

**La santé pour tous  
d'ici l'an 2000**  
A mi-chemin, le point de la  
situation dans divers pays

---

**Présenté par E. Tarimo & A. Creese**  
Division du Renforcement des Services de Santé  
Organisation mondiale de la Santé,  
Genève, Suisse



Organisation mondiale de la Santé  
Genève  
1991

Catalogage à la source : Bibliothèque de l'OMS

La Santé pour tous d'ici l'an 2000 : à mi-chemin, le point de la situation dans divers pays / présenté par E. Tarimo & A. Creese.

1. Planification santé — organisation et administration
2. Soins de santé primaires — organisation et administration
3. Programme national santé — organisation et administration
4. Santé pour tous I. Tarimo, E. II. Creese, A.

ISBN 92 4 256132 0 (Classification NLM: WA 540.1)

© Organisation mondiale de la Santé, 1991

Les publications de l'Organisation mondiale de la Santé bénéficient de la protection prévue par les dispositions du Protocole N° 2 de la Convention universelle pour la Protection du Droit d'Auteur. Pour toute reproduction ou traduction partielle ou intégrale, une autorisation doit être demandée au Bureau des Publications, Organisation mondiale de la Santé, Genève, Suisse.

L'Organisation mondiale de la Santé sera toujours très heureuse de recevoir des demandes à cet effet.

Les appellations employées dans cette publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part du Secrétariat de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites.

La mention de firmes et de produits commerciaux n'implique pas que ces firmes et produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé de préférence à d'autres. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

Les auteurs sont seuls responsables des opinions exprimées dans la présente publication.



# Table des matières

---

Préface — <i>H. Nakajima</i>	V
Introduction	1
<b>Burkina Faso</b> : L'amorce du succès — <i>B. M. Sombié</i>	5
<b>Canada</b> : Progrès assurés par la promotion de la santé — <i>R. A. Spasoff &amp; T. Hancock</i>	31
<b>Chine</b> : L'objectif est à notre portée — <i>Zhu Ao-rong</i>	55
<b>Égypte</b> : Vaincre en dépit des difficultés économiques — <i>A. G. Khallaf</i>	66
<b>Ethiopie</b> : La voie est tracée — <i>G. Tadesse</i>	83
<b>Finlande</b> : Un pionnier de la santé pour tous — <i>R. Salmela</i>	102
<b>Hongrie</b> : En marche vers la santé pour tous — <i>I. Forgacs &amp; G. Simon-Kiss</i>	127
<b>Indonésie</b> : Mise en œuvre de la stratégie de la santé pour tous — <i>S. Yahya &amp; R. Roesin</i>	138
<b>Malaisie</b> : Des maladies infectieuses aux maladies chroniques — <i>I. Pathmanathan &amp; S. Dhairiam</i>	157
<b>Mozambique</b> : La pratique des soins de santé primaires dans les conditions les plus défavorables — <i>A. J. R. Cabral &amp; A. Noormahomed</i>	181
<b>Nigéria</b> : Développement du système de soins de santé primaires — <i>O. Ransome-Kuti</i>	197
<b>Papouasie-Nouvelle-Guinée</b> : Obstacles rencontrés et surmontés — <i>Q. Reilly</i>	208
<b>Pays-Bas</b> : Les soins de santé primaires ne sont pas encore pour demain — <i>J. van der Zee</i>	226

<b>Sri Lanka :</b> Des soins de santé primaires profondément enracinés	
— <i>M. Fernando &amp; T. Cooray</i>	241
<b>Thaïlande :</b> De la politique à la mise en œuvre	
— <i>A. Nondasuta &amp; R. Husdee</i>	257
Leçons à tirer des rapports de pays	270

# Préface

---

**Hiroshi Nakajima**

Directeur général, Organisation mondiale de la Santé

Les comptes rendus à mi-parcours des succès — et aussi des échecs — qui ont marqué dans 15 pays la mise en œuvre du projet de la santé pour tous d'ici l'an 2000 constituent la matière du présent ouvrage. Ils fournissent un tableau inégal, reflétant les difficultés économiques que la plupart des pays ont connues sans discontinuer pendant la décennie écoulée. La prospérité et la paix sont incontestablement d'importants supports d'améliorations durables dans le domaine de la santé; il n'en reste pas moins que des services de santé bien planifiés, financés et gérés contribuent pour beaucoup à atténuer les effets de la récession économique sur les couches les plus pauvres de la population, et à faire en sorte qu'une amélioration du niveau de santé accompagne dans une large mesure la croissance économique.

C'est dans la mise en œuvre que l'on rencontre les vrais problèmes, et les comptes rendus qui figurent dans la présente publication montrent comment des pays différents ont ajusté l'approche par la santé pour tous à l'évolution de leurs circonstances particulières. Les autres pays ne trouveront pas ici des modèles à calquer, mais peut-être des analogies, des similitudes, des indications et des leçons offrant des aperçus et des suggestions pour la résolution de leurs propres problèmes. La promotion de tels échanges de données d'expérience est l'un des mécanismes dont l'OMS se sert pour œuvrer, avec les pays, dans le sens de la santé pour tous.



# Introduction

---

La Conférence d'Alma-Ata, organisée en 1978 pour répondre à un mécontentement largement répandu au sujet des services de santé existants, a été un jalon important dans la lutte pour la santé. Malgré les efforts considérables que les pays et l'OMS ont déployés vers la fin des années 60 et le début des années 70 pour améliorer et élargir les services de santé, des populations nombreuses, particulièrement dans les zones rurales des pays en développement, n'avaient toujours pas accès à ces services. Les soins de santé primaires furent considérés comme la voie vers la santé pour tous.

Que veut-on faire? Les soins de santé primaires, tels qu'ils ont été définis à Alma-Ata, supposent un triple aboutissement: accès universel aux soins de santé primaires selon les besoins, pour les individus, les familles et les groupes de population, participation des collectivités à la planification, à la prestation et à l'évaluation de ces soins, et prise d'un rôle actif d'autres secteurs dans les activités sanitaires. Chacun de ces développements entraîne des conséquences d'une portée considérable pour les services de santé. Un accès universel aux soins essentiels implique, par exemple, une utilisation plus équitable et plus efficiente des ressources sanitaires. La Conférence a certes donné le feu vert à la mise en œuvre des soins de santé primaires, mais adopter des résolutions est une chose, et les appliquer en est une autre. Il peut y avoir une grande différence entre ce qui est projeté au plan national et ce qui est réalisé au plan local. La présente publication fournit un tableau de ce qui a été effectivement fait dans 15 pays. Ses divers chapitres définissent l'évolution des politiques et des plans et décrivent leur mise en œuvre et leurs résultats, particulièrement au niveau local.

On s'est aussi trouvé devant bien des feux rouges. On s'est posé tout d'abord des questions, telles que: de quoi s'agit-il? En quoi les soins de santé primaires sont-ils différents de ce que nous faisons déjà? S'agit-il de soins de deuxième ordre pour les pauvres? En exigeant davantage de participation et d'action communautaires, les soins de santé primaires ne dispensent-ils pas les gouvernements de prendre de difficiles décisions en matière de redistribution des ressources? Les ressources continueront-elles à être utilisées en faveur de certains groupes de population alors que les gouvernements conseil-

lent l'auto-assistance aux collectivités mal desservies? Ou bien la mise en œuvre des principes en cause crée-t-elle un courant vers le changement qui impose aux gouvernements d'assurer à ces collectivités un soutien plus important?

Les discussions sur ces questions ont permis de mieux comprendre le caractère insatisfaisant des programmes de soins de santé existants, et cette meilleure compréhension joue un rôle clé dans l'élaboration de politiques et de plans visant à y remédier. De nombreux pays ont défini non seulement leurs buts, mais aussi des programmes concrets pour les atteindre. A cet égard, la Région européenne de l'OMS, composée de pays qui pour la plupart sont développés, vient en tête à cet égard, et c'est là un bon indicateur du succès des soins de santé primaires, puisque de sérieuses réserves avaient été tout d'abord exprimées en ce qui concerne leur pertinence pour les pays développés. Ce qui s'est passé dans quatre pays industrialisés dotés de structures socio-économiques différentes — Canada, Finlande, Hongrie et Pays-Bas — est exposé, documents à l'appui, dans les chapitres qui suivent. Le feu rouge a tourné au vert.

Un autre obstacle à la réalisation des soins de santé primaires, le deuxième par ordre d'importance, concerne l'argent. On a dit que dans l'optique d'une économie saine, la conférence d'Alma-Ata ne pouvait pas se réunir à un moment plus mal choisi. Dans bien des pays, les efforts de développement ont été sérieusement compromis par le service de la dette extérieure, la détérioration des échanges, l'impasse dans le dialogue Nord-Sud, la diminution de la production agricole, les politiques d'ajustement économique et une médiocre gestion de l'économie en général, s'ajoutant à une rapide croissance démographique. La révision des priorités en matière de dépenses a contribué à détourner l'attention des secteurs « sociaux » au profit des secteurs « productifs ». Etant donné que la proportion des ressources de l'Etat consacrées à la santé dans les pays pauvres est déjà réduite, et distribuée d'une manière qui n'est pas du meilleur rapport coût/efficacité, le problème est, dans certains de ces pays, de maintenir les niveaux de développement déjà atteints. L'apparition de nouvelles sources de financement et l'amélioration de l'utilisation des ressources existantes permettent d'espérer que des progrès dans le domaine des soins de santé primaires pourront être accomplis sans efforts financiers additionnels de la part des gouvernements.

Encore un autre obstacle est celui des faiblesses en matière de gestion. Même si le budget de la santé bénéficiait de ressources additionnelles d'origine intérieure ou extérieure, il n'y aurait guère



d'amélioration des soins de santé primaires si ces ressources continuaient à être utilisées de la même façon. Pour leur plus grande partie, les ressources sanitaires servent à financer des soins curatifs inutilement compliqués, et qui sont de plus en plus coûteux pour ceux qui y ont accès. Il ne reste guère d'argent pour la promotion de la santé, la prévention des maladies et la prestation de soins curatifs au reste de la population.

C'est la volonté d'agir pour améliorer cette situation qui donne la mesure de l'engagement en faveur des soins de santé primaires. Pour certains stratèges, les soins de santé primaires imposent trop de tâches. Il faut choisir des priorités. Qui jouera au deuxième plan? Les enfants? Les personnes âgées? Le débat continue, et certains suggèrent même d'accorder la priorité aux problèmes en rapport avec certaines maladies plutôt qu'aux individus. Il fallait faire en sorte que les stratèges et les agents de la santé soient en accord avec les principes des soins de santé primaires, et guidés par eux dans l'analyse des problèmes, l'établissement des priorités et l'application des programmes. Comment y parvenir? Comment développer les aptitudes au leadership et à la gestion, le sentiment des responsabilités et l'esprit de surveillance aux niveaux central et local? En fait, comment faire pour que les agents sanitaires soient eux-mêmes motivés et assurent un appui sans relâche?

Malgré ces problèmes la « locomotive » va de l'avant. C'est là la conclusion générale d'une réunion organisée par l'OMS à Riga (URSS), en mars 1988, sur le thème « A mi-chemin entre Alma-Ata et l'an 2000 ». La réunion a constaté que les niveaux de santé mesurés par les taux de mortalité se sont améliorés dans tous les pays. Certains indicateurs tels que le nombre de décès d'enfants de moins de cinq ans pour 1000 naissances vivantes ont connu des améliorations spectaculaires dans les pays industrialisés, et aussi dans certains pays en développement, et les prévisions pour la période allant jusqu'à l'an 2000 montrent que cette tendance persistera. Toutefois une disparité géographique inquiétante a pu être observée: l'Afrique et l'Asie du Sud n'avancent pas comme le reste du monde. Dans ces deux régions, une quarantaine de pays connaîtront encore à la fin du siècle, à moins que des mesures spéciales ne soient prises, des taux de mortalité de plus de 100 pour 1000 pour les enfants de moins de cinq ans. En même temps qu'on organisait la réunion de Riga, on décidait d'inviter des spécialistes de la santé publique de 15 pays à rendre compte de leurs observations concernant la mise en œuvre des soins de santé primaires. Les pays retenus — Burkina Faso, Canada, Chine, Egypte, Ethiopie, Finlande, Hongrie, Indonésie, Malaisie,

Mozambique, Nigéria, Papouasie-Nouvelle-Guinée, Pays-Bas, Sri Lanka et Thaïlande — étaient représentatifs des divers stades de développement atteints dans les différentes régions. Parmi ces pays le Burkina Faso, l'Éthiopie, le Mozambique et la Papouasie-Nouvelle-Guinée font partie des 40 pays en développement accusant une très forte mortalité juvénile.

Pour obtenir des comptes rendus aussi vivants et réalistes que possible, il a été suggéré aux auteurs d'insister, après avoir esquissé à larges traits les stratégies appliquées et les résultats obtenus au plan national, sur l'action pratique au niveau du district, en la cadrant dans le contexte des politiques et des développements nationaux. On les a également priés de mettre de préférence l'accent sur la mise en œuvre et les résultats plutôt que sur les intentions et les méthodes. La dernière section du présent ouvrage cherche à tirer quelques leçons générales des comptes rendus en question.

L'OMS espère que la publication d'une telle sélection de réalisations et de perspectives de pays différents, ainsi que les appréciations des facteurs sous-jacents qui facilitent (ou entravent) une bonne mise en œuvre des soins de santé primaires, seront utiles à plusieurs égards. Il s'agit du genre d'informations qui donnent une idée de la situation sanitaire présente dans le monde, des problèmes à résoudre, des activités correctives entreprises et de leur impact. Elles pourraient aussi aider à identifier les zones des soins de santé primaires où une action mondiale plus intense serait nécessaire. Enfin, ce qui importe peut-être plus que tout le reste, les activités novatrices qui sont décrites pourraient stimuler une action dans d'autres pays.