



Les enjeux d'un monde en évolution



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

Chapitre I

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

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

A croissance inégale, résultats inégaux

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

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

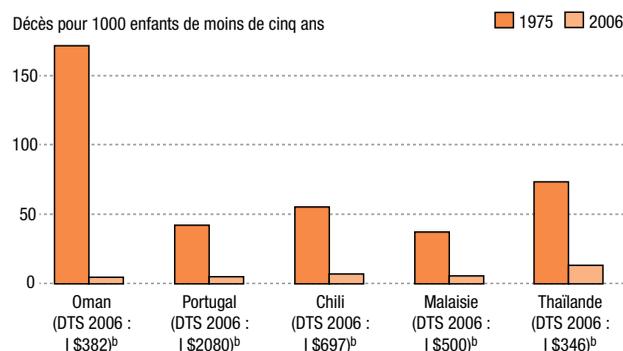
résidents d'origine étrangère.² Plus de 98 % des accouchements sont désormais assistés par un personnel qualifié et plus de 98 % des nourrissons sont intégralement vaccinés. L'espérance de vie à la naissance, qui était inférieure à 60 ans vers la fin des années 1970, dépasse aujourd'hui 74 ans. Le taux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

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

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

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

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



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

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

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

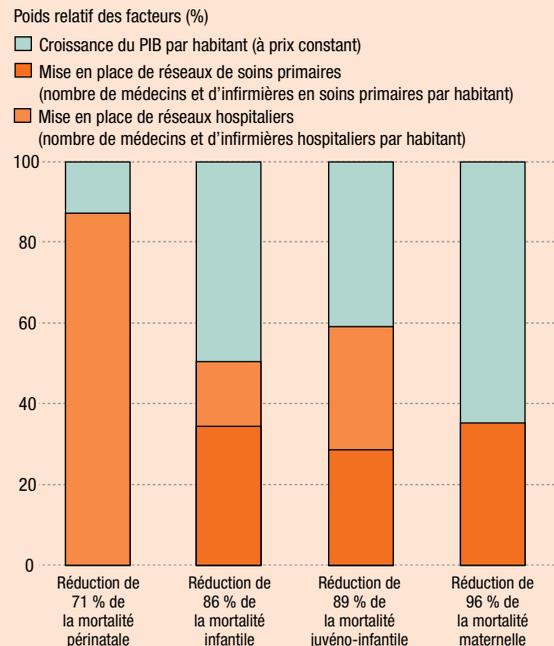
Encadré 1.1 Développement économique et choix d'investissement dans les soins de santé : l'amélioration des principaux indicateurs sanitaires au Portugal

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

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

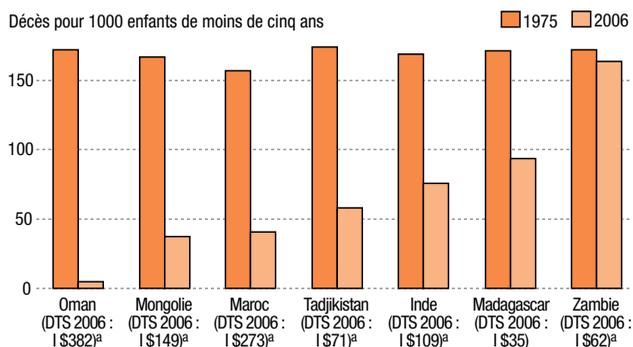
L'analyse multivariée des séries chronologiques de divers indices de mortalité depuis 1960 montre que la décision de faire reposer la politique sanitaire du Portugal sur les principes des SSP, avec la mise en place d'un réseau de services complets de soins primaires,¹¹ a joué un rôle majeur dans la réduction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

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



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

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



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

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

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

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

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

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

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

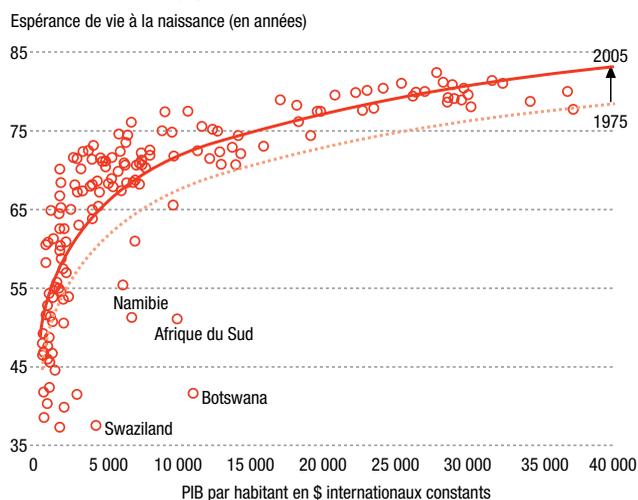
Croissance et stagnation

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

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

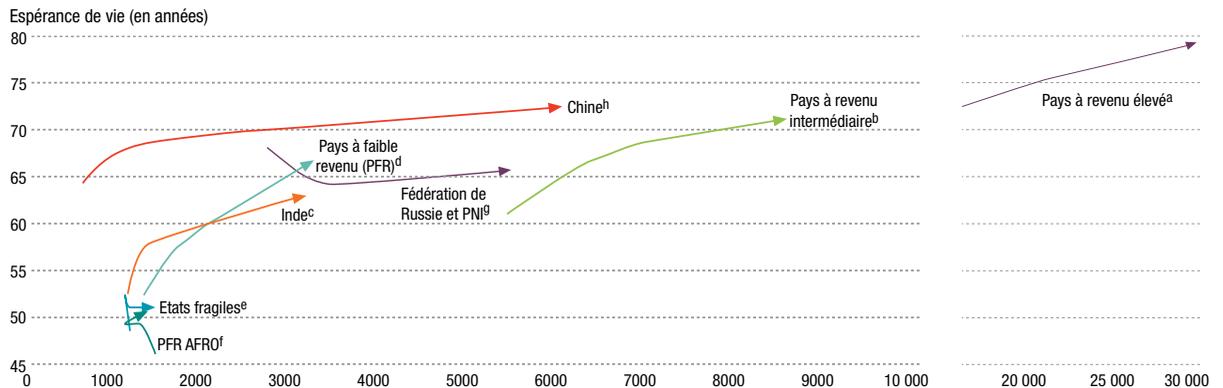
Dans d'autres régions du monde, la croissance du PIB ne s'est pas accompagnée d'une progression similaire de l'espérance de vie. Les Etats nouvellement indépendants de l'Europe de l'Est ont vu leur PIB par habitant augmenter notablement en moyenne, mais avec l'appauvrissement général

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



^a Seuls les pays présentant des valeurs

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



a 27 pays, 766 millions (M) d'habitants en 1975, 953 M en 2005.
 b 43 pays, 587 M d'habitants en 1975, 986 M en 2005.
 c Inde, 621 M d'habitants en 1975, 1103 M en 2005.
 d 17 pays à faible revenu, non africains, à l'exclusion des pays en difficulté, 471 M d'habitants en 1975, 872 M en 2005.
 e 20 États fragiles, 169 M d'habitants en 1975, 374 M en 2005.
 f 13 pays africains à faible revenu, à l'exclusion des pays en difficulté, 71 M d'habitants en 1975, 872 M en 2005.
 g 11 pays nouvellement indépendants, 186 M d'habitants en 1985, 204 M en 2005.
 h Chine, 928 M d'habitants en 1975, 1316 M en 2005.
 * Pas de donnée pour 1975 concernant les pays nouvellement indépendants. Aucune donnée historique pour les autres pays.
 Sources : Espérance de vie, 1975, 1985 : Nations Unies, Perspectives démographiques mondiales 2006 ; 1995, 2005 : OMS, 9 novembre 2008 (version préliminaire) ; Chine : 3^e, 4^e et 5^e recensement national, 1981, 1990 et 2000. PIB : 2007.

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

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

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

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

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

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

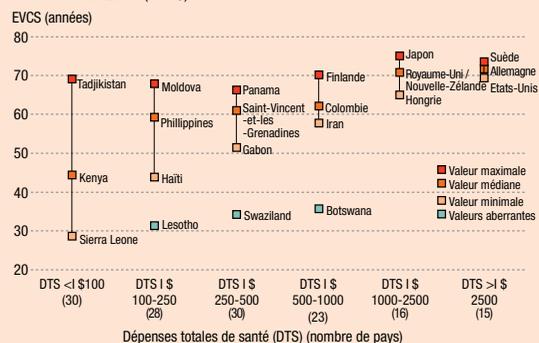
Encadré 1.2 Des dépenses de santé élevées donnent de meilleurs résultats mais avec d'importantes différences selon les pays

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

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

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

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





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

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

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

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

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

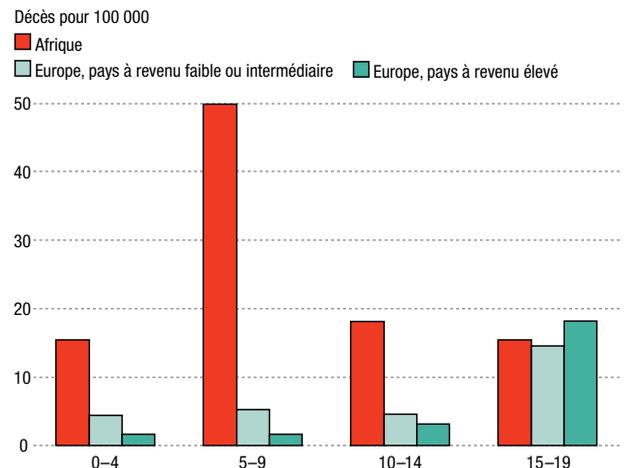
Des dépenses sanitaires élevées permettent d'obtenir de bons résultats sur le plan sanitaire, mais ceux-ci sont sensibles aux choix des politiques et du contexte dans lesquels celles-ci sont menées (Encadré 1.2) : lorsque les fonds sont rares, les conséquences de toute erreur ou omission sont amplifiées.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

S'adapter aux nouveaux enjeux de santé

Un monde globalisé, urbanisé et vieillissant

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

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



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

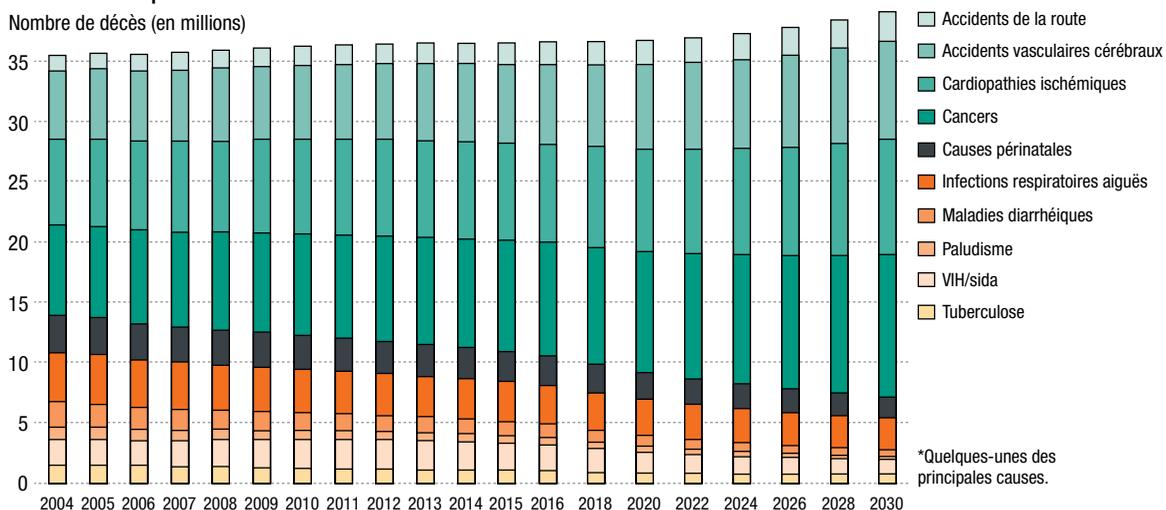
Bien que les indicateurs sanitaires moyens soient meilleurs en zone urbaine qu'en zone rurale, la stratification sociale et économique considérable qui existe en milieu urbain conduit à des inégalités importantes sur le plan sanitaire.^{43,44,45,46} Dans la partie de la ville de Nairobi où le revenu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

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

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

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

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





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

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

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

Insuffisance de la prévision et lenteur des réactions

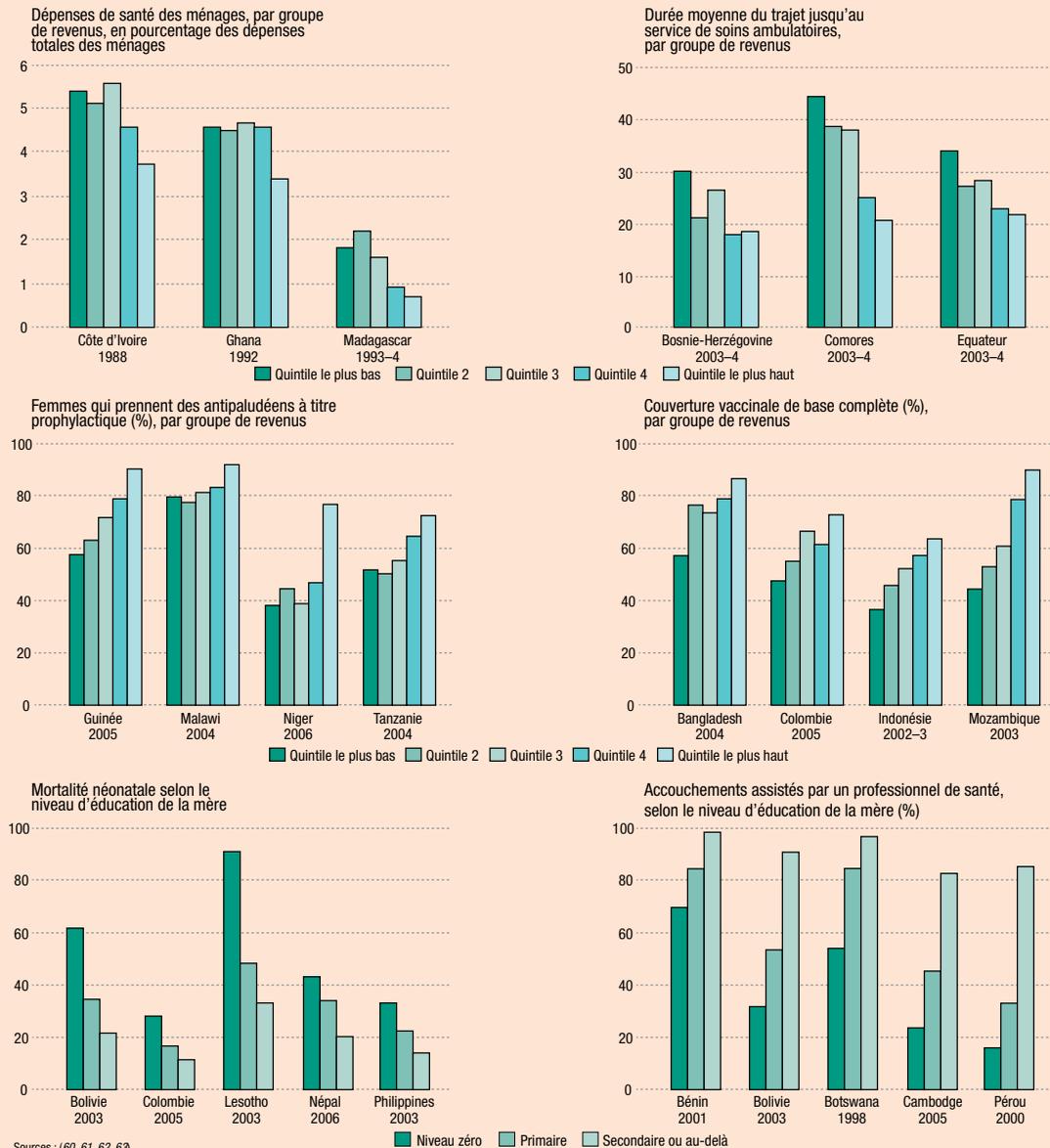
Au cours des dernières décennies, les autorités sanitaires ne se sont guère montrées capables de prévoir cette évolution, de s'y préparer ou même de s'y adapter lorsqu'elle est devenue une réalité de tous les jours. C'est inquiétant car cette évolution s'accélère. Sur le plan sanitaire, les effets de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

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

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

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

Figure 1.9 Inégalités intranationales en matière de santé et de soins





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

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

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

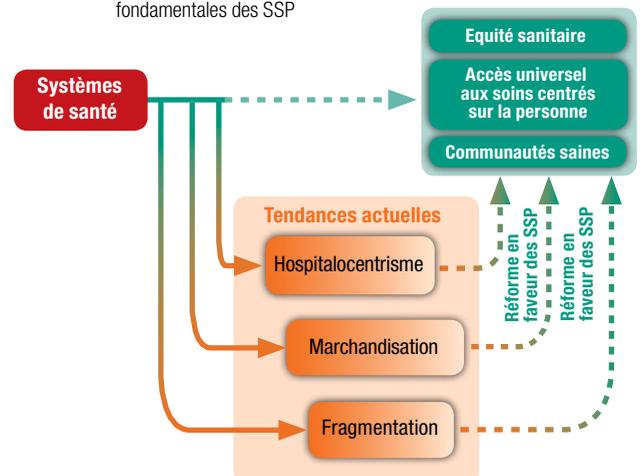
cruciaux relatifs aux systèmes de santé nécessitent des qualifications et des compétences que l'on ne trouve pas dans le milieu médical ou dans celui de la santé publique. Faute d'admettre la nécessité de recourir à des compétences en dehors des disciplines sanitaires classiques, les systèmes de santé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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

Fragmentation : des systèmes de santé articulés autour de programmes prioritaires

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

Evolution des valeurs et nouvelles attentes

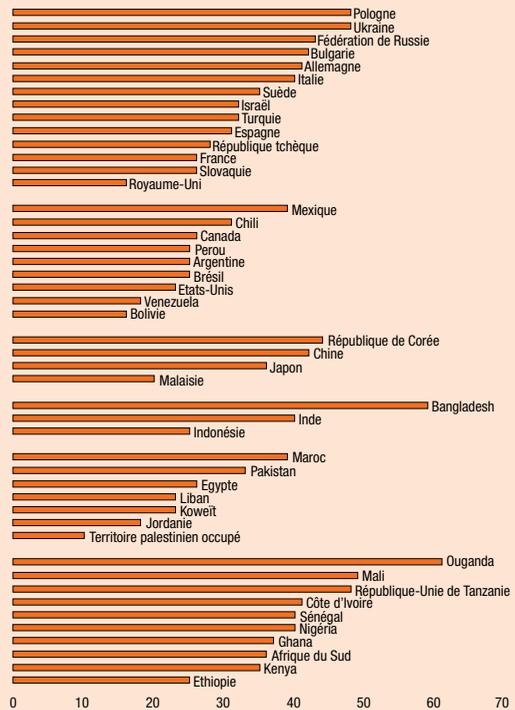
Si l'organisation des systèmes de santé est centrée sur l'hôpital et si ces systèmes ont tendance à se marchandiser, c'est en grande partie du fait qu'ils sont stimulés par l'offre tout en correspondant également à une demande : réelle mais aussi stimulée par l'offre. Les systèmes de santé traduisent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

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

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

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

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



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

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

Équité en matière de santé

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

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

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

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



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

Des soins centrés sur la personne

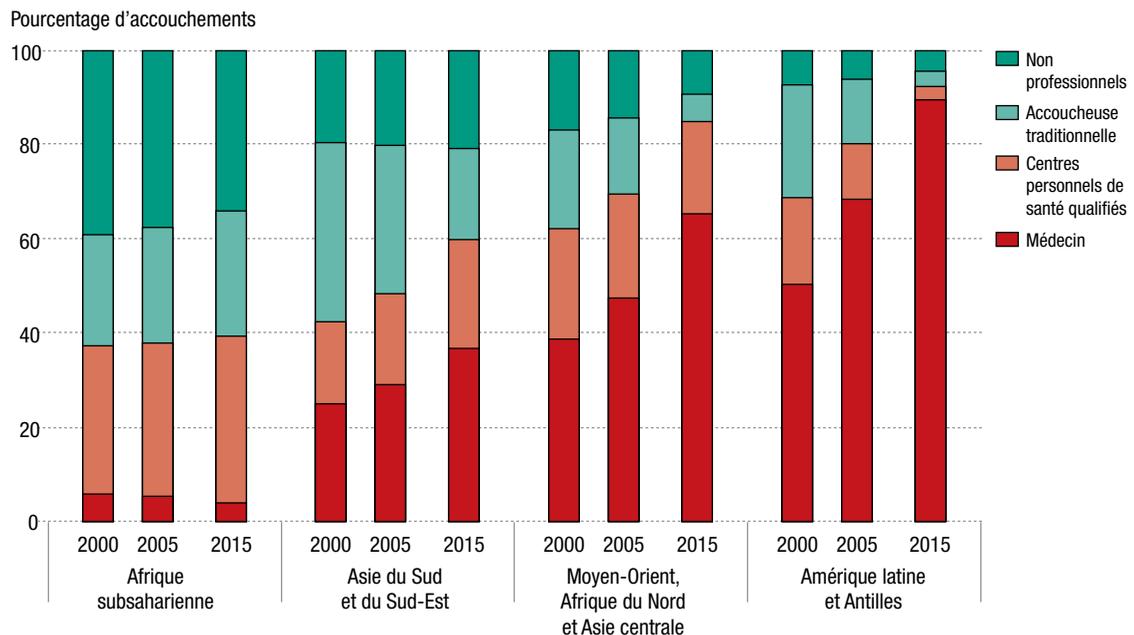
Les gens veulent à l'évidence être soignés efficacement lorsqu'ils sont malades ou blessés. Ils veulent que ces soins soient dispensés par un personnel intègre agissant au mieux de leurs intérêts, de façon équitable et honnête, avec savoir et compétence. Cette exigence de compétence n'est pas sans intérêt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

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

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

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

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



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

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

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

Assurer la santé des communautés

L'idée que les gens se font de la santé ne se réduit pas à la notion de maladie ou de traumatisme, elle englobe également les facteurs qu'ils estiment nocifs pour leur propre santé ou celle de leur communauté.¹³⁸ Ces dangers sont très diversement expliqués en termes culturels ou politiques, mais on observe une tendance générale et croissante à considérer qu'il incombe aux autorités d'en protéger la population ou du moins d'y faire rapidement face.¹³⁶ C'est un élément essentiel du contrat social

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

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

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





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

Des autorités sanitaires fiables et attentives aux besoins de la population

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

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

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

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

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

Participation

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

Les réformes touchant les SSP : suscitées par la demande

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

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

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

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

Bibliographie

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



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

91. Medical Device Statistics, *PharmaMedDevice's Bulletin*, 2006 (http://www.pharmameddevice.com/App/homepage.cfm?appname=100485&linkid=23294&moduleid=3162#Medical_Device, consulté le 1^{er} juillet 2008).
92. *Medical technology industry at a glance*. Washington DC, Advanced Medical Technology Association, 2004 (<http://www.advmed.org/NR/rdonlyres/0A261055-827C-4CC6-80B6-C2D8FA04A33/0/ChartbookSept2004.pdf>, consulté le 15 juillet 2008).
93. Press room: IMS health predicts 5 to 6 percent growth for global pharmaceutical market in 2008, according to annual forecast. *IMS Intelligence Applied*, 1 November 2007 (http://www.imshealth.com/ims/portal/front/articleC/0.2777.6599_3665_82713022.00.html, consulté le 1^{er} juillet 2008).
94. Danzon PM, Furukawa MF. International prices and availability of pharmaceuticals in 2005. *Health Affairs*, 2005, 27:221–233.
95. *Panorama de la santé 2007 : les indicateurs de l'OCDE*. Paris, Organisation de Coopération et de Développement économiques, 2007.
96. Moran M. *Governing the health care state. A comparative study of the United Kingdom, the United States and Germany*. Manchester, Manchester University Press, 1999.
97. Walsh JA, Warren KS. Selective primary health care: an interim strategy for disease control in developing countries. *New England Journal of Medicine*, 1979, 301:967–974.
98. Buse K, Harmer AM. Seven habits of highly effective global public-private health partnerships: Practice and potential. *Social Science & Medicine*, 2007, 64:259–271.
99. Stillman K, Bennet S. *System wide effects of the Global Fund interim findings from three country studies*. Washington DC, United States Agency for Aid and Development, 2005.
100. Ministère de la Santé du Malawi et Banque mondiale. *Human resources and financing in the health sector in Malawi*. Washington DC, Banque mondiale, 2004.
101. Giusti D, Criel B, de Béthune X. Viewpoint: public versus private health care delivery: beyond slogans. *Health Policy and Planning*, 1997, 12:193–198.
102. Périn I, Attaran A. Trading ideology for dialogue: an opportunity to fix international aid for health. *Lancet*, 2003, 362:1216–1219.
103. Creese AL. User charges for health care: a review of recent experience. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1990 (Strengthening Health Systems Paper No. 1).
104. Macq J et al. Managing health services in developing countries: between the ethics of the civil servant and the need for moonlighting. *Human Resources for Health Development Journal*, 2001, 5:17–24.
105. Delcheva E, Balabanova D, McKee M. Under-the-counter payments for health care: evidence from Bulgaria. *Health Policy*, 1997, 42:89–100.
106. João Schwalbach et al. Good Samaritan or exploiter of illness? Coping strategies of Mozambican health care providers. In: Ferrinho P, Van Lerberghe W. eds. *Providing health care under adverse conditions. Health personnel performance and individual coping strategies*. Antwerp, ITGPress, 2000.
107. Ferrinho P et al. Pliering for survival: how health workers use access to drugs as a coping strategy. *Human Resources for Health*, 2004, 2:4.
108. McIntyre D et al. Commercialisation and extreme inequality in health: the policy challenges in South Africa. *Journal of International Development*, 2006, 18:435–446.
109. Sakboon M et al. Case studies in litigation between patients and doctors. Bangkok, The Foundation of Consumer Protection, 1999.
110. Ammar, W. *Health system and reform in Lebanon*. Beyrouth, Bureau régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour la Méditerranée orientale, 2003.
111. Macintosh M. *Planning and market regulation: strengths, weaknesses and interactions in the provision of less inequitable and better quality health care*. Genève, Réseau de connaissances sur les systèmes de santé, Commission des Déterminants sociaux de la Santé, Organisation mondiale de la Santé, 2007.
112. Inglehart R, Welzel C. *Modernization, cultural change and democracy: the human development sequence*. Cambridge, Cambridge University Press, 2005.
113. Kickbush I. Innovation in health policy: responding to the health society. *Gaceta Sanitaria*, 2007, 21:338–342.
114. Anand S. The concern for equity in health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2002, 56:485–487.
115. *Road map for a health justice majority*. Oakland, CA, American Environics, 2006 (http://www.americanenironics.com/PDF/Road_Map_for_Health_Justice_Majority_AE.pdf, consulté le 1^{er} juillet 2008).
116. Welzel I. A human development view on value change trends (1981–2006). *World Value Surveys*, 2007 (<http://www.worldvaluessurvey.org/>, consulté le 1^{er} juillet 2008).
117. World values surveys database. Madrid, World Value Surveys, 2008 (<http://www.worldvaluessurvey.com>, consulté le 2 juillet 2008).
118. *A global look at public perceptions of health problems, priorities and donors: the Kaiser/Pew global health survey*. Kaiser Family Foundation, December 2007 (<http://www.kff.org/kaiserpolls/upload/7716.pdf>, consulté le 1^{er} juillet 2008).
119. Blumenthal D, Hsiao W. Privatization and its discontents – the evolving Chinese health care system. *New England Journal of Medicine*, 2005, 353:1165–1170.
120. Lübker M. Globalization and perceptions of social inequality. *International Labour Review*, 2004, 143:191.
121. Taylor B, Thomson, K. *Understanding change in social attitudes*. Aldershot, England, Dartmouth Publishing, 1996.
122. Gajdos T, Lhommeau B. L'attitude à l'égard des inégalités en France à la lumière du système de prélèvement socio-fiscal. Mai 1999 (<http://thibault.gajdos.free.fr/pdf/cserc.pdf>, consulté le 2 juillet 2008).
123. Halman L et al. *Changing values and beliefs in 85 countries. Trends from the values surveys from 1981 to 2004*. Leiden and Boston, Brill, 2008 (European values studies 11; <http://www.worldvaluessurvey.org/>, consulté le 2 juillet 2008).
124. De Maeseener J et al. *Primary health care as a strategy for achieving equitable care: a literature review commissioned by the Health Systems Knowledge Network*. Genève, Commission des Déterminants sociaux de la Santé, Organisation mondiale de la Santé, 2007.
125. Burström K, Johannesson M, Didericksen E. Increasing socio-economic inequalities in life expectancy and QALYs in Sweden 1980–1997. *Health Economics*, 2005, 14:831–850.
126. Marmot M. Achieving health equity: from root causes to fair outcomes. *Lancet*, 2007, 370:1153–1163.
127. *Health care: the stories we tell. Framing review*. Oakland CA, American Environics, 2006 (<http://www.americanenironics.com>, consulté le 2 juillet 2008).
128. Garland M, Oliver J. *Oregon health values survey 2004*. Tualatin, Oregon Health Decisions, 2004.
129. Mullan F, Frehywot S. Non-physician clinicians in 47 sub-Saharan African countries. *Lancet*, 2007, 370:2158–2163.
130. Koblinsky M et al. *Going to scale with professional skilled care*. *Lancet*, 2006, 368:1377–1386.
131. Lehmann U, Sanders D. *Community health workers: what do we know about them? The state of the evidence on programmes, activities, costs and impact on health outcomes of using community health workers*. Geneva, World Health Organization, Département des Ressources humaines pour la santé, Données et information pour les politiques, Organisation mondiale de la Santé, 2007.
132. Bossyns P, Van Lerberghe W. The weakest link: competence and prestige as constraints to referral by isolated nurses in rural Niger. *Human Resources for Health*, 2004, 2:1–8.
133. Cheragi-Sohi S et al. What are the key attributes of primary care for patients? Building a conceptual map of patient preferences. *Health Expect*, 2006, 9:275–284.
134. Pongsupap Y, Van Lerberghe W. Choosing between public and private or between hospital and primary care? Responsiveness, patient-centredness and prescribing patterns in outpatient consultations in Bangkok. *Tropical Medicine & International Health*, 2006, 11:81–89.
135. Allen J et al. *The European definition of general practice/family practice*. Ljubljana, European Society of General Practice/Family Medicine, 2002 (http://www.globalfamilydoctor.com/publications/Euro_Def.pdf, consulté le 21 juillet 2008).
136. Gostin LO. Public health law in a new century. Part I: law as a tool to advance the community's health. *Journal of the American Medical Association*, 2000, 283:2837–2841.
137. Association canadienne de Santé publique, Santé et Bien-Être Canada et Organisation mondiale de la Santé. *Ottawa, 17-21 novembre 1986*. Genève, Département des Ressources humaines pour la santé, Organisation mondiale de la Santé, 1986 (WHO/HPR/HEP/95.1), (http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf, consulté le 2 juillet 2008).
138. Kickbusch I. The contribution of the World Health Organization to a new public health and health promotion. *American Journal of Public Health*, 2003, 93:3.
139. Jaffré Y, Olivier de Sardan JP. *Une médecine inhospitalière [Inhospital medicine]*. Paris, APAD-Karthala (Hommes et sociétés), 2003.
140. Blank RH. *The price of life: the future of American health care*. New York, Colombia University Press, 1997.
141. Weissert C, Weissert W. *Governing health: the politics of health policy*. Baltimore MD, Johns Hopkins University Press, 2006.
142. Millenson ML. How the US news media made patient safety a priority. *BMJ*, 2002, 324:1044.
143. Davies H. Falling public trust in health services: Implications for accountability. *Journal of Health Services Research and Policy*, 1999, 4:193–194.
144. Gilson L. Trust and the development of health care as a social institution. *Social Science and Medicine*, 2003, 56:1453–1468.
145. Nutley S, Smith PC. League tables for performance improvement in health care. *Journal of Health Services & Research Policy*, 1998, 3:50–57.
146. Allsop J, Baggott R, Jones K. Health consumer groups and the national policy process. In: Henderson S, Petersen AR, eds. *Consuming health: the commodification of health care*. Londres, Routledge, 2002.
147. Rao H. Caveat emptor: the construction of non-profit consumer watchdog organizations. *American Journal of Sociology*, 1998, 103:912–961.
148. Larkin M. Public health watchdog embraces the web. *Lancet*, 2000, 356:1283–1283.
149. Lee K. Globalisation and the need for a strong public health response. *The European Journal of Public Health*, 1999 9:249–250.
150. McKee M, Figueras J. Setting priorities: can Britain learn from Sweden? *British Medical Journal*, 1996, 312:691–694.
151. Daniels N. Accountability for reasonableness. Establishing a fair process for priority setting is easier than agreeing on principles. *BMJ*, 2000, 321:1300–1301.
152. Martin D. Fairness, accountability for reasonableness, and the views of priority setting decision-makers. *Health Policy*, 2002, 61:279–290.