

54686  
WHO/SHS/DHS/95.1  
Original: ANGLAIS  
Distribution: limitée

E: 53987

---

---

**LES SYSTEMES DE SANTE DE DISTRICT :**

**ETUDE MONDIALE ET REGIONALE**

**FONDEE SUR**

**L'EXPERIENCE DE DIVERS PAYS**

---

---

**Organisation mondiale de la Santé  
Division du Renforcement des Services de Santé  
Unité des Systèmes de Santé de District**

**1995**

Ce document n'est pas destiné à être distribué au grand public et tous les droits y afférents sont réservés par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). Il ne peut être commenté, résumé, cité, reproduit ou traduit, partiellement ou en totalité, sans une autorisation préalable écrite de l'OMS. Aucune partie ne doit être chargée dans un système de recherche documentaire ou diffusée sous quelque forme ou par quelque moyen que ce soit - électronique, mécanique ou autre - sans une autorisation préalable écrite de l'OMS.

Les opinions exprimées dans les documents par des auteurs cités nommément n'engagent que lesdits auteurs.

# LES SYSTEMES DE SANTE DE DISTRICT

## TABLE DES MATIERES

	Pages
INTRODUCTION .....	4
<b>SECTION I</b> .....	<b>6</b>
<b>GENERALITES</b> .....	<b>6</b>
La santé pour tous d'ici l'an 2000 .....	6
La Déclaration d'Alma-Ata .....	6
La mise en oeuvre des soins de santé primaires au cours des années 1980 ...	6
La résolution de l'Assemblée mondiale de la Santé sur les systèmes de santé de district .....	7
La définition des systèmes de santé de district .....	7
La mise en route du programme OMS de renforcement des systèmes de santé de district fondés sur les soins de santé primaires .....	9
Objectifs en matière de développement .....	9
Objectifs et approches du programme .....	9
<b>SECTION II</b> .....	<b>10</b>
<b>QUELQUES ASPECTS ET DOMAINES CRITIQUES DES SYSTEMES DE SANTE DE DISTRICT DANS DIVERS PAYS AIDÉS</b> .....	<b>10</b>
Domaines critiques .....	10
Organisation, planification et gestion .....	10
Financement et répartition des ressources .....	13
Information .....	14
Engagement communautaire vis-à-vis de la santé .....	14
Action intersectorielle .....	16
Développement des capacités .....	16
Renforcement des institutions .....	17
a) Centres de santé .....	17
b) Hôpitaux de district .....	18
Systèmes de santé urbains .....	19
Assurance de la qualité .....	21

<b>SECTION III</b> .....	23
<b>ACTIVITES DES BUREAUX REGIONAUX DE L'OMS ET DES ORGANISMES INTERNATIONAUX D'AIDE</b> .....	23
Région africaine .....	23
Région des Amériques .....	24
Région de la Méditerranée orientale .....	25
Région européenne .....	26
Région de l'Asie du Sud-Est .....	28
Région du Pacifique occidental .....	29
Organismes internationaux d'aide qui appuient le Programme mondial et interrégional de l'OMS de Renforcement des Systèmes de Santé de District	30
 <b>SECTION IV</b> .....	 35
<b>PRINCIPAUX PROBLEMES ET DEFIS MAJEURS CONCERNANT LES SYSTEMES DE SANTE DE DISTRICT</b> .....	35
Planification opérationnelle au niveau du district .....	35
Intégration .....	36
Utilisation optimale des ressources dans les districts .....	37
Développement des capacités .....	39
Renforcement des services de santé .....	40
a) Centres de santé .....	40
b) Hôpitaux .....	40
Systèmes de santé urbains .....	41
Engagement communautaire .....	43
Assurance de la qualité dans le développement sanitaire au niveau du district	43

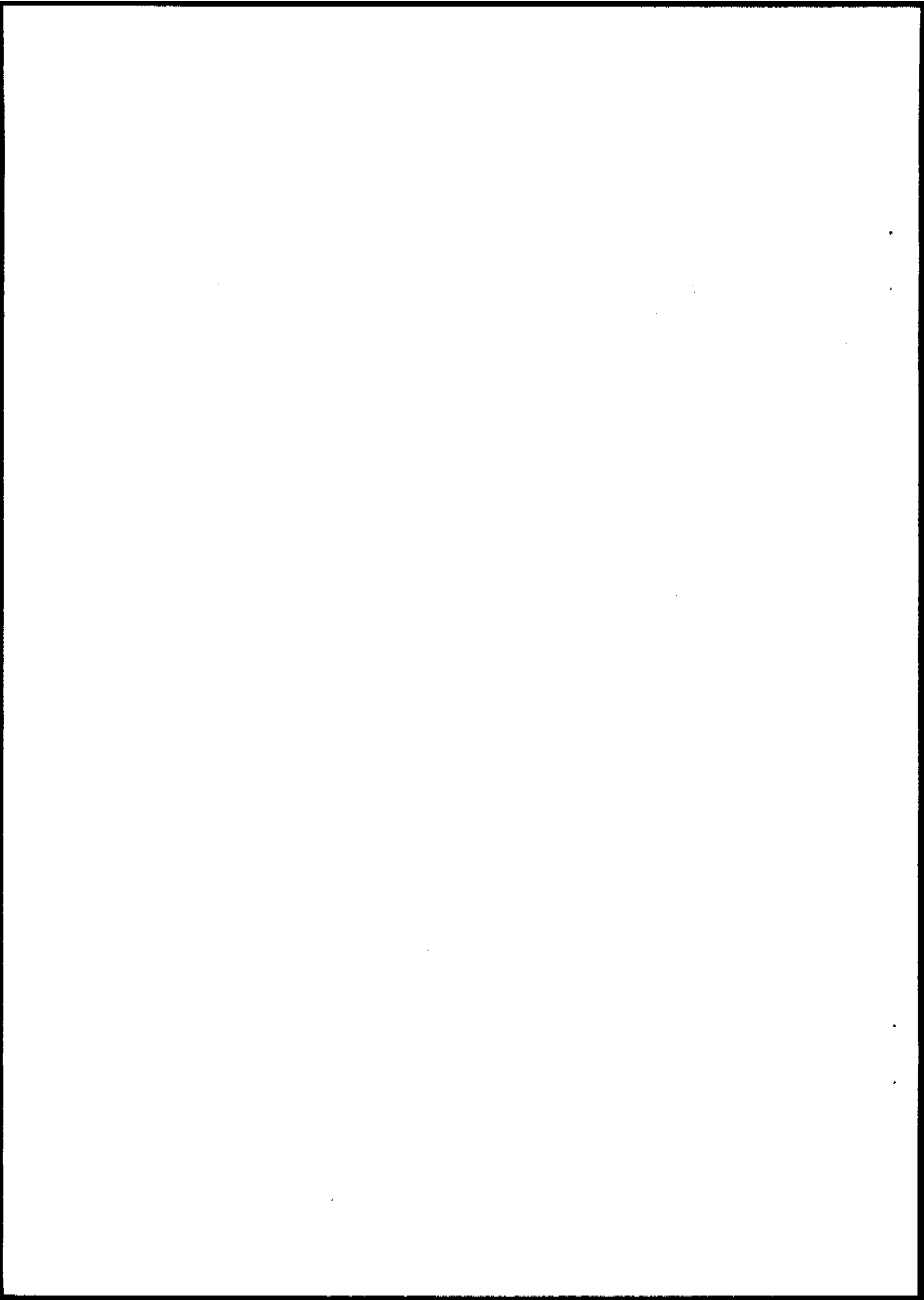
## PREFACE

Au cours des huit premières années de mise en oeuvre de la Déclaration d'Alma-Ata (1978), on ne s'est guère préoccupé de renforcer les systèmes de santé de district. Mais en mai 1986, l'Organisation mondiale de la Santé a adopté une résolution par laquelle elle invitait les Etats Membres et l'OMS à conférer aux systèmes de santé de district une importance bien plus grande dans la prestation des soins de santé primaires. Depuis lors la principale difficulté a consisté, pour les pays et l'OMS, à trouver les moyens de faire des systèmes de santé de district et locaux des dispositifs authentiquement fondés sur les soins de santé primaires et capables de fonctionner le plus efficacement possible. Le présent document relate tant les succès que les échecs partiels des tentatives de développement de systèmes de santé opérationnels axés sur la population dans des zones rurales ou urbaines.

Nous tenons à remercier le Dr Françoise Barten, le Dr T. Heikens, le Dr Mya Tu et le Dr Elizabeth Quamina pour le précieux concours apporté à l'élaboration et à l'analyse du présent document.

Les contributions de nos collègues des bureaux régionaux de l'OMS et de l'unité Systèmes de Santé de District au Siège (Dr G. Dorros, Dr H. M. Kahssay, M. Ole Teglggaard, Dr F. Siem Tjam et Mme Carole Riley) ont aussi été vivement appréciées.

Dr I. Tabibzadeh  
Chef de l'unité  
Systèmes de Santé de District  
Division du Renforcement des  
Services de Santé  
Siège de l'OMS, Genève



## ETUDES DES SYSTEMES DE SANTE DE DISTRICT

### INTRODUCTION

Depuis son adoption en 1978, le concept du système de santé de district a progressivement été reconnu comme valable et l'action du programme pour le renforcement des systèmes de santé de district fondés sur les soins de santé primaires au Siège de l'OMS a été complétée par les nombreuses activités déployées par les bureaux régionaux de l'OMS pour renforcer ces systèmes dans les pays de leurs Régions respectives. Nombre d'organismes internationaux, multilatéraux et bilatéraux d'aide ont également concouru à leur développement et à leur renforcement, par le truchement du programme précité de l'OMS ou en apportant aux pays une aide bilatérale directe.

La présente étude porte sur le développement des systèmes de santé de district en général; elle ne se limite donc pas aux activités du programme administré au Siège de l'OMS.

Les données relatives aux activités conduites par d'autres organismes d'aide qui soutiennent les pays directement ou à titre bilatéral ne sont pas toujours disponibles, mais lorsqu'on a pu les obtenir on s'est efforcé de les intégrer.

Les composantes d'un système de santé de district sont notamment l'organisation globale, la planification et la gestion des ressources ainsi que la mise en oeuvre technique des éléments des soins de santé primaires (tels que, par exemple, les vaccinations ou la protection maternelle et infantile). Cependant, la présente analyse vise uniquement les aspects organisationnels et gestionnaires ainsi que les établissements qui dispensent les soins de santé primaires. Le côté technique de ces derniers fait l'objet d'un examen distinct. Au surplus et bien que la recherche sur les systèmes de santé soit l'une des approches utilisées pour développer et renforcer les systèmes de santé de district, la présente analyse ne décrit pas séparément les résultats de cette recherche, mais l'intègre aux sections pertinentes.

Ce document fait le point du développement des systèmes de santé de district imputable au soutien apporté par le Programme OMS de Renforcement des Systèmes de District fondés sur les soins de santé primaires, les programmes pour les systèmes de santé de district mis en place par les Bureaux régionaux et les organismes d'aide internationaux, multilatéraux et bilatéraux. Il analyse et évalue le développement des diverses composantes et institutions à l'intérieur de ces systèmes.

A partir des résultats de ces examens et analyses, le présent document ébauche les problèmes et les défis que pose à la poursuite du développement et du renforcement des systèmes de santé de district fondés sur les soins de santé primaires.

La section I rappelle le concept et décrit le développement de l'initiative pour les systèmes de santé de district dans le contexte de l'objectif de la santé pour tous d'ici l'an 2000 - les soins de santé primaires étant considérés comme l'outil

privilegié. Elle définit le système de santé de district, puis la mise en route du programme OMS de renforcement des systèmes de santé de district fondés sur les soins de santé primaires, ses objectifs et ses méthodes.

La section II est une analyse des divers aspects des systèmes de santé de district dans le monde qui ont été jugés importants et ont bénéficié d'un soutien.

La section III fait le point des activités déployées par les bureaux régionaux de l'OMS en faveur de la mise en place de systèmes de santé de district, ainsi que du soutien apporté par des organismes d'aide internationaux.

La section IV ébauche quelques-uns des grands problèmes et défis relatifs au renforcement des systèmes de santé de district.

## SECTION I

### GENERALITES

#### **La santé pour tous d'ici l'an 2000**

1. L'objectif primordial de l'Organisation mondiale de la Santé, tel que défini à l'article 1 de sa Constitution, est d'amener tous les peuples au niveau de santé le plus élevé possible. La Constitution précise également que la santé est l'un des droits fondamentaux de tout être humain.
2. Lorsque la situation sanitaire mondiale a été passée en revue en 1977 par l'Assemblée mondiale de la Santé, l'ampleur des problèmes sanitaires dans la plupart de ses Pays Membres était toutefois réellement alarmante et de plus les ressources pour la santé étaient insuffisantes et mal réparties dans le monde. Face à la nécessité urgente d'améliorer cette situation, l'Organisation mondiale de la Santé a adopté une résolution (WHA30.43) dans laquelle il était indiqué que le principal objectif social des gouvernements et de l'OMS dans les prochaines décennies devrait être de faire accéder d'ici l'an 2000 tous les habitants du monde à un niveau de santé qui leur permette de mener une vie socialement et économiquement productive.

#### **La Déclaration d'Alma-Ata**

3. Subséquemment, la Conférence internationale sur les soins de santé primaires, tenue à Alma-Ata (dans l'ex-URSS) en 1978, a publié la Déclaration d'Alma-Ata entérinant l'objectif de la santé pour tous d'ici l'an 2000 dans laquelle il était clairement indiqué que les soins de santé primaires représentaient la clé de sa réalisation.

#### **La mise en oeuvre des soins de santé primaires au cours des années 1980**

4. De nombreux progrès ont été accomplis dans le domaine des soins de santé primaires depuis la Conférence d'Alma-Ata, mais au niveau national - élaboration des politiques, capacités gestionnaires et de formation - ou local - organisation de l'action communautaire, formation et recours aux agents de santé communautaires. Les carences des activités nationales de mise en oeuvre de l'objectif de la santé pour tous sont imputables aux problèmes d'organisation et de gestion à l'échelon des districts, ainsi qu'à l'incapacité de s'adapter au changement et aux mutations au niveau décisionnaire qui ont confronté les ministères de la santé.
5. La décennie 1980 a été marquée par la crise internationale de la dette, l'application de politiques d'ajustement structurel dans de nombreux pays en développement et une inversion des flux de ressources entre le Nord et le Sud. Il en est résulté un ralentissement, dans ces pays, des efforts de développement sanitaire.

## **La résolution de l'Assemblée mondiale de la Santé sur les systèmes de santé de district**

6. En mai 1986, la Trente-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé a revu le rapport mondial sur l'évaluation de la stratégie de la santé pour tous, fondé sur les rapports des Etats Membres, et le septième rapport sur la situation sanitaire dans le monde. Il est ainsi apparu que si des progrès impressionnants avaient été réalisés dans certains pays dans le renforcement des infrastructures sanitaires et dans la couverture par les services de santé, en revanche d'autres pays très nombreux avaient connu un développement diffus de cette infrastructure qui avait conduit à d'énormes difficultés gestionnaires et financières pour tenter d'assurer ne serait-ce que les éléments essentiels des soins de santé primaires. La planification et la gestion des programmes de soins de santé primaires restaient la prérogative du pouvoir central, peu au fait des problèmes et des difficultés au niveau communautaire.

7. A la suite de cet examen, la Trente-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé a adopté en mai 1986 une résolution (WHA39.7) dans laquelle elle invitait instamment les Etats Membres à renforcer encore l'infrastructure du système de santé fondé sur les soins de santé primaires, en privilégiant particulièrement les systèmes de santé de district fondés sur ce type de soins, en se fixant des cibles pour la mise en oeuvre intégrée des composantes essentielles des soins de santé primaires jusqu'à ce que toutes ces composantes soient assurées dans tous les districts. Cette résolution invitait par ailleurs l'OMS à intensifier son soutien aux pays dans ce domaine.

8. A la lumière de ce qui précède, l'OMS a proposé une intensification et un ciblage de programmes nationaux d'action en faveur des soins de santé primaires qui mettrait l'accent sur des unités dont la taille ne serait pas excessive à l'intérieur des pays - c'est-à-dire des secteurs géographiques de dimensions suffisamment restreintes pour permettre une gestion efficace et efficiente, mais assez grands pour qu'il soit possible d'y introduire tous les éléments requis pour des soins de santé fondés sur l'autoresponsabilité. Ces unités organiques ont reçu la désignation de "district", mais sont connus sous des noms différents suivant les pays - zones, secteurs, blocs, *thanas*, municipalités et autres.

### **La définition des systèmes de santé de district**

9. Afin de contribuer à l'harmonisation de la notion du système de santé de district fondé sur les soins de santé primaires, le comité mondial du programme de l'OMS l'a définie en 1986 comme un élément autonome du système national de santé comprenant une population définie avec précision et vivant à l'intérieur d'un secteur administratif et géographique, urbain ou rural, clairement circonscrit. Ce système comprend l'ensemble des établissements et des personnes qui fournissent des soins de santé dans le district, qu'il relève du secteur public, des caisses d'assurance maladie, d'organisations non gouvernementales, du secteur privé ou de la médecine traditionnelle. Il s'ensuit qu'un système de santé de district comprend un grand nombre d'éléments interconnectés et très variés qui contribuent à assurer la santé à la maison, à l'école, sur le lieu de travail et dans la communauté par le truchement du secteur de la santé et d'autres secteurs apparentés. Il englobe les auto-soins,

l'ensemble des personnels de santé et des structures sanitaires jusqu'au niveau de l'hôpital de premier recours compris ainsi que les services appropriés de laboratoire, les autres services diagnostiques et le soutien logistique. Ces composantes doivent être efficacement coordonnées par un responsable désigné à cet effet qui regroupera l'ensemble de ces éléments et de ces institutions en une gamme complète d'activités de promotion de la santé, de prévention, de soins et de réadaptation.

10. Le district, unité organique périphérique des systèmes nationaux de santé, convient particulièrement à la prestation de services aux communautés et en tant que lien avec des structures d'élaboration des politiques et de soutien plus centralisées. C'est à son niveau qu'il est le plus facile d'opérer les arbitrages nécessaires entre les besoins de la population en matière de santé et les ressources prévues.

11. Le concept des systèmes de santé de district n'est pas nouveau. Il y a bien longtemps que la décentralisation assortie d'un contrôle central représente une importante stratégie politique et organisationnelle. Tant dans les pays en développement que dans les pays industrialisés, la gestion des services de santé de secteurs géographiques définis à partir de centres régionaux, provinciaux ou de district est une caractéristique commune à la plupart des systèmes de santé. L'initiative pour les systèmes de santé de district représente un effort renouvelé de mise en oeuvre des soins de santé primaires et de renforcement du niveau intermédiaire du système de santé, destiné à assurer le soutien et l'impulsion nécessaires. Pour réussir, les systèmes de soins de santé primaires doivent avoir pour pierre angulaire une politique nationale claire et ferme et un appui sans réserve du niveau le plus élevé. Le district est le point de rencontre des approches verticales allant du sommet vers la base et inversement. Toutefois, leur succès dépend dans une large mesure des hommes et des femmes chargés, au niveau du district, de gérer et d'appliquer les stratégies de soins de santé primaires.

12. Or c'est précisément dans le domaine de l'organisation et de la gestion au niveau du district que se rencontrent des failles dans un grand nombre de pays. Souvent la gestion existante, centralisée et verticale, des programmes de santé a conduit au gaspillage de ressources ainsi qu'à la sous-utilisation des moyens et des personnels des communautés. La difficulté d'intégrer les programmes verticaux dans des plans globaux d'action au niveau du district est apparue comme une difficulté connexe de la promotion des soins de santé primaires dans le district.

13. L'initiative et l'approche relatives aux systèmes de santé de district ont donc été conçues de manière à aider les pays à appliquer plus efficacement leurs stratégies de soins de santé primaires, le district constituant le niveau le mieux approprié pour coordonner la planification à partir du sommet et à partir de la base, organiser l'engagement communautaire dans cette planification et dans la mise en oeuvre, épauler les personnels de santé et améliorer la coordination entre le secteur public et le secteur privé de la santé. En outre, de nombreux secteurs clés pour le développement sont représentés à ce niveau, ce qui facilite la coopération intersectorielle et la gestion globalisée des services.

## **La mise en route du programme OMS de renforcement des systèmes de santé de district fondés sur les soins de santé primaires**

14. La Division OMS du Renforcement des Services de Santé a donc lancé son programme consacré aux systèmes de santé de district en s'inspirant des considérations qui précèdent.

### **Objectifs en matière de développement**

15. En l'espèce, les objectifs du programme de l'OMS de renforcement des systèmes de santé de district consistent à améliorer la qualité de vie et à réduire la mortalité et la morbidité en renforçant la mise en oeuvre efficace des soins de santé primaires dans les pays participants et conférant l'importance voulue à l'équité, à l'efficacité, à l'efficience et à la souplesse dans le contexte des stratégies nationales, régionales et mondiales visant à atteindre à la santé pour tous.

### **Objectifs et approches du programme**

16. Les objectifs immédiats du programme étaient les suivants :

- 1) développer et mettre à l'épreuve des processus d'institution d'activités sanitaires plus efficaces et durables dans certains districts, de manière à rendre plus efficace et à accélérer la mise en oeuvre des soins de santé primaires ainsi qu'à améliorer les soins dispensés aux populations et leur état de santé en usant d'une approche fondée sur la recherche dirigée vers l'action;
- 2) promouvoir et étayer l'adaptation, puis l'adoption à l'échelle des pays, tant des stratégies développées pour améliorer le fonctionnement au niveau des districts que des processus retenus pour favoriser et gérer le changement grâce au soutien, à la promotion, à la formation, à l'information et à la mobilisation de ressources;
- 3) favoriser l'adaptation et l'adoption à l'échelle mondiale de stratégies élaborées et mises à l'essai dans certains districts et pays.

Les approches adoptées pour atteindre les objectifs du programme ont été les suivantes :

- 1) appui à l'action nationale en vue du développement au niveau du district;
- 2) soutien à la recherche et au développement dans certains districts suivant le principe de l'apprentissage par la pratique;
- 3) appui à la promotion, à la formation et à l'information (notamment à la préparation de principes directeurs et d'outils); et
- 4) mobilisation de ressources.

## SECTION II

### QUELQUES ASPECTS ET DOMAINES CRITIQUES DES SYSTÈMES DE SANTÉ DE DISTRICT DANS DIVERS PAYS AIDÉS

17. Dans la présente section, nous étudierons le développement des systèmes de santé de district dans leur ensemble en couvrant les activités étayées par le programme de renforcement de systèmes santé de district au Siège de l'OMS, les programmes des bureaux régionaux de l'Organisation et les activités appuyées par des organismes internationaux, multilatéraux et bilatéraux d'aide.

#### Domaines critiques

18. Depuis la création du programme de l'OMS, plusieurs composantes d'une importance critique pour le succès d'une stratégie de soins de santé primaires au niveau du district sont apparues, à savoir :

- organisation, planification et gestion;
- financement et attribution de ressources;
- information;
- engagement communautaire vis-à-vis de la santé;
- actions intersectorielles, capitales pour la durabilité des soins de santé primaires dans le district;
- développement des capacités;
- renforcement des institutions :
  - a) centres de santé;
  - b) hôpitaux de district;
- systèmes urbains de santé de district;
- assurance de la qualité.

#### Organisation, planification et gestion

19. La création et le fonctionnement de systèmes efficaces, efficients et équitables de santé de district, ainsi que la mise en oeuvre de la stratégie des soins de santé primaires elle-même, exigent la pleine participation de la population ainsi que d'un large éventail d'organisations et d'institutions. Les acteurs et les partenaires potentiels du développement sanitaire présents dans le district sont nombreux et divers : individus, familles, communautés et organismes de santé publics et privés, dont un grand nombre oeuvrent dans le domaine du développement des soins. Certains participent au programme de santé du secteur, à l'organisation des services ou possèdent des structures sanitaires; quelques-uns prennent part à des activités intersectorielles. Le système de santé au niveau du district vise à intégrer ces intervenants au sein d'un système souple et unique, ainsi qu'à renforcer les stratégies des soins de santé primaires grâce à une action concertée.

20. Si la composante politique des systèmes de santé de district est le conseil de district ou l'organe des pouvoirs locaux qui dote le système des ressources et de

l'autorité nécessaires, la responsabilité de l'exécution des tâches techniques et de la gestion au quotidien incombe aux équipes de gestion sanitaire de district.

21. Plusieurs approches ont été adoptées pour renforcer les capacités organisationnelles, planificatrices et gestionnaires des équipes de gestion sanitaire de district dans les divers pays :

- en Ethiopie, une aide a été apportée à la recherche visant à développer des systèmes d'information à l'appui de la gestion et à améliorer la gestion financière et la planification au niveau du district;
- au Pakistan, un concours a été apporté pour la préparation d'études de cas sur les systèmes d'information à l'appui des soins de santé primaires;
- au Ghana, une réunion nationale a été organisée pour étudier les problèmes auxquels se heurte l'équipe de gestion sanitaire, y compris ceux provoqués par la domination de puissants programmes verticaux sur d'autres initiatives en faveur de la santé;
- la formation a fait partie de tous les programmes de renforcement de la gestion des systèmes de santé de district ainsi que de la mise en oeuvre des soins de santé primaires. Parmi les activités dans le domaine de la formation, citons la préparation, en Ethiopie, de médecins diplômés, à des rôles directeurs dans la gestion des districts grâce à un programme d'études de deux ans sanctionné par une maîtrise de sciences;
- à Oman, le système de santé des Wilayat (districts) s'efforce d'améliorer les capacités gestionnaires de ses directeurs des affaires sanitaires. Des données de base destinées à faciliter la planification ont été recueillies dans tous les Wilayat.

22. Dans l'ensemble des pays visés, les activités de soutien ont donné naissance, à des degrés divers, à des idées nouvelles et à des améliorations visibles, notamment dans le domaine de la planification et de la gestion. Cependant, les carences restent fort nombreuses.

23. Des études comparatives de la structure des systèmes de santé de district ont été menées dans différents pays (Colombie, Indonésie, Jamaïque, Nigéria, Philippines, Sénégal, Soudan et Yémen) par des méthodes différentes. Un grand nombre de ces pays ont fait état de l'existence de divers types de comités chargés des questions sanitaires et connexes. Les rapports décrivent et analysent les structures de développement sanitaire à l'intérieur des systèmes de district et évaluent leur contribution à la santé. Leurs résultats devraient permettre à l'OMS de fournir aux autorités nationales des avis techniques et une aide concernant divers aspects de ces structures.

24. Les programmes verticaux sont désormais solidement établis et dotés des structures de pouvoir, des droits aux transports et autres composantes appropriées. A

ce jour, la coordination de nombreux programmes distincts (santé maternelle et infantile, vaccination, SIDA, lèpre, etc.) n'a réussi que partiellement. Toutefois, le programme de l'OMS a pu établir une communication active entre les différents services dont se compose le système de santé de district. Cette collaboration a mené à de nombreux progrès, entre autres à la mise en commun de ressources comme les moyens de transport.

25. Les données d'expérience recueillies en matière de prestation intégrée des soins de santé dans différents pays ont été examinées et analysées lors d'une consultation interrégionale tenue à Bandung en août 1993. En outre, les participants ont fait le point de l'expérience de divers programmes verticaux - vaccination, éradication du paludisme, lutte contre les maladies diarrhéiques et autres.

26. Le projet de recherche et développement en cours dans le district de Chipinge, province du Manicaland, au Zimbabwe constitue une activité étroitement liée aux précédentes. Dans le cadre de ce projet qui a démarré en octobre 1992, la communauté de Chinymukwakwa a mis en route des activités de développement sanitaire ainsi que des mécanismes communautaires pour leur planification et leur surveillance. Simultanément, le centre de santé poursuit la formation d'agents communautaires de développement et de guérisseurs locaux afin qu'ils lui adressent les cas de paludisme et d'autres maladies transmissibles. L'infirmière/sage-femme de district sert de catalyseur pour stimuler les activités intersectorielles dans la zone visée par le projet. Elle participe aux réunions du Conseil de développement rural en tant que représentant sanitaire du district.

27. Les systèmes de santé de district des pays bénéficiant d'une aide ne se sont pas occupés à ce jour du problème de la qualité des soins, et cette lacune a contribué dans une certaine mesure au phénomène du "contournement". Là où les services ne sont pas adéquats faute de personnel, de compétences ou d'approvisionnement, la communauté apprend vite à éviter les structures du niveau inférieur et à se rendre directement à l'hôpital de district ou dans un établissement d'un échelon plus élevé encore. En Arabie saoudite, des manuels sur la qualité des soins au niveau des centres de santé, axés sur les aspects opérationnels, ont toutefois été mis au point.

28. La coordination des nombreuses composantes du système global de santé de district constitue l'une des grandes fonctions de l'équipe de gestion sanitaire de district, laquelle ne comprend souvent que des personnels de santé du secteur public. La mise en place d'un réseau faisant également appel au secteur privé (médecins, infirmières, sages-femmes, pharmacies, officines), aux organisations non gouvernementales, aux tradipraticiens et aux services de salubrité de l'environnement peut exercer un impact positif sur l'accessibilité et la disponibilité de soins de santé appropriés. L'équipe de santé de district devrait donc être chargée de coordonner la prestation totale des soins à l'intérieur du district et de rechercher les moyens de parvenir à ce résultat.

29. Les pays continuent de faire face à d'énormes difficultés dans leurs tentatives d'apporter les améliorations nécessaires à la gestion des systèmes santé de district. Il faudra donc mettre à leur disposition tout un éventail d'approches déjà éprouvées sur

le terrain. L'appui qui leur sera conféré devra comporter des stratégies conçues pour soutenir le système renforcé grâce au maintien du moral du personnel et à l'engagement communautaire, fondés sur une participation complète et sur l'éducation.

#### Financement et répartition des ressources

30. La nécessité d'améliorer la planification et la gestion financières du district est manifeste. Pourtant, l'expérience de l'Ethiopie donne à penser que la plupart des administrateurs sanitaires de district considèrent cet aspect des choses comme faiblement prioritaire parmi leurs préoccupations. De surcroît, rares sont les gestionnaires à n'importe quel niveau auxquels on accorde la marge de manoeuvre nécessaire pour planifier, répartir et gérer les ressources financières et humaines. Et rien ne les incite à chercher à mieux exploiter les ressources globales dont ils disposent. Pour toutes ces raisons, on a conclu que plutôt que de tenter de créer de force des activités dans le domaine de la gestion financière, mieux vaudrait les intégrer aux activités ou aux initiatives gestionnaires existantes.

31. On a observé que dans certains pays l'administration centrale était inapte ou peu encline à déléguer la responsabilité financière aux organismes régionaux et de district.

32. Là où les systèmes de santé de district ont été vigoureusement renforcés, la budgétisation s'opère à leur niveau. Les divers services de santé de district préparent des propositions budgétaires qui font l'objet - par exemple au Ghana, en Indonésie et en Tanzanie - de discussions au sein de l'équipe de gestion sanitaire du district et sont ensuite envoyées, sous leur forme définitive, aux autorités régionales. Celles-ci regroupent tous les budgets de district pour les transmettre, avec le budget régional, au ministère de la santé. Au cours des dernières années, les fonds publics n'ont pas augmenté au rythme des besoins et de la population : lorsque des coupes sont opérées, il est très rare que le district soit avisé de leur ampleur. Au Soudan, on a sélectionné quatre districts dotés d'équipes locales de gestion sanitaire pour assurer un soutien technique aux communautés et les aider à cerner les priorités en matière de santé. Ces équipes se sont servies de la technique élaborée par l'OMS pour la résolution des problèmes par l'équipe du district.

33. Les gestionnaires des systèmes de santé de district sont souvent contraints de réduire au dernier moment des activités prévues et nécessaires du fait que les fonds inscrits au budget n'arrivent pas. Cette situation n'a naturellement pas amélioré la réputation de ces systèmes aux yeux de la population.

34. Pour que l'équipe sanitaire de district puisse répondre rapidement aux besoins, réduire les gaspillages et prolonger la durée de vie de l'équipement grâce à une maintenance régulière, il faut confier au district le contrôle des fonds de toutes origines. Pour ce faire, il peut être nécessaire de modifier les règles politiques et financières appliquées par le pouvoir central. L'amélioration de la gestion financière au niveau du district devrait accroître les compétences en matière de comptabilité et de contrôle des dépenses. Il reste beaucoup à faire dans ce domaine. Il conviendrait d'aider les pays à mieux analyser les politiques et les procédures nationales et à

prendre des mesures pour faciliter la délégation de la gestion financière aux districts. La Libye réexamine actuellement, avec l'aide de l'OMS, son système national de santé afin de l'orienter davantage encore vers les soins de santé primaires.

### **Information**

35. Une décentralisation efficace de la planification, de la budgétisation et de la prise de décisions repose nécessairement sur une base solide d'informations. La création d'un système d'information sanitaire au niveau du district est donc une composante importante des activités visant à améliorer la gestion.

36. Une aide a donc été apportée pour renforcer les systèmes d'information à l'appui de la gestion sanitaire dans les districts. Parmi les éléments les plus importants citons l'usage fait de l'information déjà produite, la qualité des données disponibles, leur recueil, les présentations et les procédures utilisées pour leur transmission ainsi que la production et l'utilisation d'informations sur les ressources financières.

37. En règle générale, l'information va des centres de santé de base au ministère de la santé en passant par les niveaux du district et de la région. Le système d'information sanitaire "horoscope vital" en Iran est utile pour surveiller les progrès et en tant qu'outil de gestion. Malheureusement, ceux de la plupart des pays sont moins développés et les conclusions qu'on en tire ne sont pas répercutées à la source initiale.

38. Dans la plupart des cas, les formulaires qu'on demande au personnel des niveaux inférieurs de remplir sont peu pratiques et exigent beaucoup de temps; il faut indéniablement mettre au point des formulaires normalisés et simplifiés qui se prêtent à une évaluation rapide. En ce faisant on tiendra compte du caractère limité de l'information disponible, particulièrement en matière de morbidité et de mortalité. A l'heure actuelle, les données utiles à l'épidémiologiste sont très peu nombreuses.

### **Engagement communautaire vis-à-vis de la santé**

39. La participation communautaire à la santé a bénéficié d'un large soutien et il est désormais admis qu'elle joue un rôle fondamental dans le développement sanitaire.

40. Le programme de l'OMS a prêté son appui à la mise au point d'un modèle de "canalisation" au Guatemala pour la création de liens entre les centres de santé et les communautés. Ce système a amélioré la participation et le développement communautaires et favorisé un double courant : des services de santé vers la population et inversement.

41. Des études de cas sur l'engagement communautaire dans le cadre des systèmes de santé de district ont été conduites en Bolivie, au Népal et au Sénégal pour servir d'exemples des pratiques suivies dans des pays différents. Leur analyse, ainsi que des principes directeurs pour l'évaluation des progrès réalisés dans l'engagement communautaire dans le cadre des systèmes de santé de district, a été réalisée à l'intention de ces derniers.

42. Il a été fait largement appel aux agents de santé communautaires issus de la communauté qui les choisit et les rémunère. Treize pays ont appuyé un projet de recherche et de développement sur les moyens de renforcer les résultats du travail de ces agents. Les participants à une réunion interrégionale, tenue en novembre 1990 pour évaluer résultats et enseignements, ont désigné trois domaines nécessitant des études plus poussées : les attitudes des personnels de santé à l'égard des agents de santé communautaires, la structure et l'organisation des systèmes de santé de district à l'appui des programmes d'agents de santé communautaires et enfin le coût et le financement de ces programmes à l'échelon du district. En ce qui concerne ce dernier aspect, des études de cas menées en Jamaïque et en Thaïlande ont montré que si le coût de certains aspects des programmes d'agents de santé communautaires dans les districts - tels que la formation et l'approvisionnement en produits pharmaceutiques - était bien connu et sa couverture plus ou moins assurée, celui encouru par les services de santé auxquels ces programmes adressent des malades et demandent un soutien technique était substantiel, mais n'avait pas été pris en compte à ce jour.

43. Cependant et en dépit du grand nombre d'activités et de discours consacré à cette question depuis dix ans, on est encore loin d'un engagement généralisé et efficace des communautés vis-à-vis de la santé et son développement global a été lent. Toutefois, des programmes complets de développement intégré et durable fondé sur l'autoresponsabilité et l'autogestion de la communauté ont été lancés - sous la désignation "besoins de base minimaux" - en Egypte, en Jordanie, en Somalie, au Soudan et au Yémen. Cette approche met l'accent sur l'organisation de la communauté, le développement de ses moyens communautaires et le financement.

44. Malgré les programmes internationaux d'assistance en place depuis de nombreuses années, les villages dépourvus d'eau potable, de latrines ou d'électricité demeurent légion. Dans ces villages, souvent tributaires d'économies de subsistance, l'énergie des habitants minés par la maladie est vite épuisée et la lutte pour la survie l'absorbe presque entièrement. Il y est difficile de générer des revenus. Si le service est de mauvaise qualité - comme c'est si souvent le cas au niveau du village et du poste sanitaire - le paysan n'est pas disposé à contribuer à son financement. La rémunération des agents de santé de village est généralement irrégulière, parfois faible - qu'elle soit versée en espèces ou en nature - et indubitablement peu motivante.

45. Les difficultés économiques des années 1980, dont l'effet néfaste sur le développement sanitaire continue de se faire sentir, pourraient avoir contribué à la lenteur du développement de la participation communautaire. Toutefois, le fait que les mutations et les efforts requis pour y parvenir ont été sous-estimés, voire mal compris, explique peut-être mieux encore cette situation.

46. Dans la plupart des pays, l'engagement communautaire vis-à-vis de la santé est encore considéré le plus souvent sous l'angle de la mobilisation de ressources communautaires à l'appui d'un programme ou d'une activité guidés de l'extérieur. La plupart des pays ne se sont pas encore engagés vis-à-vis d'une approche plus active, particulièrement dans le domaine de la prise de décisions.

47. Nul ne conteste que le développement durable de la santé ne puisse exister qu'en partenariat avec la communauté. Il est également admis que les systèmes de santé de district ou locaux décentralisés sont nécessaires à une participation active de la communauté au développement sanitaire. Mais cette condition nécessaire n'est pas suffisante; les médecins de district et leurs équipes comprennent souvent mal l'utilité de la participation communautaire et ne sont pas suffisamment motivés ou compétents pour la faciliter et l'étayer. Un système de santé de district décentralisé fondé sur les soins de santé primaires se caractérise par le fait qu'il résout la contradiction entre l'orientation et la structure autoritaires de la plupart des services de santé d'une part et les conditions nécessaires à la participation d'autre part.

#### **Action intersectorielle**

48. Pour améliorer durablement l'état de santé des populations, les efforts concertés d'autres secteurs sociaux et économiques sont incontournables. Si l'action plurisectorielle a été reconnue d'entrée de jeu comme une stratégie clé pour la réalisation de la santé pour tous, sa mise en pratique s'est révélée stimulante, mais particulièrement ardue à tous les niveaux.

49. L'approche traditionnelle de la coordination intersectorielle s'est essentiellement préoccupée de l'établissement de liens avec les secteurs publics de l'éducation et de l'agriculture, ainsi qu'avec les organismes responsables de l'approvisionnement en eau et du logement. Dans la pratique, il a été démontré que ces liens étaient bien plus efficaces au niveau du district qu'à l'échelon central et devaient être maintenus. D'autres actions intersectorielles devraient être envisagées au niveau du district - par exemple la collaboration avec les entreprises privées, les médias locaux et les transports en commun. L'enseignement du "leadership" et du plaidoyer aux personnels de santé est un facteur important du succès de cet aspect du développement des systèmes de santé de district.

50. Les comités de développement de district constituent un important moyen de développement socio-économique coordonné; tous les secteurs, dont celui de la santé, peuvent y jouer un rôle ainsi que dans la promotion d'activités dans d'autres secteurs susceptibles de favoriser la santé. Or cette occasion est rarement saisie de manière adéquate. Souvent, les priorités sectorielles particulières et les structures administratives différentes entravent la mise en commun et le partage des ressources entre les secteurs.

51. Il est apparu que l'élaboration de plans sanitaires locaux au niveau du district constituait un moyen d'assurer un degré plus élevé de priorité aux préoccupations sanitaires en rapport avec le développement du district et d'aider chaque secteur à définir son rôle dans les activités en faveur de la santé à l'intérieur du district.

#### **Développement des capacités**

52. Le développement des ressources humaines et des capacités a été l'une des principales activités appuyées dans un grand nombre de pays. Il a été favorisé par des stages, des ateliers et des séminaires sur la gestion et a indubitablement sensibilisé à

l'importance de cette dernière et du travail en équipe. Parallèlement à la formation à la gestion, il serait nécessaire d'assurer au personnel de santé une formation technique plus poussée. Un grand nombre d'agents de terrain (assistants médicaux, infirmières auxiliaires, techniciens de laboratoire auxiliaires et autres) n'ont bénéficié d'aucune formation continue depuis des années. Des manuels ont été produits, mais ils ne sont pas suffisamment connus au niveau des districts.

53. La préparation de matériels pédagogiques intégrés a été l'un des grands domaines ayant bénéficié d'un soutien. La formation des agents de santé de district a été laissée dans de nombreux pays aux programmes de santé verticaux. Il en est résulté des doubles emplois dans les matériels, la fragmentation des ressources pour la formation, des carences dans la formation de la majeure partie des agents de santé et des effets dissuasifs institutionnalisés concernant la prestation de soins de santé intégrés.

54. Afin de résoudre ce problème, un projet a été lancé pour développer un système décentralisé de formation et d'apprentissage dans les districts. Trois séries de matériels didactiques intégrés, fondés sur l'information technique et gestionnaire disponible à l'OMS, ont été mis au point; la première est destinée aux animateurs, la deuxième aux agents de santé et la troisième vise à assurer des soins de santé essentiels au niveau local grâce à une approche intégrée. Ces matériels sont en cours d'essai dans divers pays.

55. Il faudra étudier à fond les ressources humaines requises au niveau des districts. La détermination des personnels de santé nécessaires, compte tenu des réalités, pour utiliser les ressources de la manière la plus efficace est également prioritaire. Il est admis qu'une formation en cours d'emploi adaptée aux problèmes de santé locaux constitue l'un des moyens d'améliorer le moral du personnel en lui donnant davantage de compétences, de confiance et de satisfaction professionnelle. Cette méthode doit être associée à une gestion plus efficace des personnels de santé de district et notamment à leur déploiement approprié.

### **Renforcement des institutions**

#### **a) Centres de santé**

56. L'expression "centres de santé" désigne toutes les structures sanitaires autres que les hôpitaux. En règle générale, ces centres assurent le premier contact et ils peuvent jouer un rôle unique - dont la responsabilité leur incombe - en accroissant l'aptitude des gens à résoudre avec assurance leurs propres problèmes. Les centres de santé fournissent toute une gamme de services de promotion de la santé et de prévention, ainsi que des soins curatifs essentiellement ambulatoires. Ils sont dotés d'une équipe pluridisciplinaire capable d'assurer tous les services susmentionnés.

57. Un groupe de travail sur le rôle et les fonctions des centres de santé dans les systèmes de santé de district a réuni à Genève, du 12 au 16 juillet 1993, des participants des pays suivants : Dominique, Indonésie, Nigéria, Philippines et Sénégal. Les participants ont revu et largement corrigé un projet de document sur le rôle du centre de santé dans les systèmes de district, examiné des propositions de recherche

présentées par chacun des pays participants et fixé le cadre général et la conception d'un projet multipays de recherche et de développement comprenant des stratégies de recherche et un calendrier. La Mongolie et l'Ouganda ont été ajoutés ultérieurement à la liste des pays participants.

58. A l'heure actuelle, il existe deux versions du concept du centre de santé.

- Le centre de santé de base est un élément autonome du système national de santé relevant du service de santé du district dont il fait partie. Il comporte une variété de composantes solidaires qui agissent en faveur de la santé dans les familles, dans les écoles, sur les lieux de travail et dans la communauté et apportent aussi un soutien pour les auto-soins à domicile. Ces composantes bénéficient du soutien d'un personnel professionnel ainsi que des services diagnostiques, de laboratoire et logistiques appropriés et sont coordonnées au sein d'une structure gestionnaire efficace.
- Le centre de santé de référence diffère du centre de santé de base en ce qu'il s'agit d'une structure fonctionnelle qui peut être mise en place si l'on renforce un ou plusieurs centres de santé de manière à améliorer l'orientation-recours au sein du système de santé en zone urbaine. Ainsi il assure, en sus de ses fonctions de centre de santé de base, les actes chirurgicaux, obstétricaux et médicaux essentiels tout en réalisant des activités de prévention et de promotion dans le quartier qu'il dessert. Le centre de santé de référence allège la charge de l'hôpital de premier recours en se chargeant de certaines interventions de routine, tout en rapprochant les soins appropriés de la population pour une fraction du coût des actes similaires pratiqués dans des hôpitaux locaux. Les centres de santé, y compris les centres de santé de référence et les hôpitaux, sont des composantes du système de santé; leurs rôles sont différents, mais complémentaires.

59. Bien que diverses études aient fait apparaître les liens entre les centres de santé et les communautés, on possède peu de données sur la rentabilité et le bon fonctionnement de ces centres dans un système d'orientation-recours ou sur leur rôle spécifique - par opposition à celui des hôpitaux - dans la décentralisation des systèmes de santé nationaux et de district. Le rôle potentiel du centre de santé en tant que dispensateur complémentaire de plus en plus important de soins communautaires spécialisés devrait être étudié à fond. Il est indubitable qu'il pourrait assurer une plus grande part des services de santé dans le district.

#### *b) Hôpitaux de district*

60. S'il est universellement admis que l'hôpital est le lieu de traitement des malades, son rôle au sein du système de santé a évolué depuis quelques décennies à la suite d'influences socio-économiques et politiques nationales, de pressions professionnelles et de progrès technologiques dans le domaine de la santé et des services médicaux.

61. Dans ce contexte, l'expression "hôpital de district" désigne tous les hôpitaux de premier recours, qu'ils soient implantés en zone métropolitaine ou rurale. D'autres

hôpitaux pourront fonctionner dans le même district - par exemple l'hôpital régional ou provincial qui constituera l'échelon suivant du système d'orientation-recours, voire un centre hospitalo-universitaire qui serait situé par hasard dans le même secteur géographique. De même, en pourra trouver dans celui-ci des hôpitaux à but lucratif ou non lucratif, ou encore spécialisés.

62. Bien que les activités menées à l'appui des hôpitaux de district dans le cadre du programme des systèmes de santé de district aient été peu nombreuses (citons, à titre d'exemple, une étude zambienne sur l'amélioration de leur efficacité), certaines institutions ou organisations ont fréquemment étudié leurs divers aspects. Ces travaux ont été publiés dans un document disponible à l'OMS.<sup>1</sup>

63. Des études sur les fonctions hospitalières ont été réalisées dans des districts urbains ou ruraux tant pour les hôpitaux de district que pour les hôpitaux centraux et les centres hospitalo-universitaires de plus grande taille. Nombre d'études nationales et de notes d'information ont été commandées et réunies pour identifier les tendances et les possibilités dans les pays suivants : Chili, Colombie, Egypte, Indonésie, Nigéria, Philippines, Tanzanie et Viet Nam.

64. Une consultation régionale sur le profil des hôpitaux de district dans la Région africaine de l'OMS a eu lieu à Brazzaville du 30 mai au 3 juin 1994.

65. Des études ont montré que dans divers pays - par exemple en Afrique subsaharienne, au Guatemala et en Thaïlande - les hôpitaux de district assurent aussi des services caractéristiques des structures de premier contact, c'est-à-dire des centres de santé. Cette participation de l'hôpital aux activités de soins de santé primaires a plusieurs effets indésirables, dont le principal est qu'elle empêche l'hôpital de réaliser son potentiel en le surchargeant de tâches qui conviendraient mieux à un centre de santé.

66. L'hôpital de district est la structure sanitaire de premier recours et il est responsable d'un secteur bien défini qui peut compter nombre de centres ou d'établissements sanitaires additionnels. La répartition des tâches entre les structures sanitaires périphériques à vocation communautaire et l'hôpital doit donc être dénuée d'ambiguïté et ne pas prêter à équivoque.

#### **Systèmes de santé urbains**

67. L'urbanisation rapide et l'augmentation correspondante du nombre des habitants des quartiers de taudis urbains vivant dans des conditions d'extrême pauvreté, particulièrement dans les pays en développement, posent un problème de plus en plus difficile aux autorités sanitaires et municipales. Un soutien a été apporté à divers pays pour une analyse de la situation et des activités propres à améliorer la santé de ce

---

<sup>1</sup> Le rôle de l'hôpital dans le district : Dispenser ou soutenir les soins de santé primaires ? Genève, 1992, Questions d'Actualité, document SHS N° 2 (WHO/SHS/CC/90.2).

groupe à haut risque. Cet appui comporte aussi la réforme et le renforcement des autorités locales, ainsi que des mesures d'amélioration de la coordination entre ces dernières et les services nationaux de santé.

68. A la ville comme à la campagne, le terme utilisé pour désigner le "district" varie suivant les pays (upazila, arrondissement, commune, circonscription, etc.). Le système de santé de district urbain doit être clairement délimité en fonction de lignes de démarcation administratives et couvrir un secteur et une population bien définis. L'une des difficultés propres au système de santé urbain est que dans presque tous les secteurs bien circonscrits, deux communautés très différentes coexistent : les nantis dont les problèmes de santé sont relativement peu nombreux (si l'on excepte ceux créés par leur mode de vie), et les pauvres qui présentent toutes les pathologies (maladies dues à la misère et au mode de vie).

69. Les études de l'OMS sur ces thèmes ont conduit à deux conclusions certaines : en premier lieu, les soins de santé primaires sont tout aussi adaptés à la situation dans les secteurs urbains que dans les zones rurales; en second lieu, les problèmes très réels d'accès et de coopération intersectorielle ne semblent avoir de bonnes chances d'être résolus que s'il existe une structure locale crédible, bien ancrée dans la communauté et entretenant des liens solides avec les structures de recours de premier et de deuxième niveau. C'est dans ce contexte qu'il est proposé de créer des unités sanitaires intermédiaires qui seront connues sous le nom de "centres de santé de référence".

70. L'une et l'autre de ces conclusions confèrent sans contestation possible la responsabilité aux systèmes de santé de district fondés sur les soins de santé primaires; la moitié au moins des habitants à desservir seront sans doute des citadins. Cette perspective exige que ce programme porte désormais une attention particulière à la variante "district urbain" dans le cadre du système général de santé de district.

71. Dans certaines villes, on tend à renforcer et à mieux doter un centre de santé dans chaque quartier urbain pour en faire un centre de santé de référence aux fonctions étendues qui régulera les systèmes d'orientation, prêtera son appui aux autres centres et s'efforcera de décongestionner les hôpitaux. Cette évolution a été analysée en 1992 par un groupe d'étude de l'OMS dont le rapport a été examiné par le Conseil exécutif de l'Organisation en 1993. Il a été décidé d'entreprendre de nouvelles études parallèlement au développement des systèmes de santé urbains.

72. En outre, des études portant sur les thèmes ci-après ont bénéficié d'un appui dans diverses villes de plusieurs parties du monde :

- les systèmes d'orientation-recours reliant les unités sanitaires, les centres de santé et les hôpitaux dans une région à faibles revenus (Bangkok, Thaïlande);
- le fonctionnement des centres de santé de référence (Le Caire, Egypte; Djakarta, Indonésie);
- le fonctionnement d'un hôpital communautaire de référence (Manille,

Philippines);

- le fonctionnement d'un centre de santé rattaché à une école de médecine (Delhi et Bombay, Inde).

73. L'ampleur et la complexité de l'urbanisation en tant que phénomène social et son impact sur la santé font apparaître la nécessité de dépasser une approche sectorielle étroite et de développer la collaboration plurisectorielle, seul moyen d'attaquer à la base les problèmes de santé des pauvres des villes et de les résoudre de manière durable. A partir des structures existantes, les partenariats entre pouvoirs locaux, organismes à visée communautaire, organisations non gouvernementales, entreprises privées, universités et professionnels de la santé sont renforcés de manière à favoriser une approche intégrée de la santé dans les villes. La multiplicité des acteurs crée un défi important, car elle souligne la nécessité d'une intégration et non pas simplement d'une coordination ou d'une collaboration.

74. Le renforcement réel et efficace des moyens dans les villes exige qu'on mette l'accent sur l'évaluation des capacités et des besoins au niveau communautaire. Ce processus devrait faire appel simultanément à tous les participants et revêtir un caractère permanent. Les universités et les écoles de santé publique dans les villes visées représentent d'importantes ressources pour les activités de recherche et de développement, y compris le repérage et l'estimation des options en vue de la mise en oeuvre par les autorités urbaines, locales et de district. Une clarification du rôle de l'Etat, la réorientation des structures administratives et de leur personnel et la mise en place d'une interface entre les services publics et l'action communautaire s'imposent.

#### **Assurance de la qualité**

75. Cette approche s'est révélée éminemment précieuse pour l'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins.

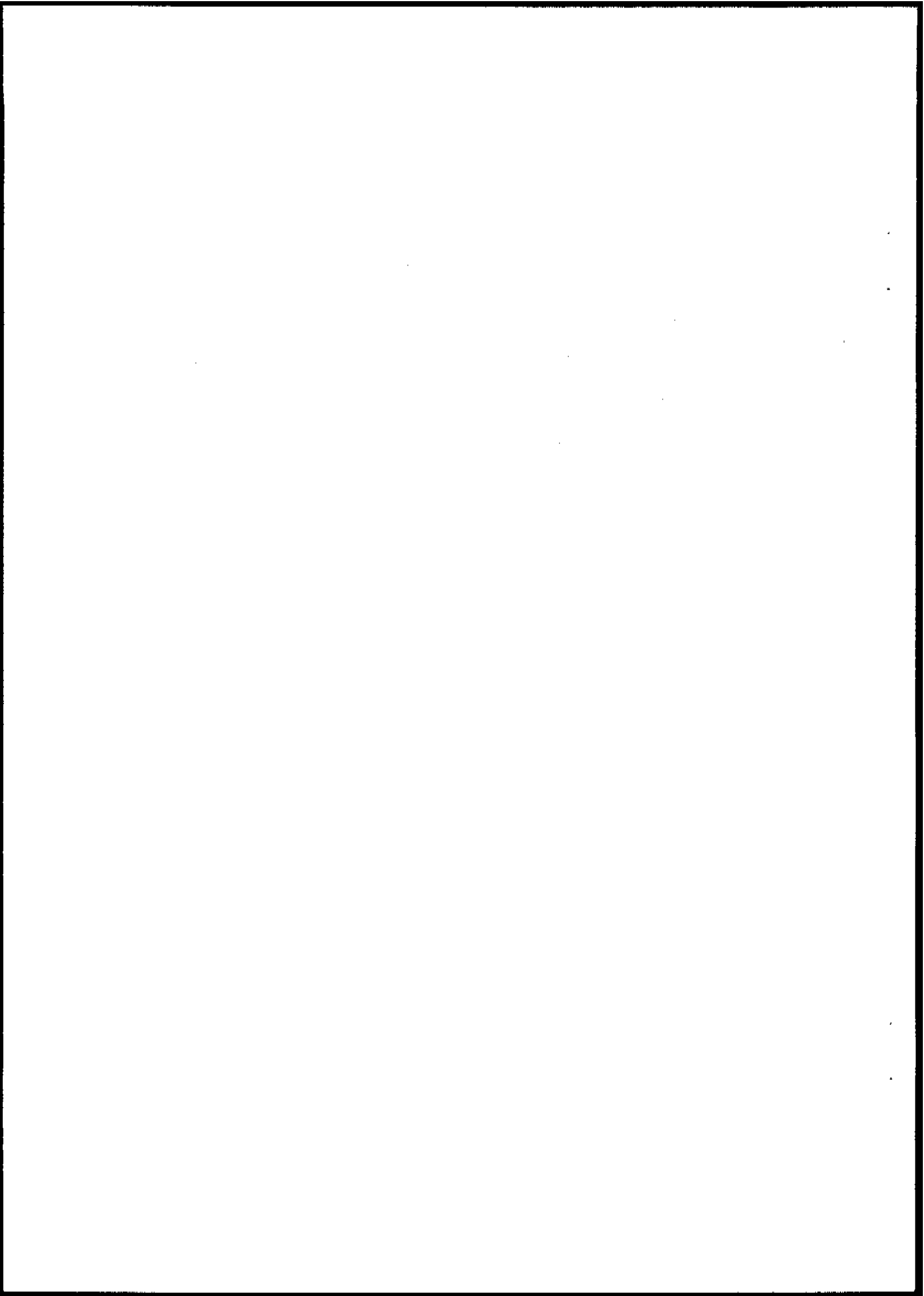
76. En décidant d'introduire le concept d'assurance de la qualité dans les soins de santé primaires, l'OMS opère une nette distinction entre l'assurance de la qualité d'une part, le contrôle et l'évaluation de la qualité d'autre part. L'assurance de la qualité est un processus continu, alors que le contrôle de la qualité est une mesure plutôt obligatoire et hiérarchique qui présente de grandes similarités avec l'évaluation fréquemment ponctuelle.

77. Nombre de réunions consacrées à l'assurance de la qualité ont été organisées au cours des cinq dernières années, à Maastricht, Pyongyang et Shanghai, sous les auspices des Bureaux régionaux de l'OMS pour l'Asie du Sud-Est et pour le Pacifique occidental, et en collaboration avec l'unité Systèmes de Santé de District de la Division du Renforcement des Services de Santé de l'OMS. L'assurance de la qualité est une notion relativement nouvelle en matière de systèmes de santé de district; à ce jour, elle a été essentiellement limitée aux composantes les plus évidentes de ce système, à savoir les activités hospitalières, encore que la réunion de Pyongyang se soit aussi préoccupée de l'assurance de la qualité des soins primaires comme la santé

maternelle et infantile.

78. Le souci de la qualité des soins de santé primaires a incité l'Assemblée mondiale de la Santé à décider en 1989 d'inclure l'assurance de la qualité dans le huitième programme général de travail de l'OMS, en faisant ressortir la nécessité d'améliorer la qualité du soutien du district à la communauté.

79. Si l'assurance de la qualité est progressivement en voie d'introduction dans les activités hospitalières, on possède à ce jour peu d'expérience de son application aux soins ambulatoires et virtuellement aucune de son rôle dans les actions de promotion de la santé et de prévention. En ce sens, l'assurance de la qualité consiste encore à évaluer des services ou des soins. On a peu utilisé dans ce domaine les stratégies essentielles pour les soins de santé primaires telles que la réalisation de l'équité, de la collaboration intersectorielle et de l'engagement communautaire, et surtout de l'octroi aux communautés de moyens qui leur permettent de prendre elles-mêmes en charge la santé de leurs populations.



### SECTION III

#### ACTIVITES DES BUREAUX REGIONAUX DE L'OMS ET DES ORGANISMES INTERNATIONAUX D'AIDE

##### Région africaine

80. Dans ses plans à moyen terme, le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique met particulièrement l'accent sur la restructuration et l'amélioration des systèmes de services de santé eu égard à l'évolution rapide de la situation socio-économique, épidémiologique et démographique. Si le concept des systèmes de santé de district fondés sur les soins de santé primaires est désormais admis dans la Région, on s'attache moins au stade actuel à la participation sociale au développement sanitaire. Dans certains secteurs de la Région, il n'existe encore aucune correspondance entre districts administratifs et districts sanitaires. Le concept axé sur le district est lié en Afrique au développement des résultats institutionnels, aux ensembles d'actions de santé et aux interventions dans le contexte des domaines prioritaires pour les soins de santé primaires. En 1989, une étude a été entreprise à partir d'un ensemble de critères tels que les comités de santé existants, les équipes de gestion de district, la fixation des activités techniques prioritaires, l'engagement communautaire et les fonds disponibles pour satisfaire aux besoins minimaux des programmes de district. Les résultats ont montré que plus de 50 % des systèmes de santé de district dans la Région africaine étaient opérationnels si l'on appliquait les critères susmentionnés.

81. Bien que le concept du service de santé de district ait été adopté, sa mise en oeuvre complète telle qu'envisagée dans la Déclaration de Harare demeure limitée. Initialement, priorité est donnée à la réorientation des structures des services vers les soins de santé primaires, destinée à améliorer la couverture et la qualité des soins. Afin de favoriser davantage encore l'objectif de la santé pour tous les Africains, un nouveau programme de financement des soins de santé au niveau du district est en voie d'élaboration à partir des études précédentes. Les principales caractéristiques de ce programme sont les suivantes :

- a) un "dialogue social" entre les membres des communautés, les "experts" et les autres intervenants et organisations oeuvrant dans le domaine de la santé;
- b) des organismes et des institutions plurisectoriels, transparents et responsables au niveau du district ou de la province qui favorisent un "dialogue social" fondé sur les politiques nationales;
- c) la constitution de comités de coordination nationaux et interpays chargés de gérer les programmes et de comparer les rapports sur l'expérience acquise dans divers pays de la Région.

82. Les plans existants semblent reposer pour une large part sur les conseils de techniciens et de spécialistes; ils ne donnent guère aux communautés l'occasion de

développer leurs propres solutions et les systèmes de santé de district. Le programme régional actuel d'amélioration du niveau des services assurés au niveau du premier contact (le centre de santé) et de la première structure de recours (l'hôpital de district) constitue, si l'on étudie à fond le concept du système de santé de district de base, un bon moyen de commencer à développer le rôle de ces institutions dans les soins de santé primaires - comme le préconisent les principes directeurs émis par AFRO pour le soutien opérationnel aux soins de santé primaires - et celui du district dans l'accélération de la santé pour tous d'ici l'an 2000.

### **Région des Amériques**

83. Dans la Région des Amériques, les systèmes de santé de district sont connus sous le nom de systèmes de santé locaux ou SILOS (Sistemas Locales de Salud). Une récente analyse de leur développement dans 34 pays a révélé que 31 d'entre eux (soit 91,2 %) avaient formulé des stratégies et les appliquaient. La décentralisation et la délégation des pouvoirs, ainsi que la démocratisation, sont les principaux moteurs des systèmes locaux de santé.

84. La Bolivie, la Colombie, l'Equateur, le Pérou et le Venezuela, membres de l'initiative de coopération pour la santé entre les pays andins, ont tous sans exception adopté des politiques explicites de développement des systèmes locaux de santé reposant sur une base juridique. Presque tous ces pays se sont dotés de stratégies de décentralisation ou de déconcentration, d'incitations à l'engagement communautaire et au développement d'administrations locales, d'activités de formation des ressources humaines participant à ces processus et de projets qui mobilisent les ressources internes et extérieures. Sur les 1615 systèmes locaux de santé prévus par les pays andins, 197 (soit 12,2 %) se trouvent au stade du développement et ont commencé d'appliquer les politiques et stratégies adoptées par les gouvernements.

85. A une unique exception près, tous les pays d'Amérique centrale ont mis au point des politiques et des stratégies explicites de développement des systèmes locaux de santé, assorties de politiques allant de la déconcentration des ministères de la santé à la décentralisation dans le cadre d'un processus général de réforme des rouages gouvernementaux, et pris des décisions politiques étayées par des législations générales qui touchent l'ensemble des administrations publiques, dans le cadre de plans sanitaires nationaux ou sous la forme de directives internes du Ministère de la Santé. Les stratégies communes adoptées pour donner effet aux politiques envisagent l'amélioration des capacités gestionnaires au niveau local, la coordination entre institutions et entre secteurs, le développement de la planification locale et enfin le soutien de l'engagement communautaire et sa promotion.

86. Les pays anglophones des Caraïbes ont dressé des plans pour 177 systèmes locaux de santé. La plupart ont défini des politiques relatives au développement de ces systèmes, et des stratégies sont en cours d'application - sauf dans l'un de ces pays - pour leur donner effet. Les politiques reposent sur le développement administratif au niveau local sous la forme d'un effort sectoriel, assorti d'une décentralisation en tant que méthode de développement du système de santé local. Dans l'un des pays considérés, la constitution prévoit expressément la décentralisation du système de

santé. Les stratégies adoptées envisagent la mise en place ou la redéfinition de la régionalisation, une définition explicite des rôles et des attributions de l'équipe sanitaire locale, des incitations à la planification, à l'administration et aux capacités gestionnaires locales, l'appui à l'engagement communautaire et la nomination au niveau central d'un responsable chargé de surveiller le processus à l'échelon local.

87. Le Canada, Cuba, la République dominicaine, Haïti, le Mexique et les Etats-Unis d'Amérique ont tous formulé des politiques explicites de développement de systèmes de santé locaux et exécutent des stratégies spécialement conçues à cet effet. Les politiques adoptées envisagent toutes la décentralisation. Elles s'appuient souvent sur des mandats constitutionnels, particulièrement dans les pays fédérés. Les stratégies retenues comprennent le renforcement de la coordination et de la coopération interinstitutions et intersectorielles, l'engagement communautaire, la promotion de la santé, le renforcement des capacités administratives locales et l'adoption de cibles générales comme les "cités-santé" et les "districts-santé".

88. Une attention particulière a été portée à la participation sociale à la santé. L'engagement des organisations non gouvernementales dans le renforcement des systèmes de santé locaux dans la Région a été remarquable. Toutefois, les rapports font état de degrés variables de succès dans la mise en oeuvre de l'approche fondée sur les systèmes de santé locaux et l'obtention de la participation sociale. Les systèmes de santé de la Région restent avant tout médicaux et curatifs. D'une façon générale, il n'y a toujours pas de polarisation intégrée, sociale et intersectorielle sur la santé et l'engagement communautaire tend à se borner encore à l'utilisation et à la collaboration. Un grand nombre de projets de développement des systèmes locaux de santé bénéficient d'une coopération et de ressources extérieures, ou de prêts internationaux.

#### **Région de la Méditerranée orientale**

89. Plusieurs pays de la Région se sont attelés au développement de systèmes de santé de district; toutefois, leurs expériences et les succès obtenus varient.

90. Les différences notables - économiques et géographiques - entre les pays de la Région ont d'importantes incidences, entre autres, sur les besoins en santé, les structures, l'économie sanitaire, etc. Cette hétérogénéité influe sur le développement des systèmes de santé de district, puisqu'il faut les adapter aux particularités locales.

91. Nombre de pays ont entamé une décentralisation allant jusqu'aux provinces et aux régions, mais guère plus loin. Toutefois, la plupart des districts sont déjà dotés d'une forme quelconque de structure sanitaire administrative. Le district est généralement conçu comme une entité administrative, entre autres du fait de l'absence de compétences gestionnaires à ce niveau. Transformer les districts en systèmes fonctionnels autonomes dotés de l'ensemble des composantes en rapport avec la santé (secteurs sanitaire et autres, palette de services publics et privés, "leadership" du district, vie des communautés, etc.) pose des problèmes majeurs. Les districts devraient donc jouer un rôle actif dans la coordination de la mobilisation, de l'attribution et de la gestion des ressources ainsi que dans la création de possibilités

d'engagement communautaire actif, d'équité et d'autonomie.

92. Certains pays ont mis l'accent sur le système d'information sanitaire considéré comme un fer de lance. L'un d'eux a revu la structure organique et les descriptions d'emploi à tous les niveaux des soins de santé. Un autre a focalisé son attention sur les zones de desserte des postes sanitaires, considérés comme des centres de planification et des unités organiques pour la promotion des soins de santé primaires. D'une façon générale, les centres de santé sont progressivement devenus une source importante de soutien pour d'autres niveaux des soins et une structure de développement sanitaire. On s'attache actuellement à leur permettre de faire face à des tâches additionnelles en rapport avec la salubrité de l'environnement et à concourir à la formation des agents de développement.

93. La notion du système de santé de district a été renforcée grâce à une meilleure structuration de l'équipe sanitaire de district et à sa formation à la gestion et à l'analyse du progrès (Maroc); à la création d'une "direction sanitaire de district" (Egypte) ou d'un "Comité" comprenant des fonctionnaire des services de santé locaux aux côtés du "médecin administrateur de district" (Pakistan); au développement du système régional d'information sur les systèmes de santé de district (Oman), ou au renforcement du rôle du secteur privé qu'on encourage par des incitations ou des prêts pour la construction d'établissements sanitaires (Pakistan). Dans la République islamique d'Iran, le système de santé de district s'appuie sur un réseau de "maisons de la santé rurales" et de centres de santé, tant dans les villes que dans les campagnes. L'efficacité et l'efficacités du réseau sanitaire est démontrée par l'amélioration observée entre 1984 et 1993 dans les indicateurs sanitaires; par exemple, la mortalité infantile en milieu rural est tombée de 71 à 44 décès pour 1000 et la mortalité maternelle de 230 à 80 décès pour 100 000 naissances vivantes.

94. Des progrès ont certes été réalisés, mais nombre d'obstacles au développement du concept du système de santé de district subsistent. Citons, à titre d'exemple, un faible engagement politique dans certains pays, la pénurie de personnel qualifié, les groupes de pression qui s'activent en faveur de soins curatifs coûteux (Chypre), des programmes verticaux qui résistent aux soins de santé intégrés visés par le système de santé de district (Soudan), l'utilisation excessive de services de santé gratuits surtout s'ils sont facilement accessibles (Qatar, Tunisie), une mise en oeuvre minimale du principe de la décentralisation pourtant établi (Maroc) et bien d'autres.

### Région européenne

95. *Buts de la santé pour tous : soins de santé primaires et prestation locale des soins.* En septembre 1978, la plupart des Etats Membres européens possédaient déjà des systèmes de santé bien établis. La Déclaration d'Alma-Ata leur a donc lancé le défi du changement. En 1980, le Comité régional a approuvé la première politique sanitaire commune, la stratégie européenne pour la réalisation de la santé pour tous (document non publié EUR/RC30/R8 Rév. 2). Les buts 26 à 31 de cette stratégie se rapportent aux soins appropriés et mettent en vedette l'importance d'asseoir les systèmes de soins de santé sur les soins primaires, étayés par les soins secondaires et tertiaires. Ce document traite également des caractéristiques et des principes de soins

de santé primaires, ainsi que de problèmes en rapport avec les ressources humaines, la gestion et la qualité des services. En adoptant des indicateurs pour surveiller les progrès réalisés par les Etats Membres, la Région européenne a créé un outil essentiel de suivi de la mise en oeuvre des politiques sanitaires. Depuis lors, de nombreux pays ont développé leurs propres plans d'action sanitaire. Certains sont allés plus loin en fixant des cibles au niveau régional ou local; pour ce faire, il est souvent nécessaire d'utiliser des indicateurs relatifs au contenu des soins de santé primaires et à l'utilisation des ressources pour les services prévus.

96. *Cités-santé : promotion de la santé et prévention au niveau local.* En 1986, le Bureau régional a tenté de persuader certaines villes de faire circuler le message de la santé pour tous jusqu'au niveau local, là où les gens vivent, travaillent et se distraient. Le projet des cités-santé a commencé par la désignation d'une poignée de villes désireuses d'améliorer le bien-être physique, mental, social et environnemental de leurs habitants en conférant à la santé un degré élevé de priorité au niveau des politiques municipales, en veillant à la mise en oeuvre des mesures organiques et financières nécessaires pour que les progrès sanitaires souhaités deviennent possibles ainsi qu'en formulant et en appliquant des programmes concrets et plurisectoriels d'action locale. Aujourd'hui ce projet s'est développé au point d'inclure un réseau de 35 villes européennes et 19 réseaux nationaux (regroupant 500 villes de toutes tailles), résolu à forger le soutien nécessaire à un nouveau type de santé publique fondé sur la disposition de tous les secteurs à adopter des politiques favorables à la santé. Le projet des cités-santé a permis au Bureau régional de mieux comprendre la santé et ses déterminants au niveau local et de développer sa participation; il a mis en évidence la nécessité de surmonter les césures sectorielles afin de relever de nouveaux défis dans le domaine de la santé. Il a confirmé, en particulier, qu'il était indispensable d'obtenir la participation de partenaires de tous les horizons et avant tout des citoyens de la ville eux-mêmes aux activités en faveur de la santé.

97. *Evolution des systèmes de santé au niveau régional ou local.* Dans nombre de pays (par exemple dans les pays scandinaves et au Royaume-Uni) la prestation des soins était organisée au niveau régional ou local bien avant 1978. Des pays toujours plus nombreux ont décentralisé la structure de leurs services de santé depuis la fin des années 1980 et cette tendance s'est propagée aux pays d'Europe centrale et orientale et aux Etats nouvellement indépendants de la Région. Le degré de décentralisation des divers services varie; ainsi, les soins infirmiers et obstétricaux pourront être pris en charge par les communes d'un pays donné alors que le médecin praticien de premier contact relèvera du niveau du district. Dans d'autres pays, ces services pourront être associés à l'un ou l'autre de ces échelons. Ailleurs encore, ce sont les régions qui assument la responsabilité de l'organisation des soins à tous les niveaux. Un autre problème important est celui du choix et du fonctionnement des services décentralisés. Le transfert de la responsabilité de la prestation de services ne s'accompagne pas toujours de la possibilité d'attribuer des ressources de toute nature ou de la capacité à prendre les décisions requise pour les obtenir. Une sensibilisation accrue de la population à la santé, le sentiment croissant que des soins de qualité sont un droit pour le public (lequel désire exercer des choix et se faire entendre), des contraintes socio-économiques dues à d'autres priorités concomitantes et l'introduction des notions commerciales dans le paysage sanitaire - tels sont

quelques-uns des facteurs clés qui façonneront la délivrance de soins de santé dans la Région européenne pendant une dizaine d'années. La vigilance s'impose afin de garantir le respect de l'équité et de l'éthique ainsi que la disponibilité de services répondant aux besoins dans l'environnement social actuel, nouveau et en mutation constante.

### Région de l'Asie du Sud-Est

98. A sa Quarante et unième session, en 1998, le Comité régional pour l'Asie du Sud-Est a adopté une résolution invitant les Etats Membres à créer et à renforcer les systèmes de santé de district dans le cadre des plans et des stratégies nationales en faveur de la santé pour tous.

99. En 1991, le Bureau régional de l'OMS pour l'Asie du Sud-Est a lancé un projet inter pays d'intensification du programme d'action pour les soins de santé primaires couvrant deux ou trois districts de chacun de ses onze Etats Membres. Ce projet visait à multiplier et à accélérer les activités dans quatre domaines principaux : les vaccinations, les maladies diarrhéiques, les infections respiratoires aiguës et l'approvisionnement en médicaments essentiels par le canal des infrastructures sanitaires existantes. Ce projet visait à atteindre les groupes défavorisés et vulnérables de la population, ainsi qu'à améliorer les capacités gestionnaires des agents de santé de district.

100. L'évaluation finale conduite par les pays participants a montré que des progrès considérables avaient été réalisés dans la couverture des soins, l'efficacité et l'efficience des programmes d'action sanitaire, la couverture vaccinale et enfin les taux de morbidité et de mortalité infantile et maternelle. Ces succès ont encouragé les autorités nationales à appuyer la décentralisation vers le niveau du district. L'expérience issue des activités du projet dans les districts choisis a montré que des améliorations dans la gestion du système des services de santé de district sont susceptibles d'accroître la couverture et d'améliorer l'état de santé des populations sous-desservies.

101. Des systèmes de santé de district sont en cours de création dans tous les pays de la Région; leurs progrès ont été démontrés et analysés. Ainsi apparaissent de nombreux exemples réussis de développement sanitaire, tels que la gestion décentralisée, le financement communautaire de la santé, les coopératives d'achat de médicaments, des ateliers novateurs sur la résolution de problèmes par les équipes de district et des approches nouvelles du financement des soins de santé, y compris la mise en place de la sécurité sociale, les systèmes d'assurance-maladie, les fonds de roulement pour l'achat de médicaments, le partage des coûts, les coopératives sanitaires, le paiement par l'utilisateur et autres.

102. S'il est vrai que les systèmes de santé de district ont été développés et renforcés à des degrés divers, nombre de difficultés et de problèmes critiques subsistent. Ainsi, l'accent a été surtout placé sur la couverture au détriment de la qualité; les directives politiques sont insuffisantes pour étayer la planification et la mise en oeuvre au niveau du district; la décentralisation est rare; les rôles, responsabilités et méthodes

du personnel de santé de district sont mal définis et leur savoir-faire en matière de "leadership" et de gestion est généralement faible; l'intégration des programmes verticaux continue de poser problème, et les agents monovalents qui ont été formés pour être polyvalents continuent de donner la préférence à leurs anciens programmes; des carences existent dans la collaboration avec le secteur de la santé ainsi qu'entre les programmes verticaux et les services de santé généraux; une bonne part de l'information produite au niveau du district n'est ni destinée à ses administrateurs sanitaires ni requise pour la prise de décisions, la surveillance et l'évaluation à leur niveau, mais uniquement prévue pour la transmission aux échelons supérieurs qui fournissent rarement une rétro-information; l'engagement communautaire vis-à-vis de la santé est faible et les tentatives de susciter des "leaders" dans la communauté sont inadéquates; les comités de développement de district ne s'efforcent pas suffisamment de cerner les problèmes de santé qui requièrent une action intersectorielle, et les priorités et structures administratives différentes de chaque secteur empêchent souvent la mise en commun et le partage des ressources; enfin, il n'existe pas suffisamment de ressources financières ou humaines qualifiées au niveau du district, et celles dont on dispose sont généralement réparties de manière inéquitable et utilisées peu efficacement.

#### **Région du Pacifique occidental**

103. Dans les pays de la Région du Pacifique occidental, la notion du "district" est appliquée suivant des modalités fort différentes. Dans de grands pays comme la Chine, la Corée, le Laos, la Malaisie, les Philippines et le Viet Nam, par exemple, les districts ont été établis suivant des critères tout autres que ceux appliqués dans les petites nations insulaires du Pacifique. Le moteur de l'approche fondée sur le district apparaît, lui aussi, variable. A Hong Kong, en Nouvelle-Zélande et à Singapour, par exemple, où la couverture était complète, c'est la hausse des coûts qui a conduit à mettre en oeuvre une approche fondée sur les soins de santé primaires. Dans des pays tels que le Laos et la Papouasie-Nouvelle-Guinée, on observe une tendance à la recentralisation.

104. Les problèmes de santé urbaine s'aggravent visiblement dans différents pays, particulièrement ceux qui tiennent au vieillissement de la population ainsi qu'à l'association de maladies chroniques et transmissibles dans les zones de taudis. L'infrastructure sanitaire et le développement des soins de santé primaires ont été négligés dans la plupart des grands pays de la Région. La montée des privatisations et de la concurrence aggrave les iniquités. Les soins de santé primaires dans les villes revêtent une importance particulière dans la Région du Pacifique occidental du fait que 52 % de sa population (statistiques de 1990) vivent déjà dans des zones urbaines.

105. Un projet portant sur les systèmes de soins de santé de district à l'appui des soins de santé primaires a été réalisé dans six grands pays de la Région entre 1987 et 1992. Il traitait de problèmes clés de la mise en oeuvre des soins de santé au niveau du district. Dans certains pays, on s'est préoccupé d'y perfectionner le système de gestion financière; quant aux problèmes d'amélioration de la gestion et de la supervision du personnel, d'approvisionnement en médicaments ou de préparation de matériels pédagogiques, de manuels pratiques et autres, on a tenté de s'y attaquer

dans tous les pays. Partout l'engagement communautaire et la collaboration intersectorielle ont été jugés difficiles à réaliser, et il faudra de nombreux efforts cohérents pour obtenir des progrès dans ces domaines importants.

**Organismes internationaux d'aide qui appuient le Programme mondial et interrégional de l'OMS de Renforcement des Systèmes de Santé de District**

106. Le présent programme a bénéficié d'une importante aide internationale. Le PNUD a été son principal bailleur de fonds; outre le programme mondial, quelques projets régionaux de qualité ainsi que des activités dans les pays ont bénéficié de son concours. Les organismes suivants ont aussi soutenu divers aspects du programme dans plusieurs pays, par le canal de l'OMS ou grâce à une aide bilatérale directe : l'Agence canadienne de Développement international (ACDI), l'Agence danoise pour le Développement international (DANIDA), l'Agence finlandaise pour le Développement international (FINNIDA), le Centre de Recherches pour le Développement international (CRDI), l'Agence japonaise pour la Coopération internationale, l'Agence norvégienne pour le Développement international (NORAD), l'Administration britannique du Développement outre-mer (ODA), l'Agence suédoise pour le Développement international (SIDA), l'Agence suédoise de Coopération en Recherche avec les Pays en Développement (SAREC) ainsi que l'Autriche, l'Italie et l'Université McGill (Tableau I).

Tableau I. Les systèmes de santé de district : résumé de certaines interventions menées dans différents pays et sources de financement\*

Pays (par Région)	Interventions	Sources de financement
<b>AFRO</b>		
Ethiopie	<ul style="list-style-type: none"> <li>- formation de fonctionnaires des services de santé en vue de la mise en place de systèmes de santé de district</li> <li>- activités de recherche et développement relatives aux fonctions et aux contraintes dans trois districts</li> <li>- mise au point d'un système d'information sanitaire pour les districts</li> </ul>	<p>OMS CRDI</p> <p>UNICEF PNUD</p> <p>DANIDA</p>
Ghana	<ul style="list-style-type: none"> <li>- renforcement du rôle des Régions à l'appui du développement des systèmes de santé de district</li> <li>- développement d'un travail en équipe efficace</li> <li>- amélioration de la coordination des programmes verticaux</li> <li>- restructuration du Ministère de la Santé à l'appui de la décentralisation</li> </ul>	<p>OMS ODA</p> <p>PNUD</p> <p>NORAD Banque mondiale FINNIDA</p>
Guinée-Bissau	<ul style="list-style-type: none"> <li>- renforcement du rôle des Régions dans la gestion des soins de santé</li> <li>- formation intensive à la gestion et à la surveillance épidémiologique</li> </ul>	<p>OMS PNUD</p> <p>SIDA</p>
Kenya	<ul style="list-style-type: none"> <li>- développement des compétences des équipes de gestion sanitaire de district en matière de planification et de gestion</li> <li>- amélioration de l'efficacité des hôpitaux de district dans le soutien aux systèmes de soins de santé primaires</li> </ul>	<p>OMS PNUD</p>
Nigéria	<ul style="list-style-type: none"> <li>- activités de recherche et de développement dans cinq secteurs relevant de l'autorité locale, destinées à améliorer la planification et la gestion, à introduire la recherche sur les systèmes de santé et à renforcer les réseaux de laboratoires dans les zones visées</li> </ul>	<p>OMS PNUD FINNIDA</p>
Sénégal	<ul style="list-style-type: none"> <li>- conduite d'études de cas sur l'engagement communautaire dans un district de Dakar</li> </ul>	<p>OMS PNUD</p>
Tanzanie	<ul style="list-style-type: none"> <li>- renforcement de la mise en oeuvre des soins de santé primaires grâce à la formation d'équipes de district</li> <li>- mise au point et utilisation d'outils pour la répartition des personnels dans les districts et les centres de santé</li> <li>- Institut de développement des soins de santé primaires</li> <li>- formulation de principes directeurs sur la planification au niveau des districts</li> </ul>	<p>OMS PNUD</p> <p>DANIDA SIDA/SAREC</p>
Zambie	<ul style="list-style-type: none"> <li>- amélioration de la gestion du système de santé de district par le canal des hôpitaux de district; projet commencé avec deux établissements et élargi à neuf</li> <li>- audit des systèmes de gestion des soins de santé primaires</li> </ul>	<p>OMS PNUD DANIDA</p> <p>FINNIDA</p>
Zimbabwe	<ul style="list-style-type: none"> <li>- amélioration de la gestion sanitaire dans les districts</li> <li>- intégration de la prestation de soins dans deux districts</li> <li>- audit des systèmes de gestion des soins de santé primaires</li> </ul>	<p>OMS</p> <p>DANIDA</p>

Pays (par Région)	Interventions	Sources de financement
<b>AMRO</b> Bolivie	- étude sur l'engagement communautaire et préparation d'un plan d'action pour la formation à la participation communautaire au développement sanitaire (et document)	OMS PNUD
Guatemala	- soutien des activités périphériques grâce à l'approche fondée sur la "canalisation"	OMS PNUD
<b>EMRO</b> Egypte	- mise au point de systèmes d'information à assise communautaire pour la gestion du développement sanitaire - formation des personnels de santé à la gestion et à la prestation de services de santé en zones urbaines - mise à l'essai de diverses méthodes visant à porter au maximum l'engagement communautaire	OMS FINNIDA
Pakistan	- préparation d'études de cas et de modèles pour les systèmes d'information des services de santé de district (unités de santé urbaine/rurale de l'Université Aga Khan)	OMS PNUD
<b>SEARO</b> Bangladesh	- développement de la gestion dans les <i>upazilas</i> ; amélioration des systèmes d'information et collaboration avec les secteurs en rapport avec la santé	OMS DANIDA
Indonésie	- examen et révision de la stratification en tant qu'outil d'amélioration des résultats des centres de santé et des districts	OMS FINNIDA
Népal	- élaboration d'une stratégie pour l'amélioration de la planification sanitaire au niveau du district	OMS FINNIDA
<b>WPRO</b> Laos	- développement de la gestion au niveau de la province et du district - analyse des problèmes de coordination, de financement et de développement des personnels sous l'angle des politiques et de la situation	OMS FINNIDA

\* En outre plusieurs activités nationales, interrégionales et mondiales traitant du développement de la santé urbaine et des prestations des agents de santé communautaires ont été réalisées grâce aux fonds dégagés respectivement par le Gouvernement italien et par AGFUND.

Par ailleurs, des études de cas sur les agents de santé communautaires ont été conduites dans d'autres pays - tels que la Thaïlande et la Jamaïque - entre 1987 et 1991, avec l'aide d'AGFUND.

Les activités menées après 1991 sont prises en compte dans l'examen mondial figurant dans la section II.

107. Les politiques des divers organismes en matière de soins de santé primaires et de systèmes de santé de district varient, de même que la délimitation des secteurs et le soutien accordé.

108. **ACDI/CRDI (Canada)**. Les principales cibles sont les villages dans les zones rurales et les quartiers de taudis dans les villes. Cet organisme parraine un grand nombre de projets communautaires d'amélioration de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement ou de promotion d'une meilleure nutrition, particulièrement pour les femmes enceintes, les enfants en bas âge et les écoliers.

109. **DANIDA (Danemark)**. Cet organisme fonde ses activités sur les soins de santé primaires et les systèmes de santé de district; il appuie le programme de l'OMS dans ces domaines, en mettant l'accent sur le renforcement des soins de base destinés à améliorer les services de santé en zone rurale. Une priorité accrue est conférée à la politique de la population et à la planification familiale.

110. **FINNIDA (Finlande)**. Cette organisation met l'accent sur l'importance du concept des soins de santé primaires, et ses activités de soutien dans ce domaine - principalement destinées aux pays les moins avancés - visent les femmes et les enfants, la planification familiale en tant que partie intégrante des soins de santé primaires, ainsi que la mobilisation et la participation communautaires.

111. **GTZ (Allemagne)**. Cet organisme d'aide axe particulièrement son action sur des secteurs clés des soins de santé primaires dans lesquels des apports relativement faibles de ressources permettent d'obtenir des succès comparativement importants. Il soutient le développement de plusieurs projets de systèmes de santé de district en mettant l'accent sur les aspects gestionnaires, le perfectionnement des personnels et l'intégration de la planification familiale.

112. **L'Agence japonaise pour la Coopération internationale (Japon)**. L'aide japonaise comporte des formations individuelles, la fourniture d'équipements, l'amélioration des infrastructures et l'éducation des individus en matière de planification familiale. Elle met l'accent sur la nécessité de coopérer pour traiter et prévenir les maladies ainsi que de diffuser l'information sur l'assainissement, et accorde son concours pour la recherche sur la prévention, le diagnostic et le traitement des maladies ainsi que sur le développement sanitaire des communautés.

113. **DGIS (Pays-Bas)**. La politique néerlandaise consiste à rendre plus complets les soins de santé primaires grâce à diverses approches. Elle s'attache en premier lieu à la coopération à long terme, dans des contextes plurisectoriels en zone urbaine, en portant principalement son attention sur la santé maternelle et infantile; en deuxième lieu, elle axe ses efforts sur un nombre limité de programmes prioritaires et/ou nationaux à l'appui des soins de santé primaires; et en troisième lieu, elle cherche à rendre plus efficaces les systèmes globaux de prestation de soins afin de favoriser la réaffectation des ressources au bénéfice des soins de santé primaires.

114. **NORAD (Norvège)**. L'aide norvégienne au secteur de la santé se concentre sur les structures de soins de santé primaires en zone rurale. Elle comprend

l'amélioration des centres de santé, des hôpitaux de recours et des structures de réadaptation des handicapés physiques, ainsi que la planification démographique et familiale.

115. **SIDA/SAREC (Suède).** Le programme suédois d'assistance sanitaire est centré sur les soins de santé primaires, planification familiale comprise. Alors qu'il s'attachait précédemment à créer des infrastructures, il porte désormais sur des composantes précises telles que les vaccinations, les soins maternels, l'éducation pour la santé et la formation.

## SECTION IV

### PRINCIPAUX PROBLEMES ET DEFIS MAJEURS CONCERNANT LES SYSTEMES DE SANTE DE DISTRICT

#### Planification opérationnelle au niveau du district

116. Le concept des systèmes de santé de district a vu le jour lorsqu'on s'est aperçu qu'il était manifestement impossible de choisir, planifier et organiser les activités de soins de santé primaires à partir du centre. La planification opérationnelle au niveau du district est donc un outil indispensable à la mise en oeuvre de ces activités. Il s'agit d'un processus interactif qui facilite l'exécution des activités au niveau le mieux approprié et le plus près possible du groupe cible.

117. Il importe de dresser des plans stratégiques pour coordonner tant la gamme des diverses actions sectorielles de développement sanitaire que les apports extérieurs destinés à l'étayer. L'élaboration d'un plan sanitaire stratégique de district nécessite la participation de tous les intervenants du système de santé de district pour la définition des questions capitales, la fixation des priorités, l'analyse des possibilités, la répartition de ressources peu abondantes, la planification de l'action stratégique et enfin la mise en oeuvre et l'évaluation.

118. Il est nécessaire de définir clairement les objectifs, les rôles et les procédures au niveau du district, ainsi que d'y renforcer l'organisation, la planification et les compétences gestionnaires requises. Les principales difficultés restent le niveau de la prise des décisions et le volume des ressources financières - nationales ou locales - disponibles dans le district pour la planification pour la santé.

119. La tendance actuelle à insister sur les capacités gestionnaires, virtuellement à l'exclusion de toutes les autres, pourrait aboutir à la constitution d'un corps de personnels de haut niveau dépourvus tant des connaissances techniques nécessaires pour formuler des politiques valables que de l'expérience opérationnelle requise pour développer des plans réalisables.

120. La planification opérationnelle au niveau du district devrait viser des programmes intersectoriels pour la santé essentiellement déterminés par des facteurs extérieurs aux services de santé eux-mêmes. Mais, comme on l'a observé en Tanzanie, les programmes intersectoriels tout comme les programmes de santé verticaux font souvent concurrence aux programmes ordinaires de santé publique pour l'obtention des mêmes ressources au niveau du district.

121. Il serait du plus grand intérêt d'explorer plus avant diverses méthodes permettant de favoriser et de renforcer l'appui intersectoriel pour l'amélioration de l'état sanitaire des populations ainsi que pour la promotion et la protection de la santé communautaire.

122. La planification opérationnelle au niveau du district devrait éviter d'y instaurer

des "mini-bureaucraties". Il existe un autre risque : celui de voir les bureaux de district centraliser le pouvoir au lieu de le déléguer et de le partager.

123. Les pays devraient envisager les suggestions de la Banque mondiale,<sup>2</sup> suivant lesquelles il serait possible de réduire de manière spectaculaire le poids des maladies sans augmenter les dépenses en réaffectant les ressources précédemment consacrées à des interventions au coût élevé par AVCI (année de vie corrigée du facteur invalidité) à des actions peu coûteuses. La Banque propose de préparer, à titre éminemment prioritaire, un ensemble limité de mesures de santé publique et d'interventions cliniques essentielles financées par l'Etat.

### **Intégration**

124. La riposte mondiale habituelle à l'apparition de maladies nouvelles ou de risques pour la santé encore inconnus, ou à la réapparition d'affections anciennes, a consisté à mettre au point un nouveau programme.

125. Il existe ainsi des programmes verticaux pour l'éradication du paludisme, les vaccinations, la planification familiale, le SIDA et bien d'autres. Certains - par exemple le Programme d'Action pour les Médicaments essentiels - traitent d'aspects spécifiques de la prestation des soins de santé. Les organismes bailleurs de fonds ont initialement trouvé cette approche attrayante, puisqu'elle facilite la transparence et que les résultats peuvent habituellement se chiffrer avec une certaine précision.

126. Des années d'expérience ont toutefois jeté certains doutes sur cette méthode en tant que mécanisme durable et rentable d'amélioration de la santé des communautés. Au surplus et même en cas de succès marqué (mais moins complet que celui du programme de lutte contre la variole), des progrès obtenus grâce à d'immenses efforts ont été réduits à néant lorsqu'il a fallu diminuer les ressources mises à la disposition d'un programme vertical à la suite de l'évolution des priorités.

127. L'intégration des programmes facilite leur développement et une planification globale, permettant d'exploiter au mieux les ressources disponibles sans perte de transparence. Outre qu'ils assurent un soutien accru, une formation et qu'ils motivent les personnels de santé, les plans de travail prévoyant des visites d'encadrement coordonnées réduisent aussi les frais de transport et laissent davantage de temps pour les contacts avec le personnel d'encadrement. Il ne faut pas non plus perdre de vue l'effet synergique des programmes intégrés.

128. Le système de santé de district représente le niveau le mieux approprié à l'intégration des programmes verticaux. A cet échelon opérationnel, la santé maternelle et infantile et la planification familiale, la nutrition, les vaccinations et la lutte contre les maladies diarrhéiques ainsi que contre les infections respiratoires aiguës sont regroupées depuis longtemps dans les postes sanitaires et les centres de santé. La transition de la gestion verticale à une approche intégrée de la planification

---

<sup>2</sup> World development report, 1993; Oxford University Press.

des programmes et de la budgétisation, ainsi que l'intégration de l'encadrement et du système de notification, sont facilement réalisables au niveau du district. La première étape vers leur réalisation totale ou partielle consiste à former les personnels concernés aux techniques des programmes intégrés.

129. Il est possible de dépister au niveau du district les groupes à haut risque et de cerner les besoins locaux. On peut ensuite améliorer la couverture grâce aux modifications opérationnelles nécessaires.

130. Enfin, la participation tant de la communauté que des personnels de santé au fonctionnement du système de district constitue une méthode efficace de mise en place de soins de santé durables.

131. Depuis quelques années, les planificateurs et administrateurs sanitaires s'intéressent davantage à l'intégration des programmes de santé verticaux dans un programme global de prestation de soins. Au niveau du district, trois domaines appellent l'attention et l'action : la planification des programmes et la budgétisation intégrées, l'encadrement intégré et la formation intégrée.

#### **Utilisation optimale des ressources dans les districts**

132. Une bonne gestion de la santé au niveau du district et une intégration optimale des activités et des intervenants sont une condition essentielle du bon fonctionnement des services et des programmes sanitaires. Un grand nombre de cours ont été mis au point et organisés pour améliorer les capacités gestionnaires des personnels de santé. Toutefois, le succès de l'intégration et de la gestion tant de ces activités que des participants est conditionné par un certain nombre de facteurs critiques, largement dépendants de la volonté des professionnels de la santé et des responsables politiques de partager le pouvoir et d'instituer des partenariats avec les membres des groupes intéressés dans la communauté.

133. La crise économique et les programmes initiaux d'ajustement structurel de l'économie ont exercé un impact notable sur le secteur de la santé dans un grand nombre de pays en développement; à son tour, la contraction des budgets et des services de la santé qu'ils ont entraînée a débouché sur des expérimentations en matière de financement des services de santé. Il importe donc d'étudier des mécanismes de financement de rechange au niveau national et/ou à celui du district, dans le cadre de la stratégie de maintien du niveau des services. C'est toutefois à l'équipe du district qu'il incombe d'évaluer avec le plus grand soin les méthodes d'obtention de ressources additionnelles, afin de prévoir leurs effets délétères et d'en protéger la communauté ou de les réduire autant que faire se peut. En fait, l'introduction d'une participation aux coûts de la part de l'utilisateur peut exercer des effets positifs si les sommes recueillies restent dans le district et servent à améliorer la qualité des services assurés à la communauté.

134. La notion de l'acquisition de ressources à proximité des consommateurs de services de santé, relativement récente dans de nombreux pays en développement, s'affirme toujours davantage. Le recouvrement des coûts grâce à la vente des

médicaments essentiels est devenu plus courant depuis l'initiative de Bamako, laquelle a conduit à la création de systèmes de financement par les communautés dans plusieurs pays tandis que d'autres, modifiant cette idée, ont développé un système de paiement unitaire. Certains pays ont maintenant acquis une expérience dans le domaine de la prestation de services de santé privés dans les structures publiques, laquelle apporte parfois des fonds additionnels au secteur public. Le financement intra muros du secteur privé constitue une autre initiative. Ailleurs, le secteur public passe des contrats de sous-traitance avec le secteur privé, généralement pour financer des services d'appui comme le nettoyage, le blanchissage ou la sécurité. Plusieurs pays ont maintenant modifié leur législation pour ouvrir le marché à ces prestataires privés.

135. Le principal défi auquel est confrontée l'OMS en ce qui concerne le financement des systèmes de santé de district consiste à développer, conjointement avec les gouvernements, des modes de financement en harmonie avec la mission du district. L'introduction de changements dans un système de financement de la santé quel qu'il soit nécessite évidemment l'existence, au niveau central, d'un office gouvernemental doté de pouvoirs étendus.

136. Il est aussi de toute importance que les ressources du secteur privé comme celles des organismes non gouvernementaux complètent et appuient efficacement les systèmes de santé de district et les objectifs en matière de soins de santé primaires. Afin d'améliorer l'utilisation des ressources financières disponibles et d'exploiter au maximum celles qu'on aura pu mobiliser, les planificateurs et gestionnaires sanitaires de district doivent être capables de gérer dans de bonnes conditions de coordination l'ensemble des moyens tant publics que privés. L'expérience acquise avec des méthodes telles que la sous-traitance ou la privatisation sera étudiée à fond en vue de la préparation de principes directeurs.

137. La décentralisation est essentielle si l'on veut utiliser et gérer au mieux les ressources au niveau du district.

138. En règle générale, la décentralisation suppose une délégation des fonctions gestionnaires et du pouvoir financier aux entités régionales, de district et municipales. Bien des pays rencontrent des difficultés dans la mise en oeuvre des réformes et des changements organiques nécessaires à la décentralisation. Il faudra, dans ce contexte, examiner et analyser le processus et évaluer tant les succès que les échecs de la décentralisation, puis élaborer des directives.

139. S'il est vrai que la décentralisation joue un rôle de premier plan dans le financement des systèmes de santé de district, il est aussi d'une importance primordiale de fixer d'abord les objectifs nationaux et le système des valeurs pour tout mode de financement de la santé ainsi que de déterminer d'abord les priorités nationales, puis celles des districts.

140. Il y aura lieu d'entreprendre et de soutenir des études opérationnelles dans divers pays afin d'examiner et d'analyser le processus de la décentralisation, ainsi que

d'en évaluer les succès et les échecs, en développant des directives afin de faciliter son déroulement dans d'autres pays.

### **Développement des capacités**

141. Le développement des capacités ne concerne pas l'adéquation des effectifs ou de la formation. Ces impératifs relèvent du domaine du développement des ressources humaines, l'une des stratégies clés du système de santé de district.

142. Le développement des capacités n'a pas seulement pour but d'apprendre et d'adapter, mais aussi de créer et de maintenir des processus auto-entretenus au sein des instances de l'Etat, des institutions et de la vie communautaire.

143. Dans le cadre relativement modeste des systèmes de santé de district fondés sur les soins de santé primaires, quelques aspects du concept et de la pratique complexes du renforcement des capacités peuvent s'exprimer en des termes simplement conçus pour faciliter la surveillance et la mesure des résultats.

144. Si l'on considère le système de santé de district comme un élément du paysage plus étendu du renforcement des moyens au plan national, on peut citer à titre d'illustrations trois aspects du renforcement des capacités.

145. Il importe de décider au niveau national de doter le système de santé de district non seulement de l'autorité gestionnaire, mais aussi des moyens financiers d'acquérir sa personnalité propre en tant qu'entité autonome et auto-entretenu; étant bien entendu qu'il serait intégré à la structure ordonnée du système étatique, une série de vérifications et de bilans, d'audits et de contrôles étant prévue pour maintenir une gestion nationale cohérente et laisser l'autorité suprême au pouvoir central.

146. Dans le cadre de l'unité de santé de district elle-même, il faudra développer l'aptitude à répondre aux besoins propres à chaque localité. Il ne saurait évidemment exister de mécanismes permettant aux gouvernements ou aux organisations internationales d'émettre des avis sur chaque situation à laquelle un district serait confronté. La capacité interne de résolution des problèmes doit satisfaire ses propres besoins. Elle doit répondre aux exigences particulières de chaque district, adapter des remèdes connus ou en introduire de nouveaux.

147. En troisième lieu, la communauté desservie doit utiliser et réutiliser le système de santé de district, en l'adaptant et le façonnant en fonction des besoins et des objectifs communaux. Cette interaction au jour le jour se renforce automatiquement. La seule manière de garantir qu'une unité de santé sera auto-entretenu consiste à veiller à ce que ses capacités correspondent aux exigences de son environnement. Elle doit jouir de la confiance de la communauté; dans le cas contraire, elle sera désertée et disparaîtra progressivement.

148. Il n'est pas possible de trouver une recette universellement applicable pour le renforcement des capacités. Celui-ci doit être considéré comme un objectif permanent de la promotion des systèmes de santé de district dans le monde et son succès se

mesurera, à l'avenir, en fonction de la contribution qu'il aura apportée, ou du moins tenté d'apporter, au renforcement des capacités nationales.

149. Alors que le renforcement des capacités est un processus qui met en jeu une variété de cadres et d'individus au niveau du district, le développement des institutions est un processus de renforcement d'établissements existants, conçu pour leur permettre de prendre pleinement part au processus de la réforme sanitaire.

150. Le développement des ressources humaines et le renforcement des institutions s'inspirent de la nécessité d'accroître la transparence et d'améliorer les résultats de l'organisation (ou des organisations) au niveau du district. Les compétences gestionnaires devraient contribuer à ce processus.

151. On s'est beaucoup intéressé au développement des ressources humaines, mais peu à leur gestion. Les plans d'organisation des carrières, la fidélisation des personnels, les éventails des salaires et traitements, les avantages et indemnités complémentaires ainsi que d'autres droits des personnels ont trop souvent été négligés dans le développement d'un système viable et équitablement réparti de services de santé équilibrés.

#### **Renforcement des services de santé**

##### **a) Centres de santé**

152. Il y a eu lieu d'améliorer les résultats de l'activité des centres de santé (et des hôpitaux) grâce à une analyse des tâches, à la répartition des rôles et des responsabilités ainsi qu'à l'élaboration de plans de travail.

153. Les tâches prévues dans le programme de travail des personnels de santé doivent être établies en fonction des besoins sanitaires de la population locale.

154. Il est manifestement nécessaire d'améliorer l'organisation, la gestion et le développement du personnel au niveau du district.

##### **b) Hôpitaux**

155. L'hôpital de district doit jouer un rôle capital dans le principe et la pratique des soins de santé primaires. Il devrait faire partie intégrante du système de santé de district.

156. L'hôpital de district d'aujourd'hui devrait servir de base au soutien technique aux centres de santé et aux postes sanitaires dans le cadre du système de santé de district. Il devrait s'abstenir soigneusement de concurrencer d'autres établissements de soins de santé primaires, mais au contraire collaborer avec eux. L'hôpital de district est le premier établissement hospitalier de base du système d'orientation-recours; tout en accueillant les malades qui lui sont adressés, il pourrait assurer le soutien logistique et gestionnaire et répondre aux demandes de formation technique.

157. Le service de consultations externes de l'hôpital de district ne devrait accueillir que les malades qui lui sont adressés ou les urgences authentiques. Le système d'orientation doit être organisé en consultation avec ses utilisateurs potentiels, à savoir les pourvoyeurs et les consommateurs de soins de santé. Il y aura lieu de le revoir périodiquement. L'orientation-recours est un processus à double sens et les malades devraient être renvoyés à l'établissement de premier contact, munis d'informations complètes à l'intention du pourvoyeur de soins.

158. Depuis quelques années, la prévention a pris le pas sur la médecine curative. En conséquence et compte tenu des difficultés financières croissantes, les hôpitaux de district ont souffert sous bien des aspects d'une négligence bien intentionnée sauf à un seul point de vue : ils ont du personnel en surnombre !

159. Les médecins de l'hôpital de district devraient avoir une expérience dans le domaine de la santé publique. A cet effet, les écoles de médecine devraient inscrire à leurs programmes de préparation au diplôme une composante santé publique/épidémiologie, afin d'assurer aux futurs médecins une compétence pratique correspondant aux besoins réels du système de soins de santé.

160. L'augmentation du nombre des voitures circulant sur les routes entraîne celle des accidents de la circulation. La prise en charge adéquate de leurs victimes représente un défi pour l'hôpital de district. Par ailleurs, plus le programme santé maternelle et maternité sans risque est accepté par les femmes rurales de la zone desservie par un hôpital, plus une prise en charge compétente des grossesses et des accouchements s'impose. Les complications sont fréquentes - environ 10 % - et nécessitent une chirurgie urgente, généralement salvatrice, pour laquelle les hôpitaux de district devraient être dotés en équipement et en personnel. L'acceptation d'un hôpital de district par la population peut se mesurer au taux d'occupation, à la durée d'hospitalisation, au nombre des accouchements compliqués et au taux de la mortalité maternelle et périnatale. Lorsque les services de consultations externes sont surchargés, les soins de santé primaires sont peut-être inefficaces et mal acceptés; un hôpital vide traduit le rejet de ses services par la communauté.

161. Comme le laboratoire de base au niveau du centre de santé ne dispose que de moyens diagnostiques limités, l'hôpital de district doit être en mesure de réaliser un certain nombre d'épreuves spécifiques de laboratoire, ainsi que des examens radiographiques simples de routine.

162. Un hôpital de district bien géré peut contribuer fortement à l'efficacité des soins de santé primaires grâce à des diagnostics améliorés et à des thérapeutiques spécifiques et économes en médicaments.

### **Systèmes de santé urbains**

163. L'urbanisation rapide est générale et aura sans doute des incidences majeures sur les soins de santé primaires intégrés au cours des prochaines décennies. Dans le monde entier, les conditions de vie de centaines de millions de citoyens mettent leur santé en péril, avec des conséquences sociales potentiellement désastreuses. Les

besoins non satisfaits et les problèmes de santé dans les villes prennent une ampleur telle que les cités des années 1990 exigent des approches spécifiques en la matière, particulièrement dans le Sud. L'approche fondée sur les systèmes de santé de district est particulièrement prometteuse dans les zones urbaines en raison des nombreuses possibilités de décentralisation, d'intégration des soins de santé primaires et de développement sanitaire qu'offrent les villes.

164. Le déplacement des populations des campagnes vers les villes évoqué par les sociologues est, dans une certaine mesure, inévitable. Le monde est de plus en plus urbanisé. En 1800, 3 % seulement de la population mondiale vivaient dans des zones urbaines; en 1950 cette proportion était passée à 29 % et peu après l'an 2000, elle dépassera 50 %.

165. Le caractère inévitable de ces changements tient au fait que les chances économiques résident dans les mégapoles, productrices, dans certains cas, de 80 % à 85 % du budget national brut. Et c'est là que les gens - riches ou pauvres, peu importe - viendront inéluctablement s'installer. Malheureusement, les riches des villes deviennent encore plus riches et les pauvres, plus pauvres. Une fois que le migrant rural est pris au piège dans la ville, il est vulnérable simultanément, et peut-être de manière synergique, à trois risques pour la santé. Le *premier*, d'origine économique, tient à l'insuffisance des revenus, de l'éducation et de l'alimentation, au surpeuplement et aux mauvaises conditions sanitaires. Le *deuxième*, causé par l'environnement urbain créé par l'homme, est lié à l'industrialisation, à la pollution, aux dangers de la circulation, aux tensions et à l'aliénation. Le *troisième* résulte de l'instabilité sociale et de l'insécurité; il débouche sur le vagabondage sexuel, l'abus d'alcool et de drogues, la prostitution, le travail des enfants et les maladies sexuellement transmissibles.

166. Avant la fin de la décennie en cours, la clientèle des systèmes de santé de district se composera donc de citadins. Leur majeure partie - les pauvres des villes - seront encore plus vulnérables à la maladie et aux dangers qu'à l'heure actuelle. Et cette situation ne se limitera pas aux immenses mégapoles. Un groupe d'étude de l'OMS sur l'urbanisation a signalé l'existence de 440 villes comprenant plus d'un million d'habitants; presque tous les pays de la planète en comptent au moins une.

167. De minutieux travaux de recherche, une masse d'écrits et de grandes promesses ont été consacrés à chaque aspect de l'urbanisation. On n'en est que plus surpris de lire que l'Institut international pour l'environnement et le développement a dévoilé qu'à l'heure actuelle la plupart des organismes d'aide et des banques de développement attribuaient moins de 15 % de leurs fonds à des projets destinés à satisfaire les besoins de base dans les zones urbaines et moins de 20 % à l'ensemble des autres projets de développement dans les villes.

168. Il faut espérer qu'une sensibilisation accrue aux réalités de la pauvreté urbaine finira par ouvrir les vannes des ressources pour le développement. D'ici là, le présent programme de renforcement du système de santé de district devrait avoir réuni des informations éprouvées sur le terrain pour étayer des plans judicieux d'investissement

en faveur de la santé et du bien-être des pauvres des villes. Tous ses futurs plans de travail devront donc inclure une composante urbaine.

### **Engagement communautaire**

169. La participation des communautés au développement de services de santé appropriés a été l'une des plus difficiles des stratégies que les systèmes de soins de santé primaires ont tenté d'appliquer. Bien souvent, c'est en favorisant un engagement plus actif des représentants des organisations non gouvernementales locales qu'on est parvenu au succès. Un grand nombre de ces organisations s'intéressent à une maladie déterminée ou sont destinées aux femmes. En fait, ces dernières ont joué un rôle fondamental dans les organisations communautaires et dans l'action pour la santé dans un grand nombre de pays. Parfois, l'engagement communautaire est aussi parti de l'enthousiasme et du dévouement d'un agent de santé local.

170. Bien souvent, les représentants communautaires ont de très fortes attaches politiques, susceptibles d'entraîner des divisions à moins d'être bien maîtrisées.

171. Les effets bénéfiques sur l'état de santé des populations de l'amélioration du niveau éducatif de la communauté et surtout des femmes sont bien connus. En persuadant les éducateurs de district de prendre part à l'éducation, tant de la communauté que de la population scolaire (garçons et filles), dans des domaines liés à la santé de la famille, on garantirait l'émergence d'une communauté mieux informée, prête non seulement à participer à la prise des décisions sur la santé mais aussi à assurer des soins à la maison.

172. Le savoir-faire des agents de santé qui s'efforcent de motiver la population et de faciliter une participation authentique joue aussi un rôle dans l'engagement communautaire. Cette tâche exige souvent qu'on laisse de côté les priorités en rapport avec la santé pour s'attaquer à d'autres problèmes sociaux ressentis par la communauté. Les agents de santé doivent apprendre à promouvoir adroitement des attitudes et des comportements favorables à l'engagement communautaire, ainsi qu'à surmonter leur propre résistance fondamentale à la participation de la communauté à la planification et à la gestion.

### **Assurance de la qualité dans le développement sanitaire au niveau du district**

173. Les problèmes de qualité sont courants dans les centres de santé et les hôpitaux de district et il faudra améliorer celle des soins qu'ils dispensent. Il y aura lieu de mettre au point et à l'essai une méthodologie d'assurance de la qualité qui permette à l'équipe de gestion de district de déceler rapidement les problèmes dans ce domaine et d'y remédier. Cette méthodologie devra porter sur certains aspects de la prestation de soins, sur les indicateurs appropriés, le recueil de données, la fixation de normes, l'analyse des carences qualitatives, la mise en oeuvre de mesures appropriées et la formation.