

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE

BUREAU REGIONAL POUR L'AFRIQUE

HARARE, ZIMBABWE. ☎. (263-4) 70 69 51/70 74 93 / 📠. (263-4) 70 56 19

REVUE DE LA POLITIQUE DES SOINS DE SANTE PRIMAIRES

**LES SOINS DE SANTE PRIMAIRES
DANS LES PAYS FRANCOPHONES
DE LA REGION AFRIQUE DE L'OMS**

Rapport Préliminaire

Rapport présenté par :
Professeur Issakha DIALLO, MD, DrPH
Chef du service de Médecine Préventive à
la Faculté de Médecine et Directeur des
Etudes de l'ISED, Université Cheikh Anta
Diop de Dakar, Sénégal idiallo@ised.sn
Web-ISED: www.ised.sn

Dakar, Juin 2001

Plan de Présentation

	<i>Pages</i>
I -- INTRODUCTION	5
II -- GENERALITES SUR LES POLITIQUES ET SYSTEMES DE SSP DES PAYS AFRICAINS FRANCOPHONES	8
III -- EVOLUTION DES SYSTEMES DE SOINS DE SANTE PRIMAIRES DANS LA REGION	15
IV -- SOINS DE SANTE PRIMAIRES ET LES DEFIS EMERGENTS DANS LA REGION	22
V -- IMPACT DES SYSTEMES DE SOINS DE SANTE PRIMAIRES SUR LA SANTE DES POPULATIONS	27
VI -- SOINS DE SANTE PRIMAIRES ET DEVELOPPEMENT COMMUNAUTAIRE	36
VII -- ROLE DE L'OMS ET DES AUTRES INSTITUTIONS INTERNATIONALES DANS LE DEVELOPPEMENT DES SOINS DE SANTE PRIMAIRES	40
BIBLIOGRAPHIE	44
ANNEXES	49

Abréviations

• ASC	Agent de Santé Communautaire	• ONG	Organisation non gouvernementale
• CIPD	Conférence Internationale sur la Population et le Développement	• PCIME	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant
• CPC	Consultation Curative Primaire	• PCIME-C	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant au niveau Communautaire
• CPN	Consultation Prénatale	• PEV	Programme élargi de Vaccination
• CREDESA	Centre Régional Pour le Développement de la Santé	• PNB	Produit National Brut
• DBC	Distribution à base communautaire	• RADI	Réseau Africain pour le Développement intégré
• EDS	Enquête démographique de santé	• RRPS	Réseau de Recherche sur les Politiques Sociales
• FAVOD	Forum Africain des Volontaires du Développement	• SBC	Service à base communautaire
• FISE	Fonds International pour la Survie de l'Enfance	• SMI - PF	Santé maternelle et infantile – Planification familiale
• GIE	Groupement d'intérêt économique	• SPT	Santé Pour Tous
• IAGU	Institut Africain de Gestion Urbaine	• SSP	Soins de Santé Primaires
• IB	Initiative de Bamako	• UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
• MIC	Micro-entreprise Communautaire	• USAID	Agence Internationale de Développement des Etats Unis
• MOC	Maître d'œuvre Communautaire	• UUSC	Unitarian Universalist Service Committee
• OMS	Organisation Mondiale de la Santé	• VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

Remerciements

Ce travail est le fruit de la collaboration dynamique et engagée de deux distingués enseignants de l'ISED ; les docteurs Ibrahima Seck, Assistant, et Anta Tal Dia, Maître assistant, qui ont passé de longues heures à compiler, ordonner et résumer les informations qui nous ont permis de rédiger ce rapport. Nous tenons à les remercier ici très chaleureusement. Nous voudrions aussi réserver une mention spéciale au talentueux informaticien de l'ISED, monsieur Léopold Biram Diouf, pour la saisie des manuscrits, à Madame Lô de l'Institut Supérieur Africain de Développement de l'Entreprise (ISADE) pour la mise en forme du document et aussi au chauffeur et apprenti dactylo Cheikhou Fofona de l'ISED, pour sa participation à la saisie de ce rapport. Nos remerciements vont aussi à tous ceux qui ont bien voulu mettre à notre disposition la très riche documentation que nous avons exploitée dans le cadre de ce travail ; le Dr Bokar Touré de la DSD OMS/AFRO, Dr Tankari Kadri de l'OMS Dakar, Dr Costa du bureau UNICEF Dakar, Mr Sylla chef de la Division de la Statistique du ministère de la Santé et de la Prévention du Sénégal, et également le « Web Master » du site de l'OMS AFRO, grâce à qui nous avons pu obtenir l'adresse email, le nom, le numéro de téléphone et l'adresse postale complète et d'autres informations fort intéressantes, des bureaux OMS des 22 pays concernés par cette revue. A tous ceux qui, de loin ou de près, nous ont apporté leur contribution dans la réalisation de ce travail, notamment ceux qui ont élaboré les documents d'orientation du rapport et les termes de références de la revue, nous voudrions leur adresser nos sincères remerciements et leur témoigner toute notre gratitude.

I -- Introduction

La santé est un droit fondamental garanti par la déclaration universelle des droits de l'homme de 1948. La constitution de l'OMS dispose à ce sujet que " la possession d'un meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre, constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelle que soit sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique et sociale" Le docteur Malhler disait: "la santé c'est tout, sans elle tout le reste n'est rien" (Dr H. Mahler, OMS 1984).

1.) L'OBJECTIF SOCIAL DE LA SANTE POUR TOUS(SPT)

L'objectif social de la santé pour tous décidé par l'OMS à la trentième Assemblée Mondiale de la santé en 1977, constitue une véritable révolution dans la manière de percevoir et d'envisager la santé dans le monde entier. Il vise plus spécifiquement " *à donner à tous les peuples du monde un niveau de santé qui leur permet de mener une vie socialement et économiquement productive*". (OMS Genève, 1981). Un tel Objectif ne saurait être atteint par la médecine à haute technicité. Des études mettant l'accent sur les conséquences néfastes des approches technocratiques de résolution des problèmes de santé ont mis en exergue outre leurs effets secondaires, la diminution de la capacité de l'individu et de la famille à maintenir la santé, qu'elles entraînent (Bogdan M.K. et al., OMS, 1985).

La médecine moderne a ainsi été attaquée pour son orientation élitiste et son inaccessibilité pour les classes les plus pauvres, même dans les systèmes de santé expressément adaptés pour remédier à ces disparités " (Brodjdan MK et al, in cahiers Santé Publique, OMS, 1985). Le FISE et l'OMS déclaraient au début des années 1970 que les systèmes de santé de type classique, qu'ils soutenaient dans la plus part des pays en développement, ne répondaient pas aux besoins de la majorité de la population et ne permettaient pas l'atteinte de l'Objectif de la SPT/2000". Ces systèmes étaient d'ordinaire accessibles à une petite minorité de population, et n'avaient guère d'effet sur la santé des populations. (OMS, Genève 1984). Les services de santé modernes étaient réservés à une minorité de citoyens.

2.) LA GENESE DES SOINS DE SANTE PRIMAIRES (SSP)

L'OMS et ses états membres se demandaient s'il y avait un moyen plus efficace de promouvoir la santé pour tous. En regardant ce qui se passait par le monde, l'OMS et ses états membres ont trouvé des exemples très intéressants d'une autre démarche qui paraissait donner de bons résultats. Selon Cette démarche on commençait à mobiliser la collectivité et par utiliser de nombreuses forces extérieures au système de santé classique, telles que nutrition, approvisionnement en eau et assainissement, éducation et communication. La plupart des exemples trouvés dans le monde étaient d'une échelle modeste, mais un pays, la Chine, où vivait plus de 1/5^e de la population mondiale possédait un système national de santé fondé sur cette conception.

L'amélioration impressionnante de la santé de la population chinoise était le résultat non seulement de l'approche dynamique et originale du ministère de la santé à travers l'apparition massive de "médecins aux pieds nus" à la fin des années 60 et au début des années 70, mais aussi d'un effort convergent et concerté de nombreux autres secteurs (OMS, 1985). Il faut rappeler qu'en Chine « la santé n'était pas seulement un secteur, mais un objectif explicite qui devait être atteint par le truchement de tous les secteurs » (Bogdan, M.K. et al., OMS,1985). On cite à côté de l'exemple remarquable de la Chine, le cas de pays comme l'état de Karala en Inde, dont la mortalité infantile était inférieure à 50 pour 1000 et l'espérance de vie dépassait 60 ans, le Sri Lanka qui avec ces 15 millions d'habitants avait des conditions de santé égales ou supérieures à la moyenne chinoise. Aucun de ces exemples n'avait été négligé. C'est en 1978, à la conférence internationale d'Alma

Ata sur les soins de santé Primaires, à laquelle ont participé 134 pays, que cette conception nouvelle a été entérinée.

Avant la conférence il y eu plusieurs réunions nationales, régionales et internationales qui toutes avaient permis de faire le constat que la situation sanitaire de centaines de millions d'êtres humains dans le monde était inacceptable, en particulier dans les pays en développement. Plus de la moitié de la population mondiale ne bénéficiait pas de soins de santé dignes de ce nom. La conférence a de ce fait défini les SSP comme étant le moyen par lequel les inégalités, les injustices, à l'intérieur des pays et entre les pays dans l'accès des individus et des communautés à des soins de santé contenues et de fiabilité seront combattues. Depuis lors, il a été largement admis que les SSP étaient le maître moyen pour instaurer partout "la Santé Pour Tous". L'assemblée mondiale de la santé et l'assemblée générale des Nations Unies ont souscrit à cette déclaration. La conférence sur les SSP avait aussi retenu que derrière les concepts de "Santé Pour Tous" et "Soins de Santé Primaires" existe une doctrine claire et précise ayant des incidences pratiques.

Cet aspect ne doit pas être perdu de vue , notamment lorsque ces concepts doivent être traduits en politique, stratégie, plan, programmes et activités concrets dans des contextes nationaux (Rapport conjoint OMS-UNICEF, 1981). Les doctrines des SSP ne sont donc pas nées spontanément comme un simple produit de l'intelligence ou de la bonne volonté et de la conviction. *« Elle est la conséquence d'une analyse détaillée des causes véritables des problèmes sanitaires passés et présents que connaissent tous les pays du monde et ce qui est le plus important d'un bilan des expériences passées et présentes qui ont essayé de résoudre ces problèmes. Le difficile combat pour la santé n'est donc plus de concevoir une doctrine sanitaire ou d'élaborer une approche efficace des problèmes de santé. Le problème est de savoir comment les mettre correctement et pleinement en pratique au niveau de pays entier dans les conditions spécifiques et non simplement sous forme de projet pilotes »(OMS-UNICEF, Alma Ata, septembre 1978).*

Les SSP ont ainsi été définis par la conférence comme "des soins essentiels reposant sur des méthodes et des techniques pratiques, scientifiquement valables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté avec leur pleine participation à un coût que la communauté et le pays peuvent supporter à tous les stades de leur développement, dans un esprit d'auto responsabilité et d'autodétermination. Ils font partie intégrante tant du système de santé national dont ils constituent la cheville ouvrière et le foyer principal que du développement socio- économique générale de la communauté". (OMS, Rapport conjoint OMS-UNICEF, Alma Ata, septembre 1978.)

Se fondant sur les interrelations et interdépendance entre la santé et le développement, la conférence avait déclaré que les activités du secteur de la santé devaient être coordonnées avec celles des autres secteurs économiques et sociaux, notamment de l'éducation, de l'agriculture, de l'élevage, de l'approvisionnement en eau des ménages, du logement, des travaux publics, de la communication et de la production industrielle. La conférence avait aussi souligné l'importance d'une participation entière et concernée de la communauté, dans un esprit d'autodétermination et d'auto-responsabilité; les individus, les familles et les communautés devront finalement assumer la responsabilité de leur propre santé, facilité par l'appui fourni par les services gouvernementaux locaux, les personnalités locales, les associations et groupements des femmes, des jeunes, des personnes âgées et d'autres, la croix rouge, les O N G et d'autres sociétés analogues (OMS-UNICEF, Alma Ata, 1978).

3.) COMPOSANTES ET PRINCIPES DE BASE DES SSP

Comme énoncé dans la « déclaration d'Alma Ata » qui comportait 10 points essentiels, les SSP ont pour finalité l'instauration de la Santé Pour Tous et partout dans le monde. Ils visent pour cela à résoudre les principaux problèmes de santé de la communauté, en assurant les services de

promotion, de prévention, de soins et réadaptation nécessaires à cet effet, soutenus par des systèmes d'orientation recours intégrés, fonctionnels et synergiques.

Ils comprennent au minimum huit composantes : (1) une éducation concernant les problèmes de santé qui se posent ainsi que les méthodes de prévention et de lutte qui leur sont applicables, (2) la promotion de bonnes conditions alimentaires et nutritionnelles, (3) un approvisionnement suffisant en eau saine et des mesures d'assainissement de base, (4) la protection de maternelle et infantile y compris la planification familiale, (5) la vaccination contre les grandes maladies infectieuses, (6) la prévention et le contrôle des endémies locales, (7) le traitement des maladies et lésions courantes et (8) la fourniture des médicaments essentiels.

L'application des SSP repose sur l'idée de système s'étendant dans l'ensemble du pays et comportant divers éléments interdépendant, devant interagir en permanence pour assurer la réalisation de l'objectif de la santé pour tous. Cette application se fait également en respectant au moins cinq principes (Susan Rifkin, S.B., Soc.SC. & Med., 26 (9), 1988) :

1. Le principe de l'Équité : il est le principe essentiel des SSP. L'idéal de justice dans le domaine de la santé veut que les services soient à tous points de vue : accessibles, acceptables, abordables par les bénéficiaires.
2. Le principe de la participation communautaire : les SSP exigent la participation effective et libre des bénéficiaires à tous les stades du processus de résolution de leurs problèmes de santé.
3. Le principe de l'utilisation de technologie appropriée : les SSP sont intégrés au système national de santé complet et font partie du processus plus global de développement socio-économique.
4. Le principe de multisectorialité et pluridisciplinarité : il veut que les activités de santé publique menées dans le cadre des SSP soient exécutées conjointement par toutes les branches de l'administration.
5. Le principe de la prévention : il guide et justifie en majeure partie les autres et est le garant de l'accès universel des individus, des familles et de la communauté toute entière sans distinction à des soins de santé de qualité.

Des stratégies nationales, régionales et mondiales ont été élaborées pour la mise en œuvre des SSP. L'OMS s'est engagé depuis 1979 à promouvoir le concept et ses divers aspects politiques et opérationnels. Sa mise en œuvre efficace était considérée comme fondamentale à l'instauration de la Santé Pour Tous. Vingt quatre ans après le lancement de ces SSP, l'OMS a décidé de procéder à une revue de leur application au niveau de ses 6 bureaux repartis dans cinq continents. La revue cherche, au niveau de chacun des bureaux à répondre à trois préoccupations essentielles à la promotion des SSP :

1. Que devraient être les principales orientations de la politique et stratégie de l'OMS dans les années à venir ?
2. Quels sont les rôles des états membres que l'OMS devrait supporter dans le cadre du développement des SSP ?
3. Quelles sont les ressources et capacités dont aurait besoin l'OMS pour assurer ces rôles ?

Ce présent rapport concerne la revue effectuée dans les 22 pays francophones de la région Africaine de l'OMS.

II -- Généralités sur les politiques de SSP des pays africains francophones

1 – COMPREHENSION DU CONCEPT DE SSP DANS LA REGION

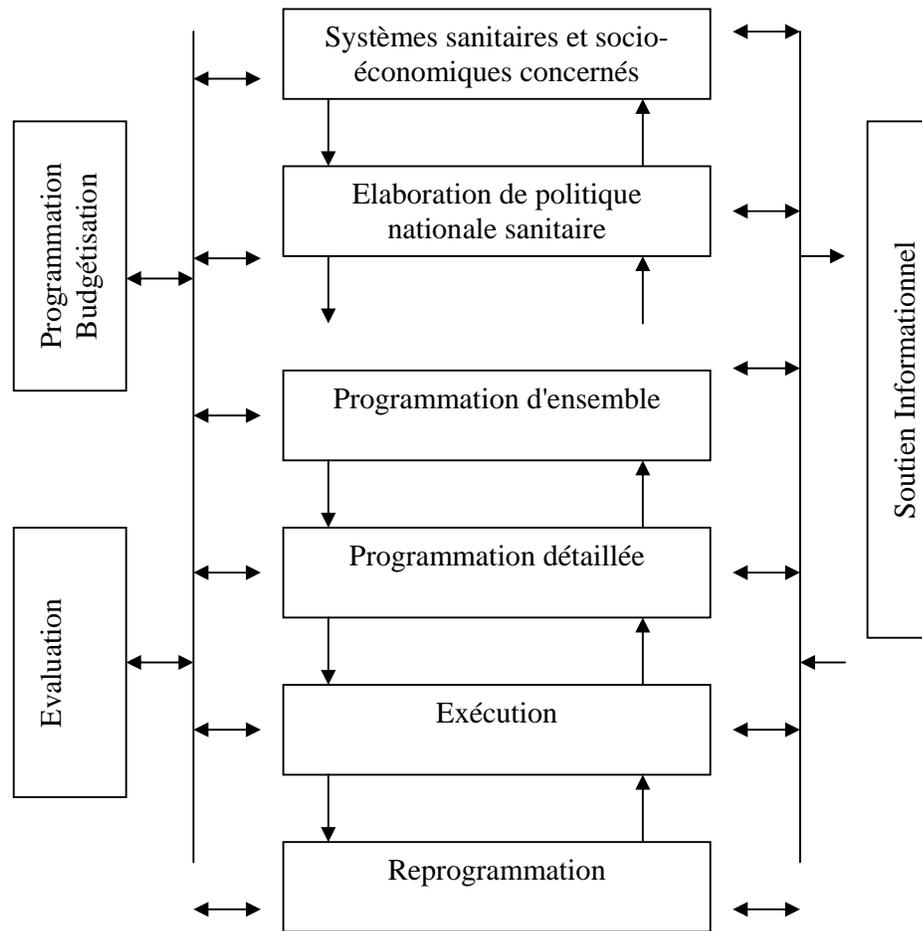
Les SSP étaient perçus au début, dans certains pays africains francophones, comme un objectif à réaliser et se confondaient avec l'amélioration de l'Etat de santé des populations. D'autres mettant l'accent sur l'opportunité qu'offrent les SSP pour conduire les activités de soins préventifs, curatifs et promotionnels de santé, les considéraient comme une stratégie. C'est le cas qui était le plus courant. Les SSP en effet privilégient la prévention, la décentralisation, l'intégration, l'approche multisectorielle et pluridisciplinaire et la participation communautaire. Ce sont là toutes des stratégies de santé publique.

Certains abusés par le fait que les SSP par principe privilégient la prévention primaire et la prise en charge précoce des affections et lésions courantes, toutes choses mieux réalisées au premier échelon des systèmes de santé, considèrent les SSP comme simplement comme un niveau de soins. Il y a par ailleurs ceux qui en voient une philosophie, une manière de penser et de comprendre les phénomènes affairant à la santé et surtout ses liens avec le développement. En réalité ces perceptions divergentes ne sont pas reflétées dans les documents officiels programmatiques des pays.

La vision la plus couramment rencontrée est celle prônée par le Bureau Régional de l'OMS. Celui-ci s'est toujours préoccupé des aspects opérationnels dans tous ses documents d'orientation. Gill Walt et Susan Rifkin, reprenant le point de vue de l'OMS, précisent que "les SSP constituent une approche globale en vue de l'amélioration de la santé et en tant que telle ils se développent sans cesse et se transforment afin de répondre aux nouvelles situations" (Gill W. Susan R.; "le contexte politique des SSP", 1988). Il est maintenant établi que ce n'est pas la sémantique qui est la préoccupation fondamentale en ce qui concerne les SSP. C'est plutôt la compréhension des aspects pratiques, opérationnels de ses principes et composantes essentiels et leur application effective qui intéressent l'OMS et les pays de la région. C'est la dessus qu'ont porté les efforts du bureau régional et des pays membres ces dernières années. Plusieurs réformes essentielles ont été envisagées dans ce cadre pour les pays de la région.

2 -- LES REFORMES INSTITUTIONNELLES DANS LE CADRE DES SSP

L'une des plus marquantes réformes dans le cadre de la mise en œuvre des SSP concernait " le Processus gestionnaire pour le développement sanitaire national" représenté schématiquement ci dessous (OMS, "Santé Pour Tous" N°5, 1981).



Source : Série "Santé Pour Tous" N° 5, 1981

Fig. 1 : Schéma du processus gestionnaire pour le développement

Ce processus gestionnaire, qui démontre éloquentement la place prééminente que devra prendre la gestion dans la mise en œuvre des SSP, a été adapté au contexte spécifique des pays de la région Afrique. Cette adaptation a donné naissance au scénario de développement à trois phases adopté à la réunion de Lusaka en Zambie en 1985.

Le scénario de développement sanitaire, tel que décrit par Monekosso G.L., est la réponse proposée par les ministres de la santé aux problèmes qui gangrenaient la santé des populations de la région dans les années 80. Il vise le renforcement du système de santé à tous les niveaux grâce à une amélioration tangible du processus gestionnaire. Il est fondé sur une meilleure structuration des systèmes nationaux de santé en trois niveaux inter reliés, complémentaires. Les missions, rôles, mode de fonctionnement, les ressources ainsi que les liens entre les niveaux y sont clairement définis. Le niveau le plus périphérique, le niveau local est représenté par le district sanitaire. C'est le niveau opérationnel par excellence où devraient être menées de manière, intégrée et synergique, les actions de développement socioéconomique et sanitaire. C'est à ce niveau que l'on doit organiser et exécuter l'appui opérationnel aux activités de santé communautaire.

Le niveau intermédiaire est représenté par la province ou la région selon les pays. C'est le niveau où doit s'opérer, la transformation des politiques et stratégies et plans d'action du niveau central en activités opérationnelles à mettre en œuvre au niveau des districts ainsi que la ventilation judicieuse

des ressources allouées par le niveau central. C'est le niveau qui doit fournir aux districts l'appui en orientation / recours dans les deux sens et en gestion.

Le niveau central ou niveau national est représenté par le niveau ministériel dont la vocation devrait être la conception des orientations politiques et stratégiques majeures, l'impulsion et la coordination des actions orientées vers l'instauration de la SPT, la mobilisation et répartition des ressources nécessaires, l'harmonisation des procédures et mécanismes d'intervention ainsi que la surveillance continue des progrès nationaux réalisés dans la voie de la SPT. Ce scénario au delà de ses avantages pratiques et opérationnels, orientés vers la résolution de problèmes concrets, permet d'harmoniser voire de standardiser la structuration des systèmes nationaux de santé de la région Afrique de l'OMS et d'en faciliter ainsi leur comparabilité de ce point de vue (*OMS-AFRO/AFR/PHA/230,AFR/RC38/TD/1, DGO/86.1, Monekosso G.L., 1989*). Le scénario a été diversement appliqué selon les pays compte tenu de leur différence dans la compréhension de l'approche SSP et de leur état d'avancement dans sa mise en œuvre.

Cette vision a permis à l'OMS/AFRO d'inviter les états membres à centrer leurs efforts à la surveillance continue des progrès réalisés et à mesurer l'impact des mesures prises en utilisant des indicateurs simples que les personnes non spécialisées pourront comprendre. Ils devraient permettre de mesurer l'état de santé, la couverture des soins de santé et la satisfaction des besoins sociaux fondamentaux. Pour l'OMS/AFRO, les activités de SSP doivent être articulées sur les cibles précises et fondées sur les communautés. La cible des SSP sont : les individus, les familles et les communautés notamment ceux à risques, les moins privilégiés, les plus démunis. Parmi ceux à haut risque, il y a surtout les enfants de moins de 5 ans, les adolescents (hommes et femmes), les personnes âgées, les femmes enceintes et "allaitantes", les personnes présentant une tare génétique. Sur ces préoccupations, l'OMS/AFRO suggère de privilégier le niveau opérationnel dans le cadrage du processus gestionnaire. La structuration, le mode de fonctionnement et les ressources du niveau local, niveau opérationnel ont ainsi été mieux définis à la réunion de Harare en 1987. Le district y a été déclaré unité opérationnelle de mise en œuvre des SSP.

Il est défini comme étant une zone administrative bien définie, couvrant une population bien déterminée (dont la taille varie d'un pays à l'autre), disposant d'une administration locale, bénéficiant d'une délégation de plusieurs responsabilités et comprenant toutes les structures de prestations de services de santé curatifs, préventifs et promotionnels. Il est l'unité élémentaire, plus ou moins autonome du système national de santé. (Monékoso G.L., OMS, sept 1994/ La Gestion sanitaire du district).

La compréhension et l'adoption du concept de district sanitaire devrait aboutir à : (1) Une meilleure coordination des diverses structures sanitaires traditionnelles et modernes sans distinction aucune, (2) Une meilleure gestion de l'interface population - service de santé, (3) une meilleure intégration des activités curatives et préventives et enfin, (4) une meilleure intégration dans la planification des décisions et actions venant du niveau central et celles venant des communautés locales (Monékoso G.L., 1994)

Cela suppose une véritable décentralisation des services et des moyens et des pouvoirs de décisions au niveau des districts où ils n'existent, dans la grande majorité des cas, qu'une simple déconcentration des pouvoirs de décision au niveau des agents de l'état central affectés à ces niveaux. Les pays qui ont tenté une décentralisation effective du pouvoir de décision sur les ressources et les services de santé à la base, jusque là détenu par l'état central, rencontrent une résistance farouche des techniciens à l'application de telles mesures (Ousseynou Ly, IAGU, 2001).

Le district est perçu par la majeure partie des pays francophones de la région comme étant effectivement le lieu le plus indiqué pour élaborer les plans sanitaires de résolution des problèmes

de santé prévalent au niveau des populations. La décentralisation du processus de planification est ainsi devenue une réalité dans la plupart des pays francophones de région. Au Sénégal, par exemple, la décentralisation du processus de planification sanitaire a été généralisé au niveau de tous les districts depuis 1989. Les premiers plans n'ont pas pour autant donné les résultats attendus dans aucun des pays de la région.

Ils ont été dans la majorité des cas le fruit de spéculation intellectuelle de planificateurs peu ou pas du tout expérimentés et bien souvent complètement ignorant des principes et modalités de fonctionnement des services de santé en général, ceux basés sur les SSP en particulier. Les plans étaient ainsi très souvent un simple alignement de vœux pieux avec des budgets colossaux ne correspondant en rien aux besoins existants. Ces budgets n'ont du reste jamais été mobilisés dans la presque totalité des cas. Le peu de financement alloué à ces plans l'ont été à travers des programmes financés de l'extérieur. Il y'eut en réalité dans les années 1980 un constat généralisé que les SSP dans leur globalité étaient presque entièrement financés de l'extérieur dans les pays francophones d'Afrique. Beaucoup de projets de SSP ont vu ainsi leurs activités s'estomper avec l'arrêt de leur financement extérieur. Cette carence a été décriée partout.

L'idée que les SSP, parce qu'ils privilégie la prévention primaire, devaient être moins chers a été considérés par d'aucuns comme s'ils ne devaient coûter rien du tout. Les ministres de la santé de la région se sont ainsi réunis en 1987, sous l'égide de l'OMS et de l'UNICEF, à Bamako au Mali, pour adopter une stratégie novatrice de renforcement des SSP, « l'initiative de Bamako »(IB). Elle vise la « *revitalisation des soins de santé primaires au niveau du district en accordant la priorité aux femmes et aux enfants, une mise en place d'un système de financement communautaire des soins de santé de base fondé sur l'approvisionnement et la vente des fournitures et des médicaments essentiels et une réorganisation et une rationalisation de l'offre de soins de santé en vue d'assurer aux plus démunis une couverture effective en soins de santé de qualité* » (OMS/AFRO/Résolution AFR/RC37/R8, 1987)

Le renforcement du processus gestionnaire à travers la mise en œuvre de l'IB a été effectif, à des niveaux variables, dans tous les pays francophones de la région. Certains pays l'ont appliqué dans tous leurs districts (exemple du Sénégal), d'autres n'ont pu l'étendre que dans quelques districts du pays. Ces derniers suivent un processus d'extension très lent et qui est à terme contre productif. Des 18 pays qui bénéficiaient de l'appui de l'Unicef en 1991 pour mettre en œuvre l'IB, 11 étaient francophones. Ils n'avaient cependant que 34% des 1048 districts couverts par l'application de l'Initiative dans ces 18 pays. La Guinée Conakry et le Bénin ont été les pays pionniers (UNICEF, rapport d'activité (suivi), NY, 1992).

Influence de l'IB sur l'utilisation des services au Bénin

Au Bénin, la fréquentation des centres de santé s'était maintenue à son niveau antérieur et l'utilisation des services tels que les soins prénataux, et les accouchements ont continué à progresser de manière régulière même si on prend en compte les niveaux centres ouverts.

Source: Unicef New York, rapport d'activité ; session 1992

En dehors du Bénin et de la Guinée, les autres pays ont mis du temps à démarrer l'IB. Le Burundi, le Cameroun, le Mali, la Mauritanie, le Sénégal et le Togo ne sont arrivés à une véritable "opérationnalisation" de la stratégie qu'en 1991 (Unicef, NY, 1992). Les autres pays francophones tels que la Côte d'Ivoire, la République Centrafricaine et le Congo Brazzaville n'ont pu démarrer effectivement qu'en 1992.

La mise en œuvre de cette initiative a donné un second souffle au processus de mise en œuvre des SSP. Elle a permis dans tous les pays où elle a été appliquée de manière rigoureuse sur une large échelle, une nette amélioration de la disponibilité des ressources du système et conséquemment de son fonctionnement plus efficace.

Influence de l'IB sur la disponibilité des ressources au Sénégal

" Au Sénégal, la disponibilité des ressources essentielles pour offrir les trois types de services que sont la consultation prénatale (CPN), la vaccination dans le cadre du PEV, la consultation curative primaires (CCP), au monitoring des 494 postes de santé (centre de santé), couverts en 1995 a été trouvée satisfaisante. Elle était de 77% pour la CPN, 82 % pour le PEV, et 90 % pour la CCP. Le taux d'utilisation était malgré cela resté moyen voire bas avec respectivement 60 %, 61 % et 24 %.

Source : I. Diallo, in "Innover dans les systèmes de santé" P 211, Karthala, 1997.

L'aspect qui a connu des résultats spectaculaires un peu partout est celui de la mobilisation des ressources additionnelles par la vente des médicaments essentiels des tickets de consultations pour les soins curatifs ou préventifs.

Influence de l'IB sur les performances des postes de santé au Sénégal

En Juin, 1996 **558 des 717** postes (78%) avaient été "monitorés":

- la population totale couverte par ces postes de santé étaient de: **5.963.353 habitants**; le taux de disponibilité des médicaments de base dans ces **558 PS en 1996 était de 96%**
- les recettes totales mobilisées dans les 558 PS cette année étaient de: 1 Milliard 394.789.884 F.CFA (200,000 \$ US environ); **les 77% provenaient de la vente des Médicaments,**
- **le taux de recouvrement des coûts de fonctionnement courant était de 117%**
- la marge bénéficiaire appliquée sur le médicament était de **55 % du prix d'achat** à la Pharmacie Nationale d'Approvisionnement(PNA)
- le taux d'utilisation des services était de **69% pour le PEV, 57% pour la CPN, et 23% pour la CPC**

Source: I Diallo, Rapport Monitoring, DSSP/DHSP/MSP, 1996

Le financement communautaire de la santé a connu ces dernières années une avancée significative grâce à la stratégie de l'Initiative et aussi plus récemment, grâce au développement des mutuelles de santé. L'Initiative de Bamako a été précédée par le lancement de la politique des médicaments essentiels. Celle-ci est partie intégrante de la stratégie de l'IB qui s'appuie principalement sur la vente de ces médicaments avec une certaine marge bénéficiaire pour mobiliser des ressources additionnelles nécessaires au financement des SSP.

Ces innovations avaient nécessité dans tous les pays soit une restructuration complète du système de santé, du sommet jusqu'à la base, soit le développement de procédures nouvelles soit les deux à la fois. Le développement des procédures de gestion assorties d'outils nouveaux s'était avéré nécessaire partout pour la mise en œuvre efficace de l'IB. Les outils développés visaient une meilleure gestion des ressources matérielles et financières, mais aussi et surtout celle des activités essentielles qui sont "monitorés" tous les six mois. Le renforcement de la participation des populations occupe une position essentielle dans l'IB.

Les comités de santé gèrent maintenant beaucoup plus de ressources, assument plus de responsabilité dans le fonctionnement des structures et participent à toutes les étapes du processus de monitoring. Cette évolution positive de l'implication des populations à la gestion des systèmes

de santé figure parmi les mécanismes de renforcement de la décentralisation technique accompagnée souvent d'une décentralisation administrative, comme c'est le cas dans la presque totalité des pays de la région. Au Sénégal la décentralisation du système santé s'inscrit dans un cadre plus large de décentralisation de l'administration territoriale et locale, et a consacré une large part aux réformes institutionnelles et la mise en place de procédures de gestion nouvelles. La décentralisation a des avantages certains. Un élu local de la région de Thiès au Sénégal disait à ce propos que "l'application de la décentralisation correspond à la satisfaction d'une préoccupation des populations désireuses toujours d'être les acteurs de leur propre développement" (El Housseynou Ly, RRPS, IAGU, Février 2001). Il est surtout espéré dans le cadre de la santé que le renforcement de la décentralisation que l'on observe un peu partout dans le pays de la région, puisse contribuer non seulement à rendre les services plus accessibles et mieux gérés, mais aussi et surtout à mieux intégrer les programmes dont la plupart sont exécutés sur un mode vertical, fortement décrié. Cette approche verticale de gestion des programmes amène une duplication contre productive des moyens mais poussent leurs responsables à vouloir manipuler tout le système au seul profit de leur programme. Cela rend ardu tous les efforts d'intégration et de coordination.

Le terme "intégration" est employé dans toute une série de situation. L'accent est bien souvent mis sur l'intégration des soins curatifs et préventifs, mais elle peut concerner aussi les sources, les points de prestation, le moment de la prestation, ou même le bénéficiaire d'un ensemble de services. Comme le disait à juste raison Bogdan, "la question d'intégration est largement débattue depuis de nombreuses années et la plupart des discussions sur ce sujet ont abouti à plus de chaleur que de lumière" (Bogdan M. Kleezowski, cahiers de santé publique, 1985).

L'option de centrer les efforts sur la satisfaction des besoins de la personne nonobstant les séparations nettes qui existent entre les divers programmes verticaux, semble faire l'unanimité et donner des résultats prometteurs. L'exemple typique dans ce cadre est constitué par la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) et dans une moindre mesure les tentatives d'intégrer les interventions en direction des personnes vivant avec le VIH à domicile et au niveau communautaire.

La notion " des occasions manquées" à éviter, a été lancée comme un slogan pour promouvoir surtout la vaccination dans le cadre du PEV en voulant l'intégrer aux soins curatifs. Elle n'a pas beaucoup intéressé les acteurs sur le terrain confrontés qu'ils sont au manque de soutien dans l'exécution de leurs multiple tâches. Une seule personne assurerait difficilement en même temps la consultation curative et la vaccination. Le modèle réussi depuis qu'on en parle semble être la PCIME lancée par l'OMS en tant que stratégie de renforcement de la lutte contre la mortalité encore trop élevé des enfants. Son application est même envisagé de nos jours au niveau communautaire, dans le cadre de la mise en œuvre des services à base communautaire (SBC).

La PCIME communautaire

"Lors de l'atelier international sur l'amélioration de la santé et de la nutrition des enfants au niveau communautaire, organisé sous l'égide de l'UNICEF à Durban, en Afrique du Sud du 20 au 23 juin 2000, les participants ont souligné la nécessité d'une collaboration entre un large éventail de partenaires pour la promotion d'un ensemble de pratiques destinées à améliorer la santé et la nutrition au niveau des ménages et de la communauté en général. Ils sont parvenus à un consensus sur seize pratiques familiales clés en matière de soins.

Celles ci reposent sur des preuves scientifiques et sur les expériences vécues dans différents pays qui montrent qu'elles favorisent la survie et une croissance saine des enfants. Elles définissent ce que la PCIME communautaire (PCIME-C) doit cibler. Les pratiques familiales clés, véritables ossature de la stratégie de la PCIME communautaire, sont regroupées en quatre catégories: (1) favorisent la croissance et le développement mental, (2) préviennent les maladies, (3) facilitent les soins à domicile appropriés, (4) encouragent les populations à adopter des comportements appropriés en matière de recherche de soins".

Source: Basics II, CORE, séminaire HH/C IMCI, Janvier 2001

Cette nouvelle stratégie de renforcement de la participation des familles et des communautés aux soins est la stratégie des services à domicile et à base communautaire qui a démarré timidement dans les pays francophones d'Afrique au sud du Sahara. Elle n'a touché pour le moment que la distribution des préservatifs et les contraceptifs oraux, de la chloroquine et autres antipyrétiques pour le traitement présomptif des fièvres « étiquetées » d'origine palustre. La prise en charge intégrée à domicile et à base communautaire des malades vivant avec le VIH/ tuberculose, a été particulièrement ciblée par l'OMS/AFRO pour démarrer cette stratégie.

III --Evolution des systèmes de Soins de Santé Primaires dans la région

1 – LES CHANGEMENTS MAJEURS DANS LE DOMAINE DE LA SANTE EN RAPPORT AVEC LES SSP

« La santé est fondamentalement inséparable de la justice et donc de la politique... » (Comlan A.A. Quenum, 1979). Les caractéristiques, socio-politiques vont ainsi largement déterminer la physionomie et le fonctionnement des systèmes de santé ainsi que *l'état de santé des populations dans les pays francophones d'Afrique*. Ces pays partagent un passé commun. Ils ont tous des institutions politiques et administratives similaires, héritées des anciennes métropoles. Ce sont des pays profondément marqués par une administration de type français et il n'était pas possible de faire table rase de ce passé. Il a été constaté que malgré la décolonisation, l'élite nationale africaine (les politiques et les technocrates) a continué pendant longtemps à imiter les modèles occidentaux dans tous les secteurs, y compris celui de la santé. C'est certainement ce qui avait amené le Dr C.A.A. Quenum à s'écrier «...qu'il faut nous désaliéner mentalement pour concevoir et faire fonctionner de façon radicalement différente nos structures de prestations sanitaires... »(Comlan A.A. Quenum, 1979).

La "mystique" du développement est retrouvée dans toutes les déclarations de politique générale de ces états. La place et le rôle de la santé dans la réalisation du développement socio-économique n'y étaient pas explicités avant 1979. L'hyper centralisme des administrations d'alors et les orientations élitistes des modèles de résolution des problèmes de santé en place, écartaient de la vision des décideurs la conception élargie de la santé que lui donne aujourd'hui l'OMS. La santé était bien souvent confondue avec la maladie. Ce qui amenait à penser qu'investir dans la santé n'était pas rentable, en ne voyant en la santé qu'uniquement le traitement des maladies. Une telle vision n'était au demeurant pas totalement erronée eu égard aux orientations des systèmes de santé post coloniaux. Ils étaient tous entièrement focalisés sur le diagnostic et le traitement de la maladie.

La structuration des systèmes de santé, les orientations des institutions de prestation de soins, leurs équipements, la formation du personnel, les types de services offerts et toutes les autres ressources ainsi que les procédures ne concernaient que la prise en charge des malades. L'avènement des SSP en 1978 devait ainsi constituer en Afrique Francophone une véritable révolution dans la perception des problèmes de santé et leurs déterminants, ainsi que la conception des solutions et la manière de les appliquer. L'OMS très tôt avait invité les Etats membres, par la résolution de l'Assemblée Mondiale de la Santé de 1979, à individuellement formuler des politiques, des stratégies et des plans d'action nationaux, et collectivement des stratégies régionales et mondiale à partir de la riche documentation produit par l'organisation sur l'objectif de la Santé Pour Tous et les Soins de Santé Primaires (OMS, série "Santé Pour Tous" N2, 1879, 1980, 1982). Il était retenu dans ce cadre que les politiques, les stratégies et les plans d'action nationaux constituaient un processus que chaque pays devait mettre en œuvre selon sa situation spécifique.

Dans la plupart des pays francophones, Il n'y avait que des expériences très limitées, en majeure partie en état de gestation, au moment de la réunion du comité d'experts de la préparation en Afrique de la Conférence sur les SSP, tenue à Brazzaville en 1977(OMS, série "Santé Pour Tous"n°2, 1979). Au cours de la session du Comité Régional pour l'OMS tenue à Kampala, Kenya en 1977, le Directeur Régional de l'époque rappelait les divers mécanismes et approches novateurs de collaboration de l'OMS avec les pays en citant: la programmation sanitaire nationale, les conseils

consultatifs nationaux de la santé, les conseils consultatifs OMS chargés de renforcer le rôle des représentants, les tableaux régionaux d'experts pluridisciplinaires, les centres régionaux de recherches opérationnelles et la socialisation des institutions sanitaires (OMS, Cahiers techniques Afro n° 20, 1985).

Manifestement il n'y avait pas beaucoup de fait avant la conférence de Alma Ata dans la région en ce qui concerne les orientations et les principes de base des soins de santé primaires. La compréhension du concept, de tous ses aspects et le niveau d'avancement dans son application étaient ainsi différents malgré les efforts de l'OMS pour harmoniser les points de vue et les démarches dans tous les pays de la région pour sa mise en œuvre.

2 -- LES DIFFICULTES ET CONTRAINTES DE LA PARTICIPATION DES POPULATIONS AUX SSP

S'agissant du principe lui même de participation des populations à la résolution des problèmes de santé, l'approche a subi une évolution notable dans la grande majorité des pays francophones de la région. Au début des années 70, elle était presque inexistante ou tout au moins pas du tout formalisée ou structurée. A la suite de la conférence d'Alma Ata, il y'eut des tentatives d'institutionnalisation de cette participation dans tous les pays francophones de la région. Parmi les difficultés majeures rencontrées dans ce domaine il y avait surtout l'inexistence de cadre légal organisant cette participation.

La délégation de certaines tâches de soins à des agents de santé communautaire formés et supervisés, même souhaitée et nécessaire, était juridiquement illégale. De telles pratiques pouvaient être perçues comme étant un « exercice illégal » de la médecine. Ce fut le cas dans la plupart des pays où la législation n'autorisait même pas aux infirmiers à prescrire des médicaments malgré le fait qu'en réalité 80% des patients étaient traités dans les dispensaires et postes de santé tenus par des infirmiers.

Les détracteurs de l'utilisation des agents de santé communautaire y voyaient même au début une "prostitution" de la médecine. Le fait est de nos jours bien toléré même si on ne peut pas encore parler d'acceptation véritable partout. Les aide-soignants, les agents secouristes, les relais, les accoucheuses traditionnelles, et d'autres volontaires communautaires font partie maintenant des ressources essentielles du secteur de la santé. Ils apportent une contribution décisive à la prise en charge des problèmes de santé des communautés dans les quelles ils vivent. Leur recrutement, leur formation adéquate, leur motivation ainsi que divers autres aspects relatifs à leur gestion administrative et leur utilisation, la plus efficace possible, sont loin d'être révolus dans les pays francophones de la région.

L'autre aspect non moins important de la participation des populations concerne leur contribution au financement du secteur de la santé. Cet aspect a lui aussi fait couler beaucoup d'encre et de salives à ses débuts. Le droit à la santé mentionné dans les constitutions des pays concernés étaient bien souvent confondu avec la gratuite des soins. L'une des responsabilités fondamentales de tout gouvernement est certes de mettre en place un système de santé pouvant garantir l'accès universel des populations à des soins de santé de qualité. Ceci ne veut pas dire le faire gratuitement pour tout le monde. Ce volet aussi s'est heurté à des difficultés liées à la réglementation en vigueur dans ces pays. Un des principes de l'administration des finances publiques dans les pays francophones est « l'unicité de la caisse ». Elle veut que toute recette collectée par et à partir des structures étatiques soit versée au trésor public. La ventilation aux différents services utilisateurs ne se faisant qu'à travers le vote du budget et par des règles d'exceptions difficile à obtenir. Dans ces conditions, collecter des recettes à partir des formations publiques et les utiliser localement au niveau de la

structure qui l'a collectée était illégale. Il y'a pour cet aspect aussi une nette évolution importante des administrations des pays francophones.

Certains ont trouvé des solutions à cette question à travers la décentralisation effective de leur système administratif. D'autres ont voté des textes nouveaux pour autoriser la collecte et l'utilisation des recettes au niveau des formations sanitaires publiques. La mise en œuvre de l'IB a fortement accéléré ce processus. Les médicaments essentiels, utilisés sous leur nom générique, sont vendus aux usagers et une partie des coûts des soins. Les recettes mobilisés par ce procédé sont utilisées localement pour renouveler les stocks de médicaments et suppléer les finances publiques affectées au fonctionnement des formations sanitaires.

3 -- LA PROBLEMATIQUE DE LA COLLABORATION INTERSECTORIELLE.

Elle ne semble pas avoir beaucoup évolué dans son application effective telle que prévue dans l'approche des SSP. L'idée d'amener le secteur de la santé à jouer le rôle de chef de fil, de coordonnateur, et d'établir des relations synergiques avec les autres secteurs qui ont une incidence positive sur la santé, ne semble pas avoir été appliquée correctement nulle part dans les 22 pays considérés. Il n'y'a pas eu véritablement de mécanismes institutionnels mis en place pour garantir que les objectifs de santé fassent partie intégrante des politiques et programmes de développement des autres secteurs.

Les différentes structures de coordination et de gestion mis en place dans certains pays pour impulser, coordonner, suivre les actions de collaboration intersectorielle, ne voient pas la santé comme un aboutissement de tous les efforts de développement. Dans les meilleurs des cas, ils considèrent la santé comme un moyen dans ce processus et non sa finalité. Ces structures de gestion n'ont pas dans la majorité des cas fonctionné efficacement. Elles sont souvent des structures déconcentrées, appelées selon les pays ; conseils ou comités de développement, créés à tous les niveaux des échelons de l'administration (Ex : comité régionale, départementale, locale de développement au Sénégal) et regroupent tous les chefs des services déconcentrés du niveau considéré.

Les représentants élus des collectivités décentralisées sont souvent membres de droit de ces organes de coordination et de gestion. Il peut aussi s'agir de structures mixtes composées de représentants de l'administration locale et centrale, tels que les conseils de développement sanitaires prévus à tous les échelons du système administratifs national. Ces Conseils, créés un peu partout au lancement des soins de santé primaires, n'ont pratiquement jamais fonctionnés correctement dans la majorité des pays concernés.

La collaboration intersectorielle a plutôt été "opérationalisée" sous la pression de la nécessité, à l'occasion de la mise en œuvre de programmes verticaux, dans la plupart des cas où elle a donné des résultats probants. L'implication des écoles dans la vaccination des enfants dans le cadre du PEV par le système « d'adoption » en est une belle illustration, retrouvée dans presque dans tous les pays francophones de la région. Le secteur de l'éducation semble avoir été le secteur qui a le plus apporté son concours à la mise en œuvre des Soins de Santé Primaires. Ses interventions dans la mise en œuvre des programmes de santé de la reproduction par l'information et la sensibilisation des élèves sur la sexualité, les IST/SIDA, ont été fort appréciées partout. La limite de ces interventions en santé de l'école, c'est souvent leur caractère sectoriel, ponctuel et insuffisamment institutionnalisé dans le système scolaire.

Les programmes nouveaux d'éducation universelle financés par la Banque Mondiale, en cours dans certains des pays de la région, intègre la santé scolaire comme une composante essentielle des

préoccupations de l'école. La santé dans cette nouvelle approche est perçue comme un intrant principal du système éducatif tout autant que les maîtres, les manuels scolaires, les classes et les autres équipements nécessaires. Une telle vision amène les acteurs du système éducatifs à se préoccuper de la promotion et la protection de la santé des élèves en tant que domaine prioritaire de l'école pour la réussite du programme d'éducation universelle. Cette approche est la compréhension dans la rigueur de l'acceptation du concept de « l'intersectorialité » dans l'esprit des SSP. Ces stratégies novatrices naissent avec les réformes en cours dans tous les secteurs de développement où les expériences des années passées n'ont pas du tout donné les résultats escomptés. Ces réformes touchent dans tous les pays de la région tous les secteurs et particulièrement celui de la santé.

4 -- L'EVOLUTION DES REFORMES DU SECTEUR DE LA SANTE EN RAPPORT AVEC LES SSP

Les réformes du secteur de la santé intéressant la mise en œuvre des SSP sont nombreuses et variées. Leurs effets attendus peuvent toucher tous les niveaux du processus de résolution des problèmes de santé : (1) la politique et les actions gouvernementales, (2) les systèmes de santé et les secteurs connexes, (3) les domiciles et les communautés, (4) l'état de santé lui même.

Une réunion des décideurs sanitaires, de haut niveau, venant de 22 pays Africains de la région, 11 organisations internationales de donateurs et ONG s'est tenue à Arusha, en Tanzanie du 20 au 23 novembre 1995 sur l'instauration des réformes du secteur de la santé basées sur des observations concrètes en Afrique sub-saharienne. La réunion devait évaluer les réussites et les échecs des réformes ainsi que les facteurs déterminant, en y situant bien la part contributive de la recherche pour formuler des recommandations susceptibles d'accroître leur efficacité. Les domaines particulièrement étudiés dans les commissions à l'occasion de cette réunion concernaient : (1) les changements organisationnels, (2) les changements financiers, (3) les changements dans les prestations des services, (4) le rôle de la recherche en système de santé, (5) le point de vue des organismes d'aide extérieure.

Les réformes portent bien souvent sur les 4 premiers domaines et visent toute l'amélioration du secteur de la santé et conséquemment l'état de santé de la population. Les préoccupations fondamentales dans ces domaines restent les mêmes et se posent toujours avec acuité.

La réunion sus citée avait retenu que les changements organisationnels soulèvent des questions clés dont la réforme de la fonction, la décentralisation et les collectivités locales ; le rôle du secteur privé et des ONG, les structures et fonctions du ministère de la santé, la gestion des ressources humaines. Les changements financiers posent essentiellement les problèmes de la répartition équitable et efficace des ressources disponibles, les contributions des usagers pour les services publics de santé, l'assurance maladie, le financement communautaire.

Les changements dans la prestation des services soulèvent particulièrement les questions de la définition des priorités, la prestation de service intégrés, et l'amélioration de la qualité (*OMS, rapport d'une réunion inter pays, Arusha, Tanzanie, 20-23 novembre 1995*). Les questions soulevées à cette importante réunion restent pendantes et toutes d'actualités dans chacun des 22 pays francophones de la région. Ces réformes du secteur de la santé sont comprises dans des ensembles de réformes plus globales. C'est le cas du Sénégal particulièrement où depuis 1972 l'état a engagé une réforme globale de l'administration incluant tous ses départements ministériels et ses services techniques dont celui de la santé. C'est dans ce dernier cadre que se situent les SSP eux mêmes et toutes les mesures nouvelles prises secondairement pour renforcer sa mise en œuvre. En plus de celles plus anciennes citées ci dessus: le scénario de développement sanitaire (Lusaka 1985), la création des districts sanitaires (Harare 1987), l'initiative de (Bamako 1987), il y a

d'autres plus ressenties qui portent plus sur les prestations: la santé de la reproduction (ICPD-Caire 1994/Brazzaville septembre 1994) (OMS, santé reproductive, stratégie de la région Africaine 1998-2007), la PCIME(OMS), les services à domicile et à base communautaire (OMS). Le processus de renforcement de la mise en œuvre de ces réformes doit être maintenu et amélioré en permanence tout en sachant que les changements souhaités ne pourront qu'être lents, progressifs, et difficiles à obtenir. La systématisation de la surveillance continue des progrès enregistrés dans ce domaine et à tous les niveaux concernés peut constituer un facteur d'encouragement, de motivation et d'orientation pour le redoublement en permanence des efforts déployés.

5 -- PLACE ET ROLE DU SECTEUR PRIVE DANS LA MISE EN ŒUVRE DES SSP.

Les états de la région , francophones en particulier, ont pendant des décennies opté pour le «*tout état*» pour tout ce qui concernait les services publics y compris la santé publique. Les états ont voulu par leurs seuls services publics, animés par leurs fonctionnaires, satisfaire les besoins de la majorité des populations en matière de santé. Cela n'a été possible nulle part.

Dans les faits tous les autres secteurs ont toujours apporté leur concours à la résolution des problèmes de santé du grand nombre, de toutes les populations. Il y'a simplement, pour des raisons qui tenaient beaucoup plus à des considérations bureaucratiques, administratives, politiques voire culturelles, que ce constat n'était pas officiellement reconnu, ou tout au moins accepté. Les crises successives des années 80 et 90 ont exacerbées les insuffisances et limites du secteur public pour faire face lui seul aux multiples et variées sollicitations, souvent imprévisibles, qui l'assaillaient. Le concept de "moins d'état mieux d'état" commence alors à se substituer à celui de "tout état". Le secteur privé commence à suppléer voire se substituer à des services étatiques peu performants dans beaucoup de domaines jusque là réservés au seul secteur publique.

A coté des services sociaux publics, de santé en particulier, émerge progressivement un secteur privé plus dynamique, plus procréatrice par rapport aux besoins et à la demande sociale, notamment en matière de soins curatifs. L'orientation des décideurs vers le secteur privé est le résultat de plusieurs phénomènes complémentaires dont : la démocratisation des processus de décision naissante, l'élargissement des champs de la réflexion en ce qui concerne les déterminants des problèmes de santé à divers facteurs non contrôlés par le secteur traditionnel de la santé, les avancées fulgurantes du secteur privé dans les domaines du management des institutions de soins et conséquemment leur plus grande efficacité. A cela s'est ajouté dans la région les diverses pressions des partenaires sociaux du secteur de la santé pour plus d'efficacité dans l'utilisation des moyens qu'ils fournissent. Le renforcement des capacités en gestion des nouveaux acteurs et décideurs du secteur de la santé a certainement contribué à au moins faciliter dans certains pays l'utilisation du secteur privé dans le domaine de la santé publique.

Il est aussi devenu un partenaire incontournable dans la santé publique, notamment le secteur privé à but non lucratif. Le savoir-faire, la détermination, l'ingéniosité et la flexibilité de certains ONG, les ont amené à accumuler des résultats positifs spectaculaires là ou les services de l'état ont enregistré des résultats mitigés voire très insuffisants. Un tel constat a entraîné l'augmentation de l'implication du secteur privé dans l'offre de services publics de santé dans tous les pays de la sous-région.

Les chroniques contraintes financières et les résultats manifestes du secteur privé ont aussi largement contribué à cette nouvelle orientation des décideurs du secteur. Les mécanismes à mettre en place pour mieux travailler avec le secteur privé et les changements de mentalité nécessaires de la part des acteurs impliqués dans le processus, pour comprendre, accepter et appliquer une politique saine de «*faire faire* », figurent parmi les difficultés majeures que rencontre cette option

de travailler avec le secteur dans certains pays. Les agents du secteur public dans ces pays y maintiennent toujours l'engagement et le souhait de tout faire par les services publics de peur de voir une partie des ressources qui leur étaient destinées, être affectées au secteur privé lucratif et non lucratif.

Des difficultés sont venues aussi de l'hétérogénéité des résultats des interventions dans le secteur de la santé qui rend leur évaluation complexe et surtout celle de leur impact sur l'état de santé des populations. Cette alternative s'est presque imposée d'elle-même devant les contraintes fiscales des états, les performances insuffisantes dans la perspective d'assurer l'efficacité et l'équité, les changements technologiques qui ont introduit la compétition dans un secteur considéré comme réservé exclusivement au pouvoir public, les changements dans la culture économique ayant conduit à une plus grande acceptation du secteur privé et l'idée de privatisation, et l'expérience internationale qui a exhibé les expériences réussies du secteur privé et diffusé largement les connaissances et les techniques y afférant à travers la globalisation et les nouvelles technologies avancées de la communication. Dans la sous-région toutefois, il y a eu très peu de pays qui ont défini une politique ou simplement des mécanismes et procédures claires, d'implication du secteur privé dans la résolution des problèmes de santé publique en général et dans l'application des SSP en particulier. Les procédés les plus utilisés, surtout avec le privé non lucratifs, composés principalement par les ONG, le secteur privé confessionnel, les associations et groupements de divers types, sont le partenariat et la contractualisation, scellés par des conventions, des accords ou des contrats de plusieurs types.

Ils apportent plus de lisibilités dans le partage des rôles et des responsabilités. C'est dans un tel cadre qu'évolue au côté des services publics étatiques un nombre important d'ONG et autres institutions du secteur privé non lucratif. Les plus en vogue actuellement dans la sous-région sont les ONG. Elles sont très dynamiques dans le secteur de la santé et les autres secteurs de développement. Les membres sont dans la grande majorité des cas des femmes. Elles présentent un intérêt particulier pour les SSP en ce sens que leurs interventions touchent bien souvent tous les secteurs de développement : agriculture, élevage, eaux et forêt, environnement, allègement des travaux des femmes, santé et autres tels que le crédit-épargne, les boutiques de consommation, l'alphabétisation fonctionnelle, la transformation des produits locaux.

De manière générale, les ONG ont en commun une vision plus générale du développement humain, qui cadre bien avec les orientations de l'approche SSP et son objet principal "la Santé Pour Tous". Les ONG ont entraîné en Amérique Latine des changements sociaux, économiques et politiques extraordinaires (Isabel Ramirez, USC, Mbour 17, 29, Novembre 1991). Dans la région francophone de l'OMS, elles sont certes très actives dans le secteur de la santé et du développement plus globalement mais y font face à des problèmes dont certains sont inhérents à leur statut de fonctionnement. Elles n'ont pas bien souvent des ressources propres. Elles tendent à recourir aux moyens des gouvernements et bailleurs de fonds et sont ainsi exposées au risque de ne chercher qu'à satisfaire les préoccupations de ceux qui les financent. Il se pose à elles souvent des questions éthiques lorsqu'elles sont invitées à mener des activités contreversées. Elles souffrent aussi de la limitation de leur capacité à influencer positivement les décisions des autorités politiques et techniques. Elles déploient néanmoins beaucoup d'effort dans la région pour s'organiser davantage. Elles ont, en Afrique de l'Ouest notamment, presque partout la même structuration dans chacun des pays : des organisations souples au niveau de la base et des structures de coordination au niveau régional et national.

Elles se regroupent de plus en plus en réseau, en fédération, en union ou en forum. Le forum des organisations Volontaires Africaines de développement (FAVOD) et le réseau africain pour le développement Intégré (RADI) figurent parmi les plus dynamiques. Le problème non moins

important qui se pose à ce secteur privé intervenant dans la santé, aux ONG en particulier, concerne leur relation avec les politiques. D'aucuns, comme le président de la FAVOD considère que "le développement est politique et que la pauvreté est un problème politique". Il se demande dans ces conditions comment les ONG pourraient-elles combattre la pauvreté sans une prise de position politique (Mazide Ndiaye, "le contexte des relations sud-sud", atelier UUSC, Mbour, 17 - 29 novembre 1991). Leurs contributions ont des effets positifs dans la mise en œuvre de la stratégie et constitue une expérience loin d'être achevée de ce que le secteur privé peut apporter au secteur de la santé. Elles travaillent directement avec les communautés, sont jalouses de leur autonomie, cherchent dans bien des cas une autosuffisance, ont un statut légal et applique les méthodes de gestion propres au secteur privé.

Les implications du secteur privé lucratif, présentent elle aussi des avantages certains, reconnus un peu partout. L'offre de soins curatifs de bonne qualité dans des hôpitaux et cliniques de luxes réservés aux riches dans les grandes capitales peut permettre à l'état de mieux s'occuper des démunis en concentrant ses moyens limités à ce seul groupe. Leur implication à grande échelle dans la santé publique et les SSP en particulier est aussi possible mais ne se fait pas encore dans les pays francophones de la sous-région. Une telle implication requiert une définition de nouveaux rôles pour l'état qui consisteraient surtout à orienter, impliquer, réguler, suivre et évaluer plus qu'à offrir directement lui-même les services. Quelques expériences à très grandes échelles d'implication du privé dans la santé publique ont été notées dans certain pays de la région. Elles concernent principalement l'implication des officines privées dans la vente des médicaments essentiels sous leur nom de générique et la vente de produits subventionnés comme les préservatifs. Il y a par ailleurs dans le secteur du financement, la naissance à coté des Instituts de Prévoyance Maladies (IPM) plus classiques, des mutuelles de santé un peu partout comme moyen de promouvoir la solidarité en vue d'assurer une plus grande accessibilité des populations démunis à des soins de qualité.

Une étude menée dans la région de Thiès, au Sénégal, a révélé que les mutuelles de santé ont un triple rôle : celui d'assurer aux populations des villages l'accès à des soins de santé hospitaliers de qualité et dont le coût ne leur est pas accessible individuellement, d'affermir les liens de solidarité préexistants à travers une plus grande concertation pour des préoccupations communes fondamentales et de contribuer à l'éducation, la sensibilisation des populations sur les mesures de prévention à appliquer pour éviter la maladie.

L'étude a aussi montré que « les individus les plus pauvres ont moins de chance d'adhérer aux mutuelles de santé que les autres ». Le délicat problème de l'exclusion des plus pauvres des soins de meilleurs qualité, offerts dans des hôpitaux plus coûteux du secteur privé, reste posé (ISED/ZEF, 2001). Les initiatives les plus courantes dans les rapports des services de santé publiques avec le secteur privé concernent les tentatives d'utilisation des approches de gestion du secteur privé comme la contractualisation, le partenariat et autres du genre dans le secteur public. Ces mesures novatrices sont certes à saluer mais leurs effets réels mériteraient d'être évalués.

IV -- Soins de santé primaires et défis émergents dans la région

La mise en œuvre des SSP, comme évoqué ci-dessus, a souffert de tous les écueils, difficultés et contraintes que rencontre classiquement tout grand changement de cette envergure. Le lancement des SSP devait aboutir à un bouleversement complet de la manière dont la santé, ses déterminants et les solutions des problèmes y afférant étaient perçus. Il se trouve qu'au moment où les pays s'activaient dans l'implantation des Soins de Santé Primaires, pour l'instauration de la Santé Pour Tous, des maladies inconnues, imprévisibles, sont venues perturber tout le fonctionnement des systèmes de santé. Elles ont même quelque peu hypothéqué dans certaines parties de la région les quelques bons résultats enregistrés dans la mise en œuvre des SSP. Ce sont les maladies émergentes et ré-émergentes favorisées ou aggravées par les conflits armés et autres catastrophes qui sont venues exacerber les crises économiques et sociales qui prévalaient déjà avant le lancement des SSP.

1. Les maladies émergentes et ré émergentes.

Les maladies émergentes constituent la menace la plus sérieuse à la mise en œuvre des SSP. Les agents qui les causes, leur mécanisme de transmission, entre l'animal et l'homme et entre les hommes, les processus de programmation, les facteurs favorisant leur éclosion ainsi que les moyens de prévention et de prise en charge efficace des cas, ne sont pas connus, tout au moins à leur début. Il s'agit d'infections inconnues avant leur apparition brutale. Tout le monde est surpris et bouleversé et les systèmes dont celui de la santé plus particulièrement. Une telle situation perturbe gravement l'organisation et le fonctionnement des systèmes de santé basés sur l'approche des SSP. Elle exige des capacités de réajustement et de réadaptation rapide et efficace. De telles interventions sont difficiles à réaliser avec les systèmes de santé des pays de la sous région qui déjà manquaient de beaucoup de choses et faisaient face difficilement aux problèmes qui sévissaient.

La flambée épidémique du virus Ebola survenue en 1976 a ainsi créé des catastrophes en Côte d'Ivoire, au Gabon et surtout en République Démocratique du Congo. En juin 1997 on dénombrait 1.054 cas dont 754 décès (OMS, août 1998). Le virus d'immuno déficience humaine (VIH), responsable du SIDA, isolé en 1983 seulement, figure dans la région parmi les 2 à 3 premières causes de morbidité et de mortalité. Les efforts des pays sont concentrés sur ces fléaux avec des résultats encore insuffisants dans la plus part des cas.

La chronicité du problème et l'inexistence d'un traitement radical en ont fait un dilemme pour les systèmes de santé de la région qui déjà avait du mal à gérer efficacement les maladies aiguës. Les cas avérés de SIDA sont une angoisse pour les services, le personnel, les familles et les communautés. Ils cherchent présentement à dialoguer ensemble pour identifier l'endroit et la manière de les prendre en charge les victimes de cette horreur. C'est l'objet de toute la réflexion sur les services à domicile et à base communautaire lancée récemment par l'OMS/AFRO pour les personnes vivant avec le VIH/SIDA.

Plus récemment en 1989, c'est l'identification de l'hépatite C, comme cause de la plus préoccupante des hépatites post transfusionnelles qui a inquiété le monde entier, mais surtout les pays pauvres, notamment ceux situés au sud du Sahara. Selon l'OMS jusqu'à 3% de la population mondiale sera affectée par ce virus. Le taux de détection beaucoup plus élevé dans les pays les plus nantis pourrait ne pas signifier une prévalence plus élevée dans ces pays mais plutôt l'existence de moyens appropriés pour le faire. Il en est de même du virus *sin nombre* (sans nom) isolé en 1993 au sud des Etats Unis ou du virus grippal influenza A (H5N1) connu depuis 1997. Il faut simplement

reconnaître encore une fois que le peu de résultats positifs des SSP sont entrain d'être annihilés par la survenue de ces maladies émergentes, notamment le VIH/SIDA dans la région.

Le temps, les moyens, l'attention qui leur sont accordés, détournent les systèmes de leurs actions sur les autres problèmes qu'ils cherchaient à contrôler. C'est peut être ce qui a favorisé la ré émergence de certaines des maladies existantes qui si elles n'avaient pas complètement disparus ont atteint maintenant un niveau jamais égalé jusque là. C'est le cas du choléra, redevenu cyclique du fait de la dégradation de la situation globale et celui des systèmes de santé en particulier. La méningite à méningocoques a connu ces dernières années, dans ce qui est appelé dans la région la "*ceinture africaine de la méningite*", des poussées d'une importance et d'une fréquence inhabituelles.

La fièvre du rift a, elle aussi, connu une recrudescence dans les zones touchées du fait surtout de la plus grande paupérisation des populations de ces zones qui a accru la prévalence des cas de malnutrition dans la population générale. Selon l'OMS, la fièvre jaune demeure toujours une menace dans 3 pays de la région. La recrudescence de la tuberculose, du paludisme, des shigelloses, qui se manifestent sous forme de véritable épidémie, dans presque tous les pays de la région, est aussi inquiétante. Cette situation, figure parmi les préoccupations majeures qui empêchent l'atteinte des objectifs de Santé Pour Tous, à travers les SSP. Ce phénomène est aggravé par l'apparition insidieuse des résistances aux produits chimiques utilisés dans la région pour tenter de contrôler ces fléaux. Les bactéries ciblées deviennent résistantes à une gamme de plus en plus étendue d'antibiotiques. Dans beaucoup de pays de la sous région on signale des résistances du plasmodium à la chloroquine, le produit le moins cher et le plus maniable pour traiter le paludisme. Les shiguelles identifiés dans l'épidémie qui a touché le Sénégal et ses pays limitrophes est causée par le sérotype *SD1* qui était résistante au cotrimoxazole qui est à bon marché (SNGE, DS / MS Bulletins épidémiologique N° 8 juillet sept 1999).

2. _ Les conflits armés

En ce qui concerne l'effet des conflits sur la mise en œuvre des SSP, il est à quelques nuances près identique à celui des maladies émergentes, et ré émergentes. Les conflits armés sont récurrents dans la région et concernent plus de la moitié des pays. Ils constituent véritablement la « peste » des temps modernes qui tuent, handicapent, affectent, tout autant voire plus que les microbes et virus les plus virulents. En plus, ils détruisent au niveau économique et social tous les bons résultats réalisés au prix de sacrifices énormes. L'OMS estime que le nombre de pertes civiles dans les conflits actuels avoisine les 90 % dont la plupart sont des femmes et des enfants. Ils mettent en cause tous les droits humains évoqués à l'introduction de ce rapport. La violence faite aux femmes et aux enfants qui en résultent et les différents préjudices que cela engendre sont intolérables à tous points de vue. Ils augmentent toutes les formes de violation; violence sexuelle, grossesse non désirée, les déplacements forcés et la famine. La réapparition de certaines anthrozooses, qui avaient disparu ou tout au moins étaient bien contrôlées depuis des années, serait liée au déplacement des populations vers les forets galeries qu'entraînent ces conflits. On cite dans ce cadre le cas de la maladie du sommeil en recrudescence dans certains pays où elle avait presque disparu comme l' ex Zaire. Ces conflits armés, véritables catastrophes dans la région, sont de nos jours les défis majeurs avec lesquels les SSP en tant que maître moyen devant permettre l'instauration de la Santé Pour Tous restent confrontés.

3. – Les problèmes démographiques

Les problèmes démographiques à l'opposé se posent en d'autres termes. Leurs effets se conjuguent et se potentialisent mutuellement avec ceux des problèmes évoqués ci-dessus. Les 22 pays francophones de la région se distinguent par un très rapide accroissement de leur population. L'indice synthétique moyen dans les 22 pays en 1999 était de 5,27 avec un coefficient de variation de 0,210 qui montre que la variation de cet indice entre les différents pays est certes importante

mais n'est pas énorme. L'indice le plus élevé était de 6,6 retrouvé au Niger. Les autres pays où l'indice a atteint au moins 6 sont le Burkina Faso (6,4), le Burundi(6,1). L'indice le plus bas trouvé a été de 1,9 retrouvé en Ile Maurice qui est suivi du Cap vert avec (3,4), de l'Algérie (3,6), des Iles Comores avec (4,6) pour les indices les plus bas. Il résulte de cette fécondité élevée un taux d'accroissement de la population très élevé. Il était en moyenne pour les 22 pays de 2,6 de 1970-80 et de 2,5 de 1990-99, avec des coefficients de variation respectivement de 0,229 et 0,270 attestant que la variation n'est certes pas trop importante entre les pays et qu'elle s'est accrue entre les deux périodes considérées. Les valeurs extrêmes ici également y ont été constatées dans les mêmes pays. Le plus bas taux d'accroissement dans les pays se sont retrouvés à l'Ile Maurice , pour les deux périodes considérées (1,2 et 0,9), suivi des îles du Cap Vert (1,2 et 2,3).

Les taux de d'accroissement les plus élevés ont été retrouvés au Niger (3,1 et 3,3) et en République Démocratique du Congo (3,1 et 3,3) suivis de Madagascar (2,6 et 3,2). La conséquence de tout cela est la jeunesse extrême de la population constatée dans ces 22 pays. Les moins de 18 représentent dans l'ensemble des pays une proportion moyenne de 52,8% (cf. tableaux de synthèse des données en annexe). La population totale dans ces 22 pays était en moyenne de 10,034 millions d'habitants avec de très grandes variations attestées par un coefficient de variation de 1,107 et des extrêmes de 400.000 habitants aux Iles du Cap Vert et 50 millions en République Démocratique du Congo en 1999.

Il apparaît ainsi que l'aspect le plus préoccupant sur ce sujet, concerne le taux d'accroissement trop élevé. Des politiques de population à cet égard ont été initiées dans la plupart de ces pays avant la conférence internationale sur la population et le développement en 1994. Depuis lors, chacun des pays applique, avec des résultats certes différents mais comparables, les indications de l'Agenda du Caire. Il y a eu en effet au Caire un extraordinaire consensus sur la nature du problème à résoudre mais aussi sur la solution. Au cours des trois dernières décennies, les taux de fécondité ont diminué nettement dans toutes les régions du monde, sauf en Afrique subsaharienne. (Lori S. Ashford, PRB, Vol 50, N° 1, mars 1995).

Le nombre de conférences internationales sur ce sujet reflète, si besoin en était, l'importance toute particulière de cette question. En 1954, s'est tenue à Rome la conférence internationale sur la population, suivie en 1965 de celle de Belgrade, puis en 1974 de celle de Bucarest et en 1994 celle du Caire. La mise en œuvre du programme d'action du Caire dans le cadre des SSP est une des préoccupations majeures du Bureau Régional Afro et des pays membres de la sous région. Le caractère fédérateur de la santé de la reproduction la rapproche grandement de la stratégie des SSP. Elle pourrait à la limite être considérée comme une stratégie de renforcement des SSP dans la mesure où la "santé maternelle et infantile" y compris la planification familiale est une des composantes essentielles des SSP.

L'un des objectifs principaux de la Conférence Internationale sur Population et le Développement (CIPD) est la diminution du taux de natalité, mais elle a aussi élargi la vision des problèmes de population en les situant dans le contexte plus global du développement durable. Elle prévoit aussi pour 2015 la réduction du taux de mortalité infantile à moins de 35 P. 1000, celle des moins de 5 ans à moins de 45 p. 1000, la mortalité maternelle à au moins 60 p. 100.000 naissances vivantes et l'accroissement de l'espérance de vie à la naissance à plus de 70 ans ainsi que l'accès universel à l'éducation primaire (PRB, Measure communication, 2000). C'est pourquoi à côté de la fécondité, tous les autres aspects du développement doivent être analysés et pris en compte dans les démarches de résolution du problème.

Le taux de scolarisation et d'alphabétisation revêtent dans ce cadre une importance toute particulière. Ils sont malheureusement encore globalement trop bas dans les 22 pays considérés. Le taux moyens de scolarisation dans le primaire de 1995 à 1999 est respectivement pour les garçons et pour les filles de 24,4% et 28,6% avec des coefficients de variation de 0,300 et 0,400, pour le

taux brut, de 20,3% et 23,9% pour les taux nets, avec les mêmes coefficients de variation pour le taux net. Il est pour le secondaire à la même période respectivement pour les garçons et pour les filles de 18,7% et 19,9%.

Le taux d'alphabétisation très bas dans les années 80 s'est améliorés nettement, surtout pour les hommes dans les années 90. Il était en moyenne dans les 22 pays en 1980 de 46% pour les hommes et 25% pour les femmes et ont atteints 60% pour les hommes et 39% pour les femmes en 1995 (tableaux de synthèse en annexe). Le nombre important de jeunes illettrés, analphabètes, sans métiers précis, fuyant les campagnes pour la grande ville constitue aujourd'hui dans ce domaine un des défis majeur qu'il convient de relever également. La plupart de ces jeunes sont attirés par les grandes villes du pays voire des métropoles occidentales où ils veulent migrer à tout prix.

Ces grands mouvements migratoires des zones rurales vers les villes aboutissent à une urbanisation sauvage avec des bidonvilles non lotis, mal assainis, aux conséquences sur la santé intolérables. Cela également alourdi et rend plus ardues la mise en œuvre des SSP dans la région. La CIPD à ce propos a formulé des suggestions très pertinentes mettant l'accent sur la nécessité de se préoccuper au premier plan de la réhabilitation des femmes par le biais de l'éducation. L'éducation apparaît dans le contexte des pays de la sous région comme la solution idoine à la majeure partie des préjudices faites aux individus, homme ou femmes. L'amélioration des conditions de vie des populations de la région passera inéluctablement par un relèvement de leur niveau d'éducation, et l'accès de la majorité à des emplois rémunérés. Ces derniers points constituent un élément essentiel de la lutte contre la pauvreté et la marginalisation.

4._ La pauvreté

La pauvreté semble être l'une des contraintes majeures à tous les processus de développement humain en Afrique. Il est clairement établi de nos jours qu'il existe un « cycle de causalité entre le fait d'être pauvre et la mauvaise santé, confinant l'individu dans une spirale de pauvreté » (Alan Fairbank et al., Abt, 2001). Le docteur Ibrahim Malick Samba, directeur régional de l'OMS Afrique, disait à ce propos que « la mauvaise santé piège les pauvres et que la pauvreté les maintient en mauvaise santé » (Afro News, 4 (2), 2001) Le PNB par habitant en Afrique au sud du Sahara est l'un des plus bas dans le monde. Il est en moyenne dans l'ensemble des 22 pays de 784,9 \$ US en 1997, avec des fluctuations énormes attestées par un coefficient de variation de 1,355, un maximum de 3.870 \$ US à l'Ile Maurice et un minimum de 200 \$ US au Niger et 210 \$ US au Rwanda. La part du PNB consacré à la santé varie certes d'un pays à l'autre mais reste dans l'ensemble très faible et est inférieur aux 9% suggérés par l'OMS. Il est pour 16 des 22 pays pour lesquels l'information était disponible sur les sources qui nous étaient accessibles, de 5,6% avec un coefficient de variation de 0,365, un maximum de 9,7 en 1991 aux Iles du Cap Vert et un minimum de 3,0% en 1988 au Congo Brazzaville, 3,2 % au Gabon et en République Démocratique du Congo respectivement en 1995 et en 1990 (cf tableaux en annexe).

Cette situation est la conséquence de la conjonction de plusieurs facteurs défavorables cumulés; la crise économique mondiale des années 80-, la détérioration des termes de l'échange, les cycles de sécheresse, les instabilités politiques et les guerres, les politiques d'ajustement structurel, les erreurs et insuffisance dans la gestion des affaires publiques, et plus récemment la dévaluation du franc CFA et la tendance à la mondialisation de tous les phénomènes de la vie.

Les efforts de croissance, découlant des mesures drastiques de redressement économiques mise en place, constatés dans certains des pays de la région, ne semblent pas encore avoir des retombées positives sur les ménages et plus globalement sur la santé des populations. L'enquête auprès des ménages menée au Sénégal en 1997, à titre d'exemple, avait révélé une faiblesse criarde des revenus des ménages estimés à 3.286 \$ US (en estimant 1 \$ US à 700 F CFA) l'an, en 1995 (ESM, 1997).

Des mesures économiques énergétiques sont prises dans les pays de la sous région pour lutter contre la pauvreté, reconnue présentement comme le phénomène le plus perniciosus à contrôler à défaut de l'éradiquer. C'est ce qui a aussi guidé l'essentiel des mesures envisagées dans le cadre des diverses stratégies de renforcement des SSP pour assurer l'accès universel à des soins de qualité. Les mesures prises pour contrôler les coûts des services et les divers mécanismes de solidarité et d'entraide mises en place, cherchent tous à protéger les pauvres, les démunis et combattre ainsi leur exclusion des systèmes de santé. Il faudrait sans cesse peaufiner ces mesures et les renforcer. Leur monitoring régulier et leur évaluation périodique, lorsqu'ils sont systématisés, devront permettre d'apporter à temps les mesures de redressement appropriées. La globalisation des phénomènes de la vie aura certainement des effets négatifs en ce sens que la particularité de nos pays sera ignorée et que la loi du plus fort risquerait de l'emporter au détriment de jeunes états faibles de la sous région.

V -- Impact des systèmes de soins de santé primaires sur la santé des populations de la région

1 -- COUVERTURE DES POPULATIONS EN SSP

⇒ La vaccination

Des 5 principes et 8 composantes des SSP découlent les activités essentielles curatives, préventives et promotionnelles, dont la mise en œuvre doit assurer la Santé Pour Tous . La vaccination des enfants contre les 6 maladies les plus meurtrières était apparue au début des années 70 comme la mesure salubre à promouvoir partout. L'un des principes directeurs du Programme Elargi de Vaccination était que "les nourrissons doivent être protégés avant d'être gravement exposés" (Marc F. et al, in "Forum mondial" vol. 8, 1987). Ce programme lancé avec un engouement et une euphorie exceptionnels, « bat de l'aile » dans la majeure partie des pays de la sous-région.

Le financement des programmes est maintenant assuré par les états eux mêmes dans presque tous les pays de la région, assistés par l'UNICEF pour les commandes et livraison des vaccins, l'achat d'équipement et le soutien technique au programme. Les stratégies de mobilisation sociale, les appuis politiques de haut niveau, les équipements mis en place et les formations offertes au personnel ont été les véritables "propulseurs" qui avaient conduits aux succès des années 80 que l'on regrette aujourd'hui. Curieusement, les enquêtes menées auprès des mères ont montré un peu partout que les mères connaissent et comprennent bien les avantages de la vaccination.

Elles seraient mêmes prêtes à parcourir de longues distances à pied ou en hippodromes pour faire vacciner leurs enfants, et que les croyances traditionnelles et religieuses ne constituent plus des obstacles à la vaccination des enfants. Les échecs des programmes seraient dans la majeure partie des cas liés à des dysfonctionnements des systèmes de santé. Ces systèmes continuent de souffrir de lacunes sérieuses dans leur organisation et leur mode de fonctionnement. Les ruptures de stock des vaccins y sont très fréquentes, la chaîne de froid est souvent défectueuse, le matériel de vaccination n'est pas toujours disponible, tout comme le personnel chargé de la vaccination dont les compétences ne sont plus mises à jour régulièrement comme dans les années 1980 (OMS, *Forum Mondial de la santé*, vol 8, 1997).

L'approche verticale utilisée pour exécuter ce programme en est aussi pour beaucoup. Son intégration au processus plus global de mise en œuvre des SSP n'est pas encore effective partout. Les solutions préconisées qui consistent à organiser des phases d'accélération ne permettent d'obtenir que des résultats très transitoires et qui ne sont pas souvent de bonne qualité. L'absence de système cohérent, bien structuré ayant un mode de fonctionnement logique, continue et performant amène les décideurs à se satisfaire des "*coups de poing*", des « *journées nationales* », et autres interventions massives mais ponctuelles d'accélération. Un tel procédé produit certes des résultats immédiats spectaculaires dans le domaine ciblé, mais perturbe de trop le fonctionnement harmonieux de tout le système de santé avec des baisses de performances notoires dans d'autres domaines.

Le surplus de temps consacré à l'activité exceptionnelle à promouvoir dans l'immédiat est obtenu au détriment des autres activités, du reste non moins essentielles. Ainsi ce que l'on gagne ici, on le perd de l'autre côté et le résultat globalement reste le même. En tout état de cause, l'Afrique, notamment les pays francophones, doivent absolument repenser les modalités d'exécution pratique

de son programme d'immunisation universelle des enfants. Ces programmes devraient intégrer les nouveaux vaccins sûrs et efficaces contre les maladies graves qui sévissent dans la région.

Aucun de ces pays n'a encore intégré la vaccination contre l'hépatite B. Au Sénégal où cette vaccination fonctionne de manière assez satisfaisante, elle y est conçue elle-même en tant que programme différent du programme élargi de vaccination. La vaccination contre le tétanos des femmes en âge de procréer n'a nulle part atteint les résultats escomptés. Des cas de tétanos néonatal, existent encore. Il a été opportunément décidé de choisir les consultations prénatales pour effectuer ces vaccinations. Les taux bas de fréquentation des services de consultation prénatale des femmes, souvent à un âge très avancé de leur grossesse, engendrent des taux insignifiants de vaccination antitétanique des femmes. Les indications sur les mesures appropriées à mettre en œuvre sont comme une litanie maintes fois répétées dans tous les documents programmatiques et des rapports afférents à la vaccination

Une meilleure gestion des services de vaccination

Dans le vide, la mobilisation sociale n'est d'aucun effet. La motivation qu'elle engendre disparaîtra rapidement à moins que les services de santé fournissent une réponse adéquate à la demande du public. Il importe d'inciter le personnel à tirer le meilleur parti possible de chaque contact. Pour cela il faut :

- ⇒ Vacciner les enfants dès que possible ;
- ⇒ Réduire le plus possible les intervalles entre vaccination ;
- ⇒ Vacciner les enfants souffrants de maladies bénignes ou de malnutrition;
- ⇒ Offrir la vaccination partout où sont soignés des femmes et des enfants qui remplissent les conditions pour être vaccinés ;
- ⇒ Vacciner tous ceux qui remplissent les conditions, même s'il faut pour cela ouvrir une nouvelle fiole de vaccin pour un seul enfant.

F. Marelaforce, et al. in "Forum Mondial" de la santé, vol 8, 1997

La relance du PEV est devenue une préoccupation au plan mondial. Elle est prise en compte dans le cadre de l'Initiative d'allègement de la dette des Pays Pauvres Très Endettés (PPTE). L'Initiative retient que la mise en œuvre du PEV, renforcé et autofinancé, pourrait directement améliorer les conditions de vie des pauvres et contribuer indirectement à leur participation dans le processus de croissance économique que l'initiative » (Alan Fairbank et al., Abt, 2001)

⇒ La consultation prénatale(CPN)

La consultation prénatale est entraînée de subir le même sort que la vaccination. Elle a été magnifiée à juste raison dans les années 80 avec, le lancement par l'OMS de l'approche fondée sur la notion de risque et les soins de santé. Cette approche suppose, comme le dit si bien Backett; "qu'on prenne des décisions sur les issues indésirables et que l'on mesure les liens existant entre les facteurs de risque et les issues "(Backett E.M et al, cahiers santé publique, OMS 1984).

D'autres études ont montré les capacités limitées des facteurs détectables pendant la grossesse à prédire toutes les issues indésirables de la grossesse. D'autre part, il a été constaté, au-delà des taux de couverture très bas en CPN, constatés dans la plupart des pays de la région, que les CPN effectuées n'étaient pas bien souvent de bonne qualité. Elles ne permettaient ni de détecter les facteurs de risque essentiels permettant de bien prédire l'issue de la grossesse, mais aussi ne permettaient pas non plus d'appliquer efficacement les mesures systématisées de prévention primaire des pathologies les plus couramment identifiées chez la femme enceinte dans la région.

C'est dans les programmes de lutte contre la mortalité maternelle que ce questionnement sur l'impact des CPN a été surtout fait.

Dans d'autres domaines notamment de la prévention globale des nuisances de toute nature à la santé de la mère, son utilité n'a jamais été contestée. Elle s'appuie dans ce cadre global sur la recherche de facteurs de risques facile à identifier, et sur lesquels des actions non moins simples d'éducation ou de prise en charge sont possibles. Ces facteurs sont classiquement l'âge trop jeune ou trop avancé de la gestante, la malnutrition maternelle, un espacement trop rapproché des naissances, des antécédents de maladies ou une maladie évolutive, une parité élevée, et une multitude d'autres facteurs de risques selon le contexte, classiquement bien connus (Backet. FM,OMS, 1984). Les mesures préventives systématisées à l'occasion de ces visites varient très peu d'un pays à l'autre et comprennent dans la région le déparasitage systématique, la prophylaxie "antipalustre", la supplémentation en fer, la vaccination antitétanique et l'éducation nutritionnelle et sanitaire. Les insuffisances et lacunes constatées dans l'application de ces mesures de prévention systématisées sont aussi un reflet de la mauvaise qualité des CPN décriée dans la plupart des pays de la région.

L'impact des CPN

Une enquête communautaire nationale menée au Sénégal a révélé que seul 64,4% des femmes enceintes bénéficiaient de consultation prénatales, souvent de qualité insuffisante. Le nombre moyen de CPN était de 2. Ces CPN n'ont permis de référer que 27,7% des femmes reçues et traitées aux centres de chirurgie obstétricale. Par ces référés 29,8% ont bénéficiées d'une césarienne, 17,0% d'une forceps, 11,3% ont fait une rupture utérine. Les évacuation en urgence qui n'avaient pas été référées à partir des CPN représentaient 57,3% de la population d'étude. Ces évacuées d'urgence étaient envoyées par les centres de santé(45,8%) et les postes de santé (32,0% et les cliniques privés 52,5%.

Source : Cheikh Tidiane Cissé et al., épidémiologie et qualité de la couverture obstétricale au Sénégal, rapport, CGO, CHU, 1996

⇒ Les accouchements assistés

Les accouchements assistés par du personnel qualifié à été au demeurant un des piliers des SSP dans le cadre de « l'opérationnalisation » de la composante SMI/PF. La part contributive des accouchements non assistés ou mal assistés dans la mortalité maternelle est indéniablement trop élevée.

Dans un de ces traités de vulgarisation, l'UNICEF signalait que " *pour tirer le meilleur parti des connaissances disponibles, les femmes ont besoin du soutien de leur mari, de leur communauté et de leur gouvernement. Il incombe en particulier aux gouvernements de former des personnes capables d'assister les femmes pendant l'accouchement et de mettre en place des services prénatals de routine ainsi que des services spéciaux pour les problèmes graves survenant au cours de la grossesse et pendant l'accouchement*" (Unicef. "Savoir Pour Mieux Servir", 1993).

De telles assertions sont des vérités implacables. La question fondamentale les concernant est plutôt de savoir comment les concrétiser. C'est dans cette voie que la promotion des accoucheuses traditionnelles et des agents de santé communautaire accoucheurs a été lancée dans les 1970-80 en s'inspirant des "médecins aux pieds nus" Chinois. Ce qui devait être des mesures transitoires pour certains, semblent devenir pour d'autres la solution définitive dans beaucoup de pays.

On continue à ne compter que sur des Agents de Santé Communautaire (ASC) et des accoucheuses traditionnelles pour assister les femmes à l'accouchement. Le personnel qualifié pour ces tâches reste toujours en nombre très insuffisant et est concentré dans les grandes villes. Ce n'est pas

étonnant dans ces conditions de constater des disparités énormes dans la mortalité maternelle entre la zone urbaine et la zone rurale. Le cas du Sénégal présenté ci-dessous reflète bien la situation qui prévaut dans tous les autres pays francophones de la sous région.

Les accouchements assistés au Sénégal

".. L'enquête Sénégalaise sur les Indicateurs de santé a révélé que parmi les naissances survenues au cours des cinq dernières années, une sur deux (50%) a eu lieu à la maison. On constate également que le lieu de l'accouchement varie selon les caractéristiques socio démographiques des femmes. En effet l'accouchement à la maison est plus fréquent chez les femmes les plus âgées: 54% des femmes de 35 ans ou plus contre 47% à moins de 20 ans. Le rang de naissance est encore plus discriminant. La fréquence des accouchements à domicile augmente nettement avec le rang de naissance de l'enfant: d'un minimum de 35% pour le 1^{er} rang, elle atteint 60% pour le 6^{eme} enfant et plus. en milieu urbain on constate que pour plus de huit naissances sur dix (83%) les mères ont accouché dans les services de santé; en milieu rural c'est moins d'une naissance sur trois(32%). Pour les femmes n'ayant effectué aucune visite prénatale, l'accouchement dans un établissement sanitaire est peu fréquent (10%)".

Source: Enquête Sénégalaise sur les Indicateurs de Santé (ESIS, MS-SERDHA, Measure DHS, 1999).

⇒ La planification familiale

Il en est de même des programmes de Planning Familial (PF), qui ont été lancés à coup de milliards dans les années 80 et qui se satisfont toujours des taux couverture des cibles avoisinant 10 à 12% dans les statistiques les plus optimistes des pays de la sous région. Des avancées importantes ont cependant été notées dans certains pays notamment en milieu urbain avec une plus grande implication des hommes. Au Sénégal par exemple, la prévalence contraceptive chez les hommes mariés, toutes méthodes confondues, est passé de 16% en 1997 à 21% en 1999. Elle atteint 31% chez les Célibataires (ESIS, MS-SERDHA, Measure DHS, 1999). C'est un des secteurs où la recherche scientifique, technique a fait des progrès fulgurants ces dix dernières années. Une gamme extrêmement riche de méthodes diverses et variées a été mise en place pour prendre en charge toutes les situations possibles.

Les méthodes comprennent des contraceptifs oraux combinés, des pilules progestatives, des progestatifs injectables, des contraceptifs injectables combinés, le Norplant, la ligature des trompes, la vasectomie, les barrières (spermicides, mousses, tablettes, pilules) et les condoms (masculins et féminins) (USAID-OMS, population report, Vol XXXIV, N°2, 1996). Malgré cette panoplie de moyens efficaces, souvent offerts gratuitement ou à un prix symbolique, la couverture contraceptive, dont la promotion utilise le réseau des SSP, tout au moins au plan conceptuel, n'a pas encore atteint des résultats satisfaisants dans les pays francophones de la région OMS/AFRO.

Il est vrai qu'elle est restée très longtemps une affaire des technocrates du secteur de la santé et très peu ou pas du tout celle des populations. L'intégration effective des programmes de PF dans la stratégie des SSP n'est pas encore effective dans tous les pays de la sous région. L'approche communautaire de promotion du programme n'est qu'à ces débuts, dans quelques pays dans le cadre de la mise en œuvre de l'approche des services à base communautaire (SBC). Cette approche fort prometteuses rencontrent néanmoins des problèmes préoccupants dans les pays anglophones généralement, qui l'ont démarré depuis environ plus de cinq ans. Parmi ces problèmes il y'a les ruptures de contraceptifs, les méthodes à utiliser, la motivation des agents communautaires et leur encadrement effectif.

Le manque de fournitures

"Il est souvent difficile de maintenir un approvisionnement adéquat en fournitures contraceptives. En 1996 des chercheurs du Population Council ont interviewé des agents de Distribution à Base Communautaire (DBC) dans sept des plus importants programmes de DBC du Kenya et ils ont constaté que le 1/3 d'entre eux avaient déclaré avoir été en rupture de stock au cours des six derniers mois. Le jour où l'entretien a eu lieu, environ 25% étaient à cours de pilules ou de préservatifs. En 1993 au Zimbabwe, selon la même source, il y'avait 700 agents de DBC dont le rôle était de distribuer régulièrement des contraceptifs oraux (CO) et de surveiller la tension artérielle et les effets secondaires. Pourtant plus de la moitié d'entre eux n'avaient pas l'appareil nécessaire pour prendre la tension".

Sources : Net Work – en français Family Health International, Vol. 19 n°-3, 1999

La motivation et l'encadrement approprié des agents de DBC demeurent là aussi une difficulté majeure. « La recherche montre généralement que les agents rémunérés font un meilleur travail que les volontaires » (FHI, 1999). Et au-delà du système, selon toujours FHI, l'encadrement et la participation communautaire influencent positivement la productivité des agents communautaires. L'extension de cette approche devra contribuer à améliorer la couverture contraceptive dans la zone francophone qui pourra bénéficier de toutes les études faites sur les obstacles et facteurs limitant sa mise en œuvre dans les pays anglophones de la région. C'est aussi un moyen indirect de revigorer la mise en œuvre des SSP.

⇒ Les maladies courantes de l'enfance.

La prise en charge thérapeutique des maladies de l'enfance en tant qu'orientation stratégique majeur des SSP n'a pas enregistré ces dernières années des résultats probants dans les pays francophones de la région. Il est clairement établi dans les études effectuées dans ces pays depuis plusieurs décennies que se sont les infections respiratoires aiguës, les maladies diarrhéiques, le paludisme et la malnutrition protéine- énergétique qui causent la morbidité et la mortalité de la grande majorité des enfants. La seule nouveauté dans ce domaine est constituée par l'arrivée récente du SIDA qui commence à occuper une place prépondérante dans la liste des pathologies les plus courantes de l'enfance dans la sous région.

L'offre de service pour ces pathologies fréquentes dans le cadre des SSP souffre de l'inefficacité des systèmes de santé de la plupart des pays considérés. Les services publics de santé sont bien souvent sous utilisés même pour des pathologies pour lesquelles ils devraient avoir à tous les niveaux une efficacité certaine. Les moyens de diagnostic de ces maladies courantes sont simples et accessibles tout comme les médicaments efficaces que l'on doit utiliser. Ils ont été standardisés dans des ordigrammes disponibles un peu partout.

Au Sénégal par exemple une enquête nationale récente a montré que seuls 27% des enfants âgés de moins de 5 ans souffrant d'une infection respiratoire aiguë ont été conduits en consultation dans un établissement sanitaire ou chez un médecin. Dans la même étude il a été constaté que deux enfants sur cinq ont eu la fièvre dans les deux semaines ayant précédé l'enquête qui s'est déroulée en saison sèche. Parmi ces derniers il n'y a eu que 31% qui ont été amenés en consultation dans les formations sanitaires modernes ((ESIS, MS-SERDHA, Measure DHS, 1999)..

Quant aux maladies diarrhéiques, elles représentent encore la première cause de mortalité et de morbidité infanto-juvénile dans la plupart des 22 pays ciblés. Elles semblent avoir perdu toute l'attention et l'appui dont elles bénéficiaient dans les années 80. Beaucoup de travaux sur les facteurs causals, la physiopathologie et le traitement, surtout utilisant la déshydratation, et les mesures préventives à appliquer, ont été effectués pour orienter et renforcer les programmes de lutte. Les taux d'utilisation de la SRO en cas de diarrhée sont très bas, 32,4% en moyenne avec un coefficient de variation de 0,307 dans presque tous les pays de la sous région (15,1% au Burkina Faso, 21,9% au Cameroun, 22,7% en Côte d'Ivoire, 17,1% au Togo, 26,6 % au Sénégal (EDS, Afrique de l'Ouest, Juin 1999).

En ce qui concerne la promotion de l'allaitement maternel exclusif dans le cadre de la lutte contre la malnutrition, les résultats ne sont guères meilleurs. Le pourcentage des enfants de moins de 4 mois ayant bénéficié d'un allaitement exclusif est en moyenne de 9,8% avec un coefficient de variation de 0,545 qui atteste une grande fluctuation des résultats des différents pays africains francophones concernés. Les extrêmes sont à 15,4% au Cameroun et 3,7 % en Côte d'Ivoire. Cependant l'allaitement maternel en soit est pratiqué par plus de 95% des mères dans chacun des 22 pays avec des durées minimales de 17-18 mois, maximale 22-24 mois.

La prévalence de la malnutrition est globalement élevée dans la sous région. L'indice poids-âge y fluctue entre 21% au Cameroun à 36% au Burkina Faso avec une moyenne générale pour l'Afrique de l'Ouest de 17,91% et un coefficient de variation de 0,551 en 1998-1999 (EDS, Afrique de l'Ouest, 1999; EDS-III 1997 Sénégal). Les interventions dans ce domaine sont très limitées et souvent ne couvrent qu'une petite zone du pays. Elles sont bien souvent le fait de projets de courte durée qui n'influent que de très peu ou pas du tout sur la prévalence de la malnutrition dans le pays. Il y a eu cependant dans ce cadre deux grands projets, d'envergure nationale, financés en grande partie par la Banque Mondiale à Madagascar et au Sénégal. C'est le projet sceline de Madagascar et le projet de nutrition communautaire du Sénégal. Ce sont deux projets considérés comme des réussites spectaculaires mais qui posent aujourd'hui le problème de la pérennisation de leurs interventions à l'arrêt des financements. Il s'agit d'un phénomène récurrent en Afrique dans la gestion des projets. Tous les deux ont privilégié dans leur démarche l'éducation nutritionnelle et sanitaire (*Tonia Marek et al., Health Policy and Planning, 14(4), OUP, 1999*).

L'impact des SSP au niveau de l'éducation pour la santé a été le plus déterminant de ses résultats. Il a été établi très tôt que c'est l'ignorance et les mauvaises habitudes de vie qui déterminent les principaux problèmes de santé partout. Et ce n'est pas un hasard si l'éducation pour la santé figure parmi les composantes principales des SSP. Ainsi tous les programmes prioritaires de santé exécutés dans la sous région comportent un important volet d'éducation et de communication pour la santé. Les évaluations de ces programmes portent bien souvent sur le niveau d'information et de sensibilisation des populations concernant les mesures préconisées et les modalités d'utilisation des services offerts. On mesure dans ce domaine par exemple le nombre d'enfants désirés par femme pour évaluer les messages éducatifs relatifs à la réduction de la taille des ménages, ou la connaissance des méthodes contraceptives. Le nombre de femmes en union connaissant au moins une méthode contraceptive a été trouvé très bas, en moyenne 17,4% avec un coefficient de variation de 0,251 selon les résultats des dernières Enquêtes Démographiques et de Santé menées dans les différents pays de l'Afrique de l'Ouest (M.I. Inc, EDS en Afrique de l'Ouest, Juin 1999). Un résultat aussi faible a été trouvé selon ce même rapport pour ce qui concerne le pourcentage de femmes qui connaissent différents moyens pour éviter le SIDA. Il est en moyenne pour les pays de la région de 13,6 % avec un coefficient de variation de 0,386. Les connaissances des nuisances à la santé mais surtout des moyens de les éviter individuellement et collectivement sont très faibles particulièrement en zone rurale dans les pays de la sous région.

Les actions menées pour l'amélioration des connaissances en matière de santé et de prévention sont encore très insuffisantes. Les approches et moyens utilisés sont très discutées de nos jours, eu égard aux moyens importants affectés souvent au volet IEC –communication de certains programmes, et les résultats maigres enregistrés. L'effet de ces résultats sur la morbidité et la mortalité qu'ils doivent influencer positivement est ainsi insignifiant pour beaucoup de pathologies déterminées par des attitudes, des comportements et des pratiques inappropriées.

⇒ L'Impact des SSP sur la morbidité et la mortalité.

S'agissant de l'impact des SSP sur l'évolution de mortalité, de la morbidité et de l'espérance de vie, il a été globalement important même si les résultats escomptés n'ont pas été atteints. Il faut en effet se rappeler que parmi les 12 indicateurs de l'objectif de la santé pour tous à l'an 2000, il y a pour notre région ; la réduction du taux de mortalité infantile jusqu'à 50 pour 1000 au moins et la réduction du taux de malnutrition, mesuré par le poids/âge, à 10 % au moins. Ces deux indicateurs n'ont pas été atteints dans aucun des 22 pays concernés par cette évaluation.

Les taux de morbidité spécifique restent toujours élevés même pour les pathologies infectieuses que l'on peut prévenir par des mesures simples et accessibles. L'application de l'approche basée sur les SSP a certes permis de les réduire de manière significative, mais cette réduction reste encore très insuffisante. Des efforts supplémentaires et énergiques sont encore nécessaires de la part des pays et de l'OMS. La prévalence, à titre d'exemple des maladies les plus préoccupantes comme la tuberculose, le VIH/SIDA, le paludisme, les IRA, les maladies diarrhéiques, et autres maladies microbiennes, parasitaires et virales, demeure très préoccupante. Le succès remporté dans les pays de la sous région sur la réduction drastique de la dracunculose, de l'onchocercose et de certaines maladies cibles du PEV crée l'espoir et témoigne de la possibilité qu'ont les pays, lorsqu'ils s'organisent et s'engagent ensemble, au sein de l'OMS, de venir à bout de ces fléaux. La lutte qui a été menée contre l'onchocercose dans 11 états de la région pendant plus d'une décennie est un bel exemple des possibilités qui s'offrent aux pays de la sous région.

La menace que constitue actuellement les maladies induites par les politiques hydrauliques, qui s'appuient principalement sur la réalisation de barrage, dans la sous région, telle que la schistosomiase, doit faire méditer l'approche utilisée par le programme de lutte contre l'onchocercose. A côté de ces maladies aiguës microbiennes et parasitaires, il y a un développement lent mais progressif et inexorable des maladies chroniques comme le diabète, les maladies cardiovasculaires, les cancers et autres pathologies dégénératives.

Les pays de la sous région sont entraînés de vivre insidieusement leur forme particulière de transition épidémiologique où l'on risque d'avoir beaucoup de cas de chacun des types de maladies aiguës et chroniques. Un tel contexte épidémiologique est à l'évidence défavorable pour la qualité de la vie et l'espérance de vie également. L'objectif de 60 ans de l'espérance de vie à la naissance qui devait être réalisé dans chaque pays à l'an 2000, n'a été atteint dans les 22 pays de sous région qu'en Algérie où elle est de 61,6 pour la population totale (62,5 ans pour les hommes et 60,7 ans pour les femmes) [OMS, Rapport sur la santé dans le monde, 2000].

La forte mortalité et morbidité constatées dans la sous région sont les faits des déterminants classiques de la santé que sont les facteurs environnementaux, génétiques et comportementaux mais aussi et surtout ceux liés au système de santé. Son organisation, ses moyens et son mode de fonctionnement sont essentiels dans ces pays pour la réduction de la fréquence des problèmes de santé. D'aucuns ont critiqué son orientation plus poussée vers la satisfaction plus des besoins que de la demande en soins, décidée avec le lancement des SSP (OMS, rapport santé dans le monde, 2000).

Place et rôle des systèmes de santé

"....A l'aube de ce nouveau siècle, les systèmes de santé ont le pouvoir et la possibilité de réaliser d'extraordinaire amélioration. Malheureusement, ces systèmes peuvent aussi abuser de leur pouvoir et gaspiller leurs énergies.

Insuffisamment structurés, mal dirigés, organisés de façon inefficace et sous financés, ces systèmes de santé risquent de faire plus de mal que de bien....."

Source:OMS, rapport sur la santé dans le monde, 2000

La réduction de la morbidité de la mortalité, de l'invalidité, en un mot de la souffrance des populations, et conséquemment l'accroissement de l'espérance de vie, est en réalité la finalité de tout système de santé. Il faudrait, pour cette raison, concentrer les efforts des pays sur les systèmes de santé, qui dans la sous région, sont au plan théorique, tous basés sur l'approche SSP. Beaucoup reste cependant à faire dans ce domaine pour en faire de véritable systèmes de SSP, réellement efficaces.

Les expériences spécifiques de projets de développement de systèmes de SSP performants dans la sous région ont eu des résultats mitigés. Les plus documentés sont en République Démocratique du Congo (ex Zaïre), le projet Kasongo, au Sénégal, le projet de SSP Belgo-Sénégalais de Pikine, une zone périurbaine surpeuplée de la banlieue de Dakar et le Projet santé rurale –USAID –Sénégal de l'ex région du Sine Saloum, au Bénin le projet de développement sanitaire de PAHOU, du CREDESA, et plus récemment dans des domaines spécifiques, les projet de nutrition communautaire du Sénégal, et le projet Secaline de Madagascar (tous les deux d'envergure nationale) et au Niger le projet « Assurance Qualité », financé par l'USAID.

Tous ces projets sont basés sur la philosophie, les principes et les méthodes des SSP. Ils ont tous eu en un moment de leur mise en œuvre un succès éclatant. Ils ont tous la particularité de dépendre fortement des financements extérieurs. Ils présentent ainsi tous le risque de voir leurs activités ralentir voire s'estomper à l'arrêt des financements extérieurs. Il se trouve également, qu'en dehors des deux projets de nutrition cités ci-dessus, tous les autres étaient exécutés dans des zones très limitées, comme des projets pilotes ou dans des zones d'expérimentation des SSP.

La stratégie de l'initiative de Bamako, apparaît dans le cadre du renforcement des SSP, comme la mesure régionale qui semble être la plus prometteuse d'espoir. Elle présente une approche plus globale touchant à tous les aspects essentiels du processus gestionnaire pour le développement sanitaire. Elle repose sur des méthodes de gestion simples, complètes et efficaces, intégrant systématiquement la participation active des populations à toutes les étapes des processus.

L'approche de l'IB fait du monitoring, incluant la micro planification et la budgétisation et la mesure systématisée des performances, sa composante fondamentale. Il couvre des domaines du processus gestionnaire essentiels au renforcement des performances du système de SSP.

1. La planification à travers la micro-Planification qui est le modèle même d'une planification centrée sur la résolution de problèmes concrets identifiés. Elle suit immédiatement l'analyse des données collectées lors du monitoring et se préoccupe de lever les "goulots d'étranglement" et autres obstacles et difficultés rencontrés les 6 mois précédents. Elle est faite par les techniciens et les représentants des populations à l'occasion d'une réunion dynamique de planification.

2. La budgétisation – le mécanisme par lequel le budget par structure est conçu dans le cadre de la micro-planification est tout aussi pratique, simple et complet. Il permet de transférer efficacement ce type de compétence à l'équipe de santé et aux représentants des populations sans théorie aucune. Il s'appuie au Sénégal particulièrement sur un outil pré-fabriqué, qui couvre tous les besoins de la structure, organisé en chapitres budgétaires qu'il convient simplement de remplir en estimant les besoins pour les 6 mois à venir pour chaque item et les coûts. Il est suivi d'une analyse budgétaire pour effectuer les équilibres nécessaires entre les chapitres.

3. Suivi-évaluation (qui est le monitoring à proprement parler) - il part du choix des activités les plus importantes pour influencer positivement la réduction de la mortalité et la morbidité chez les enfants et les femmes. Tous les pays de la région ont choisi la vaccination des enfants dans le cadre des PEV, la consultation prénatale la plus complète possible (intégrant la vaccination contre le tétanos, la supplémentation en fer, la distribution de chloroquine, le déparasitage, l'éducation nutritionnelle et sanitaire), la consultation curative primaire utilisant systématiquement les ordigrammes pour les 10 maladies les plus courantes, testés et validés, les recettes mobilisées et les dépenses effectuées durant les 6 mois. Le suivi de ces trois activités essentielles permet au niveau des centres et des postes de santé d'apprécier leur performances et d'évaluer le niveau de recouvrement des coûts de fonctionnement de la structure. Les données de base pour les calculs à effectuer sont disponibles et les méthodes d'échantillonnage et de sélection au hasard des unités statistiques sont simplifiées et standardisées dans chaque pays. Les indicateurs calculés, inspirés des travaux de Tanahashi concernent la disponibilité des ressources et l'analyse des couvertures des populations bénéficiaires des services offerts (Tanahashi, T., WHO, 1978). Les indicateurs portent sur l'évaluation du taux d'accessibilité géographique, de disponibilité des ressources requises pour mener chacune des 3 activités, d'utilisation par les cibles pour chacune d'elles, de couverture adéquate et effective qui intègrent la dimension qualité du service offert pour prédire son efficacité. Ces indicateurs calculés sont présentés sous forme graphique pour faciliter la lecture et la compréhension afin de partager aisément les résultats enregistrés avec les membres des comités de santé. C'est sur la base de l'analyse de ces courbes de monitoring que les techniciens et les populations s'engagent dans un processus d'analyse approfondie des résultats pour mieux comprendre les déterminants (causes et facteurs favorisants) des manques ou baisses de performance à résoudre dans le prochain plan.

Malheureusement, l'approche est bien souvent insuffisamment enseignée dans les écoles de formation tout comme aux techniciens des ministères. En plus dans certains des pays concernés par cette évaluation, la stratégie n'est pas encore généralisée à tous les districts. D'autres qui avaient bien démarré comme le Bénin, la Guinée, le Sénégal, le Togo et dans une moindre mesure la Côte d'Ivoire et la Mauritanie, ont quelque peu relâché et leur résultats des premières années ne sont plus atteints. Plusieurs réformes sont venues interférer avec cette stratégie et ont quelque peu détourné l'attention des acteurs sur le terrain sur ces nouvelles approches. Ce fut le cas de la PCIME et les activités spécifiques envisagées dans les programmes prioritaires comme la Santé de la Reproduction après le Caire, la relance des programmes des IST/SIDA, du paludisme et de la tuberculose. Le renforcement des performances des systèmes de santé et leur efficacité devra nécessairement intégrer la relance de la stratégie de renforcement des SSP par l'Initiative de Bamako.

VI -- Inter actions Soins de Santé Primaires et développement communautaire dans la région

1. STRUCTURES COMMUNAUTAIRES DE DEVELOPPEMENT ET SSP.

Les organisations communautaires de développement sont des démembrements de la société civile et jouent un grand rôle dans les SSP. Une étude multicentrique menée par l'OMS siège dans 11 pays à travers le monde de 1996 à 2000 a révélé leur nombre important dans chacun des pays considérés et leur dynamisme extraordinaire dans les domaines touchant la santé communautaire et les SSP. Au Sénégal, le seul pays francophone ayant participé à cette "étude, l'enquête menée dans deux districts de la région de Dakar a révélé quelques 500 organisations en moyenne par district comprenant principalement 9 différents types d'organisation communautaire. Ce sont des associations et groupements de jeunes, de femmes et de personnes du 3^e âge, créés autour d'activités sportives et culturelles, d'activités génératrices de revenu, d'activités religieuses, d'activités d'éducation et d'entraide. L'étude a permis de découvrir une collaboration effective de ces organisations communautaires avec les services de santé au côté des comités de santé créé à l'effet de concrétiser la participation des populations à la santé.

Collaboration des organisations communautaires avec les services de santé au Sénégal

Une étude sur les structures communautaire de développement menée au Sénégal dans deux districts du pays a révélé que plus de la moitié(58%) des 600 organisations communautaires de développement étudiées (300 dans chacun) déclarent collaborer déjà avec les services de santé des districts concernés. Cette collaboration porte essentiellement sur la participation à l'information et à la sensibilisation des populations pour la santé et à la formation (13,6%), à l'hygiène et à l'assainissement (8,6 %).

Il n'a été évoqué par les responsables enquêtés que des actions commanditées et dirigées par les services de santé. Beaucoup d'actions de haute portée sanitaire menées en toute indépendance par les organisations communautaires ne sont pas considérées comme relatives à la santé. Une telle vision trop restrictive du domaine de la santé limite les possibilités de collaboration entre les organisations communautaires de développement et les services de santé.

Ce manque de collaboration ou plutôt son insuffisance relève pour la plupart des personnes interrogées (58 %) du fait que les organisations en question ne se sentent pas concernées par les problèmes de santé. Elles pensent que leurs organisations ne peuvent pas avoir un impact significatif sur ces problèmes qui relèvent d'autres compétences. D'autres, (19,3 %) ont avoué que cette collaboration n'existe pas par manque d'information.

Il y a enfin ceux qui ont déclaré qu'il n'y a pas de collaboration parce que les services de santé ne les ont pas impliqués dans la résolution des problèmes de santé. Certaines de ces personnes enquêtées ont cependant affirmé que leurs organisations ont fait des réalisations dans le domaine de la santé. Les réalisations citées sont principalement la participation aux causeries d'information et de sensibilisation (29,5 %) et l'appui au fonctionnement des services de santé (31,8 %).

Source: I. Diallo, Rapport, HSDS, Sept 1998

Les comités de santé existent au niveau de chacune des formations sanitaires des districts des pays francophones de la région. Ils ont représenté dans la plupart de ces pays les premiers maillons du processus de décentralisation au sens de transfert des pouvoirs que détenaient l'administration à des organisations communautaires à la base. Dans certains pays ils ont pris une telle importance qu'il a fallu un décret présidentiel pour statuer sur leur organisation et leur mode de fonctionnement.

Malgré tout, l'élection de leurs membres, leur structuration interne, leur interrelation avec les services et personnel de santé, leur motivation contenu de poser partout des problèmes très complexes. Le bénévolat déclaré de leurs membres semblent être l'un des plus difficiles problèmes à résoudre, et cela d'autant plus que c'est eux qui collectent et gèrent les recettes issues de la vente des médicaments et autres types de participation financière des populations à la santé. L'effort financier de ces comités sont suppléés dans beaucoup de ces pays par les mutuelles de santé naissantes et qui prennent de l'envergure partout.

Il en est de même des ONG, évoqués plus haut, et les Groupement d'intérêt Economique (GIE). Les GIE sont des structures privées à but lucratif avec une orientation plus commerciale que philanthropique. Ils participent néanmoins dans une large mesure aux SSP. Au Sénégal, tous les volets du projet de Nutrition communautaire ont été exécutés par des GIE créés au niveau communautaire sous un mode contractuel. Beaucoup de ces organisations officient dans des formations sanitaires de type varié. L'intervention des structures communautaires dans les SSP souffre principalement de manque de coordination, d'intégration, de suivi régulier et d'évaluation. Les responsables des districts ne les voient pas encore comme des partenaires à part entière pour aider à magnifier leur utilité et leur efficacité dans le domaine de la santé.

2. LES INSTITUTIONS COMMUNAUTAIRES DE PRESTATION DE SSP

Les institutions de SSP à base, composées selon le pays de cases de santé, de maternités rurales, de postes de santé, de centres de santé et de dispensaires, constituent les premiers niveaux des systèmes de recours. Elles jouent le rôle d'interface entre la population et les systèmes modernes de santé. Ces institutions fonctionnent dans chacun des états francophones de la région avec une participation effective des populations organisées en comité de santé ou pas.

Ces formations sont implantées selon l'organisation administrative des pays, au niveau des communautés, dans les villages ou les quartiers des villes. Au Sénégal par exemple, il est prévu de créer un poste de santé (équivalent de centre de santé dans les autres pays) pour tous les 10.000 Habitants. Le poste de santé est classiquement dirigé par un infirmier chef de poste assisté par des aides, agents de santé communautaires, recrutés et payés par le comité de santé.

Il y a dans chacun des pays de la région un réseau plus ou moins dure de structures de prestation de SSP, qui constitue l'essentiel du système national de santé. Environ 80 % des populations de ces pays sont soignés au niveau de ses structures qui malheureusement ne reçoivent dans les meilleurs des cas que 20 % des ressources du système de santé (*Diallo I., Rapport d'enquête sur les performances des postes de santé, Juin 1993; WHO, PHC, Geneva 1992*). Elles n'arrivent pas non plus à mobiliser par elles mêmes des ressources suffisantes pour bien fonctionner. Il leur manque ainsi bien souvent des équipements adaptés, du personnel qualifié, des procédures de gestion appropriées, soutenues par des outils standard testés et validés. Le dysfonctionnement de ces structures est à la base des performances insuffisantes des systèmes de santé constatées dans presque tous les pays de la sous région. La revitalisation des SSP à travers l'Initiative de Bamako s'appuie ainsi principalement sur le renforcement de l'organisation, des moyens et des mécanismes de fonctionnement de ces structures.

Le manque de personnel qualifié; infirmiers, sages femmes, techniciens supérieurs voire des médecins font qu'elles fonctionnent avec uniquement des agents de santé communautaire formés sur le tas, sous la pression de la nécessité. Les écoles de formation de base en soins infirmiers existent cependant dans tous les pays, mais n'ont pas atteint leur niveau de fonctionnement optimal dans aucun d'eux. Dans certains cas elles forment peu par rapport aux besoins et aux possibilités de

recrutement du pays, et dans d'autres elles forment plus que les pouvoirs publics ne peuvent recruter. La substitution par les agents communautaires n'est guère une solution meilleure.

Il se pose avec acuité partout le problème de leur prise en charge matérielle et financière. Les démissions parmi les formés sont nombreuses. S'ils ne sont pas encadrés et supervisés régulièrement, ces agents de santé communautaire peuvent dans certaines situations être pire que leur inexistence. A l'heure de l'émergence de nouvelles maladies aiguës transmissibles et de l'accroissement inquiétant des maladies chroniques dans la sous région, hanté par le spectre de la pauvreté, il urge de mettre en place de nouvelles stratégies alternatives pour mieux faire face à ces défis. Les services à domicile et à base communautaire semblent offrir une piste à explorer. Ils requièrent cependant, eux aussi, l'utilisation d'intermédiaires appelés volontaires ou agents communautaires, pour suivre, voire administrer, certains types de soins à domicile et au niveau communautaire.

4. LE PERSONNEL COMMUNAUTAIRE ET LES SSP DANS LA REGION

Les résultats positifs dans le cadre des SSP que l'on magnifie le plus actuellement dans les systèmes de santé, seraient en grande partie dus à la contribution des agents de santé communautaire. Il font partie intégrante de tous les systèmes de santé de la sous région. Une bonne partie de la population dans ces pays, n'a accès qu'aux soins de santé offerts par les ASC, matrones accoucheuses, secouristes, aides soignant, relais, volontaires distributeurs de produits contraceptifs ou autres. Leur rôle et responsabilité diffèrent selon les pays et évoluent selon les moments et les circonstances. Certaines des structures de soins fonctionnent entièrement avec les ASC.

C'est le cas des cases de santé, des maternités rurales, des dépôts communautaires de pharmacie, particulièrement développés au Sénégal. Leur nombre par pays dépasse souvent les milliers. Au Sénégal le nombre d'ASC dans l'ensemble des 52 districts du pays est estimé à plus de 3000 agents. Ils ont classiquement été formés localement par les infirmiers et les sages femmes, de manière essentiellement pratique, la grande majorité étant analphabète dans certains pays. L'utilité des ASC et le rôle important qu'ils jouent en tant que soubassement de la santé communautaire sont aujourd'hui évidents et reconnus dans tous les pays de la sous région. Il n'en demeure pas moins vrai cependant que la manière de les utiliser, la plus efficace possible, n'est pas encore trouvée dans aucun des pays. Tous les aspects relatifs à l'implication des ASC à l'offre de service de soins de santé primaires posent des problèmes à des degrés variables selon les pays. La sélection des ASC dans certains pays est l'étape la plus difficile.

Certains leaders locaux voient en la fonction de l'ASC un intérêt politique et souvent économique et cherchent ainsi à imposer un membre de leur famille comme ASC. Ils y voient un emploi qui certes est déclaré bénévole mais dans leur esprit pourrait être un jour rémunéré. D'autres fois c'est le souhait de trouver une personne scolarisée volontaire qui est impossible à satisfaire dans certaines localités. Plusieurs autres difficultés sont rencontrées dans la sélection.

Leur recrutement n'est pas toujours fait de manière transparente et démocratique. Leur formation souffre dans certains des pays de la sous région de l'inexistence de manuel testé, validé et standardisé, couvrant toutes les tâches essentielles confiées à l'ASC. La plupart des pays utilisent le manuels des accoucheuses traditionnels développé soit par l'UNICEF soit par l'OMS sans aucun effort d'adaptation. Le processus d'organisation et de gestion des ASC était mieux fait au lancement des SSP dans la région. Il en est même de leur utilisation effective.

La supervision, qui doit être systématisée, chaque fois que l'on décide d'utiliser les ASC, est de plus en plus négligée dans la plupart des districts. L'ASC est laissé à lui-même et jouit ainsi d'une

autonomie qui amène les plus téméraires d'entre eux à exécuter des gestes et des actes dangereux qu'on ne lui a jamais appris. Il n'est pas rare de voir dans les zones rurales des pays de la région des ASC appelés "*Docteur*" se déplacer en moto avec un gros sac derrière, contenant des médicaments et du matériel qu'il ne devrait jamais utiliser. N'étant pas payé dans les localités où on les considère comme des bénévoles, ils se livrent souvent à un véritable mercantilisme pour gagner leur vie.

Cet aspect financier, ces problèmes de salaires, de prime, en tout cas de "motivation", de l'ASC pour son utilisation optimale est un véritable dilemme partout. Il est dans la plupart des cas impossible de les recruter sans qualification dans la fonction publique, et ce serait les "*fonctionnariser*" ce que l'on ne voudrait pas du tout. Décider de ne pas les payer du tout, ne semble pas être aussi la bonne solution. Les faire payer sur des fonds des projets financés de l'extérieur, c'est accepter d'avance de les perdre à la fin du projet. L'alternative qui consiste à les payer sur les recettes générées par la structure qui les emploie, semble marcher mieux dans la plupart des pays de la région. L'idée de faire un champ que les membres de la communauté, que sert l'ASC, cultivent pour lui, a été testé en vain dans certaines zones de la région. Il a été aussi tenté dans des pays comme le Sénégal, une expérience consistant à obtenir que les populations que sert l'ASC lui versent une redevance en nature par foyer au moment des récoltes. Cette expérience soutenue par le projet santé rurale USAID – Sénégal, n'a pas été concluante.

L'ASC par ce mécanisme devenait rapidement très riche et était jaloué par les autres. Le système sénégalais en cours actuellement constitue un compromis dynamique dans ce domaine. Il semble bien marcher dans le cadre de l'IB avec le versement des 20 % des recettes provenant de la vente des tickets de consultation et destinées au fonctionnement courant des structures aux ASC. Les ASC travaillant dans des structures dynamiques, avec une charge de travail conséquente et qui par conséquent mobilisent des fonds substantiels par mois, perçoivent des salaires représentant des fois le SMIG voire 2 fois et plus son montant. Ces ASC étant un prolongement du système administratif au niveau communautaire, ne bénéficient pas, tout comme les fonctionnaires qui les encadrent, de système de gestion efficace.

Leurs performances ne sont pas périodiquement évaluées. On ne leur applique pas non plus de sanction positive ou négative sur une base objective. Ils ne bénéficient pas également de politique de développement au plan professionnel. Leur Intervention continue à être géré comme on gère dans ces pays le secteur informel. Il y a donc nécessité de mieux structurer l'utilisation des ASC, de mieux l'organiser et de l'assortir d'un mécanisme de gestion efficace, intégrant tous les aspects depuis leur sélection jusqu'à la promotion de leur carrière ou la valorisation au moins de leurs tâches professionnelles, surtout là où il est établi que la fonction d'ASC n'est que transitoire dans la vie de l'individu (OMS, Santé Publique en Question N° 4, 1999).

VII -- Rôle de l'OMS et des autres institutions dans le développement des SSP

Le bureau Afro de l'OMS tente depuis 1978 d'aider les états membres à mettre en œuvre les SSP. Il a dû organiser plusieurs cours sur le thème et élaborer beaucoup de documents de vulgarisation, d'orientation et de guide méthodologique pour promouvoir la mise en œuvre de l'approche dans les pays de la région. Le bureau a eu aussi à organiser des rencontres sur le sujet et à financer des projets de recherche sur des thèmes variés y afférents. C'est dans ce cadre qu'il faut placer les diverses orientations stratégiques préconisées par l'OMS, comme l'important travail fait à propos du scénario de développement sanitaire à trois phases, la politique des médicaments essentiels sous leur nom générique, la programmation sanitaire par pays (PSP), le concept de district et ses implications "manageriales", l'Initiative de Bamako et les autres mesures novatrices de gestion.

L'OMS AFRO a aussi eu à faciliter les échanges entre les acteurs du même secteur et à mettre à leur disposition des manuels, des brochures et guides de différente nature sur l'approche des SSP. Le leadership de l'OMS dans la promotion des SSP n'a jamais fait défaut. On peut même dire à ce sujet que l'organisation est allée souvent beaucoup plus vite dans les propositions de mesures innovantes que les systèmes de santé ne pouvaient absorber. Les changements qu'elle préconise se suivent souvent à un rythme si rapide que les systèmes de santé des pays n'arrivent pas souvent à les appliquer correctement tous. Il arrive ainsi qu'au moment où les états sont dans un processus ardu de mise en œuvre d'une réforme importante dans le cadre des SSP, une autre apparaît sans qu'ils sachent l'articulation entre les deux.

Si les prometteurs sont différents ou si ceux qui appuient leur mise en œuvre sont des bailleurs de fonds différents, il y a des risques de voir ralentir voire abandonner les efforts sur le premier au profit du second même s'il y a un plan directeur national et un comité de coordination des bailleurs dans le pays. L'OMS devrait renforcer son assistance aux pays membres pour consolider, institutionnaliser les bonnes pratiques, les mesures efficaces en application avant l'introduction de nouvelles initiatives surtout celles venant de l'extérieur. Elle devrait aussi aider à bien définir les liens existant entre les innovations qu'elle suggère aux pays avec les mesures déjà en application dans ces pays dans le cadre des SSP. Le lancement du PEV dans les années 1970 a connu un succès sans précédent dans la plupart des pays de la région. La relance des programmes de planning familial a amené certains pays à accorder moins d'attention au PEV, focalisés qu'ils étaient sur le planning familial.

On peut dire la même chose pour la réhydratation par voie orale et la lutte contre la malnutrition de manière générale. La promotion des interventions prévues dans ce cadre avait bien démarré mais n'était pas institutionnalisée avec des mécanismes pérennes de financement et d'appui technique. Elle a été classée au second plan par l'arrivée de nouveaux programmes ayant des ressources propres, consistantes et bénéficiant d'une attention toute particulière des décideurs nationaux et internationaux.

Il n'y a pas de programme qui n'ait souffert de cet état de fait à cause de l'absence de vision de système, telle que préconisée dans le cadre de la stratégie des SSP. L'approche systémique de gestion devrait être mieux soutenue par l'OMS. Elle permet d'avoir une conception plus globale de ce qu'il y a à faire et de centrer en permanence les moyens et les efforts sur la résolution des problèmes prioritaires prévalant et d'échapper ainsi au dictat des "nouveaux" programmes. L'approche systémique à l'avantage dans ces pays de soutenir d'abord et avant tout le

développement des institutions et aussi la consolidation et le renforcement de leur interrelation et interdépendance, en faisant qu'elles se complètent et visent la réalisation d'objectifs communs.

L'OMS devrait nécessairement garder le leadership dans le secteur de la santé et consacrer plus de moyens et de soutien technique à la création ou au renforcement des systèmes de santé en tant que sous système du système national orienté vers le développement humain durable. Tout système est, par principe, partie intégrante d'un système plus grand. L'OMS devrait aider les pays à mieux comprendre et mieux structurer les sous systèmes de leur système de santé, mieux définir leur interrelation et leur interdépendance, leur synergie et la manière de les faire fonctionner efficacement ensemble.

Dans ce même ordre d'idée, les interactions nécessaires du système de santé avec les autres systèmes devraient être mieux étudiées, bien codifiées et les mécanismes de les faire fonctionner au mieux clairement définis. Les principes de base d'une telle vision sont contenus, de manière certes pas totalement explicite, par l'Agenda 2020 dont il faut saluer ici la pertinence de son contenu et la validité de ses orientations stratégiques. Si l'on sait que la plupart si ce n'est tous les projets de SSP exécutés dans la sous région ont été financés par la coopération bi et multilatérale internationale, on mesure bien leur rôle essentiel dans la promotion et le développement des SSP en Afrique. Elle se conforme effectivement aux options des pays souverains.

Il peut arriver cependant que des pays ne soient pas bien outillés pour traduire de manière appropriée les politiques et stratégies du Bureau Régional. Dans ces conditions des dérapages sont possibles. Les experts internationaux qui les appuient peuvent eux aussi ne pas être suffisamment préparés pour comprendre et assimiler les stratégies régionales et la manière appropriées de les appliquer efficacement dans les contextes particuliers de chaque pays membre. La stratégie de l'initiative de Bamako est une belle illustration de cet état de fait. L'OMS/AFRO devrait pour cette raison avoir le soutien de la coopération internationale pour renforcer constamment le développement des capacités des experts nationaux dans les différents pays. La formation en SSP a été quelque peu négligée dans la plupart des pays de la région.

L'approche n'est pas encore enseignée dans la plupart des facultés de médecine des pays de la sous région où sont formés les cadres supérieurs, futur dirigeants du secteur de la santé. Celles qui l'enseignent, comme la faculté de Dakar, ne lui consacre pas encore un volume horaire suffisant pour véritablement développer les capacités des apprenants dans ce domaine. Des rattrapages sont tentés par-ci et par là lors des formations de courte durée organisées surtout dans le cadre de l'initiative de Bamako, le moyen choisi dans la région pour revitaliser les SSP.

L'OMS/AFRO devrait à partir de son institution régionale de formation revigorée organiser la formation dans toute la région en s'appuyant sur le réseau des institutions de formation existantes. Les programmes de formation seraient ainsi guidés par les orientations politiques et stratégiques en matière de santé publique de la région. Les principes et stratégies de formation de la région ainsi que les programmes, pourraient être initiés et développés par l'Institution Régionale de formation du Bureau Régional. Les Facultés de médecine, les écoles de formation en santé devraient figurer parmi les destinataires de cet Agenda 2020 pour s'assurer que les produits qu'elles préparent seront aptes à appliquer efficacement les indications contenues dans ce document programmatique d'importance capitale pour la sous région. Les mêmes efforts de vulgarisation, de sensibilisation devraient être faits en direction de tous ceux qui aident les pays de la sous région pour que tous ensemble puissent aller dans la même direction. Les institutions internationales de coopérations bi et multilatérales ont une grande responsabilité dans la promotion et le développement des SSP en Afrique. Elles apportent une contribution financière et technique très importantes qu'il conviendrait de canaliser sur la vision et les orientations stratégiques du bureau

régional, l'organisme responsable de l'élaboration des politiques, des orientations stratégiques et de la coordination des interventions.

L'Agenda 2020 traduit éloquemment l'un des rôles fondamentaux que doit jouer le bureau régional de l'OMS, qui est de définir la politique de santé de la région selon une approche stratégique permettant l'expression en termes clairs et précis des problèmes à résoudre, leurs déterminants, les solutions à leur appliquer. Il se trouve malheureusement que les états mettent du temps à s'approprier ces visions de l'OMS/AFRO et à les traduire en politique et stratégies nationales. La cohérence globale et le soucis de parler le même langage et d'aller dans la même direction devraient amener tous les états membres à produire immédiatement leur déclaration de politique nationale, en s'inspirant des orientations et stratégies de l'Agenda 2020 du Bureau Régional.

Cette déclaration devrait être adoptée au plus haut niveau de l'état et partagée largement avec tous les partenaires nationaux et internationaux du secteur de la santé dans le pays. Il se trouve que dans beaucoup de pays l'Agenda 2020 n'est même pas connu tout au moins pas par tous ceux qui devraient participer activement à sa promotion, comme les institutions nationales et régionales de formation en santé. Ces institutions devraient elles aussi adapter leur programme de formation aux orientations des politiques et stratégies régionales en matière de santé. L'institution régionale devrait dans ce cadre jouer le rôle déterminant. Elle devrait tenter d'offrir un modèle aux autres institutions mais aussi et surtout assurer la coordination du réseau des institutions de formation en santé publique de la région pour promouvoir l'enseignement de la santé publique en général et des soins de santé primaires dans les pays membres. L'OMS/AFRO devrait à travers son institution régionale de formation faciliter les échanges entre les institutions de formation de la région dans les divers domaines pouvant contribuer à leur développement institutionnel, au renforcement de leur capacité, leur complémentarités et leur synergie. Ces échanges peuvent principalement concerner les enseignants, les programmes d'enseignements dont les principes de base pourraient à terme être standardisés, les matériels pédagogiques et les résultats de travaux de recherche.

L'institution régionale de l'OMS devrait pouvoir s'appuyer sur les autres institutions de la région pour procéder périodiquement à une évaluation des enseignements dispensés dans la région dans ce domaine crucial des SSP et dans d'autres domaine prioritaires. L'OMS/AFRO soutenu par les partenaires internationaux devrait considérer la formation comme un des volets essentiels du renforcement des SSP dans la région et procéder à son organisation effective et efficace. Il faudrait dans ce cadre le renforcement du réseau des institutions de santé publique de la région qui passe nécessairement par une définition claire d'une politique et des stratégies régionales de formation en santé publique qui donnera une place de choix aux SSP. L'OMS devrait aider les pays, à l'instar de ce qui avait été tenté avec un succès mitigé dans les années 80 avec la création dans chaque pays d'un Centre National de Développement Sanitaire (CNDS), à créer une structure de gestion de la formation dans chacun d'eux. Celle ci, en collaboration avec l'institution régionale et par son intermédiaire avec le réseau des institutions de formation en santé publique africain, devrait se charger de l'organisation, l'animation (là où les ressources existent), le suivi technique et l'évaluation périodique de toutes les formations en santé publique destinées au personnel du secteur de la santé dans le pays. L'institution régionale et les structures nationales de formation devraient établir un partenariat entre elles pour plus spécifiquement s'atteler à impulser, organiser, coordonner et évaluer les formations nécessaires en santé publique, et dans les divers domaines des SSP en particulier.

L'un des facteurs qui a le plus limité la réussite des politiques et stratégies de santé publique de la région est le manque de formation, adaptée au contexte spécifique des pays, des acteurs du secteur de la santé. Leur formation en santé publique, pour ceux de la zone francophone, n'a démarré que récemment et est faite pour l'essentiel à l'extérieur du continent. Elle n'est pas dans ces conditions

centrée sur les besoins identifiés dans les pays de la région, mais également ne s'appuie point sur des techniques, des méthodes et des stratégies applicables dans les pays concernés.

Les formations de courte durée, sous forme de séminaire et d'atelier, organisées trop souvent dans les pays pour pallier aux besoins de formation identifiés, sont trop partielles et parcellaires, et centrées bien souvent sur un seul aspect particulier des problèmes multiples intriqués qui se posent. Elles sont conçues dans le cadre de programmes spécifiques, exécutés bien souvent sur un mode vertical. Ces types de formation ne favorisent pas la vision systémique magnifiée ci-dessus. Elles, au contraire, perturbent grandement le fonctionnement des services avec ces types de formation santé en maintenant trop fréquemment le personnel hors de leur lieu de travail. Il n'est pas rare avec ces types de formation de constater que les agents, mêmes des cadres, peuvent être amenés à passer dans l'année le 1/3 voire plus de leur temps de travail hors de leur lieu d'affectation. Ces formations devraient être évaluées dans les pays de la région pour bien apprécier leur pertinence et leur validité par rapport surtout à leur coût économique et social, et pour leur trouver au besoin des solutions alternatives plus appropriées.

Il est indéniable que la transformation en profondeur du secteur de la santé, tant souhaitée en Afrique, passera inéluctablement par une formation appropriée d'une masse critique d'agents de santé et leur utilisation la plus efficace possible. L'OMS/AFRO devrait pour cette raison aider la région et les pays membres à élaborer et appliquer des politiques et stratégies cohérentes et adaptées de développement des connaissances et compétences de leur personnel de santé, conformément aux besoins et problèmes de santé de la région et aussi aux solutions adéquates que l'on peut leur appliquer efficacement. Une telle formation nécessite certes l'élaboration de politique et programme de formation pertinents mais aussi et surtout le développement harmonieux des institutions locales de formation, organisées en réseau et ayant les capacités requises pour dispenser un enseignement de qualité et promouvoir la recherche en santé dans la région. La formation ne sera plus ainsi perçue par les décideurs et surtout par les populations comme une contrainte gênant le bon fonctionnement des services, (comme c'est le cas actuellement dans beaucoup de pays de la région), mais au contraire comme une véritable opportunité dont la contribution au renforcement des performances et de l'efficacité des systèmes de santé sera visible et perceptible par tous. L'OMS/AFRO et ses partenaires au développement devraient donc considérer le développement des ressources humaines locales et leur bonne utilisation comme le moyen politique et stratégique le plus efficace, pour (1) d'une part alléger la lourde dépendance des systèmes de santé de la région des experts extérieurs et pour (2) d'autre part améliorer constamment et de manière durable la mise en œuvre des programmes et actions de santé à travers les SSP et conséquemment l'instauration de la Santé Pour Tous./.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Académie des Sciences, Institut de France : Santé de la mère et de l'enfant dans les pays en développement : Constats et Propositions d'actions ; *Symposium à l'Institut de France, Paris 21-22 Octobre 1999.*
2. Accorsi S., Borghese G., Diallo I., Farese P.: Un défi : Soins de Qualité à Coût Abordable ; « *L'ENFANT en milieu tropical, n°219, 1995* ».
3. AGETIP : Commission Nationale de lutte contre la Malnutrition : Projet de Nutrition Communautaire, au Sénégal, Agétip, Dakar, 1997 .
4. Alan Fairbank, Marty Makinen, Whitney Scott, & Baryn Sakagawa: "Réduction de la Pauvreté et Vaccinations", Abt Associates Inc, USA, 2001
5. Alihounou E., Inoussa S., Res L., Sagbohan M., Varkevisser C.M.
6. Association des Postes de Santé Privés Catholiques : Activités entreprises qui montrent un progrès dans les composantes des SSP dans les régions de Casamance, Cap-Vert, Fatick Kaolack et Thiés (Sénégal) ; *Evaluation des actions des SSP, 19 – 20 Mai 1990.*
7. Backett E.M., Davies A.M. et Petros-Barvazian A.: L'approche fondée sur la notion de risque et les soins de santé ; Notamment la Santé Maternelle et Infantile (y compris la Planification Familiale) ; *Cahiers de la Santé Publique n°76.*
8. Bernard Barrère, Gora Mboup et Mohamed Ayad : Enquêtes démographiques et de Santé en Afrique de l'Ouest : Résultats des Enquêtes Démographiques et de Santé réalisées au Burkina Faso (1998-1999), au Cameroun (1998), en Côte d'Ivoire (1998-1999) et au Togo (1998) ; *Demographic and Health Surveys, Macro International Inc. Juin 1999.*
9. Braveman P.A., Tarimo E.: Screening in primary health care : Setting priorities with limited resources ; *édition OMS Genève, 1994.*
Bulletin of the world health organization ,56 (2) GENEVA 1978. P.295-303.
10. Casels A., Janovsky K.: Strengthening Health Management in Districts and Provinces : handbook for facilitators ; *OMS 1992.*
11. Chabot J., Streefland P./*Les Soins de Santé Primaires, Expériences depuis Alma Ata, Institut Royal des Tropiques, KIT-Amsterdam, 1990.*
12. CIE, Paris : Argent et Santé, Expériences de financement communautaire en Afrique : *Actes du Séminaire International, 24 – 27 Septembre 1991.*
13. Cissé C.T., Faye E.H.O., Dujardin B., Diadihou F.: "Epidémiologie et qualité de la couverture Obstétrico-Chirurgicale au Sénégal en 1996", *Rapport, Clinique Gynécologique, CHU, Dakar, 1996.*
14. Comité National de Prévention du Sida, Sénégal : Groupe de Surveillance Séro Epidémiologique ; *Bulletin Epidémiologique HIV, n°6 Décembre 1997.*
15. Comité National de Prévention du Sida, Sénégal : Le Groupe de Surveillance Séro-Epidémiologique ; *Bulletin Epidémiologique HIV, n°7 Juin 1999.*
16. Commission Médicale Chrétienne : Laisser les gens décider eux-même ; *Contact n°85, Janvier 1987.*
17. Diallo, I. "Rapport d'enquête sur les performances des postes de santé", DSSP, DHSP, Juin 1993
18. Diallo I. "Initiative de Bamako au Sénégal", in "Innover dans les systèmes de santé : Expériences d'Afrique de l'Ouest" , *Joseph Brunet-Jailly ; édition Karthala, 1997.*

19. Diallo I.: partenariat dus secteur de la santé avec les organisations communautaires de développement pour la promotion de la santé et la prévention des maladies", *Rapport N°2, Résultats de l'enquête évaluative des organisations communautaires de développement des districts de Mbao et de Ouakam, en zone périurbaine de Dakar, Sénégal, Septembre 1998.*
20. Diallo I. : Impact des mutuelles de santé sur l'accessibilité des population aux soins de santé modernes dans la région Sénégal, rapport d'étude, ISED/ZEF, Dakar Sénégal, juillet 2000.
21. Diallo I., Fall C., Tal Dia A., Wone I., Ndoye R., "Une expérience innovante d'enseignement de la santé publique à l'université Cheikh Anta Diop de Dakar, *Santé Publique, Volume 12,n°2, pp 221-227, 2000*
22. Doudou BA, Abdel Karim Koumaré : Rapport d'évaluation externe du projet de recherche en santé du Centre Régional pour le Développement et la Santé (CREDESA), Pahou, 12 – 26 Avril 1996.
23. Dr Comlan, Quénum A.A.: Vingt ans de Combat Politique pour la SANTE ; *Cahiers Techniques AFRO N° 20, OMS AFRO, Brazzaville 1985.*
24. El Bindari-Hammad A., Smith D. L., OMS, Genève : Evaluation des Soins de Santé Primaires ; *Guide de l'enquêteur, édition 1992.*
25. FNUAP : Programme Régional de Formation en Santé Familiale pour l'Afrique Francophone : Module 6 : Actions et Réponses apportées aux problèmes de Santé Familiale ; *Cahier Pédagogique 1996-1997.*
26. Gautron J. C., Bavile M. R.: Droit public du Sénégal ; *Collection du Centre de Recherches, d'Etudes et de Documentation sur les institutions et la Législation Africaine ; édition 1977.*
27. Gouvernement Sénégal – Unicef : Rapport de l'enquête sur les objectifs de la décennie sur l'Enfance (MICS – II – 2000), Décembre 2000.
28. Institut Africain de Gestion Urbaine (IAGU) : Etude sur la décentralisation des Services de Santé au Sénégal, *Février 2001.*
29. Institut Tropical Suisse : Programme Tchad, phase VII (1990 – 1993) ; *Rapport Intermédiaire de Synthèse, Août 1992.*
30. Institut Tropical Suisse, Programme d'Appui au Ministère de la Santé Publique de la République du Tchad : Document de Programme Phase VIII (Juillet 1993 – Juin 1996).
31. Kahssay H. M., Taylor M. E., Berman P. A.: Les agents de santé communautaires : Comment aller de l'avant; *La Santé Publique en Action n°4, OMS Genève, 1999.*
32. Kleczkowski B. M., Elling R.H., Smith D.L.: Appui des systèmes de santé aux soins de santé primaires : étude basée sur les Discussions Techniques tenues pendant la Trente-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé, 1981 ; *Cahiers de Santé Publique, 80, OMS Genève 1985.*
33. Lori S. Asford : Nouvelles perspectives sur la population : les leçons du Caire ; *Population Bulletin, vol. n°50, Mars 1995.*
34. Luis G. Sambo, : "Promotion de la santé grâce à la réduction de la pauvreté: l'exemple de Mutoko", *AfroNews, OMS/AFRO, Harare, Vol. 4n° 2, Mars-Avril 2001.*
35. Measure Communication: "*Comment renforcer les progrès mondiaux dans le domaine de la santé, de l'éducation et des droits: le consensus du Caire*", *Population référence Bureau & Measure Communication, Washington DC, 2000.*
36. Ministère de la Santé du Sénégal : Déclaration de la Politique Nationale de Santé, Juin 1989.
37. Monekosso G. L., OMS Brazzaville : La Gestion Sanitaire au niveau de District : Directives de mise en œuvre ; *édition Septembre 1984.*
38. Monekosso G L: Réaliser une meilleure Santé en Afrique : Le Management du processus du Changement ; *OMS Brazzaville, Novembre 1992.*

39. Monekosso G. L.: La Santé : Condition préalable au Développement socio-économique ; *OMS Brazzaville, Juillet 1992.*
40. Monekosso G. L.: Les Changements Mondiaux et la Santé Pour Tous : Programme d'action ; *OMS Brazzaville, Octobre 1992.*
41. Monekosso G.L.: Accélérer l'instauration de la Santé pour tous les Africains : Scénario de développement sanitaire en trois phases ; *OMS Brazzaville, Janvier 1989.*
42. Monnet M.: Intégration de l'approche genre dans l'évaluation du processus d'élaboration et de mise en œuvre de la décentralisation des services de santé : Cadre théorique et Méthodologiques ; *Etudes et travaux du Réseau RPS/AOC n°8, Juin 2000.*
43. MSAS, Sénégal : Liste des médicaments et des produits essentiels au niveau Case, Poste, Centre de Santé et Hôpital Régional ; *édition Juillet 1994.*
44. Ndiaye S., Ayad M., Gaye A.: Enquête Démographique et de Santé au Sénégal (EDS-III), *Décembre 1997.*
45. Ndure K.S., Sy M. N., Nturu M., Diène S. M.: Pour un Programme de Nutrition Communautaire Durable : pratiques prometteuses et leçons tirées de l'expérience ; *document ORANA/SANA/USAID, Août 1999.*
46. OMS (1992), report of WHO study Group on PHC, Geneva 1992
47. OMS – UNICEF (1978): Les Soins de Santé Primaires ; *Rapport Conférence Internationale sur les Soins de Santé Primaires à Alma-Ata (URSS), 6-12 Septembre 1978.*
48. OMS (1995), Division du Renforcement des Services de Santé Programme de Recherche et Développement en Systèmes de Santé : Instauration de Réformes du Secteur Sanitaire basées sur des observations concrètes en Afrique subsaharienne ; *Rapport d'une réunion interpays, Arusha, Tanzanie, 20-23 Novembre 1995.*
49. OMS Brazzaville (1992) : Guide d'Orientation pour la sélection des Activités de Santé Communautaire ; *édition 1992.*
50. OMS Brazzaville (1994): Mise en Œuvre de la Stratégie Mondiale de la Santé pour tous d'ici l'an 2000 : Deuxième évaluation ; *huitième rapport sur la situation sanitaire dans le monde, volume 2, Région africaine, édition 1994.*
51. OMS Brazzaville(1987) : Année africaine de la vaccination :1986, Un événement marquant pour l'accélération du PEV en Afrique ; *Rapport sur la mise en œuvre de la résolution AFR/RC35/R9* ; Cahiers Techniques Afro n°21, 1987.*
52. OMS Brazzaville(1987) : Mise en Œuvre de la Stratégie Mondiale de la Santé pour tous d'ici l'an 2000 : Deuxième évaluation ; *huitième rapport sur la situation sanitaire dans le monde, volume 2, Région africaine, édition 1993.*
53. OMS Genève (1990) : Activité de l'OMS 198-1989 : Rapport biennal du Directeur Général à l'assemblée mondiale de la Santé et aux Nations Unies, *édition 1990.*
54. OMS Genève (2000) : Rapport sur la Santé dans le Monde 2000 : Pour un Système de santé plus performant ; *OMS 2000.*
55. OMS Genève et Copenhague (1998): Primary Health Care 21 : « Everybody's Business » ; *An International meeting to celebrate 20 years after Alma-Ata, Almaty, Kazakhstan, 27-28 Novembre 1998.*
56. OMS Genève (1978): Les Soins de Santé Primaires : Rapport de la Conférence Internationale sur les Soins de Santé Primaires, Alma-Ata (URSS), 6-12 Septembre 1978 , *Rapport conjoint de l'OMS et de l'UNICEF ; Série « SANTE POUR TOUS », N°1, édition 1978.*

57. OMS Genève (1991): L'engagement communautaire en faveur du développement sanitaire : un défi pour les services de santé ; Rapport d'un groupe d'étude de l'OMS, OMS, *Série de Rapports techniques 809, édition 1991.*
58. OMS Genève (1999): Réduire la Mortalité Maternelle ; Déclaration commune OMS/FNUAP/UNICEF/BANQUE MONDIALE, *édition 1999.*
59. OMS Hararé (1996): Mise en œuvre de la Stratégie de la Santé pour tous d'ici l'an 2000 dans la Région africaine 1991-1996.
60. OMS Hararé (1999): Rapport sur la Revue de la mise en œuvre de l'Initiative de Bamako en Afrique ; *Rapport du Directeur régional, Mars 1999.*
61. OMS(1998) , Bureau Régional de l'Afrique: Stratégie de la Région Africaine 1998-2007 ; *Santé Reproductive, 1998.*
62. OMS, Genève (1981) : Le processus gestionnaire pour le développement sanitaire national : principes directeurs à l'appui des stratégies de la santé pour tous d'ici l'an 2000 ; *Série « SANTE POUR TOUS » n° 5, 1981.*
63. OMS, Genève (1982) : Soins de Santé Primaires, l'Expérience Chinoise ; *Rapport d'un Séminaire interrégional, District de Yexian, province de Shandong, Chine, 13 – 16 Juin 1982.*
64. OMS, Genève (1981): L'évaluation des programmes de santé : Principes directeurs pour son application dans le processus gestionnaire pour le développement sanitaire national ; *Série « SANTE POUR TOUS », n°6, 1981.*
65. OMS, Genève (1982): Formulation de Stratégies en vue de l'instauration de la Santé pour tous d'ici l'an 2000 : Principes directeurs et questions essentielles ; *Série « SANTE POUR TOUS », n°2, 1982.*
66. OMS, Gouvernement du Mali et UNICEF (1999): Report on the review of the implementation of the Bamako Initiative in Africa ; *Bamako (Mali) 8-12 March 1999.*
67. OMS, Hararé (1999) : Examen de la mise en œuvre de l'Initiative de Bamako ; *Rapport du Directeur Régional, Mars 1999.*
68. OMS, Harare (1999) : Médicaments essentiels dans la Région africaine : Analyse de la Situation et des Tendances ; *Rapport du Directeur Régional, Mars 1999.*
69. OMS, Harare (2000): Politique de la Santé pour tous dans la Région africaine pour le 21^{ème} siècle : Agenda 2020 ; *Bureau Régional de l'OMS pour l'Afrique, édition 2000.*
70. Pake B. M., Hanson K., Millis A.: Application de l'Initiative de Bamako : Bilan provisoire accompagné de cinq rapports de pays ; *Health Economics and Financing Programme, Health Policy Unit, Department of Public Health and Policy, London School of Hygiene and Tropical Medicine.*
71. Peter Oakley : L'engagement Communautaire pour le Développement Sanitaire : Analyse des principaux problèmes ; *OMS Genève, 1989.*
72. Population Référence Bureau (PRB) : Fiche de données sur la population mondiale 1999 ; *Recueil des données et estimations démographiques des pays et régions du monde ; édition 1999.*

Participation Communautaire et Soins de Santé Primaies. Le cas de Gakpé au Bénin. CREDESSA Cotonou et KIT-Amsterdam, PDS-Pahou,1993
73. Primature, Secrétariat général du Gouvernement du Sénégal: le Recueil des textes de la Décentralisation, édition 1997.
74. Ransome-Kuti O., Sorungbe A.O.O., Oyegbite K S., Bamisaiye A.: Strengthening Primary Health Care at Local Government Level : The Nigerian experience ; *édition 1990.*
75. Serge Snrech : Pour préparer l'avenir de l'Afrique de l'Ouest : une vision à l'horizon 2020 ; *Synthèse de l'étude des Perspectives à long terme en Afrique de l'Ouest, Décembre 1994.*

76. Shaw R.P., Griffin C.C.: Le Financement des soins de santé en Afrique subsaharienne par la tarification des services et l'assurance ; *Le développement en marche, Banque Mondiale Washington, 1995.*
77. SNGE-DH-Ministère de la Santé Sénégal : Bulletins épidémiologiques n°5,6,7,8,9 ; *édition 1998-99 et 2000.*
78. Sow B., Ndiaye S., Gaye A., Sylla A. H.: Santé Pour Tous : Enquête Sénégalaise sur les Indicateurs de Santé 1999; *DERF- Min Santé Sénégal/ Groupe SERDHA, Juin 2000.*

Successful contracting of prevention services: fighting malnutrition in Senegal and Madagascar, Health Policy and Planning, 14 (4) Oxford University, 1999.
79. Tanahashi, T. Health Services Coverage and its Evaluation.
80. Tarimo E., Webster E. G., OMS, Genève : Primary health care concepts and challenges in a changing world : Alma- Ata revisited ; *Current Concerns, SHS Paper number 7, édition 1994.*
81. Timothy Johnson, Susan Stout : "Investing in health Development Effectiveness in the Health, Nutrition, and Population Sector"; *World Bank Operations Evaluation Department, Edition 1999.*
82. Tonia Marek, Issakha Diallo, Biram Ndiaye and Jean Rakotosalama,
83. UNICEF (1992), New York USA : l'Initiative de Bamako ; *Rapport d'Activités de l'UNICEF Conseil d'Administration, Session de 1992.*
84. UNICEF (2001): La situation des Enfants dans le Monde 2001 ; *La petite enfance, édition 2001.*
85. Unitarian Universalist Service Committee et ISED : Rapport de l'Institut Nord-Sud sur Leadership, le Développement et l'Autosuffisance pour les Organisations de Base ; *Mbour, Sénégal, 17-29 Novembre 1991.*
86. USAID (1998): Excision/Mutilation Génitale Féminine (MGF) ; « *Quoi de Neuf* » dans la Médiatique, *édition Octobre 1998.*
87. WHO Geneva (1992): The role of health centres in the development of urban health systems : Report of a WHO Study Group on Primary Health Care in Urban Areas ; *WHO Technical Report Series, 827, 1992.*
88. WHO (2000): Health a precious asset ; *accelerating follow-up to the World Summit for Social Development , June 2000.*

Annexes I

**ETAT RECAPITULATIF DE LA SITUATION GENERALE DES PAYS FRANCOPHONES DE LA REGION OMS/AFRO
(CARACTERISTIQUES GENERALES) ***

N°	Pays	Superficie (km ²)	Population (milliers) 1999		Taux d'accroissement Population (%)		Taux de brut de mortalité		Taux brut de natalité		Espérance de vie		Indice synthétique de fécondité (1999)	% de la population urbanisée (1999)
			< 18 ans	< 5 ans	1970-90	1990-99	1970	1999	1970	1999	1970	1999		
1	Algérie	2.381.740	13530	4085	3,0	2,3	16	5	49	29	53	69	3,6	60
2	Bénin	112.622	3175	1033	2,7	2,7	25	13	53	41	43	54	5,6	42
3	Burkina Faso	274.000	6295	2185	2,6	2,8	25	18	53	46	39	45	6,4	18
4	Burundi	27.830	3502	1154	2,2	2,1	20	20	44	42	44	43	6,1	9
5	Cameroun	475.440	7389	2472	2,8	2,7	21	12	45	39	44	54	5,1	48
6	Cap-Vert	4033	196	60	1,2	2,3	12	6	40	32	57	70	3,4	61
7	Centrafrique	622.980	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
8	Comores	1862	338	106	3,2	2,8	18	9	50	36	48	60	4,6	33
9	Congo Kinshs	2.345.845	27553	9742	3,1	3,3	20	14	48	46	45	52	6,2	30
10	Congo Brazza	342.000	1513	525	2,8	2,8	20	16	46	43	46	49	5,9	62
11	Côte d'Ivoire	322.462	7433	2304	3,7	2,5	20	16	52	37	44	47	4,9	46
12	Gabon	267.667	545	190	3,1	2,7	21	16	33	37	44	52	5,2	80
13	Guinée	245.857	3770	1234	1,9	2,7	27	17	51	42	37	47	5,3	32
14	Madagascar	597.000	7814	2706	2,6	3,2	20	10	47	39	45	58	5,2	29

N°	Pays	Superficie (km²)	Population (milliers) 1999		Taux d'accroissement Population (%)		Taux de brut de mortalité		Taux brut de natalité		Espérance de vie		Indice synthétique de fécondité (1999)	% de la population urbanisée (1999)
			< 18 ans	< 5 ans	1970-90	1990-99	1970	1999	1970	1999	1970	1999		
15	Mali	1.240.190	5868	1997	2,4	2,4	26	15	51	46	42	54	6,4	30
16	Mauritanie	1.030.400	1307	439	2,5	2,8	22	13	45	40	43	54	5,3	57
17	Ile Maurice	2040	357	94	1,2	0,9	7	6	28	16	62	72	1,9	41
18	Niger	1.267.000	5698	2034	3,1	3,3	26	16	59	48	38	49	6,6	20
19	Rwanda	26.338	3829	1259	3,1	0,4	21	17	53	41	44	41	5,9	6
20	Sénégal	196.722	4755	1596	2,8	2,6	25	13	49	39	41	53	5,4	47
21	Tchad	1.284.000	3906	1338	2,3	2,9	26	17	49	43	38	48	5,9	24
22	Togo	56.790	2373	800	2,8	2,8	20	15	45	41	44	49	5,8	33

Source :

- UNICEF : La Situation des Enfants dans le Monde 2001.
- OMS: Rapport sur la santé dans le monde 200°, pour une système de santé plus performant.
- DHS: Enquêtes démographiques et de Santé en Afrique de l'Ouest, , DHS, Juin 1999

Annexe II

**ETAT RECAPITULATIF DE LA SITUATION GENERALE DES PAYS FRANCOPHONES DE LA REGION OMS/AFRO
(CARACTERISTIQUES GENERALES) (suite et fin) ***

N°	Pays	Superficie (km ²)	Population (milliers) 1999		Taux d'alphabétisation des adultes				Taux de scolarisation dans le primaire				Taux de scolarisation dans le secondaire 1995-99 (brut)	
					1980		1995-99		1995-99 (brut)		1995-99 (net)			
					< 18 ans	< 5 ans	hommes	femmes	hommes	femmes	garçons	filles	garçons	filles
1	Algérie	2.381.740	13530	4085	55	26	73	54	97	93	94	91	65	62
2	Bénin	112.622	3175	1033	26	10	43	19	91	60	75	50	24	10
3	Burkina Faso	274.000	6295	2185	18	4	29	10	48	33	40	28	11	6
4	Burundi	27.830	3502	1154	41	16	48	27	68	55	38	37	9	5
5	Cameroun	475.440	7389	2472	59	30	73	53	88	74	82	71	32	22
6	Cap-Vert	4033	196	60	65	40	81	61	122	114	100	97	54	56
7	Centrafrique	622.980	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
8	Comores	1862	338	106	56	41	78	70	99	85	65	55	21	16
9	Congo Kinshs	2.345.845	27553	9742	75	45	83	54	70	51	66	51	32	19
10	Congo Brazza	342.000	1513	525	64	38	83	67	82	75	99	93	62	45
11	Côte d'Ivoire	322.462	7433	2304	32	13	63	37	82	60	63	47	33	16
12	Gabon	267.667	545	190	54	28	74	53	134	130	82	83	-	-
13	Guinée	245.857	3770	1234	34	11	50	22	68	40	49	30	20	7
14	Madagascar	597.000	7814	2706	56	43	50	44	104	103	67	69	16	16

N°	Pays	Superficie (km ²)	Population (milliers) 1999		Taux d'alphabétisation des adultes				Taux de scolarisation dans le primaire				Taux de scolarisation dans le secondaire 1995-99 (brut)	
					1980		1995-99		1995-99 (brut)		1995-99 (net)			
					< 18 ans	< 5 ans	hommes	femmes	hommes	femmes	garçons	filles	garçons	filles
15	Mali	1.240.190	5868	1997	19	8	48	12	60	40	47	33	14	7
16	Mauritanie	1.030.400	1307	439	41	18	60	33	88	79	61	53	21	11
17	Ile Maurice	2040	357	94	81	67	86	78	105	106	97	99	63	66
18	Niger	1.267.000	5698	2034	14	3	21	7	36	22	30	19	9	5
19	Rwanda	26.338	3829	1259	51	29	56	50	88	88	67	68	12	9
20	Sénégal	196.722	4755	1596	31	12	43	23	73	58	65	55	20	12
21	Tchad	1.284.000	3906	1338	47	19	44	22	83	46	65	39	15	4
22	Togo	56.790	2373	800	48	18	67	33	126	89	85	61	40	14

*** Source :**

- UNICEF : La Situation des enfants dans le monde 2001
- OMS: Rapport sur la santé dans le monde 200°, pour une système de santé plus performant.
- DHS: Enquêtes démographiques et de Santé en Afrique de l'Ouest, , DHS, Juin 1999

Annexe II

**ETAT RECAPITULATIF DE LA SITUATION GENERALE DES PAYS FRANCOPHONES DE LA REGION OMS/AFRO
(CARACTERISTIQUES GENERALES)**

N°	Pays	Population/ année	PNB par habitant	Année	% du PNB consacré à la santé	Sources
1	Algérie	30.600.000 (1999)	2360 \$ US 1500 \$ US	1988 1997		(1) (3)
2	Bénin	4.888.483 (1990) 6.200.000 (1999)	340 \$ US 380 \$ US	1990 1997	3,67 % en 1990 3,37 en 1991	(1) (3)
3	Burkina Faso	9 millions (1991) 11.600.000 (1999)	250 \$ US	1997	6,1 (94-95)	(1) (3)
4	Burundi	5.700.000 (1999)	140 \$ US	1997	6 % (1993)	(1) (3)
5	Cameroun	15.500.000 (1999)	620 \$ US	1997	6,3 % en 1971 4,8 en 1981	(1) (3)
6	Cap-Vert	341.607 (1990) 400.000 (1999)	800 \$ US 1090 \$ US	1989 1997	8,2 en 1989 9,7 en 1991	(1) (3)
7	Centrafrique	3.400.000 (1999)	300 \$ US 320 \$ US	1989 1997	9 % (1995)	(1) (2) (3)
8	Comores	452.741 (1990) 600.000 (1999)	469 \$ US 400 \$ US	1989 1997	7,7 % en 1992	(1) (3)
9	Congo Kinshs	35.710.000 (1990) 50.500.000 (1999)	168 \$ US 110 \$ US	1990 1997	3,2 % en 1987	(1) (3)
10	Congo Brazza	2.250.000 (1990) 2.700.000 (1999)	900 \$ US 670 \$ US	1990 1997	3% (1988)	(1)
11	Côte d'Ivoire	10.812.782 (1988) 15.800.000 (1999)	710 \$ US	1997		(3)
12	Gabon	1.365.000 (1990) 1.200.000 (1999)	4450 \$ US 4120 \$ US	1995 1997	3,2 % (1995)	(1) (2) (3)
13	Guinée	6.500.000 (90-91) 7.500.000 (1999)	430 \$ US 550 \$ US	1990 1997	5,6 % en 1995	(1) (2) (3)
14	Madagascar	11.980.000 (1989)	190 \$ US	1990		(1) (3)

N°	Pays	Population/ année	PNB par habitant	Année	% du PNB consacré à la santé	Sources
		14.400.000 (1999)	250 \$ US	1997		
15	Mali	8.600.000 (1987) 11.000.000 (1999)	260 \$ US	1997	4,2 en 1990 8,3 en 1996	(1) (2) (3)
16	Mauritanie	2.180.941 (1989) 2.600.000 (1999)	510 \$ US 440 \$ US	1990 1997	5,2 % (1992)	(1) (2) (3)
17	Ile Maurice	1.200.000 (1999)	2.250 \$ US 3870 \$ US	1990 1997		(1) (3)
18	Niger	10.000.000 (1999)	200 \$ US	1997	5 % (1998)	(1)
19	Rwanda	7.150.000 (1988) 8.200.000 (1999)	270 \$ US 210 \$ US	1986 1997		(1) (3)
20	Sénégal	9.600.000 (1998)	540 \$ US	1997		(1) (3)
21	Tchad	5.384.140 (1990) 7.700.000 (1999)	250 \$ US 230 \$ US	1990 1997	4,1 en 1989 4,3 en 1990	(1) (2) (3)
22	Togo	3.500.000 (1989) 4.500.000 (1999)	340 \$ US	1997	5,5 % (1989)	(1) (3)

- (1) = Mise en œuvre de la Stratégie Mondiale de la Santé pour tous d'ici l' an 2000; 2ème Evaluation; 8ème Rapport sur la Situation Sanitaire dans le Monde; volume 2; Région Afrique OMS.
- (2) = Rapport de l' enquête sur les objectifs de la fin de la décennie sur l'enfance (MICS - II – 2000) , Gouvernement du Sénégal / UNICEF , Décembre 2000.
- (3) = Fiche de données sur la population mondiale 1999, Recueil des Données et Estimations démographiques des pays et régions du monde "Population Référence Bureau et MEASURE Communication", 1999.