système efficace de médiation aux modèles gestionnaires beaucoup trop simplistes du passé et adopter de nouveaux modes de dialogue sur les politiques avec les diverses parties prenantes afin de définir les orientations stratégiques à donner aux réformes en faveur des SSP.²⁸

La participation des principales parties prenantes est au cœur du dialogue sur les politiques. A mesure que les pays se modernisent, leurs citoyens valorisent davantage la responsabilité sociale et la participation. Partout dans le monde, l'accroissement de la prospérité, des aptitudes intellectuelles et de la connectivité ou de la reliance sociales s'accompagnent d'une aspiration de plus en plus forte des citoyens à pouvoir s'exprimer davantage²⁹ à propos de ce qui se passe sur leur lieu de travail et dans leur communauté – d'où l'importance de centrer les soins sur la personne (personnalisation des soins) et de faire participer la communauté – de même qu'en ce qui concerne les décisions gouvernementales importantes qui touchent leur vie quotidienne – d'où l'importance de faire participer la société civile au débat social sur les politiques sanitaires.³⁰

Si le dialogue sur les politiques est si important, c'est également parce que les réformes en faveur des SSP nécessitent justement un vaste dialogue pour faire la part des choses en ce qui concerne les attentes des diverses parties prenantes, apprécier les divers besoins, la demande et les problèmes à venir et trouver une solution aux inévitables affrontements auxquels ces réformes risquent de donner lieu.³¹ Il faut que les autorités sanitaires et le ministère de la santé, dont le rôle est essentiel, parviennent à faire la synthèse entre le pouvoir décisionnaire des responsables politiques, la rationalité de la communauté scientifique, l'engagement des professionnels et les valeurs et moyens de la société civile.³² C'est un

processus qui demande du temps et des efforts (Encadré 5.2). Il serait illusoire de s'attendre à ce que l'établissement d'une politique en matière de SSP recueille la totalité des suffrages, car il y a trop d'intérêts opposés. Toutefois, l'expérience montre que l'équité et la transparence des procédures confèrent davantage de légitimité au choix des politiques à suivre qu'un consensus absolu.^{33,34,35}

En l'absence d'un dialogue sur les politiques suffisamment structuré et participatif, le choix de ces politiques risque d'être confisqué par des groupes de pression ou de fluctuer en fonction des changements de personnel politique ou de l'inconstance des donateurs. Sans consensus social, il est également beaucoup plus difficile de s'engager efficacement avec des partenaires dont les intérêts divergent des options retenues quant aux réformes touchant les SSP, y compris d'autres secteurs qui cherchent aussi à s'approprier les ressources de la société ; le « complexe médico-industriel »,³⁶ pour qui la réforme en faveur des SSP pourrait

impliquer une révision de sa stratégie industrielle ; et enfin certains intérêts acquis, tels que ceux des industries des vins et spiritueux et du tabac, pour lesquels une telle réforme constitue une menace directe.

Un véritable dialogue sur les politiques

On ne peut pas tabler sur la capacité des institutions à instaurer un dialogue productif sur les politiques comme s'il s'agissait d'un fait acquis. Cette capacité est le plus souvent faible dans les pays où, par choix ou par défaut, c'est le laisser-faire qui domine en ce concerne l'élaboration des politiques sanitaires. Même dans les pays disposant d'un système de santé bien développé et financé, il est possible et nécessaire d'envisager, pour l'instauration de ce type de dialogue, des formules plus systématiques et plus institutionnalisées : la négociation est souvent déjà bien engagée entre les autorités sanitaires et les institutions

Encadré 5.2 Définir les orientations au niveau national grâce au dialogue sur les politiques : l'expérience de trois pays

Au Canada, la commission chargée d'examiner l'avenir des soins de santé s'est inspirée des vues exprimées lors des débats de divers groupes thématiques et d'auditions publiques. Plusieurs parties prenantes et divers groupes de population ont clairement indiqué la valeur que les Canadiens attachent à un accès équitable à des soins de grande qualité dispensés en fonction des besoins et sans considération de la solvabilité du patient. Cela étant, la commission a dû veiller à ce que ce débat prenne en considération les éléments d'appréciation sur les réalités du système de santé canadien apportés par les meilleurs experts en matière de politique sanitaire. L'un de ces éléments a été d'une importance cruciale, à savoir que le financement public des soins de santé permet à l'évidence non seulement de tendre vers l'équité, mais aussi vers l'efficacité, compte tenu des frais administratifs plus élevés qu'implique un financement privé. Les débats portant sur les valeurs et les éléments d'appréciation pertinents ont été rassemblés en 2002 sous la forme d'un rapport de politique générale indiquant comment s'engager dans la mise en place d'un système de SSP à financement public qui soit à la fois durable et attentif aux besoins, système considéré « comme la plus haute expression de la solidarité entre Canadiens ».³⁷ Le fait que les décideurs politiques aient réservé un très bon accueil aux recommandations de la commission est révélateur de la solidité de cette analyse factuelle et de l'engagement de la population.

Au Brésil, les sept premières *Conferências Nacionais de Saúde* qui, entre 1941 et 1977, ont joué le rôle de forum pour le dialogue national sur les politiques de santé publique, avaient nettement tendance à privilégier les décisions prises en haut lieu et à donner l'exclusivité au secteur public, avec passage classique d'un plan national à divers programmes et à l'élargissement du réseau de services de santé de base. La huitième conférence qui s'est tenue en 1980 a marqué un tournant : le nombre de participants est passé de quelques centaines à 4000, mandatés par les parties prenantes les plus diverses. L'ordre du jour de cette conférence et des suivantes faisait beaucoup plus de place qu'auparavant à des valeurs telles que la démocratie en santé, l'accessibilité, la qualité et l'humanisation des soins ainsi que le contrôle social. La douzième conférence nationale qui s'est tenue en 2003 a inauguré une troisième phase de synthèse : 3000 délégués élus dans la proportion de 80 % et, comme thème principal, la santé en tant que droit universel et devoir de l'Etat.³⁸

La Thaïlande est passée par des phases analogues. L'extension de la couverture en matière de soins de base engagée par un ministère de la santé prévoyant avec les encouragements de l'association des médecins de campagne a abouti au lancement en 1992 de la Décennie pour le développement des centres de santé. Après la crise économique de 1994, les fonctionnaires du Ministère ont commencé à mobiliser la société civile et les milieux universitaires en conviant en 1997 plusieurs milliers de délégués à participer au premier forum sur la réforme des soins de santé. Peu après, le monde politique est également entré en lice avec une initiative audacieuse pour l'accès généralisé et la protection sociale universelle, connue sous le nom « politique des 30 bahts ».³⁹ En 2007, la loi sur la santé a institutionnalisé la participation des diverses parties prenantes sous la forme d'une commission nationale de la santé constituée de membres des professions de santé, de membres de la société civile et de responsables politiques.



professionnelles mais c'est loin d'être le cas avec les autres parties prenantes, et cette négociation se limite généralement à des discussions sur l'affectation des ressources destinées aux prestations de services. Il faut établir un dialogue sur les politiques. Les moyens d'y parvenir dépendent pour une grande part du contexte et des antécédents. A la lumière de l'expérience acquise par les pays qui ont été en mesure d'accélérer les réformes en faveur des SSP, on peut dégager trois facteurs communs nécessaires pour établir un véritable dialogue sur les politiques :

- faire en sorte que les systèmes d'information soient à même de jouer un rôle actif dans la réforme en faveur des SSP ;
- tirer systématiquement parti des innovations ;
- mettre en commun les enseignements tirés des expériences réussies.

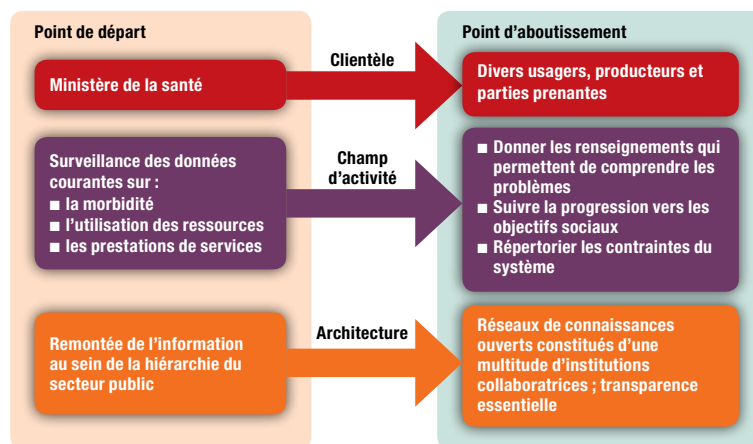
Des systèmes d'information pour le renforcement du dialogue sur les politiques

Il faut que le dialogue sur la politique de réforme des SSP soit alimenté non seulement par de meilleures données, mais également par des informations qui s'écartent des idées classiques sur la clientèle, le champ d'activité et l'architecture des systèmes nationaux d'information sanitaire (Figure 5.3).

Nombre de systèmes nationaux d'information sanitaire utilisés pour éclairer les choix en matière de politique générale peuvent se définir comme des structures administratives fermées par lesquelles passe un flux limité de données relatives à l'utilisation des ressources, aux services et à l'état de santé de la population. Ils sont généralement assez peu sollicités par les autorités sanitaires nationales et internationales lorsque celles-ci procèdent à l'élaboration des réformes ; d'ailleurs, certaines données très importantes susceptibles d'être tirées d'autres sources ou obtenues à l'aide d'autres instruments (données censitaires, dépenses des ménages, enquêtes d'opinion, institutions universitaires, ONG, organismes d'assurance-maladie, etc.) et qui pour une grande part se situent hors du secteur public, voire en dehors du secteur sanitaire, ne sont guère utilisées non plus.

Les données courantes fournies par les systèmes classiques d'information sanitaire ne répondent pas à la demande croissante d'informations sur

Figure 5.3 Faire des systèmes d'information des instruments au service de la réforme en faveur des SSP



la santé émanant d'une multitude de parties prenantes. Chaque citoyen doit pouvoir accéder plus facilement à son propre dossier médical, lequel doit fournir des informations sur la progression de son traitement et lui permettre d'avoir son mot à dire dans les décisions concernant sa propre santé et celle de sa famille ou de sa communauté. Les collectivités locales ainsi que les milieux associatifs ont besoin d'être mieux informés de manière à pouvoir protéger la santé de leurs membres, faire reculer l'exclusion et faire avancer l'équité. Les professions de santé ont également besoin d'être mieux informées pour fournir des prestations de meilleure qualité et améliorer la coordination et l'intégration des services. Les responsables politiques ont également besoin de savoir dans quelle mesure le système de santé répond aux objectifs de la société et de quelle manière l'argent public est utilisé.

Les informations qui peuvent être utilisées pour impulser le changement au niveau des politiques de santé sont très différentes des données que la plupart des systèmes d'information sanitaires classiques produisent actuellement. Il est nécessaire de contrôler en permanence à quoi aboutissent les réformes eu égard à l'ensemble des valeurs sociales et de voir quels sont les résultats obtenus concernant les points essentiels des SSP, à savoir l'équité, les soins axés sur la personne, la protection de la santé des collectivités et la participation. Cela implique qu'on se pose les questions suivantes :

- Les soins sont-ils globaux, intégrés, continus et efficaces ?
- L'accès aux soins est-il garanti et les intéressés savent-ils à quoi ils ont droit ?
- Existe-t-il une protection contre les conséquences économiques de la mauvaise santé ?

- Les autorités protègent-elles efficacement contre l'exclusion des soins ?
- Protègent-elles efficacement les patients contre une exploitation par des fournisseurs de soins à but lucratif ?

Ces questions vont bien au-delà des réponses que l'on peut obtenir en surveillant les indicateurs sanitaires, l'utilisation des ressources et la production de services, qui sont les éléments sur lesquels se concentrent les systèmes classiques d'information sanitaire. Pour rendre un système d'information utile à la réforme des SSP, il faut un changement

de paradigme qui consiste à les recentrer sur ce qui retarde la réorientation du système sanitaire. S'il importe de mieux reconnaître les problèmes et les tendances prioritaires (et c'est d'ailleurs capital pour aller au devant des difficultés futures), du point de vue des politiques, l'information déterminante est celle qui permet d'identifier les contraintes opérationnelles et systémiques. Dans les pays à faible revenu, notamment, où la planification est organisée depuis longtemps en fonction de considérations d'ordre épidémiologique, cette démarche peut constituer une plate-forme alliant nouveauté et dynamisme et à partir de laquelle on

Encadré 5.3 « Les jauges d'équité » : un système de collaboration entre parties prenantes en vue de s'attaquer aux inégalités en santé⁴³

On appelle « jauges d'équité » des partenariats rassemblant toutes sortes de parties prenantes et dont le but est d'organiser la surveillance active des iniquités en matière de santé et de soins de santé en tentant d'y porter remède. Jusqu'ici, de tels partenariats ont été constitués dans 12 pays et sur 3 continents. Certains d'entre eux opèrent sur toute l'étendue du territoire national, d'autres ne surveillent qu'un sous-ensemble de districts ou de provinces, quelques-uns étendent leurs activités au niveau régional et d'autres se concentrent plus spécifiquement sur les problèmes d'équité dans une agglomération ou une municipalité donnée ; 9 ont un champ d'activité national et 3 opèrent au niveau municipal (dans la ville du Cap (Afrique du Sud), à El Tambo (Equateur) et à Nairobi (Kenya)). Les jauges d'équité permettent de rassembler un certain nombre d'acteurs représentatifs de la variété des conditions locales, notamment des parlementaires et des conseillers, les médias, les ministères et administrations de la santé, les institutions universitaires, les églises, les notables, les associations de femmes, les milieux associatifs et les organisations non gouvernementales, les autorités locales et les associations de citoyens. Cette variété de parties prenantes est non seulement propice à un investissement social et politique de grande ampleur, mais favorise également le renforcement des capacités nationales.

Les jauges d'équité ont une conception active de la surveillance des iniquités en matière de santé et de soins et de la manière de les traiter. Leur action ne se borne pas à la simple description ou à la surveillance passive d'un certain nombre d'indicateurs d'équité ; elle consiste à prendre un certain nombre de mesures spécifiques pour réduire réellement et durablement les disparités injustifiées qui existent en matière de santé et de soins. Ce travail consiste à mener en permanence une série d'actions planifiées et coordonnées de manière stratégique avec le concours de divers acteurs appartenant à plusieurs disciplines et secteurs différents.

La stratégie des jauges d'équité fait explicitement reposer leur action sur trois piliers. Chacun d'entre eux est jugé essentiel et d'une importance égale pour le succès de l'entreprise, et tous les trois sont développés parallèlement :

- recherche et surveillance en vue de la mesure et de la description des iniquités ;
- sensibilisation et participation de la population, qui est incitée à recourir à l'information pour faire évoluer les choses, avec l'intervention de toute une palette d'acteurs appartenant à la société civile et qui œuvrent en commun en faveur de l'équité ;
- appel à la collectivité afin de faire des citoyens pauvres ou marginalisés des participants actifs au processus de décision plutôt que les bénéficiaires passifs des mesures conçues à leur profit.

La stratégie adoptée par les jauges d'équité consiste par conséquent à mener toute une série d'actions interconnectées et superposées – elle ne consiste pas, contrairement à ce que l'expression pourrait laisser croire, à effectuer de simples séries de mesures. Par exemple, le choix des indicateurs pour la mesure et la surveillance de l'équité doit tenir compte des vues exprimées par les différents groupes de la collectivité et prendre en compte les éléments qui pourraient se révéler utiles du point de vue de la sensibilisation. Inversement, le pilier « sensibilisation » s'appuie sur des indicateurs fiables mis au point dans le cadre du pilier « mesures » et peut faire appel à des membres de la communauté ou à des personnalités publiques.

Le choix des indicateurs se fait en fonction des besoins particuliers du pays ou des différentes parties prenantes. Dans tous les cas, toutefois, on privilégie l'obtention de données tendancielle afin d'être en mesure de voir comment les choses avancent avec le temps. Les indicateurs portent sur les aspects les plus divers du concept de la santé tels que, par exemple, l'état de santé, le financement des soins et l'affectation des ressources, l'accès aux soins, la qualité des soins (santé maternelle et infantile, maladies transmissibles et traumatismes, par exemple). Tous les indicateurs prennent en compte les déterminants suivants : lieu de résidence, religion, profession, sexe, race ou ethnie, niveau d'instruction, statut socio-économique, réseaux sociaux/capital qui correspondent aux facteurs socio-économiques souvent associés aux iniquités sanitaires. Cette suite de déterminants est désignée par l'acronyme « PROGRESS » (Place of residence, Religion, Occupation, Gender, Race/ethnicity, Education, Socioeconomic status, Social network/capital).



pourra orienter le développement des systèmes de santé.⁴⁰ Dans son rapport sur la situation des personnels sanitaires du pays, le Bangladesh Health Watch décrit ce genre de contraintes systémiques et formule des recommandations à l'intention des autorités sanitaires.⁴¹

Les utilisateurs de l'information se multiplient, tout comme les besoins dans ce domaine ; aussi le mode d'obtention, de dissémination et d'utilisation de l'information sanitaire doit-il également évoluer. A cet égard, l'accessibilité et la transparence sont des conditions d'une importance capitale, auxquelles il est possible de satisfaire, par exemple en rendant facilement disponibles sur Internet toutes les informations de nature sanitaire – comme c'est le cas au Chili, où l'on a estimé qu'une communication efficace était à la fois le moteur et la retombée du « régime de garantie sanitaire explicite ». La réforme des SSP exige des modèles coopératifs ouverts permettant de puiser aux meilleures sources de données et de communiquer rapidement l'information à ceux qui sont en mesure de l'exploiter pour conduire une action judicieuse.

Des structures coopératives ouvertes, comme les « observatoires » ou les « Equity Gauges » (« jauges d'équité ») constituent des modèles spécifiques,

complémentaires des systèmes habituels d'information qui permettent de relier directement l'obtention et la diffusion des renseignements sur la protection sanitaire et sociale au processus d'élaboration des politiques et de mise en commun des meilleures pratiques.⁴² Ces structures dénotent le regain d'intérêt que suscitent la collaboration interorganisations, le problème des inégalités en matière de santé et la prise en compte d'éléments d'appréciation factuels dans l'élaboration des politiques. Elles permettent de rassembler les diverses parties prenantes telles que les milieux universitaires, les ONG, les associations professionnelles, les organismes privés de prestations sociales, les syndicats, les représentants des consommateurs, les institutions publiques et autres, autour d'un programme commun d'observation des tendances, d'études, de partage de l'information, d'élaboration de politiques et de dialogue sur ces politiques (Encadré 5.3).

Paradoxalement, ces systèmes ouverts et flexibles assurent une permanence des activités là où le renouvellement rapide des décideurs risque de nuire à la continuité de l'action administrative et de la politique générale. Aux Amériques, il existe, dans 22 pays, des observatoires spécialisés dans les questions relevant des ressources humaines.

Tableau 5.1 Rôles et fonctions des observatoires de la santé publique en Angleterre⁴²

Rôles	Fonctions ^a
Suivi des tendances de la santé et de la morbidité et mise en évidence des secteurs d'action	Etude des inégalités relatives aux cardiopathies coronariennes et actions recommandées ⁴⁷
Rechercher les lacunes en matière d'information sanitaire	Etude des sources actuelles d'information et des lacunes qui subsistent en matière de santé périnatale et de santé des nourrissons ⁴⁸
Emettre des avis sur les méthodes à mettre en œuvre dans les études d'impact sur la santé et sur les inégalités en santé	Aperçu général des études d'impact sur la santé ⁴⁹
Tirer de différentes sources des informations sur les nouvelles méthodes pour améliorer la santé et en faire la synthèse	Etablissement de profils sanitaires en utilisant les données relatives au logement et à l'emploi parallèlement aux données sanitaires ⁵⁰
Mener à bien des projets afin de mettre en évidence certains problèmes sanitaires	Etude sur la santé bucco-dentaire des moins de cinq ans dans la Région ⁵¹
Evaluation des progrès réalisés par les organismes locaux en ce qui concerne l'amélioration de la santé et l'élimination des inégalités	Etablir les données de référence et les tendances
Etudes de prospective afin de signaler à l'avance les futurs problèmes de santé publique	Plate-forme de discussion pour les différentes parties prenantes afin d'examiner les futurs problèmes de santé publique, comme par exemple le vieillissement de la population et les questions de génétique

^a Exemple: Northern and Yorkshire Public Health Observatory.

Au Brésil, par exemple, ces observatoires sont constitués d'un réseau de plus d'une douzaine d'institutions participantes appelées « stations d'observation » : des instituts universitaires, des centres de recherche, un bureau fédéral, dont l'activité est coordonnée par un secrétariat situé au Ministère de la Santé et au bureau de l'OPS à Brasília.⁴⁴ Ces réseaux ont joué un rôle capital dans le lancement des initiatives actuelles en faveur des SSP au Brésil. Il existe également de telles structures nationales et infranationales dans divers pays européens, comme la France, l'Italie et le Portugal.⁴⁵ Relativement autonomes, ces réseaux étatiques ou non étatiques regroupent une multitude de parties prenantes qui peuvent s'occuper de toutes sortes de problèmes et être attentives aux préoccupations locales. Au Royaume-Uni, chaque observatoire régional joue un rôle pilote en ce qui concerne un certain nombre de problèmes particuliers tels que les inégalités, les soins de santé, la violence et la santé ou encore la santé des personnes âgées.⁴⁶ Toutes ces structures s'occupent d'une foule de problèmes d'intérêt régional (Tableau 5.1) : elles contribuent donc à institutionnaliser les liens entre ce qui est fait au niveau local et l'élaboration des politiques à l'échelon national.

Renforcement du dialogue sur les politiques à la lumière d'innovations issues du terrain

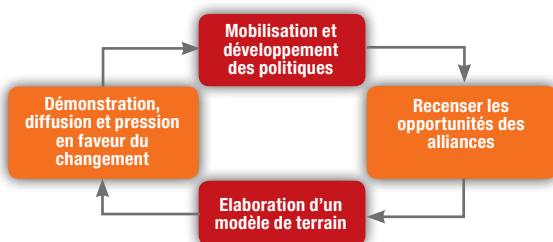
Ces liens entre les réalités locales et l'élaboration des politiques conditionnent la conception et la mise en œuvre des réformes en faveur des SSP. En Thaïlande, les développements qui ont présidé à l'introduction du système universel de couverture intitulé « 30 bahts » sont un exemple d'une tentative délibérée en vue de nourrir le débat sur les politiques avec les enseignements du terrain. Les promoteurs du processus de réforme thaïlandais ont créé les conditions d'une interaction mutuellement profitable entre le processus d'élaboration des politiques au niveau central et le développement de « modèles de terrain » dans les différentes provinces du pays. On a donné aux agents de

santé opérant en périphérie et aux organisations de la société civile la possibilité d'élaborer et de tester des méthodes novatrices de dispensation des soins afin de voir si le résultat répondait à la fois aux normes professionnelles et aux attentes de la communauté (Figure 5.4). Le travail de mise au point d'un modèle de terrain qui a reçu le soutien du Ministère de la Santé a été organisé et géré au niveau provincial et les activités correspondantes ont fait l'objet d'un large débat et d'une négociation sous forme de contrats avec les provinces. Chaque province a élaboré sa propre stratégie pour traiter ses problèmes particuliers. La grande marge de manoeuvre accordée à chaque province pour décider de son propre programme de travail a eu l'avantage de faciliter l'appropriation, de stimuler la créativité et de susciter des idées originales. Elle a également permis de renforcer les capacités locales. D'un autre côté, cette large autonomie accordée aux provinces a eu aussi des effets négatifs, comme une tendance à multiplier les initiatives, d'où des difficultés pour évaluer de façon systématique les résultats à prendre en compte dans le processus d'élaboration des politiques. Tout compte fait, cependant, les difficultés créées par cette approche pilotée à partir du niveau local ont été compensées par les effets positifs qu'il en est résulté en ce qui concerne la dynamique de la réforme et le renforcement des capacités. En 2001, près de la moitié des 76 provinces thaïlandaises ont expérimenté cette organisation novatrice du système, qui portait essentiellement sur des points tels que l'accès équitable aux soins, les systèmes de soins locaux et la santé communautaire.⁵²

La réforme des « 30 bahts » lancée en Thaïlande pour assurer une couverture universelle a été une initiative politique audacieuse visant à plus d'équité en matière de santé. Elle a pu se concrétiser grâce à l'expérience accumulée sur le terrain et aux alliances que l'action locale a permis de conclure entre les personnels de santé, les associations de la société civile et la population. Lorsque ce projet a été mis sur les rails en 2001, ces provinces étaient prêtes à l'expérimenter et à le mettre en œuvre. Par ailleurs, c'est sur les modèles organisationnels qui avaient été mis au point que l'on s'est appuyé pour passer de l'engagement politique en faveur de la couverture universelle à des mesures et à des dispositions réglementaires concrètes.⁵³

En liant l'élaboration des politiques aux enseignements du terrain, on a engagé un processus de renforcement mutuel qui est important à plus d'un titre :

Figure 5.4 Renforcement mutuel de l'innovation sur le terrain et de l'élaboration des politiques dans le processus de réforme sanitaire





- il exploite la somme de connaissances et d'innovations qui existent à l'état latent dans le secteur sanitaire ;
- les expériences audacieuses menées sur le terrain donnent aux travailleurs des avant-postes, aux responsables des systèmes de soins et à la population une idée stimulante de ce que peut leur réserver l'avenir si le système de santé est organisé en fonction des valeurs qui inspirent les SSP. Cela permet de surmonter l'un des plus gros obstacles à une transformation audacieuse des systèmes de santé – l'incapacité des gens à imaginer que les choses puissent réellement changer et que ce changement puisse être une chance pour eux plutôt qu'une menace ;
- lier l'élaboration des politiques à l'action menée à la base suscite des alliances et des soutiens émanant de l'intérieur même du secteur sanitaire, sans lesquels aucune réforme de grande portée ne saurait s'inscrire dans la durée ;
- ces processus engagent la société tant au niveau local qu'au niveau national et suscitent une demande de changement qui est essentielle pour qu'une volonté politique s'élabore et que l'élan réformateur se maintienne.

Donner à la capacité de changement la masse critique nécessaire

Pour stimuler la constitution de structures coopératives ouvertes qui apportent au processus de réforme des informations stratégiques et exploitent les capacités d'innovation présentes dans l'ensemble du système sanitaire, il faut disposer d'une masse critique de personnes et d'institutions motivées et expérimentées. Ces personnes et ces institutions doivent non seulement se charger du travail technique et de l'organisation mais également être capables de trouver le juste équilibre entre flexibilité et cohérence et de s'adapter aux nouvelles méthodes de travail tout en acquérant crédibilité et légitimité.⁵⁴

Or, bien souvent, on ne dispose pas d'une telle masse critique de personnes et d'institutions.³¹ Dans les pays à faible revenu, la situation des institutions qui ont souffert de plusieurs décennies de négligence et de désinvestissement reste particulièrement préoccupante. Elles manquent souvent de crédibilité, elles sont à court de ressources et les membres de leur personnel occupant des postes clés ont sans doute pu trouver un environnement professionnel plus gratifiant au sein d'organismes partenaires. La mauvaise gouvernance complique encore les choses et ses effets sont aggravés par la pression internationale qui

pousse au minimalisme étatique et par l'influence excessive de la communauté des donateurs. Les remèdes classiques à cette carence de l'autorité dans ce type de situation, qui se caractérisent par un recours massif à l'assistance technique extérieure, aux boîtes à outils et à la formation, se sont révélés décevants (Encadré 5.4). Il faut leur préférer des approches plus systématiques et plus durables de manière à institutionnaliser les compétences qui s'acquièrent par l'apprentissage et l'échange d'expériences.⁵⁵

Il est difficile de trouver une documentation solide sur la manière dont l'aptitude au dialogue sur les politiques et à l'exercice de l'autorité s'acquiert tant au niveau individuel qu'au niveau institutionnel, mais une série d'entretiens avec des dirigeants du secteur sanitaire de six pays montre que l'itinéraire professionnel personnel est déterminé par la conjonction de trois expériences décisives.⁵⁶

- A un certain moment de leur carrière, ils avaient tous participé à un programme ou à un projet sectoriel de grande ampleur, notamment dans le domaine des soins de base. Pour beaucoup, cela a constitué une expérience formatrice : c'est à cette occasion qu'ils ont appris en quoi consistaient les SSP et c'est aussi à ce moment-là que leur engagement s'est concrétisé et qu'ils ont commencé à nouer les alliances et à constituer les partenariats indispensables.
- Nombre d'entre eux ont participé à des séances de planification au niveau national, qui ont renforcé leur aptitude à produire et à utiliser l'information et, là encore, à nouer des alliances et à organiser des partenariats. Ils ont été peu nombreux à participer personnellement à de grandes études ou enquêtes, mais ceux qui l'ont fait y ont trouvé l'occasion d'affûter leur capacité à générer et à analyser l'information.
- Tous ont souligné l'importance d'être cooptés et encadrés par leurs aînés : « *Il faut vous lancer dans une carrière de médecin spécialisé en santé publique et vous faire remarquer dans un des réseaux qui influent sur les décisions prises par le ministère de la santé. [Quant à savoir si vous parviendrez à obtenir un poste de responsabilité,] cela dépendra de vos qualités personnelles et de ce que vous aurez appris par la pratique.* ».⁵⁶

Ces exemples personnels de renforcement des capacités individuelles sont corroborés par une analyse plus approfondie des facteurs qui ont contribué au renforcement des capacités institutionnelles à la direction du secteur sanitaire dans

Encadré 5.4 Les inconvénients des moyens classiques de renforcement des capacités dans les pays à revenu faible ou intermédiaire⁵⁵

Les spécialistes du développement ont toujours eu tendance à remédier aux conséquences du désinvestissement institutionnel dans les pays à revenu faible ou intermédiaire en proposant leur arsenal traditionnel : assistance technique, envoi d'experts, boîtes à outils et formation (Figure 5.5). Toutefois, depuis les années 1980, il apparaît clairement que cette « assistance technique » n'est plus d'aucune utilité⁵⁸ et que la réponse à ce problème a fait peu neuve sous la forme « d'unités de gestion des projets » axées sur la planification et sur la gestion et le contrôle financiers.

Les systèmes de santé les plus solides ont pu tirer profit des ressources et des innovations apportées par ces projets mais, pour les autres, la situation est beaucoup plus nuancée. Parmi les problèmes embarrassants auxquels les autorités nationales ont régulièrement eu à faire face, l'obligation de rendre des comptes aux organismes de financement l'a souvent emporté sur l'engagement en faveur du développement national : apporter la preuve des résultats obtenus par tel ou tel projet a pris le pas sur le renforcement des capacités et le développement à long terme,⁵⁹ ce qui a donné une autorité excessive aux directeurs de projet aux dépens de la cohérence des politiques et des autorités nationales. Ces dernières années, le souhait des pays de s'approprier davantage les politiques sanitaires – et la modification des modalités d'achat de services d'assistance technique par les donateurs – a facilité le passage de la gestion des projets à des transferts d'expertise par le truchement de consultants extérieurs. Au cours des années 1980 et au début des années 1990, ce sont principalement les institutions universitaires et les experts internes de la coopération bilatérale et des organismes des Nations Unies qui ont apporté cette expertise. En raison de l'accroissement du financement accordé au soutien technique, le marché de l'expertise s'est déplacé vers les consultants indépendants et les entreprises de conseil, de sorte que cette expertise est de plus en plus apportée de manière ponctuelle par des spécialistes dont la connaissance du système et du contexte politique local est nécessairement limitée.⁶⁰

En 2006, la coopération technique a représenté 41 % de l'aide extérieure totale au développement dans le domaine de la santé. Après correction pour tenir compte de l'inflation, on constate que le volume de cette aide a triplé entre 1999 et 2006, notamment par suite de l'expansion de la coopération technique relative au VIH/sida. S'adaptant aux complexités architecturales de l'aide internationale, les experts et les consultants jouent désormais de plus en plus le rôle d'intermédiaires entre les pays et la communauté des donateurs : l'harmonisation est devenue un marché porteur, le manque de moyens nationaux contribuant à aggraver la désappropriation.

La deuxième réponse importante apportée au problème du

renforcement des capacités a consisté à multiplier les boîtes à outils pour la planification de la gestion et l'élaboration des programmes. Ces boîtes à outils promettent la solution des problèmes techniques rencontrés par les pays qui cherchent en même temps à être autonomes. Malgré toutes leurs possibilités, leur rigueur et leurs bases de données, ces boîtes à outils ne se sont pas révélées aussi utiles sur le terrain qu'on aurait pu l'espérer, et cela pour quatre raisons principales.

- Elles sous-estiment souvent la complexité des problèmes qu'elles sont supposées résoudre.⁶²
- Elles doivent souvent être mises en œuvre par des experts internationaux, ce qui va à l'encontre de l'un de leurs principaux objectifs qui est de donner aux pays les moyens de résoudre eux-mêmes leurs problèmes.
- Certaines d'entre elles n'ont pas donné les résultats techniques promis⁶³ ou ont produit des effets secondaires inattendus et fâcheux.⁶⁴

L'utilisation de ces boîtes à outils est en grande partie stimulée par l'offre et liée à certains intérêts institutionnels, d'où la difficulté pour les pays de choisir parmi la multitude des instruments concurrents qui leur sont proposés.

Le troisième remède qui complète l'ordonnance, c'est la formation. Elle s'inscrit parfois dans une stratégie cohérente : par exemple au Maroc, le Ministère de la Santé a opté pour une méthode de formation intensive analogue à celle qui a été appliquée par le Ministère indonésien des Finances⁶⁵ et qui a consisté à envoyer en formation un grand nombre de jeunes professionnels afin de constituer une base de recrutement de personnels qualifiés et obtenir en fin de compte la masse critique voulue de cadres dirigeants. Ce genre de démarche mûrement réfléchi est toutefois plutôt rare. Ce qui est beaucoup plus fréquent, ce sont les cours de formation de brève durée « en hôtel » qui mêlent objectifs techniques et échanges interpersonnels dans le but implicite de compléter les salaires et de s'attirer des sympathies politiques. Le scepticisme qui règne à propos de l'utilité de tels programmes

(il est rare qu'ils fassent l'objet d'une évaluation systématique) contraste fortement avec les ressources qu'ils mobilisent pour un coût d'opportunité très important.

Pendant ce temps, de nouveaux marchés se développent en matière d'enseignement, de formation et d'apprentissage virtuel et les différents protagonistes des pays à revenu faible ou intermédiaire ont la possibilité d'accéder aux sites Internet où sont traités la plupart des problèmes relatifs aux systèmes de santé et d'établir des communautés électroniques de praticiens. Les technologies actuelles de l'information et la mondialisation vont rendre rapidement obsolètes les formules classiques de renforcement des capacités dans les pays pauvres.⁵⁴

Figure 5.5 Un marché en développement : la coopération technique dans le cadre de l'aide officielle au développement sanitaire. Flux annuels d'aide en 2005, corrigés de l'inflation⁶⁷

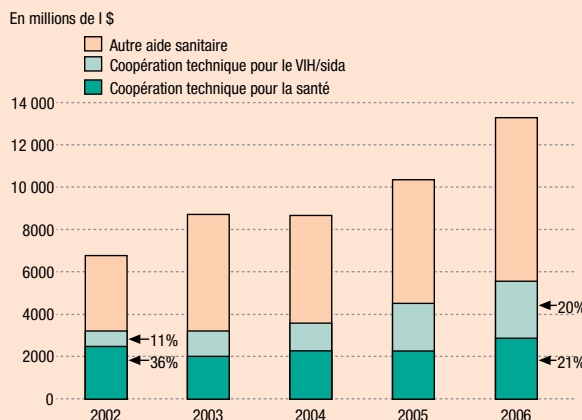




Tableau 5.2 Facteurs importants pour l'amélioration de la capacité institutionnelle de gouvernance du secteur sanitaire dans six pays^{a,56}

Facteurs ^b	Nombre de pays où le facteur en question a joué un rôle important	Note moyenne attribuée au facteur en fonction de l'importance de son rôle
Programmes sectoriels/projets de grande envergure	4	7,25
Mise en place d'institutions	3	6,7
Forums nationaux de discussion des politiques	3	5,6
Recherche, études et analyse de situation	4	5,1
Nouveaux outils de planification et de gestion	1	5

^a Burkina Faso, Haïti, Mali, Maroc, République démocratique du Congo et Tunisie.

^b Déterminés par une analyse de la documentation et des entretiens avec 136 informateurs occupant des postes de premier plan.

ces mêmes pays. Le Tableau 5.2 montre que c'est la possibilité de tirer les leçons des grands programmes de développement du système de santé qui a été le facteur le plus déterminant à cet égard, ce qui confirme l'importance d'une confrontation directe avec les problèmes du secteur sanitaire dans une atmosphère de coopération. Il est tout particulièrement à noter que l'introduction de ces instruments a rarement été considérée comme une contribution essentielle, et les personnes interrogées n'ont pas mis en avant l'apport des experts et de la formation.

La conclusion qu'on peut en tirer, c'est que le principal investissement en matière de renforcement des capacités pour les réformes en faveur des SSP devrait consister à créer des possibilités d'apprentissage en associant les personnes et les institutions aux processus de réforme en cours. Autre point à prendre en considération, il est important que cela se fasse dans un environnement qui facilite les échanges entre les pays et à l'intérieur d'un même pays. Les échanges et la confrontation avec les expériences vécues par d'autres développent l'autonomie, ce qui n'est pas le cas avec les méthodes classiques de renforcement des capacités. Il

ne s'agit pas là d'une simple recette pour pays dépourvus de ressources ou dont les performances sont médiocres. Le Portugal, par exemple, a organisé un large débat de société autour de son plan national de santé pour 2004-2010, avec une pyramide de plates-formes participatives aux niveaux local et régional qui ont débouché sur 108 propositions importantes issues de diverses sources allant des milieux associatifs et professionnels aux autorités locales et universitaires. Lors de trois étapes cruciales de ce processus, on a également invité des experts internationaux originaires d'autres pays pour qu'ils jouent le rôle de caisses de résonance pour leurs débats sur les politiques : cette collaboration a été une source d'enseignements pour toutes les parties.⁵⁷

La gestion du processus politique : du lancement de la réforme à sa mise en œuvre

Les réformes en faveur des SSP modifient l'équilibre des pouvoirs à l'intérieur du secteur sanitaire ainsi que la relation entre santé et société. Le succès n'est pas seulement conditionné par un dessein technique crédible, mais aussi par l'aptitude à obtenir l'adhésion des hauts responsables politiques et à susciter le large engagement nécessaire à la mobilisation de l'appareil d'Etat, de l'appareil financier et des autres appareils institutionnels.

De par sa nature technique, le secteur sanitaire occupe rarement une place importante dans l'arène politique. Le ministère de la santé a souvent suffisamment à faire pour simplement tenter de résoudre les problèmes techniques internes de son secteur. Il est traditionnellement mal à l'aise, insuffisamment influent et guère qualifié pour défendre ses dossiers dans l'arène politique, notamment dans les pays à revenu faible ou intermédiaire.

Ce manque général d'influence politique limite la capacité des autorités sanitaires et des autres parties prenantes au mouvement en faveur des SSP à faire avancer les choses dans ce sens, notamment lorsqu'il y a conflit avec les intérêts d'autres groupes. Ainsi s'expliquent l'absence fréquente de réaction ou les réactions exagérément prudentes vis-à-vis de l'effet sur la santé des conditions de travail, ou des atteintes à l'environnement, ou encore la lenteur avec laquelle entrent en vigueur certaines réglementations susceptibles de nuire aux intérêts commerciaux de l'industrie agroalimentaire et de l'industrie du tabac. De même, la communauté des donateurs, l'industrie pharmaceutique, les équipementiers médicaux ou encore

certains groupes de pression professionnels usent souvent de leur influence pour édulcorer ou priver de leur substance les efforts ambitieux déployés pour la réforme.^{26,66}

Cette absence d'influence politique a également des conséquences au sein de la sphère gouvernementale. Dans les pays à revenu faible ou intermédiaire (tranche inférieure), le ministère de la santé est particulièrement en position de faiblesse, comme cela ressort du fait qu'il ne peut revendiquer qu'une part respectivement égale à 4,5 % et 1,7 % du montant total des dépenses publiques (alors qu'elle est respectivement égale à 10 % et 17,7 % dans les pays à revenu intermédiaire (tranche supérieure) et les pays à revenu élevé).⁶⁷ La place médiocre accordée aux priorités sanitaires dans les stratégies générales de développement, comme c'est le cas dans les documents de stratégie pour la réduction de la pauvreté (DSRP), est un autre exemple de cette position de faiblesse.⁶⁸ De même, il est fréquent que le ministère de la santé ne participe pas aux discussions sur le plafonnement des dépenses sociales (et sanitaires) dont les thèmes dominants sont la stabilité macroéconomique, les objectifs en matière d'inflation ou le degré d'endettement supportable. Il est révélateur de constater que, dans les pays fortement endettés, l'action du secteur sanitaire pour obtenir une part des fonds destinés à l'allègement de la dette soit généralement lente, pas vraiment énergique et peu convaincante comparativement à ce qui est fait dans le domaine de l'éducation, par exemple, le privant ainsi de toute possibilité d'accroître ses ressources.⁶⁹

En dépit de tous ces obstacles, il apparaît de plus en plus qu'il existe une volonté politique en faveur de réformes ambitieuses fondées sur le concept des SSP. Par exemple, en Inde, les missions sanitaires – « rurales » puis « urbaines » – s'accompagnent d'un doublement des dépenses publiques au titre de la santé. La Chine est en train de préparer une réforme extrêmement ambitieuse en faveur des SSP en milieu rural en engageant également d'importantes ressources publiques. Au Brésil, au Chili, en Ethiopie, en Nouvelle-Zélande, en République islamique d'Iran et en Thaïlande de même que dans de nombreux autres pays, l'ampleur et l'exhaustivité des réformes qui sont entreprises sur la base des SSP montrent très clairement qu'il n'est pas irréaliste de chercher à mobiliser une volonté politique. Il a été possible, même dans des circonstances extrêmement défavorables, d'acquiescer à la fois crédibilité et influence politique grâce à un engagement pragmatique avec les forces politiques et économiques (Encadré 5.5).

L'expérience acquise dans tous ces pays montre que, pour être acceptées au niveau politique, les réformes axées sur les SSP doivent absolument se dérouler selon un programme formulé de manière à en faire apparaître les dividendes potentiels sur le plan politique. Pour cela, il faut :

- répondre de manière explicite à la montée de la demande ainsi qu'aux problèmes sanitaires et aux contraintes que connaît le système de santé du pays, en faisant valoir qu'il ne s'agit pas simplement d'un programme technique mais d'un programme profondément motivé par les préoccupations de la société ;
- préciser quelles seront les retombées sur le plan sanitaire, social et politique ainsi que les coûts correspondants afin de faire la preuve qu'il s'agit d'une action qui présente un intérêt politique et qui est économiquement abordable ;
- montrer clairement que cette action repose sur le consensus des principales parties prenantes pour lever les obstacles aux SSP, ce qui constitue une garantie de la faisabilité politique des réformes.

Susciter un engagement des responsables politiques, toutes sensibilités confondues, en faveur des réformes n'est toutefois qu'un premier pas. Le point faible tient souvent à une mise en œuvre insuffisamment préparée. Il est particulièrement important de prendre toute la mesure de la résistance au changement, en particulier de la part des personnels de santé.^{70,71,72,73} Si la perception intuitive de l'autorité a ses mérites, on peut aussi se livrer à des exercices plus systématiques visant à prévoir les réactions éventuelles des différentes parties prenantes et de la population et à y répondre : des études de cartographie politique comme au Liban ;³⁴ des études de marketing et des sondages d'opinion comme aux Etats-Unis ;⁷⁴ des auditions publiques comme au Canada ; ou encore la réunion des parties prenantes de tout le secteur, comme les *Etats généraux de la Santé* en Afrique francophone. Pour tenir les engagements relatifs à la réforme en faveur des SSP, il faut que dans tout le système existe une capacité permanente de gestion qui fasse partie intégrante d'institutions adaptées à cette fin. Au Chili, par exemple, on a redéfini l'ensemble des structures et des compétences administratives du Ministère de la Santé dans la perspective des réformes en faveur des SSP. Ces changements structurels ne sont toutefois pas suffisants. Ils doivent aller de pair avec une modification des habitudes de l'administration, qui doit renoncer à instituer le changement par décret et opter plutôt pour une collaboration plus générale avec les diverses parties prenantes à tous



Encadré 5.5 Restauration de l'autorité dans le domaine sanitaire au lendemain d'une guerre et d'une débâcle économique

Ce qui s'est récemment passé en République démocratique du Congo montre que même dans des conditions extrêmement difficiles, l'autorité peut refaire surface sous une nouvelle forme. C'est essentiellement grâce à une gestion politique avisée que le système de santé du pays, anéanti par la débâcle économique, l'effondrement de l'Etat et un conflit sanglant, a commencé à se reconstruire.

Un certain nombre d'expériences fructueuses en matière de développement des SSP au niveau districale avaient eu lieu en République démocratique du Congo au cours des années 1970 et au début des années 1980. A partir de la seconde moitié des années 1980, les problèmes économiques et l'agitation politique ont conduit l'Etat central à perdre toute emprise sur le secteur sanitaire, avec pour effet une paupérisation extrême du système de santé et de son personnel. Celui-ci a alors élaboré toutes sortes de stratégies de survie, faisant payer les malades et tirant profit des nombreux projets financés par les systèmes d'assistance sans trop se préoccuper des conséquences pour le système de santé. Les donateurs et les différents partenaires internationaux ont alors perdu confiance dans le modèle districale de prestations intégrées et ont préféré soutenir des programmes autonomes de lutte contre la maladie et d'aide humanitaire. Alors qu'entre 1999 et 2002, le Ministère de la Santé ne disposait des fonds publics qu'à hauteur de moins de 0,5 % du budget national, son administration centrale et son Département de la Planification et des Etudes – un effectif de 15 personnes au total – ont été confrontés à la charge écrasante de donner des directives à quelque 25 agences bilatérales et multilatérales, à plus de 60 ONG internationales et 200 ONG nationales, à 53 programmes de lutte contre la maladie (avec 13 comités de coordination de l'aide gouvernementale) et à 13 Ministères provinciaux de la Santé – sans oublier les systèmes de soins dépendant d'entreprises et d'universités privées.

Lorsque le conflit a perdu de son âpreté, un certain nombre de responsables importants du Ministère de la Santé ont pris sur eux de redynamiser et de moderniser le modèle districale de soins de santé primaires. Conscients de la marginalisation du Ministère de la Santé, ils ont gagné à leur cause la « diaspora interne » (c'est-à-dire les anciens fonctionnaires travaillant désormais pour les nombreux organismes internationaux de développement présents dans le pays) en les rassemblant dans une structure ouverte autour du Ministère de la Santé. Ce groupe

dirigeant a ensuite élaboré un projet de stratégie nationale pour le renforcement des systèmes de santé. Cette stratégie consistait : i) dans la mise en place progressive de services intégrés, district par district, coordonnée dans le cadre de plans régionaux et soutenue par un changement fondamental dans le mode d'allocation des ressources, consistant à passer d'un financement spécifiquement axé sur les programmes à un financement par système ; ii) dans une série de mesures protectrices de « lutte contre les dommages » afin de donner un coup d'arrêt à l'inflation institutionnelle et à éviter que le système ne continue à se détériorer ; et iii) dans un plan explicite visant à s'attaquer au problème de la fragmentation des donateurs qui prenait alors des proportions critiques. En élaborant cette stratégie, le groupe dirigeant s'est délibérément employé à mettre en place des réseaux au sein du secteur sanitaire lui-même et à nouer des alliances avec d'autres acteurs gouvernementaux et sociaux.

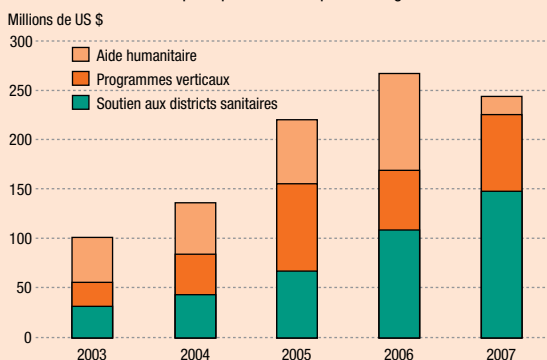
L'adoption officielle du plan national par les donateurs et la société civile a constitué un signal politique fort attestant du succès de cette nouvelle méthode de travail. La stratégie nationale pour le renforcement des systèmes de santé est devenue le volet sanitaire de la stratégie nationale de la réduction de la pauvreté. Les donateurs et les partenaires internationaux ont aligné leurs projets en cours sur la nouvelle stratégie, encore qu'à des degrés divers, les autres parties prenantes redéfinissaient de nouvelles initiatives afin de s'adapter à la stratégie nationale.

Ce qui témoigne peut-être avec le plus de force de l'efficacité avec laquelle ce processus a été conduit, c'est le changement intervenu dans la composition de l'aide financière accordée par les donateurs au secteur sanitaire (Figure 5.6). La proportion des fonds alloués au renforcement général des systèmes dans le cadre de plans provinciaux et districaux a sensiblement augmenté par rapport aux niveaux de financement spécifiquement affectés à la

lutte contre la maladie et aux programmes d'aide humanitaire. Ces progrès demeurent fragiles dans un contexte où une grande partie du secteur sanitaire – et notamment sa gouvernance – a besoin d'être restaurée.

Néanmoins, la stratégie nationale est fortement enracinée dans le travail de terrain et, en parvenant contre toute attente à redresser remarquablement la situation, le Ministère de la Santé a gagné en crédibilité auprès des autres parties prenantes et s'est trouvé en meilleure position pour renégocier le financement du secteur sanitaire.

Figure 5.6 Restauration de l'autorité nationale dans le domaine sanitaire : réorientation de l'aide financière accordée par les donateurs en faveur du soutien aux systèmes de santé intégrés, et ses répercussions sur la stratégie menée en 2004 en matière de SSP en République démocratique du Congo



les niveaux du système de santé. Cette démarche implique à son tour l'institutionnalisation de mécanismes de dialogue sur les politiques qui tirent parti des connaissances acquises sur le terrain pour éclairer la gouvernance générale du système, tout en renforçant les liens sociaux et l'action coopérative entre les diverses parties prenantes au niveau communautaire.⁷⁵ Cette capacité de gestion ne doit pas être tenue pour acquise : il faut s'y investir activement.

Même si un dialogue politique effectif permet de parvenir au consensus sur un certain nombre de réformes en faveur des SSP et la gestion nécessaire à leur mise en œuvre à tous les niveaux du système de santé, nombre de ces réformes n'ont pas les effets recherchés. Les réformes les mieux planifiées et les mieux mises en œuvre doivent souvent faire face à des obstacles inattendus ou à un contexte en évolution rapide. À la lumière de l'expérience générale acquise en étudiant le comportement de systèmes complexes, il faut s'attendre à des insuffisances notables et à des déviations importantes par rapport aux objectifs annoncés. Il est donc important d'intégrer au processus de réforme des mécanismes permettant de repérer tout effet indésirable important ou tout écart sensible par rapport aux résultats attendus, de manière à « corriger la trajectoire » pendant la mise en œuvre.

Les iniquités en matière de santé et de soins de santé que l'on constate un peu partout dans presque tous les pays incitent à la modestie quant

aux difficultés auxquelles les réformes touchant les soins de santé primaires sont confrontées. Dans le présent chapitre, on a souligné que l'impulsion à donner pour parvenir à plus d'équité en matière de santé doit venir de la société tout entière et engager l'ensemble des acteurs concernés. Pour organiser, autour de réformes ambitieuses, le dialogue entre les multiples acteurs concernés, que ce soit en vue de la couverture universelle ou des soins primaires, il est tout à fait nécessaire que le gouvernement soit performant. Il faut pour cela réorienter les systèmes d'information pour mieux éclairer et évaluer le processus de réforme, tenir compte des innovations réalisées sur le terrain lors de la conception ou de la remise à plat de ces réformes et faire appel à des personnalités expérimentées et motivées pour en assurer la direction et la mise en œuvre. Ces éléments relatifs à l'autorité et à la gestion efficace des affaires publiques, s'ils ne constituent pas une recette, n'en sont pas moins en eux-mêmes un objectif essentiel de la réforme en faveur des SSP. Faute de réformes portant sur l'autorité et l'efficacité des pouvoirs publics, les autres réformes relatives aux SSP auront très peu de chances d'aboutir. Par conséquent, si nécessaires qu'elles soient, elles ne sont pas la condition suffisante du succès. Dans le prochain chapitre, on verra comment ces quatre ensembles de réformes doivent être adaptés à des contextes nationaux tout à fait différents en mobilisant les forces vives au sein d'un ensemble commun pour faire progresser l'équité en santé.

Bibliographie

- Porter D. *Health, civilization and the state. A history of public health from ancient to modern times*. Londres et New York, Routledge, 1999.
- Rapport sur la santé dans le monde, 2000 – Pour un système de santé plus performant. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2000.
- Waldman R. *Health programming for rebuilding states: a briefing paper*. Arlington, VA, Partnership for Child Health Care, Basic Support for Institutionalizing Child Survival (BASICS), 2007.
- National health accounts*. Genève, Organisation mondiale de la Santé (<http://www.who.int/nha/country/en/index.html>, consulté en mai 2008).
- Schoen C et al. US health system performance: a national scorecard. *Health Affairs*, 2006, 25 (Web Exclusive):w457–w475.
- Jacobs LR, Shapiro RY. Public opinion's tilt against private enterprise. *Health Affairs*, 1994, 13:285–289.
- Blendon RJ, Menson JM. Americans' views on health policy: a fifty year historical perspective. *Health Affairs*, 2001, 20:33–46.
- Fox DM. The medical institutions and the state. In: Bynum WF, Porter R, eds. *Companion encyclopedia of the history of medicine*. Londres et New York, Routledge, 1993, 50:1204–1230.
- Blank RH. *The price of life: the future of American health care*. New York, NY, Columbia University Press, 1997.
- Frenk J, Donabedian A. State intervention in health care: type, trends and determinants. *Health Policy and Planning*, 1987, 2:17–31.
- Blumenthal D, Hsiao W. Privatization and its discontents – the evolving Chinese health care system. *New England Journal of Medicine*, 2005, 353:1165–1170.
- Liu Y, Hsiao WC, Eggleston K. Equity in health and health care: the Chinese experience. *Social Science and Medicine*, 1999, 49:1349–1356.
- Bloom G, Xingyuan G. Health sector reform: lessons from China. *Social Science and Medicine*, 1997, 45:351–360.
- Tang S, Cheng X, Xu L. *Urban social health insurance in China*. Eschborn, Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit et Organisation internationale du Travail, 2007.
- China: long-term issues and options in the health transition. Washington, DC, Banque mondiale, 1992.
- China statistics 2007. Beijing, Ministère de la Santé, 2007 (<http://moh.gov.cn/open/statistics/year2007/p83.htm>, consulté le 31 mai 2008).
- Bases de données de l'OMS sur la mortalité*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2007 (Tables ; <http://www.who.int/healthinfo/morttables/en/index.html>, consulté le 1^{er} juillet 2008).
- Suhrcke M, Rocco L, McKee M. *Health: a vital investment for economic development in eastern Europe and central Asia*. Copenhague, Bureau régional de l'Europe de l'Organisation mondiale de la Santé, Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé (http://www.euro.who.int/observatory/Publications/20070618_1, consulté en mai 2008).
- Collier P. *The bottom billion: why the poorest countries are failing and what can be done about it*. Oxford and New York, NY, Oxford University Press, 2007.
- Grindle MS. The good government imperative: human resources, organizations, and institutions. In: Grindle MS, ed. *Getting good government: capacity building in the public sectors of developing countries*. Boston, MA, Harvard University Press, 1997 (Harvard Studies in International Development:3–28).
- Hilderbrand ME, Grindle MS. Building sustainable capacity in the public sector: what can be done? In: Grindle MS, ed. *Getting good government: capacity building in the public sectors of developing countries*. Boston, MA, Harvard University Press, 1997 (Harvard Studies in International Development:31–61).



22. Goldsbrough D. *Does the IMF constrain health spending in poor countries? Evidence and an agenda for action*. Washington, DC, Center for Global Development, 2007.
23. Shiffman J. Has donor prioritization of HIV/AIDS displaced aid for other health issues? *Health Policy and Planning*, 2008, 23:95–100.
24. Bill and Melinda Gates Foundation and McKinsey and Company. *Global health partnerships: assessing country consequences*. Paper presented at: Third High-Level Forum on the Health MDGs, Paris, 14–15 November 2005 (<http://www.hlfhealthmdgs.org/documents/GatesGHPNov2005.pdf>).
25. Stein E et al, eds. *The politics of policies: economic and social progress in Latin America*. Inter-American Development Bank, David Rockefeller Center for Latin American Studies and Harvard University. Washington, DC, Inter-American Development Bank, 2006.
26. Moran M. *Governing the health care state: a comparative study of the United Kingdom, the United States and Germany*. Manchester, Manchester University Press, 1999.
27. Saltman RB, Busse R. Balancing regulation and entrepreneurialism in Europe's health sector: theory and practice. In: Saltman RB, Busse R, Mossialos E, eds. *Regulating entrepreneurial behaviour in European health care systems*. Milton Keynes, Open University Press for European Observatory on Health Systems and Policies, 2002:3–52.
28. McDaniel A. Managing health care organizations: where professionalism meets complexity science. *Health Care Management Review*, 2000, 25:1.
29. World values surveys database. Madrid, World Value Surveys, 2007 (V120, V121; <http://www.worldvaluessurvey.com>, consulté le 15 Octobre 2007).
30. Inglehart R, Welzel C. *Modernization, cultural change and democracy: the human development sequence*. Cambridge, Cambridge University Press, 2005.
31. Lopes C, Theisohn T. *Ownership, leadership, and transformation: can we do better for capacity Development?* London, Earthscan, 2003.
32. Wasi P. *The triangle that moves the mountain*. Bangkok, Health Systems Research Institute, 2000.
33. McKee M, Figueras J. Setting priorities: can Britain learn from Sweden? *British Medical Journal*, 1996, 312:691–694.
34. Ammar W. *Health system and reform in Lebanon*. Bureau régional de la Méditerranée orientale de l'Organisation mondiale de la Santé et Ministère de la Santé du Liban, Beyrouth, Entreprise universitaire d'Etudes et de Publications, 2003.
35. Stewart J, Kringas P. *Change management – strategy and values. Six case studies from the Australian Public Sector*. Canberra, University of Canberra, Centre for Research in Public Sector Management (<http://www.dmt.canberra.edu.au/crpsm/research/pdf/stewartkringas.pdf>).
36. Chalmers J. From optimism to disillusion about commitment to transparency in the medico-industrial complex. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 2006, 99:337–341.
37. Romanow RJ. *Building on values. The future of health care in Canada – final report*. Saskatoon, Commission on the Future of Health Care in Canada, 2002.
38. Escorel S, Arruda de Bloch R. As conferências Nacionais de Saúde na Cobertura do SUS. In: Trindade Lima N et al., eds. *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2005:83–120.
39. Jongudomsuk P. *Achieving universal coverage of health care in Thailand through the 30 Baht scheme*. Paper presented at: SEAMIC Conference 2001 FY, Chiang Mai, Thaïlande, 14–17 janvier 2002.
40. Galichet B et al. *Country initiatives to lift health system constraints: lessons from 49 GAVI–HSS proposals*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, Département Gouvernance des systèmes de santé et prestations de services, 2008.
41. *The state of health in Bangladesh 2007. Health workforce in Bangladesh: who constitutes the healthcare system?* Bangladesh Health Watch (<http://sph.bracu.ac.bd/bhw/>, consulté en juin 2008).
42. Hemmings J, Wilkinson J. What is a public health observatory? *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2003, 57:324–326.
43. Equity gauge profiles. Global Equity Gauge Alliance, 2008 (<http://www.gega.org.za>, consulté le 24 avril 2008).
44. De Campos FE, Hauck V. Networking collaboratively: the experience of the observatories of human resources in Brazil. *Cahiers de sociologie et de démographie médicales*, 2005, 45:173–208.
45. Ashton J. Public health observatories: the key to timely public health intelligence in the new century. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2000, 54:724–725.
46. *Intelligent health partnerships*. York, Association of Public Health Observatories, 2008 (<http://www.apho.org.uk/resource/item.aspx?RID=39353>, consulté le 10 juin 2008).
47. Robinson M, Baxter H, Wilkinson J. *Working together on coronary heart disease in Northern and Yorkshire*. Stockton-on-Tees, Northern and Yorkshire Public Health Observatory, 2001.
48. Bell R et al. *Perinatal and infant health: a scoping study*. Stockton-on-Tees, Northern and Yorkshire Public Health Observatory, 2001.
49. Grant S, Wilkinson J, Learmonth A. *An overview of health impact assessment*. Stockton-on-Tees, Northern and Yorkshire Public Health Observatory, 2001 (Occasional Paper No. 1).
50. Bailey K et al. *Towards a healthier north-east*. Stockton-on-Tees, Northern and Yorkshire Public Health Observatory, 2001.
51. Beal J, Pepper L. *The dental health of five-year-olds in the Northern and Yorkshire Region*. Stockton-on-Tees Northern and Yorkshire Public Health Observatory, 2002.
52. *Thailand's health care reform project, 1996–2001: final report*. Bangkok, Ministry of Health, Thailand Office of Health Care Reform, 2001.
53. Tanchaensathien V, Jongudomsuk P, eds. *From policy to implementation: historical events during 2001–2004 of UC in Thailand*. Bangkok, National Health Security Office, 2005.
54. Baser H, Morgan P. *Capacity, change and performance*. Maastricht, European Centre for Development Policy Management, 2008.
55. Macq J et al. *Quality attributes and organisational options for technical support to health services system strengthening*. Background paper commissioned for the GAVI–HSS Task Team, Nairobi, August 2007.
56. Boffin N, De Brouwere V. *Capacity building strategies for strengthening the stewardship function in health systems of developing countries*. Results of an international comparative study carried out in six countries. Anvers, Institut de Médecine tropicale, Département de la Santé publique, 2003 (DGOS – AIDS Impulse Programme 97203 BVO “Human resources of developing health systems”).
57. Carrolo M, Ferrinho P, Perreira Miguel J (rapporteurs). *Consultation on Strategic Health Planning in Portugal*. Organisation mondiale de la Santé, table ronde, Lisbonne, juillet 2003. Lisbon, Direcção Geral da Saúde, 2004.
58. Forss K et al. *Evaluation of the effectiveness of technical assistance personnel*. Report to DANIDA, FINNIDA, NORAD and SIDA, 1988.
59. Fukuda-Parr S. *Capacity for development: new solutions to old problems*. New York, NY, Programme des Nations Unies pour le Développement, 2002.
60. Messian L. *Renforcement des capacités et processus de changement. Réflexions à partir de la réforme de l'administration publique en République démocratique du Congo*. BTC Seminar on Implementing the Paris Declaration on Aid Effectiveness, Bruxelles, 2006.
61. OECD. StatExtracts [online database]. Paris, Organisation de Coopération et de Développement économiques, 2008 (<http://stats.oecd.org/WBOS/Index.aspx>, consulté en juin 2008).
62. Irwin A. Beyond the toolkits: bringing engagement into practice. In: *Engaging science: thoughts, deeds, analysis and action*. Londres, Wellcome Trust, 2007:50–55.
63. Rowe AK et al. How can we achieve and maintain high-quality performance of health workers in low-resource settings? *Lancet*, 2005, 366:1026–1035.
64. Blaise P, Kegels G. A realistic approach to the evaluation of the quality management movement in health care systems: a comparison between European and African contexts based on Mintzberg's organizational models. *International Journal of Health Planning and Management*, 2004, 19:337–364.
65. Lippincott DF. Saturation training: bolstering capacity in the Indonesian Ministry of Finance. In: Grindle MS, ed. *Getting good government: capacity building in the public sectors of developing countries*. Boston, MA, Harvard University Press, 1997 (Harvard Studies in International Development:98–123).
66. Krause E. *Death of the guilds, professions, states and the advance of capitalism, 1930 to the present*. New Haven et Londres, Yale University Press, 1996.
67. *Statistiques sanitaires mondiales 2008*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2008.
68. *Poverty Reduction Strategy Papers, their significance for health: second synthesis report*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2004 (WHO/HDP/PRSP/04.1 2004).
69. World Bank Independent Evaluation Group. *Debt relief for the poorest: an evaluation update of the HIPC Initiative*. Washington, DC, Banque mondiale, 2006 (<http://www.worldbank.org/ieg/hipc/report.html>, consulté en juin 2008).
70. Pangu KA. Health workers' motivation in decentralised settings: waiting for better times? In: Ferrinho P, Van Lerberghe W, eds. *Providing health care under adverse conditions. Health personnel performance and individual coping strategies*. Antwerp, ITG Press, 2000:19–30.
71. Mutizwa-Mangiza D. *The impact of health sector reform on public sector health worker motivation in Zimbabwe*. Bethesda MD, Abt Associates, 1998 (Partnerships for Health Reform, Major Applied Research 5, Working Paper No. 4).
72. Wiscow C. *The effects of reforms on the health workforce*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2005 (document de travail pour le Rapport sur la santé dans le monde, 2006).
73. Rigoli F, Dussault G. The interface between health sector reform and human resources in health. *Human Resources for Health*, 2003, 1:9.
74. *Road map for a health justice majority*. Oakland, CA, American Environics, 2006 (http://www.americanenironics.com/PDF/Road_Map_for_Health_Justice_Majority_AE.pdf, consulté le 1^{er} juillet 2008).
75. Labra ME. Capital social y consejos de salud en Brasil. ¿Un círculo virtuoso? *Cadernos de saúde pública*, 2002, 18(Suppl. 4):55, Epub 21 January 2003.



La voie à suivre



C'est en fonction des réalités sociales, économiques et sanitaires extrêmement différentes auxquelles les pays sont confrontés que nous devons définir la voie qui mène aux soins de santé primaires. Le présent chapitre examine ce que cela implique quant à la manière de faire entrer en vigueur les réformes portant sur la couverture universelle, les soins primaires, les politiques publiques et leadership. Il poursuit en expliquant quelles sont les possibilités de réforme qui s'offrent à presque tous les pays grâce au développement des systèmes de santé. S'il est nécessaire de prendre en compte les spécificités des différents contextes, on retrouve dans ces réformes des éléments similaires qui valent pour tous les pays et de ce fait, il devient possible de faire avancer plus systématiquement partout dans le monde les réformes en faveur des SSP par la mise en commun de ce qui a pu être appris et compris à ce sujet.

Chapitre 6

Adapter les réformes à la situation du pays	104
Economies à fortes dépenses de santé	105
Economies à croissance rapide du secteur sanitaire	107
Pays à faibles dépenses de santé et à faible croissance du secteur sanitaire	109
Mobiliser les moteurs de la réforme	113

Adapter les réformes à la situation du pays

Bien que cela ne soit pas suffisamment reconnu, le mouvement en faveur des SSP a été une réussite déterminante en ce sens qu'il a contribué à une reconnaissance de la valeur sociale des systèmes de santé, qui a fait maintenant son chemin dans la plupart des pays du monde. Ce changement de mentalité a modifié radicalement la vision des choses en matière de politique de santé.

Les systèmes de santé actuels sont constitués d'une mosaïque d'éléments qui pour beaucoup, n'ont peut-être plus grand-chose à voir avec les objectifs fixés il y a 30 ans. Ces systèmes de santé vont en se rapprochant. En effet, sous la pression démographique, financière et sociale qu'exerce la modernisation, ils tendent de plus en plus vers les mêmes buts, à savoir assurer une meilleure équité en santé, axer les soins sur la personne et mieux protéger la santé de la population qu'ils desservent.

Cela ne veut pas dire, toutefois, que tous les systèmes de santé du monde vont changer du jour au lendemain. La réorientation d'un système de santé est un processus de longue haleine, ne serait-ce qu'en raison du délai important que comporte la restructuration des ressources humaines¹ et du fait de la très grande inertie résultant d'incitations financières mal ciblées et de systèmes de paiement inadaptés.² Face à certains intérêts catégoriels et aux forces contraires qui tendent à éloigner les systèmes de santé des valeurs sur lesquelles reposent les SSP, cette réforme nécessite une vision claire de l'avenir. Nombreux sont les pays qui l'ont compris et qui, dans la vision stratégique qu'ils ont de leurs politiques sanitaires, se placent dans une perspective de 10 à 20 ans.

Ces conceptions sont souvent exprimées en termes techniques et sont particulièrement exposées aux cycles électoraux. Néanmoins, elles sont de plus en plus impulsées par ce que les citoyens attendent de leurs autorités sanitaires : qu'elles garantissent leur santé et améliorent l'accessibilité des soins, qu'elles les protègent contre les frais catastrophiques et l'exploitation financière, et enfin, qu'elles veillent à une répartition équitable des ressources.^{3,4} Comme on l'a montré tout au long de ce rapport, la pression qu'exercent ces attentes fondées sur un certain nombre de valeurs, peut, si elle est exploitée résolument, éviter que ce grand dessein ne soit détourné de ses objectifs, que des groupes de pression catégorielle se l'approprient au profit de leurs intérêts à court terme ou qu'il soit affecté par des changements au niveau du pouvoir politique.

Ne pas trop tarder dans la mise en œuvre permet de renforcer considérablement cette protection. Presque tous les pays ont la possibilité de procéder au changement dès maintenant : le développement du secteur sanitaire leur en fournit les moyens financiers et la mondialisation constitue une chance sans précédent d'en faire usage.

Cela ne remet absolument pas en cause la nécessité de tenir compte du fait qu'aujourd'hui, les pays se trouvent dans des situations très différentes, qu'il s'agisse de la nature des problèmes sanitaires auxquels ils sont confrontés et, plus largement, de leurs réalités socio-économiques ou encore du niveau de développement et du rythme d'expansion de leur système de santé.

Les possibilités de changement sont liées pour une grande part au flux de nouvelles ressources qui parvient au secteur sanitaire. Les dépenses de santé sont en augmentation dans l'ensemble du monde : entre 1995 et 2005, elles ont presque doublé, passant de I \$2600 milliards à I \$5100 milliards. Le taux de croissance s'accélère : entre 2000 et 2005, le montant total des dépenses de santé dans le monde a augmenté de I \$330 milliards en moyenne annuelle, contre I \$197 milliards en moyenne au cours de chacune des années précédentes. Les dépenses de santé croissent plus rapidement que le PIB et la population, avec comme résultat net et à quelques exceptions près, des dépenses de santé par habitant qui augmentent de plus de 5 % par an.

Cette tendance générale à la croissance des dépenses de santé dissimule en réalité des différences considérables dans le montant de ces dépenses par habitant puisqu'elles peuvent varier de plus d'un facteur 300 d'un pays à l'autre, allant de moins de I \$20 à largement plus de I \$6000 par habitant. Ces disparités entraînent une stratification des pays en trois catégories : les économies à fortes dépenses de santé, les économies où le secteur sanitaire est en expansion rapide et enfin les économies caractérisées par de faibles dépenses de santé et une croissance très limitée du secteur sanitaire.

Sans surprise, les économies à fortes dépenses de santé comprennent près de 1 milliard de personnes qui vivent dans des pays à revenu élevé. En 2005, ces pays ont dépensé en moyenne I \$3752 par habitant au titre de la santé, soit I \$1563 de plus qu'en 1995 : un taux de croissance de 5,5 % par an.

À l'autre extrémité de l'échelle, on trouve le groupe des économies à faibles dépenses de santé et à faible croissance du secteur sanitaire : il s'agit de pays à faible revenu d'Afrique ou d'Asie du Sud

et du Sud-Est, ainsi que d'Etats fragiles. Il compte au total 2,6 milliards d'habitants qui n'ont dépensé en 2005 que I \$103 par personne contre I \$58 en 1995. Dans ces pays, les dépenses de santé par habitant ont augmenté en valeur relative à peu près au même rythme que dans les pays où ces dépenses sont élevées, soit 5,8 % par an depuis 1995, mais en valeur absolue, cette croissance a été d'une faiblesse désolante.

Les autres pays à faible revenu et les pays à revenu intermédiaire se situent entre ces deux groupes avec des économies où le secteur de la santé croît rapidement. Les 2,9 milliards d'habitants que comptent ces pays ont dépensé en 2005 I \$413 par habitant en moyenne, soit plus du double des I \$189 qu'ils avaient dépensés à ce titre en 1995. Les dépenses de santé ont augmenté dans ces pays à raison de 8,1 % par an.

Ces groupes de pays ne se différencient pas seulement par la croissance en taux et en volume de leurs dépenses de santé. Une ventilation en fonction des facteurs qui sont à l'origine de cette croissance révèle des différences frappantes (Figure 6.1). Dans les pays où les dépenses de santé et la croissance du secteur sanitaire sont faibles, les paiements directs représentent le facteur le plus important à l'origine de cette croissance, alors que

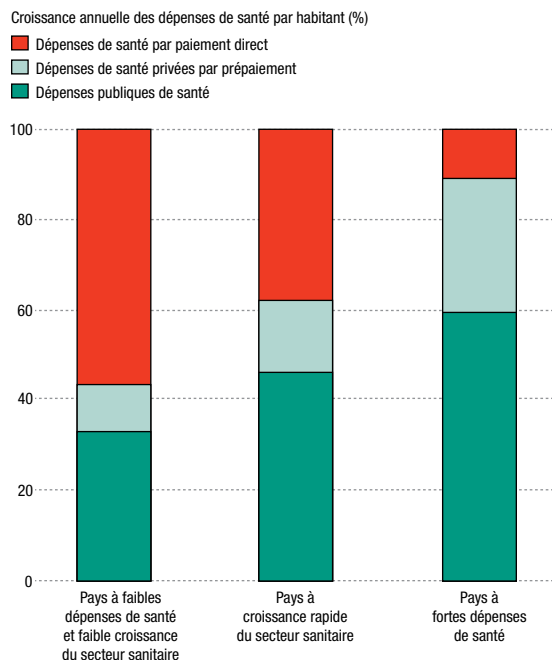
dans les pays où le secteur sanitaire est en expansion rapide et les dépenses de santé sont élevées, ce sont plutôt les dépenses publiques et les systèmes de prépaiement qui sont en augmentation. Lorsque ce sont des systèmes de prépaiement qui entraînent la croissance des dépenses de santé, les réformes en faveur des SSP ont davantage de chances de recueillir l'adhésion : les versements qui sont mis en commun sont plus facilement réaffectés au profit d'interventions qui permettent, du point de vue sanitaire, un meilleur retour sur investissement que les paiements directs. Inversement, dans les pays où la croissance s'appuie essentiellement sur les paiements directs, on n'a pas autant de moyens pour agir en faveur des réformes touchant les SSP. Fait alarmant, c'est dans les pays où les dépenses de santé sont les plus faibles et la charge de morbidité la plus élevée que l'on a réellement le moins de chances de pouvoir tirer parti de la croissance du secteur sanitaire pour procéder à des réformes en faveur des SSP.

Dans les sections suivantes sont exposés les grands types de situation qui peuvent déterminer les comportements vis-à-vis des réformes en faveur des SSP.

Economies à fortes dépenses de santé

Dans ce groupe de pays, la croissance des dépenses de santé – I \$200 de plus par habitant et par an au cours des dernières années – est financée à près de 90 % par l'augmentation des dépenses publiques et des prépaiements privés. Dans ces pays, ce sont moins des problèmes financiers qui font obstacle au développement et à la modification de l'offre de services que le manque relatif de ressources humaines pour faire face à l'augmentation et à l'évolution de la demande. Le secteur sanitaire de ces pays s'appuie sur un système de soins tertiaires solide et prestigieux qui est important pour les poids lourds de l'industrie pharmaceutique et les grands équipementiers médicaux.² Les paiements directs, bien qu'encore importants avec 15 % des dépenses totales, représentent peu de chose par rapport aux moyens collectifs de financement à caractère plus novateur. Les organismes qui pratiquent le système du tiers payant jouent donc un rôle central et les professions de santé perdent peu à peu leur autonomie traditionnelle. Les efforts déployés en vue de maîtriser les coûts et d'améliorer la qualité des soins et leur accessibilité aux groupes défavorisés font l'objet d'un débat public de plus en plus large dans lequel les usagers et certains groupes catégoriels exercent une influence

Figure 6.1 Contribution des dépenses publiques générales, des dépenses privées par prépaiement et des dépenses privées par paiement direct à la croissance annuelle des dépenses totales de santé par habitant, en pourcentage et en moyenne pondérée^a



croissante. Dans ces pays néanmoins, l'Etat intervient plus que jamais dans le secteur sanitaire, par le canal d'instruments réglementaires et d'institutions de plus en plus complexes.

En dépit de craintes au sujet de leur viabilité à long terme, les mécanismes de solidarité sur lesquels repose le financement de ces systèmes de santé jouissent d'un très fort consensus social. La tendance séculaire à l'extension de la couverture à tous les citoyens et, souvent sans enthousiasme, aux résidents non citoyens, se poursuit. Aux Etats-Unis par exemple, dans l'Etat du Massachusetts, le projet de loi de 2006 sur l'assurance-maladie vise une couverture de 99 % en 2010. D'un autre côté, il apparaît de plus en plus clairement qu'un certain nombre de mesures doivent venir compléter les systèmes de couverture universelle à savoir i) recenser les exclus et mettre en place des programmes adaptés de manière à les réinsérer ; et ii) s'attaquer aux déterminants sociaux des inégalités en matière de santé en prenant des initiatives de politique générale communes à un grand nombre de secteurs (Encadré 6.1), de manière à ce que l'engagement politique en faveur de l'équité sanitaire se traduise en progrès tangibles.

Dans nombre de ces pays, on constate que le centre de gravité est largement en train de se déplacer des soins tertiaires et spécialisés vers les soins primaires. L'amélioration de l'information et le progrès technologique créent de nouvelles possibilités – et un marché – en vue du transfert d'une grande partie des soins traditionnellement dispensés à l'hôpital à des services locaux dotés d'équipes de soins primaires, voire aux patients eux-mêmes. Cela contribue à modifier la perception du mode de fonctionnement qui devrait être celui des services de santé et donne des arguments en faveur des soins primaires, y compris la prise en charge de sa propre santé et les soins à domicile. L'évolution dans cette direction se heurte toutefois à des forces d'inertie suscitées par la menace d'une réduction des activités et d'un démantèlement des grands établissements de soins tertiaires ou encore par une demande qu'alimente l'espoir chimérique d'un prolongement indéfini de la vie grâce à la technologie.⁷ Il est vrai que l'innovation technologique est un facteur d'amélioration et les tendances actuelles montrent qu'elle contribue à étendre l'éventail des services offerts par les équipes de soins primaires. Toutefois, elle peut également être génératrice d'exclusion et d'inefficacité. Les différences sensibles qui existent entre les pays eu égard à la diffusion des technologies médicales ne découlent pas d'une évaluation rationnelle, mais d'incitations qui poussent les fournisseurs

de soins à recourir à ces technologies et aussi de la capacité à réglementer ce recours.²

Si l'environnement dans lequel cela se produit est en train de changer, c'est pour deux raisons.

- La contestation publique de la gestion des technologies continue à s'amplifier pour des raisons de confiance, de coût, d'exclusion et de non-satisfaction des besoins.

Encadré 6.1 La stratégie nationale de la Norvège pour réduire les inégalités sociales en santé⁶

La stratégie imaginée par la Norvège pour réduire les inégalités en santé montre qu'il n'existe pas de solution permettant à elle seule de venir à bout de ce problème complexe. En Norvège, on a recensé un grand nombre de déterminants qui influent sur la santé des personnes : le revenu, l'assistance sociale, la formation, l'emploi, le développement pendant la petite enfance, la présence ou l'absence d'un environnement sain et l'accès aux services de santé. Ces déterminants complexes et interdépendants ne sont pas également répartis à l'intérieur de la société et il n'est donc pas surprenant que cela conduise également à des iniquités en matière de santé.

La stratégie norvégienne est une tentative en vue de s'attaquer aux causes profondes de la mauvaise santé et des iniquités sanitaires en agissant sur les déterminants fondamentaux de la santé et en s'efforçant d'en rendre la répartition d'entrée de jeu plus équitable. Cette stratégie est axée sur les mesures suivantes :

- réduction des iniquités sociales ;
- réduction des iniquités dans les comportements vis-à-vis de la santé et dans l'accessibilité des services de santé ;
- initiatives ciblées en vue d'améliorer l'insertion sociale ;
- instruments transsectoriels destinés à faciliter une approche pangouvernementale de la santé.

On associe ainsi un certain nombre d'interventions qui permettent de s'attaquer efficacement aux iniquités et qui peuvent être menées tant à l'intérieur du système de santé qu'en coopération avec d'autres secteurs. Par exemple, le système de santé est capable de mettre en place des programmes pour favoriser le développement au cours de la petite enfance et d'élaborer des politiques qui, en réduisant les obstacles financiers, géographiques et sociaux, permettent de faciliter l'accès aux services de santé à ceux qui en ont le plus besoin. La coopération avec d'autres secteurs tels que le travail et les finances, peut créer des emplois et permettre d'établir un régime d'imposition conduisant à une répartition et à une redistribution plus équitables des richesses, ce qui est susceptible d'influer fortement sur la santé de la population. Outre ces formules d'application générale, les mesures d'insertion sociale visant à assurer de meilleures conditions de vie aux plus défavorisés sont également d'une importance capitale pour réduire les disparités entre les plus riches et les plus pauvres.

- La réglementation est de plus en plus aux mains d'organismes supranationaux. Par exemple le système de réglementation de l'Union européenne intervient de plus en plus dans l'harmonisation des impératifs techniques auxquels les nouveaux médicaments ou les nouveaux produits doivent répondre pour être homologués, ce qui permet entre autres et, notamment dans le secteur pharmaceutique privé, d'apporter un soutien plus efficace aux dispositions légales visant à encourager le remplacement des spécialités pharmaceutiques par des génériques.⁸ Les dispositifs de ce genre permettent d'améliorer la sécurité et l'accessibilité et par conséquent de créer un environnement propice aux réformes en faveur des soins primaires au niveau national.

Tout cela se passe à un moment où l'on peine à constituer des effectifs suffisants de professionnels de santé désireux et capables de s'engager dans les soins primaires. En Europe, par exemple, la population des médecins généralistes vieillit rapidement et les nouvelles recrues ont plus de chances qu'auparavant d'opter pour des carrières à temps partiel ou en tout cas moins accaparantes.¹ Des pressions s'exercent en faveur d'un rôle plus central des généralistes dans les soins primaires.⁹ Toutefois à long terme, il faudra davantage de pluralisme avec des équipes comportant divers professionnels dotés des moyens qui leur permettent d'assurer la coordination et la continuité des soins. Cela va nécessiter la mise en place d'un cadre différent, plus divers et plus flexible d'agents de santé. Dans les pays où les dépenses de santé sont élevées, la viabilité des réformes en faveur des soins primaires reste sujette à caution sans : i) un changement de paradigme dans la formation des personnels de santé ; et ii) les incitations carriérales, sociales et financières nécessaires pour amener les personnels de santé à se diriger vers des professions considérées par le passé comme moins prestigieuses et moins gratifiantes.

On assiste au grand retour du concept de santé publique, aiguillonné par la prise de conscience croissante des menaces qui pèsent sur la santé au niveau mondial et de la stratification des issues sanitaires le long des lignes de fracture sociale. Les liens entre le secteur sanitaire et tous les autres secteurs sont maintenant mieux appréhendés, ce qui amène ces secteurs à s'intéresser à la santé. La recherche et les systèmes d'information, la demande de formation en santé publique et les nouveaux discours sur la santé publique occupent le devant de la scène en tant que sujets d'intérêt

public. Il faut qu'à partir de cette situation soient développées des stratégies plurisectorielles sur plusieurs fronts afin de s'attaquer aux déterminants sociaux de la santé et à leur influence sur les problèmes sanitaires prioritaires (Encadré 6.1).

Depuis quelques décennies, la plupart des pays appartenant à cette catégorie conduisent leurs réformes en donnant des orientations et en négociant plutôt qu'en décidant de manière autoritaire. Cette attitude est révélatrice du retentissement public de plus en plus important de l'agenda sanitaire et de la nécessité de trouver un compromis entre les demandes différentes et souvent irréconciliables des diverses parties prenantes. Il s'ensuit que l'action réformatrice se poursuit habituellement à plusieurs niveaux, avec des acteurs multiples. On progresse pas à pas : c'est un processus long et difficile dont on ne peut se sortir qu'au prix d'âpres marchandages. En Angleterre et au Pays de Galles par exemple, à l'occasion d'une grande réforme touchant les soins primaires, on a procédé à une vaste consultation publique par le canal de questionnaires adressés à plus de 42 000 personnes dont plus de 1000 ont été invitées à faire part de leurs souhaits et de leurs préoccupations lors d'auditions publiques. Cela a facilité le consensus au sujet d'un certain nombre de points litigieux de la réforme, notamment la redistribution des ressources en faveur des soins primaires et des secteurs mal desservis, les diverses responsabilités étant également redistribuées de manière à améliorer la coopération et la coordination.¹⁰ Une négociation systématique menée en tenant compte de certains principes nécessite du temps et des efforts mais c'est le prix à payer pour obtenir un consensus social susceptible de venir à bout de la résistance tenace que suscitent les réformes.

Economies à croissance rapide du secteur sanitaire

Dans les pays où le secteur sanitaire connaît une croissance rapide, engager des réformes en faveur des SSP soulève des problèmes tout à fait différents. La demande croissante stimulée par l'augmentation du pouvoir d'achat entraîne un développement des services à un rythme sans précédent. Si la croissance se poursuit au rythme actuel jusqu'en 2015, les dépenses de santé par habitant augmenteront de 60 % par rapport à leur niveau de 2005 dans les pays des Amériques où le secteur sanitaire est en développement rapide. Au cours de la même période, ces dépenses doubleront en Europe et au Moyen-Orient et elles tripleront en Asie de l'Est (Figure 6.2).

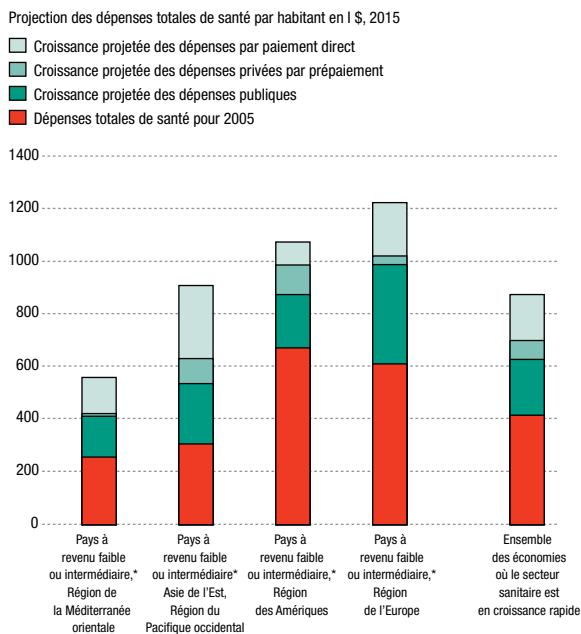
Si le taux de croissance des dépenses offre la possibilité d'entreprendre des réformes en faveur des SSP, il favorise également un type de développement du secteur sanitaire qui est à l'opposé des conceptions et des valeurs sur lesquelles repose ce concept. La phase initiale est importante : pour peu que le choix des politiques se fasse par opportunisme politique ou technique, par exemple en s'abstenant de réglementer les dispensateurs de soins à but lucratif, il sera plus difficile par la suite de réorienter le système de santé en fonction des valeurs des SSP si de puissants groupes de pression se manifestent et que les demandes stimulées par l'offre soient bien enracinées.¹¹ La tendance à privilégier des infrastructures très élaborées et hyperspécialisées qui répondent aux attentes d'une minorité de gens riches est encore accentuée par l'apparition d'un nouveau marché porteur, le tourisme médical, qui draine les malades de pays où les dépenses de santé sont importantes et les coûts élevés vers ces pays où les coûts sont relativement bas. Il en résulte une ponction sur l'offre de personnels professionnels aux dépens des soins primaires avec des taux de spécialisation sans précédent parmi ces personnels.¹² A rebours de cette évolution, l'organisation du ministère de la santé s'articule encore dans nombre de ces

pays autour d'efforts de lutte contre des maladies déterminées et le ministère n'a guère les moyens de tirer parti du développement des ressources pour réglementer les prestations de services. Cela aboutit beaucoup trop souvent à un système à deux vitesses, avec d'un côté une infrastructure sanitaire très pointue et hyperspécialisée qui répond aux attentes d'une minorité de gens riches et de l'autre, des prestations de services tout à fait insuffisantes pour une grande partie de la population.

Les réformes qui privilégient un accès universel à des soins primaires axés sur la personne peuvent concourir à corriger ces distorsions. Elles peuvent tirer parti d'innovations technologiques qui facilitent un accès rapide, simple, fiable et peu coûteux à des services et qui étaient auparavant inaccessibles parce qu'ils étaient trop chers ou devaient s'appuyer sur une infrastructure complexe. Au nombre de ces innovations figurent les tests de diagnostic rapide pour le VIH et l'ulcère gastrique, de meilleurs médicaments qui permettent dans le cas de troubles mentaux, de remplacer les soins en institution par des soins primaires¹³ ou encore les progrès dans le domaine chirurgical qui rendent inutile une hospitalisation ou du moins en réduisent considérablement la nécessité. Associées à la multiplication des recommandations pratiques basées sur des données probantes, ces innovations ont considérablement amélioré l'aptitude des équipes de soins primaires à résoudre les problèmes qui se posent à elles, notamment en élargissant le rôle des cliniciens non médecins¹⁴ et les possibilités en matière de soins autoadministrés. Un développement rapide des soins personnalisés est donc possible maintenant que le fossé technologique entre les soins ambulatoires proches du malade et les institutions de soins tertiaires est moins marqué qu'il y a 30 ans. Au Chili, par exemple, le recours aux services de soins primaires a doublé en l'espace de cinq ans, avec un investissement massif en personnel et en matériel allant des soins dentaires d'urgence aux examens de laboratoire et à la prise en charge de la douleur chronique au domicile du malade. Il est possible d'accroître encore la portée de cette transformation en ciblant les pauvres et les exclus qui sont nombreux dans ces pays et en leur donnant les moyens de se prendre en main, notamment par une réforme des politiques publiques dans ce sens.

Dans les pays de la Région des Amériques et de l'Europe où le secteur sanitaire connaît une croissance rapide, moins d'un tiers de la croissance attendue sur la base des tendances actuelles est dû à l'augmentation des dépenses de santé par paiement direct. Les deux tiers de cette croissance

Figure 6.2 Projection des dépenses de santé par habitant en 2015, dans les économies où le secteur sanitaire est en développement rapide (en moyenne pondérée)^a



* Sans les Etats fragiles.

^a Dans l'hypothèse où le taux de croissance annuel des dépenses publiques, par prépaiement privé ou par paiement direct estimé à partir des données de 1995-2005 se maintiendra jusqu'en 2015.

sont dus à l'augmentation des dépenses publiques, parallèlement, dans le cas des Amériques, au développement des dépenses privées par prépaiement (Figure 6.2). Le prépaiement joue également un rôle croissant en Extrême-Orient où, comme au Moyen-Orient et selon les tendances actuelles, la croissance devrait être due à hauteur de 40 % à des dépenses par paiement direct. C'est pour une part en fonction de la possibilité de réglementer et d'influencer les dépenses privées par prépaiement, et particulièrement en Asie, de réduire le recours au paiement direct, que les réformes en faveur des SSP trouveront les moyens de s'imposer.

Dans la plupart de ces pays, du fait que le niveau des dépenses de santé par rapport au PIB ou aux dépenses publiques totales reste faible, on dispose d'une certaine marge de manœuvre financière pour accélérer encore les réformes en faveur des SSP et les étayer par une action parallèle, mais tout aussi importante, en vue de mettre en place une couverture universelle et de réduire le recours aux paiements directs. Dans nombre d'entre eux, les fonds publics sont alloués selon le principe de la capitation, de même qu'au moins une partie des fonds constitués par la mise en commun des prépaiements privés. Cela donne la possibilité d'introduire, dans les différentes formules de capitation, un certain nombre de critères tels que le dénuement relatif ou des besoins sanitaires non satisfaits. L'affectation des ressources devient alors effectivement un instrument qui permet de faire progresser l'équité en matière de santé et de prendre des mesures d'incitation favorisant la conversion aux soins primaires et à des politiques publiques plus saines.

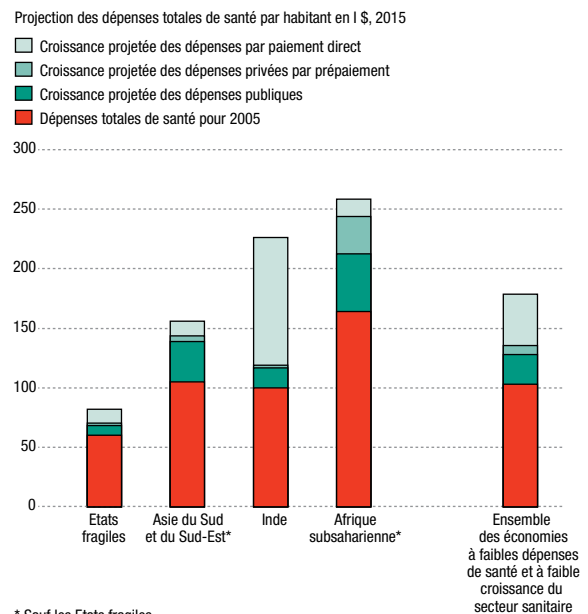
Certains des plus grands pays du monde – comme le Brésil – tirent massivement parti de ce genre de possibilité pour étendre leur réseau de soins primaires tout en réduisant le recours aux paiements directs.¹⁵ Ces réformes aboutissent toutefois rarement sans la pression des usagers. La politique sanitaire retenue par le Chili a consisté à définir un forfait de prestations qui a été largement annoncé à la population en tant que droit opposable. Les usagers sont informés du genre de services y compris des soins spécialisés, qu'ils peuvent demander à leurs équipes de soins primaires. Associés à des investissements durables, ces droits indiscutables suscitent une forte dynamique en faveur du développement des soins primaires. Ces mesures, si elles sont bien gérées, sont susceptibles d'accélérer la convergence tout en évitant les distorsions et les inefficacités dont les pays à revenu élevé ont souffert les premiers temps.

Pays à faibles dépenses de santé et à faible croissance du secteur sanitaire

Avec une population de 2,6 milliards d'habitants et des dépenses de santé qui n'atteignent pas 5 % du total mondial, les pays de ce groupe souffrent d'un sous-financement absolu de leur secteur sanitaire en même temps que d'une charge de morbidité disproportionnée. La persistance d'une forte mortalité maternelle dans ces pays – soit près de 90 % de l'ensemble des décès maternels – est sans doute l'indication la plus claire des conséquences que ce sous-financement peut avoir sur le fonctionnement de leurs systèmes de soins.

Ce qui est inquiétant, c'est que dans ces pays, la croissance des dépenses de santé est faible et très vulnérable au contexte politique et économique. Dans les Etats fragiles, notamment ceux qui sont situés en Afrique, les dépenses de santé sont non seulement faibles, mais tout juste en augmentation et depuis quelques années, l'aide extérieure alimente cette faible croissance à hauteur de 28 %. Dans les autres pays de ce groupe, le taux de croissance des dépenses de santé est plus élevé, atteignant 6 à 7 % par an. Sur la base des tendances actuelles, les dépenses de santé par habitant en Inde auront plus que doublé en 2015

Figure 6.3 Projection des dépenses de santé par habitant en 2015, dans les économies à faibles dépenses de santé et faible croissance du secteur sanitaire (en moyenne pondérée)^a



par rapport à 2005 et augmenté de 50 % ailleurs, sauf dans les Etats fragiles (Figure 6.3). Dans de nombreux pays, cette croissance constitue une incitation importante à engager des réformes en faveur des SSP, notamment là où la croissance est stimulée par l'accroissement des dépenses publiques ou encore comme en Afrique australe, par d'autres formes de prépaiement. En Inde toutefois, toujours sur la base des tendances actuelles, la croissance dépendra à plus de 80 % des dépenses par paiement direct, ce qui donne beaucoup moins de moyens d'action.

Les pays de ces régions accumulent tout un ensemble de problèmes qui en dépit de leur diversité, offrent de nombreux points communs. Des groupes entiers de la population sont privés d'accès à des soins de qualité : soit parce que les services sont inexistantes, qu'ils sont trop coûteux, qu'ils sont insuffisamment financés, qu'ils manquent de personnel et sont mal équipés ; soit parce qu'ils sont fragmentés et se limitent à quelques programmes prioritaires. Les efforts visant à mettre en place des politiques publiques rationnelles qui favorisent la santé et s'attaquent aux déterminants de la mauvaise santé sont, dans le meilleur des cas, limités. La marchandisation non réglementée des soins de santé dans le secteur public comme dans le secteur privé devient rapidement la norme en ville et de plus en plus en milieu rural – elle constitue, eu égard aux valeurs des SSP, un obstacle beaucoup plus important et davantage sous-estimé que le verticalisme qui inquiète tant la communauté sanitaire internationale.

Dans la plupart de ces pays, l'Etat a eu par le passé l'ambition de diriger le secteur sanitaire de manière autoritaire. Dans le contexte pluraliste de l'heure, avec toutes sortes de prestataires de soins, officiels ou non, publics ou privés, ils sont peu nombreux à être parvenus à adopter avec succès une démarche plus appropriée consistant à donner des orientations et à négocier. Au contraire, avec la stagnation des ressources publiques et l'échec des mécanismes bureaucratiques, c'est le laisser-faire qui s'est imposé par défaut dans la gestion du secteur sanitaire.

Cette situation a suscité quelques rares ou faibles tentatives en vue de réglementer la fourniture de soins de santé à but lucratif – non seulement dans le secteur privé mais également dans le secteur public – lequel, bien souvent, a fait siennes les pratiques commerciales du secteur privé dérégulé. En pareille situation, ce sont souvent les moyens dont dispose la puissance publique qui déterminent, de manière limitative, la part des nouvelles ressources que l'on peut utiliser pour améliorer

les résultats. Les autorités sanitaires se retrouvent donc avec la mission de faire fonctionner le secteur sanitaire sans disposer des ressources financières nécessaires.

L'objectif prioritaire est donc d'augmenter ces ressources : refinancer des systèmes de santé en manque de ressources, leur insuffler une nouvelle vie grâce à des réformes en faveur des SSP et restaurer l'autorité de la puissance publique. C'est maintenant qu'il faut faire avancer les systèmes de prépaiement en décourageant le ponctionnement direct des malades et en encourageant la mise en commun des ressources. Cela permettra d'affecter plus intelligemment et plus explicitement des ressources limitées qu'avec un système de paiement direct des prestations de services. Il n'y a pas lieu de préconiser un seul et unique système de mise en commun des ressources, toutefois plus un fonds commun est important plus l'efficacité est grande : la fusion ou le regroupement progressif des régimes de prépaiement peut accélérer le renforcement des capacités en matière de réglementation et la mise en place de mécanismes de reddition des comptes.¹⁶

Dans un nombre important de ces pays à faibles dépenses de santé et faible croissance du secteur sanitaire, notamment en Afrique subsaharienne et dans les Etats fragiles, la forte augmentation du financement extérieur à visée sanitaire par le truchement de circuits bilatéraux ou d'instruments internationaux de financement de nouvelle génération, a donné un regain de vitalité au secteur sanitaire. Ce financement extérieur doit être progressivement réorienté de manière à faciliter le renforcement des moyens institutionnels avec, comme objectif à long terme, l'établissement d'une couverture universelle viable. Par le passé, la majeure partie de l'assistance accordée par des donateurs portait sur des projets et des programmes à court terme, ce qui entraînait des retards inutiles et faisait même obstacle à la mise en place des institutions financières nécessaires à la gestion des régimes de couverture universelle. Le regain d'intérêt qui s'est manifesté parmi les donateurs en faveur du soutien aux processus nationaux de planification dans le cadre de l'harmonisation et de l'alignement de l'agenda sanitaire, de même que le consensus qui s'est établi autour de l'accessibilité universelle, ouvrent des perspectives importantes pour des investissements de grande envergure dans l'appareil institutionnel nécessaire à la mise en place d'une couverture universelle. S'il est vrai que la réduction des dépenses de santé catastrophiques et l'accès universel aux soins justifient amplement à eux seuls cette évolution dans

le comportement des donateurs, un renforcement durable des capacités nationales en matière de financement peut également constituer une stratégie qui permette de sortir de cette dépendance vis-à-vis des donateurs.

Les pouvoirs publics peuvent faire davantage pour soutenir le secteur sanitaire dans ce genre de situation. Dans les pays à faibles dépenses de santé et à faible croissance du secteur sanitaire, seule une petite fraction des recettes publiques est affectée au secteur de la santé. Même dans les pays de l'Afrique subsaharienne qui ont fait des progrès et où les dépenses au titre de la santé ont représenté 8,8 % en moyenne du total des dépenses publiques en 2005, l'objectif de 15 % fixé par la Déclaration d'Abuja est encore loin d'être atteint.⁵ Pour y parvenir, il faudrait que les dépenses de santé augmentent de 34 % dans cette région. L'expérience acquise au cours de la dernière décennie montre qu'il est possible d'augmenter rapidement la part des recettes publiques affectée à la santé. En Inde par exemple, à la suite de la pression croissante exercée par de nombreux mouvements politiques ou issus de la société civile, les dépenses publiques générales consacrées à la santé – et plus particulièrement aux soins primaires – vont vraisemblablement tripler au cours des cinq prochaines années.¹⁷ Dans un contexte différent, le Ministère de la Santé du Burundi a quadruplé son budget entre 2005 et 2007 en réussissant à obtenir une part des fonds dont l'Etat disposait pour l'allègement de sa dette au titre de l'Initiative en faveur des pays pauvres très endettés (PPTE). En moyenne, dans les 23 pays ayant atteint le point d'achèvement de l'Initiative PPTE et de l'Initiative d'allègement de la dette multilatérale (IADM), les économies réalisées annuellement grâce à l'allègement de la dette au titre de l'Initiative PPTE au cours des 10 années suivant la date d'éligibilité à cette assistance, représentent 70 % des dépenses publiques de santé à leur niveau de 2005.¹⁸ Même si seulement une partie de ce montant est affectée à la santé, cela représente une différence très importante en termes de moyens financiers pour les autorités responsables de la santé publique.

Il n'y a pas que l'augmentation des ressources qui crée des opportunités. Les projets pilotes perdent peu à peu de leur prépondérance face aux efforts plus systématiques qui sont déployés en vue de garantir l'accès universel aux soins, même si cela ne concerne souvent qu'une seule intervention ou un seul programme de lutte contre la maladie. Ces programmes de grande notoriété, élaborés en fonction des OMD, ont redonné vie à un certain nombre d'impératifs qui sont d'une importance

capitale pour les soins axés sur la personne. Il s'agit notamment de la nécessité d'offrir un accès universel à des soins de haute qualité pratiqués en toute sécurité et sans pénalisation financière, d'assurer la continuité de ces soins et de prendre en compte le contexte social, culturel et économique dans lequel vivent les hommes, les femmes et les familles d'une même communauté. Grâce à des formules comme la prise en charge intégrée des maladies de l'adolescent et de l'adulte (PCIMAA) ou les interventions de type communautaire issues du Programme de lutte contre l'onchocercose (OCP),¹⁹ l'intégration est en train de devenir une réalité. Les missions de lutte contre la maladie échappent peu à peu à l'emprise des initiatives mondiales et on commence à se rendre compte, dans ce domaine, que ce qui est important, c'est un renforcement plus général du système, comme cela se fait dans le cadre de la fenêtre « renforcement du système de santé » ouverte par le GAVI, frayant ainsi le chemin à un meilleur alignement d'initiatives jusqu'ici dispersées. Stimulées largement par la demande, les technologies de l'information destinées à épauler les soins primaires comme par exemple les dossiers médicaux électroniques, se répandent beaucoup plus rapidement que prévu. Les efforts déployés en vue de passer à l'échelle supérieure en ce qui concerne les traitements anti-VIH ont contribué à mettre en évidence les insuffisances de certains éléments d'une importance capitale pour le système, tels que la gestion du circuit de distribution des produits de diagnostic et des médicaments et permis de jeter des passerelles vers d'autres secteurs, comme l'agriculture, compte tenu de la nécessité d'assurer la sécurité alimentaire. La prise de conscience qui se dessine face à l'ampleur de la crise des personnels de santé débouche sur des politiques et des programmes ambitieux, comme la délégation des tâches, le téléenseignement et la mise en place d'incitations novatrices de nature financière ou autre.

Dans ce contexte, le problème n'est plus de faire plus avec moins mais de tirer parti de la croissance du secteur sanitaire pour faire plus avec plus. Dans ces pays, les besoins non satisfaits sont considérables et mettre des services à la disposition des usagers reste un point important. Cela nécessite la mise en place progressive de districts sanitaires – que ce soit sous la houlette des pouvoirs publics ou en passant des contrats avec des ONG ou encore en associant les deux démarches. Cependant, c'est surtout en raison de la complexité des systèmes de santé actuels – qui n'est d'ailleurs pas l'apanage des zones urbaines – qu'il faut interpréter ces stratégies organisationnelles

avec souplesse et inventivité. Ainsi, dans beaucoup de capitales africaines, les établissements publics dispensant des soins primaires ou même secondaires ont quasiment, voire complètement disparu pour céder la place à des prestataires de services commerciaux non réglementés.²⁰ Il faudra trouver des solutions créatives qui s'appuient sur les autorités locales, la société civile et les associations de consommateurs pour utiliser ces fonds de plus en plus importants – fonds communs privés constitués par prépaiement, cotisations de sécurité sociale, fonds émanant des autorités municipales ou fonds abondés par l'impôt – de manière à créer une offre de soins primaires tenant lieu de filet de sécurité public qui puisse se substituer

à l'offre commerciale de soins non réglementée et laisse entrevoir à quoi peuvent ressembler des soins personnalisés et fiables.

Ce qui compte en définitive, c'est ce qu'expérimentent les patients lorsqu'ils prennent contact avec les services. Ils auront davantage confiance s'ils sont bien accueillis et non pas refoulés, si l'on se souvient d'eux et qu'on ne les oublie pas, s'ils sont vus par quelqu'un qui les connaît bien, si on respecte leur intimité et leur dignité et enfin, si on leur prodigue les soins dont ils ont besoin, qu'on leur fournit des médicaments et qu'on évite d'exiger le paiement sur place des prestations.

Lorsque la confiance s'accroît, elle peut créer un cercle vertueux d'augmentation de la demande et

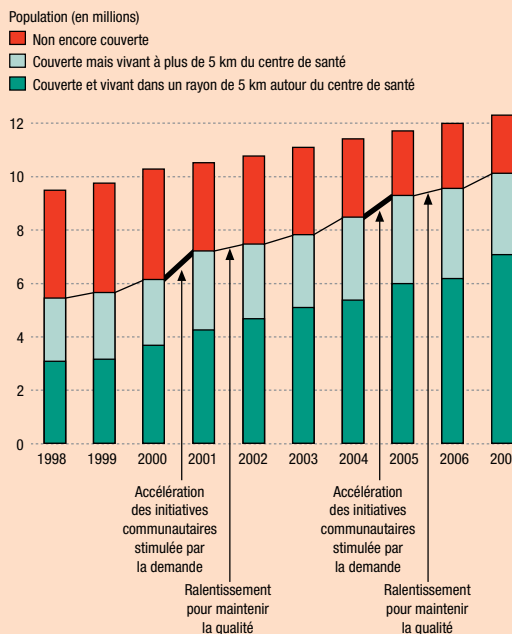
Encadré 6.2 Le cercle vertueux de l'offre et de la demande en matière de soins primaires

Au Mali, le réseau de soins de santé primaires est constitué de centres de soins primaires qui sont la propriété des communes et sont gérés par elles, avec le soutien d'équipes de district et de centres de santé de référence dépendant des pouvoirs publics. Il existe un plan d'extension de la couverture sanitaire, négocié avec les communes qui, si elles en expriment le désir, peuvent prendre l'initiative de créer un centre de soins de santé primaires en fonction d'un certain nombre de critères. C'est un engagement important car le centre de santé ainsi créé sera propriété de la commune, qui en assurera également la gestion : par exemple le personnel de ce centre, c'est-à-dire une équipe de trois à quatre personnes dirigée par une infirmière ou un médecin généraliste, doit être employé (et rétribué) par l'association de santé communautaire locale. La commune peut passer un accord avec le Ministère de la Santé pour obtenir le soutien technique et financier des équipes sanitaires de district, que ce soit pour le lancement du centre ou la supervision et le soutien de ses activités ultérieures.

Ce système a été bien accueilli, malgré l'effort colossal auquel les communes ont dû consentir pour mettre en place et organiser ces installations : en 2007, il y avait 826 centres de ce genre en activité (contre 360 dix ans auparavant) mis en place pour un coût moyen de US \$17 000. Le système a fait preuve de résilience et le volume des soins dispensés a sensiblement augmenté : le nombre d'actes thérapeutiques assurés par les centres de santé a été multiplié par 2,1. Le nombre de femmes suivies dans le cadre des soins prénatals a été multiplié par 2,7 et les accouchements assistés par un professionnel de santé, par 2,5, le taux de couverture mesuré en 2006 lors des enquêtes démographiques et sanitaires s'établissant respectivement à 70 et 49 % ; en 2006 également, le taux de vaccination par le DTC3 a été de 68 %.

La population estime visiblement que cet investissement en vaut la peine. A deux reprises au cours des 10 dernières années, entre 2000 et 2001 puis entre 2004 et 2005, la demande et les initiatives locales en vue de la création de nouveaux centres ont augmenté si rapidement que les autorités sanitaires maliennes ont dû prendre des mesures pour ralentir l'extension du réseau afin de pouvoir

Figure 6.4 Extension progressive de la couverture de la population malienne par des centres communautaires détenus et exploités par les communes, 1998-2007



Source : Système national d'information sanitaire (SNIS), Cellule de planification et de statistiques, Ministère de la Santé, Mali.

respecter les normes de qualité (Figure 6.4). On peut donc penser que le cercle vertueux d'augmentation de la demande et d'amélioration de l'offre fonctionne bien. Les autorités sanitaires sont en train d'étendre la gamme des services proposés et d'en améliorer la qualité – en encourageant le recrutement de médecins par les centres de santé primaires ruraux – tout en continuant à apporter leur appui à l'extension du réseau.

d'amélioration de l'offre (Encadré 6.2). En créant un tel cercle vertueux, on acquiert une crédibilité qui est déterminante pour obtenir un consensus social et politique quant à la nécessité d'investir en faveur d'une politique publique plus saine dans tous les secteurs. La santé et l'équité en matière de santé sont étroitement liées à une sécurité alimentaire effective ainsi qu'aux politiques menées dans le domaine de l'éducation et des relations ville/campagne : l'influence du secteur sanitaire sur ces politiques dépend dans une large mesure de sa capacité à assurer des soins primaires de qualité.

Mobiliser les moteurs de la réforme

Dans tous les contextes nationaux, si divers qu'ils soient, où les réformes en faveur des SSP doivent trouver leur expression propre, la mondialisation joue un rôle de premier plan. Elle modifie l'équilibre entre les organisations internationales, les autorités nationales, les acteurs non étatiques, les autorités locales et régionales et les particuliers.

Le paysage sanitaire mondial n'est pas à l'abri de ces changements de grande envergure. Au cours des 30 dernières années, l'architecture traditionnelle de l'Etat-nation et des relations multilatérales s'est également transformée. Les organisations de la société civile ont proliféré, parallèlement à l'apparition de partenariats entre le secteur public et le secteur privé et à la constitution, au niveau mondial, de mouvements de sensibilisation à des problèmes sanitaires déterminés. Les organismes publics travaillent avec des consortiums de recherche et des agences de conseil ainsi qu'avec des institutions et des fondations transnationales non étatiques ou des ONG qui opèrent au niveau mondial. Diverses diasporas nationales ont fait leur apparition et jouissent de ressources et d'une influence importantes grâce aux transferts de fonds qu'elles effectuent vers l'étranger – environ US \$150 milliards en 2005 – lesquels sont de loin supérieurs à l'aide extérieure au développement. Il existe des réseaux illégaux d'envergure planétaire qui font des affaires avec des médicaments contrefaits ou l'élimination de déchets toxiques et qui, désormais, ont les moyens de s'approprier les compétences de certains organismes publics et d'en saper l'action. Le pouvoir passe des autorités nationales à des organismes internationaux et dans le même temps, à un certain nombre d'entités infranationales, notamment diverses autorités locales ou régionales ou institutions non étatiques.²¹

Cette complexité nouvelle et souvent chaotique pose problème, en particulier aux autorités

sanitaires qui hésitent entre une gestion autoritaire inefficace et souvent contreproductive et un mode de gouvernance d'une passivité néfaste. Toutefois, elle offre de nouvelles possibilités communes d'investir dans les moyens de conduire et de favoriser les politiques réformatrices, en mobilisant les savoirs, les personnels et la population.

Mobiliser la production de connaissances

On peut encourager les réformes en faveur des SSP et les maintenir sur la bonne voie en institutionnalisant des études sur les politiques en matière de soins primaires qui fassent appel à l'imagination, à l'intelligence et à l'ingéniosité sur le plan organisationnel. Le savoir-faire pour conduire de telles études existe,²² mais il doit s'exprimer plus explicitement. Elles doivent se reconcentrer sur le suivi des progrès accomplis dans chacune des quatre séries intercorrélées de réformes en faveur des SSP, sur l'identification des obstacles techniques et politiques à l'avancement de ces réformes au fur et à mesure de leur déploiement et enfin, sur les éléments d'appréciation à fournir en vue de procéder à des corrections de trajectoire, le cas échéant.

Dans un monde qui se globalise, les études sur les politiques en matière de SSP peuvent tirer parti des réseaux coopératifs qui se constituent aux niveaux national et international pour obtenir la masse critique susceptible de conduire aux réformes nécessaires et à leur mise en oeuvre. De fait, il n'est pas réaliste d'espérer que beaucoup de pays puissent trouver au sein de leurs institutions nationales, la totalité des compétences techniques, des connaissances contextuelles et des moyens nécessaires à l'analyse objective que nécessitent ces études. Des structures ouvertes, accueillantes et coopératives, comme celles que constitue le système des observatoires en Amérique latine,²³ peuvent constituer un très bon moyen pour mobiliser les ressources nationales dans toute leur diversité. Des modèles de ce type permettent également de mieux tirer avantage de la collaboration internationale et de surmonter les lacunes qui existent dans les capacités nationales. Aujourd'hui, les décideurs sont plus ouverts aux enseignements venant de l'étranger qu'ils ne l'étaient par le passé et ils s'en inspirent pour enrichir le dialogue national sur les politiques en adoptant des démarches novatrices et en faisant mieux voir ce qui marche et ce qui ne marche pas.²² L'inclusion d'institutions nationales dans des réseaux régionaux qui coopèrent aux études sur les politiques en matière de SSP permet de créer un fonds commun de compétences techniques et

d'informations. C'est important, car on peut disposer ainsi de mécanismes régionaux permettant d'obtenir une représentation plus effective au sein d'organismes mondiaux importants mais qui exigent beaucoup de personnel et ce, sans trop solliciter les faibles ressources nationales.

Une collaboration inter pays plus structurée et plus intense autour de ces études sur les politiques en matière de SSP serait susceptible de fournir de meilleures données comparatives internationales sur les variations dans l'élaboration des systèmes de santé relevant des SSP, sur les modèles de bonnes pratiques et sur les éléments qui conditionnent le succès des réformes. Actuellement, les informations de ce genre sont soit inexistantes, soit difficiles à comparer, soit obsolètes. En créant des réseaux d'experts et d'institutions appartenant à différentes régions, il est possible de s'entendre sur des éléments de référence et de les valider de manière à évaluer les progrès et à accéder plus facilement aux sources nationales ou internationales d'information utiles pour la surveillance des soins primaires. En ce qui concerne la conduite des réformes en faveur des SSP, cela pourrait faire une grande différence. Un certain nombre d'initiatives ont déjà été prises dans ce sens comme par exemple le projet européen PHAMEU (ou Suivi des systèmes de soins primaires en Europe),²⁴ qui est un réseau d'instituts et d'organisations appartenant à 10 États Membres de l'Union européenne ou encore l'EQUINET (ou Réseau régional pour l'équité en santé en Afrique australe),²⁵ qui est un réseau de professionnels, de membres de la société civile, de décideurs et de membres du gouvernement. Ces initiatives constituent des avancées prometteuses dans cette direction.

L'agenda de la recherche est très chargé et il offre, pour l'accélération des réformes en faveur des SSP, des possibilités considérables qui appellent une action plus concertée (voir Encadré 6.3). Actuellement toutefois, ce que l'on dépense pour déterminer ce qui marche le mieux – c'est-à-dire le budget consacré à la recherche sur les services de santé – représente, aux États-Unis par exemple, moins de 0,1 % des dépenses totales au titre de la santé, alors que c'est le pays qui consacre la part la plus importante (5,6 %) de ses dépenses de santé à la recherche biomédicale.²⁶ Autre exemple frappant : seulement US \$2 millions sur les US \$390 millions que représentent 32 subventions accordées par le GAVI pour le renforcement des systèmes de santé ont été affectés à la recherche, bien que les pays aient été invités à le faire. Aucun autre secteur économique à I \$5000 milliards se contenterait d'investissements aussi faibles dans

la recherche consacrée à ses programmes de base : la réduction des iniquités en santé, l'organisation des soins axés sur la personne et l'élaboration de

Encadré 6.3 De la mise au point des produits à leur mise en oeuvre sur le terrain – la recherche fait le lien²⁷

Un programme de l'OMS, le Programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales (TDR), a été l'un des premiers à mener des recherches susceptibles d'éclairer le choix des politiques et leur mise en oeuvre. Ce sont des études menées sous l'égide du TDR qui, pour la première fois au milieu des années 1990, ont confirmé d'une façon générale l'efficacité des moustiquaires imprégnées d'insecticide dans la prévention du paludisme, en procédant à un certain nombre d'essais pluricentriques contrôlés dans un grand nombre de pays. Après avoir adopté l'ivermectine, un médicament pour lutter contre l'onchocercose ou « cécité des rivières » vers la fin des années 1980, le TDR a lancé, aux côtés du Programme de lutte contre l'onchocercose en Afrique, des recherches sur la meilleure manière de procéder à une distribution massive de ce produit sur le terrain. Ces travaux ont débouché sur un système élaboré avec soin de « traitement sous directives communautaires » de l'onchocercose à l'échelon régional, que l'on a décrit comme « l'une des campagnes de santé publique les plus glorieuses jamais menées dans le monde en développement ».²⁸

Maintenant que la communauté sanitaire mondiale s'éloigne du mode vertical de lutte contre les maladies, la recherche opérationnelle facilite la transition. Des études contrôlées à grande échelle récemment menées sous l'égide du TDR et impliquant 2,5 millions de personnes dans 35 districts sanitaires de trois pays, ont montré que les méthodes de traitement sous directives communautaires mises au point pour lutter contre l'onchocercose peuvent constituer le point de départ de multiples interventions intégrées relevant des soins de santé primaires telles que la fourniture de moustiquaires, le traitement du paludisme et autres soins de base, avec une augmentation sensible de la couverture. Par exemple, le nombre d'enfants souffrant de fièvre qui ont pu recevoir un traitement antipaludique approprié a plus que doublé, avec un taux de couverture moyen de plus de 60 %. Les partenariats constitués avec les pays de la région ainsi qu'avec diverses institutions publiques, privées ou appartenant à la société civile, sont d'une importance capitale pour le financement et la mise en oeuvre de ces recherches. Ce que l'on a maintenant dans l'idée, c'est d'accorder dans les différents programmes mondiaux de recherche une place encore plus importante à la recherche translationnelle et opérationnelle, de manière que les nouveaux produits commencent enfin à avoir sur la santé l'impact que l'on attend d'eux grâce à une mise en oeuvre plus rationnelle des systèmes de soins de santé primaires. Ainsi, le partage des connaissances et la coopération aux niveaux mondial, régional et local devraient permettre de s'attaquer plus efficacement à la charge que représentent depuis longtemps pour ces pays des maladies mortelles telles que le paludisme.

politiques publiques meilleures et plus efficaces. Aucune autre activité économique de cette importance n'admettrait d'investir si peu pour chercher à savoir ce que souhaite sa clientèle et comment elle juge ces résultats. Aucune autre activité économique de cette importance n'accorderait aussi peu d'attention à la compréhension du contexte politique dans lequel elle opère – c'est-à-dire les positions et les stratégies des acteurs et partenaires principaux. Il est temps que les responsables de la santé se rendent compte de l'intérêt qu'il y a à investir dans ce domaine.

Mobiliser l'engagement du personnel

Dans chacune des séries de réformes en faveur des SSP, ce qui est mis en valeur c'est l'importance accordée aux ressources humaines en santé. Les qualifications et les compétences attendues de ces personnels supposent un ambitieux programme en matière de ressources humaines qui oblige à repenser et à revoir les méthodes pédagogiques existantes. L'équité en santé et les soins primaires n'ont pas encore trouvé la place centrale qui leur revient, en tant que discipline scientifique, dans les écoles de santé publique. Dans la formation des professions de santé qui précède l'entrée dans la vie professionnelle, on commence à inclure des activités communes axées sur la résolution de problèmes dans le cadre d'équipes pluridisciplinaires, mais il faut aller encore plus loin dans l'acquisition des compétences et des attitudes exigées par les soins primaires. Pour cela, il faut notamment offrir des possibilités transsectorielles d'apprentissage par la pratique reposant soit sur un tutorat ou un parrainage soit sur la formation permanente. Ces mesures ainsi que les autres changements à apporter à la grande diversité des programmes d'études et des types de formation pratique nécessitent une action mûrement réfléchie pour mobiliser les acteurs institutionnels responsables, tant dans les pays qu'à l'international.

Toutefois, comme nous l'avons appris ces dernières années, le contenu de l'apprentissage ou de l'enseignement, si important qu'il soit, n'est qu'un élément de l'ensemble complexe de facteurs qui déterminent la bonne exécution des tâches confiées aux personnels de santé.¹ Il y a toute une série de problèmes de nature systémique touchant le personnel de santé qui doivent davantage être pris en compte dans le cadre des réformes en faveur des SSP. C'est ainsi par exemple que les objectifs en matière d'équité sanitaire au bénéfice de groupes de population insuffisamment desservis resteront hors d'atteinte si l'on n'envisage pas de quelle manière on peut effectivement recruter

le personnel nécessaire et l'amener à rester au service de ces groupes. De même, les grands projets concernant les soins axés sur la personne ou le malade ont peu de chances de voir le jour si l'on ne donne pas au personnel des perspectives de carrière crédibles au sein des équipes de soins primaires. Par ailleurs, certaines mesures incitatives constituent des compléments très importants aux mesures visant à faire en sorte que les personnes et les institutions s'efforcent d'user de leurs compétences pour faire prendre la santé en considération dans l'ensemble des politiques.

Les personnels de santé sont d'une importance capitale pour les réformes en faveur des SSP. Il est nécessaire d'investir résolument dans des mesures qui permettent aux personnels de santé – des infirmières aux décideurs – de se faire entendre et de leur donner les moyens d'apprendre, de s'adapter, et de s'intégrer aux équipes, tout en associant à leurs objectifs biomédicaux et sociaux le souci de l'équité et de la personnalisation des soins. Si l'on ne s'emploie pas à mobiliser ces personnels, il risque d'y avoir une résistance considérable au changement, ancrée dans les anciens modèles qui sont commodes, rassurants, rémunérateurs et intellectuellement confortables. Si toutefois, on est capable de leur faire constater et découvrir par eux-mêmes, que les soins de santé constituent à la fois un travail stimulant et gratifiant, notamment du point de vue social et économique, il est possible qu'ils acceptent non seulement de s'embarquer dans cette entreprise, mais également qu'ils en deviennent l'avant-garde militante. Là encore, en tirant parti des possibilités qu'offre notre monde globalisé en matière d'échange et de partage des expériences, il est possible d'accélérer les transformations nécessaires.

Mobiliser la participation de la population

L'histoire politique des réformes en faveur des SSP dans les pays qui ont fait de grands pas dans cette direction reste en grande partie à écrire. Toutefois, il est clair que là où ces réformes ont été couronnées de succès, ce sont la demande et la pression croissantes exercées par la société civile qui ont invariablement entraîné l'adhésion du secteur sanitaire et des milieux politiques au concept des soins primaires. On connaît de multiples exemples de ce genre de demande. En Thaïlande, c'est le Ministère de la Santé lui-même^{29,30} qui a été à l'origine des premiers efforts en vue de mobiliser la société civile et les responsables politiques autour d'un programme visant à assurer la couverture universelle. Toutefois, c'est seulement lorsque les réformateurs se sont associés à un puissant

mouvement de la société civile pour améliorer l'accès aux soins qu'il est devenu possible de tirer parti des circonstances politiques pour lancer la réforme.³¹ En quelques années à peine, la couverture a été étendue et la majeure partie de la population a pu bénéficier d'un système de soins primaires financé par des fonds publics qui, selon une analyse portant sur la répartition des prestations, se révèle être à l'avantage des personnes défavorisées.^{32,33} Au Mali, la revitalisation des SSP dans les années 1990 a commencé par la conclusion d'une alliance entre le Ministère de la Santé et les donateurs, laquelle a permis de venir à bout de la résistance et du scepticisme qui s'étaient manifestés au début.³⁴ Toutefois, cette extension de la couverture n'a pu s'inscrire dans la durée qu'à partir du moment où des centaines d'associations de santé communautaires se sont fédérées en un puissant groupe de pression pour pousser le Ministère de la Santé à l'action et maintenir l'engagement politique.³⁵ En Europe occidentale, les organisations de consommateurs jouent un rôle éminent dans les débats au sujet des soins de santé et des politiques publiques relatives à la santé, comme d'ailleurs de nombreuses autres organisations appartenant à la société civile. Ailleurs, comme au Chili par exemple, l'initiative est venue de l'arène politique, dans le cadre d'un programme général de démocratisation. En Inde, la National Rural Health Mission (Mission nationale pour la santé rurale) est également le résultat de la forte pression exercée par la société civile et les milieux politiques tandis qu'au Bangladesh, le mouvement en faveur des SSP émane en grande partie d'ONG parapubliques.³⁶

Il y a une importante leçon à tirer de tout cela : le mouvement de réforme en faveur des SSP peut trouver de puissants alliés au sein de la société civile. Ils peuvent faire la différence entre des tentatives bien intentionnées mais de courte durée et des réformes fructueuses et durables ou encore entre une initiative de nature purement technique et un mouvement soutenu par les milieux politiques et jouissant du consensus social. Cela ne veut pas dire que la politique publique doit se fonder uniquement sur la demande. Il faut que les autorités sanitaires s'efforcent de trouver un compromis entre les attentes et la demande de la population d'une part et les besoins, les priorités techniques, et les problèmes à venir, d'autre part. Il faut aussi que lorsqu'elles s'engagent pour les SSP, ces mêmes autorités canalisent la dynamique créée par le mouvement de la société civile en faveur du changement sous la forme d'un débat sur les politiques appuyé par des faits et des informations et alimenté par l'échange d'expériences

avec d'autres mouvements de ce genre à l'intérieur comme à l'extérieur de frontières nationales.

Le dossier de la santé est plus facile à défendre aujourd'hui qu'il ne l'était auparavant, et ce n'est pas seulement en raison de valeurs intrinsèques telles que l'équité en santé ou la contribution de ce secteur à la croissance économique – si valables qu'ils soient, ces arguments ne sont pas toujours les plus efficaces – mais pour des raisons politiques. La santé représente en effet par elle-même un secteur économique d'importance croissante et un élément du développement et de la cohésion sociale. Une protection fiable contre les menaces de nature sanitaire et un accès équitable, en cas de nécessité, à des soins de santé de bonne qualité, comptent parmi les exigences les plus fondamentales que les sociétés de progrès formulent à l'égard de leurs dirigeants. La santé permet désormais d'apprécier de manière concrète le développement d'une société et par conséquent d'évaluer dans quelle mesure les pouvoirs publics s'acquittent correctement de leur rôle. C'est là une réserve de puissance dont le secteur sanitaire peut tirer parti et s'en prévaloir pour obtenir de la société et des dirigeants politiques un engagement à la mesure des problèmes.

En raison du développement économique et de l'émergence d'une société de la connaissance, il est probable, sans être toutefois inéluctable que, s'agissant de la santé et des systèmes de santé, on continue à assister à une montée des attentes – certaines réalistes, d'autres non, certaines intéressées, d'autres empreintes de préoccupations pour le bien de la société en général. La part de plus en plus importante que prennent les valeurs fondamentales qui sous-tendent ces attentes – l'équité, la solidarité, le rôle central de la personne et le souhait de la population d'avoir son mot à dire au sujet des questions qui la concernent ou concernent sa santé – constitue une tendance à long terme. Les systèmes de santé ne tendent pas spontanément vers ces valeurs, d'où la nécessité pour chaque pays de bien réfléchir à ce qu'il va décider pour l'avenir de son système de santé. On peut ne pas retenir l'option SSP. A longue échéance, toutefois, un tel choix peut être extrêmement pénalisant : suppression de certaines prestations de santé, coûts exorbitants, perte de confiance dans l'ensemble du système sanitaire et en fin de compte perte de légitimité politique. Il faut que les pays se montrent capables de transformer leur système de santé en fonction de l'évolution des problèmes qui se posent à eux et des attentes montantes de leur population. C'est pourquoi, plus que jamais, nous devons nous mobiliser en faveur des SSP.

Bibliographie

1. *Rapport sur la santé dans le monde, 2006 –Travailler ensemble pour la santé.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2006.
2. Ezekiel JE. The perfect storm of overutilization. *JAMA*, 2008, 299:2789–2791.
3. Halman L et al. *Changing values and beliefs in 85 countries. Trends from the values surveys from 1981 to 2004.* Leiden and Boston MA, Brill, 2008 (European Values Studies, No. 11).
4. Lübker M. *Globalization and perceptions of social inequality.* Genève, Bureau international du Travail, Département de l'Intégration des politiques, 2004 (Commission mondiale sur la Dimension sociale de la Mondialisation, document de travail N° 32).
5. *National health accounts.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2008 (<http://www.who.int/nha/country/en/index.html>, consulté en mai 2008).
6. *National strategy to reduce social inequalities in health. Document présenté au Storting.* Oslo, Ministère norvégien de la Santé et des Services de soins, 2007 (Report No. 20 (2006–2007); <http://www.regjeringen.no/en/dep/hod/Documents/regpubl/stmeld/2006-2007/Report-No-20-2006-2007-to-the-Storting.html?id=466505>, consulté le 19 juillet 2008).
7. Smith G et al. Genetic epidemiology and public health: hope, hype, and future prospects. *Lancet*, 2005, 366:1484–1498.
8. Moran M. *Governing the health care state: a comparative study of the United Kingdom, The United States and Germany.* Manchester and New York NY, Manchester University Press, 1999.
9. Heath I. A general practitioner for every person in the world. *BMJ*, 2008, 336:861.
10. Busse R, Schlette S, eds. *Focus on prevention, health and aging, and health professions.* Gütersloh, Verlag Bertelsmann Stiftung, 2007 (Health Policy Developments 7/8).
11. Rothman DJ. *Beginnings count: the technological imperative in American health care.* Oxford and New York NY, Oxford University Press, 1997.
12. *Human resources for health database.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2008 (http://www.who.int/topics/human_resources_health/en/index.html).
13. *Santé mentale et soins de santé primaires – Rapport d'une étude de l'OMS.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2008 (sous presse).
14. Mullan F, Frehywot S. Non-physician clinicians in 47 sub-Saharan African countries. *Lancet*, 2007, 370:2158–2163.
15. Statistiques sanitaires mondiales 2008 (<http://www.who.int/whosis/en/>).
16. *Achieving universal health coverage: developing the health financing system.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2005 (Technical briefs for Policy-Makers No. 1; WHO/EIP/HSF/PB/05.01).
17. National Rural Health Mission. *Meeting people's health needs in rural areas. Framework for implementation 2005–2012.* New Delhi, Government of India, Ministry of Health and Family Welfare (<http://mohfw.nic.in/NRHM/Documents/NRHM%20-%20Framework%20for%20Implementation.pdf>, consulté le 4 août 2008).
18. *Initiative en faveur des pays pauvres très endettés (PPTÉ) et Initiative d'allègement de la dette multilatérale (IADM) – Etat d'avancement, 28 août 2007.* Washington DC, Fonds monétaire international, 2007 (<http://www.imf.org/external/np/pp/2007/eng/082807.pdf>, consulté le 12 mars 2008).
19. *Integrated community-based interventions: 2007 progress report to STAC(30).* Genève, Programme spécial Banque mondiale, OMS/PNUD de recherche et de formation concernant les maladies tropicales, 2008 (TDR Business Line 11).
20. Grodos D. *Le district sanitaire urbain en Afrique subsaharienne. Enjeux, pratiques et politiques.* Louvain-la-Neuve, Paris, Karthala-UCL, 2004.
21. Baser H, Morgan P. *Capacity, change and performance.* Maastricht, European Centre for Development Policy Management, 2008.
22. *Les examens de l'OCDE des systèmes de santé – Suisse.* Paris, Organisation de Coopération et de Développement économiques/Organisation mondiale de la Santé, 2006.
23. De Campos FE, Hauck V. Networking collaboratively: the experience of the observatories of human resources in Brazil. *Cahiers de sociologie et de démographie médicales*, 2005, 45:173–208.
24. The PHAMEU project. Utrecht, Netherlands Institute for Health Services, 2008 (<http://www.phameu.eu/>).
25. EQUINET Africa. Regional Network on Equity in Health in Southern Africa, Harare, 2008 (<http://www.equinet africa.org/>).
26. Hamilton M III et al. Financial anatomy of biomedical research. *JAMA*, 2005, 294:1333–1342.
27. *Community-directed interventions for major health problems in Africa: a multi-country study: final report.* Genève, Programme special Banque mondiale/OMS/PNUD/UNICEF de recherche et de formation concernant les maladies tropicales, 2008 (http://www.who.int/tdr/publications/publications/pdf/cdi_report_08.pdf, consulté le 26 août 2008).
28. *Rapport de l'UNESCO sur la science, 2005.* Paris, Organisation des Nations Unies pour l'Education, la Science et la Culture, 2005.
29. Tancharoensathien V, Jongdomsuk P, eds. *From policy to implementation: historical events during 2001-2004 of UC in Thailand.* Bangkok, National Health Security Office, 2005.
30. Biscaia A, Conceição C, Ferrinho P. *Primary health care reforms in Portugal: equity oriented and physician driven.* Paper presented at: Organizing integrated PHC through family practice: an intercountry comparison of policy formation processes, Bruxelles, 8–9 octobre 2007.
31. Hughes D, Leethongdee S. Universal coverage in the land of smiles: lessons from Thailand's 30 Baht health reforms. *Health Affairs*, 2007, 26:999–1008.
32. Jongdomsuk P. From universal coverage of healthcare in Thailand to SHI in China: what lessons can be drawn? In: Bureau international du Travail, Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) Gmbh, Organisation mondiale de la Santé. *Extending social protection in health: developing countries' experiences, lessons learnt and recommendations.* Document présenté à la Conférence internationale sur l'assurance-maladie sociale dans les pays en développement, Berlin, 5-7 décembre 2005. Eschborn, Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ), 2007:155–157 (<http://www2.gtz.de/dokumente/bib/07-0378.pdf>, consulté le 19 juillet 2008).
33. Tancharoensathien V et al. *Universal coverage in Thailand: the respective roles of social health insurance and tax-based financing.* In: Bureau international du Travail, Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) Gmbh, Organisation mondiale de la Santé. *Extending social protection in health: developing countries' experiences, lessons learnt and recommendations.* Document présenté à la Conférence internationale sur l'assurance-maladie sociale dans les pays en développement, Berlin, 5-7 décembre 2005. Eschborn, Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ), 2007:121–131 (<http://www2.gtz.de/dokumente/bib/07-0378.pdf>, consulté le 19 juillet 2008).
34. Maiga Z, Traore Nafo F, El Abassi A. *Health sector reform in Mali, 1989–1996.* Anvers, ITG Press, 2003.
35. Balique H, Ouattara O, Ag Iknane A. Dix ans d'expérience des centres de santé communautaire au Mali. *Santé publique*, 2001, 13:35–48.
36. Chaudhury RH, Chowdhury Z. *Achieving the Millennium Development Goal on maternal mortality: Gonoshasthaya Kendra's experience in rural Bangladesh.* Dhaka, Gonoproskashani, 2007.



Index

A

accidents de la route 7, 8, 76
Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce (ADPIC) 81
actions locales, point de départ de changements structurels 40
affections cardio-vasculaires 9
Afrique du nord
 professionnalisation des soins obstétricaux 17
Afrique du Sud
 jauges d'équité 92
 Programme de responsabilisation des familles et de formation des parents 5
Afrique sub-saharienne
 augmentation des dépenses au titre de la santé 111
 avortement, augmentation, mauvaises conditions 4
 déclaration d'Abuja 111
 PIB par habitant 7
 pratiques contraceptives 3–4
 professionnalisation des soins obstétricaux 17
Afrique
 pays à faible revenu en difficulté (LICUS) 5
 SSP remplacés par des services non réglementés 112
 voir aussi Afrique du Nord, Afrique du Sud, Afrique subsaharienne
aide officielle au développement sanitaire, flux annuel d'aide (2005) 96
Alimentation
 commercialisation de produits destinés aux enfants 76
 réduction de la teneur en sel 69–70
Alma-Ata *voir* Déclaration d'Alma-Ata sur les Soins de santé primaires
Amérique latine
 interventions ciblées 36
 Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) 35, 70, 94
 pas d'accès aux services 35
 professionnalisation des soins obstétricaux 17
Asie centrale
 professionnalisation des soins obstétricaux 17
Asie du Sud-est
 professionnalisation des soins obstétricaux 17
associations d'entraide 60
autorité et gestion efficace des affaires publiques 95–101
avortement, accès légal vs avortement à risque 69

B

Bangladesh
 Health Watch 93
 inégalités en matière de santé et de soins 10
 infrastructures de santé négligées 2–8
 ONG parapubliques 116
 programmes de crédits ruraux 52
 type d'exclusion 31
Belgique
 autorités locales et soutien de la collaboration intersectorielle 40
Bénin
 inégalités en matière de santé et de soins 10
Bolivie
 inégalités en matière de santé et de soins 10
Bosnie Herzégovine
 inégalités en matière de santé et de soins 10
Botswana
 inégalités en matière de santé et de soins 10
Brésil
 dialogue sur les politiques 90–91
 équipe de santé familiale 72
 observatoire et ressources humaines (OPS) 93–94
 prise en charge des maladies de l'enfants (PCIME) 71
bronchopneumopathie obstructive chronique 11
Burkina Faso
 capacité institutionnelle de gouvernance du secteur sanitaire 97
Burundi
 initiative en faveur des pays pauvres très endettés (PPTE) 111

C

Cambodge,
 externalisation des services de santé de district 34
 inégalités en matière de santé et de soins 10
Campbell Collaboration 79
Canada
 dialogue sur les politiques 90
 SRAS, création d'une agence nationale de la santé publique 68
cancer, dépistage 9
capacité de changement
 limitée dans les pays à revenu faible ou intermédiaire 96
 masse critique 95

- capacité institutionnelle et développement 80
 - comprendre le sous-investissement 76–77
 - décisions politiques impopulaires 77
 - occasions d'améliorer les politiques publiques 78–79
 - vers la santé 74–76
 - Caraïbes
 - professionnalisation des soins obstétricaux 17
 - cécité des rivières, OCP (Programme de lutte contre l'onchocercose) 114
 - centres de santé ruraux
 - réorganisation des horaires 46
 - technologies de l'information et de la communication 55
 - charge de morbidité chronique, prévention dans les pays en développement 69
 - Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé 18
 - Chili
 - atteindre les familles les plus pauvres 37
 - forfait de prestation en tant que droit opposable 109
 - mortalité des moins de 5 ans (1975 et 2006) 2
 - protection sociale ciblée 37
 - réforme des structures administratives 98
 - régime de garantie sanitaire explicite 93
 - systèmes d'information du secteur sanitaire 39
 - Chine
 - dépenses de santé 88
 - du désengagement au réengagement 88
 - flambée de SRAS en 2003 68
 - réforme rurale ambitieuse des SSP 98
 - Cochrane Collaboration 81
 - cohésion sociale 116
 - collaboration entre parties prenantes en vue de s'attaquer aux inégalités 92
 - Colombie
 - inégalités en matière de santé et de soins 6, 10
 - types d'exclusion 31
 - Commission des déterminants sociaux de la santé (CSDS) recommandations 73
 - Commission du Codex Alimentarius 81
 - Comores
 - inégalités en matière de santé et de soins 10
 - « complexe médico-industriel » 90
 - continuité des soins 58–59, 62
 - contrat social pour la santé 86–87
 - coopération technique, aide officielle au développement sanitaire 96
 - Costa Rica
 - « cadre impartial » des systèmes de santé 39
 - couverture universelle 28
 - réorganisation au niveau local, action d'envergure nationale 39
 - Côte d'Ivoire
 - inégalités en matière de santé et de soins 10
 - PIB 4
 - transmission mère-enfant du VIH 49–50
 - courbe de Preston, PIB par habitant et espérance de vie à la naissance dans 169 pays 4
 - coûts, hospitalocentrisme 12
 - couverture universelle 27–30
 - interventions ciblées en complément 36–37
 - meilleures pratiques pour progresser 28
 - obstacles 30–31
 - croissance du tourisme médical 108
 - croissance et paix 7
 - Cuba, mobiliser les ressources de la société 69
- D**
- dangers d'ordre sanitaire 18
 - décès liés au tabac 9, 76
 - Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires (1978) vii, xii–xiii, 38, 75
 - délivrance des soins de santé
 - cinq insuffisances courantes xiv
 - réorganisation des horaires des centres de santé ruraux 46
 - demande sociale, et environnement politique 39–40
 - dépenses de santé (THE) (2000–2005) 104
 - contribution du gouvernement, prépaiements privés et paiements directs 105
 - meilleurs résultats 6
 - pays/groupes 6
 - projection des dépenses de santé par habitant (2015) 108
 - taux de croissance 104
 - transferts conditionnels en espèces 36–37
 - dépenses mondiales
 - industrie pharmaceutique 12
 - matériel et instrumentations 12
 - pourcentage du PIB consacré à la santé (2005) 86
 - désengagement et ses conséquences 87
 - déterminants sociaux de la santé, commission 73
 - dialogue sur les politiques 90–96
 - expérience accumulée sur le terrain 94–95
 - diasporas 11
 - dispositifs conventionnels
 - professionnels des soins ambulatoires 60
 - SSP centrés sur la personne 47, 62
 - documentation et évaluation 79
 - dossiers médicaux électroniques 55
- E**
- économies
 - à croissance rapide du secteur sanitaire 107–109
 - à fortes dépenses de santé 104, 105–107
 - effets néfastes pour la santé des changements de conditions de travail 74
 - élimination des déchets toxiques 113
 - empoisonnement au plomb, évitable 75–76
 - engagement du personnel et réformes des SSP 115
 - enquêtes démographiques sanitaires 38–39

- environnement international, favorable au renouveau des SSP xix–xx
- environnement politique
- demande sociale structurée 39
 - et risques pour la santé 18
- Equateur
- inégalités en matière de santé et de soins 10
- EQUINET (Réseau régional pour l'équité en santé) 114
- Equipe de soins primaires, centre de coordination 60–61
- équité en matière de santé 16–17
- dépenses catastrophiques et paiement direct 26
 - jauges d'équité 92
 - mobilisation pour l' 37–40
 - populations autochtones et non autochtones 34–35
 - rôle central dans les SSP 26–27
- espérance de vie à la naissance
- dans 169 pays 4
 - tendances mondiales 4–5
- espérance de vie en bonne santé (EVCS) 6
- état civil 78
- état et système de soins de santé
- désengagement et ses conséquences 87–89
- « Etats fragiles »
- augmentation du financement extérieur 110
 - dépenses de santé par habitant 109
 - pays à faible revenu en difficulté (critères LICUS) 5
- Etats-Unis d'Amérique
- Alaska, réorganisation d'un centre médical 46
 - dépenses de médicaments par habitant 12
 - en faveur de l'égalité face à la santé 16
 - IRM, actes par habitant 12
- étendre les interventions prioritaires 31–32
- mise en place de réseaux 31–34
- Ethiopie
- agents de vulgarisation sanitaire 71
 - interventions préventives prioritaires 31
 - personnel sous contrat 14
- Europe centrale et orientale
- Communauté des Etats indépendants, désengagement des provisions 87
- Europe
- réseau régional pour l'équité en santé (EQUINET) 114
 - Soins de santé primaires en l'Europe (PHAMEU) 114
 - vague de chaleur (2003) 60
- évaluation d'impact, lignes directrices de l'Union européenne 79
- exhaustivité
- contribution à la qualité des soins et à de meilleurs résultats sanitaires 53
 - meilleure couverture vaccinale 54
- « expérience accumulée sur le terrain », initiative politique 94
- F**
- facteurs de risque
- charge morbide globale 9
 - pays en développement et charge de morbidité chronique 69–70
- Fédération de Russie
- PIB et santé 5
- Fidji
- populations isolées, dispersées 34–35
- financement public, transferts conditionnels en espèces 36–37
- voir aussi* dépenses des soins de santé
- Finlande
- disparités sanitaires 32
- forfaits essentiels, définition 29
- fragmentation des soins de santé 12, 13–14
- causes 56
 - flux financiers fragmentés et segmentation des prestations 89
- France
- disparités sanitaires 32
 - organisation d'entraide des diabétiques 52
 - réduction des accidents de la route 76
- G**
- gouvernance du secteur sanitaire, capacité institutionnelle 97
- grippe aviaire (H5N1) 73
- Guinée
- inégalités en matière de santé et de soins 10
- H**
- Haïti
- capacité institutionnelle de gouvernance du secteur sanitaire 97
- hospitalocentrisme 12
- coûts d'opportunité 12–13
- I**
- Inde
- dépenses de santé par habitant 109
 - mission nationale pour la santé rurale 116
 - mortalité des moins de 5 ans (1975 et 2006) 3
 - secteur privé prestataire de soins de santé 48
- Indonésie
- inégalités en matière de santé et de soins 10
- industrie du tabac, lutte contre le tabagisme 76
- industrie pharmaceutique, dépenses mondiales 12
- infection à VIH, transmission mère-enfant 49
- iniquités sanitaires 38–40
- attirer l'attention sur les 38–39
 - idées fausses 38–40
 - « la santé dans toutes les politiques » 68

Initiative

- d'allègement de la dette multilatérale 111
- « Iles-santé » 34
- UNICEF/WHO, prise en charge intégrée des maladies de l'enfant 50

injection, sécurité du patient 48

institutions (nationales)

- capacité de gouvernance du secteur sanitaire 97
- carence de l'autorité 95
- développement multicentre 80–81
- dialogue sur les politiques 90
- masse critique pour la capacité de changement 95–97
- transformation de la main d'œuvre 80

Instituts nationaux de santé publique 80–81

Association internationale des (IANPHI) 80

instruments au service de la réforme en faveur des SSP, systèmes d'information 91

interventions, étendre les 31–32

investigations, prescriptions inappropriées 58

investissements nationaux et revitalisation des soins de santé xx

invisibilité, naissances et décès non comptés 78

isolement des population dispersées 34–35

financement des soins de santé 34–35

J

Japon

imagerie par résonance magnétique (IRM) actes par habitant 12

jauge d'équité (système de collaboration entre parties prenantes en vue de s'attaquer aux inégalités en santé 92

K

Kenya

jauge d'équité 92

prévention du paludisme 68

L

Lesotho

inégalités en matière de santé et de soins 10

Liban

hospitalocentrisme et réduction des risques 12
initiatives en matière d'environnement des quartiers 52**M**

Madagascar

espérance de vie à la naissance 4
inégalités en matière de santé et de soins 10
mortalité des moins de 5 ans 3

maladies non transmissibles, causes de décès 8

maladies tropicales 114

Malaisie

mortalité des moins de 5 ans (1975 et 2006) 2
renforcement de 11 cadres de travailleurs prioritaires 71

Malawi

inégalités en matière de santé et de soins 10
migration des infirmières vers des emplois mieux rémunérés dans une ONG 14

Mali

capacité institutionnelle de gouvernance du secteur sanitaire 97
cercle vertueux de l'offre et de la demande de SSP 112
mise en place progressive des centres de santé communautaires 33–34
revitalisation des SSP (années 90) 116
marchandisation des soins de santé
alternatives à des services commerciaux dérégulés 35–36
conséquences pour la qualité et l'accès aux soins 14
et systèmes de santé dérégulés 11, 14–15, 111–112

Maroc

capacité institutionnelle de gouvernance du secteur sanitaire 97

mortalité des moins de 5 ans (1975 et 2006) 3
programme de lutte contre le trachome 75

matériel médical, dépenses mondiales 12

médecine ayurvédique, formation 48

médecine factuelle 48–49

médicaments

contrefaits 113
dépenses mondiales 12
homologation 107
Liste OMS des médicaments essentiels 70
politiques pharmaceutiques nationales 70

Mexique

couverture universelle 28
programme incitant à vieillir en restant actif 52

migrants internationaux 8

mise au point des produits 114

mondialisation

ajustement 81
interdépendance répondant aux nécessités et demandes locales 81

Mongolie

mortalité des moins de 5 ans (1975 et 2006) 3

mortalité

accidents de la route et maladies non transmissibles 8
causes de décès, statistiques 78
réduction de la mortalité des moins de 5 ans, par région, (1975 et 2006) 2–3

Moyen-Orient

professionnalisation des soins obstétricaux 17

Mozambique

inégalités en matière de santé et de soins 10

N

- Nairobi
 - taux de mortalité des moins de 5 ans 8
- naissances et décès, état civil 78
- Népal
 - dynamique communautaire des groupes de femmes 59
 - inégalités en matière de santé et de soins 10
 - PIB et espérance de vie 4
- Nicaragua
 - types d'exclusion 31
- Niger
 - dialogue actif avec les patients 46–47
 - inégalités en matière de santé et de soins 10
 - infrastructures sanitaires négligées 30
 - réorganisation des horaires dans les centres de santé ruraux 46
 - types d'exclusion 31
- Norvège
 - stratégie nationale pour réduire les inégalités sociales 106
- Nouvelle-Zélande
 - dépenses annuelles en produits pharmaceutiques 70

O

- Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) 3, 111
- onchocercose, Programme de lutte contre l' (OCP) 111, 114
- Organisation mondiale de la Santé
 - liste OMS des médicaments essentiels* 70
 - Septième groupe de réflexion des hauts dirigeants de la santé 77
- Organisation mondiale du Commerce (OMC) accords commerciaux négociés 81
- Organisation panaméricaine de la Santé (PAHO) 35, 70, 94
- Osler, W., citation 46
- Ouganda
 - allocations de ressources aux districts 34
 - augmentation du recours aux services de santé 30

P

- Pakistan
 - Lady Health Workers 71
- paludisme 68, 114
- pandémie de SRAS, agence nationale de la santé publique 68
- pathologies multiples 9
- pays
 - à croissance rapide du secteur sanitaire 105–109
 - à faible revenu en difficulté (LICUS) 5
 - à faibles dépenses de santé 105
 - et faible croissance du secteur sanitaire 105, 109–113
 - à fortes dépenses de santé 105–107
 - développés, charge de morbidité chronique mondiale 69
 - pauvres très endettés (PPTTE) initiative en faveur des 111

- Pérou
 - inégalités en matière de santé et de soins 10
- Philippines
 - inégalités en matière de santé et de soins 10
- PIB
 - croissance du PIB xx
 - espérance de vie à la naissance, 169 pays 4
 - pourcentage du PIB consacré à la santé (2005) 86
 - tendance du PIB et espérance de vie à la naissance (133 pays) 5
- plaidoyer en faveur de l'amélioration de la santé 39
- politiques publiques 67–87
 - question de ressources humaines 71
- populations autochtones et non autochtones, inégalités en matière de santé 36
- populations vieillissantes 9
- Portugal
 - facteurs de réduction de la mortalité 3
 - mortalité des moins de 5 ans 2
 - plan national de santé (2004–2010) 97
- pouvoirs publics
 - réformes des SSP par l'entremise des 86–90
 - institutions parapubliques, participation et négociation 89–90
- prépaiement et mise en commun des cotisations 29–30
- prestataire
 - régulier, point d'entrée des SSP 56–57, 58, 62
 - soins primaires, responsable 62
- prévalence des pratiques contraceptives, Afrique subsaharienne 3–4
- prise en charge intégrée des maladies de l'adolescent et de l'adulte (PCIMAA) 111
- production de connaissances 113–115
- professionnalisation
 - participation et négociation 89–90
 - soins ambulatoires 60
 - soins obstétricaux 17, 31
- programme de lutte contre le trachome 75
- Programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales (TDR) 114
- programmes de lutte contre la maladie 18
 - retour sur investissement 13
 - vs SSP centrés sur la personne 47
- protection sociale ciblée 37

R

- recherche
 - GAVI (renforcement des systèmes de santé) 114–115
 - mise au point des produits 114
- réduction des risques
 - sécurité des patients 48
 - vs hospitalocentrisme 12–13

- réduction du sel dans les aliments 69–70
 - réformes des SSP
 - adaptées à la situation 104–105
 - économies
 - à croissance rapide du secteur sanitaire 107–109
 - à fortes dépenses de santé 105–107
 - à faibles dépenses de santé et à faible croissance du secteur sanitaire 109–113
 - engagement du personnel 115
 - mobiliser les moteurs de la réforme 113–116
 - participation de la population 115–116
 - quatre séries de réformes xvi
 - Région de l'Asie du sud-est (SEARO) 80–81
 - répondre à la demande, soins ambulatoires 58–59
 - République de Corée
 - couverture universelle 28
 - République démocratique du Congo
 - capacité institutionnelle de gouvernance du secteur sanitaire 97
 - « chirurgie safari » 15
 - coupes budgétaires 7
 - restauration de l'autorité dans le domaine sanitaire au lendemain d'une guerre 99
 - robustesse des systèmes de santé pilotés par les SSP 33
 - République islamique d'Iran
 - couverture SSP en milieu rural 32
 - Réseau international d'Epidémiologie clinique 78
 - réseaux de soins primaires 57–62
 - point d'entrée 56–57
 - relocalisation 58
 - rôle de coordination (ou filtrage) des soins ambulatoires professionnels 60
 - Royaume-Uni
 - carrière dans les SSP 71
 - commission législative sur les Pauvres (1830) 37–38
 - observatoires de la santé publique 93
 - « zones d'action sanitaire » 40
- S**
- santé des femmes
 - avortement légal 69
 - participer aux décisions qui affectent leur propre santé 52
 - prévalence des pratiques contraceptives, Afrique sub-saharienne 3–4
 - réponse des soins de santé à la violence 51
 - soins obstétricaux, professionnalisation 17
 - santé, élément du développement et de la cohésion sociale 116
 - sécurité des patients et meilleurs résultats 48
 - Sénégal
 - empoisonnement au plomb 75–76
 - Septième Groupe de réflexion (Future Forum) des hauts dirigeants de la santé 77
 - services commerciaux dérégulés 35–36
 - services forfaitaires, définition 27
 - Singapour
 - compte épargne santé Medisave 55–56
 - soins ambulatoires
 - dispositifs conventionnels, professionnels 60
 - généralistes de proximité 58
 - généraliste vs spécialiste 58
 - soins centrés sur la personne 17–18, 46–47
 - accès universel 108
 - dialogue sur les politiques 90–94
 - et participation communautaire 89
 - qualité des soins/meilleurs résultats 52
 - satisfaction du prestataire 51
 - vs soins de santé conventionnels 47
 - soins de santé primaires
 - actions globales et intégrées 53–54
 - capacité de réponse rapide 73
 - caractéristiques 48–57, 62
 - centrés sur la personne
 - et satisfaction du prestataire 50–51
 - vs soins de santé conventionnels 47
 - comment l'expérience a fait évoluer le mouvement xv
 - comprendre le sous-investissement 76–77
 - contexte où les ressources sont abondantes xviii
 - continuité des soins 54, 56
 - exhaustivité 53–54
 - organiser des réseaux de SSP 57–61
 - participation des patients 52
 - prestataire régulier et de confiance comme point d'entrée 56–57
 - programmes prioritaires 71–72
 - réforme des SSP par l'entremise des pouvoirs publics 86–90
 - réformes, suscitées par la demande 19–20
 - réseautage au sein de la collectivité 61
 - réseaux, réduire les disparités 31–33
 - responsabilité pour une population bien identifiée 58–60
 - stratégies diverses 27
 - suivre les progrès 62
 - valeurs sociales et réformes correspondantes 18
 - soins obstétricaux 17
 - donner les moyens aux patients de participer aux décisions qui affectent leur propre santé 52
 - professionnalisation 17, 31
 - stratégie pour la réduction de la pauvreté (DSRP) 98
 - Sultanat d'Oman
 - investissement dans un service national de santé 2
 - mortalité des moins de 5 ans (1975 et 2006) 3

- systèmes d'information
 - instruments au service de la réforme en faveur des SSP 91
 - réforme en faveur des SSP et 91
 - renforcement du dialogue sur les politiques 91–94
 - systèmes de prépaiement 110
 - systèmes de santé
 - atténuer les effets des iniquités sociales 39–40
 - compte épargne santé (Medisave) 55–56
 - condamnés à une inefficacité intolérable 11
 - définition des forfaits essentiels 29
 - détournés des valeurs fondamentales des SSP 11
 - éléments constitutifs 70
 - évolution
 - des valeurs et nouvelles attentes 15–19
 - du mouvement des SSP xv
 - fonctions essentielles 70
 - inadéquation entre attentes et prestations xviii
 - inégalités en matière de santé et de soins 10, 16, 26–27, 37–38
 - insuffisance de la prévision et lenteur des réactions 9–10
 - réformes des SSP nécessaires (4 groupes) xvi
 - simplification dangereuse là où les ressources sont limitées xviii
 - soins centrés sur la personne 17–18
 - trois tendances préoccupantes xiii
 - vers une couverture universelle 27–30
 - voir aussi Soins de santé primaires
 - systèmes nationaux d'information sanitaire, dialogue sur les politiques 91–94
- T**
- Tadjikistan
 - mortalité des moins de 5 ans (1975 et 2006) 3
 - Tanzanie
 - affectation de fonds communs aux districts 34
 - inégalités en matière de santé et de soins 10
 - plan de traitement négocié pour la maternité sans risque 52
 - taxes sur le tabac 70
 - Tchad
 - infrastructures de santé négligées 30
 - types d'exclusion 31
 - technologies de l'information et de la communication 55
 - tendances mondiales
 - espérance de vie 4
 - qui mettent à mal la réaction des systèmes de santé 11–12
- Thaïlande
 - couverture universelle 28
 - décennie pour le développement des centres de santé 90
 - déclaration sur les droits des patients 52
 - dialogue sur les politiques 90
 - Forum sur la réforme des soins de santé 90
 - mortalité des moins de 5 ans (1975 et 2006) 2
 - prescriptions d'investigations inappropriées 58
 - réforme des 30 bahts, de couverture universelle 94
 - renforcement du dialogue sur les politiques à la lumière d'innovations issues du terrain 94
- transferts conditionnels en espèces 36–37
- Tunisie
 - capacité institutionnelle de gouvernance du secteur sanitaire 97
- Turquie
 - couverture universelle 28
 - reconversion professionnelle des infirmières et des médecins 71
 - types d'exclusion 31
- U**
- Union européenne
 - impératifs techniques et homologation des nouveaux produits 107
 - lignes directrices en matière d'évaluation d'impact 79
- unités de gestion des projets 96
- usager, services ambulatoires 26
- V**
- vaccination, couverture 54
- vague de chaleur, Europe (2003) 60
- VIH/sida, continuité des soins 72
- « villes-santé et municipalités-santé » 76
- Z**
- Zaïre
 - coupures budgétaires 7
- Zambie
 - coupures budgétaires 7
 - espérance de vie à la naissance 4
 - inciter les agents de santé à servir en zones rurales 71
 - mortalité des moins de 5 ans (1975 et 2006) 3
- Zones d'action sanitaire, Royaume-Uni 40

Bureaux de l'Organisation mondiale de la Santé

Siège

Organisation mondiale de la Santé

Avenue Appia 20
1211 Genève 27, Suisse
Téléphone: (41) 22 791 21 11
Facsimile: (41) 22 791 31 11
Adresse électronique: info@who.int
Site Web: <http://www.who.int>

Bureau régional OMS de l'Afrique

Cité du Djoué
P.O. Box 06
Brazzaville, Congo
Téléphone: (47) 241 39100
Facsimile: (47) 241 39503
Adresse électronique: regafro@whoafr.org
Site Web: <http://www.afro.who.int>

Bureau régional OMS des Amériques/ Organisation panaméricaine de la Santé

525, 23rd Street N.W.
Washington, D.C. 20037, Etats Unis d'Amérique
Téléphone: (1) 202 974 3000
Facsimile: (1) 202 974 3663
Adresse électronique: postmaster@paho.org
Site Web: <http://www.paho.org>

Bureau régional OMS de l'Asie du Sud-Est

World Health House
Indraprastha Estate
Mahatma Gandhi Road
New Delhi 110002, Inde
Téléphone: (91) 112 337 0804/09/10/11
Facsimile: (91) 112 337 0197/337 9395
Adresse électronique: registry@searo.who.int
Site Web: <http://www.searo.who.int>

Bureau régional OMS de l'Europe

8, Scherfigsvej
2100 Copenhague Ø, Danemark
Téléphone: (45) 39 17 17 17
Facsimile: (45) 39 17 18 18
Adresse électronique: postmaster@euro.who.int
Site Web: <http://www.who.dk>

Bureau régional OMS de la Méditerranée orientale

WHO Post Office
Abdul Razzak Al Sanhoury Street
Nasr City
Le Caire 11371, Egypte
Téléphone: (202) 670 25 35
Facsimile: (202) 670 24 92 ou 670 24 94
Adresse électronique: postmaster@emro.who.int
Site Web: <http://www.emro.who.int>

Bureau régional OMS du Pacifique occidental

Boîte postale 2932
Manille 1099, Philippines
Téléphone: (632) 528 8001
Facsimile: (632) 521 1036, 526 0279
Adresse électronique: postmaster@wpro.who.int
Site Web: <http://www.wpro.who.int>

Centre international de Recherche sur le Cancer

150, cours Albert-Thomas
69372 Lyon Cédex 08, France
Téléphone: (33) 472 73 84 85
Facsimile: (33) 472 73 85 75
Adresse électronique: webmaster@iarc.fr
Site Web: <http://www.iarc.fr>



REFORMES DES SOINS DE SANTE PRIMAIRES

A l'heure où ils cherchent à renforcer leurs systèmes de santé, les pays se tournent de plus en plus vers les soins de santé primaires (SSP) pour trouver une orientation nouvelle et plus claire. *Le Rapport sur la santé dans le monde, 2008* analyse la façon dont les réformes des soins de santé primaires, fondées sur les principes d'accès universel, d'équité et de justice sociale, constituent une réponse essentielle aux défis sanitaires d'un monde en évolution rapide et aux attentes croissantes des pays et de leurs citoyens en matière de santé et de soins.

Le Rapport identifie quatre séries indissociables de réformes des SSP qui visent à : assurer l'accès universel et la protection sociale afin d'améliorer l'équité en matière de santé ; réorganiser la prestation des services en fonction des besoins et des attentes de la population ; rendre les collectivités plus saines grâce à de meilleures politiques publiques ; et remodeler le leadership pour la santé autour de gouvernements plus efficaces et de la participation active des principaux acteurs.

Ce Rapport arrive 30 ans après la Conférence d'Alma-Ata en 1978 sur les soins de santé primaires, qui a décidé de s'attaquer dans tous les pays aux inégalités en santé « politiquement, socialement et économiquement inacceptables ». Bien des progrès ont été accomplis à cet égard : si les enfants continuaient à mourir au même rythme qu'en 1978, on aurait enregistré 16,2 millions de décès d'enfants en 2006 au lieu de 9,5 millions. Les progrès en matière de santé sont cependant profondément inégaux, de nombreuses populations désavantagées restant de plus en plus à la traîne ou perdant même du terrain.

Parallèlement, la nature des problèmes sanitaires change de manière spectaculaire. L'urbanisation, la mondialisation et d'autres facteurs accélèrent la transmission des maladies contagieuses à travers la planète et alourdissent la charge des maladies chroniques. Le changement climatique et l'insécurité alimentaire auront des répercussions importantes sur la santé ces prochaines années, créant des obstacles énormes à la mise en œuvre de mesures efficaces et équitables.

Dans ces conditions, les services de santé ne peuvent plus continuer comme si de rien n'était. Nombre d'entre eux semblent dériver d'une priorité à court terme à l'autre, d'une manière de plus en plus fragmentée et sans savoir très bien où ils vont.

Heureusement, le contexte international actuel est favorable à un renouveau des SSP. La santé mondiale fait l'objet d'une attention sans précédent. On observe un intérêt croissant pour l'unité d'action et de plus en plus de voix plaident en faveur de soins universels et complets, ainsi que pour que la santé soit présente dans toutes les politiques. Les attentes n'ont jamais été aussi fortes.

En tirant parti de cette dynamique, investir dans les réformes des soins de santé primaires peut permettre de transformer les systèmes de santé et d'améliorer partout la santé des individus, de leurs familles et de la collectivité dans son ensemble. Pour tous ceux qui s'intéressent aux progrès que peut faire la santé au XXI^e siècle, la lecture du *Rapport sur la santé dans le monde, 2008* est donc incontournable.

ISBN 978 92 4 256373 3



9 789242 563733