

WHO/HSC/88.1
Distr.: générale

Progrès en période d'austérité

Appui économique aux stratégies
nationales de la Santé pour tous

Un précis des Discussions Techniques de 1987

Organisation Mondiale de la Santé
Genève

Table des matières

	Page
Introduction	4
La récession économique	9
L'évaluation des progrès	11
L'austérité impose la rigueur	12
La participation des communautés	16
La maîtrise des coûts	18
La recherche de l'équité	20
Le plan de financement	22
La mobilisation des ressources	25
Une meilleure utilisation des ressources	27
La nécessité d'agir	31

Introduction

La situation économique mondiale s'est détériorée au cours de ces dix dernières années. Dans de nombreux pays, le budget de la santé a été fortement réduit alors même que des ressources supplémentaires sont nécessaires pour édifier et entretenir des systèmes nationaux de santé fondés sur les soins de santé primaires; comment, dans ces conditions, assurer et financer la prestation des soins de santé primaires pour subvenir aux besoins prioritaires de l'ensemble de la population et plus spécialement des groupes défavorisés? Tant que l'on aura pas répondu à cette question, la couverture de la totalité de la population pour les soins de santé primaires risque de demeurer utopique. Si, dans l'immédiat, les réductions posent des problèmes majeurs, il n'en reste pas moins vrai qu'à plus long terme, la recherche de ressources pour les soins de santé primaires pourra donner aux pays des occasions nouvelles de reconsidérer la manière dont ils utilisent leurs ressources.

Pour répondre au besoin qu'éprouvent les Etats Membres de l'Organisation mondiale de la Santé de développer et d'améliorer leur capacité économique dans le secteur de la santé, des discussions techniques sur le thème "l'appui économique aux stratégies nationales de la santé pour tous" ont eu lieu du 6 au 8 mai 1988 lors de la Quarantième Assemblée mondiale de la Santé sur les quelques 420 participants (dont 40 ministres de la santé), nombreux étaient ceux qui représentaient les secteurs de la santé, de la planification, du développement et des finances, des organismes bilatéraux et multilatéraux, des organisations non gouvernementales et des établissements d'enseignement.

Le but des discussions était de clarifier les problèmes et de cerner les diverses possibilités d'action concernant la façon de mobiliser et d'utiliser au mieux les ressources lors de l'édification ou du

remodelage des systèmes de santé. Ainsi pourrait s'obtenir une meilleure compréhension de l'équilibre à établir entre le coût de plans de santé efficaces et pratiques et les ressources sur lesquelles on pense pouvoir compter. Un document de base a été distribué aux participants afin de faciliter le déroulement des discussions.¹ La présente brochure reprend succinctement les exposés inauguraux, le résumé des discussions et les principales conclusions des quatre groupes de travail.

Nous avons décidé de diffuser largement le présent rapport pour soutenir l'appel à l'action lancé par les participants de ces discussions et pour exprimer la volonté de l'OMS de collaborer avec ceux qui se sont engagés à élargir le partenariat économique en faveur de la santé pour tous.

Dr M. Jancloes
Co-secrétaire

Dr S. Khanna
Secrétaire

¹ Référence bibliographique: Document de base des discussions techniques — Appui économique aux stratégies nationales de la santé pour tous (A40/Discussions techniques/2, mai 1987).

Remerciements

Le Secrétariat remercie M. F. Golladay et le Professeur Brian Abel-Smith de leur précieuse aide technique et M. John Polling, qui a assuré la mise au point rédactionnelle du présent rapport.

Nous sommes aussi reconnaissants aux autorités belges, au Gruppo Volontariato Civile of Bologna, Italie, à la Fondation Rhone-Poulenc Santé (France) et à l'Agency for International Development des Etats-Unis d'Amérique, qui ont apporté leur soutien aux discussions techniques.

Progrès en période d'austérité

Il y a 10 ans, à Alma-Ata, les Etats Membres de l'OMS se sont engagés à atteindre l'ambitieux objectif de la santé pour tous d'ici l'an 2000. Nous en sommes maintenant à mi-parcours, et les progrès ne semblent pas proportionnés au temps déjà écoulé. Dans certains pays, beaucoup meurent encore faute de recevoir les soins médicaux les plus élémentaires.

Mais les apparences peuvent être trompeuses. Les soins de santé primaires — moyen choisi pour atteindre l'objectif fixé — constituent une approche radicalement nouvelle qui va à l'encontre des concepts traditionnels. Il est évident qu'un changement de cap d'une telle ampleur, à réaliser dans le monde entier, prendra beaucoup de temps. En outre, la plupart des pays connaissent depuis quelques années une récession économique qui entraîne dans son sillage une réduction des ressources financières, absolument indispensables à la vie des services de santé. Les perspectives d'avenir s'assombrissent de plus en plus. *Où trouver dorénavant les appuis pour mettre en œuvre la stratégie de la santé pour tous?*

Telle était la question la plus importante à laquelle se sont trouvés confrontés en 1987 les délégués à l'Assemblée mondiale de la Santé; pour essayer d'y répondre, ils en ont fait l'objet de leurs discussions techniques. Il s'agissait de déterminer quels étaient les progrès réalisés jusque là dans l'instauration de la santé pour tous et de proposer les moyens de poursuivre dans cette voie même en période d'austérité.

La récession économique

Dans son allocution d'orientation le Dr Aldo Neri, d'Argentine, président des discussions techniques, s'est lancé immédiatement dans l'exposé des problèmes économiques qui font le plus obstacle à l'amélioration de l'état de santé.

Les temps sont durs pour les pays en développement en prises avec une surproduction de matières premières alors même que la demande de ces produits diminue parce que les industries modernes ont tendance à utiliser moins de matières premières exportées par les pays en développement. De ce fait, les prix ont baissé. Par ailleurs, les industries nouvelles sont en général plus grosses consommatrices de savoir-faire et de capital que de main-d'œuvre, ce qui réduit l'avantage dont bénéficiaient jusqu'ici les pays qui pouvaient offrir du travail à bon marché. En conséquence, la dette nationale a, dans le tiers monde, atteint des niveaux sans précédent. En Amérique latine, chaque habitant doit environ 1000 dollars aux centres financiers internationaux, somme qui, dans certains pays, représente une à deux années de revenu.

Ces problèmes se sont trouvés exacerbés par la course aux armements qui grève lourdement les budgets des pays riches et qui a entraîné inévitablement un relèvement des taux d'intérêt.

Les pays industriels doivent faire face à des crises qui leur sont propres, provoquées par la rapidité des technologies nouvelles et la nécessité de transformer les systèmes de production.

De l'avis du Dr Neri, la récession, dans l'ensemble, se fait sentir plus durement sur ce qui est essentiel que sur ce qui ne l'est pas.

On continue à traiter les patients, et on continue à utiliser du matériel de haute technologie et à prescrire des médicaments coûteux. Ce sont l'hygiène du milieu, les services de santé maternelle et infantile et les programmes de vaccination qui en pâtissent.

Les institutions de nombreux pays en développement ont besoin de faire peau-neuve. Les systèmes de sécurité sociale, par exemple, loin de bénéficier à l'ensemble de la population, comme dans les pays socialistes et capitalistes, y couvrent souvent des groupes de population beaucoup plus limités, provoquant ainsi la formation d'enclaves privilégiées.

La faim reste l'un des problèmes les plus répandus dans le monde, non pas tant parce que la nourriture manque, mais bien souvent parce qu'elle n'arrive pas à ceux qui en ont besoin. L'Amérique latine en est un exemple parfait: depuis longtemps la population a largement de quoi se nourrir; pourtant, 60% des enfants de moins de 5 ans présentent encore une insuffisance pondérale pour leur âge.

Cette anarchie des institutions de santé offre un triste exemple de gaspillage de ressources rares. Seule une approche globale qui mobiliserait le secteur privé, les systèmes de sécurité sociale et le secteur public permettrait d'aller réellement de l'avant. L'ensemble du problème doit faire l'objet d'un grand débat dans l'opinion publique.

Les ressources financières dont disposent les autorités sanitaires n'augmenteront vraisemblablement pas, mais elles produiront beaucoup plus d'effet si elles sont utilisées de façon efficace.

Cela dit, il ne s'agit pas simplement d'un "problème de quantité"; il faut faire preuve d'une certaine créativité et d'une certaine originalité pour voir s'il est possible de réaliser *autre* chose et rechercher quelles seraient les nouvelles démarches à adopter.

L'évaluation des progrès

En 1986, l'OMS a procédé à une évaluation des progrès réalisés dans la voie de la santé pour tous, et les 147 pays qui ont répondu à ses questions ont manifesté une grande volonté politique. Beaucoup avaient déjà pris des initiatives constructives mais, dans l'ensemble, les résultats étaient décevants en raison de l'instabilité politique généralisée, des catastrophes naturelles, des conflits armés et de la forte croissance démographique. La récession économique qui sévit depuis 1980, la plus grave depuis 1929, s'accompagne d'un appauvrissement croissant. La santé publique n'y a pas échappé, et *les budgets de santé ont été réduits à une époque où l'appui à apporter aux soins de santé primaires nécessitait d'urgence des ressources supplémentaires.*

Cela dit, les facteurs économiques d'origine externe ne sont pas les seuls à blâmer. Peu de pays avaient entrepris les actions nécessaires pour développer l'appui économique à la santé pour tous et qu'exigerait leurs stratégies nationales, et encore moins identifié les sources de leur financement. *Il y avait très peu d'initiatives nouvelles en vue de mobiliser les ressources internes, et l'exploitation des ressources consacrées à la santé est restée inefficace car on s'était très rarement efforcé de réduire les gaspillages ou améliorer le rapport coût/efficacité.*

C'est clairement sur ce plan qu'il faut le plus imprimer un nouvel élan afin de traduire la volonté politique en une action qui se révèle utile.

Pour relever ce défi, les participants aux discussions techniques se sont surtout attachés à trouver les moyens d'accroître les ressources intérieures et de les utiliser au mieux.

L'austérité impose la rigueur

L'un des intervenants au cours de la séance inaugurale, M. Taieb Bencheikh, Ministre de la Santé du Maroc, a estimé pour sa part que la récession n'avait pas eu que des effets négatifs, et il a exposé, à titre d'exemple, les actions menées dans son pays. Les restrictions budgétaires ont forcé son ministère à repenser l'utilisation qu'il faisait de ressources limitées. *Il s'est d'abord intéressé aux hôpitaux* où régnait manifestement un certain laxisme. Les hôpitaux universitaires ont été dotés de conseils d'administration jouissant d'une autonomie financière totale. Ces conseils, composés de représentants de toutes les professions qui participaient à la vie de l'hôpital, ont reçu pleins pouvoirs pour débattre de tous les aspects de leur budget, du recrutement du personnel et des commandes de matériel. Ils ont également été mis en mesure de revoir les tarifs hospitaliers et de conserver les montants perçus. Sept hôpitaux régionaux de 500 lits se sont également vu accorder leur autonomie financière et ont été autorisés à conserver et utiliser leurs recettes. Mais de toute évidence,

le vrai problème, c'était de trouver de bons gestionnaires capables d'élaborer et d'appliquer un plan de gestion et d'utiliser les ressources de façon rationnelle.

L'enquête a aussi révélé qu'il n'existait aucune réserve de personnels d'intendance dûment formés, et c'est pourquoi il a été créé un service général d'intendance et conclu des contrats avec des sociétés privées pour la fourniture, la formation, l'engagement de personnel et l'entretien technique.

L'équipe chargée de revoir la situation s'est ensuite occupée d'améliorer la gestion des médicaments et des matériels. Tout d'abord, on a réduit le nombre des médicaments utilisés pour les affections les plus courantes dans les services de soins intensifs. En second lieu, on a mis en place un système informatisé de contrôle des dates d'expiration des stocks centraux de produits pharmaceutiques, ce qui a permis de réaliser des économies très appréciables. En troisième lieu, on a institué des règles d'achat plus rigoureuses afin d'éviter les pertes, atteignant parfois 40%, dues

au fait qu'on ne vérifiait simplement pas l'éventail des prix des produits offerts. Enfin, on a revu les méthodes employées afin d'assurer un meilleur acheminement des médicaments entre les producteurs et les consommateurs de province.

L'étude des méthodes de gestion du personnel a fait apparaître que les personnels médicaux et paramédicaux étaient beaucoup trop concentrés dans les villes, au détriment des localités moins peuplées, et ce problème est encore à l'étude. Le Ministère insiste dorénavant pour que le recrutement des spécialistes, des omnipraticiens et du personnel paramédical se fasse par concours. Les praticiens devront suivre des cours de recyclage nouvellement mis en place et un système général d'inspection permettra d'assurer un contrôle permanent des hôpitaux, des programmes et du personnel.

L'équipe a estimé que les insuffisances constatées par elle tenaient pour beaucoup à la médiocrité de l'information et du peu de moyens d'analyse existants aussi bien au Ministère que dans les centres de santé de district. Pour remédier à ces insuffisances, le Ministère a créé trois services chargés respectivement du traitement des données, des statistiques et de la méthodologie.

Certes, l'augmentation de l'efficacité et la réduction des gaspillages peuvent beaucoup contribuer à compenser les réductions budgétaires, mais il faut également étudier les moyens de mobiliser de nouvelles ressources à l'intérieur même du pays.

M. Bencheikh a déclaré que l'équipe avait d'abord cherché à cet effet à faire participer davantage le public. Les services de santé sont gratuits pour les indigents et le resteront, mais beaucoup de patients peuvent les payer eux-mêmes et plus encore sont couverts par la sécurité sociale. Ces deux derniers groupes sont en mesure de payer les soins qui leur sont dispensés, que ce soit en hôpital public ou en clinique. Les médecins appliquent un système qui consiste à faire payer par les patients qui en ont les moyens les médicaments délivrés gratuitement aux indigents. De ce fait, les médicaments prescrits ne grèvent pas le budget de la santé.

Les tarifs des hôpitaux n'avaient pas été revus depuis 20 à 25 ans, et l'on s'est rendu compte en les revoyant qu'ils ne suffisaient même pas pour couvrir les dépenses d'eau et d'électricité. On prépare actuellement une nouvelle tarification qui permettra jusqu'à un certain point de soulager le budget d'un poste particulièrement onéreux.

Le Maroc compte un grand nombre d'œuvres de bienfaisance très actives dans le domaine de la santé et bien placées pour contribuer à remédier au manque de ressources budgétaires. Les médecins se sont révélés très efficaces quand il s'agit de collecter des fonds auprès du secteur privé — surtout dans les grandes villes où le secteur économique est bien développé — et leur aide permet véritablement aux pouvoirs publics de concentrer leurs ressources limitées sur les services de santé primaires.

Des dispensaires, petits mais bien équipés, s'ouvrent en nombre toujours plus grand au Maroc, en particulier dans les grandes villes, et les pouvoirs publics en contrôlent relativement bien les dépenses. Par ailleurs, des omnipraticiens prêts à accepter des salaires relativement bas ou parfois même à recevoir leur rémunération en nature ouvrent des cabinets dans toutes les régions du pays. Le Gouvernement les encourage dans l'espoir que la médecine de campagne deviendra une caractéristique durable du paysage marocain.

Beaucoup de communes d'un millier d'habitants ou à peu près se proposent de prendre en charge la construction et l'administration d'infirmières et de centres de santé ruraux ainsi que le recrutement des médecins et du personnel paramédical. Le Ministre a accueilli favorablement ces initiatives, mais il estime qu'il vaudrait mieux, dans les grandes villes, laisser aux services municipaux de la santé le soin de recruter le personnel médical.

Le Maroc reçoit de l'extérieur une aide considérable, très appréciée et sans aucun doute utile, mais qui ne saurait, du fait de son incertitude, apporter une solution définitive aux problèmes du pays. Il emploie souvent des experts étrangers, dont les salaires sont payés à l'étranger, et doit parfois acheter des produits aux pays qui lui apportent leur assistance. Mais celle-ci présente un très gros inconvénient, à savoir son caractère arbitraire. Aucun

pays ne peut établir de plans en tenant pour acquis que l'aide reçue se maintiendra au même niveau; si cette aide fait défaut, des programmes importants dont l'effet commence à se faire sentir dans le public risquent de devoir être abandonnés.

M. Bencheikh a terminé son exposé par une suggestion qui pourrait être utile à tous les pays en développement: les organismes internationaux de financement devraient, parmi les conditions qu'ils imposent aux pays bénéficiaires, prescrire que ces derniers consacrent à la santé un certain pourcentage de leur budget. Ce pourcentage serait calculé en fonction du produit national brut, comme les déficits budgétaires ou ceux du commerce extérieur. Cela permettrait de mettre un terme à la baisse constante de la part du budget consacrée aux services de santé de base.

La participation des communautés

Deux des quatre intervenants à la séance plénière, le Dr Suwardjono Surjaningrat, Ministre de la Santé de l'Indonésie, et le Dr A. Chiduo, Ministre de la Santé et de la Protection sociale de la République-Unie de Tanzanie, ont l'un et l'autre insisté dans leur intervention sur l'importance de faire participer la communauté au relèvement des conditions sanitaires.

Selon les estimations, c'est la famille qui assure 50% des soins de santé dans n'importe quelle société. Les communautés sont également capables de s'attaquer aux causes fondamentales de la maladie, malnutrition, absence d'hygiène, eau non potable et insalubrité des logements, par exemple.

Les plans nationaux de développement ont souvent négligé la nécessité de faire appel aux communautés, alors que celles-ci disposent de ressources très appréciables d'ingéniosité, de main-d'œuvre, de matériaux ou d'argent, qui, utilisées dans un esprit créatif, ouvrent la voie à de nouvelles possibilités d'amélioration spectaculaire de l'état de santé.

Pourtant, jusqu'ici, la participation communautaire s'est souvent limitée à une aide en temps de crise, épidémies ou poussées de choléra par exemple. Rien n'indique pour le moment que les communautés aient conscience de la nécessité d'exercer une vigilance continue sur les problèmes de santé. Mais il ne faut pas méconnaître pour autant la facilité avec laquelle les communautés se mobilisent spontanément en faveur de la santé, par exemple celles qui prennent en charge les frais d'hospitalisation de certains de leurs membres ou celles qui construisent des infirmeries ou creusent des tranchées pour amener l'eau sous canalisation dans le cadre de programmes d'auto-prise en charge. Ce qu'il faut à l'avenir, c'est encourager la population à ne pas relâcher sa vigilance et à poursuivre ses efforts en vue de résoudre elle-même ses problèmes de santé, avec l'aide des personnels médico-sanitaires.

L'Indonésie et la République-Unie de Tanzanie ont l'une et l'autre mis en place un programme de services périphériques en zone rurale; c'est là un bon moyen de mobiliser la participation de la population à toutes les activités sociales, dont naturellement celles qui concernent la santé. En Indonésie, le programme a pris la forme d'antennes sanitaires polyvalentes organisées par la population locale mais avec les conseils des centres de santé. Ces antennes ont notamment pour rôle d'encourager la population à prendre ses propres dispositions pour veiller à la santé familiale, et de lui en donner des moyens.

Pour le Dr Chiduo la pierre de touche de l'engagement politique en faveur de la santé pour tous est à rechercher non pas dans les déclarations solennelles, ni les résolutions, les chartres, voire même les plans, mais dans le mode de répartition des ressources. Ce qu'il faut, c'est de considérer à la fois le volume des ressources de santé et la façon dont elles sont utilisées. Il s'agit non pas simplement du montant des crédits mais aussi du degré d'équité dans la répartition des sources. A cet égard, la République-Unie de Tanzanie est parvenue à quelques résultats spectaculaires. Dans les années 60 et les premières années 70, 80 à 90% environ de l'ensemble du budget étaient consacrés aux services hospitaliers et profitaient surtout à la population des villes où se trouvaient ces services. Par contre, en 1980, les hôpitaux absorbent moins de 60% du budget. De plus les ressources sont plus équitablement réparties entre zones urbaines et zones rurales. En 1971-72, 80% environ des ressources de santé étaient affectées aux premières et 20% aux secondes. Ces chiffres sont aujourd'hui de 58% et 42%.

La maîtrise des coûts

Le quatrième intervenant, le Professeur Brian Abel-Smith de la London School of Economics and Political Science (Angleterre), a exposé la situation telle qu'elle se présentait *en Europe, où l'expression clé est aujourd'hui "la maîtrise des coûts"*. De 1950 au milieu des années 70, les dépenses de santé ont augmenté jusqu'à 10% plus vite que le produit intérieur brut. Les autorités ont alors décidé qu'il fallait arrêter cette escalade.

La méthode utilisée pour la maîtrise des coûts a consisté à réglementer davantage les systèmes de santé, c'est-à-dire aussi bien la demande que l'offre.

En Europe de l'Est comme de l'Ouest, les pays se sont orientés vers un plus grand partage des frais ou paiement partagé, et certains vers la privatisation, c'est-à-dire plus de systèmes privés d'assurance ou plus de sous-traitances avec le secteur privé.

Du côté de l'offre, ce sont les hôpitaux qui ont constitué l'une des principales cibles en Europe occidentale, les budgets hospitaliers et la construction de nouveaux bâtiments faisant l'un et l'autre l'objet d'un contrôle rigoureux. Certains pays ont sciemment appliqué le concept de soins de santé primaires pour réduire les hospitalisations, notamment en abrégant la durée des séjours et en élaborant des formules de remplacement des soins hospitaliers traditionnels. L'achat de matériel médical coûteux est de plus en plus contrôlé.

Les dépenses de produits pharmaceutiques ont formé une deuxième cible. Sans aller aussi loin que la liste des médicaments essentiels de l'OMS, un nombre toujours plus grand de pays ont réduit la panoplie des médicaments qui peuvent être prescrits dans le cadre des systèmes nationaux d'assurance maladie ou des services nationaux de la santé. La promotion commerciale des médicaments fait l'objet d'une réglementation plus stricte, les ordonnances des médecins sont de plus en plus surveillées et les autorités encouragent la prescription de produits réellement bon marché en lieu et place de médicaments plus coûteux.

L'imposition de plafonds pour les dépenses de santé est de plus en plus fréquente, et certains pays délaissent les systèmes nationaux

d'assurance en faveur de services nationaux de la santé afin que le gouvernement central puisse exercer lui-même un contrôle financier direct. Cela dit, l'une des initiatives les plus audacieuses a été la limitation, imposée par les pouvoirs publics, des budgets d'hôpitaux *privés*. Les pays qui avaient une longue tradition des contrôles budgétaires ont freiné l'augmentation des dépenses. Dans certains d'entre eux, les compressions des budgets ont commencé à se faire durement sentir et les listes d'attente s'allongent pour les cas moins urgents.

L'heure est, de façon générale, à l'accroissement de l'efficacité et de la productivité ainsi qu'au calcul du coût des différents actes, avec également un plus large recours aux mécanismes du marché pour récompenser l'efficacité et stimuler la production. Il en va ainsi dans toute l'Europe.

La promotion de la santé est l'un des principaux slogans de la stratégie européenne de la santé pour tous. Prévenir la nécessité d'un traitement est certainement le meilleur moyen de limiter les coûts pendant les quelques décennies à venir.

La promotion de la santé passe par un changement des modes de vie individuels et collectifs, avec comme grands objectifs, les cigarettes, les accidents, l'alcool, l'alimentation, et plus récemment le SIDA. Au moins un pays d'Europe orientale est allé jusqu'à réduire la production d'alcool et de tabac tout en limitant les heures de vente et les occasions de consommation.

Plusieurs pays ont dressé des plans chiffrés des changements qu'ils envisagent d'apporter dans les soins aux personnes âgées et qui consisteraient à renoncer aux soins intensifs en hôpital au profit d'une formule moins coûteuse et plus orientée vers les soins à domicile, grâce en particulier au renforcement du système de soins primaires qui ferait une large place à la promotion de la santé. Ces propositions revêtent une grande importance en Europe dont la population a tendance à vieillir rapidement plutôt qu'à augmenter. Les personnes âgées ont besoin de beaucoup plus de soins que celles qui sont encore à la fleur de l'âge, et le vieillissement entraîne chaque année une augmentation de 0,5 à 1% des dépenses s'il fallait maintenir la santé à un niveau égal.

La recherche de l'équité

Aux exposés des quatre intervenants invités a succédé un débat général sur les moyens d'obtenir un appui économique à la stratégie de la santé pour tous. Le débat a surtout porté sur *les ressources intérieures*, considérées comme finalement plus assurées que celles provenant de l'étranger, surtout en période de restrictions financières.

L'équité, sur laquelle s'appuie le système de valeurs implicite dans l'objectif de la santé pour tous, appelle une redistribution des revenus et des prestations, plus facile à réaliser en période de forte croissance économique qu'en période de récession. Pour l'heure, les perspectives de croissance économique ne sont pas très brillantes, et

il est des plus urgents de trouver les voies et moyens de sauvegarder l'équité.

A quelques exceptions près, la plupart des pays pauvres se trouvent confrontés à un dilemme: investir directement dans la santé ou indirectement dans des secteurs parallèles, nutrition ou approvisionnement en eau par exemple. Seules les conditions locales détermineront les priorités.

Dans la plupart des pays en développement, ce sont les responsables des budgets qui décident en dernier ressort de la répartition des ressources. En général, celles qui sont affectées au secteur de la santé sont faibles au regard des besoins de la stratégie de la santé pour tous. En fait, les plus hautes autorités politiques n'accordent pas toujours toute sa valeur au principe de l'équité en matière de santé, et il est peu probable qu'elles changent de priorités tant qu'elles n'auront pas la conviction que ce principe peut servir solidement de base à la croissance.

Ce qu'il faut surtout aujourd'hui, c'est éviter toute réduction massive des ressources de santé et *formuler des politiques de la santé qui puissent continuer de s'appliquer même en cas de ralentissement temporaire de l'activité économique*. Par ailleurs, il faut faire comprendre à l'opinion publique l'importance des services de santé afin qu'elle influe sur les décisions budgétaires.

On constate, dans de nombreux pays, une dichotomie: d'une part les pouvoirs publics assument la responsabilité des soins de santé primaires ainsi que de la promotion et de la protection de la santé, d'autre part les forces du marché prennent de plus en plus en charge les soins curatifs. Cela dit, si la déréglementation peut accroître l'efficacité, elle peut aussi provoquer l'apparition de groupes privilégiés, ce qui est contraire à l'équité. Pour certains participants, les pouvoirs publics ne devraient pas laisser limiter le champ de leurs responsabilités par les forces du marché mais devraient mettre l'accent sur l'établissement d'objectifs de santé en fonction des priorités.

Au vu de la situation constatée dans divers pays lorsqu'il s'est agi de mobiliser des ressources pour la santé, il est possible de proposer plusieurs formules:

- augmenter le prix des médicaments en veillant toutefois à ce qu'ils restent abordables;
- assurer la gratuité des diagnostics s'ils sont indispensables, mais les faire payer s'ils ne le sont pas;
- continuer à assurer des services de prévention gratuits;
- encourager la participation de la communauté aux activités de santé; et
- utiliser judicieusement les possibilités de coopération internationale tout en évitant la fragmentation des politiques et des services de santé.

Il faut encourager les investissements réalisés par des secteurs autres que celui de la santé. Les employeurs, par exemple, sont souvent disposés à financer des prestations de santé pour leurs personnels, et de nombreuses communautés sont prêtes à apporter leur contribution en espèces ou en nature.

La facturation des soins pourrait procurer des ressources supplémentaires, et une variante de cette formule consiste à ne faire payer que les prestations hospitalières et que ceux qui en ont les moyens. Toutefois, certains participants ont estimé que cela aboutirait à de nouvelles entorses à l'équité qui léseraient les indigents sans pour autant augmenter beaucoup les ressources. Il est clair cependant qu'il existe dans chaque système socio-économique diverses options politiques pour augmenter les ressources consacrées à la santé.

Le plan de financement

La préparation d'un plan d'action est une composante essentielle de la stratégie de la santé pour tous, et il faut clairement mettre en évidence les implications financières de chaque politique de la santé. Concevoir le futur profil du secteur de la santé revient à prévoir l'évolution probable du tissu économique et social du pays. Les changements qui interviendront dans la composition démographique et dans la physionomie de l'agriculture, de l'industrie et de l'emploi se feront sentir à la fois sur les besoins et les possibilités de réalisation de la santé pour tous. Dans toute planification, il faut absolument mobiliser le public, les personnels de santé et les autres secteurs afin d'éviter une centralisation excessive.

Les principales étapes de la planification financière sont les suivantes:

- déterminer les dépenses à la charge des services de santé, aussi bien publics que privés;
- évaluer les dépenses d'investissement et dépenses renouvelables liées à l'évolution prévue des activités prévues durant le plan;
- recenser toutes les sources de financement possibles, évaluer les crédits probablement indispensables, la mesure dans laquelle ils seront acceptés et les possibilités administratives de les obtenir.
- comparer les recettes et les dépenses prévues et revoir les objectifs et les stratégies afin de parvenir à un équilibre.

Beaucoup de pays n'ont pas encore établi de plans de cette nature. Ils éprouvent de réelles difficultés de planification financière en raison des impondérables économiques, de la pénurie d'experts et de l'insuffisance de l'information. L'un des moyens de s'attaquer au problème consiste à effectuer une analyse rétrospective des dépenses et des financements de tout le secteur de la santé au cours des dernières années en tenant compte du secteur privé, du secteur public et de la sécurité sociale. Cela donnera une bonne idée de ce à quoi on peut s'attendre.

Pour établir une planification réaliste, il faut avant tout rapporter les priorités de la santé aux ressources disponibles.

Les plaintes concernant le manque de ressources s'inscrivent souvent dans un contexte de gaspillage évident de moyens matériels ou de main-d'œuvre. Le présent rapport a déjà exposé plusieurs options pour combler le déficit des ressources, mais il faut considérer soigneusement chacune de ces options pour en déterminer l'impact dans la perspective de l'équité. Les pays auraient sur ce point beaucoup à apprendre les uns des autres.

La réussite dépend non seulement de la qualité de la planification au niveau des ministères, mais aussi de celle de la planification et de la gestion dans les provinces et les districts, et il faut tenir pleinement compte des plans locaux dans la planification nationale. Sur ce point, il faut souvent renforcer les capacités du personnel local par une formation spéciale. De plus, une planification nationale qui se concentrerait sur le secteur public et négligerait l'apport du secteur privé aboutira à une sous-estimation de la capacité globale du pays à assurer des prestations de santé.

Même dans les pays à revenu moyen, le ministère de la santé manque souvent d'informations actuelles adéquates sur la situation du budget. Peu de pays font appel aux méthodes de budgétisation des programmes pour planifier leurs ressources. Ce manque de capacité à tous les niveaux, s'agissant de l'évaluation financière du plan de santé projeté, constitue, de l'avis de tous, un obstacle majeur à la réalisation de la stratégie de la santé pour tous. *Les systèmes d'assurance et de sécurité sociale atténuent quelque peu l'incertitude qui plane sur les futurs moyens financiers. Les systèmes d'assurance permettent également de protéger les populations vulnérables grâce aux apports des travailleurs.* L'ampleur et l'acceptabilité de ce transfert doivent faire l'objet d'une décision politique.

Il ne faut pas perdre de vue que la planification doit conserver une certaine souplesse afin de permettre autant la révision des objectifs dans un cadre général que la saisie d'aubaines imprévues

Les participants dont les pays avaient récemment amélioré leurs plans financiers ont insisté sur ce point.

Un engagement politique soutenu est indispensable. Les participants ont cité des exemples de résistance aux plans à la fois par les prestataires et les bénéficiaires des services de santé. L'expérience acquise dans les pays développés a montré que si les prestataires n'ont pas la conviction qu'un plan financier sert les intérêts de leurs patients, ils dépasseront simplement les crédits qui leur sont alloués, et ce faisant compromettent l'exécution du plan. De même sur le plan local si les plans ont fait l'objet de peu de débats, les usagers n'en tiendront pas compte et accorderont une préférence pour les soins en hôpital plutôt que pour les soins communautaires comme on a pu l'observer.

Les changements à apporter dans le système de santé représentent certaines dépenses dont il faut estimer le montant dans la planification. *Le recyclage et le redéploiement des personnels forment le plus gros poste de dépenses renouvelables du secteur de la santé, et ils ne peuvent aboutir si le coût n'en est pas inscrit dans le budget.* Une grande partie des personnels de santé devraient être compétents à la fois en planification et en gestion financières. La formation de tous les agents sanitaires devrait leur apprendre à apprécier les répercussions économiques du diagnostic et du traitement. L'économie de la santé, la planification financière et la gestion devraient faire partie des cours de santé publique et d'administration de la santé, et les pouvoirs publics devraient y veiller. Lorsqu'il s'agit de tâches plus spécialisées, par exemple, la planification et la budgétisation, le personnel administratif et le personnel de gestion devraient acquérir une expérience plus approfondie de l'économie sanitaire. Une simple licence d'économie ne suffit pas pour savoir planifier des systèmes de santé; il faut la compléter par une formation spéciale à l'économie de la santé. Il serait très souhaitable que de meilleures relations s'instaurent entre économistes et décideurs dans le domaine de la santé, et ces derniers devront apprendre à être plus sensibles aux questions économiques.

La mobilisation des ressources

De plus en plus de gouvernements éprouvent des difficultés à maintenir la gratuité des soins pour tous, et les débats ont clairement dégagé un consensus sur la nécessité de découvrir de nouvelles sources de financement. *C'est la contribution des consommateurs de soins qui constitue la principale source sous-exploitée, et pratiquement tous les pays étudient maintenant les moyens d'augmenter cette contribution.* Les études effectuées dans de nombreux pays ont fait apparaître que les familles consacrent une partie relativement élevée de leurs revenus pour leur santé et s'exposent à des dépenses supplémentaires dues aux déplacements et aux pertes de productivité. Au lieu de dépenses laissées à l'arbitraire, la contribution des consommateurs de soins pourrait prendre la forme de paiement à l'acte ou de cotisations à des systèmes d'assurance maladie ou de sécurité sociale.

Cela dit, si l'on fait davantage appel à ces sources de financement, il faut prévoir des exemptions au profit de certains groupes tels que les indigents, les enfants, les femmes en âge de procréer, les femmes âgées dont la capacité de paiement est très limitée et les victimes de maladies chroniques ou invalidantes. Ces groupes doivent être protégés et soignés à l'aide de fonds publics. En outre, c'est également l'Etat qui continuera généralement à assurer les services de lutte contre la propagation des maladies, c'est-à-dire en particulier les services de vaccination et de contrôle de l'approvisionnement en eau.

Il serait également possible d'obtenir d'autres ressources par le biais d'un financement communautaire direct: paiement volontaire, régimes d'assurance informels, travail bénévole et fonds de roulement. Le secteur privé de la santé et les groupements non gouvernementaux peuvent, eux aussi, contribuer substantiellement à l'ensemble des ressources de santé.

Il faut gérer avec soin les fonds réunis auprès de collectivités nombreuses pour le financement des prestations de santé afin d'en

assurer une bonne utilisation. Cela implique que tout système de collecte de fonds auprès du public doit être dûment justifié et contrôlé par un groupement local officiel, par exemple un comité de développement ou de santé communautaire. Ces mécanismes de comptabilisation et de vérification doivent rester simples de façon que le public puisse les comprendre et assure ainsi un contrôle supplémentaire sur la collecte et l'utilisation des fonds. Il faut également en observer les effets sur les prestataires de soins et modifier, si besoin est, les méthodes de gestion des fonds afin de leur conférer une plus grande efficacité et une plus grande équité. Il faudrait également exercer un contrôle sur les honoraires et les tarifs, en coopération avec les représentants des pouvoirs publics, ainsi que sur la sélection des prestations à rémunérer par des systèmes de partage des dépenses.

Il y a plus de chance que les patients apportent leur quote-part financière (et que les prestataires de services encaissent des recettes) s'il est clair que ce sont eux qui en profiteront.

Les fonds réunis dans le secteur de la santé ne devraient être utilisés que pour assurer des soins. Ils devraient rester sous le contrôle du secteur de la santé et non être reversés au gouvernement central qui les utiliserait pour financer des programmes publics. Cela dit, il se peut que les autorités de santé doivent, pour des raisons d'équité, assurer la redistribution des ressources entre d'autres régions du pays ou d'autres catégories socio-économiques. Elles devraient également dégager les ressources nécessaires pour satisfaire les besoins budgétaires des différentes composantes du secteur de la santé.

La facturation des soins, l'imposition de cotisations obligatoires à un régime d'assurance sociale ou à toute autre système payant similaire sont difficiles à faire admettre si les pouvoirs publics assuraient auparavant la gratuité des soins. Ce problème est particulièrement épineux lorsque les patients ne sont pas satisfaits de l'accessibilité aux soins ou de leur qualité. Les traitements facultatifs ou les services relativement peu demandés se prêteraient peut-être mieux à une facturation directe. Comme des réformes radicales du financement des soins de santé risquent de susciter une résistance politique, il semble plus indiqué d'introduire un système de facturation de façon progressive.

Une meilleure utilisation des ressources

L'idée que les ressources de santé ne sont pas utilisées de la façon la plus efficace est partout un souci général. Cette question est à considérer de toute urgence car

c'est en utilisant au mieux les ressources disponibles que l'on pourra améliorer de façon optimale le financement de la santé pour tous.

Il faut tout d'abord déterminer les éléments où l'on peut le mieux améliorer les choses, par exemple la gestion des financements, l'utilisation des personnels et leur compétence. Il faut formuler une série d'objectifs afin d'orienter le choix des éléments à partir desquels l'amélioration de l'utilisation des ressources commencera à être la plus efficace.

Le débat a fait ressortir certains thèmes communs qui présentent de l'intérêt aussi bien pour les pays en développement que pour les pays développés. Dans l'ensemble, les participants ont approuvé *l'utilisation d'incitations pour améliorer le comportement des prestataires de services, des personnels de santé, des usagers et des pouvoirs publics*. Un système de financement des services de santé judicieusement choisi peut vraisemblablement avoir un effet très stimulant, mais il faut tempérer la volonté d'efficacité par le souci de l'équité. Il ne faut pas perdre de vue que chaque dépense doit procurer un avantage et que chaque avantage a pour contrepartie une dépense. Pour utiliser au mieux les ressources existantes, l'administrateur doit peser le pour et le contre de façon à réduire les coûts au minimum et augmenter les prestations au maximum. Que les ressources augmentent ou diminuent, une bonne gestion du système de santé n'en suppose pas moins l'utilisation optimale des ressources afin d'obtenir les meilleurs résultats au moindre coût. La plupart des pays n'ont pas encore beaucoup avancé dans la conversion des systèmes classiques de soins de santé en systèmes bien ancrés sur les soins de santé primaires. Cela est en soi une cause de gaspillage en raison de l'importance exagérée que l'on continue à donner aux soins curatifs

qui mobilisent des ressources pour soigner la maladie après qu'elle s'est manifestée, au lieu de la prévenir, ce qui coûterait beaucoup moins cher.

La réorientation des systèmes de santé selon la stratégie de la santé pour tous appelle *une remise en question des rôles et des responsabilités du personnel à tous les niveaux afin de faire une large place aux soins de santé primaires*. Il faut également revoir le fonctionnement des établissements de soins, en particulier les hôpitaux, afin d'améliorer l'intégration des services, d'éviter la spécialisation excessive, d'étendre le champ d'action des personnels de santé et d'offrir une combinaison de soins curatifs, préventifs et éducatifs appropriée à la population. Il faut dans le même temps renforcer la formation en service afin d'améliorer les connaissances et compétences des personnels et les prédisposer aux soins de santé primaires.

La faiblesse des infrastructures et la médiocrité de la gestion, notamment dans les districts, compromettent sérieusement les soins de santé primaires à l'ensemble de la population, aussi bien dans les villes que dans les campagnes. Elles entraînent également le gaspillage et la mauvaise utilisation des ressources en faisant une trop large place à quelques prestations spécialisées, ce qui aggrave les insuffisances aux niveaux intermédiaires et laisse de côté les problèmes de santé prioritaires. Avec leurs structures actuelles, les organismes publics de santé ne parviennent pas très bien à coordonner leurs activités avec celles des organismes de santé non gouvernementaux ou privés, des organisations communautaires ou des secteurs tels que l'éducation, l'agriculture et l'approvisionnement en eau qui tous apportent une importante contribution à la santé. La concurrence entre organismes et services de santé peut provoquer des doubles emplois et des gaspillages. Il faut utiliser toutes les ressources, et non pas seulement celles du secteur public, pour améliorer l'état de santé de la population. Comme ces ressources sont dispersées entre différentes organisations, les pouvoirs publics doivent instaurer des liens de coopération avec elles.

Pour beaucoup de participants, il était clair qu'il fallait faire prendre conscience aux gouvernements de la nécessité immédiate d'améliorer du tout au tout le fonctionnement des services publics.

Les systèmes de santé fonctionnent souvent à un niveau suboptimal en raison de l'inadéquation des institutions ou du manque de stimulation. Les administrateurs de la santé doivent donc appliquer des méthodes d'évaluation du fonctionnement des systèmes de santé afin de pouvoir intervenir en temps opportun et de façon judicieuse. A cet effet, ils doivent établir des indices d'efficacité et de rentabilité et des étalons de mesure de la qualité des services. C'est là un autre domaine où il serait hautement souhaitable que les pays confrontent leurs expériences.

Les performances d'un système de santé dépendent surtout de la qualité de son personnel puisque ce sont les charges salariales qui constituent le plus gros poste de dépenses.

Le développement des personnels de santé consiste surtout à sensibiliser le personnel à la nécessité de l'efficacité et de la maîtrise des coûts des soins. La formation à ce genre de discipline serait plus facile si les méthodes d'enseignement se modernisaient grâce à de nouvelles formules telles que l'étude de la résolution de problèmes individuels dans le cadre de la communauté. Les participants se sont inquiétés de la progression des dépenses de santé dans le secteur privé, progression qui, à leur avis, devrait aller de pair avec une augmentation dans le secteur public.

Les gouvernements devraient recourir à l'étude pratique sur le court terme des systèmes de santé pour s'informer au sujet des ressources disponibles, du coût et de la production des prestations ainsi que de la qualité des soins. *Ces informations seraient immédiatement utilisables pour la planification et la résolution de problèmes et devraient conduire à l'élaboration d'indices généralement acceptables d'efficacité, de qualité et de performance.* Il faudrait faire participer à cette étude les personnels de santé à tous les niveaux, ce qui sensibiliserait davantage aux problèmes d'efficacité et de performance. Il conviendrait d'analyser aussi bien les succès obtenus que les difficultés rencontrées.

L'achat, l'utilisation et le stockage de fournitures et de matériels médicaux posent de nombreux problèmes. L'absence de normalisation entraîne des difficultés de distribution, de stockage et

d'approvisionnement. Dans les pays en développement, ces problèmes se trouvent souvent aggravés par la diversité des types de matériels et de véhicules fournis par les différents organismes col-laborants. Le manque d'efficacité dans l'utilisation des médica-ments provoque lui aussi un gaspillage considérable. Dans tous ces domaines les gouvernements ont un rôle particulièrement impor-tant à jouer en arrêtant les méthodes d'achats, les règles à respec-ter et les normes applicables aux matériels, en renforçant les systè-mes de stockage, en organisant des stages de formation et en faci-litant la production locale de fournitures de remplacement.

L'opinion publique est généralement mal informée de la nécessité des mesures d'économie et de la rentabilité de la prévention. Il y aurait avantage à *mieux informer le public* des économies que chacun pourrait réaliser par le biais de la prévention des maladies, de l'adoption d'un comportement propice à la santé et de l'utilisa-tion systématique des médicaments et d'interventions médicales les moins coûteux possibles. L'éducation pour la santé devrait égale-ment amener le public à accorder plus de valeur et à se fier davan-tage aux services de santé primaires, y compris ceux à sa disposi-tion dans la communauté, par exemple les soins à domicile et les soins dispensés en établissements de jour. Au moment de mettre en place une éducation pour la santé, il convient d'accorder une attention particulière à l'importance du rôle que jouent les fem-mes en qualité de prestataires de soins dans la famille.

La nécessité d'agir

La santé est une responsabilité qui incombe à la fois à chacun, à la communauté et aux pouvoirs publics.

En sa qualité de *partenaire*, engagé pour la santé pour tous, chacun d'entre nous devrait pouvoir contribuer activement à l'action personnelle, familiale et communautaire en faveur de la santé. Chacun devrait avoir accès aux connaissances qui lui permettront d'assumer sa part de responsabilité et de se faire ses choix en matière de santé.

La mobilisation d'un appui économique en faveur de la santé s'assortit de nombreuses obligations pour les décideurs et les administrateurs de la santé. Ils doivent se faire les avocats convainquants de priorités sociales fondées sur le souci des populations deshéritées, et ils doivent amener les autres secteurs à s'engager et à offrir leur soutien. *Les administrateurs de la santé doivent mieux apprendre à élaborer des plans équitables de collecte des fonds et de répartition des ressources. Il leur faut être en mesure d'offrir aux décideurs différentes options aux fins de mobiliser des ressources supplémentaires, et il leur faut aussi gérer au mieux des ressources rares.*

Les gouvernements peuvent s'engager dans un certain nombre d'actions financièrement réalisables et économiquement viables et protéger, voire même améliorer, l'état de santé des groupes vulnérables en périodes d'austérité financière. Ils doivent prendre d'urgence des mesures concertées sur la base des recommandations faites durant les discussions techniques afin de protéger la santé et le bien-être des populations défavorisées et vulnérables et de sauvegarder la santé des générations futures.

Discussions techniques de la Quarantième Assemblée mondiale de la Santé

Président général (chargé de faire l'exposé d'orientation):
Dr Aldo Neri

Membres du groupe de spécialistes lors de la séance plénière
d'ouverture:

Dr Suwardjono Suryaningrat, Ministre de la Santé d'Indonésie
Dr Taieb Bencheikh, Ministre de la Santé publique du Maroc
Dr A. D. Chiduo, Ministre de la Santé et du Bien-Etre social
de Tanzanie
Professeur Brian Abel-Smith, London School of Economics
and Political Science, Royaume-Uni

Secrétaire: Dr S. Khanna

Cosecraire: Dr M. Jancloes

Quatre groupes de travail ont été constitués:

Groupe 1 Politiques économiques orientées vers l'équité en matière de santé

Animateur : Dr Jon Norbom
Coanimateur : Dr Harcharan Singh
Experts : Dr Amorn Nondasuta
Mr T. Bencheikh
Secrétaire : Dr A. el Bindari-Hammad
Cosecraires : Mr C. Krishnamurthi
Dr Cesar Vieira
Dr H. Hellberg

Groupe 2 Planification financière

Animateur : Mr Mohamed el Imady
Coanimateur : Professeur Brian Abel-Smith
Experts : Professeur Dominique Jolly
Mr Upendra Man Malla
Secrétaire : Mr A. Creese
Cosecraires : Dr C. Vukmanovic
Mrs S. Ray-Tabona

Groupe 3 Mobilisation des ressources

Animateur : Professeur O. Ransome Kuti
Coanimateur : Dr G. Miranda Gutierrez
Experts : Professeur M. Conception Alfiler
Mr S. Kananiyne
Secrétaire : Dr S. Kingma
Cosecrétaires : Dr H. Zöllner
Mr L. Laugeri
Mr F. Golladay

Groupe 4 Amélioration de l'utilisation des ressources de santé

Animateur : Dr M. Kökeny
Coanimateur : Dr Khalid bin Sahan
Experts : Professeur Ralph Andreano
Dr G. Mwabu
Secrétaire : Dr S. Sapirie
Cosecrétaires : Dr Omer Imam Omer
Dr J. Martin
Dr N. Drager

Le Secrétariat (appui et administration générale) était composé comme suit:

Ms P. Brice	Mrs S. Lambert
Mrs M. Cabral de Mello	Miss S. Lloyd
Miss J. Fisher	Miss B. Pumfrey
Mrs B. Goelzer	Miss S. Sehovic
Miss J. Habgood	Mrs J. Sikkens
Miss J. Harwood	Mrs C. Willumsen
Mrs L. Kreutzer	

Volontaires:

Miss A. Gonzalez	Ms V. Pirlipko
Miss R. Hammad	Ms T. Savinykh
Mrs A. Issakov	Mr S. Serdahely
Mrs M. Mani	Mrs A. Tesfaye
Mrs K. Martin	Ms A. Wheeler
Miss O. Meshkovskaya	Mrs M. Wieboldt
Mrs L. Pigott	