

## Azerbaïdjan



© United Nations Cartographic Section

Population totale (2005) <sup>1</sup>	8.411.000
% moins de 15 ans (2005) <sup>1</sup>	26
Répartition de la population : % de la population rurale (2005) <sup>1</sup>	50
Espérance de vie à la naissance (2004) <sup>2</sup>	65
Taux de mortalité pour 1000 enfants de moins de 5 ans (2004) <sup>2</sup>	90
Ratio de mortalité maternelle pour 100.000 naissances vivantes (2000) <sup>3</sup>	94
Dépenses totales de santé en % du PIB (2004) <sup>4</sup>	3,7
% des dépenses publiques de santé par rapport aux dépenses publiques totales (2004) <sup>4</sup>	2,9
Classement Indice de Développement humain, sur 177 pays (2003) <sup>5</sup>	101
Revenu National Brut (RNB) per capita en \$ EU (2004) <sup>6</sup>	950
Taux d'alphabétisation chez les adultes (+ de 15 ans) (2003) <sup>5</sup>	98,8
% de la population ayant un accès durable à une source d'eau améliorée (2002) <sup>5</sup>	77
% de la population ayant un meilleur accès à un assainissement amélioré (2002) <sup>5</sup>	55

### Sources :

<sup>1</sup> Division Population des Nations unies

<sup>2</sup> Rapport sur la santé dans le monde (2006)

<sup>3</sup> Rapport sur la santé dans le monde (2005)

<sup>4</sup> Données OMS sur les Comptes nationaux de la santé

<sup>5</sup> Rapport sur le Développement humain (2005)

<sup>6</sup> Indicateurs du Développement dans le monde, 2005 (Banque mondiale).

Etat du Caucase sur la mer Caspienne, l'Azerbaïdjan a une superficie de 86.600 km<sup>2</sup>. La république autonome du Nakhichevan est séparée du reste de l'Azerbaïdjan par le territoire arménien. L'Azerbaïdjan a accédé à l'indépendance en 1991 ; aujourd'hui, c'est une république avec un régime présidentiel. Le pays compte 59 rayons ou comtés administratifs et 11 villes. La majorité de la population (83 %) est Azéri, 6 % sont Russes et 6 % Arméniens. Environ 13 % de la population totale est constituée de réfugiés et de personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays (PDIP). La plupart de la population est de confession musulmane. Le processus de réforme vers la démocratie et l'économie de marché en cours avance progressivement et la croissance économique s'accélère. Le pays est riche en minéraux (pétrole surtout), dont il est fortement tributaire.

## SANTÉ & DEVELOPPEMENT

**Le secteur de la santé est confronté à des contraintes budgétaires** et n'a pas directement tiré profit de la hausse des recettes pétrolières ; le budget de l'Etat affecté à la santé est parmi les plus faibles des Nouveaux Etats indépendants (NIS). En raison du manque de fiabilité des statistiques officielles et de la sous-notification résultant d'une fréquentation en diminution des structures sanitaires publiques, il est difficile de déterminer l'état de santé de la population, lequel s'est détérioré au début des années 1990, suite à l'indépendance et à la guerre avec l'Arménie. Toutefois, certains indicateurs laissent penser à des améliorations au cours des dix dernières années. D'après les informations disponibles—mais non confirmées—la couverture vaccinale des enfants par le Programme élargi de vaccination (PEV) serait élevée. La pauvreté est un déterminant important de la santé et près de la moitié de la population vit en dessous du seuil de pauvreté.

**Le système de santé reste fortement centralisé** et structuré sur la base des normes fixées par l'administration centrale, sans tenir compte des conditions locales ou de la situation épidémiologique en mutation. La prolifération de petites structures spécialisées noie l'expertise et les ressources. C'est le Ministère des Finances (MoF) qui contrôle le financement de la santé, sans aucune considération pour la performance et la qualité des services. Les capacités de pilotage du Ministère de la Santé (MoH) sont faibles et une politique de santé claire lui fait défaut. La promotion de la santé n'est pas abordée.

**Les soins de santé primaires ne sont pas bien développés** et les structures sont souvent dans un très mauvais état (certaines d'entre elles manquent d'eau et d'électricité). La formation du personnel laisse à désirer. Les soins secondaires sont calqués sur l'ancien modèle soviétique centralisé, avec un nombre considérable d'hôpitaux et de lits. Beaucoup de personnes vont à l'hôpital pour des soins qui sont du ressort de services de base. Certaines structures ont été privatisées, sans que cela réponde à la nécessité de rationaliser l'ensemble des services. Depuis 1998, la facturation aux patients de certaines prestations, permet de couvrir une part croissante des dépenses de santé (56 % en 2000). Les salaires des personnels sont inadéquats et des paiements informels sont souvent nécessaires, particulièrement en zones rurales. L'application effective de l'assurance-maladie obligatoire connaît des retards.

**Les maladies non-transmissibles sont les principales causes de mortalité, en raison de facteurs liés aux modes de vie** (tabagisme et alcool notamment). La plupart des décès sont provoqués par les maladies du système circulatoire, les cancers, les traumatismes externes et les empoisonnements. Le diabète est un problème important mais sa prévalence n'est pas bien connue. Les troubles mentaux et les taux de suicide sont inférieurs à la moyenne des NIS. La malnutrition est un problème sérieux chez les enfants, particulièrement en zones rurales.

**La tuberculose, le paludisme et les maladies sexuellement transmissibles sont des problèmes majeurs de santé publique.** La mortalité imputable à la tuberculose est près de 10 fois supérieure à celle de la moyenne européenne. Le paludisme a connu une forte hausse pendant la décennie 1990 du fait des conditions socioéconomiques, des pratiques agricoles et des déplacements de populations ; l'incidence de la maladie a chuté mais des mesures s'imposent pour éviter la résurgence. Les infections sexuellement transmissibles sont de plus en plus préoccupantes. Les taux de gonococcie et de syphilis ont décliné, mais l'infection à VIH augmente de façon régulière ; les connaissances en matière de prévention du sida sont limitées et un tiers des transfusions ne font pas l'objet de test de dépistage adéquat.

**Les facteurs environnementaux constituent des risques importants pour la santé.** Environ 25 % de la population n'a pas accès à l'eau potable et aux systèmes d'évacuation des eaux usées, les zones rurales étant les plus défavorisées. Une bonne partie des eaux de surface est polluée par les métaux lourds et les résidus de pesticides. Les données relatives aux intoxications alimentaires sont peu claires. La pollution atmosphérique est élevée, surtout celle générée par les centrales électriques ; il n'existe aucun système fiable de suivi écologique.

**Le développement économique après l'indépendance** s'est ralenti, la diversification de l'économie et la réduction de la pauvreté étant contrariées par des problèmes de gouvernance et de gestion financière. Toutefois, le Programme de l'Etat pour la Réduction de la pauvreté et le Développement économique (SPPRED) a été signé en 2003 et comporte des objectifs spécifiques pour la réforme institutionnelle, y compris dans le domaine de la santé. Les perspectives de croissance économique, essentiellement sous l'impulsion des recettes pétrolières, sont parmi les plus prometteuses au monde (2006).



OPPORTUNITES	DEFIS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lancement du SPPRED (Document de stratégie de réduction de la pauvreté, DSRP, de l'Azerbaïdjan).</li> <li>• Stabilité politique et perspectives de croissance économique ; naissance d'un engagement à des réformes démocratiques et au développement de la société civile.</li> <li>• Accession au Conseil de l'Europe en 2001.</li> <li>• Adhésion aux Objectifs du Millénaire pour le Développement des Nations unies (NU).</li> <li>• Accord biennal de collaboration entre le MoH et l'OMS.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Système de santé trop centralisé ; faiblesse des capacités du MoH ; absence de stratégie de réforme de la santé ; système d'information inadéquat.</li> <li>• Accès inégal aux services de santé, particulièrement en zones rurales et chez les groupes vulnérables ; contrôle de la qualité des services inadéquat.</li> <li>• Absence de cohérence dans le financement de la santé ; dépendance inefficace par rapport aux paiements directs par les usagers, y compris les paiements informels.</li> <li>• Faiblesse des capacités des ressources humaines (RH) à tous les niveaux ; modicité des salaires du personnel, absence de plan de développement des RH, programme académique de médecine dépassé.</li> <li>• Infrastructures physiques inappropriées ; accès médiocre aux médicaments essentiels.</li> <li>• Budget de la santé insuffisant ; manque de transparence ; déficit de coordination de l'aide extérieure.</li> <li>• Absence totale de contrôle et de réglementation de l'industrie pharmaceutique.</li> </ul>

## PARTENARIATS

La Banque mondiale est la plus grande agence internationale à contribuer à la réforme du système de santé. De nombreuses agences des NU sont représentées en Azerbaïdjan, sous la coordination du PNUD. Il s'agit entre autres de : CNUCED, HCR, OMS, ONUDI, PAM, UNESCO, UNFPA, UNICEF et UNIFEM sont également représentés le FMI, l'OIM et l'Unité de Coordination de l'Assistance technique de l'Union européenne (TACIS). Plusieurs agences appuient des activités dans des domaines comme les soins de santé primaires, le paludisme, la santé génésique, la salubrité des aliments, la réduction de la pauvreté, les questions de migration et la protection de l'environnement.

Environ 50 organisations intergouvernementales (OIG) et organisations non-gouvernementales (ONG) fournissent une aide humanitaire et assistent les réfugiés, PDIP et autres groupes vulnérables. L'essentiel de l'aide en provenance des Etats-Unis d'Amérique a été consacrée à ce secteur ; ce sont principalement les ONG qui gèrent ces programmes.

OPPORTUNITES	DEFIS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Soutien de la Banque mondiale à la réforme du secteur.</li> <li>• Intervention active de nombreuses agences des NU et ONG dans des programmes liés à la santé.</li> <li>• Implication des OIG dans le développement et le lancement du SPPRED.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coordination de l'aide extérieure à assurer (aide fournie par des organisations nombreuses et différentes les unes des autres).</li> <li>• Nécessité d'augmenter les investissements dans le développement à long terme et de diminuer la dépendance vis-à-vis de l'aide d'urgence.</li> </ul>

## AGENDA STRATEGIQUE DE L'OMS (2004-2010)

L'OMS adopte désormais une approche plus stratégique et systémique, en mettant davantage l'accent sur les résultats et la viabilité à long terme de ses interventions. Des alliances fortes avec d'autres agences internationales permettront de renforcer la coordination et d'éviter les chevauchements et doubles emplois. L'OMS va également jouer un rôle plus important en qualité d'intermédiaire impartial en prodiguant au MoH des conseils et des orientations stratégiques de haut niveau ; elle appuiera les efforts du gouvernement pour réformer le secteur, améliorer l'état de santé des populations, réduire les inégalités d'accès aux services de base et améliorer la qualité des soins. L'agenda stratégique porte essentiellement sur :

- **La politique nationale pour la santé.** Faire un plaidoyer pour un appui du gouvernement à une réforme du système de santé basée sur des valeurs et avec des buts qui soient explicites ; promouvoir une coopération intersectorielle cohérente en faveur de la santé ; définir clairement des principes directeurs concernant le rôle de chaque service de santé, avec objectifs, stratégies de mise en œuvre et indicateurs ; impliquer le MoF dans la planification ; améliorer la coordination entre gouvernement et agences internationales.
- **Les réformes financières.** Promouvoir la coopération entre le MoH et le MoF sur les aspects suivants : réaménagement du budget de la santé ; établissement de mécanismes, au niveau des districts, aptes à générer des ressources complémentaires à celles de leur budgets et à instituer des mesures incitatives à la productivité et à l'efficacité ; supprimer progressivement le lien automatique entre structures et ressources allouées ; prévoir une affectation équitable des ressources basée sur les besoins. Elaborer des systèmes adéquats de suivi et de production de rapports.
- **La prestation de services.** Réaffecter des ressources des soins secondaires et tertiaires aux services de prévention et de soins primaires ; rationaliser l'affectation des RH ; accroître l'utilisation des soins infirmiers en zone rurale ; généraliser les modèles pilotes réussis de soins primaires ; intégrer la formation dans les projets pilotes ; intégrer la santé publique et une approche sociale des soins au niveau primaire.
- **Les ressources humaines et infrastructures physiques.** Réduire progressivement l'excès de capacité, à mesure que le processus de réforme du secteur de la santé enregistre des avancées.

### POUR DE PLUS AMPLES INFORMATIONS, veuillez consulter les sites Web ci-après :

Page Web de l'OMS consacrée au pays : <http://www.who.int/countries/aze/fr/>

Page Web du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe (EURO) consacrée au pays :

<http://www.euro.who.int/countryinformation/CtryInfoRes?COUNTRY=AZE&CtryInputSubmit>

© Organisation mondiale de la Santé 2006 - Tous droits réservés.

Les fiches présentant les Stratégies de Coopération avec les Pays ne sont pas une publication officielle de l'OMS. Les cartes qui y figurent n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites.