

POUR UNE  
NOUVELLE  
STRATÉGIE DE LA  
SANTÉ POUR TOUS

ELABORATION  
D'UNE POLITIQUE  
D'ÉQUITÉ, DE SOLIDARITÉ  
ET DE SANTÉ

DOCUMENT DE BASE  
POUR LE PROCESSUS  
DE CONSULTATION



ORGANISATION MONDIALE  
DE LA SANTÉ  
GENÈVE



# POUR UNE NOUVELLE STRATÉGIE DE LA SANTÉ POUR TOUS

PRINCIPES DIRECTEURS  
ET ÉLÉMENTS ESSENTIELS DE  
L'ÉLABORATION  
D'UNE POLITIQUE  
D'ÉQUITÉ, DE SOLIDARITÉ  
ET DE SANTÉ

DOCUMENT DE BASE POUR LE  
PROCESSUS DE CONSULTATION



ORGANISATION MONDIALE  
DE LA SANTÉ  
GENÈVE

1995

© **Organisation mondiale de la Santé** 1994

*Ce document est publié par l'OMS à des fins de distribution générale. Tous les droits y afférents sont réservés. Sous réserve que la contribution de l'OMS soit dûment reconnue, il peut cependant être analysé, résumé, reproduit ou traduit, en partie ou en totalité, à la condition que ce ne soit pas à des fins commerciales et que, s'il doit être traduit ou reproduit en totalité ou en grande partie, l'autorisation nécessaire soit demandée au préalable au Bureau des Publications, OMS, 1211 Genève 27, Suisse.*

*Les auteurs sont seuls responsables des vues exprimées dans ce document.*

*Conception: OMS, Présentation graphique  
Imprimé en France*

# TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION .....	1
<b>CANEVAS PROPOSE POUR UNE POLITIQUE D'ÉQUITÉ, DE SOLIDARITÉ ET DE SANTÉ .....</b>	<b>7</b>
<b>I. CONTEXTE GENERAL .....</b>	<b>7</b>
I.1 Des réalités nouvelles	7
I.2 La santé pour tous d'ici l'an 2000 : progrès et enseignements	9
I.3 Préparer le XXI <sup>e</sup> siècle	12
<b>II. PRINCIPALES INFLUENCES SUR LA SANTÉ : TENDANCES AU-DELA DE L'AN 2000 .....</b>	<b>13</b>
II.1 Influences politiques, économiques, environnementales, sociales et culturelles sur la santé et les systèmes de santé	13
II.2 Transition épidémiologique, situation sanitaire et ses tendances	15
II.3 Capacité des pays de répondre aux besoins dans le domaine de la santé	20
II.4 Capacité de la communauté internationale de répondre aux besoins des pays	20
<b>III. CADRE POLITIQUE .....</b>	<b>22</b>
III.1 Priorités stratégiques	22
III.2 Principes politiques	23
III.3 Grandes orientations politiques	25
III.4 Aspirations politiques	30
<b>IV. DE LA POLITIQUE A L'ACTION .....</b>	<b>31</b>
IV.1 Formulation de la politique dans les pays	31
IV.2 Partenariat international	33
<b>V. CONCLUSION .....</b>	<b>37</b>
<b>CALENDRIER PROPOSE POUR L'ÉLABORATION DE LA NOUVELLE POLITIQUE SANITAIRE MONDIALE .....</b>	<b>39</b>



---

## INTRODUCTION

**D**ÉPUIS la Conférence internationale sur les soins de santé primaires tenue à Alma-Ata en 1978, l'appel en faveur de la santé pour tous d'ici l'an 2000 par le biais des soins de santé primaires a donné sa force et sa cohésion au développement sanitaire international et contribué pour beaucoup aux améliorations de la situation sanitaire dans le monde : allongement de l'espérance de vie, déclin de la mortalité infantile et amélioration de l'accès aux services de santé de base.

Son association à l'avènement de l'an 2000 a fait de la "santé pour tous" l'aspiration de tous les pays. Toutefois, maintenant qu'approche l'échéance, cette notion peut être considérée comme limitative, être mal comprise, mais surtout, est assortie d'un délai impossible à respecter universellement. De nombreux obstacles restent en effet à surmonter; pour ne citer que quelques exemples : dans 53 pays qui représentent 13 % de la population mondiale, l'espérance de vie à la naissance est inférieure à 60 ans; la mortalité infantile accuse des différences considérables selon les pays et la mortalité maternelle en Afrique subsaharienne est trois fois plus élevée que dans l'ensemble des pays moins développés.

Il n'y aura pas de "santé pour tous" tant que ces problèmes n'auront pas été résolus et les efforts fournis par tous les Etats Membres de l'OMS pour garantir le niveau de santé le plus élevé possible à la totalité de leurs populations devront être poursuivis sans relâche. Alors que s'installent dans le monde de nouveaux équilibres politiques, économiques, sociaux, culturels et environnementaux, il est temps de renouveler la stratégie de la santé pour tous et de mettre à jour les plans d'action des pays. En même temps, il faut que tous les organismes concernés, et d'abord l'OMS, réaffirment leur volonté d'appuyer les efforts des pays.

Une nouvelle politique d'équité et de solidarité étayée par des stratégies techniques, politiques et économiques appropriées devrait être universellement adoptée pour être l'aboutissement et le fil conducteur de la mise à jour des stratégies mondiale, régionales et nationales de la santé pour tous et de l'élaboration des moyens et des mécanismes requis pour permettre à tous les partenaires de remplir leur rôle.

Afin que cette politique repose sur un consensus conceptuel et pratique, l'OMS a entrepris de consulter toutes les instances concernées dans ses Etats Membres et, au niveau international, tous ceux qui pourraient être appelés à soutenir, à un moment ou à un autre, la mise en oeuvre des politiques nationales. Le canevas élaboré pour cette politique prend en compte les situations sanitaires générales et individuelles dans le monde, couvre un large éventail de contextes politiques, économiques, sociaux et culturels, fournit un cadre aux idées et aux approches nouvelles concernant le développement sanitaire, et sert de base à l'élaboration de nouvelles politiques nationales.

L'objectif premier de la nouvelle stratégie mondiale étant d'encourager les pays à relever les grands défis des décennies à venir dans le domaine de la santé, des consultations larges et approfondies s'imposent pour obtenir l'adhésion de tous à cette nouvelle politique. Parallèlement, on recherchera, à l'appui des activités dans les pays, un consensus entre les organes qui se consacrent au développement sanitaire et social, par exemple le système des Nations Unies, d'autres organisations internationales et diverses organisations non gouvernementales, pour poser les bases nécessaires à la mise en oeuvre de cette politique dans les pays, sans duplication d'activités.

Dans les pays, les décideurs, les experts et représentants techniques, les responsables politiques, les organisations non gouvernementales, les chefs religieux, les responsables des milieux d'affaires et des syndicats, d'autres personnalités et le grand public seront invités à collaborer à un processus de consultation pour dresser un bilan de la situation sanitaire, chercher à en dégager les tendances pour les 25 années à venir et recenser ainsi les grands problèmes de santé. On leur demandera ce qu'ils pensent des enjeux et des grandes orientations politiques et de préciser les rôles des différents secteurs et des institutions nationales dans l'élaboration et la mise en oeuvre de la nouvelle stratégie. Ces professions nationales, qui seront l'écho et l'approfondissement des questions soulevées dans le présent document, donneront à l'OMS un élément essentiel de réponse assorti d'opinions sur le rôle que devront jouer l'Organisation et d'autres instances à l'appui de la nouvelle politique.

Ce document, qui fournit le canevas du processus de consultation, servira à exprimer la réaction des pays et d'autres informations pourront être données sur les souhaits des participants au processus de consultation, compte tenu de leur situation propre, quant au contenu de la nouvelle politique sanitaire mondiale et aux moyens de la mettre en oeuvre. Un calendrier est proposé à l'annexe 1 pour le processus de consultation ainsi que des indications sur les mesures à prendre après l'adoption de la nouvelle politique.

Améliorer la santé est un objectif réaliste et souhaitable. Les ressources, les connaissances et les compétences nécessaires existent. Ce qu'il faut, c'est que les gouvernements, les sociétés civiles et la communauté internationale manifestent la volonté et prennent l'engagement de les appliquer en partenariat. C'est avec cet enjeu à l'esprit que la Quarante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé a adopté la résolution WHA48.16, dont le texte est le suivant :

---

QUARANTE-HUITIÈME ASSEMBLÉE MONDIALE DE LA SANTÉ	WHA48.16(*)
POINT 22.2 DE L'ORDRE DU JOUR	12 MAI 1995

---

## ADAPTATION DE L'OMS AUX CHANGEMENTS MONDIAUX : POUR UNE NOUVELLE STRATÉGIE DE LA SANTÉ POUR TOUS

La Quarante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé,

Soulignant que la santé pour tous constitue une aspiration intemporelle qui reste valable, tout en reconnaissant que cet objectif risque de ne pas pouvoir être universellement atteint en l'an 2000;

Reconnaissant que les situations politiques, économiques, sociales, culturelles et environnementales évoluent dans le monde entier;

Préoccupée par les tendances négatives de certains des principaux déterminants de la santé mises en évidence par le troisième exercice de suivi des progrès réalisés dans la mise en œuvre des stratégies de la santé pour tous d'ici l'an 2000;<sup>1</sup>

Reconnaissant la nécessité de vouer une attention prioritaire aux plus démunis sur le plan de la santé ou des soins de santé, en raison de la pauvreté, de la marginalisation ou de l'exclusion, et reconnaissant aussi à cet égard la nécessité d'un appui accru de la communauté internationale; Soulignant l'importance d'un vaste processus de consultations nationales et internationales entre ceux qui s'occupent du développement sanitaire et social pour créer un nouvel engagement en faveur de la santé sous la direction de l'OMS;

Ayant examiné le rapport du Directeur général<sup>2</sup> qui présente les mesures prises pour mettre en œuvre les recommandations du groupe de travail du Conseil exécutif sur l'adaptation de l'OMS<sup>3</sup> aux changements mondiaux relatives à la mise à jour de la stratégie, des objectifs et des cibles de la santé pour tous face aux changements mondiaux;

Ayant pris note avec satisfaction de la contribution du groupe spécial sur la santé dans le développement créé en application de la résolution WHA45.24;

Estimant qu'il y a lieu d'élaborer une nouvelle politique sanitaire mondiale;

1. APPROUVE les mesures déjà prises par le Directeur général pour mettre en œuvre les recommandations concernant la mise à jour des cibles de la santé pour tous face aux changements mondiaux;
2. INVITE INSTAMMENT les Etats Membres :
  - (1) à prendre des mesures appropriées pour rendre le grand public, les responsables politiques, les ministères et les autres partenaires concernés

---

1 Suivi des progrès réalisés dans la mise en œuvre des stratégies de la santé pour tous d'ici l'an 2000, troisième rapport (documents EB95/5 et EB95/TNEDOC/13).

2 Document EB95/1995/REC/1, annexe 5.

3 Document EB92/1993/REC/1, annexe 1.

(\*) Version non éditée

par la politique de développement social et économique plus conscients de la nécessité d'accorder une place de premier plan à la santé parmi les préoccupations politiques, afin de relever les importants défis des prochaines décennies dans le domaine de la santé et de poser les fondations de la mise en œuvre de la politique sanitaire mondiale dans les pays;

- (2) à communiquer à l'OMS le consensus – dégagé de la consultation nationale – sur les défis sanitaires et les principales orientations politiques, pour servir de base à l'élaboration de la politique sanitaire mondiale;
  - (3) à adapter la politique sanitaire mondiale, après son adoption, au contexte national ou sous-national pour sa mise en œuvre, en choisissant des approches adaptées à leur situation socio-économique et à leur culture;
- 3. LANCE UN APPEL** aux autres organisations du système des Nations Unies ainsi qu'aux organisations intergouvernementales et non gouvernementales travaillant dans le domaine de la santé pour qu'elles participent à l'élaboration de la politique sanitaire mondiale, définissent leur rôle dans sa mise en œuvre et unissent leurs forces à celles de l'OMS pour l'appliquer;
- 4. PRIE le Directeur général :**
- (1) de prendre les mesures nécessaires pour actualiser la stratégie de la santé pour tous ainsi que ses indicateurs, en élaborant une nouvelle politique sanitaire mondiale holistique fondée sur les principes d'équité et de solidarité, en insistant sur la responsabilité de l'individu, de la famille et de la communauté dans le domaine de la santé et en replaçant la santé dans le cadre du développement général;
  - (2) de veiller à la convergence des efforts fournis à cette fin à tous les niveaux de l'Organisation;
  - (3) d'entreprendre de larges consultations avec tous les Etats Membres et les autres partenaires de l'OMS pour le développement sanitaire;
  - (4) de soutenir les Etats Membres pour qu'ils puissent élaborer leur contribution à cette politique sanitaire mondiale, notamment en préparant à cet effet un matériel convivial et accessible à tous les secteurs;
  - (5) de solliciter la contribution des autres institutions qui œuvrent pour le développement sanitaire et social, telles que les institutions du système des Nations Unies et les autres organisations internationales et non gouvernementales, à la formulation et à la mise en œuvre de la politique sanitaire mondiale;
  - (6) d'élaborer, sur la base du résultat de ce processus de consultation, la nouvelle politique sanitaire mondiale qui servira d'objectif et de modèle pour l'actualisation des stratégies mondiale, régionales et nationales de la santé pour tous et pour l'élaboration de mécanismes visant à permettre à chacun de jouer pleinement son rôle, en tenant compte du fait que certains aspects essentiels des soins de santé primaires n'ont pas encore été mis en place dans certains pays, notamment les pays en développement les moins avancés;
-

- (7) de redéfinir la mission de l'OMS et la signification, pour l'Organisation, de la coopération technique à l'appui de cette politique sanitaire mondiale;
- (8) de prendre les mesures nécessaires pour permettre à l'OMS d'obtenir, lors d'une manifestation spéciale liée à l'Assemblée mondiale de la Santé de 1998 et organisée à l'occasion du cinquantième anniversaire de l'OMS, une adhésion politique de haut niveau à une charte de la santé fondée sur la nouvelle politique sanitaire mondiale par laquelle les participants adoptent cette politique et s'engagent à la mettre en œuvre;
- (9) de faire rapport à la Quarante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé sur les plans établis pour obtenir cette adhésion.

*Douzième séance plénière, 12 mai 1995*

*A48/VR/12*



# CANEVAS PROPOSE POUR UNE POLITIQUE D'ÉQUITÉ, DE SOLIDARITÉ ET DE SANTÉ



## CONTEXTE GENERAL

NOTES À L'INTENTION DES PARTICIPANTS  
AU PROCESSUS DE CONSULTATION<sup>1</sup>

***L'objet de cette section est de mettre en relief les changements cruciaux qui sont intervenus dans le monde – transition politique et économique, évolution sociale et culturelle, et modifications écologiques et démographiques compte tenu en particulier de la population et de la pauvreté – et obligent à renouveler la stratégie de la santé pour tous et les politiques de santé à tous les niveaux.***

***A partir du texte suivant, les participants au processus de consultation sont invités à proposer des modifications ou à fournir des précisions selon les expériences qu'ils ont vécues au niveau national ou international.***

### I.1 DES RÉALITÉS NOUVELLES

La dernière décennie du XXe siècle aura été marquée par les conséquences des bouleversements politiques qui ont suivi la fin de la guerre froide et qui se feront sentir encore longtemps au XXIe siècle. Ces changements, qui affectent au quotidien la population mondiale, sont faits d'appels à la démocratie et à la sagesse dans la conduite des affaires publiques, d'aspirations à la justice sociale et au respect des droits de l'homme, d'une définition plus claire du rôle de l'Etat, d'une participation accrue de la communauté à la prise des décisions, d'une mondialisation et d'ajustements économiques et d'une transition vers l'économie de marché. Ils sont certainement bénéfiques en principe, mais de toute évidence la période intermédiaire reste empreinte d'incertitudes dans de nombreux pays, et la transition risque d'être coûteuse, longue et douloureuse.

Les gouvernements sont soumis à des pressions pour satisfaire les exigences qu'impose le respect des droits de l'homme, étendre le processus démocratique et sauvegarder les acquis sociaux. Des préoccupations politiques et la pression du public, souvent amplifiées par les médias, conduisent à adopter des mesures à court terme au détriment de réformes à

1. Au début de chaque section, un encadré expose le but du texte qui suit et pose quelques questions pour favoriser une pensée constructive, stimuler la réflexion et encourager les observations. Les participants à la consultation sont invités à mobiliser toutes les ressources de leur imagination car la nouvelle politique devra marquer l'aboutissement d'un processus authentiquement dynamique.

plus long terme. Les programmes d'action sociale reçoivent de moins en moins de crédits, l'efficacité économique étant devenue le souci majeur. Ainsi, les inégalités continuent de croître dans et entre les pays à la suite des réductions des dépenses publiques dues à la détérioration de la balance commerciale et aux effets pervers, quoique involontaires, des politiques d'ajustement structurel et des réformes économiques.

Dans de nombreuses parties du monde, le revenu par habitant a augmenté au cours des vingt dernières années, mais pour beaucoup la qualité de la vie ne s'est pas améliorée. Pour trop de personnes, la voie vers le changement s'accompagne de conflits et de sang, d'exodes et d'une existence de réfugiés ayant perdu tout espoir, d'un affaiblissement de la loi et d'une oppression accrue, et d'une course effrénée au profit dans l'indifférence la plus totale du bien commun.

A cela s'ajoute l'augmentation de la population mondiale et donc de la demande de services de santé. De plus, le nombre des personnes vivant dans une extrême pauvreté a plus que doublé entre 1975 et 1990. Le fossé entre les riches et les pauvres, ceux qui sont instruits et ceux qui ne le sont pas et entre les hommes et les femmes dans les pays développés et les pays moins développés – et surtout dans les premiers par rapport aux deuxièmes – ne cesse de grandir. En 1960, le revenu des 20 % les plus riches de la population mondiale était 30 fois supérieur à celui des 20 % les plus pauvres; au début des années 90, il était plus de 60 fois supérieur. Par ailleurs, la consommation des ressources naturelles dans le monde développé est en moyenne 10 à 20 fois plus élevée que dans le monde en développement. La fracture essentielle dans le monde d'aujourd'hui est le fossé économique qui ne cesse de se creuser entre le monde des riches et celui des pauvres, qui n'ont accès ni à la démocratie ni à la technologie du développement.

On observe actuellement un afflux massif de capitaux des pays industrialisés vers les économies plus pauvres. Toutefois, il est essentiellement le résultat d'investissements privés et bénéficie aux pays capables de devenir rapidement des exportateurs de produits industriels, ou d'immenses marchés, ou les deux. Alors que le rôle de l'aide extérieure et de la coopération technique devient de plus en plus important, la proportion de l'aide bilatérale affectée à la santé a récemment diminué; les ajustements économiques et les réformes structurelles n'offrent que de piètres substituts au développement sanitaire. Il faut que la communauté des donateurs accorde davantage de ressources et d'attention au développement durable et aux moyens de réduire la pauvreté qui, souvent, restent des préoccupations secondaires en dépit de la Conférence des Nations Unies sur l'environnement et le développement et d'Action 21 (qui préconise un mouvement mondial en faveur d'un développement durable). Il faut en outre prévoir des ressources suffisantes pour faire face à des besoins accrus dans les domaines de l'aide humanitaire et des opérations de maintien de la paix et de résolution des conflits sans nuire pour autant aux mesures qui s'imposent pour lutter contre une pauvreté endémique.

Des signes encourageants dans le domaine de la santé apparaissent pourtant çà et là. On constate en particulier une plus grande sensibilisation du public aux questions de santé. Certaines techniques sanitaires et médicales, préventives et curatives, deviennent à la fois plus courantes et plus abordables. Le rôle de plus en plus important et apparent que jouent le système des Nations Unies ainsi que les institutions de Bretton Woods et d'autres institutions financières internationales dans le domaine de la santé partout dans le monde en tant que conseillers, courtiers ou participants indirects, en raison de leur influence sur les politiques de développement et les affaires économiques internationales, met la santé en meilleure position dans l'ordre des priorités de la communauté internationale. Au cours des vingt dernières années, plusieurs organisations non gouvernementales ont également vu croître leur influence et leur poids budgétaire, devenant des partenaires volontaires et indispensables du développement sanitaire. La santé figure aussi en bonne place dans le consensus qui s'est dégagé en faveur d'un développement durable lors des conférences internationales importantes où l'on a commencé à définir des perspectives pour le XXI<sup>e</sup> siècle. Enfin, le plus encourageant est que l'on reconnaît que la santé peut être un instrument de paix. Il faut, maintenant et toujours, élaborer des politiques de santé qui apportent une contribution significative à la stabilité et à la sécurité au plan mondial et régional et tiennent compte des dimensions spirituelles des sociétés.

## I.2 LA SANTÉ POUR TOUS D'ICI L'AN 2000 : PROGRÈS ET ENSEIGNEMENTS

### NOTES À L'INTENTION DES PARTICIPANTS AU PROCESSUS DE CONSULTATION

*Cette section dresse le bilan des progrès accomplis au cours des vingt années de mise en oeuvre des stratégies de la santé pour tous aux niveaux national, régional et international.*

*Les indications données ici proviennent de l'exercice de surveillance des stratégies de la santé pour tous conduit en 1994.<sup>1</sup> Les participants au processus de consultation sont priés de dire si ces indications leur paraissent réellement les plus cruciales et les plus pertinentes pour l'élaboration de la nouvelle politique.*

La santé pour tous a radicalement modifié la **conception de la santé considérée à long terme** et la place donnée à la santé dans le développement. Les soins de santé primaires ont été un modèle pour les systèmes de santé du monde entier, et il importe de maintenir ce cap tant il est vrai

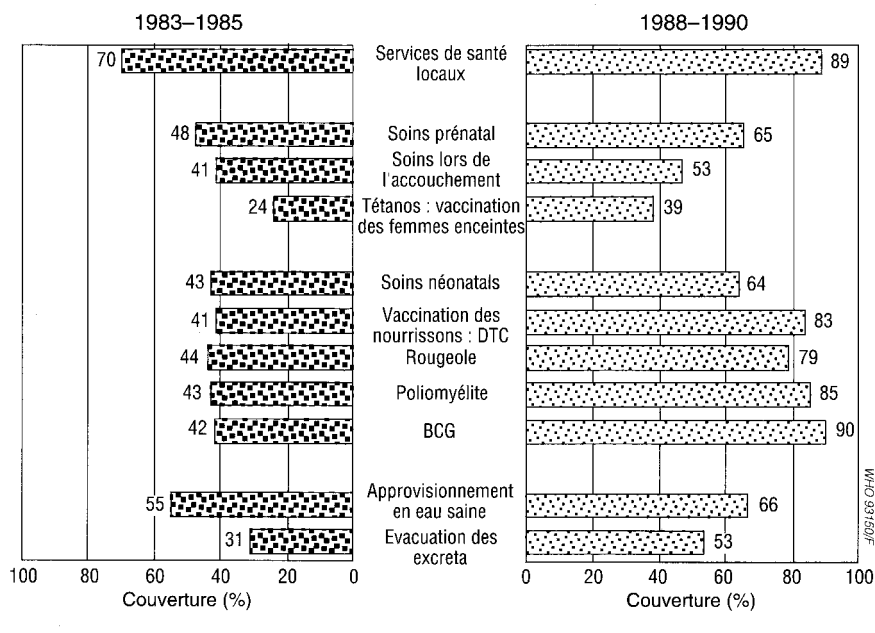
1. Voir les documents EB95/5 – Suivi des progrès réalisés dans la mise en oeuvre des stratégies de la santé pour tous d'ici l'an 2000 – Troisième rapport et EB95/INEDOC/13 – Suivi des progrès accomplis dans la mise en oeuvre des stratégies de la santé pour tous d'ici l'an 2000 – Résumé des résultats obtenus par indicateurs.

que le but de la santé pour tous est plus légitime que jamais. Les moyens mis en oeuvre pour l'atteindre doivent cependant être adaptés au contexte économique, social et politique actuel. Si la volonté d'instaurer la santé pour tous n'a pas fléchi et si les Etats Membres ont adopté l'approche soins de santé primaires exposée dans la Déclaration d'Alma-Ata pour le développement de leurs systèmes de santé, dans bien des cas la mise en oeuvre des stratégies nécessaires a marqué le pas en raison, non seulement de facteurs d'ordre économique, mais aussi de la rigidité des systèmes de santé, de la faiblesse des infrastructures, de la difficulté d'obtenir une réelle participation de tous les secteurs concernés et de l'insuffisance des efforts fournis pour promouvoir la santé et prévenir des problèmes particuliers.

Le mouvement en faveur de la santé pour tous a été lancé à une époque où certaines parties du monde s'enfonçaient dans une récession économique qui a réduit les possibilités d'amélioration sensible et durable de la situation sanitaire. De plus, certaines difficultés ont été sous-estimées dans l'enthousiasme initial. Dans bien des pays, par exemple, la santé ne bénéficiait pas d'un ministère important et n'était que l'une des nombreuses autres priorités nationales et internationales. L'expérience accumulée – et elle est considérable – montre également que la mise en oeuvre des soins de santé primaires s'est révélée beaucoup plus complexe, difficile et ardue que prévu, en particulier à une époque où les techniques sanitaires les plus sophistiquées suscitaient un vif intérêt au plan international. On a également sous-estimé l'importance de la participation communautaire et la nécessité de fixer les priorités et les programmes au niveau local, alors que l'extrême diversité des problèmes qui concernent la santé et la nécessité de trouver des solutions adaptées à chaque communauté dans tout l'éventail des pays développés et en développement conduisent impérativement à la décentralisation.

Globalement, les indicateurs de l'accès aux soins de santé primaires (couverture vaccinale, présence de personnel qualifié lors de l'accouchement, approvisionnement en eau et assainissement, sans parler des soins curatifs de base) se sont améliorés. Dans certaines régions, l'écart entre les pays en développement et les pays développés a été nettement réduit, même si l'amélioration a été moins satisfaisante dans certains des pays les moins avancés, et si la pauvreté reste un problème majeur. Cela étant, les victimes de cette évolution ne sont pas à blâmer, et les pays qui éprouvent des difficultés devraient au contraire recevoir un appui supplémentaire. La surveillance des programmes de vaccination révèle des signes inquiétants de stagnation, et même de retour en arrière dans plusieurs pays de la Région africaine. Après qu'eut été atteint, en 1990, un taux de couverture vaccinale de 80 %, une baisse sensible a été signalée dans certains pays, cependant que cessaient les améliorations régulières relevées les années précédentes. D'après des données empiriques, cette situation pourrait être due aux effets de l'instabilité économique et politique sur des systèmes de santé périphériques déjà fragiles. Dans un con-

FIG 1. COMPOSANTES ESSENTIELLES DES SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES DISPONIBLES DANS LES PAYS EN DÉVELOPPEMENT, 1983-1985 ET 1988-1990



texte d'instabilité et de pauvreté, ces mauvais résultats, ainsi que la baisse de l'espérance de vie, sont autant de raisons pour que les pays procèdent d'urgence à une évaluation des tendances les plus récentes de la situation sanitaire dans le cadre d'une mise à jour de leurs politiques et stratégies de la santé pour tous. Les **taux de couverture pour différentes composantes des soins de santé primaires** dans les pays en développement sont donnés à la Figure 1.

Des améliorations ont également été apportées à l'état de santé : l'espérance de vie à la naissance est passée d'environ 40 ans en 1950 à plus de 62 ans en 1990 dans les pays en développement et de plus de 66 ans à 74 ans dans les pays plus développés pendant la même période; le taux de mortalité infantile est passé de 179 pour 1000 en 1950 à 70 pour 1000 en 1990 dans les pays en développement et, pour la même période, de 59 pour 1000 à 10 pour 1000 dans les pays plus développés. Toutefois, il reste 53 pays, qui représentent 13 % de la population mondiale, où l'espérance de vie à la naissance est en moyenne inférieure à 60 ans. Par ailleurs, une diminution relative de la durée moyenne de vie a été observée dans certains pays à la suite de la crise économique qui a accompagné les transformations politiques rapides de ces dernières années. Le taux mondial de mortalité infantile a continué de baisser. Toutefois, cette moyenne mondiale de 64 décès pour 1000 naissances vivantes masque d'énormes différences (de 10 pour 1000 dans les pays développés à 110

dans les pays les moins avancés). Certains rapports nationaux infirment les tendances actuelles et révèlent une augmentation de la mortalité infantile. On estime qu'à la fin des années 80, la mortalité maternelle en Afrique au sud du Sahara était trois fois plus élevée que dans l'ensemble des régions en développement et près de 150 fois plus élevée que dans les régions plus développées.

### I.3 PRÉPARER LE XXI<sup>e</sup> SIÈCLE

#### NOTES À L'INTENTION DES PARTICIPANTS AU PROCESSUS DE CONSULTATION

***L'objet de cette section, dont le contenu sera établi à l'issue et sur la base du processus de consultation, est de mettre en relief la priorité nouvelle donnée à la santé dans le monde, le droit des individus à la santé, l'importance de l'équité de l'accès aux prestations de santé, l'équilibre entre la promotion et la protection de la santé, les responsabilités des pouvoirs publics et la participation des individus, des communautés et des gouvernements.***

***Il est donc essentiel que les participants étudient les options correspondant à cette section après avoir pris connaissance de l'analyse ci-dessus de la situation et avant de passer aux sections III et IV ci-après, et qu'ils exposent succinctement les principaux obstacles qu'ils devront affronter pour atteindre le but de la santé pour tous d'ici les 20 à 25 prochaines années. Le contenu de cette section sera établi après la consultation, afin que son issue n'en soit pas modifiée ou que les participants ne soient pas indûment influencés.***

## II

PRINCIPALES INFLUENCES SUR LA SANTÉ;  
TENDANCES AU-DELA DE L'AN 2000II.1 INFLUENCES POLITIQUES, ÉCONOMIQUES,  
ENVIRONNEMENTALES, SOCIALES ET CULTURELLES  
SUR LA SANTÉ ET LES SYSTÈMES DE SANTÉ

NOTES À L'INTENTION DES PARTICIPANTS  
AU PROCESSUS DE CONSULTATION

*Chaque pays ou groupe de pays subit des influences politiques, économiques et socioculturelles qui lui sont propres; ce sont des déterminants importants de la situation sanitaire. Le texte ci-dessous expose certains de ces déterminants et leur évolution probable au cours des deux prochaines décennies. Les participants au processus de consultation sont priés d'analyser la validité de ces affirmations et, au besoin, de les compléter.*

La **liberté politique** incite les gens à réclamer des services plus équitablement répartis et de meilleure qualité et une plus grande participation au choix des mesures à prendre pour garantir l'accès aux services de santé. L'**information** continuera de se développer partout dans le monde, apportant toujours plus vite des images nouvelles à toujours plus d'individus, ainsi que certaines formes de savoir, même s'il ne s'agit pas d'instruction au sens traditionnel. Bien que l'essor des techniques d'information contribue à améliorer la santé publique, il risque de faire naître des aspirations disproportionnées avec ce qui pourra raisonnablement être obtenu pour tous dans un avenir proche. Les changements récemment apportés aux **politiques économiques** de nombreux pays visaient, dans bien des cas, à développer les marchés. Les risques liés à une commercialisation agressive des technologies sanitaires sont bien connus : elle stimule la consommation de ces techniques au détriment d'autres prestations offrant sans doute un meilleur rapport coût/efficacité. La **croissance économique** est en principe bonne pour la santé puisqu'elle favorise une amélioration des conditions de logement, de la nutrition et des services, mais ses bienfaits devraient être équitablement répartis, et les responsables des politiques économiques devraient avoir la sagesse de veiller à empêcher la destruction des ressources de l'environnement et ses conséquences néfastes pour la santé. Malheureusement, **la situation économique s'est détériorée dans 47 pays** au cours des dix dernières années. Les politiques d'ajustement structurel en cours dans de nombreux pays en développement continueront sans doute de restreindre sévèrement les dépenses publiques en faveur de la santé et de l'action sociale, souvent au détriment des plus pauvres auxquels seuls sont permis des services subventionnés ou gratuits.

Le taux moyen annuel de **croissance démographique**, de 1,57 % en 1990-

1995, devrait diminuer lentement pour atteindre 1,0 % en 2020-2025. Ce déclin ne doit cependant pas servir à masquer la menace que représente l'augmentation réelle de la population mondiale, qui devrait se situer entre 7,6 milliards et plus de 9 milliards en 2025. L'urbanisation accélérée se poursuivra dans les pays en développement; la **population urbaine** pourrait représenter 61 % du total mondial en l'an 2025. Souvent, la croissance démographique annule les progrès réalisés dans la couverture des prestations de santé; en effet, si cette couverture augmente en pourcentage, le nombre effectif de personnes non desservies continue de croître.

Toutes les **migrations**, y compris celles dont les causes sont écologiques et économiques, restent une préoccupation constante. La population mondiale de **réfugiés** est passée de 2,5 millions en 1970 à plus de 18 millions aujourd'hui. On compte au moins 24 millions de personnes déplacées au sein de leurs pays d'origine et de résidence. Le tourisme et les migrations économiques à court terme ont aussi un impact sur la santé. Il faudrait s'occuper davantage de la préparation aux situations d'urgence, du stockage préalable des fournitures qui pourraient se révéler nécessaires en cas de catastrophe et des autres préparatifs susceptibles d'atténuer les dégâts sanitaires et matériels provoqués par les catastrophes naturelles ou dues à l'homme.

L'augmentation des effectifs des écoles primaires devrait aboutir à un accroissement spectaculaire du taux d'**alphabétisation** dans le monde en développement et, de ce fait, à une amélioration de la santé publique. Pourtant, selon les projections, il y aurait un milliard d'analphabètes dans le monde d'ici la fin du siècle. Les femmes qui ne savent ni lire ni écrire sont actuellement 600 millions environ et, évidemment, plus nombreuses dans les zones rurales que dans les zones urbaines. Pour elles, les chances d'obtenir une meilleure éducation sont bien minces.

Bien que l'accès à l'**approvisionnement en eau potable** et à l'**assainissement** ait été amélioré partout dans le monde, ces prestations ne sont pas également disponibles partout, ce qui illustre bien les écarts, selon les régions, entre des conditions de vie qui influent sur l'état de santé. Ainsi, 54 % de la population de l'Afrique au sud du Sahara n'a toujours pas accès à de l'eau saine et 64 % ne bénéficie pas de systèmes adéquats d'assainissement.

## II.2 TRANSITION ÉPIDÉMIOLOGIQUE, SITUATION SANITAIRE ET SES TENDANCES

### NOTES À L'INTENTION DES PARTICIPANTS AU PROCESSUS DE CONSULTATION

*Cette section présente certains éléments de la situation sanitaire actuelle d'après les résultats de la deuxième évaluation de la mise en oeuvre de la stratégie mondiale de la santé pour tous. Elle évoque la transition épidémiologique et les perspectives probables compte tenu des projections établies. Elle met en relief les modifications intervenues dans les domaines biomédical et technologique et passe en revue les concepts nouveaux qui influencent la santé publique. Les pays sont encouragés à introduire chaque fois que possible des indicateurs sanitaires positifs.*

*Il s'agit là d'une section clé dont tous les éléments ne pourront être réunis qu'à l'aide des informations analytiques fournies par les participants au processus de consultation, à la lumière de leur expérience de la situation sanitaire et des tendances stratégiques, ainsi que des données scientifiques dont ils disposent. Peut-être souhaiteront-ils suivre le schéma ci-après ou fournir des renseignements supplémentaires.*

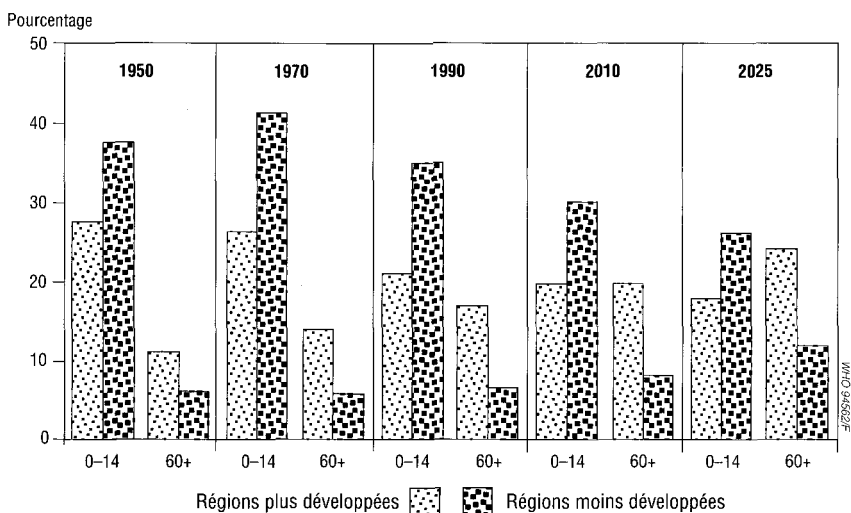
La situation sanitaire mondiale offre une image complexe et contrastée avec des différences sensibles dans le schéma et la gravité du poids de la morbidité entre les régions. Elle révèle les obstacles qui, souvent, empêchent les gens de mener une vie socialement et économiquement productive.

### TENDANCES DE LA SITUATION SANITAIRE

Bien que la durée moyenne de vie ait augmenté dans toutes les régions en développement, les progrès en matière de santé ont été plus rapides dans certains pays que dans d'autres, plusieurs des pays les moins avancés restant dépendants d'une aide extérieure pour décoller dans ce domaine. Alors qu'en 1950 les pays les moins avancés accusaient un retard de cinq ans seulement par rapport à l'ensemble des pays en développement pour la **durée moyenne de vie** (36 contre 41 ans), au début des années 90 cet écart était supérieur à dix ans (51 contre 62 ans).

En 1950, la **mortalité infantile** dans les régions les moins avancées n'était que de 8 % plus élevée que dans l'ensemble des régions en développement (194 contre 179 pour 1000), mais en 1990 la différence était de près de 60 % (110 contre 70 pour 1000). La diminution de la **mortalité infantile-juvénile** devrait être moins marquée en Afrique au sud du Sahara qu'en Asie de l'Est et en Amérique latine, en partie à cause de la pandémie de SIDA. Les projections prévoyant un déclin de la mortalité infantile (périnatale comprise) et juvénile reposent sur l'hypothèse d'une amélioration soutenue, quoique faible, des conditions socio-économiques et d'une augmentation de la population bénéficiant de techniques sanitaires telles que la

FIG 2. POURCENTAGES POUR LES GROUPES 0-14 ANS ET 60 ANS ET PLUS



Source: United Nations World Prospect (révision de 1992).

planification familiale, les vaccinations, la réhydratation par voie orale et le traitement approprié des infections respiratoires aiguës. Dans le même temps, la proportion de la population âgée de 60 ans et plus devrait augmenter pour donner le profil caractéristique reproduit à la Figure 2.

Ces dernières années, il y a eu non seulement des transitions démographique, socio-économique, culturelle et éducationnelle socio-économique, mais aussi une **transition épidémiologique**. C'est ainsi qu'est désignée l'évolution selon laquelle ont commencé à apparaître dans les pays en développement les schémas de morbidité traditionnellement associés à des régions plus prospères. On trouvera à la Figure 3 un résumé des causes de mortalité dans les pays développés et les pays en développement, et l'on verra que la plupart, sinon la totalité, présentent des caractéristiques des deux : taux élevés de mortalité infantile et morbidité et mortalité liées à la fois à des maladies transmissibles et à des maladies non transmissibles.

Les tendances varient selon les pays et les régions, mais les principales causes de mortalité et de morbidité<sup>1</sup> devraient normalement être les suivantes, en particulier dans le monde en développement.

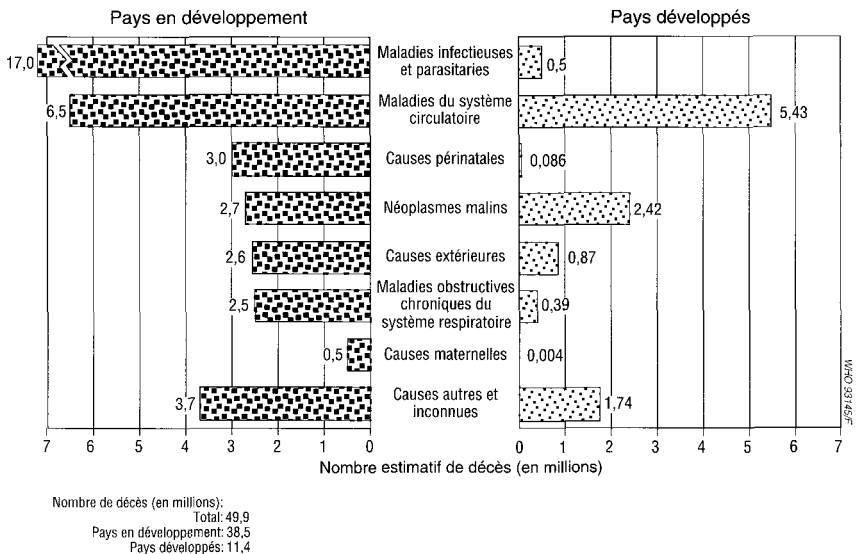
◆ Les **maladies respiratoires aiguës**, dont la pneumonie, sont à l'origine d'un pourcentage plus élevé de décès depuis la diminution de la

1. Le rapport sur la santé dans le monde 1995 – Réduire les écarts, Organisation mondiale de la Santé, Genève, 1995, fournit des données et des analyses supplémentaires.

mortalité infantile due aux maladies évitables par la vaccination. La **tuberculose pulmonaire** continuera d'augmenter à cause de la réactivation de la maladie chez les sujets infectés par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH). Malgré les traitements qui ont été mis au point contre les **maladies diarrhéiques**, les progrès resteront faibles tant que subsisteront de mauvaises conditions d'hygiène. La situation du **paludisme** est stationnaire dans de nombreuses régions et s'aggrave dans d'autres, en particulier dans les nouveaux établissements humains. Au cours de la décennie actuelle, près de 90 % des cas projetés d'**infections par le VIH** et de **SIDA** surviendront dans les pays en développement. Enfin, la **lèpre**, la **dracunculose** et la **poliomyélite** devraient avoir été éliminées avant l'an 2000.

- ◆ En ce qui concerne la **malnutrition**, seule une amélioration véritable de la qualité et de la salubrité des aliments, alliée à des programmes efficaces d'éducation nutritionnelle, permettra d'obtenir des progrès définitifs. Les **maladies cardio-vasculaires** resteront la principale cause de mortalité au cours des dix prochaines années. Le **cancer** sera une cause de plus en plus importante de décès chez les adultes, dans les pays en développement comme dans les pays développés. Les **maladies mentales** continueront de poser un problème majeur de santé publique; en outre, avec le vieillissement de la population, la prévalence de troubles comme la démence ira en augmentant.
- ◆ Les **accidents du travail** se multiplieront, de même que les **catastrophes technologiques** majeures comme celles qui se sont déjà produi-

FIG 3. NOMBRE ESTIMATIF ANNUEL DE DECES PAR CAUSE DANS LES PAYS EN DEVELOPPEMENT ET LES PAYS DEVELOPPES, 1990



tes dans les secteurs du nucléaire, de la chimie et de la pétrochimie. Les cas de décès et d'incapacité dus aux **accidents de la route** continueront d'augmenter dans de nombreux pays en développement.

## SYSTÈMES ET RESSOURCES SANITAIRES

Améliorer l'accès aux prestations de santé restera l'objectif majeur, en particulier dans les régions et les pays moins développés, et une **décentralisation** bien conduite devrait contribuer à atteindre cet objectif. La **recherche de l'efficacité** et de la qualité conduira à d'autres améliorations, dont une coopération intersectorielle accrue, l'examen et la révision des procédures en vigueur et la résolution des problèmes. Lorsque les pays évoquent les difficultés qui font obstacle à la mise en oeuvre des stratégies de la santé pour tous, ils citent le plus souvent la pénurie de **personnels de santé** qualifiés et compétents alors même que les effectifs dans toutes les catégories ont augmenté plus vite que les budgets de fonctionnement; le problème réside dans un mauvais dosage des compétences et une répartition mal équilibrée. Les réformes introduites dans le secteur public continueront de remodeler la structure des ressources humaines pour la santé.

On continuera d'expérimenter et d'élaborer différents **systèmes de financement** des dépenses de santé, qu'il s'agisse de l'assurance-maladie, de la sécurité sociale, ou encore de systèmes de rémunération à l'acte combinée à des aides communautaires. Le **souci de la rentabilité** dominera de plus en plus la gestion dans le secteur de la santé.

## ACTION COMMUNAUTAIRE, MODES DE VIE SAINS ET HYGIÈNE DU MILIEU

La **participation communautaire** sera encouragée : il faudrait inciter les gens à s'associer à l'action de santé en tant que partenaires à part entière, qu'il s'agisse de déterminer les besoins, de sélectionner les priorités, et de planifier, mettre en oeuvre et évaluer les activités visant à améliorer leur propre santé. Les pouvoirs publics, le secteur de la santé et les autres groupes concernés ne tirent pas tout le parti possible d'une telle participation. Des efforts particuliers devront être faits pour associer les femmes à la prise des décisions concernant leur propre santé.

On pense que de nombreux pays s'intéresseront de plus près à ce qui contribue à la **qualité de la vie**, notamment une alimentation saine, l'activité physique, le bien-être considéré comme un indicateur de qualité de la vie, la diminution de la consommation d'alcool et de tabac, la santé génésique, la protection contre les maladies sexuellement transmissibles, la planification familiale et la prévention de la grossesse chez les adolescentes.

La population mondiale en expansion a toujours besoin de davantage d'eau alors que les **ressources en eau** pour la consommation humaine, agricole et industrielle diminuent. Les déchets toxiques **polluent** les sols

et les approvisionnements en eau. L'eau polluée par des déchets humains est cause de maladies, tout comme l'air pollué par les oxydes de soufre et d'azote par exemple. Les mesures qui sont prises maintenant pour limiter les émissions de polluants ne se feront guère sentir au cours des dix prochaines années. Le monde du XXI<sup>e</sup> siècle devra toujours affronter les conséquences de facteurs aussi déterminants pour la santé que l'industrialisation, la production d'énergie, les pratiques alimentaires et agricoles et l'urbanisation.

## EVOLUTION BIOMÉDICALE ET TECHNOLOGIQUE

La recherche sur les vaccins, les produits pharmaceutiques et les équipements médicaux coûte de plus en plus cher de sorte que le prix de ses produits est souvent hors de la portée des pays en développement. La tendance à appliquer des traitements de plus en plus coûteux contre des maladies affectant une minorité de gens devra être combattue. Seuls 5 % des crédits alloués à la recherche en santé dans le monde concernent les besoins des pays en développement, qui représentent 93 % du taux mondial de mortalité prématurée. Le fossé entre les connaissances et leur application est plus grand qu'il ne l'a jamais été. Ainsi, **l'utilisation rationnelle des connaissances existantes** est essentielle pour améliorer toute stratégie nationale ou internationale actualisée. De même, des technologies appropriées pour différentes situations socioéconomiques demanderont sans doute à être explorées plus avant.

Les progrès rapides de la biotechnologie et des techniques biomédicales posent de sérieux problèmes éthiques, sociaux, juridiques et économiques. Il est plus que jamais nécessaire de prévoir **des garde-fous et des règles éthiques** pour protéger les droits des individus et des communautés face aux progrès de la technique. A partir d'un consensus international, il faudra mettre au point dans chaque pays des critères éthiques concernant la recherche impliquant des sujets humains, les transplantations de tissus foetaux, les consultations de génétique et le génie génétique, les transplantations d'organes, la fécondation *in vitro* et les transplantations d'embryons, etc. Dans un souci d'éthique, il faudra également encourager la mise en place systématique, à l'échelon national, de dispositifs de surveillance et de réglementation de l'application des techniques nouvelles permettant éventuellement le retrait des techniques jugées inadéquates.

### II.3 CAPACITÉ DES PAYS DE RÉPONDRE AUX BESOINS DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ

#### NOTES À L'INTENTION DES PARTICIPANTS AU PROCESSUS DE CONSULTATION

*Il faut que les pays aient la capacité de faire face aux situations et aux besoins sanitaires nouveaux de populations différentes étant donné les tendances décrites plus haut. La capacité traduit non seulement les ressources économiques, structurales et humaines disponibles, mais aussi la volonté de prendre des mesures efficaces. Il est important que chaque pays tende à l'autosuffisance et assume la responsabilité de son développement socio-économique pour sa stabilité, et donc sa sécurité dans le domaine de la santé.*

*Le contenu de cette section sera établi à l'issue du processus de consultation. Son but est d'illustrer l'extrême diversité des solutions mises en place par les pays pour répondre à des besoins toujours plus grands. Les évaluations des stratégies de la santé pour tous ont montré combien il est essentiel d'accroître la capacité des pays à cet égard. Les participants sont priés d'indiquer ce qu'ils pensent de l'évolution de la situation sanitaire dans différents pays et des stratégies mises au point pour satisfaire les besoins des populations au cours des deux décennies à venir.*

### II.4 CAPACITÉ DE LA COMMUNAUTÉ INTERNATIONALE DE RÉPONDRE AUX BESOINS DES PAYS

#### NOTES À L'INTENTION DES PARTICIPANTS AU PROCESSUS DE CONSULTATION

*Bien que les principaux déterminants de la santé et leurs tendances aient leur spécificité, les moyens mis en oeuvre au niveau international pour satisfaire les besoins des pays devront demeurer souples. Premièrement, l'OMS a changé non seulement ses priorités internes, mais aussi ses approches gestionnaires pour répondre aux demandes et aux priorités des pays. Dans le même temps, d'autres organismes du système des Nations Unies ont fait une plus large place à la santé et de nombreuses organisations non gouvernementales ainsi que des organisations géopolitiques et économiques régionales sont devenues de sérieux partenaires des pays dans les efforts fournis en vue du développement sanitaire.*

*Les participants au processus de consultation sont priés d'indiquer comment ils conçoivent l'appui international, en particulier celui de l'OMS, pour le renforcement de leurs propres capacités nationales.*

Au cours des prochaines décennies, un nombre de plus en plus grand de pays continuera d'avoir besoin d'une aide internationale ainsi que du soutien d'autres pays dans des situations semblables. L'efficacité et les

motifs de la coopération technique traditionnelle multi- et bilatérale de ces trente dernières années ont été contestés. Depuis quelques années cependant, l'action internationale de santé bénéficie du soutien d'un nombre croissant d'organisations pour le renforcement des capacités nationales. Les succès obtenus ne se mesurent pas seulement à l'importance des ressources transférées à cette fin; souvent, des ressources modestes permettent de réaliser des progrès énormes dans les pays, comme en témoignent la liste modèle des médicaments essentiels et le partographe. Une approche efficace et peu coûteuse consiste aussi à donner aux pays la possibilité d'adapter à leurs propres besoins les expériences d'autres pays.

## III CADRE POLITIQUE

### III.1 PRIORITÉS STRATÉGIQUES

NOTES À L'INTENTION DES PARTICIPANTS  
AU PROCESSUS DE CONSULTATION

*Le but de cette section est de préciser les bases de la nouvelle politique et la finalité du processus de consultation. Sans préjuger de ses résultats, les participants indiqueront si les priorités stratégiques énumérées ci-dessous permettront de combler les lacunes qui subsistent, en matière de développement sanitaire, après vingt années de mise en oeuvre de la stratégie de la santé pour tous.*

La politique d'équité, de solidarité et de santé proposée a pour objet général d'aider les pays à déterminer leurs priorités, à faire leur choix dans un large éventail d'options politiques et à donner à la santé la place qui lui revient dans le développement. A cette fin, il est proposé de se focaliser sur cinq stratégies prioritaires :

- ◆ **combattre la pauvreté et en atténuer les conséquences sur la santé;**
- ◆ **assurer l'équité de l'accès aux services de santé, de leur utilisation et de leurs résultats et prendre des mesures spéciales en faveur de ceux qui souffrent le plus des inégalités, notamment les femmes;**
- ◆ **donner à la santé sa juste place dans le processus de développement d'ensemble** et garantir notamment aux **systèmes de santé** fondés sur les soins de santé primaires un **financement** adéquat, équitable et soutenu;
- ◆ veiller à la diffusion des **connaissances nouvellement acquises** chaque fois que cela est nécessaire et à l'**application rationnelle des connaissances et des techniques existantes** à l'appui du développement sanitaire; et
- ◆ mobiliser les **différents acteurs de l'action internationale de santé**, en fonction de leurs mandats et de leurs capacités, dans le cadre d'un plan coordonné et géré par le pays avec l'appui de l'OMS.

### III.2 PRINCIPES POLITIQUES

#### NOTES À L'INTENTION DES PARTICIPANTS AU PROCESSUS DE CONSULTATION

*Il s'agit de définir les principes auxquels devront obéir les changements qui détermineront, au cours des deux décennies à venir, la nouvelle politique d'équité, de solidarité et de santé.*

*Les participants au processus de consultation sont priés d'examiner les principes politiques suivants et d'en juger la validité pour une politique internationale qui aboutira à la mise à jour des politiques nationales.*

Les principes qui ont guidé l'action menée par les pays en faveur de la santé pour tous au cours des deux décennies écoulées, fournissant l'occasion d'imaginer des concepts et des paradigmes nouveaux pour la santé publique, restent valables. Cela étant, la nécessité d'éliminer les inégalités, de garantir la solidarité intersectorielle, nationale et internationale en faveur de l'action de santé et de stimuler la volonté de créer des partenariats nouveaux a favorisé l'apparition de valeurs et de principes qui devront servir de fondement à la nouvelle politique et inciter la communauté internationale à apporter en priorité son aide financière et technique aux pays les plus démunis.

Les politiques de la santé pour tous et les stratégies adoptées pour leur mise en oeuvre conserveront leurs **spécificités nationales** en raison de la diversité des besoins et des problèmes dans le domaine de la santé ainsi que des ressources financières et humaines disponibles. L'instauration de la santé pour tous dépendra de la volonté et de l'impulsion des instances politiques concernées, non seulement dans le secteur de la santé, mais aussi au niveau des pouvoirs publics en général ainsi que des organisations non gouvernementales, du secteur privé et de la société dans son ensemble. L'aide de la communauté internationale devra tenir compte de ces réalités, beaucoup plus que ce n'était auparavant le cas; l'aide multi- et bilatérale en particulier devra refléter les besoins et les priorités des pays bénéficiaires plutôt que les intérêts des donateurs.

Pour faire de la santé pour tous un objectif réalisable, les pays devront redéfinir leurs approches nationales et locales de manière à **réduire les inégalités** dans la situation sanitaire, à développer l'accès aux soins de santé primaires et à prévenir les risques majeurs pour la santé. La prise en compte efficace des facteurs démographiques, politiques, économiques, écologiques et sociaux qui influent sur la santé exige une **approche intersectorielle** dans le contexte du développement humain. Bien que la coopération intersectorielle ait toujours été un élément fondamental de la santé pour tous et des soins de santé primaires, les progrès ont été lents.

Il faudrait que les pays définissent et évaluent quantitativement les fac-

teurs qui déterminent la **pérennité** des progrès réalisés vers la santé pour tous, en particulier le **coût financier** de leurs politiques et leurs besoins en **ressources humaines**. Cela suppose que l'on consacre des ressources aux priorités locales et que l'on sélectionne les mesures les plus propices à un développement à long terme, de préférence à des résultats à court terme; cela oblige également à **responsabiliser** toutes les instances concernées, en procédant à des évaluations à intervalles réguliers. Il conviendra pour cela d'accepter de doter les pouvoirs publics des moyens nécessaires pour mettre un peu d'ordre dans les différents systèmes de prestation et organismes de financement. Etant entendu que c'est à la société dans son ensemble qu'il appartient d'oeuvrer en vue de la santé pour tous, les politiques nationales et les stratégies d'exécution de ces politiques devront faire une place aussi large que possible à la **participation communautaire** et favoriser par conséquent l'engagement politique, social et financier initial nécessaire au niveau national. Des principes politiques et administratifs seront clairement définis pour assurer la participation de tous les secteurs concernés, y compris à la périphérie.

La santé pour tous signifie "la santé par tous" et passe par l'élaboration et la mise en oeuvre d'une politique de santé envisageant la notion d'appui dans un esprit de **solidarité et de partenariat**. Ceux qui exercent des responsabilités dans le secteur de la santé joueront un rôle déterminant dans ce processus et seront les principaux pourvoyeurs d'informations et de conseils techniques; les personnels de santé devront apprendre à travailler avec leurs collègues d'autres secteurs, et inversement. Les plus hauts **responsables politiques nationaux** doivent non seulement répondre aux besoins de leurs populations mais aussi, dans un esprit de solidarité internationale, chercher à vaincre les obstacles à l'instauration de la santé pour tous par-delà les frontières nationales. L'objectif de la santé pour tous devra également mobiliser, dans tous les secteurs de l'économie et de la société, les **stratèges et décideurs nationaux** dont l'action peut avoir une influence sur la santé; ceux qui façonnent et représentent l'**opinion publique** à tous les niveaux, y compris les chefs religieux; les milieux professionnels et universitaires dans toutes les sphères qui concernent la santé; les représentants des **organisations non gouvernementales locales et nationales** qui s'occupent de développement social et économique, notamment pour les plus pauvres et les plus démunis; et enfin la **communauté internationale** des organismes multilatéraux, bilatéraux et non gouvernementaux dont la mission concerne les dimensions économiques et sociales du développement humain.

Une action politique devra être menée pour améliorer **la condition des femmes** en leur garantissant l'accès aux connaissances et aux compétences de base et aux services et en en faisant des partenaires à part entière du développement.

### III.3 GRANDES ORIENTATIONS POLITIQUES

#### NOTES À L'INTENTION DES PARTICIPANTS AU PROCESSUS DE CONSULTATION

***La nouvelle politique d'équité, de solidarité et de santé suivra les orientations essentielles qui réaffirment l'objectif de la santé pour tous et soulignent que la santé est un droit fondamental de l'homme et un but social à atteindre au niveau mondial. Toutefois, après vingt années d'expérience dans la mise en oeuvre de la stratégie, il faudra tenir compte des problèmes et des lacunes nouveaux qui seront identifiés. A cette fin, quatre grands domaines d'action ont été retenus; ils sont résumés ici.***

***Les participants au processus de consultation devront analyser ces domaines en vue de promouvoir l'objectif de la santé pour tous, et préciser le contenu qui pourrait leur être donné afin que la politique mondiale d'équité, de solidarité et de santé puisse être adaptée aux situations propres aux pays ou aux régions.***

Les huit composantes essentielles des soins de santé primaires (une éducation concernant les problèmes de santé qui se posent ainsi que les méthodes de prévention et de lutte qui leur sont applicables; la promotion de bonnes conditions alimentaires et nutritionnelles; un approvisionnement suffisant en eau saine et des mesures d'assainissement de base; la protection maternelle et infantile, y compris la planification familiale; la vaccination contre les grandes maladies infectieuses; la prévention et le contrôle des endémies locales; le traitement des maladies et lésions courantes; et la fourniture de médicaments essentiels) ont été un guide précieux au cours des vingt dernières années. L'expérience montre cependant qu'alors que s'imposent de nouvelles priorités, certaines composantes perdent de leur importance, d'où un déséquilibre dans la mise en oeuvre des soins de santé primaires. Par ailleurs, les succès obtenus dans certains domaines devraient permettre aux gouvernements de porter leur attention vers d'autres problèmes, comme l'accroissement mondial de la proportion de personnes âgées. Tout en restant fondées sur les soins de santé primaires, les politiques de santé devraient déborder le cadre strict du secteur de la santé. La nouvelle politique devrait trouver sa force dans les quatre grands domaines d'action présentés ci-après : engagement politique et plaidoyer en faveur de la santé; protection et promotion de la santé; mise en place, réforme et gestion des systèmes de santé; et lutte contre la maladie.

#### A) ENGAGEMENT POLITIQUE EN FAVEUR DE LA SANTÉ

Le concept de la santé pour tous a permis de mieux prendre conscience de la contribution décisive de l'action sanitaire à l'activité économique, à l'amélioration de l'environnement et au développement en général. Dans la plupart des pays toutefois, cette prise de conscience ne s'est pas tra-

duite par un **engagement politique** adéquat. Les soins de santé primaires doivent faire l'objet de politiques, qui non seulement définissent le rôle du secteur de la santé et les moyens escomptés, mais aussi reconnaissent que **la santé est une responsabilité** des gouvernements au plus haut niveau. Cet engagement des pouvoirs publics devrait viser à réduire ou éliminer les risques pour la santé, en particulier ceux auxquels sont exposés les groupes de population les plus vulnérables, mais préciser aussi les buts de chaque secteur dans le domaine de la santé. Il aura besoin de l'appui du secteur de la santé qui fournira l'orientation technique et prendra les initiatives nécessaires pour définir les responsabilités des autres secteurs et promouvoir la mise en oeuvre d'une politique de santé. Il sera aussi assorti d'une **stratégie financière** globale pour le développement sanitaire dans les pays, à laquelle seront associés tous les ministères compétents, notamment ceux des finances, de la planification, de l'économie, de l'agriculture, du commerce et de l'éducation.

Pour l'OMS et ses Etats Membres, le premier impératif sera d'obtenir un consensus international sur l'importance de la **santé dans le développement** et de s'assurer à cette fin du soutien technique et de la solidarité de la communauté internationale. Les pays traduiront ce consensus en actes politiques en appliquant des dispositions réglementaires pour préserver et protéger la santé, en coordonnant la coopération financière et technique en faveur du développement sanitaire, et en faisant inscrire la santé pour tous à l'ordre du jour des sommets internationaux.

En deuxième lieu, ceux qui exercent des responsabilités dans le secteur de la santé devront assumer plus activement le rôle directeur qui leur incombe pour mesurer et signaler les effets sur la santé des milieux de vie et de travail, et les avantages qu'ils offrent, améliorer la capacité d'analyser les conséquences des efforts de développement sur la santé, et influencer les politiques publiques de développement ainsi que les décisions concernant les allocations de ressources.

## B) PROTECTION ET PROMOTION DE LA SANTÉ

Le risque de conflit entre les politiques macroéconomiques, agricoles, industrielles, énergétiques et commerciales et la nécessité de **protéger les populations, au moyen de mesures législatives, réglementaires** et, au besoin, fiscales contre les effets néfastes de ces politiques pour la santé continue de réclamer l'attention des décideurs. A mesure que l'on prend conscience de l'importance des modes de vie pour la santé, on s'efforce de prendre le problème à la racine et d'intervenir sur les facteurs qui déterminent une vie saine. S'il est vrai que les comportements ne sont pas toujours une affaire de choix individuel, il est possible, dans des limites raisonnables, d'influencer la façon dont les individus affrontent et résolvent les conflits et assument leurs responsabilités sans culpabiliser pour autant ceux qui sont affectés. On continuera de faire une place essentielle aux **activités d'éducation sanitaire et de promotion de la santé** en soulignant les effets positifs rapides d'une vie saine consistant,

par exemple, à ne pas fumer, à avoir une bonne hygiène bucco-dentaire et à prendre les précautions qui s'imposent lors des rapports sexuels. En plus de la vaccination et des autres mesures destinées à protéger la santé des enfants, parmi lesquelles la promotion de l'allaitement au sein et de bonnes pratiques de sevrage, il conviendra d'axer davantage les efforts sur la **prévention primaire**. Les pays devraient tirer parti de l'amélioration des méthodologies pour réorienter les allocations de ressources au profit de stratégies et de programmes conçus pour prévenir la mauvaise santé, non seulement pour des raisons économiques, mais aussi pour limiter les souffrances humaines. On multipliera les interventions précoces dans le contexte scolaire et communautaire.

Le secteur de la santé devra travailler en meilleure harmonie avec d'autres secteurs, tels ceux de l'**environnement**, de l'**éducation** et du **logement**, en multipliant par exemple les évaluations et les études d'impact sur la santé, et en participant à l'élaboration, pour chacun des secteurs intervenant dans le développement, de politiques spécifiques de santé destinées à prévenir les effets néfastes pour la santé des activités de développement et à favoriser des environnements propices à la santé. Le rôle des décideurs et des spécialistes des questions de santé est de protéger la santé des populations, notamment celle des groupes les plus vulnérables qui n'ont guère de prise sur le milieu dans lequel ils vivent. Ainsi, **en l'absence de tout contrôle, l'industrialisation et le commerce** peuvent créer des conditions physiques, chimiques, biologiques et psychosociales génératrices de problèmes de santé à court ou à long terme. Ces problèmes peuvent parfois conduire à l'**incapacité** au même titre que des lésions ou traumatismes des facultés visuelles, auditives, locomotrices ou mentales. L'importance des incapacités et des traumatismes pour les secteurs de la santé et apparentés devrait être prise plus au sérieux dans de nombreux pays, mais en particulier dans ceux qui sont en voie d'industrialisation rapide et où les handicapés sont souvent condamnés à la pauvreté.

### C) MISE EN PLACE, RÉFORME ET GESTION DES SYSTÈMES DE SANTÉ

Le renforcement de systèmes de santé qui abolissent les inégalités et soient viables, rentables et adaptés au contexte culturel ambiant passe d'abord par l'**accès** des groupes les plus démunis aux prestations de santé. De nombreux pays ont entrepris des réformes, mais plusieurs questions fondamentales restent à résoudre. La plupart des pays ont commencé à décentraliser leurs services de santé, mais il est très difficile de réorienter les ressources dont bénéficient les services curatifs centralisés et hautement spécialisés au profit des autres échelons du système de santé. La mise au point de **techniques de pointe** et de **nouveaux produits pharmaceutiques** pose inévitablement avec une acuité particulière des problèmes d'**accès**, d'**équité** et d'**éthique**.

La **participation de la communauté** à la mise en place et au fonctionnement du système de santé est l'un des principes fondamentaux de la

stratégie de la santé pour tous. Les programmes qui favorisent un recentrage des intérêts et des ressources au profit de groupes particuliers, comme les pauvres des campagnes et des villes, doivent être exécutés en coordination avec la communauté pour une meilleure identification des problèmes, la recherche de solutions adaptées et l'obtention d'un soutien local. Le respect de l'autonomie voudrait en fait que ces programmes émanent des communautés. Les activités qui relèvent traditionnellement du secteur de la santé devraient être confiées à d'autres secteurs dans les cas où ce seraient eux qui détiendraient la solution aux problèmes de santé, et inversement, avec l'appui du réseau associatif dense qu'offre la communauté.

Pour plus d'équité, une **meilleure gestion** s'impose dans le secteur de la santé : une administration plus efficace, un exercice plus rigoureux des responsabilités envers la population, et des services plus performants et de meilleure qualité. Un système d'information gestionnaire est également nécessaire pour la santé publique. **La formation, les conditions d'emploi et la répartition des personnels de santé** posent des défis majeurs; les activités d'éducation et de formation dans d'autres secteurs devraient faire une place à la santé, mais l'inverse est également vrai. Des réformes devront être apportées à l'utilisation des ressources, mais il serait bon de s'intéresser davantage à des modes de financement alternatifs, susceptibles de promouvoir l'équité et de maintenir dans des limites raisonnables la part des dépenses de santé dans les budgets des ménages.

**L'intégration de programmes spécifiques**, vaccination, lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles, nutrition et médicaments essentiels par exemple, devra être faite à l'échelon approprié du système de santé, en fonction des observations épidémiologiques et des tendances qui s'en dégagent. Trop souvent, surtout dans les pays les moins avancés, c'est une juxtaposition de programmes verticaux entièrement financés par une aide extérieure qui apporte aux populations locales une couverture fragmentaire et inégale. L'un des objectifs de la politique actuelle est d'inciter les donateurs à concevoir des programmes bilatéraux qui soient aussi proches que possible des besoins et des situations propres à chaque pays dans le dessein de renforcer durablement les systèmes de santé; en identifiant des besoins complémentaires pour tous les éléments de cette politique, on dégagera des thèmes de **recherche** et l'on permettra que les dépenses collent plus étroitement aux orientations de la nouvelle politique.

## D) LUTTE CONTRE LA MALADIE

Nombreux sont les progrès qui passent d'abord par une amélioration de la **santé périnatale**. Trop souvent, la naissance entraîne le décès de la mère, en particulier dans les pays les moins avancés. Il est indispensable d'améliorer les services prénatals, obstétricaux et postnatals pour réduire les taux de mortalité et les risques liés à la maternité. Il suffirait que les parents apprennent à reconnaître certains symptômes, sachent quand il

faut demander un traitement, appliquent les règles de l'hygiène, y compris alimentaire, et puissent aussi obtenir rapidement des soins cliniques et des conseils sur place pour prévenir de nombreux décès de nourrissons. La santé de populations entières bénéficierait beaucoup de la mise en place de services de **planification familiale** aisément accessibles. De plus en plus nombreuses, les **personnes âgées** ont besoin de prestations et de médicaments coûteux, et des approches novatrices seraient utiles pour préserver la santé des vieillards et leur apporter le soutien social nécessaire à une vie pleine et indépendante.

Le **paludisme** restera un problème de santé majeur. Un diagnostic précoce et un traitement efficace, associés à des efforts de prévention qui soient durables et d'un bon rapport coût/efficacité, sont essentiels face à l'apparition et à la propagation de la résistance aux insecticides et aux médicaments et aux difficultés de la lutte contre les moustiques. Ce genre de démarche et une diminution du prix des médicaments devraient aussi aider à combattre d'autres maladies parasitaires.

Les **maladies transmissibles** exigent une surveillance continue, car il faut pouvoir détecter certaines recrudescences, l'émergence de souches nouvelles et l'apparition de phénomènes de résistance; l'incidence de la tuberculose, par exemple, devrait continuer à augmenter si les méthodes de prévention et les traitements standardisés de courte durée et d'un bon rapport coût/efficacité qui sont disponibles, associés à la surveillance nécessaire pour que les malades prennent bien les médicaments prescrits, ne permettent pas de marquer de progrès décisifs dans la lutte contre cette maladie.

La menace de l'**infection à VIH/SIDA** subsistera tout au long des premières décennies du XXI<sup>e</sup> siècle, et c'est dans les pays en développement que sera recensée la majorité des cas. La prévention de l'infection à VIH et des autres maladies sexuellement transmissibles exigera une approche intégrée et soutenue, ainsi que des modèles de soins cliniques et communautaires d'un bon rapport coût/efficacité, et un effort de recherche.

Des mesures efficaces, peu coûteuses et systématiques devraient permettre d'endiguer plusieurs maladies qui sévissent localement. La chirurgie bon marché de la cataracte et les opérations de lutte contre le trachome et l'onchocercose devraient, par exemple, donner de bons résultats contre les **ophtalmies** transmissibles d'origine parasitaire; de la même manière, des méthodes peu coûteuses comme celles qui sont utilisées en **santé bucco-dentaire** devraient être appliquées à d'autres affections bien particulières.

L'amélioration des modes de vie et du régime alimentaire permettra sans doute de réduire sensiblement la prévalence des **maladies cardiovasculaires**, mais ces dernières resteront probablement une cause importante de mortalité au cours de la prochaine décennie. D'autres maladies non transmissibles risquent en outre de gagner encore en importance

si l'on considère combien il est difficile de modifier les modes de vie. De plus en plus, les cancers exigeront une action de santé publique pour la prévention, le dépistage précoce et le traitement, ainsi que des programmes de soulagement de la douleur et des soins palliatifs. **D'autres maladies chroniques** en augmentation partout dans le monde, par exemple le diabète, les maladies pulmonaires chroniques non spécifiques et les maladies rhumatismales chroniques, appellent des mesures coûteuses de diagnostic et de traitement. Il faudra mettre au point des interventions et des thérapies médicamenteuses offrant un bon rapport coût/efficacité, car ces maladies exigent souvent un traitement à vie.

La **santé mentale** et les troubles neurologiques exigent aussi que soient développés des soins cliniques et communautaires, et sont de plus aggravés par les problèmes liés aux guerres civiles, à la marginalisation, au vieillissement de la population et à l'infection par le VIH par exemple.

### III.4 ASPIRATIONS POLITIQUES

#### NOTES À L'INTENTION DES PARTICIPANTS AU PROCESSUS DE CONSULTATION

***Des cibles détaillées pour la solution des problèmes de santé dans les pays ou pour la réalisation des programmes de santé doivent bien sûr être fixées à plusieurs niveaux (voir section IV ci-après), mais cela n'empêche pas d'adopter au niveau mondial, avec la politique, un certain nombre de buts correspondant aux grandes aspirations politiques. Certains émanent de conférences internationales dont les conclusions concernent la nouvelle politique ou de décisions internationales tendant à atténuer, voire éliminer, divers problèmes de santé. D'autres peuvent insister sur l'importance à donner aux efforts concertés dans telle ou telle direction.***

***Aucun but n'est énoncé ici; les participants au processus de consultation sont invités à donner leur point de vue sur les types de buts à fixer pour la nouvelle politique, selon les secteurs.<sup>1</sup>***

1. Le Conseil exécutif peut, en janvier 1995, proposer quelques buts pour adoption par l'Assemblée de la Santé; de leur côté, les participants pourront s'inspirer des buts et cibles énumérés dans le neuvième programme général de travail, par exemple :

- au moins 85 % de la population mondiale aura accès (à moins d'une heure de marche ou de transport) à des moyens de traitement des maladies courantes et à des médicaments et vaccins essentiels de bonne qualité, y compris des produits biologiques et sanguins;
- toutes les femmes enceintes auront accès à des soins prénatals, à l'assistance d'un personnel qualifié lors de l'accouchement et à des services spécialisés en cas de grossesse à haut risque ou d'urgence obstétricale; et
- le pourcentage de la population ayant accès à des moyens ou des services d'élimination hygiénique des excréta atteindra au moins 75 %.

## IV

## DE LA POLITIQUE A L'ACTION

## IV.1 FORMULATION DE LA POLITIQUE DANS LES PAYS

## NOTES À L'INTENTION DES PARTICIPANTS AU PROCESSUS DE CONSULTATION

*Une fois approuvée au niveau international la politique d'équité, de solidarité et de santé et une fois traduites en réalités nationales les principales recommandations qu'elle comporte, les Etats Membres choisiront des approches adaptées à leur situation socio-économique et à leur culture et écarteront celles qui se sont révélées déficientes durant les dix dernières années de la mise en oeuvre de la stratégie de la santé pour tous.*

*Après avoir choisi leurs approches, les Etats Membres procéderont en plusieurs étapes à la formulation de la politique, veillant ainsi à ce que ses principales dispositions soient adaptées à leur contexte national ou régional et mises en oeuvre grâce à un choix optimal d'approches.*

*Cette composante finale de la politique d'équité, de solidarité et de santé peut sembler à première vue une simple démarche gestionnaire, mais les carences de la gestion ont souvent été le principal obstacle à l'exécution de politiques qui comptaient parmi les meilleures au monde.*

*Les participants au processus de consultation devront donc examiner les approches ci-après et évaluer leurs possibilités d'application dans différents contextes nationaux, pour qu'elles puissent être suivies dans la situation propre à chaque pays.*

## A) FORMULATION DE LA POLITIQUE

Compte tenu du cadre d'action mondial, chaque pays formulera sa politique d'équité, de solidarité et de santé en procédant comme suit :

- ◆ dégager les facteurs démographiques, politiques, économiques, environnementaux et sociaux qui influencent la santé, et faire une **analyse** des tendances dans ce domaine pour évaluer les problèmes et les besoins en matière de santé et repérer les groupes les plus vulnérables, en privilégiant ceux qui n'ont pas accès aux soins de santé ou dont les possibilités d'accès sont très limitées; il sera alors possible de fixer les grandes orientations;
- ◆ apprécier les perspectives de changement, notamment en évaluant les **ressources** financières, humaines, matérielles et intellectuelles disponibles, ainsi que le concours que les représentants du secteur public et d'autres secteurs peuvent apporter à la démarche de formulation et de mise en oeuvre, de façon qu'il y ait pour eux un enjeu qui les incite à s'engager tous à l'égard de la politique;

- ◆ fixer ensuite des cibles à différents niveaux en fonction des grandes orientations et de chaque situation, ce qui servira à évaluer les progrès réalisés en vue des aspirations politiques (à ce stade, il pourra s'avérer nécessaire d'établir des normes);
- ◆ choisir en conséquence les **actions** les mieux adaptées en appliquant les principes d'équité, de durabilité et d'accessibilité financière, et en prévoyant des dispositifs pour suivre la mise en oeuvre – ce qui inclura la définition des responsabilités techniques de chaque secteur jouant un rôle dans la prévention, la protection de la santé et la garantie de l'accès aux soins de santé, ainsi que des responsabilités personnelles dans la mise en oeuvre; ces actions seront chiffrées et le programme remanié en conséquence – un aspect essentiel de cette démarche consistera à définir les responsabilités aux différents niveaux politiques et administratifs comptables de la santé de la population;
- ◆ inscrire ces mesures dans **le budget national et les budgets locaux**, ce qui sera la condition sine qua non de la mise en oeuvre de la politique d'équité, de solidarité et de santé.

## B) APPROCHES DE LA MISE EN OEUVRE DE LA POLITIQUE

Instaurer un consensus international sur les recommandations énoncées dans une politique de santé ne suffit pas. L'adaptation de la politique aux situations nationales exige qu'elle soit entérinée par tous les acteurs concernés : hommes politiques, spécialistes de la santé et d'autres disciplines, communautés, groupements professionnels, organisations non gouvernementales et ensemble de la population – qui tous sont censés collaborer à l'exécution de la politique en suivant diverses approches. Il peut s'agir d'élaborer de nouvelles politiques au niveau national ou à un niveau inférieur, de mettre à jour les politiques de santé actuelles ou de les réorienter, ou encore de prévoir un certain nombre d'activités correspondant aux centres d'intérêt nationaux.

Des **approches spécifiques de pays** tenant compte du contexte politique, économique et socioculturel ainsi que des traditions gestionnaires devront être mises au point pour :

- ◆ les **questions de politique générale**, par exemple : le financement de la santé pour tous, y compris la politique d'affectation des ressources, tant dans le secteur de la santé qu'en proportion du budget national en faveur de la santé pour tous; le financement et la délégation des pouvoirs concernant les recherches orientées vers la décision; les responsabilités du secteur de la santé en matière de collaboration technique avec d'autres secteurs et la mise en oeuvre de leurs politiques; la décentralisation et l'appui des niveaux national et régional; enfin, les responsabilités de l'individu, de la famille et de la communauté et les mécanismes de participation;
- ◆ les **questions de gestion**, par exemple : l'optimisation de l'utilisation des ressources du secteur de la santé, notamment l'analyse économi-

que et la gestion des ressources; la transparence financière; le renforcement des systèmes de santé au niveau de la province et du district; la gestion de tous les services et institutions, y compris l'intégration des services de prévention, de lutte et de traitement bénéficiant d'un encadrement et d'un contrôle de qualité et de systèmes d'information pour la gestion qui permettent, entre autres, de dégager les groupes à risque et de réduire les inégalités;

- ◆ les **questions intersectorielles**, par exemple : l'action de plaider et la promotion de la santé en tant que condition préalable du développement, accompagnées d'une démarche de planification et de décision appropriée; l'analyse de l'impact sur la santé des activités de développement dans tous les secteurs; la surveillance de la situation sanitaire par rapport à l'environnement, aux mesures spécifiques, par exemple en faveur de la santé en milieu urbain, et à d'autres facteurs apparentés.

## IV.2 PARTENARIAT INTERNATIONAL

### NOTES À L'INTENTION DES PARTICIPANTS AU PROCESSUS DE CONSULTATION

*Etant donné le rôle croissant que jouent les institutions du système des Nations Unies, d'autres organisations intergouvernementales et les organisations non gouvernementales dans l'action en faveur du développement sanitaire aux niveaux international et national, elles sont tout naturellement pour les pays des partenaires privilégiés. Alors que les pays les plus riches les utilisent de façon ingénieuse pour échanger des informations au niveau international et fixer des normes, les pays moins avancés ne sont pas toujours aussi bien préparés pour une action coordonnée.*

*La politique d'équité, de solidarité et de santé a notamment pour finalité d'encourager la solidarité et le partenariat au plan international autour des grands axes dégagés ici et de veiller à une mise en oeuvre coordonnée dans le cadre du développement des pays. L'objet de la présente section est de déterminer la capacité d'appui des différentes institutions et de faire ressortir le rôle capital de l'OMS dans la coordination de l'appui aux aspects sanitaires du développement dans les différents pays.*

Il appartient à la communauté internationale de veiller à ce que le rôle central de la santé dans le développement social, politique, culturel et économique se reflète dans les politiques des différents secteurs, à la fois comme retombée du progrès et comme moteur du changement.

De plus en plus de pays auront besoin d'un appui extérieur avant d'atteindre l'autonomie en matière de développement sanitaire. Or, les ressources internationales se font rares et il est donc indispensable d'**optimiser l'appui** en ayant recours à des mécanismes rationnels. Susciter la convergence des aspirations, des finalités, des cibles et des approches parmi tous ceux qui sont concernés par l'adoption d'une politique mondiale de la santé constitue un pas dans cette direction.

## A) RÔLE DES PARTENAIRES INTERNATIONAUX

Réaffirmer la mission de l'OMS et celle des autres institutions qu'intéresse la santé et redéfinir les modalités de leur coopération à l'appui du développement sanitaire des pays sont deux tâches indispensables à la mise en oeuvre de la politique. Le renforcement de la capacité gestionnaire d'un pays pour qu'il puisse tirer parti de l'accélération des activités suppose que l'on redouble d'efforts pour veiller à ce que l'affectation des ressources internationales, tant financières qu'humaines, corresponde aux priorités sanitaires. Toutes les institutions du système des Nations Unies, les institutions de Bretton Woods, les banques régionales de développement, les organisations internationales, les organisations non gouvernementales, les organismes du secteur privé et d'autres sont conscients de l'importance que revêt la gestion des activités au niveau national pour le développement sanitaire, et ils doivent donc veiller à ce que **leurs politiques et programmes soient mis en oeuvre conformément aux priorités énoncées dans la politique nationale et en étroite collaboration avec les programmes nationaux**. Si les motivations de ces différents partenaires varient bien souvent et s'il faut tenir compte de leurs **"avantages comparatifs"** en respectant leurs **divers mandats**, la responsabilité sociale leur impose toutefois de coordonner leur action. Pour éviter les doubles emplois, il faut respecter le mandat de l'OMS, qui est de coordonner l'action internationale en matière de santé. Cette entreprise concertée doit se caractériser par des consultations politiques régulières axées sur les échanges plutôt que par des mécanismes officiels. Depuis vingt ans, les conférences internationales où s'est forgé le consensus sur les questions de développement sanitaire ont contribué à cette orientation, mais sans doute faut-il encore renforcer les mécanismes de travail.

Les mandats et les modalités de fonctionnement sont très différents. Le **système des Nations Unies** a été créé pour promouvoir la paix et la reconstruction ainsi que le développement humain dans le monde. L'OMS, en vertu de sa Constitution, agit en tant qu'autorité directrice et coordonnatrice de l'action de santé internationale et poursuit la collaboration avec les institutions spécialisées et des organismes comme l'UNICEF. Certaines organisations telles que l'UNESCO et l'OIT ont un mandat qui ne relève quasiment pas du secteur de la santé mais, ces dernières années, elles ont renforcé leurs activités et leur engagement dans le domaine de la santé, de même que les institutions de Bretton Woods, qui ont affirmé leur rôle dans le développement sanitaire. D'autres organisations du système des Nations Unies assument des fonctions dans le domaine de la santé, et plusieurs programmes et fonds ont eux aussi d'importantes composantes "santé" et contribuent au développement sanitaire des pays en offrant une coopération technique, en donnant des avis et en menant une action d'information. D'autres institutions internationales deviennent des sources croissantes d'assistance technique et de recherche sur les grandes orientations, et aussi des sources de financement du développement. Plusieurs groupements politiques et économiques régionaux ainsi que des banques régionales se sont peu à peu impliqués dans le secteur

de la santé en raison de son importance politique et des sommes dont il a besoin. Les institutions bilatérales sont des partenaires essentiels pour bien des pays car elles offrent à la fois ressources financières et information.

Les organisations non gouvernementales, qu'elles aient un caractère national ou international, ont souvent une aptitude inégalée à travailler en étroite collaboration avec les communautés. Elles sont devenues cruciales pour le développement sanitaire et jouent même un rôle irremplaçable dans certains secteurs de la santé où leur indépendance est un atout pour les autorités nationales et locales. Si les ressources qu'elles maîtrisent sont plus importantes que celles de l'ensemble du système des Nations Unies, elles ne seront cependant utilisées efficacement que si les activités sont bien coordonnées par les pays.

Les organisations internationales qui se consacrent au développement sanitaire représentent à elles toutes une force impressionnante. Leur aptitude à faire avancer la politique d'équité, de solidarité et de santé est un facteur complémentaire; les pays doivent organiser et utiliser au maximum l'appui international pour la mise en oeuvre de leurs politiques.

## B) REDÉFINITION DE LA MISSION DE L'OMS

Au niveau international, le rôle de plaidoyer qu'assume l'OMS en vertu de son mandat et son action pour promouvoir les principes fondamentaux de cette politique et en coordonner la mise en oeuvre sont essentiels à la cohérence des modalités d'application dans les pays. La fonction de l'OMS en tant qu'autorité directrice et coordonnatrice de l'action de santé internationale et sa fonction de coopération technique devraient accélérer les progrès pour surmonter les trois principaux écueils repérés lors des évaluations de la santé pour tous, en luttant contre **la pauvreté et les obstacles qu'elle dresse à l'accès à la santé**, en appliquant le cadre général de **développement économique** et des mesures du même ordre pour le **financement des systèmes de santé**, et en remédiant à **l'incapacité d'appliquer** au développement sanitaire **les connaissances existantes**. Cela signifie qu'il faudra utiliser plus systématiquement les mécanismes déjà en place pour favoriser une approche de pays partant de la base et réaffirmer la volonté de catalyser, d'appuyer et de coordonner la coopération et la collaboration sanitaires entre pays et avec d'autres partenaires pour la mise en oeuvre d'une nouvelle politique de la santé pour tous.

Dans ce cadre, la mission de l'OMS sera la suivante :

- ◆ fournir un appui aux Etats Membres pour qu'ils **redéfinissent leurs politiques de la santé pour tous** compte tenu des grands défis à relever en matière de santé au cours des vingt-cinq prochaines années;
- ◆ **offrir une coopération technique** aux Etats Membres pour qu'ils définissent leurs stratégies de **mise en oeuvre des politiques**, en réaffirmant l'importance de l'instauration et du renforcement des moyens d'action qui leur permettront de préciser et mener leurs propres activi-

tés (le développement des moyens d'action privilégiera les pays qui ne peuvent atteindre l'autonomie dans le domaine de la santé);

- ◆ **assumer des fonctions normatives**, c'est-à-dire fixer des normes à l'appui de la politique pour veiller à une transparence mondiale en matière de santé, notamment en suivant et en évaluant cette politique; diffuser et échanger l'information, en particulier les résultats des travaux de recherche-développement sur de nouveaux outils et de nouvelles approches de la santé pour tous, démarche qui sera essentielle pour l'action de l'OMS dans la mise en oeuvre de la nouvelle politique mondiale de la santé;
- ◆ **promouvoir et coordonner un appui efficace** en faveur de la santé pour tous **par l'ensemble de la communauté internationale**, notamment en renforçant les partenariats et en mobilisant des ressources, et procéder, avec les partenaires internationaux, à une surveillance mondiale des progrès réalisés dans la mise en oeuvre de la politique.

Les organes directeurs de l'OMS réexamineront régulièrement la mission de l'Organisation, et les modalités de mise en oeuvre seront fixées tous les six ans dans les programmes généraux de travail. La mise en oeuvre à plus court terme par le biais des budgets programmes fondés sur les besoins des pays garantira que les tâches correspondent aux réalités sanitaires des pays.

Un bilan des résultats obtenus par les programmes de l'OMS depuis le lancement de la stratégie de la santé pour tous montre que l'Organisation a fait la preuve de sa capacité d'adaptation et de réaction face à l'évolution des besoins grâce à ses propres mécanismes et à ceux des pays, qui lui ont permis de réviser les politiques et programmes nationaux et de faire en sorte que les activités inscrites à son budget programme soient en harmonie avec les besoins nationaux. L'Organisation surveillera sans relâche son processus gestionnaire pour offrir aux Etats Membres un appui direct approprié.

Lors de tous les débats au sein des organes directeurs de l'OMS, on veillera spécialement à suivre de près les principaux axes de la politique, à savoir la réduction des inégalités face à la santé, la responsabilité de tous les partenaires nationaux et internationaux, la participation et la solidarité.

## V

## CONCLUSION

Le succès de la mise en oeuvre de la politique d'équité, de solidarité et de santé dépendra de la prise de conscience au niveau des Etats Membres et des autres acteurs concernés de l'urgente nécessité de relever les immenses défis que posent la mauvaise santé et les inégalités. C'est là une vision politique ambitieuse face à des problèmes redoutables, mais l'espoir d'atteindre l'objectif de la santé pour tous est tel que l'élaboration de cette nouvelle politique est un impératif moral; tout aussi ambitieuse est la volonté de rassembler l'ensemble des partenaires pour aider à la mettre en oeuvre. Malgré l'ampleur de la tâche, l'OMS continuera à oeuvrer, dans l'intérêt de tous les peuples du monde, pour instaurer le meilleur état de bien-être physique, mental et social possible, qui constitue un droit fondamental de l'être humain.



## CALENDRIER PROPOSÉ POUR L'ÉLABORATION DE LA NOUVELLE POLITIQUE SANITAIRE MONDIALE

DATE	ETATS MEMBRES	ORGANES DIRECTEURS DE L'OMS	WHO SECRETARIAT
Janvier 1995		Quatre-vingt-quinzième session du Conseil exécutif : examen du document proposé pour la consultation et rapport à la Quarante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé	
Mai 1995		Quarante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé : examen du document proposé pour la consultation et avis concernant le processus de consultation avec les Etats Membres	
Mai à septembre 1995	Mise en place/renforcement des mécanismes nécessaires au processus de consultation dans les pays <sup>1</sup>		Après la Quarante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé, le Directeur général entame le processus de consultation avec les Etats Membres, les institutions du système des Nations Unies, et des organisations intergouvernementales et non gouvernementales  Mise au courant du personnel de l'OMS à tous les niveaux sur la teneur et les méthodes d'examen et des stratégies
Juin 1995			Mise au point définitive du document pour la consultation, tel que modifié par le Conseil exécutif et l'Assemblée de la Santé, ainsi que des méthodes à utiliser; création des mécanismes spéciaux qui pourraient être nécessaires et diffusion de lignes directrices

<sup>1</sup> Par exemple: séminaires ministériels pour l'examen de la nouvelle politique; sessions ou débats parlementaires extraordinaires; comités ou structures interministériels/intersectoriels pour l'élaboration et la mise en oeuvre de la politique; "cellules de réflexion" sur différents aspects de la nouvelle politique sanitaire mondiale; etc.

DATE	ETATS MEMBRES	ORGANES DIRECTEURS DE L'OMS	WHO SECRETARIAT
Automne 1995		Comités régionaux de l'OMS : examen du document pour la consultation et des moyens de formuler les politiques régionales	Rapports des Directeurs régionaux aux comités régionaux sur les approches de la formulation des politiques et l'appui de l'OMS
A partir de septembre 1995	Examen des politiques, stratégies et plans d'action nationaux en faveur de la santé pour tous; examen de l'analyse et des projections; création de groupes nationaux chargés d'examiner la nouvelle politique et la mission de l'OMS pour sa mise en oeuvre		Réunions, séminaires, ateliers et activités analogues avec des organisations régionales et sous-régionales; consultations avec des institutions du système des Nations Unies et d'autres organisations internationales et non gouvernementales
Janvier 1996		Quatre-vingt-dix-septième session du Conseil exécutif; examen des progrès de l'élaboration de la nouvelle politique sanitaire mondiale et du processus de consultation et rapport à la Quarante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé	
Durant toute l'année 1996	Processus de consultation auprès des Etats Membres et d'autres organisations internationales et non gouvernementales		Appui aux Etats Membres pendant le processus de consultation
Mai 1996	Rapport sur les progrès accomplis à l'Assemblée mondiale de la Santé	Quarante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé : examen des progrès de l'élaboration de la nouvelle politique sanitaire mondiale et du processus de consultation auprès des Etats Membres	
Janvier 1997		Conseil exécutif : examen des progrès de l'élaboration de la politique mondiale proposée et rapport à la Cinquantième Assemblée mondiale de la Santé	

DATE	ETATS MEMBRES	ORGANES DIRECTEURS DE L'OMS	WHO SECRETARIAT
Février 1997	Les contributions des Etats Membres à la politique et leurs vues sur la mission de l'OMS sont communiquées au Secrétariat de l'OMS ainsi que celles d'autres organisations internationales et non gouvernementales		
De février à juin 1997			Groupes de rédaction régionaux : synthèse des réponses des Etats Membres et préparation d'informations pertinentes pour la formulation des politiques régionales
Mai 1997		Cinquantième Assemblée mondiale de la Santé : examen des progrès accomplis	
De juin à décembre 1997			Elaboration de la nouvelle politique sanitaire mondiale
Automne 1997		Comités régionaux : examen (facultatif) du projet de politique régionale	
Octobre 1997	Participation à des conférences régionales préparatoires pour examiner/adopter la politique (éventuellement en liaison avec les comités régionaux)		Présence aux conférences régionales
D'octobre à décembre 1997	Lancement d'activités pour obtenir l'engagement des plus hautes instances gouvernementales et politiques en faveur de la politique		Equipe chargée de l'élaboration de la politique : mise en forme de la nouvelle politique mondiale et introduction, le cas échéant, des observations des comités régionaux
Janvier 1998		Conseil exécutif : examen final de la nouvelle politique mondiale proposée et rapport à l'Assemblée mondiale de la Santé	

DATE	ETATS MEMBRES	ORGANES DIRECTEURS DE L'OMS	WHO SECRETARIAT
Mai 1998	Rapports des pays à la Cinquante et Unième Assemblée mondiale de la Santé	Assemblée de la Santé : lors d'une manifestation spéciale organisée dans le cadre de l'Assemblée, adoption d'une résolution à l'appui de la politique et d'une charte	
A partir de juin 1998	Mise au point ou réorientation des plans d'action nationaux, et mise en oeuvre des politiques nationales, régionales et mondiale avec l'appui de l'OMS	Examens et évaluations périodiques des progrès par les comités régionaux, le Conseil exécutif et l'Assemblée de la Santé	Poursuite de la coopération technique et de l'appui aux actions nationales, régionales et mondiales pour la mise en oeuvre de la politique
Eté 1998	Commentaires sur le dixième programme général de travail		Le Directeur général consulte les autres chefs de secrétariat sur la réponse du système des Nations Unies à la charte  L'OMS organise une réunion internationale chargée d'entériner une politique et une stratégie à l'appui de la santé pour tous, notamment dans les pays les plus démunis
Septembre 1998		Comités régionaux : examen de la mise en oeuvre de la politique; réponse régionale à la charte; examen du budget régional pour l'exercice 2000-2001	
Janvier 1999		Conseil exécutif : examen du rapport du Directeur général sur l'orientation du Secrétariat pour la mise en oeuvre de la nouvelle politique, du dixième programme général de travail et du budget pour l'exercice 2000-2001 (de transition)	Présentation du rapport sur la réorientation du Secrétariat, du projet de dixième programme général de travail et du projet de budget pour l'exercice 2000-2001  Le Directeur général sollicite un engagement politique au plus haut niveau en commençant, à l'occasion de la Journée mondiale de la Santé 1999, par un examen des progrès accomplis au niveau national en vue de la santé pour tous

---

DATE	ETATS MEMBRES	ORGANES DIREC- TEURS DE L'OMS	WHO SECRETARIAT
Avril 1999	Début des examens des progrès accomplis en vue de la santé pour tous à l'occasion de la Journée mondiale de la Santé		Le CAC convient d'une réponse du système des Nations Unies à la charte et en communique la teneur à l'ECOSOC
Mai 1999		Cinquante-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé : choix d'un thème pour la transition vers le nouveau millénaire; adoption du dixième programme général de travail; approbation du budget pour l'exercice 2000-2001	
Juillet 1999			Rapport du Directeur général à l'ECOSOC
Septembre 1999		Comités régionaux : remaniement des plans régionaux et préparatifs pour l'an 2000	

---

