

LE ROLE DE L'ETAT DANS LA PLANIFICATION DES SYSTEMES DE SANTE

Par

Prof Jean Baptiste Nizeyimana (Distant Production House University)

E-mail : njebanize@gmail.com

Et

Dr Munezero Arielle (Distant Production House University)

E-mail : ariellemunezero5@gmail.com

Bigirimana Radjabu (Doctorant au Distant Production House University)

Email : bigdjou_brd@yahoo.fr

0. RÉSUMÉ

Les gouvernements, par le biais des ministères de la Santé et autres ministères et institutions connexes, jouent un rôle important dans le développement sanitaire, en renforçant les systèmes de santé et en produisant des ressources humaines, financières et autres. Cela permet aux systèmes de santé d'atteindre leurs objectifs: améliorer la santé, réduire les inégalités sanitaires, garantir l'équité dans le financement des soins de santé et répondre aux besoins des populations. Le rôle du gouvernement dans le développement sanitaire est bien établi dans le monde et il est illustré par la croissance impressionnante des systèmes de santé, amorcée et développée par les gouvernements, et assurée par un partenariat avec le secteur privé, les organisations non gouvernementales et les œuvres charitables.

Les changements spectaculaires et les problèmes survenus au cours des quatre dernières décennies du XXe siècle ont eu une influence considérable et ont entraîné le repositionnement du rôle du gouvernement dans la santé et d'autres secteurs sociaux. Toutefois, le secteur de la santé diffère des autres secteurs, car, pour diverses raisons, le marché ne répond pas correctement aux

besoins sanitaires des populations, laissant aux gouvernements des responsabilités particulières dans le développement sanitaire. Face à l'échec du marché, les gouvernements doivent intervenir pour améliorer l'équité et l'efficacité, assumer des fonctions de santé publique importantes et produire des biens publics indispensables qui ont beaucoup d'incidence sur le développement sanitaire. En outre, dans la Région et ailleurs, la santé n'est pas perçue comme un simple bien marchand, mais comme un besoin humain fondamental et un droit social, comme le stipulent un grand nombre de constitutions et traités ratifiés. Cet engagement comporte des rôles et devoirs importants pour les gouvernements, malgré des environnements politiques et sociaux variables.

Les gouvernements dans la Région de la Méditerranée orientale reçoivent des messages contradictoires quant à leurs rôles et responsabilités variables dans le domaine de la santé, notamment par rapport aux politiques de privatisation et à l'évolution vers une économie de marché. Cet article donne des éclaircissements sur le rôle du gouvernement dans le développement sanitaire et tire des leçons sur la nécessité de protéger ce rôle étant donné la hausse de la vulnérabilité dans de nombreux pays de la région. Les réformes politiques doivent viser à s'adapter à de nouveaux changements et problèmes sans éroder le rôle social du gouvernement en gardant à l'esprit les valeurs sociales ainsi que les engagements et obligations au niveau national, régional et international. Des efforts sont nécessaires pour renforcer diverses fonctions du système de santé avec un accent particulier sur la gouvernance, le financement et la prestation de services.

1. INTRODUCTION

Les gouvernements, par le biais des ministères de la Santé et autres ministères et institutions connexes, jouent un rôle important dans le développement sanitaire, en renforçant les systèmes de santé et en produisant des ressources humaines, financières et autres. Cela permet aux systèmes de santé d'atteindre leurs objectifs: améliorer la santé, réduire les inégalités sanitaires, garantir l'équité dans le financement des soins de santé et répondre aux besoins des populations. Les meilleurs résultats sanitaires ne sont pas attribuables uniquement aux systèmes de santé, comme l'ont montré les informations disponibles, mais également aux déterminants sociaux, économiques, culturels et environnementaux, comme le reflète le cadre conceptuel de l'OMS de la Santé pour tous.

Le rôle du gouvernement dans le développement sanitaire est bien établi dans le monde et il est illustré par la croissance impressionnante des systèmes de santé, amorcée et développée par les gouvernements, et assurée par un partenariat avec le secteur privé, les organisations non gouvernementales et les œuvres charitables. Les gouvernements, qui prélèvent des impôts et exploitent les ressources naturelles, ont pour obligation sociale de garantir la sécurité et de faciliter le développement socio-économique, y compris l'éducation et le développement sanitaire. Les changements spectaculaires et les problèmes survenus au cours des quatre dernières décennies du XXe siècle ont eu une influence considérable et ont entraîné le repositionnement du rôle du gouvernement dans la santé et d'autres secteurs sociaux. L'évolution vers la démocratie, la décentralisation et un rôle plus actif de la société civile dans la gouvernance, ainsi qu'une importance croissante du secteur privé dans le développement socio-économique, se sont accompagnées de changements politiques reflétant plus de privatisation, un rôle plus limité du gouvernement dans l'élaboration de politiques, la planification stratégique et la gestion, et un plus grand recours au marché.

Toutefois, le secteur de la santé diffère des autres secteurs, car, pour diverses raisons, le marché ne répond pas correctement aux besoins sanitaires des populations, laissant aux gouvernements des responsabilités particulières dans le développement sanitaire. Face à l'échec du marché, les gouvernements doivent intervenir pour améliorer l'équité et l'efficacité, assumer des fonctions de santé publique importantes et produire des biens publics indispensables qui ont beaucoup d'incidence sur le développement sanitaire. En outre, dans la Région et ailleurs, la santé n'est pas perçue comme un simple bien marchand, mais comme un besoin humain fondamental et un droit social, comme le stipulent un grand nombre de constitutions et traités ratifiés. Cet engagement comporte des rôles et devoirs importants pour les gouvernements, malgré des environnements politiques et sociaux variables. Les gouvernements dans la Région de la Méditerranée orientale reçoivent des messages contradictoires quant à leurs rôles et responsabilités variables dans le domaine de la santé.

D'un côté, les politiques d'économie de marché favorisent une intervention limitée du gouvernement à la fois dans le financement des soins de santé et la prestation de services. D'un autre côté, certains éléments indiquent que la pauvreté augmente dans la Région, la couverture par la protection sociale ne s'améliore pas et les inégalités face à l'accès aux soins de santé

augmentent. Dans cette situation, les gouvernements doivent avoir un rôle plus préventif dans divers domaines, dont la gouvernance, le financement et la prestation de services afin de protéger l'équité et d'autres valeurs sociales. Ce document de discussion a pour but de donner des éclaircissements sur l'évolution du rôle et de la responsabilité des gouvernements dans le développement sanitaire et met en évidence les problèmes rencontrés dans le monde et dans la Région. Il décrit les principales tendances qui se dessinent dans la Région de la Méditerranée orientale de l'OMS par rapport au rôle du gouvernement dans le développement sanitaire et propose quelques orientations pour l'avenir.

1.2 Évolution du rôle des gouvernements dans le développement sanitaire

Tout au long de l'histoire, les êtres humains et les communautés se sont toujours efforcés de répondre à leurs besoins sanitaires en ayant recours aux médicaments locaux et au savoir des guérisseurs, que ce soit à domicile ou dans de petits locaux. Les chefs' religieux ont également joué un rôle important dans la prestation de soins de santé, l'art de la guérison étant souvent étroitement lié à la croyance religieuse. Dans l'Égypte antique, le médecin était un prêtre.

En Europe, les hôpitaux et les établissements de santé étaient souvent construits par les églises et les œuvres charitables et certains d'entre eux portent encore le nom de prêtres et d'érudits religieux. Dans l'ancienne société islamique, les chefs' religieux créaient des établissements de soins et des hôpitaux, y compris des bimaristans, parrainaient des médecins célèbres et ouvraient des écoles de médecine pour former les professionnels de la santé. Les organisations locales, les établissements religieux et les fondations contribuaient au développement de services de santé organisés pendant la période coloniale, quand la couverture par le système de santé moderne était limitée aux dirigeants et à l'élite locale privilégiée dans les grandes villes. Ces services sont encore fournis dans certains pays pour compléter les établissements gouvernementaux défaillants, et se concentrent sur les populations pauvres et défavorisées, en particulier dans les logements insalubres et les zones isolées.

La nécessité d'entraide en cas de maladie ou d'accident fut à l'origine de la création de l'assurance santé en Europe et dans d'autres parties du monde. Les ouvriers d'usine ont créé les premières caisses d'assurance maladie qui plus tard sont devenues l'assurance maladie sous Bismarck en Allemagne, tandis qu'au Royaume-Uni, après la seconde guerre mondiale, Lord

Beveridge préconisait l'assurance maladie financée par l'impôt. En France, l'entraide et les sociétés mutuelles ont évolué tout au long du XIXe et du XXe siècle en un système d'assistance sociale qui, parce qu'il était volontaire, ne couvrait qu'une population limitée. Le Rapport Beveridge a influencé le développement d'un système complet de sécurité sociale en France et dans de nombreux pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) après la seconde guerre mondiale.

Dans les pays à faible revenu, où le secteur officiel de l'économie est faible et la couverture du gouvernement est généralement limitée, des programmes d'assurance santé communautaires ont été, et sont encore mis en place pour fournir une protection sociale. Les caisses d'assurance maladie ont été développées pour aider les travailleurs à faire face aux conséquences sociales de la maladie ou d'un accident pour eux-mêmes et leur famille et pour éviter des dépenses catastrophiques dues à une mauvaise santé. Les efforts des individus et des communautés pour garantir l'accès aux services de santé aujourd'hui, comme autrefois, se justifient par la nature imprévisible des maladies et des accidents et leur impact sur la vie et le bien-être. L'évolution des systèmes de santé modernes après la seconde guerre mondiale a été facilitée par des progrès spectaculaires en matière de technologie biomédicale et d'importantes découvertes, comme les antibiotiques et d'autres systèmes. En France, le gouvernement a pris le contrôle des hôpitaux religieux, dont la gestion a été confiée à des autorités locales dans le cadre de la politique de séparation de l'État et de l'Église. Les gouvernements nationaux ont joué un rôle crucial dans le développement des systèmes de santé, dans le cadre des fonctions souveraines dont la gouvernance, l'infrastructure des systèmes de santé et la formation de la main-d'œuvre nécessaire dans tous les domaines de la médecine et de la santé publique. Dans la plupart des pays de l'OCDE, à l'exception des États-unis d'Amérique, les gouvernements ont mis en place des écoles de médecine et des grands hôpitaux et la formation du personnel de santé était, et reste, en grande partie subventionnée par les gouvernements, qu'ils soient centraux ou locaux. Cette situation transparaît également dans la structure des dépenses de santé dans les pays à revenu élevé, où 70 % ou plus des dépenses de santé viennent de sources de financement publiques.

La proportion élevée de financement social et de soins de santé publics s'explique par le niveau de protection sociale qui dans de nombreux pays, à l'exception des États-unis d'Amérique, est

presque universel. L'adoption d'une économie de marché dans de nombreuses économies développées et en développement n'a pas coïncidé avec un désengagement des gouvernements de leurs responsabilités sociales dans le développement sanitaire. En fait, le rôle du développement sanitaire dans la formation du capital social et la protection de la santé comme un droit humain est admis dans le monde.

1.3 Domaines du rôle du gouvernement dans le développement sanitaire

Les ministères de la Santé sont chargés de diriger le développement sanitaire par la mise en place et l'amélioration des principales fonctions du système de santé, notamment direction et gouvernance, financement des soins de santé, prestation des services de santé et création des ressources pour le développement sanitaire, dont les ressources humaines pour la santé et la technologie biomédicale. Les efforts sont coordonnés avec d'autres ministères et départements connexes.

✓ Direction et gouvernance

Les gouvernements sont les gardiens des engagements sociaux et des valeurs tels que la solidarité, la justice sociale et l'équité, qui sont énoncés dans leurs constitutions, les traités ratifiés et les conventions. Dans de nombreuses constitutions dans le monde, et dans la Région de la Méditerranée orientale, les droits aux soins de santé et à l'éducation sont clairement indiqués et les gouvernements sont chargés de permettre l'accès à ces services sans obstacles financiers et de veiller à ce que la valeur de la santé en tant que droit fondamental de l'être humain soit protégée. Les ministères de la Santé supervisent le développement global des systèmes de santé en utilisant leur fonction de gouvernance, qui implique l'analyse et la formulation des politiques, la réglementation de la prestation de services entre les partenaires, l'élaboration de normes et critères pour l'assurance qualité et la garantie de l'application des politiques et stratégies adoptées. La fonction de gouvernance est soutenue par un système d'information régulier, complété par des enquêtes basées sur la population et par une législation sanitaire conforme aux valeurs éthiques nationales. Le rôle de gouvernance acquiert une importance considérable étant donné la complexité accrue des systèmes de santé et l'évolution des scénarios épidémiologiques et démographiques. Les ministères de la Santé sont chargés d'évaluer la performance des

systèmes de santé en termes d'équité, d'amélioration de la qualité ainsi que d'efficacité et de satisfaction de la population quant aux services de santé.

L'OMS a conçu plusieurs outils analytiques pour aider les ministères de la Santé à procéder à des évaluations périodiques des performances et élaborer leurs stratégies basées sur les faits. La nécessité d'une intervention du gouvernement dans les soins de santé s'explique par la spécificité des services de santé qui ne peuvent être laissés au marché uniquement pour la production et la distribution. Les données montrent que le marché a échoué dans le secteur de la santé pour plusieurs raisons, qui sont entre autres l'asymétrie des informations entre les patients et les prestataires de soins de santé, l'existence de biens publics avec des externalités positives, la sélection adverse et le risque moral. Les patients, qui ne sont pas bien informés sur leurs problèmes de santé, comptent sur les professionnels de santé pour prendre des décisions sanitaires et médicales à leur place. Ils sont mal préparés pour évaluer la pertinence des décisions et actions du médecin et se concentrent sur les aspects environnementaux et interpersonnels des services cliniques, les éléments qu'ils sont le plus capables d'évaluer.

Certains services sanitaires importants, appelés biens publics, comme la vaccination de masse, les mesures d'hygiène de l'environnement, l'éducation et la promotion de la santé, la surveillance, la lutte contre les maladies transmissibles aux frontières, etc., ne sont pas rentables pour les prestataires privés et sont principalement fournis par les gouvernements. La surconsommation de services de santé ou « risque moral » survient quand ces services sont gratuits au point d'utilisation et elle est également due à une surproduction de service par les prestataires quand aucun coût n'est supporté par les patients, en particulier ceux qui sont assurés. Ce comportement entraîne la hausse des coûts des soins de santé et nécessite des stratégies et programmes de limitation des coûts qui sont généralement établis par les gouvernements. La sélection adverse est pratiquée par les assureurs privés qui ne souhaitent pas affilier les personnes âgées, les personnes souffrant de maladie chronique et certains groupes vulnérables qui ont plus besoin de protection sociale. Les gouvernements interviennent généralement pour compenser la réticence du marché à garantir l'affiliation des groupes les plus vulnérables. De même, étant donné la nature imprévisible des maladies et le risque d'appauvrissement pendant la maladie, les gouvernements sont les principaux acteurs dans le développement de programmes de prépaiement et d'assurances, qu'ils soient sociaux, privés ou un mélange des deux.

✓ **Prestation de services de santé**

Dans la plupart des pays de l'OCDE, si le financement des soins de santé est socialisé, la prestation de services de santé est garantie par les prestataires publics et privés et les organisations non gouvernementales. Le rôle du gouvernement est souvent d'orienter le développement sanitaire global en élaborant des politiques de santé et des programmes, en garantissant les fonctions de santé publique essentielles et en réglementant la prestation des services de santé. Dans la plupart des pays de l'OCDE, les gouvernements fournissent les services de santé, y compris les biens publics comme les services de promotion et de prévention et les soins hospitaliers. Si le rôle des hôpitaux privés dans la prestation de services augmente dans ces pays, les hôpitaux publics restent la référence pour les normes de qualité, les tarifs des services, la formation de professionnels de santé de qualité ainsi que la recherche sanitaire et médicale dans divers aspects.

✓ **Financement des soins de santé**

Les gouvernements jouent un rôle important dans le financement des soins de santé en mobilisant les ressources nécessaires par le biais des budgets publics et autres mécanismes, en regroupant les ressources attribuées au développement sanitaire, en supervisant le processus d'allocation de ressources et en achetant les services de santé de divers prestataires. Les ministères de la Santé sont chargés de protéger l'accès équitable en améliorant la protection des risques financiers, en réduisant les obstacles financiers à l'accès en particulier pour les pauvres et les populations vulnérables et en garantissant l'équité du financement des soins de santé par tous les groupes de revenus. Le financement des soins de santé devient une fonction importante dans les systèmes de santé en raison de la hausse des inégalités dans et entre les pays en matière d'accès, due aux obstacles financiers et à l'absence de protection sociale adaptée.

✓ **Développement des ressources humaines**

Étant donné que les ressources humaines constituent les principaux facteurs et atouts dans les systèmes de santé, les gouvernements doivent concevoir des politiques appropriées pour mettre en place des ressources destinées à répondre aux besoins réels des populations, garantir une combinaison équilibrée des compétences, améliorer l'équité dans la répartition des ressources

humaines, les gérer correctement et surveiller et évaluer le personnel de santé national. Les gouvernements établissent des critères nationaux pour la formation du personnel de santé et élaborent des systèmes pour l'accréditation des établissements de formation. Les politiques et stratégies adaptées pour le développement des ressources humaines dépendent du degré de collaboration entre les ministères de la Santé et les ministères de l'Éducation et autres services connexes. Souvent l'absence de coordination entre les divers partenaires se traduit par une répétition des activités et une production inefficace du personnel de santé.

✓ **Promotion du caractère central de la santé dans le développement socio-économique**

Les gouvernements jouent un rôle crucial de sensibilisation sur le rôle central de la santé dans le développement social et économique global. Plusieurs études, dont le rapport de la Commission Macroéconomie et Santé, ont révélé l'interaction entre la santé et le développement économique et ont conclu qu'il était nécessaire de développer la collaboration intersectorielle afin d'exploiter les synergies importantes entre santé et développement.

1.4 Principaux problèmes rencontrés par les gouvernements dans le développement sanitaire

Les changements et problèmes survenus au niveau national, régional et international au cours de la seconde moitié du XXe siècle ont eu un impact important sur les systèmes de santé, la vitesse de leur développement et les résultats sanitaires. Dans le domaine politique, la démocratisation avec une participation accrue de la société civile à la gouvernance et l'accent mis sur l'administration locale et décentralisée a eu un effet sur la configuration des systèmes de santé dans le monde et dans la Région. L'élaboration de politiques devient plus active et l'organisation et la gestion des prestations de services de santé sont davantage décentralisées dans les provinces voire les communautés. Cette tendance a été renforcée après la Déclaration d'Alma-Ata. Le principal problème depuis le début des années 1980 réside dans l'évolution vers des économies de marché et une baisse de l'intérêt pour la planification centrale dans le développement social et économique.

De nombreuses économies en développement, sous la pression du Fonds monétaire international et de la Banque mondiale, ont mis en place des réformes macroéconomiques prévoyant un

ajustement structurel et des programmes de stabilisation, souvent accompagnées de coupes dans les dépenses publiques pour les secteurs sociaux, dont la santé et l'éducation. Des politiques de partage des coûts ont été mises en place afin de compenser la baisse des budgets publics attribués à la santé. Les réformes macroéconomiques ont entraîné des restrictions dans le recrutement de personnel de santé et le remplacement des départs en retraite dans le cadre de politiques et programmes de réduction de la taille du secteur public.

La baisse des dépenses publiques de santé a contribué à une privatisation passive, étant donné que les établissements publics manquaient de plus en plus de médicaments nécessaires et de ressources humaines motivées, incitant les usagers du secteur public qui pouvaient se le permettre financièrement à se tourner vers des prestataires privés. La plupart des systèmes de santé ont également adopté des politiques de privatisation active en prenant des mesures d'incitation pour les investisseurs privés sous la forme de prêts bonifiés et de crédits d'impôt, en particulier dans les régions pauvres et défavorisées.

De nombreux systèmes de santé de la Région ont également pris des mesures d'incitation permettant au personnel de santé public d'exercer une activité privée à l'intérieur et à l'extérieur des établissements publics. Dans le domaine social, les principaux problèmes se traduisent par l'accroissement de la pauvreté, le creusement des disparités dans et entre les pays et l'augmentation de l'exclusion sociale. Près de 3 milliards de personnes vivent avec moins de USD 2 par jour, malgré la hausse du revenu par habitant dans de nombreux pays en développement. Le rapport de revenu moyen au niveau mondial des 20 % de la population les plus riches par rapport aux 20 % les plus pauvres est de 82 pour 1, contre 30 pour 1 en 1960. La hausse de la vulnérabilité sociale, économique et environnementale est associée à une détérioration de l'état de santé dans les communautés défavorisées et nécessite un rôle plus préventif des gouvernements.

2. MATERIELS ET METHODES

Dans cette partie, les aspects méthodologiques en sont l'une des parties les plus importantes. Pour cette raison, le but est d'expliquer ces aspects méthodologiques de l'entreprise. Les principaux axes de ces aspects sont à savoir: les approches utilisées, les méthodes de collecte des

données et les instruments de recherche, le plan d'échantillonnage (population, techniques d'échantillonnage, taille de l'échantillon) ainsi que les méthodes de traitement des données.

2.1 Conception de l'étude

La conception de l'étude étant un cadre qui a été établi pour rechercher des réponses aux questions de recherche, elle permet d'aborder efficacement le problème de la recherche de manière logique et aussi sans ambiguïté que possible. À cet égard, la conception de cette étude est basée sur les principes fondamentaux de la recherche exploratoire où l'intention n'est pas de fournir des preuves concluantes, mais aide à avoir une meilleure compréhension du problème en explorant le sujet de recherche avec différents niveaux de profondeur (Saunders, 2012).

2.2 Stratégie de l'étude

Cette recherche se réfère aux critiques, documentations et autres matériels de lecture et les réactions de l'entretien lors de la collecte des données doivent être pris en compte. En s'adressant aux littératures écrites, cela peut aider à interpréter et à mieux comprendre la réalité complexe d'une situation donnée de manière qualitative. L'approche de cette étude est qualitative car elle explore et comprend comment formuler des stratégies pour le relèvement d'un secteur de la santé en crise car elle suppose que le sens et les connaissances sont construits dans un contexte social et cherchent à comprendre les perspectives subjectives des participants (validité sociale) pour fournir une description riche des phénomènes.

2.3 Collecte de données

En général, la collecte de données peut être utilisée grâce à diverses techniques. Il existe principalement deux manières différentes: par des données primaires et secondaires. Les données primaires sont des données qui ont été collectées spécialement à cette fin. Cela implique à la source d'origine de première main, alors que les données secondaires se réfèrent aux informations collectées par d'autres (Bryman et Bell, 2011).

2.4 Outils et méthodes de collecte de données: documentation

La recherche documentaire fait référence à la bibliothèque et à la documentation en ligne. Il se composait de livres, d'articles de synthèse, de rapports et d'autres documents écrits dans la ligne

de l'étude. En outre, des données en ligne ont été collectées; ces données complétaient celles que nous n'avons pas trouvées dans les livres.

2.5 Analyse des données

L'analyse des données est le processus de description et d'évaluation des données. Cependant, la base de la recherche réside dans l'interprétation des données et dans la description de l'expérience vécue des êtres humains (Atkinson et al 2001). Comme la nature de cette étude s'inspire des sources de données des données primaires et secondaires, leur analyse sera basée sur l'approche interprétative ou analytique qui se concentre sur la façon dont les répondants interprètent leur réalité subjective et y attachent un sens. Comme cette étude est qualitative, il n'y a pas de manière unique d'analyser les données qualitatives (Powell et Renner, 2003:1), nous ne nous sentions pas obligés de séparer une partie de l'analyse des données. Pourtant, nous aurons des résultats directs du documentation et les relierons à ce qui a été dit par les observateurs dans leurs littératures et obtiendrons l'analyse des données en utilisant le prisme des cadres théoriques et conceptuels conçus pour cette étude.

3. RESULTATS

Le rapport de la Commission Macroéconomie et Santé a fourni des preuves supplémentaires de l'importance des investissements dans la santé et de l'importance du rôle des gouvernements et des institutions internationales pour générer les ressources financières nécessaires pour la santé en utilisant les ressources nationales, en soutenant les stratégies de réduction de la pauvreté destinées à améliorer la croissance économique et en sollicitant la solidarité régionale et internationale. Certains ministères de la Santé de la Région, à l'aide des données sur le retour sur investissement élevé dans la santé et la synergie entre la santé et le développement, parviennent à convaincre les ministres des finances d'allouer des ressources publiques raisonnables au développement sanitaire.

Les efforts nationaux pour collecter des dépenses publiques n'ont pas été accompagnés d'une hausse de l'aide publique au développement (APD) malgré l'engagement politique exprimé aux plus hauts niveaux pour atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement. Seuls quelques pays nordiques ont atteint la cible fixée de 0,7 % du PIB alloué à l'aide publique au

développement. Afin d'améliorer le développement social dont la santé, le Sommet mondial pour le développement social (1995) a adopté l'initiative 20/20 qui recommandait que 20 % du soutien de l'APD aille au développement social à condition que les gouvernements s'engagent à allouer 20 % de leurs budgets nationaux à ces secteurs sociaux. Malgré les contraintes financières auxquelles sont confrontés la plupart des pays de la Région, l'engagement de garantir l'équité face à l'accès aux soins de santé est encore présent, au moins dans le discours politique. Toutefois, cet engagement doit être traduit dans les faits en garantissant une part équitable des dépenses de santé des sources publiques et en améliorant la protection sociale.

Les pays doivent faire des efforts supplémentaires pour étendre la couverture de l'assurance maladie sociale, privée et communautaire et pour réduire la part des paiements directs dans les dépenses de santé globales. Pour ce faire, un soutien technique de l'OMS et de l'Organisation internationale du Travail est nécessaire afin d'élaborer des politiques et stratégies basées sur les faits pour un financement équitable des soins de santé. L'utilisation d'outils analytiques élaborés par l'OMS pour améliorer la mesure de l'équité dans le financement des soins de santé devrait fournir aux décideurs des éléments solides pour l'engagement d'un débat politique sur les options de financement des soins de santé et le rôle du gouvernement.

Il est essentiel que les partenaires importants dans le développement sanitaire, notamment le secteur privé, les organisations non gouvernementales et les associations professionnelles, contribuent au dialogue politique et des efforts doivent être faits pour nouer des relations avec des partenaires bilatéraux et multilatéraux et des banques de développement régionales et internationales impliquées dans la santé. La privatisation dans le secteur de la santé va se poursuivre; en fait le rythme devrait s'accélérer étant donné l'évolution des scénarios politiques et économiques et l'impact de la mondialisation. Par conséquent, les ministères de la Santé doivent être bien préparés pour gérer les nouvelles orientations politiques, notamment en améliorant l'établissement de critères et les fonctions de réglementation.

toute évidence, à moins que la gouvernance ne soit renforcée, les politiques de privatisation peuvent se solder par une absence de réglementation dans le développement du secteur privé ayant un impact négatif sur l'équité, la qualité des services et l'efficacité globale du système de santé. La vision nationale pour le développement sanitaire, conçue sous la direction du

gouvernement, devrait comprendre tous les partenaires, dont le secteur privé et les autres acteurs non gouvernementaux afin d'éviter la répétition, les malentendus et le conflit d'intérêts. Les ministères de la Santé doivent élaborer la législation et les outils de réglementation pour améliorer la gestion de la combinaison public-privé, en particulier dans la participation ou non aux services de santé non cliniques. Une récente consultation organisée par le Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale en vue d'évaluer les expériences nationales dans la participation aux systèmes de santé a mis en évidence les capacités limitées de la plupart des ministères de la Santé en matière de négociation et un support juridique limité dans l'organisation des dispositions de contrat, la mise en place des contrats signés et la surveillance de ces relations contractuelles.

Il faut approfondir les recherches afin de partager les leçons tirées des meilleures pratiques dans ce domaine important dans la Région et au-delà. Une étude menée actuellement par le Bureau régional de l'OMS sur la taille et l'étendue du secteur privé dans la Région devrait donner plus d'informations sur les questions liées à la coordination entre tous les partenaires dans le développement sanitaire de la Région, et les moyens d'améliorer cette coordination. Étant donné l'échec des marchés dans le domaine de la santé et les responsabilités sociales du gouvernement dans la prestation de services de qualité et à prix abordable et compte tenu des investissements publics importants dans l'infrastructure du système de santé dans la plupart des pays de la Région, les gouvernements, en plus de leur fonction de gouvernance, ont encore un rôle à jouer dans la prestation de services en collaboration avec d'autres partenaires. Afin de garantir l'équité face à l'accès aux soins de santé, les établissements publics dans les zones isolées et rurales, qui restent les principaux prestataires de services pour des millions de personnes de la Région, doivent encore être renforcés. L'octroi des ressources financières et humaines publiques nécessaires à ces établissements va leur permettre d'offrir des services de soins accessibles et abordables.

Un système de transparence devrait être élaboré pour évaluer et surveiller l'utilisation efficace des ressources publiques dans le développement sanitaire. Les ministères de la Santé doivent soulever la question de la hausse des salaires des fonctionnaires étant donné que les établissements publics ne peuvent fonctionner en toute efficacité avec une main-d'œuvre sous-payée et non motivée. Bien que la question ne soit pas liée uniquement aux ministères de la

Santé mais à l'ensemble du secteur public, les ministères de la Santé peuvent défendre leur position pour un traitement favorable fondé sur la nature spécifique et vitale des services de santé. Les réformes engagées dans certains pays de la Région, notamment des crédits d'impôts et des avantages sociaux comprenant l'attribution de logements, ont été motivantes pour les professionnels de la santé travaillant à temps plein dans les établissements publics sans modifier la grille de rémunération de tous les fonctionnaires. Certaines de ces réformes visant à autoriser les fonctionnaires à exercer dans le privé afin d'améliorer leurs revenus faussent l'ensemble du système de prestation de service, ce qui crée des inégalités inutiles et engendre des abus de la part des établissements publics et des patients.

4. CONCLUSIONS

Les gouvernements jouent un rôle important dans le développement sanitaire à la fois dans les économies développées et en développement étant donné leur mandat social et la nature particulière du marché de la santé. Les gouvernements doivent poursuivre les efforts engagés pour concevoir des systèmes de santé modernes et les adapter aux nouveaux changements et problèmes dans les domaines politique, économique, social et culturel. Malgré les pressions auxquelles sont exposés les gouvernements dans la gestion des secteurs sociaux, les ministères de la Santé doivent continuer à superviser le développement sanitaire et prôner l'importance de l'investissement dans la santé et de la protection des valeurs sociales d'équité et de solidarité.

Le développement sanitaire doit être coordonné entre l'ensemble des ministères et institutions du gouvernement et avec tous les partenaires, dont les universités, les associations professionnelles, le secteur privé et les organisations de sociétés civiles. Il faut faire des efforts pour promouvoir le caractère central de la santé dans le développement socio-économique global. Le secteur privé joue un rôle de plus en plus important dans le financement et la prestation de soins de santé. Toutefois, il faut veiller à ce que ces innovations ne se fassent pas aux dépens de l'efficacité du secteur public et s'assurer qu'elles soient mises en place avec un encadrement et une gouvernance solides de la part du gouvernement. La privatisation des prestations de services de santé doit être bien étudiée et dirigée par les ministères de la Santé et autres services associés, en tenant compte des obligations sociales des gouvernements dans le développement sanitaire et des principaux objectifs des systèmes de santé.

L'OMS apportera aux ministères de la Santé le soutien technique nécessaire pour mieux mettre en place leur rôle dans le développement sanitaire par ses fonctions de coopération normatives et techniques, et en encourageant le travail en réseau et l'échange d'expériences ainsi que des modèles de travail dans divers domaines. L'OMS va également promouvoir une culture d'élaboration de politiques et stratégies basées sur les faits ainsi que des forums politiques nationaux et régionaux sur la santé permettant de débattre de questions importantes et d'élaborer des programmes pour d'autres mesures de la recherche à la politique. L'OMS continuera à rappeler aux gouvernements leur engagement à atteindre l'objectif noble et stimulant de la santé pour tous et à mettre en place des stratégies pour atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé. L'OMS va continuer à aider les États Membres à acquérir et utiliser ses outils analytiques pour évaluer l'équité, l'efficacité et la performance globale du système de santé par le renforcement des capacités, le développement des institutions et la mise à disposition d'un savoir-faire technique. Un intérêt particulier sera accordé au soutien des fonctions de gouvernance, financement et ressources humaines.

L'observatoire régional de l'OMS sur les systèmes de santé contribuera à l'évaluation du développement sanitaire dans la Région et à la coopération entre les responsables politiques et les professionnels de la santé afin de régler les problèmes auxquels sont confrontés les systèmes de santé pour atteindre leurs objectifs. La surveillance et l'évaluation du rôle du gouvernement dans le développement sanitaire feront partie des tâches de l'observatoire régional.

Recommandations

1. Les gouvernements doivent mettre en avant le rendement économique important de l'investissement dans le développement sanitaire et plaider en faveur du caractère central de la santé dans toutes les initiatives de développement.
2. Les gouvernements doivent continuer à superviser le développement sanitaire afin de protéger les valeurs sociales d'équité et de solidarité conformément aux politiques et stratégies de la santé pour tous qui considèrent la santé comme un droit de l'être humain et non comme un bien marchand.

3. Les gouvernements doivent renforcer leurs capacités de gouvernance, en particulier dans l'élaboration de politiques, la réglementation et la gestion de la combinaison public-privé. Le rôle du gouvernement dans la prestation de services doit être protégé afin de garantir l'accès aux pauvres, aux groupes vulnérables et aux populations rurales et isolées. Un intérêt particulier doit être porté à l'amélioration des conditions de travail pour les professionnels travaillant à plein temps dans les établissements publics.

4. Les gouvernements doivent promouvoir le développement d'observatoires nationaux des systèmes de santé destinés à développer des forums pour évaluer l'équité et la performance du système de santé et pour mieux adapter les réformes politiques aux changements dans les domaines politique, économique et social.

RÉFÉRENCES

1. Rapport sur la santé dans le monde 2000. Pour un système de santé plus performant. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2000.
2. Plan d'action pour la mise en œuvre de la Stratégie mondiale de la santé pour tous, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1982 (Série « Santé pour tous » No 7).
3. Roemer MI. National health systems of the world, Vol. 1. The countries. New York, Oxford University Press, 1991.
4. Ashworth W. A short history of the international economy since 1850. London; New York, Longman, 1975.
5. Agence pour le Développement et la Coordination des Relations Internationales. La Protection sociale en France, Paris, ADECRI, 2005.

6. Déclaration d'Alma-Ata dans : Les soins de santé primaires. Rapport de la Conférence internationale sur les soins de santé primaires, Alma-Ata (URSS), 6-12 septembre 1978. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1978.
7. Eastern Mediterranean Regional Health Professions Education Directory. World Health Organization, Regional Office for the Eastern Mediterranean website (www.emro.who.int/hped/ accessed May 2006).
8. Scarpaci JL, ed. Health services privatization in industrial societies. New Brunswick, Rutgers University Press, 1989.
9. Health evidence network (HEN). What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health? Copenhagen, Regional Office for Europe, 2006 (accessed May 2006).
10. Santé 21 : politique et stratégie régionales de la Santé pour tous au XXI^e siècle, Document technique présenté lors de la quarante-sixième session du Comité régional de la Méditerranée orientale (EM/RC46/5), Le Caire, 20-23 septembre 1999. Alexandrie, Bureau régional OMS de la Méditerranée orientale, 1999.
11. Sabri B. Social health insurance in the region, Journal of the International Social Security Association, 2004.
12. Rapport de la Commission Macroéconomie et Santé. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2004.
13. The role of contractual arrangements in improving health system performance. Report on a regional meeting, Cairo, 18–20 April 2005. Cairo, World Health Organization Regional Office for the Eastern Mediterranean, 2005.