

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ



RAPPORT
SUR LA SANTÉ
DANS LE MONDE
2000

*Pour un système de santé
plus performant*



ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ



RAPPORT
SUR LA SANTÉ
DANS LE MONDE
2000

*Pour un système de santé
plus performant*

Catalogage à la source : Bibliothèque de l'OMS

Rapport sur la santé dans le monde 2000 : pour un système de santé plus performant.

1. Santé mondiale 2. Plan organisation santé 3. Délivrance soins 4. Administration services de soins 5. Financement, Santé 6. Accessibilité service santé 7. Justice sociale 8. Mécanismes évaluation soins
I. Titre : Pour un système de santé plus performant

ISBN 92 4 256198 3 (Classification NLM : WA 540.1)
ISSN 1020-332X

L'Organisation mondiale de la Santé accueille favorablement des demandes d'autorisation visant à reproduire ou à traduire ses publications, en partie ou intégralement. Les demandes à cet effet et les demandes de renseignements doivent être adressées au Bureau des Publications, Organisation mondiale de la Santé, Genève (Suisse), qui se fera un plaisir de fournir les renseignements les plus récents sur tout changement apporté au texte, les nouvelles éditions envisagées et les réimpressions ainsi que les traductions déjà disponibles.

© Organisation mondiale de la Santé, 2000

Tous droits réservés.

Les appellations employées dans cette publication et la présentation des données qui y figurent, tableaux et cartes compris, 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. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir encore fait l'objet d'un accord définitif.

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.

Des renseignements sur cette publication peuvent être obtenus auprès du :

Rapport sur la Santé dans le Monde
Organisation mondiale de la Santé
1211 Genève 27, Suisse
Fax : (41 22) 791 4870
Adresse Internet : whr@who.int
Adresse pour les commandes : bookorders@who.int

Les principaux auteurs du présent rapport sont Philip Musgrove, Andrew Creese, Alex Preker, Christian Baeza, Anders Anell et Thomson Prentice. Ils ont bénéficié de la collaboration de Andrew Cassels, Debra Lipson, Dyna Arhin Tenkorang et Mark Wheeler. Le rapport a été établi sous la direction d'un comité d'orientation composé de Julio Frenk (Président), Susan Holck, Christopher Murray, Orvill Adams, Andrew Creese, Dean Jamison, Kei Kawabata, Philip Musgrove et Thomson Prentice. Un groupe consultatif interne et un groupe régional de référence, dont les membres sont énumérés dans l'appendice, ont apporté une précieuse contribution à cette entreprise. Toute l'équipe du rapport tient à exprimer sa reconnaissance aux Directeurs régionaux, aux Directeurs exécutifs du Siège de l'OMS et aux conseillers spéciaux du Directeur général pour l'aide et les conseils supplémentaires qu'ils lui ont fournis.

Le cadre conceptuel sur lequel repose le rapport a été élaboré par Christopher Murray et Julio Frenk. Plus de 50 personnes ont collaboré à la mise au point de nouvelles méthodes analytiques et de nouveaux indicateurs synthétiques, ainsi qu'au travail de collecte de données internationales et d'analyses empiriques sur lesquelles repose le rapport. La plupart d'entre elles appartiennent au Programme mondial OMS pour les Bases factuelles à l'appui des politiques de santé et étaient réparties en onze groupes de travail différents spécialisés dans les domaines suivants : caractéristiques démographiques de base, cause des décès, charge de morbidité, espérance

de vie corrigée de l'incapacité, inégalités en matière de santé, réactivité, équité de la répartition de la contribution financière, préférences du système de santé, comptes et profils nationaux de la santé, analyse de la performance et données économiques de base. La liste des membres de chacun des groupes de travail figure dans l'appendice. La direction générale et technique des groupes de travail a été assurée par Julio Frenk, Christopher Murray, Kei Kawabata, Alan Lopez et David Evans. Une série de rapports techniques établie par chacun des groupes de travail fournit des détails sur les méthodes utilisées ainsi que les données et les résultats obtenus, en complément des explications fournies dans l'Annexe statistique.

La conception générale de ce rapport a été examinée lors d'une réunion consultative internationale consacrée aux systèmes de santé, et la mesure de la réactivité des systèmes a fait l'objet d'une réunion de spécialistes. Ces deux réunions se sont tenues à Genève en décembre 1999, et la liste des participants est contenue dans l'appendice.

La mise au point du présent rapport a été assurée par Angela Haden, avec l'assistance de Barbara Campanini et la traduction en français à Barbara Audrin, Jean-Claude Guyonnet et Agnès Pollet. L'appui administratif et technique de l'équipe du rapport sur la santé dans le monde a été fourni par Shelagh Probst, Michel Beusenbergh, Amel Chaouachi et Chrissie Chitsulo. L'index a été établi par Liza Weinkove et, pour l'édition française, par Laurent Gaidon.

Photographie de couverture : « Horizon ascendant », sculpture de Rafael Barrios, Caracas (Venezuela). La photographie de Mireille Vautier est reproduite avec l'aimable autorisation de l'ANA Agence photographique de presse, Paris (France).

Conception graphique : Marilyn Langfeld. Présentation graphique : GRA/OMS
Imprimé en France
2000/12934 – Sadag – 7000



TABLE DES MATIÈRES

MESSAGE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL	vii
<hr/>	
RÉSUMÉ	xi
Evolution des systèmes de santé	xiii
Possibilités d'amélioration	xiv
Offrir de meilleurs services	xvi
Comment trouver un meilleur équilibre	xvii
Protection des pauvres	xix
<hr/>	
CHAPITRE UN	
POURQUOI LES SYSTÈMES DE SANTÉ SONT-ILS IMPORTANTS ?	1
Un monde en pleine évolution	3
Qu'est-ce qu'un système de santé ?	5
Que font les systèmes de santé ?	8
Pourquoi les systèmes de santé sont-ils importants ?	10
Comment les systèmes de santé modernes ont évolué	13
Trois générations de réformes du système de santé	16
Importance de la performance	20
<hr/>	
CHAPITRE DEUX	
LA PERFORMANCE DES SERVICES DE SANTÉ EST-ELLE BONNE ?	23
Résultats et performance	25
Objectifs et fonctions	25
Qualité et équité : le niveau de santé et sa distribution sont également importants	28
Mesurer la réalisation des objectifs	29
Niveau général d'accomplissement : qualité et équité conjuguées	43
Performance : obtenir des résultats à partir des ressources disponibles	44
Améliorer la performance : quatre fonctions clés	49
<hr/>	
CHAPITRE TROIS	
SERVICES DE SANTÉ : SONT-ILS BIEN CHOISIS ET BIEN ORGANISÉS ?	53
Lacunes institutionnelles	55
Les gens sont au cœur des services de santé	56
Choix des interventions : tirer le maximum des ressources pour améliorer la santé	58
Choix des interventions : que faut-il encore prendre en compte ?	62
Choix des interventions : que faut-il savoir ?	64
Mise en œuvre des priorités par le rationnement des soins	65
Après le choix des priorités : organisation des services et incitations pour les prestataires	68
Modes d'organisation	70
Modes d'organisation de la prestation des services	71
Alignement des incitations	73
Intégration de la prestation des services	77

 CHAPITRE QUATRE

QUELLES SONT LES RESSOURCES NÉCESSAIRES ?	83
Dosage des ressources	85
Importance vitale des ressources humaines	87
Comment s'adapter aux progrès des connaissances et de la technologie	92
Rôles des secteurs public et privé dans la production des apports	93
Effets des investissements antérieurs	95
Caractéristiques des ressources pour la santé	96
Réorganisation des investissements	100
La voie du progrès	102

 CHAPITRE CINQ

QUI FINANCE LES SYSTÈMES DE SANTÉ ?	107
Comment s'opère le financement	109
Prépaiement et collecte	111
Répartition des risques et subventionnement des pauvres : mise en commun des ressources	114
Stratégie d'achat	120
Modes d'organisation	124
Incitations	125
Comment le financement influe sur l'équité et l'efficacité	130

 CHAPITRE SIX

COMMENT PROTÉGER L'INTÉRÊT GÉNÉRAL ?	133
Les gouvernements en tant qu'administrateurs des ressources sanitaires	135
En quoi l'administration générale laisse-t-elle aujourd'hui à désirer ?	136
Politique sanitaire : vision de l'avenir	139
Fixer les règles et les faire appliquer	141
Faire preuve de discernement et partager les connaissances	147
Stratégies, rôles et ressources : qui doit faire quoi ?	151
Quels sont les enjeux ?	154
Comment améliorer la performance	156

 ANNEXE STATISTIQUE 163

Notes explicatives	165
Tableau 1 de l'annexe : Résultats et performance du système de santé dans l'ensemble des Etats Membres, avec les rangs de classement d'après huit mesures, estimations pour 1997	174
Tableau 2 de l'annexe : Indicateurs de base pour l'ensemble des Etats Membres	178
Tableau 3 de l'annexe : Décès par cause, sexe et strate de mortalité dans les Régions OMS, estimations pour 1999	186
Tableau 4 de l'annexe : Charge de morbidité en années de vie corrigées de l'incapacité (AVCI) par cause, sexe et strate de mortalité dans les Régions OMS, estimations pour 1999	192
Tableau 5 de l'annexe : Résultats sanitaires (niveau et distribution de la santé) dans l'ensemble des Etats Membres, estimations pour 1997 et 1999	198
Tableau 6 de l'annexe : Réactivité des systèmes de santé (degré et distribution) dans l'ensemble des Etats Membres, indices OMS, estimations pour 1999	206

Tableau 7 de l'annexe :	Equité de la contribution financière aux systèmes de santé dans l'ensemble des Etats Membres, indices OMS, estimations pour 1997	210
Tableau 8 de l'annexe :	Quelques indicateurs des comptes nationaux de la santé pour l'ensemble des Etats Membres, estimations pour 1997	214
Tableau 9 de l'annexe :	Résultats globaux du système de santé dans l'ensemble des Etats Membres, indices OMS, estimations pour 1997	218
Tableau 10 de l'annexe :	Performance des systèmes de santé dans l'ensemble des Etats Membres, indices OMS, estimations pour 1997	222

LISTE DES ETATS MEMBRES PAR RÉGION OMS ET PAR STRATE DE MORTALITÉ	226
---	-----

REMERCIEMENTS	228
---------------	-----

INDEX	229
-------	-----

TABLEAUX

Tableau 3.1 :	Interventions ayant une importante incidence potentielle sur les résultats sanitaires	60
Tableau 3.2 :	Exemples d'incitations organisationnelles pour les soins ambulatoires	76
Tableau 5.1 :	Estimation de la part des paiements directs dans le total des dépenses de santé d'après le niveau de revenu, 1997	111
Tableau 5.2 :	Modes de répartition des risques et de subventionnement des pauvres : exemples nationaux	115
Tableau 5.3 :	Mécanismes de rémunération des prestataires et comportement des prestataires	122
Tableau 5.4 :	Mesure dans laquelle différents types d'organisation sont soumis à des incitations internes	128
Tableau 5.5 :	Mesure dans laquelle différents types d'organisation sont sensibles aux incitations externes	129

FIGURES

Figure 1.1 :	Couverture de la population et interventions comprises dans différentes notions des soins de santé primaires	18
Figure 2.1 :	Rapports entre les fonctions et les objectifs d'un système de santé	27
Figure 2.2 :	Espérance de vie et espérance de vie corrigée de l'incapacité pour les hommes et les femmes par Région OMS et par strate définie en fonction de la mortalité de l'enfant et de l'adulte, 1999	32
Figure 2.3 :	Inégalité de l'espérance de vie à la naissance, par sexe, dans six pays	34
Figure 2.4 :	Notes relatives de différents aspects de la réactivité des systèmes de santé dans 13 pays, en 1999	37
Figure 2.5 :	Contributions des ménages au financement de la santé, en pourcentage de leur capacité de paiement, dans huit pays	42
Figure 2.6 :	Performance en termes de niveau de santé (espérance de vie corrigée de l'incapacité) par rapport aux dépenses de santé par habitant, dans 191 Etats Membres, 1999	47
Figure 2.7 :	Performance globale des systèmes de santé (pour toutes réalisations) par rapport aux dépenses de santé par habitant, dans 191 Etats Membres, 1997	48
Figure 3.1 :	Rôles multiples des gens au sein des systèmes de santé	57
Figure 3.2 :	Questions à poser pour décider des interventions devant être financées et assurées	63

Figure 3.3 :	Différents modes de rationnement des interventions sanitaires d'après le coût et la fréquence des besoins	67
Figure 3.4 :	Différentes incitations internes dans trois structures institutionnelles	75
Figure 4.1 :	Apports des systèmes de santé : des ressources financières aux interventions sanitaires	85
Figure 4.2 :	Dosage des apports dans les systèmes de santé : comparaison entre quatre pays à revenu élevé, vers 1997	97
Figure 4.3 :	Dosage des apports dans les systèmes de santé : comparaison entre quatre pays à revenu moyen, vers 1997	98
Figure 5.1 :	Mise en commun des ressources pour redistribuer les risques et subventionnement croisé en vue d'une meilleure équité	114
Figure 5.2 :	Structure du financement et de la prestation de services dans les systèmes de santé de quatre pays	116

ENCADRÉS

Encadré 1.1 :	Pauvreté, mauvaise santé et rapport coût/efficacité	6
Encadré 1.2 :	Ce sont les connaissances sanitaires et non les revenus qui expliquent l'évolution des différences d'état de santé entre les zones urbaines et rurales	12
Encadré 2.1 :	Mesures synthétiques de la santé d'une population	31
Encadré 2.2 :	Quelle est l'importance des diverses composantes de la réactivité ?	36
Encadré 2.3 :	Qu'est-ce que l'équité de la contribution mesure et ne mesure pas ?	41
Encadré 2.4 :	Pondération des réalisations qui contribuent aux résultats d'ensemble	43
Encadré 2.5 :	Estimation de ce que l'on peut attendre de mieux et du minimum exigible	46
Encadré 4.1 :	Redistribution des ressources humaines	88
Encadré 4.2 :	Problèmes de ressources humaines pour la prestation des services	89
Encadré 4.3 :	Disparités croissantes dans l'utilisation des technologies	93
Encadré 4.4 :	Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination (GAVI)	95
Encadré 4.5 :	Investissements dans les hôpitaux des pays de l'ex-Union soviétique avant la réforme	101
Encadré 5.1 :	Importance des contributions de donateurs dans les recettes et les achats des pays en développement	110
Encadré 5.2 :	Le marché chilien de l'assurance-maladie : lorsque l'administration générale est impuissante à résoudre les problèmes de concurrence entre les caisses et à corriger les déséquilibres entre les incitations internes et externes	126
Encadré 6.1 :	Tendances de la politique nationale : des plans aux schémas directeurs	138
Encadré 6.2 :	Schéma de politique sanitaire à moyen terme du Ghana	139
Encadré 6.3 :	Les APS sont-elles une bonne technique d'administration générale ?	140
Encadré 6.4 :	Administration générale : le système de l' <i>Hisba</i> dans les pays islamiques	141
Encadré 6.5 :	Afrique du Sud : réglementation du marché de l'assurance privée pour accroître la répartition des risques	143
Encadré 6.6 :	Elargissement du système d'assurance-maladie aux Pays-Bas	146
Encadré 6.7 :	Protection des droits des patients	149
Encadré 6.8 :	Vers une bonne administration générale : le problème des substances pharmaceutiques	150
Encadré 6.9 :	Thaïlande : rôle des médias dans l'administration générale du système de santé	152

MESSAGE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL

Que faut-il pour avoir un bon système de santé ? Qu'est-ce qui le rend équitable ? Et comment savoir si un système de santé est aussi performant qu'il devrait l'être ? Autant de questions qui alimentent un vaste débat public dans la plupart des pays du monde.

Il va de soi que les réponses dépendent du point de vue de la personne interrogée. Un ministre de la santé défendant son budget au parlement, un ministre des finances qui s'efforce de tenir compte des multiples demandes dans la répartition du budget de l'Etat, un directeur d'hôpital débordé que l'on presse de libérer des lits, un médecin ou une infirmière d'un centre de santé qui se trouve brusquement à court d'antibiotiques, un journaliste à la recherche d'un sujet d'article, une mère cherchant à faire soigner son enfant de deux ans et un groupe de pression militant pour l'amélioration des services ont tous leur propre opinion. Le rôle de l'Organisation mondiale de la Santé est d'aider tous les intéressés à parvenir à un jugement équilibré.

Quel que soit le critère de jugement, il est évident que, si les systèmes de santé fonctionnent bien dans certains pays, il n'en va pas de même dans d'autres. Cela n'est pas simplement dû à des différences de revenus ou de dépenses, car nous savons que la performance peut fluctuer très nettement entre des pays qui consacrent à la santé des montants à peu près équivalents. La manière dont les systèmes de santé sont conçus, gérés et financés exerce une influence sur la vie et les moyens d'existence des gens.

La différence entre un système de santé performant et un système défaillant se mesure aux décès, aux incapacités, à l'appauvrissement, à l'humiliation et au désespoir qui en résultent.

En 1998, lorsque je suis devenue Directeur général de l'OMS, j'étais particulièrement soucieuse de replacer progressivement le développement des systèmes de santé au cœur des activités de l'OMS. J'estimais aussi que, si nos travaux dans ce domaine doivent se conformer aux valeurs de la santé pour tous, il nous fallait étayer nos recommandations par des bases factuelles et non simplement par une idéologie. Le présent rapport est le fruit de ces réflexions. Je souhaite que sa publication fasse date dans l'évolution des systèmes de santé, car sa raison d'être est l'amélioration de la performance des systèmes de santé dans le monde.



Dr Gro Harlem Brundtland

Notre objectif était de mieux comprendre les facteurs qui contribuent au changement. La tâche était loin d'être aisée. Nous avons examiné comment définir un système de santé de manière à étendre notre champ d'activité au-delà de la prestation de services de santé collectifs et individuels en y englobant d'autres aspects essentiels de la politique publique qui ont une incidence sur la santé des gens. Le rapport propose d'étendre les limites du système de santé à toute mesure ayant principalement pour objet d'améliorer la santé.

Ce rapport innove dans sa manière de nous aider à comprendre les objectifs des systèmes de santé. Il va de soi que leur but premier est une meilleure protection de la santé, mais ils répondent à d'autres préoccupations, notamment l'équité du financement des soins de santé et la satisfaction des attentes des patients concernant leur prise en charge. Il ne suffit pas d'atteindre un niveau moyen de santé et de réactivité : il faut aussi réduire les inégalités afin d'améliorer la situation des plus démunis. Dans le présent rapport, le degré d'accomplissement de ces tâches sert de base pour mesurer la performance des systèmes de santé.

Pour fonder leur action sur des mesures de la performance, les responsables de l'élaboration des politiques doivent clairement comprendre les fonctions clés d'un système de santé. Le rapport en définit quatre : la prestation de services ; la production des ressources humaines et matérielles permettant de dispenser les services ; la collecte et la mise en commun des ressources utilisées pour financer les soins de santé ; enfin et surtout, l'administration générale, qui est la définition et la mise en œuvre des règles et d'une orientation stratégique destinée à toutes les parties prenantes.

Certes, un grand nombre des notions et mesures utilisées dans le rapport doivent être encore affinées et développées. Jusqu'ici, notre compréhension des systèmes de santé s'est heurtée aux lacunes des systèmes d'information en place et à l'insuffisance de la recherche. Il a donc fallu déployer des efforts considérables au cours de la préparation du rapport pour rassembler les données, recueillir de nouvelles informations et procéder au travail d'analyse et de synthèse nécessaire. On a aussi interrogé de nombreuses personnes, tant au sein qu'en dehors de l'OMS, sur leur interprétation des données et sur l'importance relative des différents objectifs.

Le contenu de ce rapport ne prétend pas apporter de réponse définitive à toutes les questions qui se posent sur la performance des systèmes de santé, mais il réunit les meilleures données disponibles à ce jour. Il montre qu'en dépit de la complexité du sujet et des lacunes de l'information, il est possible de se faire une idée relativement exacte de la situation actuelle et d'élaborer sur cette base un programme de travail extrêmement prometteur.

J'espère que cette publication aidera à déterminer comment évaluer et améliorer les systèmes de santé. L'évaluation de la performance permet aux responsables des politiques, aux prestataires du secteur de la santé et à la population dans son ensemble de juger eux-mêmes le fonctionnement des mécanismes sociaux qu'ils ont contribué à mettre en place pour améliorer la santé. Elle invite à réfléchir sur les forces qui façonnent la performance et sur les mesures propres à l'améliorer.

Pour l'OMS, le *Rapport sur la santé dans le monde, 2000* est une étape décisive dans un processus à long terme. La mesure de la performance des systèmes de santé à partir d'une information et de méthodes constamment améliorées et mises à jour fera désormais partie de tous les rapports sur la santé dans le monde.

Bien que nous commençons à peine à comprendre toutes les interactions complexes qui s'opèrent à l'intérieur d'un système de santé, nous pouvons d'ores et déjà dégager quelques conclusions importantes :

- La responsabilité de la performance du système de santé d'un pays incombe en dernière analyse au gouvernement. L'administration générale – prise en charge consciencieuse et avisée du bien-être d'une population – est l'essence même d'un bon gouvernement. La santé des gens constitue toujours une priorité nationale : la responsabilité qui en incombe aux gouvernements est permanente.
- Compte tenu des sommes qu'ils consacrent à la santé, de nombreux pays sont loin d'être aussi performants qu'ils le devraient. Il en résulte un grand nombre de décès et d'incapacités évitables. Ce sont les pauvres qui souffrent le plus des effets de cette défaillance.
- Les systèmes de santé visent non seulement à améliorer la santé des gens, mais aussi à les prémunir contre le coût financier de la maladie. Dans les pays à bas revenu, les gouvernements doivent réduire la part du système régressif des paiements directs en étendant l'application des dispositifs de prépaiement qui répartissent le risque financier et éloignent le spectre de dépenses de santé ruineuses.
- Au sein des gouvernements, de nombreux ministères de la santé privilégient le secteur public et négligent fréquemment le secteur privé du financement et de la prestation des soins, alors que celui-ci est, dans bien des cas, beaucoup plus important. Il est de plus en plus essentiel que les gouvernements mobilisent les énergies des secteurs privé et caritatif pour obtenir une meilleure performance de leur système de santé tout en remédiant aux inconvénients des marchés privés.
- L'administration générale consiste en dernier ressort à *superviser* la totalité du système, en évitant de faire preuve de myopie, d'étroitesse de vue, voire de cécité devant les défaillances d'un système. Le rapport se propose de faciliter cette tâche en mettant clairement en évidence de nouvelles bases factuelles.

En conclusion, j'espère que ce rapport aidera les décideurs à faire des choix judicieux. S'ils y parviennent, des progrès substantiels seront possibles dans tous les pays, et les pauvres en seront les principaux bénéficiaires.



Gro Harlem Brundtland
Genève
Juin 2000

RÉSUMÉ

Chaque jour, la vie d'innombrables personnes dépend du système de santé. De la mise au monde dans des conditions de sécurité de bébés en bonne santé aux soins gériatriques dispensés à des personnes fragiles sans porter atteinte à leur dignité, les systèmes de santé exercent en permanence des responsabilités essentielles à l'égard de gens de tous âges. Ils sont indispensables à un développement sain des individus, des familles et des sociétés dans le monde entier.

Dans le présent rapport, on entend par système de santé la totalité des organisations, institutions et ressources consacrées à la production d'interventions sanitaires. Une intervention sanitaire s'entend de tout effort dont l'objectif principal est d'améliorer la santé, dans le cadre de soins de santé individuels, d'un service de santé publique ou d'une initiative intersectorielle.

Mais si l'amélioration de la santé est, de toute évidence, le principal objectif d'un système de santé, ce n'est pas le seul. Cet objectif est en fait double : il s'agit à la fois d'atteindre le meilleur niveau de santé moyen possible, ce qui suppose un système apte à bien répondre aux attentes de la population (*qualité*), et de réduire au minimum les écarts entre les individus et entre les groupes, c'est-à-dire assurer à chacun la même qualité de soins, sans discrimination (*équité*). Dans le *Rapport sur la santé dans le monde, 2000*, l'OMS va au-delà de ses préoccupations traditionnelles, à savoir le bien-être physique et mental des gens, pour mettre l'accent sur la qualité et l'équité.

C'est la première fois que l'Organisation s'intéresse à ce point aux rôles joués par les gens en tant que prestataires et consommateurs de services de santé, agents de financement des systèmes de santé, travailleurs du secteur de la santé et citoyens participant à la bonne gestion ou à l'administration générale de la santé. Elle examine, dans ce rapport, jusqu'à quel point les systèmes de santé atténuent les inégalités, répondent aux attentes des gens et respectent leur dignité, leurs droits et leurs libertés.

Le *Rapport sur la santé dans le monde, 2000* innove aussi en proposant pour la première fois un indice de la performance des systèmes de santé nationaux dans la réalisation de trois grands objectifs : *améliorer la santé, répondre aux attentes de la population et répartir équitablement la contribution financière*.

Le degré de réalisation de ces trois objectifs dépend essentiellement de la mesure dans laquelle les systèmes parviennent à s'acquitter de quatre fonctions vitales : *la prestation de services, la production de ressources, le financement et l'administration générale*. Chacune de ces fonctions fait l'objet d'un chapitre distinct du rapport dans lequel les auteurs tirent des conclusions et proposent des lignes d'action. L'accent est mis sur l'administration générale qui influence considérablement les trois autres fonctions.

S'il n'est pas possible d'apporter des réponses claires ou simples à nombre de questions ayant trait à la performance des systèmes de santé, c'est en raison des problèmes que pose la mesure des résultats et de la difficulté à dissocier la contribution du système de santé des autres facteurs. S'inspirant de remarquables études antérieures, le rapport présente le cadre OMS d'évaluation de la performance des systèmes de santé. En clarifiant et en quantifiant les objectifs des systèmes, et en les rapportant aux fonctions essentielles, ce cadre doit aider les gouvernements des Etats Membres à mesurer leur propre performance, comprendre les facteurs qui y contribuent et l'améliorer pour mieux répondre aux besoins et aux attentes de leurs administrés. L'analyse et la synthèse d'une mine d'informations ont permis de mesurer les résultats d'ensemble des systèmes de santé et de mettre au point un indice de performance, ce qui devrait ouvrir la voie à toute une somme de nouveaux travaux de recherche et d'élaboration des politiques. Cet indice figurera régulièrement dans les futures éditions du *Rapport sur la santé dans le monde* et il sera amélioré et mis à jour chaque année.

Ce cadre a servi de base à une table ronde consacrée aux grands problèmes auxquels sont confrontés les systèmes de santé, qui a été organisée à l'intention des ministres de la santé, lors de la Cinquante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé, à Genève, en mai 2000. Ce thème est fréquemment évoqué tout au long du rapport et les résultats de ces débats seront pris en considération dans les travaux futurs consacrés à ce cadre.

Les responsables des politiques doivent être en mesure de comprendre les raisons d'une piètre performance des services de santé afin de déterminer ce qui peut être fait pour y remédier. Tous les systèmes de santé s'acquittent de fonctions telles que la prestation de services de santé individuels ou non, la production des ressources humaines et physiques nécessaires à cette fin, la collecte et la mise en commun des recettes servant à l'achat de services, et l'administration générale des ressources et des responsabilités qui leur sont confiées pour répondre aux attentes des bénéficiaires.

En comparant les façons dont les systèmes de santé s'acquittent effectivement de ces fonctions, on est en mesure de comprendre les variations de la performance dans le temps et entre les pays. Bon nombre des concepts et des mesures utilisés dans le rapport devront sans doute être affinés. Il importe de mettre au point de nouvelles données plus fiables sur la réalisation des objectifs et sur les fonctions des systèmes de santé. Cependant, les renseignements actuellement disponibles sont déjà très instructifs et le rapport présente les meilleures données disponibles à ce jour. Ce faisant, il cherche à promouvoir le développement, aux plans national et mondial, des compétences et de l'information nécessaires pour élaborer une base de connaissances solide sur le niveau et les déterminants de la performance, grâce à laquelle il sera possible d'améliorer le fonctionnement des systèmes.

« L'amélioration de la performance » est donc à la fois le thème principal et la raison d'être du rapport. L'OMS a pour mission de faire en sorte que tous les individus atteignent le niveau de santé le plus élevé possible, en mettant particulièrement l'accent sur la réduction des écarts entre et dans les pays. L'aptitude de l'Organisation à y parvenir dépend dans une large mesure de l'efficacité des systèmes de santé des Etats Membres dont le renforcement est l'un des quatre axes stratégiques de l'OMS, lequel s'articule parfaitement avec les trois autres, à savoir : réduire la surmortalité chez les pauvres et dans les populations marginalisées, s'attaquer efficacement aux principaux facteurs de risque et placer la santé au cœur du programme général de développement.

La lutte contre les épidémies, les efforts déployés pour réduire la mortalité infantile et le combat pour une maternité à moindre risque figurent au nombre des priorités de l'OMS. Cependant, l'Organisation ne progressera guère dans ces domaines et dans bien d'autres si

elle ne se préoccupe pas tout autant de renforcer les systèmes de santé qui sont le moyen d'exécuter sur le terrain les interventions destinées à sauver des vies et à améliorer la qualité de la vie.

Les auteurs du rapport estiment que les différents degrés d'efficacité dont font preuve les systèmes de santé pour s'organiser et se financer et pour répondre aux besoins de la population expliquent en grande partie l'écart croissant entre les taux de décès des riches et des pauvres au sein d'un même pays et d'un pays à l'autre. Même entre des pays dont les niveaux de revenus sont comparables, on note des différences inacceptables sur le plan sanitaire. On constate la persistance d'inégalités de l'espérance de vie qui sont étroitement liées au niveau socio-économique, même dans des pays où le niveau de santé moyen est satisfaisant. De plus, l'écart entre riches et pauvres se creuse si l'on dissocie, à l'intérieur de l'espérance de vie, les années de vie en bonne santé et les années de vie avec incapacité. De fait, non seulement les pauvres vivent moins longtemps que les autres, mais en outre ils passent une plus grande partie de leur vie avec une incapacité.

En bref, la performance des systèmes de santé – et celle des 35 millions de personnes ou plus qu'ils emploient dans le monde – influencent profondément la qualité et la durée de la vie des milliards de personnes dont ils ont la charge.

ÉVOLUTION DES SYSTÈMES DE SANTÉ

A la lecture de la partie du rapport sur l'évolution des systèmes de santé modernes et les divers stades de leur réforme, il ne fait guère de doute que ceux-ci ont déjà, en général, énormément contribué à l'amélioration de la santé d'une majorité de la population mondiale au cours du XX^e siècle.

Aujourd'hui plus que jamais, les systèmes de santé de tous les pays, riches ou pauvres, influencent la vie des gens. Des systèmes de santé existent sous une forme quelconque depuis que les gens se soucient de protéger leur santé et de soigner leurs maladies. Des pratiques traditionnelles, souvent associées à une aide spirituelle et axées sur la prévention et le traitement des maladies, existent depuis des milliers d'années, souvent parallèlement à la médecine moderne.

Toutefois, des systèmes de santé organisés au sens moderne du terme n'existaient pratiquement pas il y a seulement 100 ans. Rares étaient les personnes de cette époque qui se rendaient un jour dans un hôpital. La plupart naissaient dans des familles nombreuses où leur petite enfance et leur enfance étaient menacées par une foule de maladies potentiellement mortelles, notamment la rougeole, la variole, le paludisme et la poliomyélite. Les taux de mortalité infantile et juvénile étaient très élevés, de même que les taux de mortalité maternelle. L'espérance de vie à la naissance était brève : à peine 48 ans il y a seulement un demi-siècle. Les naissances avaient toujours lieu à domicile et un médecin était rarement présent.

Pour illustrer brièvement le rôle des systèmes de santé contemporains, le présent rapport a accordé une attention particulière à une naissance qui revêt une importance symbolique. L'an dernier, les experts de l'Organisation des Nations Unies ont calculé que la population mondiale atteindrait le chiffre de six milliards le 13 octobre 1999. Ce jour-là, dans une maternité de Sarajevo, est né un enfant de sexe masculin qui a été désigné comme le six milliardième habitant de la planète. Son espérance de vie était alors de 73 ans, ce qui correspond à la moyenne bosniaque actuelle.

Cet enfant est né dans un grand hôpital urbain dont le personnel était composé de sages-femmes, d'infirmières, de médecins et de techniciens hautement qualifiés. Ce per-

sonnel avait à sa disposition un matériel, des médicaments et des traitements de pointe. L'hôpital fait partie d'un service de santé moderne relié à un vaste réseau de personnes et d'interventions qui, d'une manière ou d'une autre, vont s'attacher à évaluer, entretenir et améliorer la santé de cet enfant pendant le reste de son existence, comme pour les autres membres de la population. L'ensemble de ces partenaires qui dispensent des services, les financent ou définissent des politiques pour les administrer, forme un système de santé.

Les systèmes de santé ont subi, au cours de ces 100 dernières années, toute une série de réformes se recouvrant partiellement qui vont de l'avènement des systèmes de soins de santé nationaux au développement des régimes d'assurance sociale. Par la suite, les soins de santé primaires ont été considérés comme le moyen d'obtenir une couverture universelle d'un coût abordable : c'est l'objectif de la santé pour tous. En dépit de ses nombreux avantages, cette approche a été critiquée parce qu'elle n'accordait pas assez d'attention à la *demande* de soins de santé et se concentrait presque exclusivement sur une certaine perception des *besoins*. Lorsque ces deux notions ne coïncidaient pas, les systèmes ont échoué, incapables qu'ils étaient d'aligner leur offre de services sur les deux.

Depuis une dizaine d'années, on observe une évolution progressive vers ce que l'OMS appelle le nouvel universalisme. Au lieu de chercher à dispenser tous les soins possibles à l'ensemble de la population ou à ne faire bénéficier les pauvres que des soins les plus simples et les plus essentiels, on tend maintenant à dispenser à tous ceux qui en ont besoin des soins essentiels de haute qualité, en se fondant principalement sur des critères d'efficacité, de coût et d'acceptabilité sociale. A cet effet, on fixe un ordre de priorité des interventions en respectant le principe d'éthique selon lequel il peut être nécessaire et efficace de rationner les services, mais il est inadmissible d'exclure des groupes entiers de population.

Cette évolution est due en partie aux profonds changements politiques et économiques des quelque 20 dernières années, notamment au passage d'économies planifiées à des économies de marché, à la réduction des interventions de l'Etat dans l'économie nationale, à une baisse de la mainmise des pouvoirs publics et à une décentralisation accrue.

Du point de vue idéologique, on a mis davantage l'accent sur la liberté de choix et la responsabilité de chacun. Politiquement, cela implique une limitation des promesses et des attentes concernant l'action des gouvernements, mais il n'empêche que les gens attendent toujours plus de leurs systèmes de santé. Chaque jour ou presque, on apprend qu'un nouveau médicament ou traitement a été mis au point, ou de nouveaux progrès réalisés dans les domaines de la médecine et de la technologie sanitaire. Le rythme de ce progrès n'a d'égal que celui de l'augmentation des exigences de la population.

Il en résulte des demandes et des pressions croissantes qui s'exercent sur les secteurs public et privé des systèmes de santé de tous les pays, riches ou pauvres. Il va de soi que les services pouvant être financés et dispensés par les gouvernements ont leurs limites. Le présent rapport vise à stimuler l'élaboration de politiques publiques qui tiennent compte des contraintes auxquelles les gouvernements doivent faire face. Si des services doivent être dispensés à tous, il ne peut alors s'agir de tous les services.

POSSIBILITÉS D'AMÉLIORATION

Dans tous les systèmes, de nombreuses personnes hautement qualifiées et d'un grand dévouement se consacrent, à tous les niveaux, à l'amélioration de la santé de leur communauté. A l'aube de ce nouveau siècle, les systèmes de santé ont le pouvoir et la possibilité de réaliser d'extraordinaires améliorations.

Malheureusement, ces systèmes peuvent aussi abuser de leur pouvoir et gaspiller leurs

énergies. Insuffisamment structurés, mal dirigés, organisés de façon inefficace et sous-financés, ils risquent de faire plus de mal que de bien.

Le présent rapport constate que de nombreux pays sont loin de réaliser tout leur potentiel dans ce domaine et que la plupart ne s'attachent pas suffisamment à améliorer la réactivité du système et l'équité des contributions financières. Dans presque tous les pays, on observe de graves lacunes dans l'exercice d'une ou plusieurs fonctions.

Ces lacunes sont, dans chaque pays, la cause d'un très grand nombre de maladies et incapacités évitables, de souffrances inutiles, d'injustices, d'inégalités et du non-respect de droits fondamentaux de l'individu. Leur impact est particulièrement grave chez les pauvres que l'absence de protection financière contre la mauvaise santé enfonce encore plus profondément dans la misère. En essayant de payer pour leur santé de leur propre poche, ils ne parviennent souvent qu'à remplir les poches des autres.

Le rapport fait aussi apparaître que les pauvres sont ceux dont les besoins sont le moins pris en compte. Ils sont traités avec moins de respect que les autres, sont moins à même de choisir les prestataires de services et sont soignés dans des conditions moins satisfaisantes.

C'est au gouvernement qu'incombe, en dernière analyse, la responsabilité de la performance d'ensemble du système de santé d'un pays, mais l'administration générale du système doit impliquer tous les secteurs de la société. La prise en charge judicieuse et réfléchie du bien-être de la population est l'essence même d'un bon gouvernement. Dans chaque pays, elle consiste à mettre en place le système de santé le plus efficace et le plus équitable possible compte tenu des ressources disponibles. La santé des gens constitue toujours une priorité nationale et le gouvernement en est responsable en permanence. Les ministères de la santé sont donc tenus d'assumer une large part de l'administration générale des systèmes de santé.

La politique et les stratégies sanitaires doivent s'appliquer aux prestations de services et au financement privés ainsi qu'au financement et aux activités relevant de l'Etat. C'est ainsi seulement que les systèmes de santé considérés dans leur globalité peuvent être axés sur des objectifs conformes à l'intérêt général. L'administration générale englobe la définition des grands desseins et l'orientation de la politique de santé, l'influence qui s'exerce par la réglementation et le plaidoyer, et la collecte ainsi que l'utilisation de l'information. Au niveau international, elle vise à conjuguer les efforts de tous les pays pour produire des biens publics mondiaux tels que les fruits de la recherche, tout en favorisant un développement plus équitable entre pays et au sein d'un même pays. Elle consiste aussi à mettre en place des bases de données pour aider les pays à améliorer la performance de leur système de santé.

Toutefois, il semblerait que certains pays n'aient publié, au cours de la dernière décennie, aucune déclaration nationale de politique générale concernant la santé et que d'autres n'aient fait que consigner une telle politique dans des documents qui s'accumulent sur les étagères et ne sont jamais consultés. Trop souvent, la politique sanitaire et la planification stratégique prévoient un développement déraisonnable du système de santé financé par l'Etat qui va parfois très au-delà de ce qu'autorise la croissance économique du pays. Le document contenant cette politique et ce plan est alors considéré comme irréalisable et donc ignoré.

Un cadre général d'orientation doit tenir compte des trois objectifs du système de santé et indiquer les stratégies qui permettront de mieux les atteindre. Cependant, tous les pays n'ont pas défini de politique officielle destinée à garantir l'efficacité et l'équité de l'ensemble du système de santé. Dans nombre d'entre eux, aucune déclaration publique n'a encore été faite au sujet de l'équilibre souhaitable entre les résultats sanitaires, la réactivité du système

et l'équité des contributions financières. La politique générale doit indiquer comment il convient d'améliorer les fonctions clefs du système.

Les auteurs du rapport ont constaté que de nombreux ministères de la santé souffrent de myopie grave dans la mesure où ils se focalisent sur le secteur public et négligent souvent les prestations de soins privées qui sont, dans bien des cas, beaucoup plus importantes. Au pire, ils sont capables de fermer les yeux sur un « marché noir » de la santé dans lequel la corruption généralisée, les paiements illicites, le cumul d'emplois et autres pratiques illégales sévissent depuis des années et sont difficiles à maîtriser. Leur vision ne s'étend pas assez loin pour aider à construire un avenir plus sain.

En outre, certains ministères de la santé ont tendance à perdre complètement de vue leur objectif principal : la population en général. Malades et consommateurs ne sont parfois pris en considération que lorsqu'un mécontentement public croissant oblige le ministère à s'en préoccuper.

De nombreux ministères de la santé tolèrent que des règlements qu'ils ont eux-mêmes édictés ou qu'ils sont censés appliquer dans l'intérêt général soient ignorés. Des règles trop rarement appliquées sont une incitation à la fraude. Un exemple fréquent de ce comportement est l'attitude indulgente des pouvoirs publics à l'égard des honoraires illicites perçus par des employés du secteur public auprès des malades, pratique appelée parfois par euphémisme « facturation informelle ». Ce type de corruption dissuade les pauvres d'utiliser les services dont ils ont besoin, rend le financement de la santé encore plus inéquitable et fausse la hiérarchie des priorités sanitaires.

OFFRIR DE MEILLEURS SERVICES

De trop nombreux gouvernements sont très mal informés des services que reçoivent leurs administrés. Dans bien des pays, certains médecins, parfois la majorité, travaillent simultanément pour l'Etat et à titre privé. Lorsque des prestataires publics utilisent illégalement des installations publiques pour dispenser des soins particuliers à des patients privés, cela revient en fin de compte à faire subventionner une médecine libérale non officielle par le secteur public. Les professionnels de la santé n'ignorent rien des lois relatives à l'exercice de leur activité, mais savent que leur application est laxiste, voire inexistante. Quant aux associations professionnelles, théoriquement responsables d'une autoréglementation, elles sont trop souvent inefficaces.

La surveillance et la réglementation des activités des prestataires et assureurs du secteur privé doivent figurer en tête des programmes nationaux, mais il est aussi vital d'adopter des incitations basées sur la performance. Une bonne politique doit faire la différence entre les prestataires (publics ou privés) qui contribuent à la réalisation des objectifs sanitaires et ceux dont l'action est nuisible, et encourager les premiers tout en sanctionnant les seconds. Il convient de suivre de près la mise en œuvre des politiques visant à modifier l'équilibre entre l'autonomie et la responsabilité des prestataires pour déterminer leurs effets sur la santé, la capacité de réaction et la répartition de la charge du financement.

Lorsqu'il s'avère que certaines pratiques et procédures sont nocives, le ministère de la santé doit manifestement les combattre en informant le public et en appliquant des mesures légales. Les ventes de substances pharmaceutiques par des distributeurs clandestins, les dangers d'une surprescription des antibiotiques et la non-observance des doses recommandées doivent tous faire l'objet de mesures d'administration générale énergiquement soutenues par des campagnes d'information axées sur les malades, les prestataires concernés et les autorités sanitaires locales.

Contrairement à ce que l'on pourrait penser, la part du financement privé de la santé tend à augmenter en raison inverse du revenu du pays. Or, les pays pauvres ont rarement adopté une politique claire à l'égard du secteur privé. Dès lors, il leur faut prendre des mesures importantes pour identifier les divers groupes de prestataires privés et communiquer avec eux afin de mieux pouvoir les influencer et réglementer leur action.

Le secteur privé est en mesure de jouer un rôle positif dans l'amélioration de la performance du système de santé. Pour cela, il faut toutefois que les gouvernements s'acquittent des fonctions clefs de l'administration générale. Des incitations appropriées et une bonne information sont deux puissants instruments pour améliorer la performance.

Pour rehausser la qualité des soins, il est fréquemment nécessaire d'être mieux informé de la situation existante, des interventions proposées et des principaux obstacles à la bonne marche des services. Il faut connaître les facteurs de risque locaux et nationaux, et la collecte d'une information sur le nombre et les types de prestataires est une condition essentielle, quoique souvent incomplètement remplie. Il faut aussi bien connaître la structure et les modes de fonctionnement du marché des prestataires pour que les décideurs soient en mesure de déterminer pourquoi un tel éventail de services existe et dans quels secteurs il se développe.

Les pouvoirs publics doivent engager un processus officiel de définition des priorités pour déterminer le contenu de l'enveloppe de prestations qui doit être mise à la disposition de tous, compte tenu en particulier des priorités locales de la lutte contre la maladie et du rapport coût/efficacité. Les mécanismes nécessaires à cet effet : protocoles cliniques, systèmes d'enregistrement et de formation, délivrance des autorisations de mise sur le marché et des permis d'exercer, doivent être mis à jour et convenablement utilisés. Il est nécessaire d'élaborer une stratégie réglementaire établissant une distinction entre les diverses composantes du secteur privé et assurant la promotion de l'autoréglementation.

Les consommateurs doivent être mieux informés de ce qui est bon ou mauvais pour leur santé, comprendre pourquoi leurs attentes ne peuvent pas toutes être satisfaites et savoir qu'ils ont des droits que tous les prestataires sont tenus de respecter. L'alignement des structures organisationnelles et des incitations sur les objectifs globaux d'une politique est une tâche qui incombe aux responsables de l'administration générale et pas seulement aux prestataires de services.

Une surveillance s'impose pour évaluer les changements de comportement associés à la décentralisation des responsabilités afférentes aux ressources et aux services, ainsi que les effets des différents types de relations contractuelles avec le grand public et les prestataires privés. Trouver un équilibre entre un contrôle étroit et l'indépendance nécessaire pour motiver les prestataires est une tâche qui pose des problèmes complexes auxquels il convient d'apporter des solutions locales. Dans la plupart des cas, il faudra expérimenter et adapter diverses formules. Un processus d'échange d'informations sera nécessaire pour créer un réseau virtuel reliant entre eux de nombreux prestataires semi-autonomes.

COMMENT TROUVER UN MEILLEUR ÉQUILIBRE

Le rapport constate que, dans bien des pays, les domaines des ressources humaines et physiques, de la technologie et des substances pharmaceutiques présentent de graves déséquilibres. Nombre de pays ont trop peu de personnel de santé qualifié, alors que dans d'autres ce personnel est pléthorique. Dans maints pays à bas revenu, le personnel du système de santé est peu qualifié, mal rémunéré et obligé de travailler dans des installations vétustes où la pénurie de matériel est un mal chronique. L'un des résultats de cette

situation est un exode de personnels professionnels, talentueux mais démoralisés, qui vont à l'étranger ou s'installent dans le privé. Là encore, ce sont les pauvres qui sont le plus lésés.

D'une manière générale, les gouvernements sont trop mal informés des flux financiers et de la production des ressources humaines et matérielles. Afin d'y remédier, il convient d'établir et d'utiliser beaucoup plus largement des comptes nationaux de la santé qui contiennent l'information essentielle requise pour contrôler la relation entre les investissements et les dépenses renouvelables, ou entre un apport donné et le total, et pour dégager des tendances. Les comptes nationaux de la santé tiennent compte à la fois des apports extérieurs et nationaux, publics et privés, et regroupent des données quantitatives utiles, par exemple sur le nombre d'infirmières, d'articles médicaux et d'hôpitaux de district, ainsi que sur leurs coûts.

Des comptes nationaux de la santé existent sous une forme ou une autre dans la plupart des pays, mais souvent sous une forme encore rudimentaire, et ils ne sont pas largement utilisés pour l'administration générale. Leur contenu permet au ministère de la santé de faire une évaluation critique des acquisitions d'apports effectuées par tous les détenteurs d'un budget au sein du système de santé.

La notion de stratégie d'achat examinée dans le présent rapport ne s'applique pas seulement à l'achat de services de santé, mais aussi à l'acquisition des divers apports du système. Lorsque des apports tels que du personnel qualifié, du matériel diagnostique et des véhicules sont payés directement avec des fonds publics, le ministère de la santé est responsable au premier chef du bon emploi de ces fonds et doit veiller non seulement à ce que les achats se fassent au meilleur prix, mais aussi à ce que les articles achetés soient effectivement utilisés.

Dans le cas où des apports du système de santé sont achetés par d'autres organismes (tels que des assureurs privés, des prestataires, des ménages ou d'autres organismes publics), la fonction d'administration générale du ministère consiste à faire usage de ses fonctions réglementaires et de son pouvoir de persuasion pour veiller à ce que ces achats entraînent un dosage plus efficace des apports.

Le ministère central peut devoir prendre d'importantes décisions sur les investissements concernant par exemple des hôpitaux tertiaires ou des écoles de médecine, mais c'est aux autorités sanitaires régionales et districales qu'incombent les décisions encore plus nombreuses relatives aux achats de moindre importance, compte tenu des directives, critères et procédures préconisés par le gouvernement central.

Pour établir un bon équilibre au sein du système de santé entre investissements et dépenses renouvelables, il faut à la fois analyser les tendances des dépenses publiques et privées et prendre en considération les fonds nationaux et extérieurs. Un cadre politique clair, des mesures incitatives, une réglementation et une information du public concernant les investissements importants décidés dans l'ensemble du système sont nécessaires pour contrer les décisions ponctuelles et les pressions politiques.

En ce qui concerne les ressources humaines, de semblables associations de stratégie ont permis de remédier dans une certaine mesure aux déséquilibres géographiques couramment constatés au sein d'un même pays. Il faut, d'une manière générale, revoir le contenu de la formation pour tenir compte des tâches réelles et réajuster l'offre globale en fonction des possibilités d'emploi.

Certains pays où la rentabilité sociale de la formation médicale est négative envisagent de privatiser ou de fermer des établissements d'enseignement. Il est certain que les subventions publiques aux établissements d'enseignement doivent être revues à la lumière des stratégies d'achat. Il est souvent possible de rééquilibrer les taux d'admission dans ces

établissements sans pour autant les fermer, et les ressources ainsi économisées pourraient servir au recyclage des agents de santé en surnombre dans des disciplines où les effectifs sont insuffisants.

Le système de santé peut facilement gaspiller des ressources en achetant un matériel coûteux si celui-ci est sous-utilisé, ne favorise guère la santé et entraîne des pertes de temps pour le personnel et des dépenses récurrentes. De tels investissements sont en outre difficiles à contrôler. Tous les pays doivent avoir accès à une information leur permettant d'évaluer les technologies, mais ils ne doivent pas nécessairement la produire eux-mêmes. Leur fonction d'administration générale consiste à s'assurer que les critères d'achat de technologie dans le secteur public (dont chaque pays a besoin) sont bien respectés et que le secteur privé ne bénéficie pas de mesures incitatives ou de subventions publiques pour des achats de technologie non conforme au but de la politique nationale.

Les prestataires mobilisent souvent l'opinion publique ou lancent des souscriptions pour l'achat de technologies ; les responsables de l'administration générale doivent alors expliquer aux consommateurs pourquoi il convient de rationner ces achats comme ceux d'autres services. L'un des arguments à faire valoir auprès du public pour obtenir son appui est le coût d'opportunité d'une technologie nouvelle par rapport à d'autres services nécessaires.

PROTECTION DES PAUVRES

Dans les pays les plus pauvres du monde, la plupart des gens, et notamment les plus démunis, doivent payer les soins de santé de leur propre poche au moment où ils sont malades et en ont le plus besoin. Or, ces derniers sont moins susceptibles d'être affiliés à un régime de prépaiement basé sur l'emploi et ont moins facilement accès à des services subventionnés que les personnes relativement aisées.

Le présent rapport établit de façon convaincante que le prépaiement est la meilleure forme de collecte des recettes, alors que les paiements directs sont un système de type dégressif qui entrave souvent l'accès aux soins. Dans les pays pauvres, les plus démunis pâtissent doublement : tous doivent verser une part inéquitable de leur revenu sous forme d'impôts ou de cotisations à un régime d'assurance, qu'ils utilisent ou non les services de santé, et certains doivent en outre payer de leur propre poche une contribution encore plus injuste. L'observation de nombreux systèmes de santé montre que le prépaiement dans le cadre d'un régime d'assurance rend le financement plus équitable. Le principal problème pour la collecte des recettes consiste donc à promouvoir une forme de prépaiement dans laquelle le financement public ou l'assurance obligatoire jouent un rôle central. Dans le cas de la mise en commun des ressources, la création d'un groupement aussi étendu que possible est essentielle pour répartir le risque financier des soins de santé et, ainsi, réduire les risques individuels et éloigner le spectre de dépenses de santé ruineuses.

Les systèmes d'assurance consistent à regrouper les ressources provenant de chaque cotisant pour les mettre en commun et répartir le risque entre tous les membres de la population. Un financement plus équitable ne peut être obtenu qu'au moyen d'une répartition des risques, c'est-à-dire d'un système permettant à tout moment à ceux qui sont en bonne santé de subventionner ceux qui sont malades et aux riches de subventionner les pauvres. Des stratégies de répartition des risques doivent être mises au point afin de favoriser le développement de ces subventionnements.

Le moyen le plus évident d'accroître la part du prépaiement est sans doute l'attribution de crédits publics accrus à la santé, mais dans les pays les plus pauvres, les recettes publiques représentent un pourcentage du revenu national moindre que dans les pays à revenu

intermédiaire ou élevé. Lorsqu'aucune mesure organisationnelle n'est possible pour accroître le niveau de prépaiement, donateurs et gouvernements doivent rechercher les moyens de créer ou renforcer de très grands groupes. Des régimes d'assurance conçus pour couvrir davantage de pauvres seraient, pour les donateurs extérieurs, un moyen séduisant d'utiliser leurs fonds complétés par des subventions de l'Etat pour la santé.

De nombreux pays ont des caisses basées sur l'emploi qui augmentent les prestations accordées à quelques membres privilégiés – principalement des employés du secteur structuré de l'économie – au lieu de s'élargir pour former un vaste groupement. Les pays à bas revenu devraient encourager différentes formes de prépaiement (basées sur l'emploi, la communauté ou les prestataires) pour ouvrir la voie à une fusion des petites caisses. Les gouvernements doivent instaurer un barème communautaire (prime unique pour tous les membres de la communauté) et une enveloppe de prestations commune, permettre le transfert des droits à prestations d'un régime d'assurance à l'autre, et faire appel au budget de l'Etat pour financer la prise en charge des pauvres par les caisses.

Dans les pays à revenu intermédiaire, l'instauration de systèmes de prépaiement équitables passe par le renforcement des régimes obligatoires, souvent importants, basés sur le revenu et le risque, et par une augmentation, là aussi, du financement public pour inclure les pauvres. Même si dans la plupart des pays industrialisés le niveau de prépaiement est déjà élevé, certaines de ces stratégies les concernent eux aussi.

Pour que le prépaiement garantisse une utilisation optimale des ressources, il va falloir remplacer la plupart des relations traditionnelles entre les détenteurs de budgets et les prestataires de services par des stratégies d'achat. Les détenteurs de budgets ne seront alors plus des intermédiaires financiers passifs. Les stratégies d'achat consistent en effet à inciter, par un ensemble cohérent de mesures, les prestataires publics ou privés à exécuter efficacement des interventions prioritaires. Des contrats sélectifs et l'utilisation de plusieurs mécanismes de paiement sont des motivations indispensables pour améliorer la capacité de réaction et les résultats sanitaires.

En conclusion, le présent rapport éclaire d'un jour nouveau les phénomènes qui influent sur le comportement des systèmes de santé et propose de meilleures orientations pour la poursuite de leurs objectifs. L'OMS espère qu'il aidera les décideurs à évaluer les nombreuses questions complexes qui se posent et à faire des choix judicieux. S'ils y parviennent, tous les pays pourront en tirer des avantages substantiels, et les pauvres en seront les principaux bénéficiaires.

CHAPITRE UN

Pourquoi les systèmes de santé sont-ils importants ?

Les systèmes de santé comprennent toutes les personnes et toutes les actions dont l'objectif principal est l'amélioration de la santé. Ils peuvent être intégrés et dirigés à partir du centre, mais souvent cela n'est pas le cas. Après des siècles où ils constituaient des entités de petite taille, généralement privées ou caritatives et la plupart du temps inefficaces, ils ont connu au cours de ce dernier siècle une véritable explosion à mesure que l'on acquérait et que l'on appliquait de nouvelles connaissances. Ils ont énormément contribué à améliorer la santé, mais leur contribution pourrait être encore très supérieure, notamment pour les pauvres. La non-réalisation de ce potentiel est davantage imputable aux lacunes des systèmes qu'à des limitations techniques. Il est donc urgent d'évaluer les performances actuelles et de déterminer comment les systèmes de santé peuvent réaliser leur potentiel.

1

POURQUOI LES SYSTÈMES DE SANTÉ SONT-ILS IMPORTANTS ?

UN MONDE EN PLEINE ÉVOLUTION

Le 13 octobre 1999, dans une maternité de Sarajevo, Helac Fatima a donné naissance à un fils. Cet événement avait un caractère exceptionnel, car les démographes des Nations Unies avaient calculé que la population mondiale atteindrait ce jour-là le chiffre de 6 milliards. Le petit garçon de Sarajevo a été désigné comme étant le six milliardième habitant de la planète.

Aujourd'hui, il y a sur cette terre quatre fois plus de personnes qu'il y a 100 ans – environ 4000 enfants naissent chaque minute de chaque jour – et, parmi les changements innombrables et spectaculaires qui se sont produits au cours du siècle passé, certains de ceux dont les répercussions sont les plus profondes concernent la santé humaine. On peut penser, par exemple, qu'aux environs de 1899, les chances qu'un ancêtre de Fatima ait vu un hôpital et a fortiori y soit né étaient à peu près inexistantes.

La même observation vaut pour la vaste majorité des 1,5 milliard de personnes qui vivaient alors. Dans l'ensemble du monde, les naissances avaient toujours lieu à domicile et un médecin était rarement présent. La plupart des gens avaient recours à des remèdes et traitements traditionnels dont certains dataient de milliers d'années. Les enfants naissaient le plus souvent dans des familles nombreuses et étaient exposés à une foule de maladies potentiellement mortelles, comme la rougeole, la variole, le paludisme et la poliomyélite. Les taux de mortalité infantile et juvénile étaient très élevés, de même que les taux de mortalité maternelle. L'espérance de vie des adultes était réduite et ne dépassait pas 48 ans à la naissance il y a seulement un demi-siècle.

L'an dernier, le fils d'Helac Fatima qui a vu le jour avait une espérance de vie de 73 ans, ce qui correspond à la moyenne actuelle en Bosnie. La moyenne mondiale est de 66 ans. L'enfant est né dans un grand hôpital urbain dont le personnel se composait de sages-femmes, d'infirmières, de médecins et de techniciens qualifiés qui utilisaient un matériel et des médicaments modernes. Cet hôpital fait partie d'un service de santé techniquement avancé. Il est relié à un vaste réseau de personnes et d'actions qui visent d'une manière ou d'une autre à entretenir et améliorer la santé de l'enfant pendant toute son existence, comme celle du reste de la population. Ensemble, toutes ces parties intéressées qui fournissent des services, qui les financent ou qui définissent les politiques qui les régissent forment un système de santé.

Les systèmes de santé ont joué un rôle dans l'allongement spectaculaire de l'espérance de vie au cours du XX^e siècle. Ils ont énormément contribué à améliorer la santé et ont

influencé les vies et le bien-être de milliards d'hommes, de femmes et d'enfants dans le monde. Leur rôle est devenu de plus en plus important.

Il demeure toutefois d'immenses écarts entre le potentiel des systèmes de santé et leurs performances effectives, et des pays ayant apparemment les mêmes ressources et les mêmes possibilités obtiennent des résultats beaucoup trop différents. Pourquoi en est-il ainsi ? Les systèmes de santé ne semblent pas différents des autres systèmes sociaux dans la mesure où ils font face à une demande et où ils sont incités à fonctionner aussi bien que possible, et l'on pourrait s'attendre à ce que, sous réserve d'une certaine dose de réglementation de la part de l'Etat, leurs performances soient largement régies par les lois du marché, tout comme la fourniture de la plupart des autres biens et services.

Toutefois, la santé diffère fondamentalement des autres biens que désirent les consommateurs, et cette différence est liée à la biologie. Comme le dit éloquemment Jonathan Miller, « parmi tous les objets de ce monde, le corps humain occupe une place particulière : non seulement appartient-il à la personne qui le possède, mais il possède lui-même cette personne dont il fait partie intégrante. Notre corps est entièrement différent de toutes les autres choses que nous revendiquons comme nôtres. Nous pouvons perdre de l'argent, des livres et même des maisons tout en restant semblables à nous-mêmes, mais il est difficile de concevoir l'idée d'une personne désincarnée. Nous disons que nous habitons notre corps, mais c'est une forme tout à fait particulière d'habitation : notre corps est l'endroit où l'on peut toujours nous trouver » (1). La personne qui cherche à se faire soigner est bien entendu un consommateur, comme pour tous les autres produits et services, mais elle peut être aussi un coproducteur de sa propre santé en observant de bonnes règles d'alimentation, d'hygiène et d'exercice physique et en appliquant les médications ou autres recommandations des prestataires. Toutefois, la personne est aussi l'objet physique vers lequel tous ces soins sont orientés.

La santé est donc une caractéristique d'un bien inaliénable et, à cet égard, elle ressemble quelque peu à d'autres formes de capital humain, comme l'éducation, les connaissances professionnelles ou les performances sportives. Toutefois, elle en diffère sur certains points essentiels. Elle est soumise à des risques importants et imprévisibles qui sont essentiellement indépendants les uns des autres et elle ne peut pas s'accumuler comme les connaissances et compétences. Ces caractéristiques suffisent à rendre la santé entièrement différente de tous les autres biens que les gens assurent contre le vol ou les dommages, et c'est pourquoi l'assurance-maladie est plus complexe que tout autre type d'assurance. Si une voiture valant US \$10 000 subit des dommages dont la réparation s'élèverait à \$15 000, l'assureur ne remboursera que US \$10 000. L'impossibilité de remplacer le corps et l'absence, en ce qui le concerne, d'un prix du marché empêchent de fixer un tel plafond pour les dépenses de santé.

Etant donné que les pauvres sont condamnés comme les riches à vivre dans leur corps, ils doivent être protégés contre les risques sanitaires dans la même mesure que ces derniers. Par contre, pour d'autres biens tels que le logement, le problème d'une telle protection soit ne se pose pas, soit demeure proportionnel aux revenus. La différence biologique fondamentale entre la santé et les autres biens exagère encore les divers inconvénients de la loi du marché, comme les risques subjectifs et les informations inexacts ou tendancieuses, auxquels on se heurte dans le cas des autres biens et services. Directement ou indirectement, elle explique en grande partie pourquoi la loi du marché fonctionne moins bien pour la santé que pour d'autres biens, pourquoi l'Etat doit jouer un rôle plus actif et également plus complexe et, d'une manière générale, pourquoi une bonne performance ne peut pas être considérée comme allant de soi.

L'intégrité physique et la dignité de l'individu sont reconnues par le droit international, mais il existe pourtant des exemples honteux de perversion des connaissances et des compétences médicales, comme la participation involontaire et non éclairée à des expériences, les stérilisations forcées ou l'expropriation d'organes par la violence. Les systèmes de santé ont donc en outre la responsabilité de veiller à ce que les gens soient traités avec respect et conformément aux droits de l'homme.

Le présent rapport s'attache à analyser le rôle des systèmes de santé et montre comment on pourrait les rendre plus efficaces et surtout plus accessibles aux centaines de millions de personnes actuellement incapables de les utiliser pleinement, et plus sensibles à leurs besoins. Le nonaccès à des soins de santé de base est essentiellement lié à la pauvreté qui est la pire des malédictions dont souffre l'humanité. Malgré tous leurs progrès et leurs bonnes intentions, les systèmes de santé ne sont pas parvenus au cours de ces cent dernières années à combler dans l'ensemble du monde le fossé qui sépare les riches des pauvres. En fait, ce fossé s'élargit. Une telle aggravation accompagne souvent le progrès économique, car ce sont les plus avantagés qui en profitent les premiers. Toutefois, on dispose des moyens de faire en sorte que les pauvres bénéficient plus vite des fruits de ce progrès, pour un coût relativement modeste (voir Encadré 1.1). Une réorientation réussie des systèmes de santé constituerait donc une arme puissante dans la lutte contre la pauvreté à laquelle se consacre l'OMS. Dans l'intérêt, notamment, des enfants de ce nouveau siècle, les pays ont besoin de systèmes qui protègent l'ensemble de leurs habitants contre les risques sanitaires et les risques financiers de la maladie.

QU'EST-CE QU'UN SYSTÈME DE SANTÉ ?

Dans le monde complexe d'aujourd'hui, il peut être difficile d'indiquer avec exactitude ce qu'est un système de santé, en quoi il consiste et où il commence et se termine. Le présent rapport définit un système de santé qui inclut *toutes les activités dont le but essentiel est de promouvoir, restaurer ou entretenir la santé*.

Les services de santé officiels, y compris la prestation par des professionnels de soins médicaux individuels, se situent manifestement à l'intérieur de ces limites. Il en va de même des actions des guérisseurs traditionnels et de toutes les formes de médication, qu'elles soient ou non prescrites par un prestataire, ainsi que des soins à domicile qui constituent 70 % à 90 % de l'ensemble des soins (2). Des activités traditionnelles de santé publique comme la promotion de la santé et la prévention des maladies, et d'autres interventions favorables à la santé comme l'amélioration de la sécurité routière et de l'environnement font aussi partie d'un tel système, mais les mesures qui ont un objectif principal autre que la santé – l'éducation par exemple – n'entrent pas dans cette définition, même si elles ont des retombées favorables à la santé. Le système général d'éducation ne correspond donc pas à cette définition, mais l'éducation expressément en rapport avec la santé y est comprise, tout comme les actions principalement destinées à améliorer indirectement la santé en influençant le fonctionnement de systèmes autres que sanitaires, par exemple les mesures de scolarisation des fillettes ou les modifications des programmes visant à faire des étudiants de meilleurs futurs prestataires et consommateurs de soins de santé.

Cette définition d'un système ne suppose aucun degré particulier d'intégration et n'implique pas obligatoirement la présence d'une personne chargée de l'administration générale des activités qui le composent. Dans cette acception, chaque pays dispose d'un système de santé, aussi fragmenté soit-il entre diverses organisations ou aussi peu méthodique qu'apparaisse son exploitation. L'intégration et l'administration générale ne déterminent

pas le système, mais elles peuvent exercer une grande influence sur sa performance.

Malheureusement, presque toute l'information disponible au sujet des systèmes de santé ne porte que sur la fourniture et le financement de services de santé, c'est-à-dire sur le système de *soins* de santé regroupant les interventions préventives, curatives et palliatives, qu'elles s'adressent à des individus ou à des populations. Dans la plupart des pays, ces services représentent l'essentiel du personnel, des dépenses et des activités qui seraient inclus dans la notion de système de santé au sens large de sorte qu'en adoptant une définition plus restreinte adaptée aux données existantes, on conserve, semble-t-il, la quasi-totalité du contenu de cette notion. La collecte des données en question a nécessité des efforts considérables et l'on trouvera dans la suite du présent rapport plusieurs types d'informations et d'analyses, tels que des estimations de l'espérance de vie corrigée du temps vécu avec une incapacité, des évaluations de la qualité du traitement des patients par les systèmes de santé, des budgets nationaux de la santé et des estimations des contributions des ménages au financement du système.

Toutefois, les activités qu'implique la définition la plus large doivent être quantifiées et évaluées pour que l'on puisse commencer à juger leur coût relatif et l'efficacité de leur contribution à la réalisation des objectifs du système. A titre d'exemple, l'adoption, aux Etats-Unis d'Amérique, entre 1966 et 1979, de divers dispositifs de sécurité dans la conception des automobiles (pare-brise en verre feuilleté, colonne de direction effaçable, rembourrage intérieur, ceintures trois points, feux de position latéraux, appuis-tête, système de

Encadré 1.1 Pauvreté, mauvaise santé et rapport coût/efficacité

Les séries d'estimations mondiales de la charge de morbidité ne font aucune distinction entre les riches et les pauvres, mais on peut opérer une division approximative en classant les pays selon leur revenu par habitant et en regroupant les plus bas et les plus hauts revenus en deux catégories représentant chacune 20 % de la population mondiale, pour étudier ensuite dans chacune d'elles la distribution des décès par âge (1), par cause et par sexe (2). De telles estimations montrent, pour 1990, une surmortalité de 70 % pour l'ensemble des causes et de 92 % pour les maladies transmissibles dans le quintile le plus pauvre par rapport au quintile le plus riche. Les chiffres correspondant aux pertes totales d'années de vie corrigées de l'incapacité (AVCI) ont été du même ordre, mais avec une

plus forte contribution des maladies non transmissibles. L'écart important entre l'effet des maladies transmissibles et celui des maladies non transmissibles reflète la concentration chez les pauvres des décès et des pertes d'AVCI imputables à des maladies transmissibles, soit près de 60 % de l'ensemble des causes de mauvaise santé dans le quintile des plus pauvres contre 8 à 11 % dans celui des plus riches, ce qui est étroitement associé aux différences entre les distributions des décès par âge : alors que chez les pauvres un peu plus de la moitié de l'ensemble des décès se produisent avant l'âge de 15 ans, cette proportion n'est que de 4 % chez les riches. L'écart entre les pauvres et les riches est important même dans un pays d'Afrique typique à forte mortalité et il l'est encore bien davantage dans un pays typique d'Amérique latine à morta-

lité plus réduite où les décès d'enfants en bas âge ont pratiquement été éliminés chez les riches.

Il existe des interventions d'un assez bon rapport coût/efficacité qui permettent de lutter contre les maladies responsables de la plupart de ces écarts entre riches et pauvres, et particulièrement de réduire les décès et la morbidité chez les jeunes enfants (3). Des interventions dont le coût est estimé à \$100 ou moins par AVCI sauvée pourraient permettre de traiter 8 ou 9 des 10 principales causes de mauvaise santé chez les enfants âgés de moins de 5 ans et de 6 à 8 des 10 principales causes chez les enfants âgés de 5 à 14 ans. Il s'agit dans tous les cas soit de maladies transmissibles, soit de diverses formes de malnutrition. Les décès et incapacités dus à ces causes devraient rapidement s'abaisser d'ici 2020 pour atteindre à peu près

le niveau des effets des maladies transmissibles et non transmissibles sur la santé des pauvres. Si l'on doublait le taux prévu du recul de la mortalité et de la morbidité causées par les maladies transmissibles, les riches du monde entier ne gagneraient que 0,4 année d'espérance de vie, tandis que les pauvres gagneraient 4,1 années, ce qui ramènerait l'écart entre les deux groupes de 18,4 à 13,7 années. Par contre, doubler le rythme d'abaissement des effets des maladies non transmissibles profiterait surtout aux riches et coûterait infiniment plus cher. L'association entre pauvreté et rentabilité n'est que partielle et probablement provisoire mais, dans la situation épidémiologique et économique actuelle, elle est assez forte.

¹ Gwatkin DR. *The current state of knowledge about how well government health services reach the poor: implications for sector-wide approaches*. Washington, DC, The World Bank, 5 February 1998 (avant-projet de document de travail).

² Gwatkin DR, Guillot M. *The burden of disease among the world's poor: current situation, future trends, and implications for policy*. Washington, DC, Human Development Network of The World Bank, 2000.

³ *Rapport sur le développement dans le monde 1993 : investir dans la santé*. New York, Oxford University Press, Banque mondiale, 1993 ; Tableaux B.6 et B.7.

carburant résistant aux fuites, pare-chocs et portières renforcés et freinage amélioré) ont aidé à réduire de 40 % le taux d'accidents mortels par kilomètre. Seules, trois de ces innovations ont ajouté plus de \$10 au prix d'une voiture et elles n'ont représenté au total que 2 % de l'augmentation moyenne du prix des automobiles entre 1975 et 1979 (3). De 1975 à 1998, les ceintures de sécurité ont préservé un total estimatif de 112 000 vies humaines aux Etats-Unis et le total des accidents mortels a continué de décliner. Beaucoup d'autres vies auraient encore pu être sauvées : au cours de la seule année 1998, 9000 personnes sont en effet décédées pour n'avoir pas utilisé leur ceinture de sécurité (4).

Dans les autres pays, le nombre de vies humaines qui pourraient également être sauvées est très élevé. Les accidents de la circulation augmentent rapidement dans les pays pauvres et devraient passer de la neuvième à la troisième place dans le classement mondial des charges de morbidité d'ici 2020. Même dans de nombreux pays à revenu moyen, les taux de décès calculés en fonction de la population, du nombre de véhicules ou des kilomètres parcourus sont beaucoup plus élevés qu'aux Etats-Unis d'Amérique (5). C'est en Afrique subsaharienne que les taux de décès en fonction du nombre de véhicules sont les plus élevés. Le coût de l'amélioration des véhicules peut être important comparativement aux dépenses de santé dans les pays à bas revenu et à revenu intermédiaire, de sorte que l'effet de l'inclusion de ces activités dans la définition du système de santé risque de se faire davantage sentir. Le mauvais état des routes contribue aussi largement aux accidents de la circulation dans les pays pauvres et l'amélioration du réseau routier pourrait y coûter beaucoup plus cher que la construction de voitures plus sûres. D'autre part, les changements de comportement comme l'utilisation des ceintures de sécurité lorsque celles-ci sont installées et le respect des limites de vitesse n'ont pratiquement aucune incidence financière et pourraient sauver de nombreuses vies ; leur rapport coût/efficacité est très probablement meilleur que celui du traitement des victimes d'accidents.

Lorsque l'information correspondant à une définition plus large des systèmes de santé n'est pas disponible, le présent rapport a recours, faute de mieux, aux données disponibles qui cadrent avec la notion de système de soins de santé. Mais, même si l'on s'en tient à cette définition plus limitée, les systèmes de santé d'aujourd'hui représentent l'un des principaux secteurs de l'économie mondiale. Les dépenses consacrées aux soins de santé dans le monde se sont élevées à environ \$2985 milliards en 1997, soit près de 8 % du produit intérieur brut (PIB) mondial, et l'Organisation internationale du Travail estime à environ 35 millions l'effectif des agents de santé dans le monde il y a une dizaine d'années, chiffre qui devrait être aujourd'hui nettement supérieur. Ces données montrent comment des rapports qui, pendant des milliers d'années, ont été une simple relation privée dans laquelle une personne malade était soignée par des membres de sa famille ou par des soignants religieux, ou parfois encore payait un guérisseur professionnel, se sont transformés au cours de ces deux derniers siècles en un réseau complexe d'activités qui forme actuellement un système de santé.

Plus qu'une simple croissance, la création des systèmes de santé modernes a entraîné une différenciation et une spécialisation de plus en plus poussées des compétences et des activités. Elle a également provoqué un transfert radical de la charge économique de la mauvaise santé. Jusqu'à une époque récente, cette charge se manifestait surtout par une baisse de productivité dans la mesure où les gens mouraient jeunes ou tombaient malades et restaient en trop mauvaise santé pour pouvoir travailler à plein rendement. Le coût des soins de santé ne représentait qu'une faible part des pertes économiques, car les soins étaient relativement bon marché et le plus souvent inefficaces. Les pertes de productivité demeurent encore substantielles, notamment dans les pays les plus pauvres, mais les suc-

cès obtenus dans la prolongation de la vie et la réduction des incapacités ont permis de faire assumer par les systèmes de santé une part croissante de cette charge, qui comprend le coût des médicaments – pour la lutte contre le diabète, l'hypertension et les cardiopathies, par exemple – permettant aux gens de rester actifs et productifs. L'accroissement des ressources utilisées par ces systèmes de santé est dû en partie à un simple transfert des fonds qui servaient précédemment à éponger les pertes économiques dues à la maladie et aux décès précoces.

Les ressources consacrées aux systèmes de santé sont réparties très inégalement, et d'une manière qui ne correspond absolument pas à la distribution des problèmes de santé. Les pays à faible ou à moyen revenu ne représentent que 18 % du revenu mondial et 11 % des dépenses mondiales de santé (\$250 milliards ou 4 % du PIB dans ces pays). Or, 84 % de la population mondiale y vit et cette population supporte 93 % de la charge mondiale de morbidité. Ces pays font face à de nombreux problèmes complexes pour satisfaire les besoins sanitaires de leur population, mobiliser un financement suffisant d'une manière équitable et supportable, et veiller à ce que leurs trop rares ressources soient employées à bon escient.

Aujourd'hui, dans la plupart des pays développés et dans de nombreux pays à revenu intermédiaire, les gouvernements exercent une influence essentielle sur la politique sociale et les soins de santé. Leur intervention est justifiée par des raisons d'équité et d'efficacité. Toutefois, dans les pays à bas revenu où les recettes globales de l'Etat affectées à tous les usages sont limitées (souvent moins de 20 % du PIB) et la capacité institutionnelle du secteur public faible, le financement et la prestation des services de santé relèvent largement du secteur privé. Dans un grand nombre de ces pays, nombreux sont les pauvres qui n'ont pas accès à des soins essentiels efficaces.

QUE FONT LES SYSTÈMES DE SANTÉ ?

Tant pour les riches que pour les pauvres, les besoins sanitaires d'aujourd'hui sont très différents de ce qu'ils étaient il y a 100, et même 50 ans. Les attentes concernant l'accès à une certaine forme de soins de santé et la demande de mesures destinées à prémunir les malades et leur famille contre le coût financier de la mauvaise santé vont croissant. Le cercle dans lequel les systèmes de santé sont censés opérer a été encore élargi par une meilleure prise de conscience de l'impact sur la santé de phénomènes tels que l'industrialisation, l'essor des transports routiers, les atteintes à l'environnement et la mondialisation du commerce. Les gens sollicitent également l'aide des systèmes de santé dans des domaines beaucoup plus variés qu'autrefois, non seulement pour atténuer la douleur et traiter les handicaps physiques et les troubles affectifs, mais aussi pour obtenir des avis sur le régime alimentaire, les soins aux enfants et le comportement sexuel qu'ils recherchaient autrefois auprès d'autres sources.

D'une manière générale, les gens n'entrent en contact direct avec un système de santé qu'une ou deux fois par an en tant que patients pour être vus par des prestataires. Le plus souvent, c'est à titre de consommateurs de médicaments délivrés sans ordonnance et de bénéficiaires d'informations et de conseils en rapport avec la santé qu'ils établissent ce contact. Ils entrent en relation avec le système en tant que contributeurs pour le financer, consciemment chaque fois qu'ils achètent des soins par paiement direct ou qu'ils versent des primes d'assurance ou des cotisations de sécurité sociale, et inconsciemment lorsqu'ils paient leurs impôts dont une part sert à financer la santé. Ce qui importe au plus haut

point, c'est la manière dont le système répond aux besoins sanitaires de la population et en tire son financement, y compris le degré de protection qu'il lui offre contre le risque financier, mais aussi comment il répond à ses attentes. Les gens ont notamment le droit de s'attendre à ce que le système de santé traite chacun d'eux avec dignité. Dans la mesure du possible, leurs besoins doivent être promptement satisfaits, sans délais prolongés lorsqu'ils attendent un diagnostic et un traitement. Il faut non seulement mieux les soigner, mais aussi ne pas oublier que leur temps est précieux et qu'ils doivent être rassurés. Ils ont aussi droit à la confidentialité et à la participation aux choix concernant leur propre santé, y compris ceux des structures et des personnes qui leur prodiguent les soins. Ils ne doivent pas être toujours censés recevoir passivement des services décidés par le seul prestataire.

En résumé, les systèmes de santé doivent non seulement améliorer la santé des gens, mais aussi les protéger contre le coût financier de la maladie, et les traiter avec dignité. Comme l'indique plus en détail le chapitre 2, les systèmes de santé ont ainsi trois objectifs fondamentaux :

- améliorer la santé de la population desservie ;
- répondre aux attentes des gens ;
- assurer une protection financière contre les coûts de la mauvaise santé.

Comme ces objectifs ne sont pas toujours atteints, il est courant que le public soit mécontent de la manière dont les services de santé sont gérés ou financés, et nombreux sont les rapports faisant état d'erreurs, de retards, de désinvolture, d'hostilité et d'indifférence de la part des agents de santé, ainsi que de dénis de soins et d'expositions à des risques financiers catastrophiques par la faute des assureurs et des gouvernements.

Etant donné qu'une meilleure santé est l'objectif principal d'un système de santé et que l'état de santé des populations déshéritées est pire que celui des autres couches de la population, on pourrait penser que dans un pays à bas revenu, améliorer la santé est la seule chose qui compte. Des considérations telles que les produits non sanitaires du système, la répartition équitable de la charge financière de la santé pour que personne ne soit exposé à un risque de dépenses excessives et la satisfaction des souhaits et attentes des gens quant à la manière dont ils doivent être traités passeraient alors pour des préoccupations superflues qui ne prendraient de l'importance qu'à partir du moment où les revenus augmenteraient et la santé s'améliorerait. Toutefois, ce point de vue est, pour plusieurs raisons, erroné. Les pauvres, ainsi qu'on l'a indiqué plus haut, ont besoin d'une protection financière tout autant sinon plus que les riches, étant donné que même des risques limités dans l'absolu peuvent avoir pour eux des conséquences catastrophiques. D'autre part, ils ont tout aussi droit au respect que les riches, bien que l'on ne puisse pas faire autant pour eux sur le plan matériel. En outre, les objectifs liés à la capacité de réaction et à la protection financière n'obligent pas nécessairement à détourner des ressources substantielles d'activités visant à améliorer la santé. Il est souvent possible d'apporter à peu de frais, voire sans aucune dépense, d'importantes améliorations à la manière dont un système s'acquitte de ces responsabilités. C'est pourquoi ces objectifs ont tous trois de l'importance dans n'importe quel pays, riche ou pauvre, indépendamment de l'organisation de son système de santé. Les meilleurs moyens de les atteindre, qui sont indiqués dans les chapitres ultérieurs, conviennent également pour tout pays et tout système de santé, encore que leurs incidences sur la politique générale puissent varier selon le niveau de revenu et les caractéristiques culturelles et organisationnelles du système.

POURQUOI LES SYSTÈMES DE SANTÉ SONT-ILS IMPORTANTS ?

La contribution apportée par les systèmes de santé à l'amélioration de la santé a été examinée de beaucoup plus près que leur contribution aux deux autres objectifs mentionnés ci-dessus, car on ne dispose que de peu d'informations et d'analyses comparables. Le présent rapport propose donc des mesures correspondant aux trois objectifs en vue d'évaluer la performance d'un système. Même la contribution apportée par les systèmes de santé à l'amélioration de la santé est difficile à juger, car les témoignages sont contradictoires. Au niveau des interventions contre des maladies ou affections particulières, il apparaît maintenant de plus en plus que des améliorations considérables peuvent être apportées à la santé d'individus et d'importants groupes de population pour un coût raisonnable (6). Les données recueillies sur ce sujet permettent d'estimer qu'en 1990, dans les pays pauvres, environ un tiers de la charge de la morbidité aurait pu être évité pour un coût total par personne ne dépassant pas \$12 (7).

Même en l'absence de progrès dans les sciences fondamentales, on peut stopper la propagation d'une épidémie et réduire de façon spectaculaire les dépenses encourues pour sauver une vie en modifiant l'organisation et la prestation des interventions actuellement disponibles. C'est ainsi que dans l'Amazonie brésilienne, en mettant davantage l'accent sur le dépistage et le traitement précoces du paludisme et en s'attachant à réduire encore les populations de moustiques, on a pu endiguer une épidémie et faire passer le coût des mesures préventives nécessaires pour sauver une vie de près de \$13 000 à \$2000 environ (8).

En ce qui concerne le progrès général de la santé dont témoigne le *Rapport sur la santé dans le monde, 1999*, l'acquisition et l'utilisation de connaissances nouvelles – c'est-à-dire le progrès technique et scientifique – expliquent près de la moitié de la réduction de la mortalité entre 1960 et 1990 dans un échantillon de 115 pays à bas et moyen revenu, alors que l'accroissement du revenu explique moins de 20 % de cette réduction et l'amélioration du niveau d'instruction des femmes adultes moins de 40 %. Ces estimations résument les progrès effectués dans la mise au point et l'application de diverses formes d'interventions contre un grand nombre de maladies. On notera en particulier les programmes de lutte antipaludique et de vaccination, et l'utilisation croissante des antibiotiques pour le traitement des maladies respiratoires et autres maladies infectieuses. Etant donné que le développement et l'application de ces interventions sont le fait des systèmes de santé, que ces derniers soient capables d'améliorer considérablement la santé et y parviennent est démontré par des observations tant détaillées que globales.

En se concentrant davantage sur les maladies pour lesquelles il existe des traitements efficaces, de nombreuses études publiées à partir des années 1970 (9,10) ont constamment permis d'observer que les décès évitables, c'est-à-dire les « décès dus à des causes justiciables de soins médicaux » ont diminué plus rapidement que les autres. De même, une comparaison des taux de décès entre l'Europe occidentale et les ex-pays communistes d'Europe orientale a attribué 24 % de la différence d'espérance de vie des hommes et 39 % de la différence d'espérance de vie des femmes à l'existence de soins médicaux modernes. De tels soins ne sont pas garantis simplement par la présence de structures médicales (11).

Toutefois, d'autres indices semblent indiquer que l'influence des systèmes de santé est faible, voire nulle. C'est ce qui ressort de quelques autres comparaisons entre pays plutôt que dans le temps. Elles montrent souvent que, si le revenu par habitant est fortement lié à

une certaine mesure de l'état de santé, comme le sont d'autres facteurs tels que la scolarisation des femmes, les inégalités de revenu ou les caractéristiques culturelles, il n'existe guère de relation indépendante avec des apports tels que le nombre de médecins ou de lits d'hôpitaux (12), avec la totalité des dépenses de santé (13), avec les dépenses ne concernant que les affections justiciables de soins médicaux (14), ou avec les dépenses publiques consacrées à la santé (15). Il n'est pas surprenant de constater que ces relations sont peu apparentes dans les pays riches, car de nombreuses causes de décès et d'incapacité y sont déjà maîtrisées et il y existe de nombreux modes de dépense des ressources du système de santé dont les effets sur l'état de santé sont très variables. D'ailleurs, les dépenses du système de santé semblent souvent n'avoir que peu d'effet, même dans les pays pauvres où la mortalité infantile et juvénile est élevée, alors que la réduction de cette mortalité devrait être prioritaire.

En outre, les systèmes de santé font trop fréquemment des erreurs coûteuses, voire fatales. Dans les seuls Etats-Unis d'Amérique, les erreurs médicales dans les hôpitaux provoquent au moins 44 000 des décès évitables par an et les erreurs de prescription ou de prise des médicaments 7000 autres, ce qui rend ces erreurs plus meurtrières que les accidents de véhicules à moteur, le cancer du sein et le SIDA (16). Leur coût économique s'élève à \$17 milliards au moins, dont plus de la moitié pour les soins de santé. En outre, même lorsque personne ne fait d'erreur, les patients contractent souvent de nouvelles infections à l'hôpital et l'usage massif des antibiotiques favorise la résistance des agents pathogènes à ces substances, de sorte qu'une partie de la morbidité est due aux efforts mêmes qui sont déployés pour la traiter.

Ces indices divergents peuvent être conciliés de deux façons : premièrement, en notant que, si les systèmes de santé sont à l'origine d'importants progrès sanitaires dans le temps, ces progrès sont loin d'être uniformes dans l'ensemble des pays à un moment donné, et même entre pays ayant des niveaux de revenu et de dépenses sanitaires comparables ; deuxièmement, en reconnaissant que les erreurs du système réduisent, sans toutefois les annuler entièrement, ses réalisations positives. Il n'en demeure pas moins un immense fossé entre l'amélioration de l'état de santé que permettent d'espérer les dépenses publiques qui y sont consacrées et les résultats obtenus (15), et il en est sans doute ainsi des effets de l'utilisation des ressources en général. On peut avoir une idée de ce fossé en considérant qu'un grand nombre de décès d'enfants âgés de moins de 5 ans pourrait être évité pour \$10 ou moins, comme on a pu l'estimer lors d'études coût/efficacité portant sur des interventions particulièrement utiles, mais les dépenses moyennes effectives dans les pays pauvres par décès évité, selon les estimations faites à partir de la relation globale entre les sommes dépensées et la mortalité, sont de US \$50 000 ou davantage. La relation globale entre la mortalité infantile et le revenu montre que, dans un pays pauvre de deux millions d'habitants, le revenu total devrait augmenter d'environ US \$1 000 000 pour éviter un seul décès. Ce chiffre est de plusieurs ordres de grandeur supérieur à la dépense sanitaire moyenne nécessaire pour sauver une vie. Par habitant, celle-ci ne dépasse pas US \$0,025 contre US \$0,50 pour l'augmentation du revenu. Les différences de revenu peuvent être davantage à l'origine des variations sanitaires entre pays que les différences entre les dépenses de santé, mais l'augmentation du revenu n'en est pas pour autant un moyen plus économique ou plus commode d'améliorer la santé.

En ce qui concerne un passé plus lointain, les historiens se demandent si l'abaissement des taux de mortalité dans certains pays d'Europe et d'Amérique latine aux XIX^e et XX^e siècles ne pourrait pas être dû davantage à des facteurs tels qu'une meilleure alimentation et autres

progrès socio-économiques qu'aux soins médicaux individuels. Cependant, les systèmes de santé au sens large comprennent toutes les interventions non individuelles, basées sur la population ou concernant la santé publique, comme la promotion de modes de vie sains, les pulvérisations d'insecticide pour lutter contre les maladies transmises par des vecteurs, les campagnes antitabac et la protection des aliments et de l'eau. Ainsi, même si les services individuels n'ont, jusqu'à une date récente, été à l'origine que de très faibles progrès sanitaires, le système de santé tel qu'il est défini dans le présent rapport a commencé à exercer une forte influence il y a plus d'un siècle, principalement en améliorant l'assainissement urbain et l'hygiène personnelle. Ces changements – élimination des excréta et des ordures, protection des ressources en eau et lavage des mains – ont eu lieu parce que l'on comprenait mieux comment les maladies se *propagent*, même avant d'avoir acquis une connaissance utile de leurs *causes*. Certaines des pratiques d'hygiène individuelles datent de plusieurs siècles, mais les mesures collectives sont en général plus récentes. L'accroissement du revenu n'aurait pas à lui seul amélioré la santé dans les conditions qui régnaient à l'époque, et pourrait même l'avoir fait empirer en aggravant l'insalubrité et le surpeuplement urbains ; aujourd'hui, des conditions semblables existent souvent dans de nombreuses villes des pays pauvres, mais les menaces qu'elles font peser sur la santé sont mieux maîtrisées (voir l'Encadré 1.2).

Il en résulte que les systèmes de santé *sont* utiles et importants, mais qu'ils devraient permettre d'obtenir bien davantage avec les connaissances dont on dispose sur les moyens d'améliorer la santé. Les lacunes qui limitent la performance ne résultent pas principalement d'un manque de connaissances, mais du fait que l'on n'applique pas à fond ce que l'on sait déjà : ces lacunes sont systémiques plutôt que techniques. Ceci vaut même pour la plupart des erreurs médicales, car le problème n'est pas dû à une mauvaise qualité du

Encadré 1.2 Ce sont les connaissances sanitaires et non les revenus qui expliquent l'évolution des différences d'état de santé entre les zones urbaines et rurales

Au cours de la première moitié du XIX^e siècle, l'espérance de vie était beaucoup plus courte à Londres et à Paris que dans les zones rurales d'Angleterre et du pays de Galles ou de France. On observait une différence du même ordre entre les zones urbaines et rurales de la Suède pendant les premières décennies du XX^e siècle. Les grandes villes étaient insalubres car le défaut d'hygiène personnelle avait beaucoup plus d'incidence sur la transmission des maladies dans les zones surpeuplées et l'accumulation d'ordures et même d'excréments attirait les mouches et les rongeurs et contaminait l'air et l'eau (1). La pollution était encore aggravée par la combustion de charbon bitumineux et les rejets des usines.

La surpopulation et la pauvreté engendrent un grand nombre de ces mêmes problèmes dans les grandes villes des pays pauvres d'aujourd'hui où l'air et l'eau sont généralement plus pollués que dans les zones urbaines des pays riches. La pollution due aux gaz d'échappement des véhicules, phénomène inconnu il y a un siècle, constitue déjà l'une des principales menaces pour la santé dans des villes comme Delhi et Mexico. La croissance accélérée ne permet pas de développer au même rythme les services d'adduction d'eau, d'évacuation des eaux usées et de ramassage des ordures. Dans les quartiers déshérités, même si la population dispose d'eau potable, de nombreux foyers n'ont pas accès à un dispositif hygiénique

d'évacuation des déchets, et une grande partie des ordures sont simplement jetées ou brûlées en plein air. Toutefois, les conséquences sanitaires sont alors moins graves que dans les villes européennes d'il y a 150 ans, et ce pour deux raisons. D'abord, le développement des connaissances sur les causes et le mode de transmission des maladies ont favorisé l'adoption de mesures énergiques en vue de réduire la contamination, lutter contre les vecteurs de maladies et apprendre aux gens à mieux prendre soin de leur santé. Ensuite, même les citoyens très pauvres ont désormais plus facilement accès à des soins de santé individuels efficaces que la plupart des ruraux, ce qui encourage encore plus les migrations vers les villes. A Lima,

par exemple, les habitants des taudis ont autant de chances de faire vacciner leurs enfants et de les faire soigner par un médecin lorsqu'ils sont malades que les habitants des quartiers résidentiels et ils sont nettement plus favorisés à cet égard que les habitants des régions de montagnes à l'intérieur du Pérou (2). Tant les interventions de santé publique que les soins individuels ont contribué à inverser les différences d'état de santé entre les villes et les zones rurales ; l'amélioration de la situation sanitaire en milieu urbain s'explique davantage par l'application des nouvelles connaissances en matière de santé que par le niveau supérieur des revenus dans les villes.

¹ Easterlin RA. *How beneficent is the market? A look at the modern history of mortality*. Los Angeles, University of Southern California, 1998 (document non publié).

² Musgrove P. Mesurer l'équité en matière de santé. *Rapport trimestriel de Statistiques sanitaires mondiales*, 1986, 39(4).

personnel, mais au fait que le système doit être rendu plus sûr (16). Comment mesurer les performances actuelles et comment les améliorer autant qu'il serait possible de le faire constitue le thème du présent rapport. Ainsi que l'indiquent les progrès réalisés au cours des deux derniers siècles, les recherches entreprises pour étendre les connaissances sont essentielles à long terme, mais on pourrait beaucoup accomplir à court terme en appliquant mieux et plus largement ce que l'on sait déjà. Cette méthode peut améliorer la santé plus rapidement qu'un progrès socio-économique suivi et mieux équitablement réparti, aussi important que soit ce dernier. Dans les prochaines sections, nous allons examiner comment les systèmes de santé modernes ont vu le jour et comment ils ont été soumis à plusieurs reprises à des réformes destinées à leur permettre de mieux fonctionner d'une manière ou d'une autre.

COMMENT LES SYSTÈMES DE SANTÉ MODERNES ONT ÉVOLUÉ

Des systèmes de santé existent sous une forme quelconque depuis que les gens se soucient de protéger leur santé et de soigner les maladies. Dans le monde entier, des pratiques traditionnelles fondées sur des remèdes à base de plantes, bien souvent associées à une aide spirituelle et axées sur la prévention et le traitement des maladies, existent depuis des milliers d'années, souvent parallèlement à la médecine moderne. Bon nombre d'entre elles sont encore le traitement de choix pour certaines maladies ou sont utilisées parce que des méthodes plus modernes ne sont pas disponibles, que l'on n'a pas confiance en elles, qu'elles ont échoué ou qu'elles sont trop coûteuses. La médecine chinoise traditionnelle remonte à plus de 3000 ans et joue encore un rôle prépondérant dans le système de santé de la Chine. Il en va de même des médecines tout aussi anciennes en vigueur dans le sous-continent indien et des systèmes analogues de croyances et de pratiques répandues parmi les peuples autochtones d'Afrique et d'Amérique. Toutefois, avant l'époque moderne et le développement actuel des connaissances sur les maladies, les méthodes de traitement étaient peu nombreuses et la prévention des maladies peu efficace.

A de rares exceptions près, y compris dans les pays industrialisés, il n'existait, un siècle avant notre époque pratiquement aucun système de santé organisé – au sens moderne du terme – conçu pour l'ensemble de la population. Bien que, dans de nombreux pays, l'existence des hôpitaux soit beaucoup plus ancienne que celle de véritables systèmes de santé, très peu de gens y avaient jamais accès il y a seulement cent ans, et cela reste vrai aujourd'hui pour plusieurs millions de pauvres. Jusqu'au milieu du XIX^e siècle, ces hôpitaux étaient pour la plupart administrés par des organisations caritatives et n'étaient bien souvent qu'un simple refuge pour les orphelins, les invalides, les pauvres ou les aliénés. De plus, il n'y avait rien de comparable au système d'orientation-recours que nous connaissons aujourd'hui et, en cas de problèmes financiers, les gens n'avaient d'autre recours que de s'adresser à des organismes de charité ou de regrouper les contributions sur une petite échelle entre travailleurs de la même profession.

Vers la fin du XIX^e siècle, la révolution industrielle a transformé le mode de vie des populations du monde entier. Parallèlement, les sociétés ont commencé à prendre conscience du lourd tribut payé par les travailleurs sous la forme de décès, de maladies ou d'incapacités, soit du fait d'infections – qui ont fait des milliers de morts pendant la construction du canal de Panama – soit par suite d'accidents du travail ou d'expositions professionnelles. Lorsque l'on eut compris que les moustiques étaient responsables de la transmission du paludisme et de la fièvre jaune, la lutte contre les gîtes larvaires des insectes

tes fit partie des efforts de prévention qui ont aussi profité aux communautés environnantes. Ces décès et maladies n'ont pas eu seulement un coût humain : ils ont aussi occasionné d'importantes pertes de productivité. Les employeurs ont alors commencé à fournir à leur personnel des services médicaux. Prenant mieux conscience de la nécessité d'une eau saine et d'une hygiène appropriée, ils ont en outre amélioré les conditions de vie des travailleurs. Les guerres ont aussi joué un rôle dans cette évolution : la guerre de Sécession, aux Etats-Unis, a montré que les soldats des deux camps avaient plus à craindre des maladies que de l'ennemi. Il en a été de même pendant la guerre de Crimée et celle des Boers.

A cette même époque, la santé des travailleurs est devenue un problème politique dans certains pays européens, mais pour des raisons fort différentes. Devant l'ampleur croissante des mouvements socialistes en Allemagne, le Chancelier Bismarck eut l'idée de reprendre aux syndicats la gestion des caisses maladie pour leur ôter l'une de leurs sources de financement ainsi que pour accroître la sécurité économique des travailleurs (17). C'est ainsi qu'en 1883, l'Allemagne a adopté une loi obligeant les employeurs à contribuer à l'assurance-maladie de certains travailleurs à faible revenu, assurance qui a été par la suite étendue à d'autres classes de travailleurs. C'est le premier exemple d'un modèle d'assurance sociale imposé par l'Etat. La popularité de cette loi auprès des travailleurs a conduit la Belgique à adopter une loi similaire en 1894, et la Norvège a suivi en 1909. Jusqu'à ce que la Grande-Bretagne en fasse autant en 1911, les soins médicaux dispensés aux salariés britanniques étaient généralement financés par leurs cotisations à des syndicats ou à des mutuelles qui payaient ensuite les prestataires. Cette couverture n'était toutefois accordée qu'au travailleur et non aux membres de sa famille.

Dès la fin des années 1800, la Russie avait commencé à mettre en place un vaste réseau de postes de santé et d'hôpitaux provinciaux dans lesquels les soins étaient assurés gratuitement et financés par les recettes fiscales. Après la révolution bolchevique de 1917, il a été décrété que des soins médicaux gratuits devaient être assurés à l'ensemble de la population. Ce système, qui a perduré en grande partie pendant près de 80 ans, est le premier exemple d'un système de santé complètement centralisé et contrôlé par l'Etat.

L'influence du modèle allemand a commencé à se répandre en dehors de l'Europe après la Première Guerre mondiale. En 1922, le Japon a ajouté des services de santé à l'ensemble des prestations auxquelles les travailleurs avaient droit, en se fondant sur sa tradition de gestion paternaliste des entreprises. En 1924, la couverture sociale de tous les travailleurs chiliens assurés a été prise en charge par le Ministère du Travail. En 1935, un total de 90 % de la population danoise était couvert par une assurance-maladie des travailleurs. Aux Pays-Bas, les assurances sociales ont été instaurées pendant l'occupation du pays lors de la Deuxième Guerre mondiale.

La Deuxième Guerre mondiale a eu notamment pour effet d'endommager les infrastructures sanitaires de nombreux pays, dont certaines ont été quasiment détruites, et de retarder leurs projets de système de santé. Paradoxalement, elle a aussi favorisé la mise en place de certains autres. Le Service national britannique de secours aux blessés en temps de guerre a contribué à l'édification de ce qui est devenu en 1948 le Service national de Santé, qui est peut-être de tous les systèmes de santé celui qui a été le plus imité. Le rapport Beveridge de 1942 (18) définit les services de santé comme l'une des trois conditions nécessaires à la mise en place d'un système de sécurité sociale viable. Dans son livre blanc, le Gouvernement a, en 1944, posé pour principe que « tous les citoyens, quels que soient leurs revenus, leur âge, leur sexe ou leur profession, devaient avoir les mêmes chances d'accéder aux services médicaux et connexes les plus efficaces et les plus modernes », en

ajoutant que ces services devaient être complets et gratuits et viser à la fois à promouvoir une bonne santé et à traiter les maladies. La Nouvelle-Zélande avait été, en 1938, le premier pays à mettre en place un service national de santé et, presque à la même époque (en 1941), le Costa Rica jetait les bases d'un système d'assurance-maladie universelle. Au Mexique, l'Institut de la Sécurité sociale et le Ministère de la Santé ont tous deux été créés en 1943. Un projet de système national de santé, semblable dans ses grandes lignes au modèle britannique, a été proposé en Afrique du Sud en 1944. Comprenant des soins de santé gratuits ainsi qu'un réseau de centres communautaires et de médecins généralistes dans le cadre d'un système d'orientation-recours, il n'a jamais été mis en œuvre (19).

Dans l'immédiat après-guerre, le Japon et l'Union soviétique ont à leur tour étendu à la quasi-totalité de la population la couverture de leurs systèmes nationaux d'assurance partielle, et la Norvège, la Suède, la Hongrie et d'autres pays communistes d'Europe, ainsi que le Chili, ont fait de même. En accédant à l'indépendance, les anciennes colonies ont aussi essayé d'adopter des systèmes modernes complets, avec une forte participation de l'Etat. L'Inde a élaboré d'ambitieux plans quinquennaux pour la mise en place d'un système de santé en se fondant sur le rapport Bhore de 1946 (20). Parmi les facteurs qui ont rendu possibles ces efforts d'édification et d'expansion des systèmes de santé figurent notamment la prise de conscience du pouvoir d'un Etat moderne, la volonté d'œuvrer en faveur de la réconciliation, de la stabilité et de la reconstruction qui a caractérisé l'après-guerre, et l'esprit de solidarité issu de l'effort de guerre. L'acquisition d'une nouvelle citoyenneté et la croyance en un Etat relativement efficace et bienveillant, capable de promouvoir le développement sous ses différents aspects, ont favorisé un climat social et politique propice à la notion d'« universalisme classique », c'est-à-dire l'accès gratuit à tous les types de soins de santé pour tous.

Les systèmes de santé d'aujourd'hui s'inspirent à des degrés divers d'un ou plusieurs des quelques modèles de base qui ont été mis au point et améliorés depuis la fin du XIX^e siècle, et dont l'un vise à couvrir l'ensemble ou la quasi-totalité des habitants, en obligeant les employeurs et les employés à cotiser à des caisses d'assurance-maladie et en faisant dispenser les soins de santé par des prestataires publics et privés. Les tout premiers systèmes d'assurance sociale de ce type étaient généralement issus de petites associations initialement bénévoles. Les versions plus tardives ont parfois été créées de toutes pièces par le gouvernement. Un autre modèle, un peu plus récent, repose sur une planification et un financement centralisés, et fonctionne essentiellement avec des recettes fiscales et des services publics. La répartition des ressources se fait généralement dans le cadre de budgets, parfois selon des taux fixes pour le rapport population-agents de santé ou établissements sanitaires. Il existe un troisième modèle où la participation de l'Etat est plus limitée, mais encore substantielle, et qui couvre parfois uniquement certains groupes de population, tandis que, pour le reste des habitants, le financement, la prestation et la propriété des services de santé relèvent principalement du secteur privé. C'est surtout dans les pays riches que l'on trouve des exemples caractéristiques de l'un ou l'autre de ces modèles, tant pour la collecte de la majeure partie des ressources que pour la prestation des services. Les systèmes de santé des pays à revenu moyen, notamment en Amérique latine, sont plutôt un panache de deux, voire trois modèles (21). On s'interroge beaucoup sur la question de savoir si un mode d'organisation du système de santé est préférable à un autre, mais ce qui compte dans la structure générale d'un système, c'est la mesure dans laquelle elle facilite la performance des fonctions essentielles de ce système.

TROIS GÉNÉRATIONS DE RÉFORMES DU SYSTÈME DE SANTÉ

Au cours du XX^e siècle, trois séries de réformes des systèmes de santé se sont succédé en se chevauchant. Ces réformes ont été encouragées non seulement par la prise de conscience des échecs enregistrés dans le domaine de la santé, mais aussi par une volonté d'accroître l'efficacité, la justice et la réactivité aux attentes de la population. La première génération de réformes, qui a vu la création de systèmes de santé nationaux et l'extension des systèmes d'assurance sociale à des pays à revenu moyen, s'est produite principalement dans les années 1940 et 1950 dans les pays riches et un peu plus tard dans les pays pauvres. Vers la fin des années 1960, de nombreux systèmes fondés 10 ou 20 ans plus tôt se heurtaient à de graves difficultés. Leurs coûts étaient en augmentation, notamment parce que le volume et l'intensité des soins hospitaliers progressaient aussi bien dans les pays développés que dans les pays en développement. Dans les systèmes qui offraient théoriquement une couverture universelle, les services de santé étaient encore davantage utilisés par les riches et les efforts déployés pour atteindre les couches défavorisées étaient souvent insuffisants. Trop de gens devaient payer eux-mêmes leurs dépenses de santé et n'avaient accès bien souvent qu'à des soins inefficaces ou de piètre qualité.

Ces problèmes étaient particulièrement évidents et se posaient avec de plus en plus d'acuité dans les pays pauvres. Les puissances coloniales d'Afrique et d'Asie et les gouvernements des pays d'Amérique latine avaient mis sur pied des services de santé qui, pour la plupart, excluaient les populations autochtones. Par exemple, lorsqu'un modèle européen de soins de santé était mis en œuvre dans les territoires d'Afrique sous administration britannique, il était essentiellement destiné aux fonctionnaires de l'administration coloniale et aux expatriés, et prévoyait – au mieux – des prestations de second ordre pour les Africains. On comptait sur des organisations caritatives et des programmes de santé publique pour dispenser des soins à la majorité, comme dans certaines régions d'Europe. Dans ces anciennes colonies et dans les pays à faible revenu, le système de santé n'avait par conséquent jamais été en mesure de fournir ne fût-ce que les services les plus élémentaires aux populations des régions rurales. Des établissements sanitaires et des dispensaires avaient été construits, mais principalement dans les zones urbaines. Dans la plupart des pays en développement, les deux tiers des budgets de santé étaient destinés aux grands hôpitaux urbains qui, pourtant, ne desservaient qu'à peine 10 à 20 % de la population. Des études consacrées aux activités des hôpitaux ont révélé que la moitié au moins des dépenses d'hospitalisation concernaient le traitement d'affections qui relevaient de services ambulatoires comme la diarrhée, le paludisme, la tuberculose et les infections aiguës des voies respiratoires (22).

Un changement radical était donc nécessaire pour améliorer la rentabilité, l'équité et l'accessibilité des systèmes. C'est pourquoi une deuxième vague de réformes a mis l'accent sur la promotion des soins de santé primaires en vue de parvenir à une couverture universelle d'un coût abordable. Cette démarche s'inspirait de l'expérience acquise au cours de projets de lutte contre la maladie dans les années 1940, notamment en Afrique du Sud, en République islamique d'Iran et dans l'ex-Yougoslavie, ainsi que des succès obtenus et des expériences tentées en Chine, à Cuba, au Guatemala, en Indonésie, au Niger, en République-Unie de Tanzanie et dans l'Etat indien de Maharashtra (23). Certains de ces pays et d'autres comme le Costa Rica et Sri Lanka ont obtenu de très bons résultats pour un coût relativement modique, prolongeant l'espérance de vie à la naissance de 15 à 20 ans en l'espace d'à peine deux décennies. Dans chaque cas, il y avait eu au départ une très forte

volonté d'offrir à la population un niveau minimum de prestations en matière de santé, d'alimentation et d'éducation, un approvisionnement satisfaisant en eau potable et un assainissement de base. Tels étaient les éléments clés, ainsi que l'accent placé sur des mesures de santé publique concernant les soins cliniques, la prévention de préférence au traitement, les médicaments essentiels et l'éducation du public par des agents de santé communautaires. En faisant des soins de santé primaires, à la Conférence internationale OMS/UNICEF sur les soins de santé primaires qui s'est tenue en 1978 à Alma-Ata, URSS (aujourd'hui Almaty, Kazakstan), la stratégie qui devait permettre d'atteindre l'objectif de la « Santé pour Tous », l'OMS a réactivé les efforts destinés à étendre à tous des soins de santé essentiels.

Le terme « primaire » a rapidement acquis des connotations très variées, dont certaines étaient techniques (se référant au premier contact avec le système de santé ou au premier niveau de soins ou encore à des traitements simples pouvant être administrés par des prestataires relativement peu formés ou à des interventions axées sur les principales causes de la maladie) et d'autres, politiques (selon l'action multisectorielle ou l'implication communautaire). La multiplicité des sens et leurs incidences souvent contradictoires en matière de politique générale expliquent pourquoi il n'existe pas de modèle unique de soins primaires et pourquoi il a été difficile de suivre les exemples probants des pays ou Etats qui ont montré les premiers qu'une amélioration substantielle de la santé pouvait être obtenue sans dépenses excessives. De nombreux pays se sont attachés à former et utiliser des agents de santé communautaires pouvant dispenser des services de base rentables dans des structures rurales simples à des populations précédemment privées de soins modernes ou n'ayant qu'un accès limité à ces soins. En Inde, par exemple, de tels agents ont été formés et affectés à 100 000 postes de santé desservant près des deux tiers de la population.

Malgré tous ces efforts, on considère qu'un grand nombre de ces programmes ont été en fin de compte des échecs au moins partiels. Le financement était insuffisant; les agents de santé n'avaient que peu de temps à consacrer à la prévention et aux services communautaires; ils étaient insuffisamment formés et équipés pour résoudre les problèmes auxquels ils étaient confrontés et la qualité des soins était souvent si médiocre que l'on aurait dû les appeler « primitifs » plutôt que « primaires », notamment lorsque ces soins primaires étaient limités aux pauvres et aux services les plus rudimentaires. Les systèmes d'orientation-recours qui concernent exclusivement les services de santé et qui sont nécessaires à leur bon fonctionnement se sont avérés particulièrement difficiles à exploiter convenablement (24). Les services de l'échelon inférieur étaient souvent mal utilisés et les patients qui avaient les moyens d'y accéder allaient en général se faire soigner directement dans les hôpitaux. C'est en partie pour cette raison que les pays ont continué à investir dans des centres tertiaires implantés dans les villes.

Dans les pays développés, les soins primaires ont été mieux intégrés à l'ensemble du système, peut-être parce qu'ils sont davantage associés aux fonctions des médecins généralistes et des médecins de famille, et à celles du personnel de santé subalterne tel que les infirmières et les auxiliaires médicaux. Le programme actuel de réforme de nombreux pays développés est axé sur une utilisation accrue de ces personnels. Les soins intégrés, par exemple, consistent en grande partie à renforcer les soins de santé primaires et éviter les traitements inutiles, notamment les hospitalisations.

On peut reprocher à la démarche des soins de santé primaires de ne pas mettre suffisamment l'accent sur la *demande* de soins de santé, qui est étroitement liée à l'idée que se font les gens de la qualité et de la capacité de réaction des services de santé, et de se concentrer beaucoup trop sur leurs *besoins* présumés. Lorsque la demande et les besoins diver-

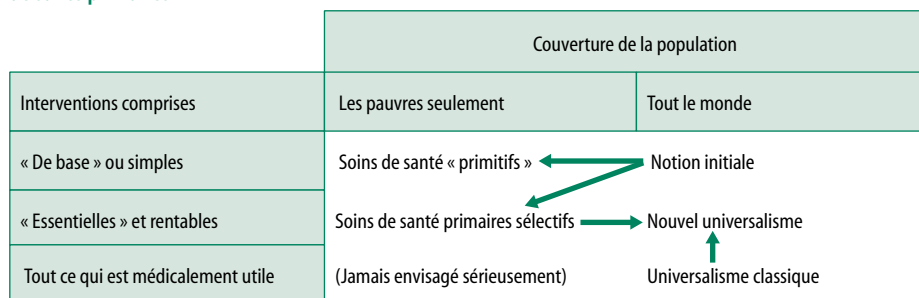
gent, il y a échec du système, car la gamme des services offerts ne peut pas être adaptée à ces deux objectifs. Le défaut d'attention consacrée à la demande se traduit par le silence complet de la Déclaration d'Alma-Ata au sujet du financement et des prestations de soins privés, sauf dans la mesure où la participation communautaire est considérée comme incluant un financement privé à échelle réduite.

La pauvreté peut être l'une des raisons qui expliquent que les besoins ne se traduisent pas par une demande et, dans ce cas, il peut suffire de réduire suffisamment le coût – financier et en termes de temps – des soins ainsi que les dépenses non médicales. Toutefois, il existe beaucoup d'autres causes de discordance entre les besoins réels et les besoins exprimés de la population, et ce n'est pas simplement en ouvrant de nouveaux établissements de santé et en élargissant la gamme des services que l'on parviendra toujours à y remédier. En règle générale, les réformes de la première et de la deuxième génération ont été essentiellement axées sur l'offre. Le souci de tenir compte de la demande est plus caractéristique des réformes de la troisième vague actuellement en cours dans de nombreux pays, lesquelles tendent par exemple à faire en sorte que des budgets jusqu'ici conformes aux vœux des prestataires, et souvent calculés en fonction de besoins supposés, soient davantage adaptés aux demandes des patients.

Si l'organisation ainsi que la qualité des soins de santé primaires ne leur ont souvent pas permis de réaliser ce que l'on en attendait, leur conception technique demeure en grande partie valable et a été continûment améliorée. Cette évolution peut être décrite sommairement comme un passage progressif à ce que l'OMS appelle le « nouvel universalisme », prestation de soins essentiels de haute qualité basés surtout sur le critère du rapport coût/efficacité et destinés à tous, et qu'elle juge préférable à la solution qui consiste à dispenser tous les soins possibles à l'ensemble de la population ou seulement les soins les plus simples et les plus essentiels aux pauvres (voir la Figure 1.1).

Les notions selon lesquelles des interventions sanitaires et nutritionnelles peuvent notablement améliorer la santé de grandes populations (25) et permettre d'obtenir une bonne santé à moindre coût (26) en faisant porter de préférence les efforts sur la lutte contre les maladies évitables qui représentent un fléau pour l'humanité sont à l'origine de gammes d'interventions généralement dénommées « de base », « essentielles » ou « prioritaires », qui ont été élaborées dans plusieurs pays à partir de données épidémiologiques et d'estimations du rapport coût/efficacité (27,28). En outre, les erreurs courantes de diagnostic et de traitement imputables à une formation insuffisante du personnel et à un manque de coordination des efforts de lutte contre la maladie ont conduit à mettre au point des groupes d'interventions ainsi qu'une formation plus poussée pour les pratiquer, comme dans le cas de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (29).

Figure 1.1 Couverture de la population et interventions comprises dans différentes notions des soins de santé primaires



D'après Frenk, J. *Building on the legacy: primary health care and the new policy directions at WHO*. Allocution prononcée devant la American Public Health Association, Chicago, IL., le 8 novembre 1999.

Cette évolution suppose également que l'on mette l'accent sur des finances publiques, ou garanties et réglementées par les services publics, mais pas nécessairement sur la prestation de services par le secteur public. Elle implique en outre le choix explicite de priorités parmi les interventions qui respectent le principe d'éthique suivant : il peut être nécessaire et efficace de rationner les services, mais il est inadmissible d'exclure des groupes entiers de population. Toutefois, il est plus facile de définir une série d'interventions qui vont avantager les pauvres si elles sont pleinement appliquées dans l'ensemble de la population que de veiller soit à ce que la plupart des pauvres en tirent effectivement profit, soit à ce que la plupart des bénéficiaires soient pauvres. Même s'ils sont généralement destinés aux pauvres, les services de soins de santé de l'Etat sont souvent utilisés davantage par les riches. Dans 11 pays pour lesquels on a calculé la répartition des prestations sur la base de la distribution des dépenses publiques et des taux d'utilisation, le quintile le plus pauvre de la population ne représente même jamais sa part en pourcentage (20 %) et, dans sept de ces pays, le quintile le plus riche accapare 29 % à 33 % du total des prestations. Cet avantage donné aux riches est dû en grande partie à un usage disproportionné des services hospitaliers par cette catégorie qui (à une seule exception près) reçoit toujours au moins 26 % du total des prestations. La répartition des soins primaires profite presque toujours plus aux pauvres que celle des soins hospitaliers, ce qui justifie l'accent mis sur les premiers pour atteindre les couches les plus déshéritées. Mais, même dans ce cas, les pauvres tirent parfois moins d'avantages des soins primaires que les riches (30). Ils obtiennent souvent une grande partie de leurs soins ambulatoires personnels – qui représentent l'essentiel de leur utilisation du système de santé et de leurs dépenses par paiement direct et qui sont pour eux le principal moyen de progresser encore sur le plan de la santé – auprès de prestataires privés (31), et ces services sont tantôt plus et tantôt moins orientés vers les pauvres que les soins dispensés par le secteur public.

Ce souci de mieux répondre à la demande, de chercher davantage à garantir l'accès des pauvres aux soins et de mettre l'accent sur le financement, y compris les subventions, plutôt que sur une simple prestation de services au sein du secteur public transparaît dans un grand nombre des réformes actuelles de la troisième génération. Celles-ci sont plus difficiles à caractériser que les réformes antérieures, parce qu'elles ont été suscitées par une plus grande variété de facteurs et ont un caractère plus expérimental. Elles reflètent en partie les profonds changements politiques et économiques qui se sont produits dans le monde. A la fin des années 1980, la Chine et les pays d'Europe centrale et de l'ex-Union soviétique ont amorcé une transition entre le communisme et une économie de marché. La mainmise de l'Etat sur l'économie a commencé à être partout critiquée et l'on a assisté à un recul général des entreprises d'Etat, à une promotion de la concurrence, tant nationale qu'internationale, à une diminution de la réglementation et du contrôle de l'Etat et, d'une manière générale, à une tendance à laisser beaucoup plus jouer les lois du marché. D'un point de vue idéologique, on a mis davantage l'accent sur le choix et la responsabilité individuels. Politiquement, il a fallu limiter les promesses des gouvernements et les attentes concernant ce qu'ils étaient censés faire, notamment au moyen des recettes publiques, pour mieux tenir compte de leurs véritables capacités financières et organisationnelles.

Les systèmes de santé ont, eux aussi, subi d'importants changements. Il en est notamment résulté un intérêt fortement accru pour des systèmes d'assurance institutionnalisés, y compris à financement privé. Des réformes de ce genre ont été adoptées par plusieurs pays d'Asie et l'assurance-maladie universelle a été introduite, sous des formes diverses, en République de Corée, en Malaisie, à Singapour et en Chine (province de Taïwan). Des réformes visant à renforcer, élargir ou fusionner les couvertures en vue d'une meilleure répartition

des risques ont aussi été entreprises en Argentine, au Chili, en Colombie et au Mexique, et un mélange d'assurance et de contributions du patient a remplacé en grande partie le système public dans tous les pays de l'ancien bloc communiste. Dans les pays développés qui avaient déjà pour la plupart mis en place une couverture universelle, le financement des soins de santé a généralement subi des modifications moins radicales. Toutefois, des changements importants ont eu lieu en ce qui concerne les responsables du choix de l'utilisation des ressources et les modalités de mise en commun des fonds et de règlement des honoraires des prestataires. Les omnipraticiens et les médecins des services de soins de santé primaires, en leur qualité de « référents », ont parfois été appelés à rendre compte non seulement de la santé de leurs patients, mais aussi des incidences financières des traitements qu'ils prescrivaient. Dans certains pays, ce rôle a été officialisé par l'attribution d'un budget personnel aux médecins généralistes et aux praticiens de soins de santé primaires, par exemple au Royaume-Uni avec l'autoresponsabilité financière des cabinets médicaux, aux États-Unis avec les Health Maintenance Organizations et en Nouvelle-Zélande avec les Independent Practice Associations (32). Aux États-Unis, les prestataires ont nettement perdu de leur influence au profit des assureurs qui exercent désormais un contrôle sévère sur l'interface médecins-patients.

IMPORTANCE DE LA PERFORMANCE

Le présent rapport ne prétend pas analyser toute la série des réformes en cours ou en projet ni proposer un modèle de construction ou de reconstruction d'un système de santé. De nombreuses formules sont actuellement à l'essai dans le monde et il n'existe pas de formule idéale. Toutefois, il semble que l'on puisse tirer des conclusions sur les modes d'organisation, les réglementations et les incitations les plus à même de permettre à un système d'utiliser ses ressources pour atteindre ses objectifs. Elles font l'objet du chapitre 3. Les résultats pouvant être obtenus avec les ressources actuellement disponibles – personnel, bâtiments, matériels et connaissances – dépendent dans une large mesure des investissements et de la formation qui ont créé ces ressources, et les erreurs d'investissement peuvent avoir des conséquences à long terme. La question de savoir quels sont les meilleurs moyens de créer des ressources et les erreurs à éviter forment le thème du chapitre 4. On peut aussi se prononcer sur ce qui est souhaitable pour le financement du système. Ces dernières conclusions seront traitées dans le chapitre 5. Enfin, le système de santé dans son ensemble doit faire l'objet d'une surveillance générale pour demeurer axé sur ses objectifs et pour que les fonctions de financement, d'investissement et de prestation des services soient exécutées comme il convient. Les suggestions concernant cette fonction générale sont présentées en détail au chapitre 6. Si l'accent est mis sur ces différents aspects, c'est que trop de réformes visent actuellement à les modifier au lieu de se contenter de développer l'offre ou de déterminer le type d'intervention le plus souhaitable. Et tout changement, pour être justifié, doit améliorer la performance du système.

Dès lors, comment réaliser pleinement le potentiel des systèmes de santé ? Comment les systèmes peuvent-ils mieux fonctionner pour être en mesure non seulement de protéger la santé des gens, mais aussi de répondre à leurs attentes et de leur assurer une protection financière contre les coûts de la mauvaise santé ? Le cadre présenté dans le chapitre 2 permet d'évaluer la performance des systèmes de santé et de connaître les facteurs qui y contribuent dans les quatre domaines clés qui font l'objet des chapitres suivants : la prestation des services, la mise en valeur des ressources – humaines, matérielles et conceptuelles – nécessaires au bon fonctionnement du système, la mobilisation et l'acheminement

des fonds et les mesures propres à garantir que les individus et les organisations qui composent le système prennent bien soin des ressources qui leur ont été confiées et se montrent dignes de la confiance qui leur est témoignée.

RÉFÉRENCES

1. **Miller J.** *The body in question*. New York, Random House, 1978: 14.
2. **Kleinman A.** Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems. *Social Science and Medicine*, 1978, **12**: 85–93.
3. **Claybrook J.** Remarks at the Seventh Annual North Carolina Highway Safety Conference, 1980. On Bureau of Transportation Statistics, Transportation Research Board web site at <http://www4.nas.edu/trb/crp.nsf/>
4. **US Department of Transportation.** *Traffic safety facts 1998*. Washington, DC, National Highway Traffic Safety Administration, 1998.
5. **Organisation de Coopération et de Développement économiques (OECD).** *International road traffic and accident database*. Paris, Organisation de Coopération et de Développement économiques, 1999.
6. **Jamison DT et al.** *Disease control priorities in developing countries*. New York, Oxford University Press for The World Bank, 1993.
7. *Rapport sur le développement dans le monde 1993. Investir dans la santé*. Washington, DC, Banque mondiale, 1993, Tableau 5.3.
8. **Akhavan D et al.** Cost-effective malaria control in Brazil. Cost-effectiveness of a malaria control program in the Amazon Basin of Brazil, 1988–1996. *Social Science and Medicine*, 1999, **49**(10): 1385–99; Tableau 5.
9. **Rutstein DD et al.** Measuring the quality of medical care – a clinical method. *New England Journal of Medicine*, 1976, **294**(11): 582–588.
10. **Charlton JR, Velez R.** Some international comparisons of mortality amenable to medical intervention. *British Medical Journal*, 1986, **292**: 295–301.
11. **Velkova A, Wolleswinkel-van den Bosch JH, Mackenbach JP.** The East–West life expectancy gap: differences in mortality from conditions amenable to medical intervention. *International Journal of Epidemiology*, 1997, **26**(1): 75–84.
12. **Cochrane AL, St Leger AS, Moore F.** Health service 'input' and mortality 'output' in developed countries. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 1978, **32**(3): 200–205.
13. **Musgrove P.** *Public and private roles in health: theory and financing patterns*. Washington, DC, Banque mondiale, 1996 (World Bank Discussion Paper No. 339).
14. **Mackenbach JP.** Health care expenditure and mortality from amenable conditions in the European Community. *Health Policy*, 1991, **19**: 245–255.
15. **Filmer D, Pritchett L.** The impact of public spending on health: does money matter? *Social Science and Medicine*, 1999, **49**(10): 1309–1323.
16. **Kohn L, Corrigan J, Donaldson M, eds.** *To err is human: building a safer health system*. Washington, DC, Institute of Medicine, National Academy of Sciences, 1999.
17. **Taylor ASP.** *Bismarck – the man and the statesman*. Londres, Penguin, 1995: 204.
18. *Social insurance and allied services. Report by Sir William Beveridge*. Londres, HMSO, 1942.
19. **Savage M, Shisana O.** Health service provision in a future South Africa. In: Spence J. *Change in South Africa*. Londres, The Royal Institute of International Affairs, 1994.
20. **Gouvernement de l'Inde.** *Health Survey and Development Committee Report. Vol. 1.4*. New Delhi, Ministère de la Santé, 1946.
21. **Londoño JL, Frenk J.** Structured pluralism: towards an innovative model for health system reform in Latin America. *Health Policy*, 1997, **41**(1) :1–36.
22. **Barnum H, Kutzin J.** *Public hospitals in developing countries: resource use, cost, financing*. Baltimore, MD, The Johns Hopkins University Press, 1993.
23. **Newell KN.** *Participation et santé*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1975.
24. **Sanders D et al.** Zimbabwe's hospital referral system: does it work ? *Health Policy and Planning*, 1998, **13**: 359–370.
25. **Gwatkin DR, Wilcox JR, Wray JD.** The policy implications of field experiments in primary health nutrition care. *Social Science and Medicine*, 1980, **14**(2): 121–128.
26. **Halstead SB, Walsh JA, Warren KS, eds.** *Good health at low cost*. New York, Rockefeller Foundation, 1985.

27. **Bobadilla JL et al.** Design, content and financing of an essential national package of health services [Structure, contenu et financement d'un module national de services de santé essentiels]. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, 1994, **72**(4): 653-662 (résumé en français).
28. **Bobadilla JL.** *Searching for essential health services in low- and middle-income countries*. Washington, DC, Inter-American Development Bank, 1998.
29. **Tulloch J.** Integrated approach to child health in developing countries. *The Lancet*, 1999, **354**(Suppl. II): 16–20.
30. **Gwatkin DR.** *The current state of knowledge about how well government health services reach the poor: implications for sector-wide approaches*. Washington, DC, Banque mondiale, 5 février 1998 (discussion draft).
31. **Berman P.** The organization of ambulatory care provision: a critical determinant of health system performance in developing countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 2000, **78** (sous presse).
32. **Wilton P, Smith RD.** Primary care reform: a three country comparison of budget holding'. *Health Policy*, 1998, **44**(2): 149–166.

CHAPITRE DEUX

La performance des services de santé est-elle bonne ?

L'amélioration de la santé est incontestablement le premier objectif d'un système de santé, mais en raison du coût parfois catastrophique des soins et de leur imprévisibilité, il importe de mettre en place des mécanismes garantissant la répartition des risques et une protection financière. Dès lors, le deuxième objectif d'un système de santé doit être l'équité de la contribution financière. Un troisième objectif : la capacité de répondre aux attentes de la population dans des domaines autres que celui de la santé reflète la nécessité de respecter la dignité et la liberté des personnes ainsi que la confidentialité de l'information. L'OMS s'est lancée dans une vaste opération de collecte et d'analyse de données pour évaluer dans quelle mesure les systèmes de santé des Etats Membres de l'OMS atteignent ces objectifs, ce dont ils doivent être tenus de rendre compte, et utilisent efficacement leurs ressources à cette fin. En mettant l'accent sur un petit nombre de fonctions universelles exercées par les systèmes de santé, le présent rapport propose aux responsables des éléments d'appréciation pour les aider à améliorer la performance des systèmes de santé.

2

LA PERFORMANCE DES SERVICES DE SANTÉ EST-ELLE BONNE ?

RÉSULTATS ET PERFORMANCE

Déterminer si un système de santé fait ce que l'on attend de lui oblige à se poser deux grandes questions : comment mesure-t-on les résultats intéressants pour déterminer ce qui est fait à l'égard des trois objectifs : amélioration de la santé, réactivité et équité de la contribution financière (*réalisation des objectifs*) et comment les compare-t-on à ce que le système *devrait* être capable d'accomplir, c'est-à-dire aux meilleurs résultats possibles avec les mêmes ressources (*performance*) ? Si l'on peut progresser dans la lutte contre de nombreux problèmes de santé publique, certaines de leurs causes se situent entièrement en dehors du système de santé, même dans son acception la plus large. En effet, celui-ci ne peut être tenu pour responsable de facteurs tels que la distribution des revenus et des richesses, ni de l'influence du climat. En revanche, on peut à juste titre lui imputer les décès et maladies évitables associés aux accouchements, à la rougeole, au paludisme ou à la consommation de tabac. Pour se faire une idée assez précise des problèmes de santé qui pourraient être évités, il convient d'estimer les meilleurs résultats que l'on peut espérer d'un système et le minimum que l'on peut en exiger. Il en va de même de la réalisation des deux autres objectifs, mais on possède beaucoup moins de données à leur sujet (1).

OBJECTIFS ET FONCTIONS

Il va de soi que l'amélioration de la santé est non seulement la raison d'être d'un système de santé, mais aussi son objectif premier ou fondamental. En effet, si les systèmes de santé ne faisaient rien pour protéger ou améliorer la santé, ils n'auraient aucune raison d'exister. D'autres systèmes mis en place par la société peuvent contribuer dans une large mesure à améliorer la santé de la population, mais ce n'est pas leur objectif principal. Ainsi, le système d'éducation apporte une importante contribution au développement de la santé, mais son objectif fondamental est l'enseignement. A l'inverse, des enfants en bonne santé sont mieux en mesure d'apprendre, mais tel n'est pas non plus l'objectif essentiel du système de santé. En revanche, l'objectif d'un financement équitable est commun à tout système sociétal. Cela est évident pour les systèmes pris en charge par la société, mais reste vrai pour ceux où tout est payé au moment de l'achat. Seul le concept d'équité peut varier. Le principe selon lequel « on doit recevoir ce que l'on a payé » est généralement considéré comme équitable dans une transaction commerciale, mais il le paraît beaucoup moins dès lors qu'il s'agit des services de santé. De même, les gens ont, dans tout système, des atten-

tes que la société considère comme légitimes en ce qui concerne la façon dont ils devraient être traités, tant physiquement que psychologiquement. La réactivité du système est par conséquent toujours un objectif social. Pour prendre l'exemple du système éducatif, l'équité du financement implique un juste équilibre entre les contributions des ménages qui ont des enfants scolarisés et celles des ménages qui n'en ont pas, et un subventionnement suffisant pour éviter que les enfants pauvres ne soient empêchés d'aller à l'école pour des raisons financières. La réactivité suppose que l'on respecte les vœux des parents concernant leurs enfants et que l'on évite de maltraiter ou d'humilier les élèves.

Le système de santé diffère des autres systèmes sociaux, tels que celui de l'éducation, et des marchés de la plupart des biens de consommation et des services sur deux points qui confèrent une importance particulière aux objectifs de l'équité du financement et de la réactivité. Le premier est le fait que le coût des soins de santé peut être catastrophique. Les soins nécessaires sont bien souvent imprévisibles, et c'est pourquoi il est indispensable que les gens ne soient pas obligés de choisir entre des dépenses ruineuses et la perte de leur santé. Les mécanismes de répartition des risques et de protection financière sont alors plus importants que dans toutes les autres circonstances où l'on contracte une assurance, par exemple pour protéger des biens comme des habitations ou des véhicules ou mettre les siens à l'abri du besoin en cas de décès prématuré du soutien de famille. L'autre particularité de la santé est que, plus que la plupart des autres événements auxquels les gens sont exposés, la maladie elle-même ainsi que les soins médicaux peuvent porter atteinte à leur dignité et limiter leur capacité de maîtriser ce qui leur arrive. La réactivité est, notamment, la capacité de limiter les atteintes à la dignité et à l'autonomie de l'individu, ainsi que les craintes et la honte qui sont souvent associées à la maladie.

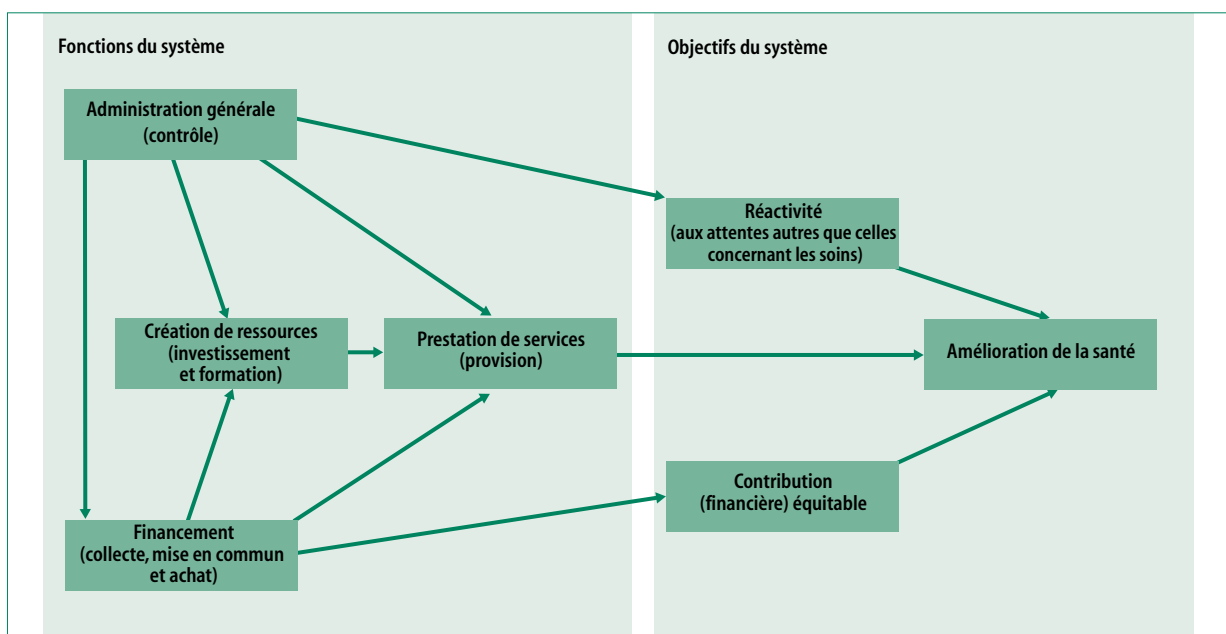
On exige souvent des systèmes qu'ils soient abordables, équitables, accessibles, durables et d'une haute qualité, et parfois qu'ils répondent à de nombreuses autres conditions. Cependant, des aspects tels que l'accessibilité sont en réalité des moyens de parvenir à une fin, des objectifs intermédiaires et non le but ultime. En effet, plus un système est accessible et plus les gens devraient être nombreux à l'utiliser pour améliorer leur santé. En revanche, les objectifs santé, financement équitable et réactivité ont tous une valeur intrinsèque. Le fait de progresser dans la réalisation d'un objectif ou d'une combinaison d'objectifs sans régresser dans la réalisation d'un autre objectif représente une amélioration. Si l'on peut mesurer le degré de réalisation de ces objectifs, les objectifs intermédiaires tels que l'accessibilité cessent d'être nécessaires pour mesurer indirectement la performance globale, et servent simplement à expliquer les bons ou les mauvais résultats.

Il est certain qu'une répartition plus équitable du financement peut contribuer à améliorer la santé, en diminuant le risque que des gens ayant besoin de soins y renoncent pour des raisons financières ou se ruinent en les payant, ce qui les expose à de nouveaux problèmes de santé. En outre, un système qui répond mieux aux désirs et aux attentes de la population peut aussi contribuer à l'amélioration de la santé, car les patients potentiels sont davantage incités à faire appel aux services de santé s'ils pensent qu'ils seront bien traités. Par conséquent, ces deux objectifs sont à certains égards intermédiaires du fait qu'ils favorisent l'amélioration de l'état de santé, mais, si tel n'était pas le cas, ils n'en demeureraient pas moins utiles. En effet, un financement équitable du système de santé est une bonne chose en soi, de même que la garantie d'une prise en charge rapide, du respect de la dignité et des vœux des patients, et d'un soutien physique et affectif adéquat pendant la durée du traitement. Ces trois objectifs peuvent être dissociés, ainsi qu'en témoigne souvent le mécontentement des gens à l'égard d'un système dont les résultats sanitaires sont satisfaisants.

Pour comparer les performances des systèmes de santé, il faut examiner ce qu'ils réalisent et ce qu'ils *font* (comment ils s'acquittent de certaines *fonctions*) pour obtenir des résultats (2). Ces fonctions peuvent être classées en catégories et rapportées aux objectifs du système de bien des façons différentes. Par exemple, l'initiative « Santé publique dans les Amériques » de l'Organisation panaméricaine de la Santé décrit 12 « fonctions essentielles » qui sont subdivisées chacune en trois à six sous-fonctions (3). Bon nombre de ces fonctions relèvent de l'administration générale, sur laquelle le rapport met l'accent, et d'autres de la prestation de services et de la production de ressources. Les quatre fonctions décrites dans le présent chapitre regroupent ces 12 fonctions et d'autres activités plus détaillées. La Figure 2.1 montre comment ces fonctions – la prestation de services de santé individuels et collectifs, la collecte, la mise en commun et l'affectation des recettes en vue de l'achat de ces services, les investissements dans les ressources humaines, les bâtiments et le matériel, et l'administration générale des ressources et des mandats confiés aux systèmes de santé, pour répondre aux attentes des gens – sont liées entre elles ainsi qu'avec les objectifs du système. L'administration générale occupe une place particulière du fait qu'elle englobe la supervision de toutes les autres fonctions et exerce des effets directs ou indirects sur tous les résultats. En comparant la manière dont ces fonctions sont effectivement exécutées, on dispose d'une base pour mieux comprendre les variations de la performance dans le temps et entre les pays. Les quatre prochains chapitres passent en revue certains aspects de ces fonctions et expliquent dans quelle mesure elles exercent une influence sur l'aptitude des différents systèmes de santé à atteindre leurs objectifs fondamentaux.

Pour la plupart des gens, le système de santé n'est que l'ensemble des prestataires et des organisations qui dispensent des services médicaux individuels. Selon une définition plus large, il ne se résume pas aux personnes et organisations qui fournissent des soins médicaux : on dira plutôt que celles-ci exercent l'une de ses principales fonctions et collaborent, de façon plus ou moins appropriée, à la réalisation des autres : financement, investissements et administration générale. La question de savoir à qui incombe chaque fonction est l'un des points essentiels traités dans les chapitres suivants.

Figure 2.1 Rapports entre les fonctions et les objectifs d'un système de santé



On évoque souvent les efforts déployés pour améliorer la santé en utilisant un langage militaire : on parle de « combat » contre le paludisme ou le SIDA, de « campagne » de vaccination, de « victoire » sur la variole, de population ou de zone géographique « libérée » d'une maladie, de la « course aux armements » permanente entre les agents pathogènes et les chercheurs mettant au point de nouveaux médicaments, ou de l'espoir d'une « arme miraculeuse » contre le cancer ou le diabète. Dans cette optique, les prestataires de services de santé – individuels, communautaires ou axés sur l'environnement – peuvent être considérés comme des combattants du front qui défendent la société contre la maladie. Cependant, à l'instar d'une armée, le système de santé doit, s'il veut remporter des victoires, être beaucoup plus que simplement des troupes sur le terrain. Il doit avoir derrière lui tout un dispositif lui permettant de s'assurer que les combattants possèdent la formation, les renseignements, le financement et l'équipement nécessaires, et qu'ils sont convenablement motivés et dirigés. D'autre part, il est essentiel que le système de santé traite de façon décente la population qu'il est censé protéger, qu'il apprenne aux « civils » à se défendre eux-mêmes ainsi que leurs familles, et qu'il répartisse équitablement la charge du financement de la guerre.

Si ces fonctions ne sont pas correctement exécutées, la puissance de feu sera beaucoup moins efficace qu'elle ne le devrait et les pertes seront plus lourdes. En mettant l'accent, dans le présent rapport, sur les résultats d'ensemble et sur des activités éloignées de la ligne de front, on ne cherche aucunement à nier l'importance de la lutte contre la maladie. L'idée est de prendre du recul pour examiner ce que le système, dans son ensemble, cherche à faire et dans quelle mesure il y parvient. Le succès d'un système de santé suppose, notamment, une lutte plus efficace contre la maladie grâce à une meilleure performance.

QUALITÉ ET ÉQUITÉ : LE NIVEAU DE SANTÉ ET SA DISTRIBUTION SONT ÉGALEMENT IMPORTANTS

Un bon système de santé est avant tout celui qui contribue à instaurer un bon niveau de santé. Toutefois, il ne suffit pas toujours de maintenir ou d'améliorer le niveau moyen de santé d'une population si, dans le même temps, les inégalités s'aggravent ou demeurent importantes parce que les progrès obtenus profitent surtout à des personnes déjà en bonne santé. Le système de santé a aussi pour mission d'essayer d'atténuer les inégalités en améliorant préférentiellement la santé des moins bien portants, lorsque la situation est justiciable d'une intervention. L'objectif de la bonne santé est en fait double et se décompose comme suit : la *qualité*, qui est le meilleur niveau moyen réalisable, et l'*équité*, qui est la plus faible différence possible entre individus et entre groupes. Tout progrès réalisé dans l'une ou l'autre de ces directions, exclusivement, constitue une amélioration, mais risque de créer un conflit entre les deux exigences. Le raisonnement est à peu près le même que pour la distribution des revenus dans une population. Il est souhaitable d'élever le niveau moyen, de réduire les inégalités, voire les deux, et parfois d'apprécier l'intérêt relatif de chacun des deux objectifs (à cette différence près qu'il serait inadmissible de priver qui que ce soit d'une partie de sa santé car, contrairement aux revenus ou autres biens matériels, celle-ci ne peut pas être directement redistribuée).

La distinction entre le niveau général et sa répartition dans la population vaut également pour la réactivité. Dans ce contexte, la qualité signifie que le système répond bien en moyenne aux attentes de la population dans des domaines autres que la santé. L'équité suppose que le système satisfait tout le monde et qu'il n'existe pas de discriminations ni de différences dans le traitement accordé à chacun. La distribution de la réactivité est tout

aussi importante que la distribution de la santé. Toutes deux ont une importance intrinsèque.

Contrairement aux objectifs de la bonne santé et de la réactivité, aucune idée générale de qualité ne s'attache au financement. Il existe, certes, des méthodes bonnes ou mauvaises de se procurer des ressources pour un système de santé, mais elles sont plus ou moins bonnes dans la mesure surtout où elles assurent une répartition équitable de la charge financière. Un financement équitable, comme son nom l'indique, ne concerne que la distribution. Il n'a rien à voir avec le coût total des ressources ni avec la façon dont les fonds sont utilisés. S'il est indiscutablement préférable d'améliorer la santé ou d'élever le niveau de réactivité, il n'est pas toujours souhaitable d'augmenter les dépenses de santé car, à des niveaux de dépenses élevés, l'injection de ressources additionnelles risque de ne se traduire que par des gains sanitaires insignifiants. Le système n'a pas pour objectif d'atteindre un certain montant global de dépenses, que ce soit en valeur absolue ou relativement au revenu. En effet, quel que soit le niveau de dépenses, les ressources consacrées à la santé pourraient être utilisées à d'autres fins et les montants qu'il convient de consacrer au système de santé dépendent d'un choix social et non d'une loi économique. Cependant, il existe probablement un niveau minimum de dépenses qui permet de fournir à toute une population un petit nombre de services particulièrement rentables et, dans bon nombre de pays pauvres, ce minimum n'est même pas atteint (4).

Dans les pays où le financement de la santé est surtout privé et s'effectue essentiellement par des paiements directs, ce choix n'est pas fait globalement, mais résulte plutôt de millions de décisions individuelles. A mesure que la place du prépaiement augmente, les décisions sont moins fragmentées et à plus grande échelle, car les dépenses sont de plus en plus régies par les politiques et les budgets d'organismes publics et de caisses d'assurance. Les décisions relatives au budget de l'Etat ont les plus grandes répercussions dans les pays à haut revenu où la majeure partie du financement est contrôlée par le gouvernement ou en son nom, mais dans tous les pays, elles ont un rôle essentiel. Le budget peut être fixé directement, mais pas les résultats sanitaires ni la réactivité.

MESURER LA RÉALISATION DES OBJECTIFS

Pour évaluer un système de santé, il faut mesurer cinq indicateurs : le niveau de santé général, la distribution de la santé dans la population, le degré général de réactivité, la distribution de cette réactivité et la répartition de la contribution financière. Pour chacun d'eux, l'OMS s'est servie de sources existantes ou de données nouvelles pour calculer des mesures de la réalisation de ces objectifs par les pays où de telles données sont disponibles. Ces données ont aussi servi à évaluer des valeurs lorsque certains chiffres étaient jugés peu fiables, et à estimer la réalisation des objectifs et la performance pour tous les autres Etats Membres. Plusieurs de ces mesures sont originales et expliquées en détail dans l'annexe où figurent toutes les estimations ainsi que les intervalles exprimant l'incertitude ou le degré de confiance de chaque estimation. On estime que la valeur correcte de tout indicateur a 80 % de chances de se situer à l'intérieur de l'intervalle d'incertitude, 10 % d'être au-dessous de la valeur basse et 10 % d'être au-dessus de la valeur haute. Cette marge d'inexactitude rend nécessaire la collecte de données plus nombreuses et plus fiables sur tous les indicateurs de base de la santé de la population, de la réactivité et de l'équité de la contribution financière, tâche qui incombe en permanence à l'OMS.

Les progrès enregistrés à l'égard de chaque objectif servent à classer les pays, au même titre que les mesures globales des réalisations et de la performance décrites ci-après. Etant

donné qu'un pays ou système de santé donnés peuvent être classés très différemment pour les divers accomplissements, le Tableau 1 de l'annexe présente le classement complet de chaque pays pour l'ensemble des mesures. Dans plusieurs des autres tableaux suivants, les Etats Membres sont classés d'après leurs réalisations ou leur performance, et ce critère varie d'un tableau à l'autre. Le classement reposant sur des estimations qui comportent une marge d'incertitude, celle-ci s'applique aussi au rang attribué à chaque pays. En effet, un système de santé n'occupe pas toujours une place déterminée par rapport à tous les autres, mais se situe dans un intervalle plus ou moins large, selon les incertitudes du calcul. Il arrive donc que deux pays ou davantage aient un même rang.

La *santé* est l'objectif essentiel d'un système de santé, qui doit tendre à maintenir l'état de santé de toute la population à un niveau aussi élevé que possible à tous les stades du cycle vital, compte tenu des décès et incapacités prématurés. Le Tableau 2 de l'annexe présente trois mesures classiques et partielles de l'état de santé, par pays, sans classement : il s'agit de la probabilité de décéder avant l'âge de cinq ans ou entre 15 et 59 ans, et de l'espérance de vie à la naissance. Pour la première fois, ces mesures comportent des estimations de l'incertitude qui sont reportées dans les calculs ultérieurs. Sur la base des chiffres de la mortalité, on a établi cinq strates qui vont d'une faible mortalité chez l'enfant et l'adulte à une forte mortalité chez l'enfant et à une très forte mortalité chez l'adulte. En associant ces strates aux six Régions OMS, on obtient 14 sous-régions géographiquement et épidémiologiquement bien définies. (Voir la liste des Etats Membres par Région OMS et par strate de mortalité.) Le Tableau 3 de l'annexe présente des estimations de la mortalité par cause et par sexe en 1998 pour chacune de ces sous-régions (et non par pays), et le Tableau 4 de l'annexe combine ces taux de mortalité avec des données sur les incapacités pour obtenir des estimations d'une mesure unique de l'état de santé général de la population : la charge de morbidité, c'est-à-dire le nombre d'années de vie corrigées de l'incapacité (AVCI) perdues.

Afin d'évaluer l'état de santé général de la population et ainsi, d'apprécier dans quelle mesure l'objectif d'une bonne santé a été atteint, l'OMS a eu recours à l'espérance de vie corrigée de l'incapacité (EVCI), qui présente l'avantage d'être directement comparable à l'espérance de vie estimée à partir de la seule mortalité et qui se prête aisément à des comparaisons entre populations. Le Tableau 5 de l'annexe présente des estimations de l'espérance de vie corrigée de l'incapacité pour tous les pays. On considère que l'EVCI est supérieure à 70 ans dans 24 pays et égale à 60 ans ou davantage dans plus de la moitié des Etats Membres de l'OMS ; à l'autre extrême, 32 pays ont une espérance de vie corrigée de l'incapacité inférieure à 40 ans – ce sont surtout des pays durement frappés par des épidémies, notamment celle de VIH/SIDA. L'Encadré 2.1 décrit comment ces mesures sommaires de la santé de la population ont été obtenues et comment elles sont reliées entre elles.

La Figure 2.2 donne une représentation schématique du rapport entre l'EVCI et l'espérance de vie non corrigée pour chacune des 14 sous-régions, tant chez les hommes que chez les femmes. La correction donne des résultats à peu près uniformes, soit environ 7 ans d'équivalent de vie en bonne santé perdus du fait d'une incapacité. En valeur absolue et relative, cette perte est légèrement inférieure dans les sous-régions riches à faible mortalité, bien que les gens y vivent plus longtemps et soient par conséquent davantage exposés à des incapacités non mortelles. L'influence des incapacités est tout à fait notable dans les pays pauvres où les enfants et les jeunes adultes sont victimes de traumatismes, atteints de cécité ou de paralysie et souffrent des effets invalidants de plusieurs maladies tropicales comme le paludisme et la schistosomiase. Par conséquent, si l'on dissocie dans l'espérance de vie les années vécues en bonne santé et les années vécues avec une incapacité, on fait

encore mieux ressortir l'écart entre l'état de santé des riches et celui des pauvres, lequel se reflète particulièrement dans la part de l'espérance de vie perdue du fait d'une incapacité : inférieure à 9 % dans les sous-régions où le niveau de santé est le plus élevé, elle est supérieure à 14 % dans celles où ce niveau est le plus bas. Le Tableau 5 de l'annexe indique ces proportions pour certains pays entre lesquels ces différences sont encore plus importantes.

Le Tableau 5 de l'annexe présente aussi des estimations de l'inégalité en matière de santé. Les mesures de la répartition de la santé vont de 1 pour une égalité parfaite à zéro pour une situation d'extrême inégalité dans laquelle une fraction de la population a une espérance de vie de 100 ans et le reste aucune chance de survie au-delà de la petite enfance. *Si tous les membres de la population avaient la même espérance de vie corrigée de l'incapacité, le système serait parfaitement équitable en matière de santé, alors qu'en réalité les gens mourraient à des âges différents.* Pour un petit nombre de pays, la distribution de l'espérance de vie dans l'ensemble de la population a pu être estimée à partir de données sur la mortalité chez l'enfant et l'adulte ; ces résultats sont présentés ci-après. Pour la plupart, toutefois, seuls les chiffres de la mortalité infantile ont pu être utilisés jusqu'ici. La mortalité infantile ayant été quasiment éliminée dans les pays à haut revenu, les pays occupant le rang le plus élevé dans le Tableau 5 de l'annexe ont presque tous un revenu relativement élevé et la plupart sont en Europe. Quelques pays d'Amérique latine qui ont beaucoup progressé dans la lutte

Encadré 2.1 Mesures synthétiques de la santé d'une population

Aucune mesure ne rend parfaitement compte de la santé d'une population et aucun mode d'estimation ne répond à tous les critères souhaitables. Les deux principaux sont la charge de morbidité, qui détermine les pertes de bonne santé par rapport à une longue vie exempte d'incapacités, et une mesure de l'espérance de vie corrigée pour tenir compte du temps passé avec une incapacité. Ces deux mesures synthétiques de la santé utilisent la même information sur la mortalité et l'incapacité, et les deux sont en rapport avec une courbe de survie telle que le trait gras qui sépare les zones *Incapacité* et *Mortalité* sur la figure.

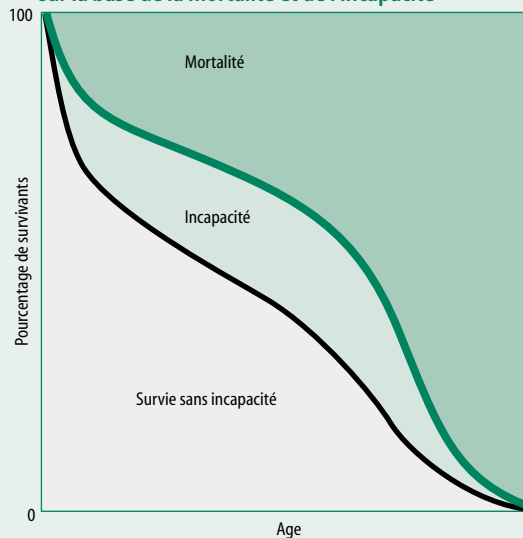
La zone *Mortalité* représente les pertes dues aux décès par rapport à un haut niveau d'espérance de vie : la charge de morbidité correspond à la totalité de cette zone augmentée d'une fraction de la zone correspondant au temps passé avec une incapacité. L'importance de cette fraction dépend du degré d'incapacité attribué à chacun des états situés entre le décès et une parfaite santé. L'espérance de vie sans correction correspond à l'ensemble des deux zones *Survie sans incapacité* et *Incapacité*, c'est-à-dire à toute la zone située au-dessous de la courbe de survie. L'espérance de vie corrigée de l'incapacité (EVCI) correspond alors à la zone survie complétée par une partie de la zone incapacité.

On évalue l'EVCI à partir de trois types de données : la partie de la population sur-

vivante à chaque âge, calculée d'après les taux de naissance et de décès ; la prévalence de chaque type d'incapacité à chaque âge ; et le coefficient de pondération assigné à chaque type d'incapacité, qui peut varier ou non selon l'âge. La survie à chaque âge est corrigée vers le bas par la somme de tous les effets des incapacités, dont chacun est le produit d'un coefficient de pondération et du complément d'une prévalence (proportion de la population qui ne souffre pas de cette incapacité). Ces proportions de survivants ainsi corrigées sont alors divisées par la population initiale, avant la survenue de tout décès, pour obtenir le nombre moyen d'équivalents d'années de vie en bonne santé qu'un membre nouveau-né de la population peut s'attendre à vivre.

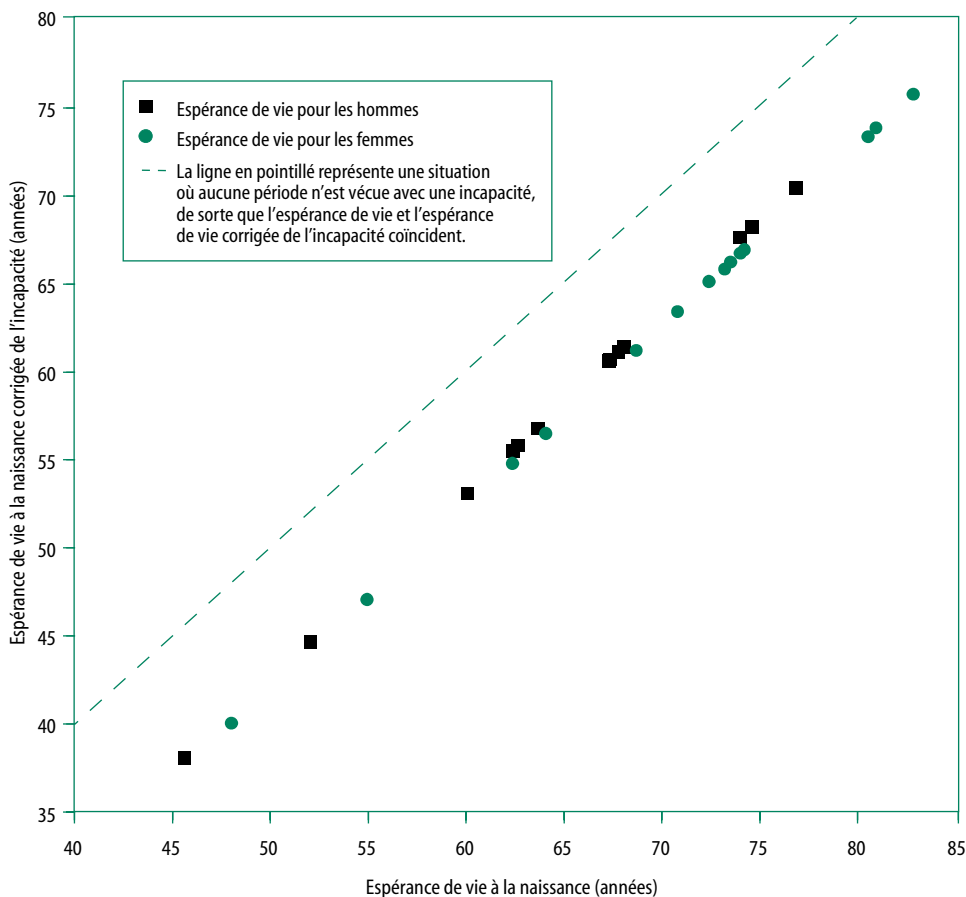
Une importante différence entre l'estimation de la charge de morbidité basée sur les années de vie corrigées de l'incapacité (AVCI) et celle qui utilise les EVCI réside dans le fait que la première permet de distinguer la part de chaque maladie dans le résultat global alors que l'autre ne le permet pas. L'EVCI a l'avantage de ne pas nécessiter autant de choix de paramètres pour son calcul et elle est directement comparable à la notion plus familière d'espérance de vie sans correction.

Mesure synthétique de la santé d'une population sur la base de la mortalité et de l'incapacité



contre la mortalité infantile sont aussi parvenus à un haut degré d'égalité en matière de santé. A l'exception de l'Afghanistan et du Pakistan, tous les pays les moins bien placés sur le plan de l'égalité en matière de santé des enfants se trouvent en Afrique subsaharienne, où la mortalité infantile est encore relativement élevée. Lorsque l'on disposera de données

Figure 2.2 Espérance de vie et espérance de vie corrigée de l'incapacité pour les hommes et les femmes par Région OMS et par strate définie en fonction de la mortalité de l'enfant et de l'adulte, 1999



Région OMS	Strate de mortalité		Sexe masculin		Sexe féminin	
	Enfants	Adultes	Espérance de vie	Corrigée de l'incapacité	Espérance de vie	Corrigée de l'incapacité
AFR	Forte	Forte	52,0	44,6	54,9	47,0
	Forte	Très forte	45,6	38,0	48,0	40,0
AMR	Très faible	Très faible	73,9	67,5	80,4	73,2
	Faible	Faible	67,3	60,6	74,1	66,8
EMR	Forte	Forte	63,6	56,7	68,6	61,1
	Faible	Faible	67,7	61,0	70,7	63,3
EUR	Forte	Forte	60,0	53,0	62,3	54,7
	Très faible	Très faible	74,5	68,1	80,8	73,7
SEAR	Faible	Faible	67,3	60,6	73,9	66,6
	Faible	Forte	62,3	55,4	73,4	66,1
WPR	Faible	Faible	67,2	60,5	73,1	65,7
	Forte	Forte	62,6	55,7	64,0	56,4
WPR	Très faible	Très faible	76,7	70,3	82,7	75,6
	Faible	Faible	68,0	61,3	72,3	65,0

plus complètes sur les inégalités de la mortalité chez l'adulte, l'OMS en tiendra compte dans ses estimations et ce classement sera modifié parce que les pays à haut revenu diffèrent davantage sur le plan de la mortalité des adultes que sur celui de la mortalité des enfants.

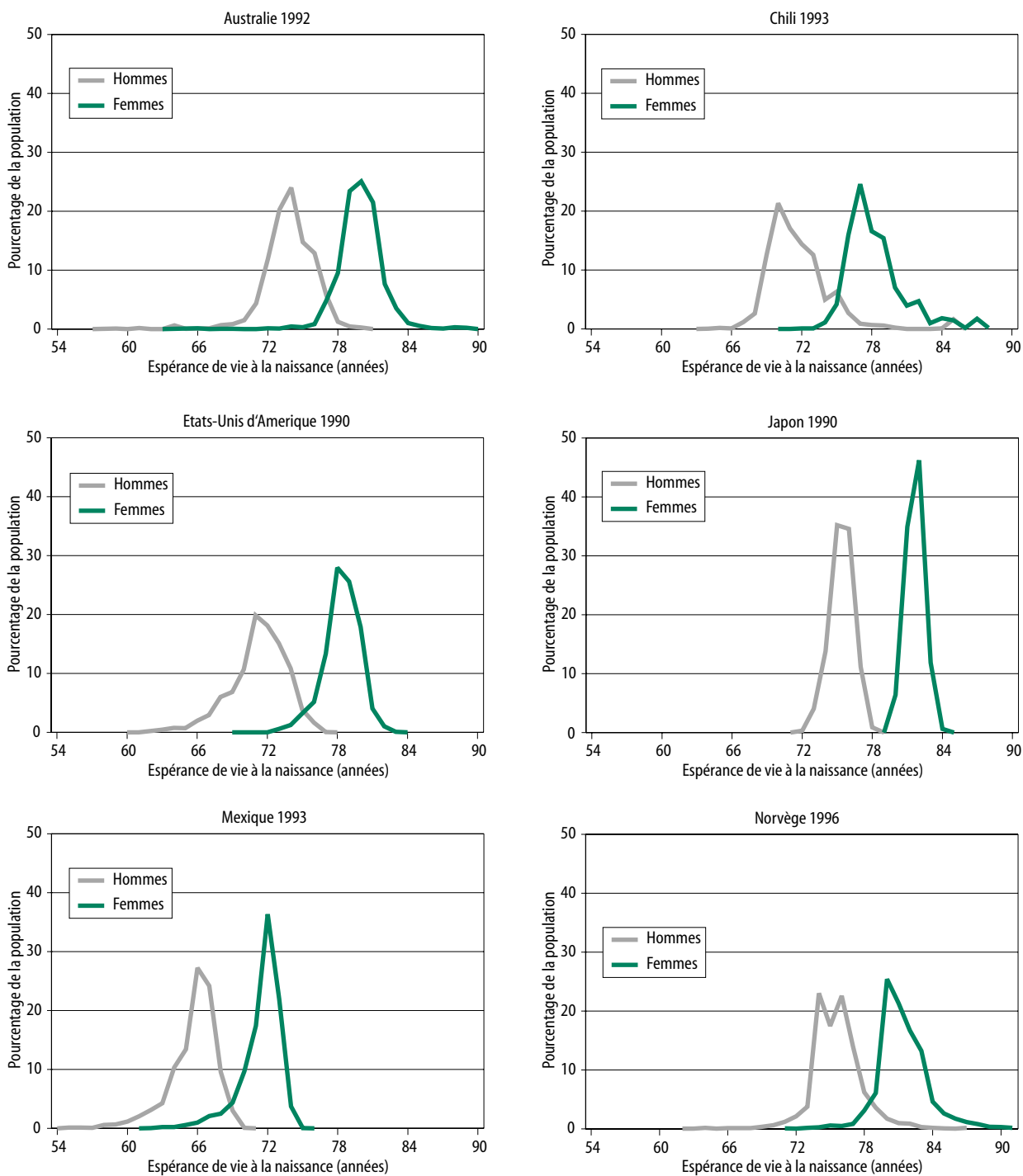
Les inégalités de l'espérance de vie persistent et sont étroitement liées à la catégorie socio-économique, y compris dans les pays où le niveau de santé moyen est satisfaisant (5). La Figure 2.3 illustre ces inégalités pour six pays, en montrant la distribution de l'espérance de vie à la naissance tant pour les hommes que pour les femmes au moyen de données sur la mortalité des adultes et sur la mortalité des enfants estimées à partir de nombreuses études à petite échelle couvrant l'ensemble de chaque pays. Le Japon est, parmi ces six pays, celui où la santé est le plus également répartie. Les distributions de l'espérance de vie (chez les hommes et les femmes) présentent des pics importants, puisqu'il n'y a qu'environ six ans entre les espérances de vie minimums et maximums de l'ensemble de la population de chaque sexe. Les inégalités sont beaucoup plus importantes au Mexique et aux États-Unis et, dans les deux cas, cela est dû au fait qu'une partie de la population a une espérance de vie beaucoup plus courte que le reste après l'âge de cinq ans. L'inégalité est particulièrement marquée chez les hommes. Au Chili, en revanche, on observe une très forte égalité de la santé des enfants. Le degré d'inégalité chez les adultes est à peu près le même qu'au Mexique et aux États-Unis, mais c'est parce qu'une partie de la population a une espérance de vie exceptionnellement longue. L'Australie et la Norvège présentent toutes deux des distributions plus symétriques. Ces résultats montrent que, pour juger des réalisations du système de santé, il importe de ne pas se fonder seulement sur des taux moyens ou globaux mais de chercher à déterminer si tous les individus ont à peu près la même espérance de vie.

La *réactivité* ne se mesure pas à la façon dont le système répond aux besoins de santé, qui apparaît dans les résultats obtenus sur le plan sanitaire, mais plutôt aux performances du système dans des domaines autres que la santé et à sa réactivité aux attentes de la population quant à la façon dont elle souhaite être traitée par les prestataires de soins préventifs, curatifs ou collectifs. (Cette dernière catégorie est la moins importante, car les patients n'ont, en général, aucun contact avec le personnel dans ce genre d'interventions. Cela dit, même des interventions de santé publique comme la lutte antivectorielle peuvent témoigner d'un plus ou moins grand respect à l'égard des gens et de leurs vœux. Évaluer la réactivité des prestataires de services collectifs est particulièrement délicat.)

Certains systèmes ont un degré de réactivité extrêmement bas. Le système de santé soviétique d'avant 1990 traitait les gens d'une manière tout à fait impersonnelle et inhumaine. Dans de nombreux pays, on se plaint fréquemment d'agents de santé du secteur public particulièrement grossiers et arrogants avec les patients (6,7). Dans les régions industrialisées, les délais d'attente pour les interventions chirurgicales non urgentes varient considérablement d'un pays à l'autre (8) et les ministères de la santé font l'objet de nombreuses critiques à ce sujet (9). En faisant de la réactivité un objectif intrinsèque des systèmes de santé, on reconnaît que ces derniers sont au service des gens dont on ne peut plus alors se contenter d'évaluer le degré de satisfaction à l'égard des seuls soins médicaux qu'ils reçoivent.

La notion générale de réactivité peut se décomposer de nombreuses manières. Une distinction fondamentale existe entre les aspects relatifs au respect de la personne, qui sont essentiellement subjectifs et jugés au premier chef par le patient, et des aspects plus objectifs qui se rapportent à la façon dont un système répond à certaines préoccupations fréquemment exprimées par les patients et leur famille en tant que clients du système de santé et que l'on peut parfois directement observer dans les établissements sanitaires. En

Figure 2.3 Inégalité de l'espérance de vie à la naissance, par sexe, dans six pays



subdivisant ces deux catégories, on obtient sept éléments ou aspects distincts de la réactivité.

Le *respect des personnes* comprend :

- Le respect de la dignité de la personne. Un exemple extrême de non-respect de cette dignité serait, par exemple, la stérilisation des personnes atteintes d'une maladie génétique ou l'internement des gens atteints de maladies transmissibles, qui constitueraient une violation des droits fondamentaux de l'être humain. Plus généralement, cette règle consiste à ne pas humilier ou abaisser les patients.
- La confidentialité ou le droit pour le patient de décider qui peut accéder aux informations concernant sa propre santé.
- L'autonomie qui est la possibilité de participer aux choix concernant sa propre santé, y compris celui du traitement qui lui sera ou non administré.

L'*attention accordée au client* porte sur :

- La rapidité de la prise en charge : attention immédiate en cas d'urgence et délais raisonnables pour les cas non urgents.
- Un environnement de qualité satisfaisante : locaux propres et spacieux et bonne nourriture à l'hôpital.
- L'accès à des réseaux d'aide sociale pour les patients (famille et amis).
- Le choix du prestataire, c'est-à-dire la possibilité de choisir la personne ou l'organisation dont on va recevoir les soins.

D'une manière générale, la réactivité favorise la santé en encourageant le recours aux soins de santé, mais ce n'est pas toujours le cas. En acquérant une plus grande autonomie, les gens peuvent renoncer à une intervention parce qu'ils jugent que les avantages qu'ils vont en tirer sont trop minces ou que le risque est trop élevé, et parce qu'ils ne se soucient guère de son intérêt pour la collectivité ou l'ensemble de la population. Ceci vaut en particulier pour la vaccination, surtout si l'on craint des effets indésirables. La liberté individuelle vis-à-vis de la vaccination est en contradiction avec la recherche d'une couverture élevée pour prévenir les épidémies, comme on l'a constaté par exemple au Royaume-Uni pour la vaccination anticoquelucheuse et en Grèce au sujet du vaccin contre la rubéole (10). La performance globale d'un système de santé peut par conséquent impliquer un certain choix entre les objectifs.

Un aspect aussi subjectif de la performance d'un système de santé que la réactivité sera jugé différemment selon que l'on s'attache à telle ou telle caractéristique du système ou selon les personnes interrogées. Étant donné que les pauvres sont généralement moins exigeants que les riches et se contentent plus facilement de services peu attentifs à leurs besoins, les mesures de la réactivité doivent tenir compte de ce décalage ainsi que des différences culturelles entre pays (11). Même sans un tel réajustement, une comparaison des opinions d'observateurs avertis sur les réalisations du système de santé peut mettre en évidence les aspects de la réactivité du système qui semblent lui permettre de satisfaire le mieux les usagers. Dans 35 pays, un réseau d'au moins 50 informateurs clés par pays a donné son opinion sur le niveau moyen des différents éléments de la réactivité et sur leurs différences. Une enquête effectuée auprès de plus d'un millier de personnes a par ailleurs permis de calculer des coefficients de pondération pour obtenir une note globale. Les résultats de cette évaluation sont présentés dans l'Encadré 2.2. Les estimations concernant les autres États Membres sont tirées des 35 observations, corrigées des différences entre pays et groupes d'informateurs. Des sondages d'opinion et l'observation directe de la prestation des soins peuvent compléter ces appréciations.

La Figure 2.4 indique le détail des notes obtenues pour chacun des sept éléments, comparativement à la note globale, dans chacun des 13 pays choisis de manière à représenter toutes les Régions OMS et l'ensemble des pays étudiés. Les systèmes de santé examinés sont apparemment toujours assez bien notés en ce qui concerne l'accès aux réseaux d'aide sociale et la confidentialité, bien mieux parfois que sur d'autres points. La note systématiquement élevée obtenue pour l'aide sociale compense peut-être les défaillances des prestations annexes. Il arrive en effet qu'un établissement de soins de santé qui ne peut, faute de ressources, offrir une nourriture de qualité ou veiller au bien-être des patients comble cette lacune en permettant aux parents et aux amis de pourvoir aux besoins du malade. L'une des raisons pour lesquelles la confidentialité ne semble pas poser un problème dans ces pays pourrait être que l'assurance privée y est peu répandue et que l'on ne risque guère, par conséquent, d'y refuser de couvrir quelqu'un sur la base d'informations divulguées par le prestataire. A l'autre extrémité du spectre, les résultats sont un peu moins homogènes, mais l'autonomie figure 34 fois sur 35 parmi les trois aspects de la réactivité les plus mauvais, et occupe la dernière place dans la moitié des cas. Le choix du prestataire et la rapidité avec laquelle les soins sont administrés sont souvent aussi des aspects de la performance qui laissent à désirer.

Comme pour l'état de santé, il n'y a pas que la réactivité globale qui compte si certains ont droit à des égards alors que d'autres sont humiliés ou traités avec dédain. *Un système de santé parfaitement équitable ne fait pas de différence entre les gens et devrait obtenir la même note pour chaque aspect de la réactivité et pour chaque groupe de population.* Dans presque tous les pays où l'on a interrogé des informateurs clés, les pauvres sont considérés comme le groupe le plus désavantagé, notamment du point de vue du respect de la personne, du choix du prestataire et des services annexes. Presque aussi fréquemment, les populations rurales – où les pauvres prédominent – passent pour être moins bien traitées que les citadins : prise en charge plus tardive, choix réduit du prestataire et services annexes de moins bonne qualité. Dans un ou plusieurs pays, certaines personnes interrogées ont également signalé que les femmes, les enfants ou les adolescents, les populations autochtones ou tribales, ou d'autres encore étaient moins bien traités que le reste de la population.

Encadré 2.2 Quelle est l'importance des diverses composantes de la réactivité ?

L'enquête sur les informateurs clés, qui a comporté 1791 interrogatoires dans 35 pays, a permis d'attribuer une note (de 0 à 10) à chacune des composantes de la réactivité, ainsi qu'une note générale. Une seconde enquête par Internet portant sur 1006 participants (dont la moitié font partie de l'OMS) a recueilli des opinions sur l'importance relative des composantes, ce dont on s'est alors servi pour transformer les notes partielles en notes générales au lieu de calculer simplement une moyenne ou d'utiliser les réponses globales des informateurs clés.

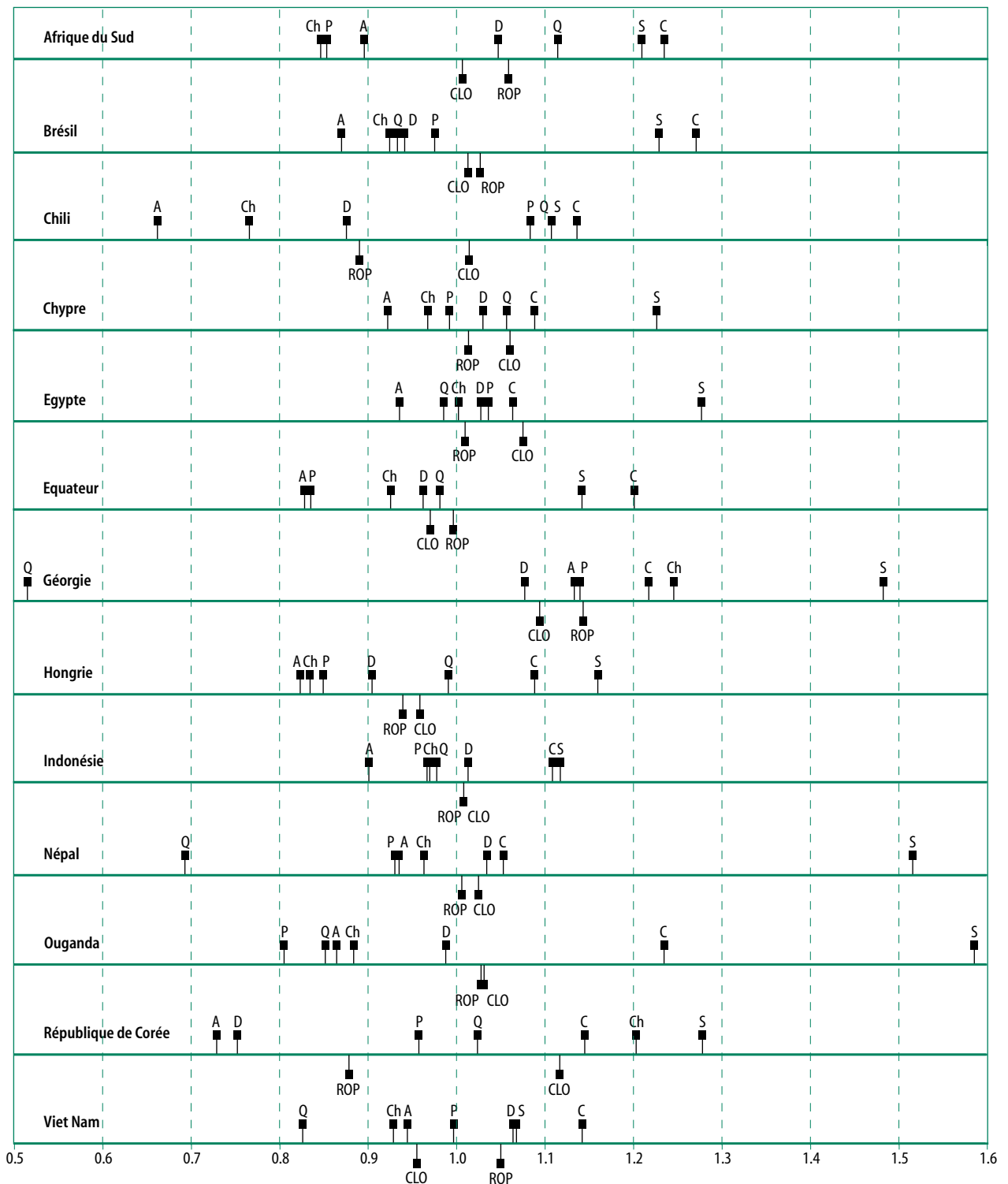
Il a été demandé aux enquêtés de classer les sept composantes par ordre d'importance et des coefficients de pondération ont été attribués en fonction de la fréquence avec laquelle chacune des composantes était classée première, deuxième, etc. Le respect de la personne et l'attention accordée au client ont été considérés comme d'égale importance ainsi que les trois composantes du respect de la personne. Les quatre composantes de l'atten-

tion accordée au client occupent des rangs différents et n'ont donc pas le même coefficient de pondération. Les coefficients de pondération finaux sont donnés dans le tableau ci-joint.

L'analyse des notes partielles attribuées par les informateurs clés révèle trois distorsions constantes : pour un même pays, les femmes interrogées ont donné des notes plus basses que les hommes, et les fonctionnaires ont attribué des notes plus élevées que les informateurs plus indépendants ; par ailleurs, toutes les notes des informateurs avaient tendance à être plus élevées dans les pays qui jouissaient d'une moindre liberté politique, déterminée par un indice composite. On a corrigé les notes pour les rendre comparables d'un pays à l'autre en éliminant l'influence de ces facteurs, de manière que toutes soient des estimations des cotes attribuées dans un pays politiquement libre par des personnes non employées par l'Etat dont la moitié sont des femmes.

<i>Respect de la personne</i>	
Total	0,50
Respect de la dignité	0,167
Confidentialité	0,167
Autonomie	0,167
<i>Attention accordée au client</i>	
Total	0,50
Promptitude de la prise en charge	0,20
Qualité de l'environnement	0,15
Accès aux réseaux d'aide sociale	0,10
Choix du prestataire	0,05

Figure 2.4 Notes relatives de différents aspects de la réactivité des systèmes de santé dans 13 pays, en 1999



Toutes les notes sont calculées d'après la note correspondant à la réactivité moyenne dans l'ensemble des pays = 1.

A – autonomie, C – confidentialité, Ch – choix du prestataire ou de l'établissement, D – respect de la dignité, R – rapidité, Q – qualité des services connexes, S – accès aux réseaux d'aide sociale, Rp – respect de la personne, Acl – attention aux clients.

Les composantes de l'attention accordée au client, point sur lequel les pauvres et la population rurale sont désavantagés, ont toutes des répercussions économiques : une prise en charge rapide, une nourriture de bonne qualité, des installations spacieuses et bien tenues coûtent généralement plus cher. Il est aussi plus difficile de maîtriser les coûts dans les cas où les malades peuvent choisir entre plusieurs prestataires et où les coûts varient de l'un à l'autre. Les éléments qui dépendent le plus de conditions économiques sont la qualité des services annexes et la rapidité de la prise en charge. La première est étroitement liée au revenu par habitant et à la part du secteur privé dans l'ensemble des dépenses de santé, et la seconde, à la durée moyenne de scolarisation de la population, qui dépend elle aussi du revenu. En revanche, les composantes du respect de la personne n'entraînent pas de dépenses, sauf peut-être pour la formation des prestataires et des administrateurs. Ces trois impératifs – respect de la dignité, autonomie et confidentialité – n'ont aucun lien avec les dépenses du système de santé. On peut améliorer la performance du système de santé à ces égards sans puiser dans les ressources nécessaires pour atteindre l'objectif premier qui est une meilleure santé. Ceci est particulièrement vrai de l'autonomie, domaine où la performance est souvent médiocre.

Le Tableau 6 de l'annexe indique les notes corrigées obtenues pour la réactivité globale et donne un indice d'équité d'après les indications fournies par les informateurs sur les groupes de population les plus fréquemment désavantagés et sur leur taille. Plus ces groupes sont importants ou plus les informateurs sont nombreux à considérer qu'ils sont moins bien traités que d'autres, plus les inégalités sont grandes et, donc, moins le système est équitable. Etant donné que certains aspects de la réactivité sont coûteux, il n'est pas surprenant que la plupart des pays les mieux placés consacrent à la santé des sommes relativement importantes. Il s'agit souvent aussi de pays où le secteur privé est responsable d'une grande partie de la prestation de services, même si le financement est principalement assuré par l'Etat ou en son nom. Toutefois, le lien avec le revenu ou les dépenses sanitaires est moins net que pour l'état de santé. Plusieurs pays pauvres d'Afrique et d'Asie ont en effet un assez bon niveau de réactivité, et les pays qui, en moyenne, répondent bien aux attentes de la population sont parfois beaucoup moins bien placés en ce qui concerne la répartition.

Un *financement équitable* du système de santé suppose que les risques financiers auxquels est exposé chaque ménage en raison des coûts du système sont répartis en fonction de la capacité à payer et non du risque de maladie : un système financé de façon équitable offre une protection financière à tous. Un système de santé dans lequel des individus ou des ménages sont parfois obligés de se ruiner pour acheter les soins dont ils ont besoin ou doivent renoncer à se faire soigner parce que le coût est trop élevé est inéquitable. C'est la situation que l'on observe dans la plupart des pays pauvres et dans certains pays à revenu intermédiaire ou élevé où une partie de la population n'est pas suffisamment protégée contre les risques financiers (12).

Le fait de devoir payer les soins de santé peut donner lieu à deux sortes d'injustice. Soit les familles risquent d'avoir de grosses dépenses *imprévues*, c'est-à-dire des frais inopinés qu'elles doivent payer directement au moment de l'utilisation des services parce qu'elles ne sont couvertes par aucune forme de prépaiement. Soit les paiements sont *dégressifs* par rapport au revenu : les plus démunis paient proportionnellement plus que les plus nantis. La solution au premier problème consiste à réduire au minimum la part de financement direct et à privilégier le plus possible un mode de paiement plus prévisible qui ne soit pas lié à la maladie ou à l'utilisation des services. Pour résoudre le second, il faut veiller à ce que chaque forme de prépaiement – impôts de toutes sortes, assurance sociale ou assurance volontaire – soit progressive ou du moins proportionnelle au revenu, et soit davantage fonc-

tion de la capacité à payer que du risque sanitaire.

Les paiements directs sont en général dégressifs, mais ils peuvent aussi, en principe, être proportionnels au revenu ou progressifs. Dans ce dernier cas, et à condition que les paiements ne soient pas trop élevés, il est probable que personne ne s'en trouvera ruiné et que les pauvres n'hésiteront pas à se faire soigner. C'est toutefois la forme de financement la plus difficile à rendre progressive. Divers dispositifs qui exemptent les plus démunis de la rémunération à l'acte dans les établissements publics ou qui appliquent un barème basé sur des caractéristiques socio-économiques sont des tentatives de réduction du risque lié au paiement direct (13,14). Sauf lorsque des médecins libéraux connaissent suffisamment bien leur clientèle pour moduler leurs honoraires et ont des patients aisés qui acceptent que le montant qui leur est facturé serve à subventionner ceux qui sont dans le besoin, ces mesures ne concernent que les établissements publics dont les services ne représentent souvent dans les pays pauvres qu'une faible part du total. Et même alors, l'obligation de répartir les utilisateurs en différentes catégories entraîne des frais administratifs relativement élevés, de sorte que le système ne s'applique généralement qu'à une petite portion du total des paiements liés au risque.

C'est pourquoi le meilleur moyen de garantir l'équité financière est de privilégier le prépaiement, et un prépaiement progressif, par rapport au paiement direct. Ce dernier doit être limité non seulement en valeur absolue, mais aussi par rapport à la capacité de paiement des ménages. Le prépaiement étroitement lié à un risque déterminé a priori (d'après des caractéristiques observables comme avec les primes d'assurance liées au risque) demeure préférable au paiement direct parce que plus prévisible, et peut se justifier dans la mesure où l'assuré décide des risques couverts. L'idéal, cependant, serait de dissocier la contribution financière d'un ménage au système de santé des risques sanitaires auxquels ce ménage est exposé et de la rendre presque complètement indépendante de l'utilisation des services nécessaires. La question de savoir dans quelle mesure les prépaiements de l'assurance doivent être liés aux risques et comment il convient de faire payer les primes et de subventionner ceux qui ne peuvent payer est examinée au chapitre 5.

A posteriori, la charge du financement de la santé qui pèse sur un ménage est le rapport entre ses dépenses de santé effectives et sa capacité à payer. Le numérateur comprend tous les coûts incombant au ménage, y compris ceux qu'il finance sans le savoir, comme les taxes sur les produits ou la taxe à la valeur ajoutée qu'il paye à la consommation et que le gouvernement consacre ensuite à la santé, ainsi que la cotisation à l'assurance souscrite et partiellement financée par l'employeur.

Le dénominateur est une mesure de la capacité du ménage à payer. Un ménage pauvre consacre une bonne partie de son budget aux produits de première nécessité, notamment la nourriture, alors qu'un ménage plus riche peut se permettre d'autres dépenses, y compris pour sa santé. On considère que l'argent dépensé pour se nourrir représente approximativement la part des produits de première nécessité et que le total des autres dépenses correspond approximativement au revenu dont le ménage peut disposer à peu près en permanence, lequel est moins fluctuant que le revenu enregistré (15) et plus révélateur de ce qu'un ménage peut dépenser pour la santé et autres besoins non alimentaires.

En résumé, *les soins de santé sont financés de manière parfaitement équitable si le rapport entre le total des dépenses de santé et le total des dépenses non alimentaires est identique pour tous les ménages, indépendamment de leur revenu, de leur état de santé ou de leur utilisation du système de santé.* Cet indicateur illustre le principe énoncé par Aneurin Bevan selon lequel un service de santé satisfaisant est essentiellement celui qui traite riches et pauvres de manière identique, sans pénaliser la pauvreté ni avantager la richesse (16). Le financement serait de

toute évidence inéquitable si la part du revenu payée par les ménages pauvres était supérieure à celle versée par les ménages riches, soit parce que le système de prépaiement les couvre moins bien et leur impose donc davantage de paiements directs, soit parce qu'il est dégressif. Si par équité on entend égalité, le système sera également jugé inéquitable si les ménages riches paient davantage proportionnellement à leurs moyens. Il suffit qu'ils paient la même part de leur revenu que les ménages pauvres pour subventionner ceux dont la capacité est moindre. Il est vrai que les ménages aisés peuvent choisir de contribuer plus encore, notamment en s'assurant davantage, système qui ne peut être jugé équitable que si les dépenses supplémentaires sont prépayées à titre purement volontaire et non dans le cadre de l'impôt ou d'un régime obligatoire.

Les familles qui consacrent à la santé 50 % ou plus de leur budget autre qu'alimentaire risquent de se ruiner. Au Brésil, en Bulgarie, en Fédération de Russie, en Jamaïque, au Kirghizistan, au Mexique, au Népal, au Nicaragua, au Paraguay, au Pérou, au Viet Nam et en Zambie, des enquêtes détaillées auprès des ménages révèlent que plus de 1 % de tous les ménages consacrent à la santé au moins la moitié de leur capacité mensuelle de paiement, de sorte que dans les grands pays, des millions de familles risquent de sombrer dans le dénuement, toujours à cause de l'importance des paiements directs. Ce risque important de dépenses catastrophiques dépend en grande partie du mode de financement du système de santé et non pas uniquement du montant global des dépenses ou du revenu du pays.

L'équité de la répartition de la contribution financière peut être indiquée de façon synthétique par un indice inversement proportionnel à l'inégalité de la répartition (voir Tableau 7 de l'annexe) sur une échelle de 0 (inégalité extrême) à 1 (égalité parfaite). Pour la plupart des pays, et surtout pour les plus riches, la valeur est proche de 1, mais l'inégalité est considérable dans quelques pays comme la Chine, le Népal et le Viet Nam, où presque toutes les dépenses de santé se font par paiement direct. Toutefois, dans certains pays comme l'Inde et le Bangladesh où la plupart des dépenses sont des paiements directs, l'inégalité est réduite, car les dépenses sont relativement progressives et peu de familles consacrent à la santé la moitié de leur budget non alimentaire. D'une manière générale, un degré élevé d'égalité est associé à une prédominance du prépaiement, mais au Brésil, les inégalités demeurent extrêmes malgré l'importance du prépaiement à cause des grandes disparités de revenus et des nombreuses familles au bord du dénuement.

Cette évaluation sommaire de l'équité ne fait pas de distinction entre les ménages riches et pauvres, contrairement à la Figure 2.5 qui montre la distribution de la charge financière entre prépaiement et paiement direct, par décile de la capacité de paiement, dans huit pays à revenu faible ou moyen. Le prépaiement est nettement progressif par rapport au revenu – les riches contribuent dans une plus large mesure – au Mexique et en Tanzanie, ainsi qu'au Bangladesh et en Colombie (non représentés). Il est en fait dégressif en Inde et au Pakistan, ainsi qu'en Fédération de Russie, en Guyane, au Kirghizistan, au Népal et au Pérou (non représentés). Dans d'autres pays (Brésil, Bulgarie, Jamaïque, Nicaragua, Paraguay, Roumanie et Zambie), la relation entre capacité de paiement et prépaiement est plus ou moins linéaire, ou irrégulière. Comme on pouvait s'y attendre, le paiement direct est plus variable ; il est, par exemple, progressif en Inde et dégressif au Pakistan et au Viet Nam, où il n'y a pratiquement pas de prépaiement.

Le total des dépenses autres qu'alimentaires englobe tout montant déboursé directement par les ménages pour les soins de santé. Ces dépenses sont le plus souvent imprévisibles ou temporaires, de sorte qu'on risque, si l'on en tient compte, de surestimer la capacité de paiement de la famille. Si leur montant est faible, elles n'ont guère d'incidence, mais, si

elles sont importantes, elles peuvent avoir obligé la famille à vendre des biens, à s'endetter, à travailler davantage, à faire travailler certains de ses membres ou à les faire changer d'emploi, ou encore à réduire temporairement sa consommation de biens de première nécessité. Si l'on définit la capacité de paiement d'un ménage comme le montant des dépenses non alimentaires *diminué* des paiements directs pour la santé, les familles qui ont d'importantes dépenses directes entrent alors dans la catégorie des pauvres au lieu d'être réparties sur l'ensemble de la population. Le mode de financement du système de santé paraît alors systématiquement moins équitable dans la plupart des pays, toujours à cause de l'importance des paiements directs. Dans les pays à bas revenu, le prépaiement représente d'ordinaire une part trop faible du total pour compenser la tendance dégressive et la répartition très inégale des paiements directs, qui sont fonction des besoins. La situation est encore pire dans les nombreux pays où le prépaiement par l'impôt n'offre *aucune* compensation parce qu'il est lui aussi dégressif. Les pauvres sont en l'occurrence doublement désavantagés : collectivement, parce qu'ils paient une part disproportionnée, qu'ils utilisent ou non les services de santé et, individuellement, quand ils doivent verser, sous forme de paiements directs, une contribution plus injuste encore. Ce sont là les conclusions les plus importantes de l'analyse du financement ; les conséquences d'une telle situation sont examinées plus en détail au chapitre 5. L'Encadré 2.3 décrit quatre autres aspects de cette méthode d'appréciation de l'équité du financement.

L'analyse sur laquelle repose le présent rapport a largement consisté à rassembler une information plus complète et de meilleure qualité sur les dépenses de santé et à établir des comptes nationaux de la santé. Comme on le verra de façon plus approfondie au chapitre 6, il est indispensable, pour mieux administrer le système, de savoir d'où proviennent les ressources, par quel canal elles sont acheminées et comment elles sont utilisées. Dans le

Encadré 2.3 Qu'est-ce que l'équité de la contribution mesure et ne mesure pas ?

La mesure de l'équité de la contribution au financement des soins de santé s'effectue strictement a posteriori, c'est-à-dire qu'elle se réfère à ce que les ménages paient réellement, et non a priori en déterminant à l'avance la probabilité d'un besoin de soins de santé, ce qui signifie qu'il n'est pas nécessaire d'estimer la couverture d'une population assurée par différents régimes de répartition des risques. Il est en effet difficile d'estimer préalablement la couverture en termes financiers plutôt qu'en théorie (combien de personnes sont réellement protégées et pas simplement assurées ou affiliées à un régime de sécurité sociale) et, de toute manière, une telle couverture est, comme l'accessibilité, un moyen plutôt qu'une fin. La couverture théorique donne aux gens un sentiment de sécurité qui influe également sur les décisions con-

cernant leurs dépenses et leurs économies, mais ce n'est pas une fin en soi.

Il semblerait que les personnes qui n'utilisent pas les soins lorsqu'elles en ont besoin parce qu'elles ne peuvent pas les payer de leur poche dépensent moins qu'elles ne le devraient en réalité. En estimant ce qu'elles *auraient* dépensé si elles avaient été en mesure de le faire, on obtiendrait une distribution différente des contributions qui refléterait à peu près certainement une inéquité encore plus flagrante. En basant la mesure sur ce qui est effectivement dépensé (et c'est tout ce que les données permettent de faire), on surestime l'équité avec laquelle un système de santé répartit la charge du financement.

Cette mesure n'indique pas non plus comment une famille obtient l'argent nécessaire au paiement direct des soins de santé (ou à certain-

es formes de prépaiement telles que les cartes ou bons de santé en vigueur dans certains pays). Les ménages dont une grande partie du revenu est en nature et non en espèces peuvent renoncer à des soins de santé parce qu'ils sont dans l'incapacité d'obtenir l'argent nécessaire lorsqu'ils en ont besoin, mais les données indiqueront simplement qu'ils n'ont pas dépensé cet argent. Sans une analyse plus fine, il est impossible d'établir une distinction entre le manque de liquidité et toutes les autres raisons pour lesquelles un besoin sanitaire ne s'est pas traduit par une dépense. Un autre problème de liquidité moins grave, mais parfois encore lourd de conséquences, se pose lorsqu'un ménage doit payer des soins de sa propre poche et attendre qu'ils lui soient remboursés par un assureur. Cette nécessité d'un financement temporaire des soins concerne des

populations assez aisées pour bénéficier d'une assurance en bonne et due forme, généralement privée.

Enfin et surtout, l'équité du financement signifie simplement l'équité de la répartition de la charge financière d'un système de santé. On ne peut rien en déduire au sujet de l'équité de l'*utilisation* des services de santé qui est une question tout aussi cruciale que l'équité générale du système. L'équité du financement est basée sur le principe : *par chacun selon ses possibilités*, et non : *à chacun selon ses besoins*. L'inéquité de l'utilisation par rapport aux besoins se manifeste par une inégalité des états de santé, car l'utilisation des services devrait réduire de telles inégalités pour autant qu'elles soient justiciables d'une intervention.

Figure 2.5 Contributions des ménages au financement de la santé, en pourcentage de leur capacité de paiement, dans huit pays

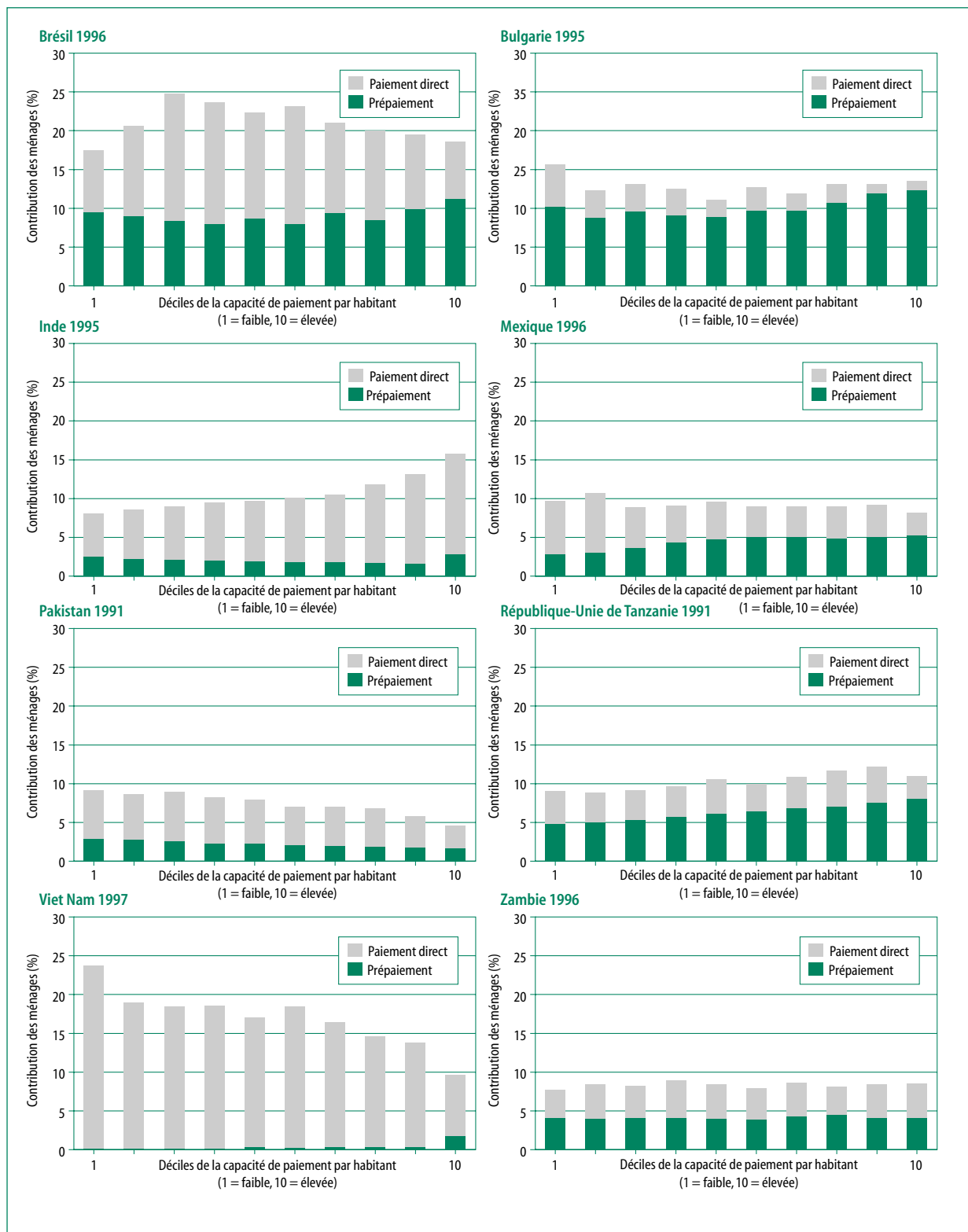


Tableau 8 de l'annexe figurent des estimations du total des dépenses de santé ventilées comme suit : sources de financement privées et publiques, financement par l'impôt et la sécurité sociale dans le secteur public, financement par l'assurance et les paiements directs dans le secteur privé et, enfin, prépaiement et paiements directs, pour donner une idée de l'équité du financement du système de santé. Ces données ont été directement exploitées et ont permis en outre de vérifier les estimations des dépenses des ménages dont il est question plus haut et de calculer les valeurs des indicateurs étroitement liés aux dépenses.

Quelles que soient les sources et la répartition du financement, le volume des ressources consacrées à la santé est un apport du système et non un résultat. Sans un tel apport, il n'y a pas de résultats possibles et c'est sur cette base qu'il faut évaluer les réalisations du système. Nous allons voir dans les deux sections suivantes comment s'acquitter au mieux de cette tâche, tout d'abord en élaborant un indice général des résultats d'ensemble, puis en reliant les réalisations à l'utilisation des ressources afin de mesurer la performance.

NIVEAU GÉNÉRAL D'ACCOMPLISSEMENT : QUALITÉ ET ÉQUITÉ CONJUGUÉES

Dans la mesure où un système de santé assure une longue espérance de vie corrigée de l'incapacité, a une forte réactivité (ou garantit un haut degré d'égalité dans l'un ou l'autre de ces domaines ou dans les deux) ou répartit de manière équitable la charge du financement, on peut considérer sa performance comme satisfaisante à l'égard de l'objectif en question.

Encadré 2.4 Pondération des réalisations qui contribuent aux résultats d'ensemble

Pour attribuer une série de coefficients de pondération aux différentes réalisations qui contribuent aux résultats d'ensemble, l'OMS a mené une enquête auprès de 1006 personnes qui se trouvaient dans 125 pays et dont la moitié faisaient partie de son propre personnel. Les questions avaient été conçues pour obtenir des opinions non seulement sur l'importance relative de chaque but par rapport aux autres (par exemple celle de la réactivité par rapport à l'état de santé), mais aussi sur le type d'inégalité qui a le plus d'incidence. On a ensuite vérifié la cohérence des réponses et déterminé leurs distorsions éventuelles, ce qui a permis de constater qu'elles donnaient des valeurs pratiquement identiques dans chacun des nombreux groupes différents (pays riches et pays pauvres, hommes et femmes, personnel de l'OMS et autres enquêtés). Les coefficients de pondération finalement attribués sont donnés dans le tableau ci-joint.

Comme on pouvait s'y attendre, la santé est considérée comme l'objectif le plus important et, de toute évidence, comme le but essentiel ou déterminant d'un système. Toutefois, le souci de parvenir à l'égalité et pas simplement à une moyenne élevée entre au moins pour moitié dans le souci d'une meilleure santé. En scindant la santé en deux objectifs, on souligne que l'équité compte tout autant que la qualité. Cette attitude est pleinement en accord avec l'intérêt de l'OMS pour les pauvres, les moins bien portants et les plus démunis d'une société. Des coefficients de pondération équivalents ont été aussi attribués au niveau global et à la distribution ou égalité pour la réactivité. En bref, la manière dont le système traite les gens dans des domaines qui ne sont pas en rap-

port avec la santé est aussi importante que le niveau de santé ou l'égalité en matière de santé. Par ailleurs, l'équité du financement de la santé, qui ne constitue pas traditionnellement l'une des préoccupations majeures de l'OMS ou des ministères de la santé avec lesquels elle traite et qu'elle soutient, est affectée d'un coefficient de pondération d'un quart, relativement élevé et égal à celui de la réactivité. Tant dans ce cas que dans celui de la réactivité, le coefficient de pondération attribué par les enquêtés reflète probablement l'importance immédiate ou intrinsèque de l'objectif ainsi que sa contribution indirecte à la réalisation d'une bonne santé : il est difficile de dissocier les deux aspects. On s'accorde manifestement à penser qu'un système de santé qui fonctionne bien doit faire beaucoup plus que simplement favoriser un niveau général de santé aussi élevé que possible.

L'attribution de coefficients de pondération aux cinq objectifs permet aussi de tenir compte de l'importance relative de la qualité et de l'équité. Pris globalement, les niveaux de santé et de réactivité ont un coefficient de pondération égal aux trois huitièmes du total. Les trois mesures de la distribution, qui indiquent ensemble l'équité du système, reçoivent les cinq huitièmes restants. Des pays où l'espérance de vie est relativement brève et où il est impossible de répondre convenablement aux attentes de la population concernant la rapidité de la prise en charge ou la qualité de l'environnement peuvent néanmoins être considérés comme ayant un système de santé performant en ce qui concerne l'équité d'une ou plusieurs dimensions.

<i>Santé (espérance vie corrigée de l'incapacité)</i>	
Total	0,50
Niveau global ou moyen	0,25
Distribution ou égalité	0,25
<i>Réactivité</i>	
Total	0,25
Niveau global ou moyen	0,125
Distribution ou égalité	0,125
<i>Équité de la contribution financière</i>	
Distribution ou égalité	0,25

Etant donné que les résultats peuvent être bons dans un ou plusieurs domaines et mauvais dans d'autres, il faut, pour pouvoir faire des comparaisons entre pays ou dans le temps, regrouper les cinq objectifs en un seul indice général. Il n'existe pas de barème qui tienne compte à la fois des années de vie, de la réactivité et des indices de qualité et d'équité. Pour réunir les différentes mesures en une seule, il faut attribuer à chacune un coefficient de pondération ou une importance relative. La méthode de calcul proposée et ses résultats sont exposés dans l'Encadré 2.4.

En appliquant ces coefficients de pondération aux chiffres des Tableaux 5, 6 et 7 de l'annexe, on obtient une note globale pour chaque système de santé. Les notes sont présentées dans le Tableau 9 de l'annexe, avec, pour chaque valeur, un intervalle d'incertitude tenant compte des incertitudes auxquelles donne lieu chacune des composantes. Etant donné que dans les pays riches, l'état de santé est généralement bon et un revenu élevé autorise de plus grandes dépenses de santé, en majorité prépayées et le plus souvent publiques, le classement par niveau général d'accomplissement dépend beaucoup du revenu et des dépenses de santé. Toutefois, le coefficient élevé attribué à la répartition explique, par exemple, que le Japon soit devant les Etats-Unis et que le Chili, la Colombie et Cuba précèdent tous les autres pays d'Amérique latine. On notera sans surprise qu'à l'exception de trois pays asiatiques, les 30 derniers pays du classement sont tous situés en Afrique.

PERFORMANCE : OBTENIR DES RÉSULTATS À PARTIR DES RESSOURCES DISPONIBLES

L'indicateur général de l'accomplissement, comme les cinq types de résultat qui le composent, est une mesure absolue. Il indique jusqu'à quel point un pays a atteint les différents objectifs, mais ne compare pas les résultats obtenus à ce qu'il eût été possible de faire avec les ressources disponibles dans le pays. Ce sont les *résultats obtenus en fonction des ressources* qui constituent la véritable mesure de la performance d'un système de santé.

Si, par exemple, l'état de santé est meilleur et l'espérance de vie presque deux fois plus élevée en Suède qu'en Ouganda, c'est en grande partie parce que la première dépense exactement 35 fois plus par personne pour son système de santé. Par contre, le Pakistan dépense presque le même montant par personne que l'Ouganda, avec un revenu par habitant quasi équivalent, mais l'espérance de vie y est supérieure de près de 25 ans. La comparaison entre ces deux pays est cruciale : pourquoi les résultats sanitaires sont-ils bien meilleurs au Pakistan alors que les dépenses y sont équivalentes ? Or, ce sont les dépenses sanitaires qui comptent, et non le revenu global du pays car une société peut décider de dépenser moins pour la santé qu'une autre, à niveau de revenu égal. Chaque système de santé doit être jugé en fonction des ressources dont il dispose effectivement, non en fonction de celles qui auraient pu être consacrées à la santé mais qui ont servi à un autre usage.

Les résultats sanitaires ont souvent été évalués d'après des apports tels que le nombre de médecins ou de lits d'hôpitaux par unité de population. Cette méthode montre ce que ces apports produisent *effectivement* mais ne permet guère de connaître le *potentiel* du système de santé, c'est-à-dire ce que l'on pourrait obtenir avec les mêmes ressources financières en produisant et en utilisant différentes quantités ou types de personnel, de bâtiments, de matériel et de produits consommables. Dans ces comparaisons, le véritable indice des ressources est l'argent, car il sert à acheter tous les apports physiques.

Pour évaluer la performance relative, il faut un barème dont une extrémité représente la limite supérieure ou le *maximum de ce que l'on peut attendre d'un système de santé* ; cette limite – tirée d'informations provenant de nombreux pays mais d'une valeur bien définie

pour chaque pays – est le niveau d’accomplissement qu’un système de santé peut atteindre mais qu’il ne surpasse dans aucun pays. A l’autre extrémité, il faut définir une limite inférieure correspondant au *minimum que l’on peut exiger d’un système de santé* (17). Avec un tel barème, il est possible d’observer dans quelle mesure le potentiel a été réalisé. En d’autres termes, la comparaison entre les résultats effectifs et le potentiel montre à quelle distance des limites de sa performance maximale se situe le système de santé de chaque pays.

L’OMS a évalué deux sortes de relation entre les résultats et les ressources du système de santé. La première évaluation compare les ressources uniquement à l’état de santé moyen (espérance de vie corrigée de l’incapacité – EVCI) et se rapproche ainsi de nombreuses analyses de la performance effectuées jusqu’ici dans le domaine de la santé. La seconde rapporte les ressources à un niveau général d’accomplissement basé sur les cinq objectifs. On utilise dans les deux cas la même valeur des ressources globales d’un pays parce qu’il n’existe aucun moyen de déterminer les dépenses directement consacrées à la production de services de santé, à la détermination d’une meilleure réactivité ou à l’instauration d’un financement plus ou moins équitable. Il en va de même des ressources utilisées pour améliorer la distribution de la santé ou de la réactivité plutôt que le niveau moyen.

Chaque limite est fonction d’une variable autre que les dépenses du système de santé : c’est le nombre moyen d’années de scolarisation des adultes, qui permet de mesurer le capital humain et donc le potentiel à long terme, voire le développement actuel ou réel du pays. Elle reflète la plupart des facteurs extérieurs au système de santé qui influent sur l’état de santé, et probablement aussi sur la réactivité et le mode de financement. L’Encadré 2.5 explique comment évaluer les limites supérieures et inférieures et comment les interpréter.

Etant donné que les estimations reposent entièrement sur les données du pays et non sur ce qu’on devrait ou pourrait réaliser, et qu’il y a une limite supérieure à toutes les réalisations, l’injection de ressources supplémentaires fait rapidement reculer cette limite quand les dépenses sont peu importantes, mais plus elles se rapprochent des niveaux caractéristiques de pays riches, plus le rythme ralentit. Un système de santé peut progresser vers cette limite en améliorant sa performance, c’est-à-dire en obtenant de meilleurs résultats avec les mêmes ressources. Il peut s’en approcher selon qu’il dépense plus ou moins pour la santé et atteint un niveau d’accomplissement différent pour un même degré de performance. La limite peut également être repoussée à mesure qu’on acquiert de nouvelles connaissances permettant d’améliorer la santé ou d’obtenir d’autres résultats avec des ressources et un capital humain donnés. Les immenses progrès réalisés en santé depuis un siècle et demi (voir le chapitre 1) sont dus en grande partie à cette expansion qui a permis de faire reculer les limites du possible.

S’il n’y avait pas de système de santé au sens moderne du terme, les gens continueraient à naître, vivre et mourir. L’espérance de vie serait bien inférieure à ce qu’elle est aujourd’hui, mais ne serait pas nulle. En l’absence de dépenses de santé, on n’aurait pas à se demander si la charge du financement est équitablement répartie. Il n’y aurait pas non plus de capacité de réaction. Le niveau minimum d’accomplissement serait uniquement fonction de l’état de santé et, faute d’informations sur les inégalités, seulement du niveau de santé moyen. Dans la mesure des résultats d’ensemble, les valeurs correspondant aux quatre autres objectifs, y compris celles qui concernent l’égalité, seraient fixées à zéro. Pour évaluer ce minimum, l’OMS s’est servie de données recueillies vers 1900 dans un petit nombre de pays qui rapportent l’espérance de vie, non corrigée de l’incapacité, au revenu estimatif. La situation au début du siècle dernier est prise comme base de départ pour mesurer les immenses progrès rendus possibles par le développement des connaissances, des investissements et des ressources consacrées à la santé. Certains changements ont pour effet d’élever

ce minimum – l'éradication de la variole en est le meilleur exemple. L'émergence du VIH/SIDA et des maladies dues au tabac a l'effet opposé et rend plus difficile qu'en 1900 la réalisation d'un certain niveau de santé.

La question qui se pose aujourd'hui pour tout système de santé est la suivante : compte tenu du capital humain du pays et des ressources consacrées à son système de santé, à quelle distance celui-ci se trouve-t-il du maximum que l'on puisse en attendre ? En rapportant ainsi les résultats au minimum et au maximum estimatifs et à l'utilisation des ressources économiques, on dégage l'indicateur général de la *performance* du système. Etre performant signifie s'éloigner de l'accomplissement minimum pour se rapprocher du maximum. En termes économiques, la performance est une mesure de l'efficacité : un système de santé efficace obtient beaucoup de résultats, compte tenu des ressources à sa disposition, tandis qu'un système inefficace gaspille des ressources, même s'il donne d'excellents résultats en termes de santé, de réactivité et d'équité. C'est-à-dire que l'on pourrait s'atten-

Encadré 2.5 Estimation de ce que l'on peut attendre de mieux et du minimum exigible

Les estimations des limites supérieures et inférieures de la performance d'un système de santé faites par l'OMS diffèrent sur deux points importants de la plupart des analyses de ce qui est effectivement réalisé par un système de santé. Premièrement, une limite supérieure n'a de sens que si aucun pays n'est situé au-delà, mais un au moins doit y correspondre. On évalue donc la limite supérieure selon une méthode statistique qui n'autorise des erreurs que dans une direction en minimisant les distances entre la limite supérieure et les valeurs calculées de la performance. (On évalue la limite inférieure par la technique classique qui autorise des erreurs dans les deux directions.) Deuxièmement, on ne se propose pas d'*expliquer* ce que chaque pays ou système de santé a réussi à faire, mais plutôt d'estimer ce qui devrait lui être possible. On peut pousser l'explication en utilisant de nombreuses autres variables. Si les pays tropicaux font apparaître systématiquement des réalisations inférieures en matière de santé parce que de nombreuses maladies sévissent à proximité de l'équateur, une variable tenant compte de la situation d'un pays en zone tropicale augmenterait la capacité explicative ou prédictive

des données. De même, si des pays où la population est ethniquement très diverse obtiennent des résultats inférieurs dans le domaine de l'égalité, une variable reflétant cette hétérogénéité expliquerait les résultats observés.

Le problème, lorsque l'on tente d'être aussi explicite que possible, est que, chaque fois que l'on ajoute une variable, la limite supérieure change. Il y aurait ainsi une telle limite pour les pays tropicaux et une autre pour les pays à climat froid ; une pour les pays à forte diversité ethnique et une autre pour ceux dont la population est plus uniforme, etc. Si la performance est mesurée par rapport à la limite supérieure atteinte pour chaque type de pays, presque tous les systèmes de santé risquent de paraître également efficaces dans l'utilisation de leurs ressources, car on attendra moins des uns que des autres. Chaque complément d'explication équivaudra à une raison de ne pas mieux faire. Ceci vaut particulièrement pour les explications faisant intervenir des maladies particulières : le SIDA et le paludisme, par exemple, sont des causes majeures de perte de santé dans de nombreux pays de l'Afrique subsaharienne, mais inclure leurs effets dans l'estimation de la limite supérieure revient à ne juger ces pays qu'en

fonction de la manière dont ils maîtrisent toutes les *autres* maladies, comme si rien ne pouvait être fait au sujet du SIDA et du paludisme. C'est pourquoi il convient de n'estimer cette limite supérieure qu'en fonction des dépenses et du capital humain, car on a ainsi une mesure générale de la capacité de la société à réaliser de nombreux types de performance, y compris la performance du système de santé.

Pour améliorer les estimations et éviter qu'elles ne reposent sur des valeurs anormales concernant une seule année, on déduit les mesures de l'accomplissement de données portant sur une période de plusieurs années immédiatement antérieure à l'enquête. De même, les mesures des dépenses et du capital humain sont déterminées à partir de données relatives à plusieurs années. Toutefois, tant les résultats que les facteurs qui déterminent la performance potentielle sont censés décrire la situation d'un pays au moment considéré. Ils ne tiennent pas compte de la mesure dans laquelle les décisions prises dans le passé et l'utilisation antérieure des ressources peuvent imposer une limite à ce qu'un système peut effectivement réaliser aujourd'hui (ce qui pourrait servir à justifier une mauvaise performance) et n'indiquent pas non plus la vitesse à laquelle un

système peu performant est censé s'améliorer et approcher de la limite supérieure.

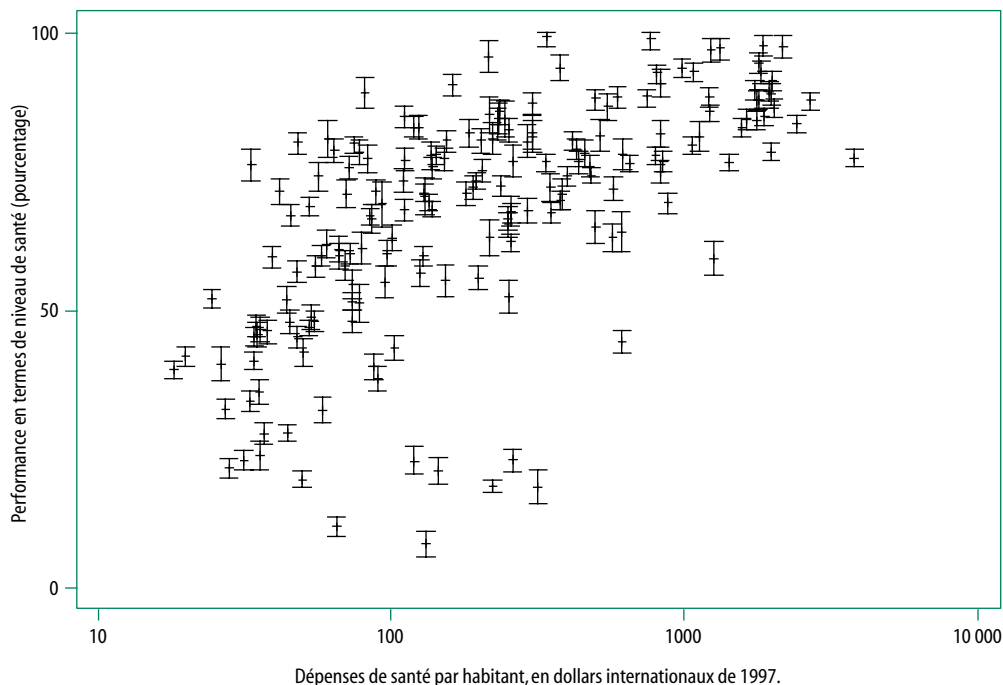
Cette façon d'estimer ce qui est possible omet deux problèmes particulièrement complexes qui sont parfaitement illustrés par la lutte contre la mortalité et les incapacités dues au tabac. Premièrement, de nombreuses mesures adoptées par le système de santé ne donnent de résultats qu'après un certain nombre d'années, de sorte que les ressources utilisées aujourd'hui ne sont pas étroitement en rapport avec les résultats obtenus aujourd'hui. Si un système de santé réussissait, d'une manière quelconque, à persuader tous les fumeurs de renoncer à cette habitude et les autres de ne pas commencer à fumer, il se passerait de nombreuses années avant que la charge de morbidité due au tabac devienne nulle.¹ Deuxièmement, on ne peut pas raisonnablement s'attendre à ce qu'un système de santé parvienne dans un proche avenir à rendre nulle la prévalence du tabagisme, quels que soient ses efforts. Déterminer comment évaluer les progrès et pas seulement la performance actuelle d'un système de santé est l'une des nombreuses tâches auxquelles il faudra s'atteler à l'avenir.

¹ Jha P, Chaloupka F, eds. *Tobacco control policies in developing countries*. Oxford, Oxford University Press for the World Bank and the World Health Organization, 2000.

dre à ce qu'il fasse encore mieux, car certains pays obtiennent les mêmes résultats en dépensant moins ou obtiennent de bien meilleurs résultats en dépensant un peu plus.

Le Tableau 10 de l'annexe présente deux indicateurs de la performance d'un système de santé. Le premier est basé uniquement sur un état de santé moyen, reflété au Tableau 5 de l'annexe par l'espérance de vie corrigée de l'incapacité (EVCI), en comparant la limite pouvant être atteinte pour ce seul objectif aux ressources utilisées par un pays et à son capital humain. Dans ce cas, les limites supérieures et inférieures entre lesquelles se situe la performance sont rigoureusement comparables, et la mesure peut être comparée à d'autres estimations de ce qui détermine les résultats sanitaires. Comme les mesures de l'accomplissement, ces valeurs comportent des estimations de la marge d'incertitude. La Figure 2.6 montre, pour l'ensemble des pays, la distribution estimative de la performance par rapport à l'EVCI. L'augmentation des dépenses de santé s'accompagne d'une amélioration des résultats sanitaires, même si la performance est jugée relativement au montant des dépenses et non en valeur absolue. Il est évident que des pays très pauvres ont d'autres handicaps que de faibles dépenses et un bas niveau d'instruction. Les quelques pays où les dépenses sont inférieures à \$10 par personne et par an semblent rarement capables de dépasser 75 % de l'espérance de vie possible, alors que, dans la plupart des pays où ces dépenses dépassent \$1000, ces 75 % sont un minimum. L'augmentation des dépenses est également associée à une moindre variation de la performance. Des variations de l'espérance de vie d'une importance inquiétante par rapport aux dépenses et au degré d'instruction se produisent à des niveaux de dépenses faibles ou intermédiaires, c'est-à-dire lorsqu'il est le plus nécessaire de comprendre et réduire les différences de réalisation. Ce phénomène est dû en grande partie à l'épidémie du VIH/SIDA : les 25 pays les plus mal placés sont tous des nations africaines où le SIDA constitue une lourde charge (l'Encadré 2.5 explique pourquoi l'épidémie n'a pas été prise en compte dans la définition de la limite du possible).

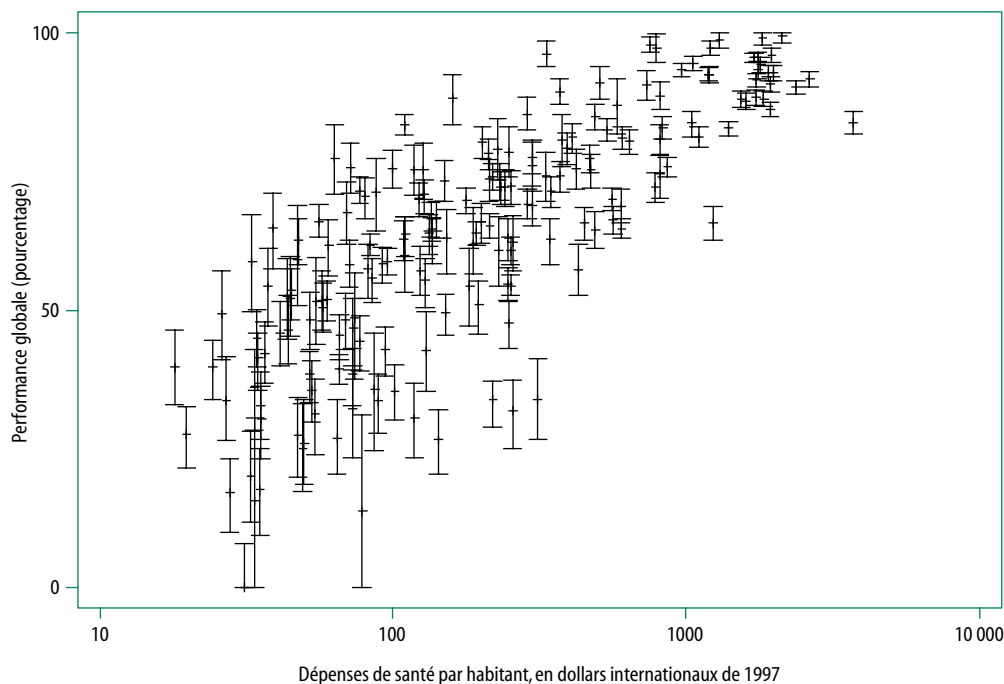
Figure 2.6 Performance en termes de niveau de santé (espérance de vie corrigée de l'incapacité) par rapport aux dépenses de santé par habitant, dans 191 Etats Membres, 1999



Le deuxième indicateur du Tableau 10 de l'annexe est basé sur la mesure des résultats d'ensemble présentée au Tableau 9 de l'annexe et juge la performance comparativement à la limite supérieure définie pour l'ensemble des cinq composantes de ces résultats. Les marges d'incertitude concernant ces valeurs sont beaucoup plus importantes que pour la seule EVCI en raison du caractère aléatoire des autres composantes. Ce sont ces dernières qui expliquent également certains changements de classification considérables, mais les systèmes les plus performants semblent néanmoins être ceux de pays relativement riches et les moins performants sont principalement ceux de pays pauvres situés en Afrique. La Figure 2.7 indique la distribution de la performance globale, dont les variations sont relativement plus faibles que celles de la Figure 2.6 : les pays peu performants à l'égard du seul état de santé se rattrapent parfois en faisant mieux dans les domaines de la réactivité, du financement ou du traitement des inégalités sanitaires. Il n'en demeure pas moins que les rangs donnés par les deux mesures de la performance sont assez semblables, encore qu'un petit nombre de pays obtient des résultats bien meilleurs avec l'une qu'avec l'autre.

Les activités entreprises par l'OMS au cours de ces prochaines années pour soutenir le développement des systèmes de santé seront fondées sur la conviction que tout système doit rendre compte du niveau et de la distribution de ses résultats en matière de santé, de réactivité et d'équité du financement, toujours comparativement aux dépenses de santé. Désormais, chaque numéro du *Rapport annuel sur la santé dans le monde* contiendra des mesures plus complètes et plus fiables des réalisations des pays, et l'OMS aidera les pays à renforcer les compétences locales pour l'analyse et l'amélioration des résultats et de la performance des systèmes de santé.

Figure 2.7 Performance globale des systèmes de santé (pour toutes réalisations) par rapport aux dépenses de santé par habitant, dans 191 Etats Membres, 1999



AMÉLIORER LA PERFORMANCE : QUATRE FONCTIONS CLÉS

Pour élaborer une politique d'amélioration de la performance, il faut être informé des principaux facteurs qui déterminent cette dernière. La connaissance des déterminants de la *performance* des systèmes de santé, à ne pas confondre avec la compréhension de ce qui détermine l'état de santé, demeure très limitée. Le présent rapport s'attache à examiner un petit nombre de fonctions universelles dont s'acquitte le système de santé, comme l'illustre la Figure 2.1 ci-dessus, en cherchant à déterminer ce qui se passe lorsqu'elles sont exécutées bien ou mal et en montrant comment elles sont associées aux différences entre les réalisations des divers pays. Il est ainsi plus facile de considérer le service de santé dans son ensemble au lieu de l'analyser progressivement à partir de sous-systèmes, organisations ou programmes de la composante, comme le font généralement les évaluations de la performance (18).

La fonction prestation de services est la plus connue, et de fait on considère souvent qu'elle représente la totalité du système de santé. La classification proposée ici montre que la prestation de services se rapporte à ce que *fait* le système et non pas à ce qu'il *est*. Une grande partie de la fonction financement s'exerce en dehors de ce que l'on considère généralement comme le système de santé, dans le cadre d'un processus au cours duquel on collecte des recettes pour les mettre à la disposition du système. Pour faire de l'équité de la contribution financière l'un des buts intrinsèques du système, il faut considérer en partie cette fonction comme l'une des tâches qu'il *exécute* effectivement, et non simplement comme le fait de recevoir passivement de l'argent qui vient d'ailleurs. C'est le système qui collecte une partie des fonds directement, regroupe tout ce qui est mis en commun à l'exception du produit de l'impôt, et acquiert les biens et services. Il en résulte que le système est, partiellement du moins, responsable vis-à-vis de la société de la manière dont les ressources sont recueillies et dosées, et pas seulement de leur utilisation finale.

Chaque système de santé est appelé à investir quelque peu dans la création de ressources, mais celles-ci sont aussi parfois considérées comme émanant de l'extérieur du système proprement dit. Dans l'immédiat, le système ne peut utiliser que des ressources produites dans le passé, et il arrive même souvent qu'il ne puisse guère en modifier l'usage. A terme, cependant, l'investissement est aussi quelque chose qui émane du système et, parce que ses répercussions sont durables, il doit être fait judicieusement. En rapportant les réalisations au total des dépenses du système, on peut mettre en évidence une mauvaise performance lorsque ce qu'on peut obtenir au moyen des ressources d'aujourd'hui est inutilement limité par la manière dont les ressources ont été investies hier et avant-hier.

La quatrième fonction est l'*administration générale* qui peut être définie comme *la gestion consciencieuse et avisée d'un bien confié aux soins de quelqu'un* (19). Les gens confient à la fois leur corps et leur argent au système de santé qui est tenu de protéger le premier et d'utiliser judicieusement le second. L'Etat est particulièrement appelé à exercer cette fonction d'administration générale, car il dépense l'argent que les gens sont tenus de verser dans le cadre de l'impôt et de l'assurance sociale, et parce qu'il est l'auteur d'un grand nombre des règles applicables aux transactions privées et volontaires. En outre, il ne détient les installations qu'en vertu d'un mandat tacite des citoyens. Les assureurs et praticiens privés l'exercent aussi dans une mesure légèrement restreinte, et une partie de la tâche de l'Etat, en tant qu'administrateur ou intendant général du système, consiste à veiller à ce que l'action des organisations et intervenants privés soit également consciencieuse et avisée. Une grande partie de l'administration générale consiste à réglementer, que cette tâche soit assurée par

l'Etat ou par des organismes privés qui régissent les activités de leurs membres, conformément dans bien des cas à des règles fixées par l'Etat. Toutefois, cette notion englobe bien plus qu'une simple réglementation et, lorsqu'elle est convenablement appliquée, son influence s'étend à tous les rouages du système.

On peut distinguer ces fonctions dans des systèmes de santé dont les structures sont très différentes (20,1). A un extrême, on trouve un système où ces fonctions sont largement entre les mains d'une même organisation qui collecte les fonds, les met en commun et les alloue à un groupe relativement monolithique de prestataires de services, lesquels sont ses propres employés. Le système de santé norvégien a plus ou moins ce type de structure, et le Service national de Santé du Royaume-Uni s'en rapprochait avant 1990. Il existe un autre système caractérisé par un haut degré de cloisonnement « vertical », dans lequel des organisations distinctes comme le ministère de la santé, les caisses de sécurité sociale, l'armée, des organisations caritatives ou des assureurs privés peuvent payer leurs propres prestataires, collecter et allouer les fonds, et dispenser des services à des populations bien distinctes. Les systèmes de santé d'une grande partie de l'Amérique latine sont quelque peu conformes à ce modèle, encore que les malades reçoivent souvent des soins de plusieurs des organisations séparées par ce cloisonnement vertical. Un système peut aussi comporter une intégration « horizontale » de chaque fonction, c'est-à-dire qu'une seule organisation l'exerce et que chacune est confiée à une organisation différente. Aucun système ne correspond véritablement à ce modèle parce que les prestataires sont multiples, à moins qu'ils ne fassent partie d'un système entièrement intégré. Toutefois, certains systèmes, comme celui du Chili, séparent la collecte de la mise en commun pour une large part des ressources et emploient un grand nombre de prestataires au sein d'une organisation unique. A l'autre extrême par rapport à l'organisation monolithique, on trouve un système comportant des institutions distinctes qui collectent des fonds et paient des prestataires faisant rarement partie de leur personnel, dans le cadre de plusieurs accords de prestation de services. Depuis les réformes adoptées en 1993, le système colombien ressemble un peu à ce modèle.

Les chapitres 3, 4, 5 et 6 examinent à tour de rôle les caractéristiques clés de chacune des quatre fonctions (prestation de services, investissements, financement et administration générale) ainsi que certains facteurs qui influent sur la performance dans des pays ayant différents niveaux de revenus. La fonction de financement est de toute évidence la plus importante pour atteindre l'objectif de l'équité des contributions, mais la manière dont elle s'exerce a également des répercussions sur les résultats sanitaires et même quelques effets sur la réactivité. La fonction prestation de services est celle qui influence le plus les résultats sanitaires, mais elle revêt également une grande importance pour la réactivité. Quant à l'administration générale, elle touche à tous les domaines.

RÉFÉRENCES

1. **Murray CJL, Frenk J.** *Cadre OMS d'évaluation de la performance des systèmes de santé*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1999 (Document de travail GPE N° 6 non publié).
2. **Roemer MI.** *National health systems of the world*. New York, Oxford University Press, 1991.
3. **Centers for Disease Prevention and Control, Centro Latino-Americano de Investigación en Sistemas de Salud et l'Organisation panaméricaine de la Santé.** *Public health in the Americas*. Washington, DC, Organisation panaméricaine de la Santé, 1999 (document non publié).
4. **Rapport sur le développement dans le monde 1993. Investir dans la santé.** Washington, DC, Banque mondiale, 1993.
5. **Acheson D et al.** *Independent inquiry into inequalities in health*. Londres, The Stationery Office, 1998.
6. **Gilson L, Alilio M, Heggenhougen K.** Community satisfaction with primary health care services: an evaluation undertaken in the Morogoro region of Tanzania. *Social Science and Medicine*, 1994, **39**(6): 767–780.
7. **Bassett MT, Bijlmakers L, Sanders DM.** Professionalism, patient satisfaction and quality of health care: experience during Zimbabwe's structural adjustment programme. *Social Science and Medicine*, 1997, **45**(12): 1845–1852.
8. **Hurst J.** Challenges to health systems in OECD countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 2000, **78** (6) (sous presse).
9. **Donelan K et al.** The cost of health system change: public discontent in five nations. *Health Affairs*, 1999, **18**(3): 206–216.
10. **King S.** Vaccination policies: individual rights v. community health. *British Medical Journal*, 1999, **319**: 1448–1449.
11. **de Silva A.** *A framework for measuring responsiveness*. Genève, Organisation Mondiale de la Santé, Programme mondial des bases factuelles à l'appui des politiques de santé, 1999 (document non publié).
12. **Fabricant S, Kamara C, Mills A.** Why the poor pay more: household curative expenditures in rural Sierra Leone. *International Journal of Health Planning and Management*, 1999, **14**: 179–199.
13. **Nolan B, Turbat V.** *Cost recovery in public health services in sub-Saharan Africa*. Washington, DC, Economic Development Institute of The World Bank, 1995.
14. **Bennett S, Creese A, Monasch R.** *Health insurance schemes for people outside formal sector employment*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1998 (Current Concerns, ARA paper N° 16, document non publié WHO/ARA/CC/98.1).
15. **Friedman M.** *Theory of the consumption function*. Princeton, NJ, Princeton University Press, 1957
16. **Bevan A.** *In place of fear*. Londres, Heinemann, 1952.
17. **Donabedian A, Wheeler JRC, Wyszewianski L.** Quality, cost, and health: an integrative model. *Medical Care*, 1982, **20**: 975–992.
18. **Cumper GE.** *The evaluation of national health systems*. Oxford, Oxford University Press, 1991.
19. *Meriam Webster's deluxe dictionary*. Pleasantville, New York/Montréal, Reader's Digest, 1998.
20. **Murray CJL, Kreuser J, Whang W.** Cost-effectiveness analysis and policy choices: investing in health systems [Investigation du secteur de santé : analyse coût-efficacité et choix politiques]. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, 1994, **72** (4): 663-674 (résumé en français).

CHAPITRE TROIS

Services de santé : sont-ils bien choisis et bien organisés ?

Les services de santé visent à protéger ou améliorer la santé. Qu'ils parviennent ou non à le faire dépend des services fournis et de la manière dont ils sont organisés. Des ressources doivent être affectées à des interventions que l'on sait être efficaces conformément aux priorités nationales ou locales. Etant donné que ces ressources sont limitées, il existera toujours une certaine forme de rationnement, mais les prix ne doivent pas être le principal critère de détermination des soins dispensés et des bénéficiaires. Tant les organisations administratives hiérarchisées que les marchés fragmentés et non réglementés présentent de sérieuses lacunes pour l'organisation des services : une intégration souple de prestataires de soins de santé autonomes ou semi-autonomes pourrait atténuer ces problèmes.

3

SERVICES DE SANTÉ : SONT-ILS BIEN CHOISIS ET BIEN ORGANISÉS ?

LACUNES INSTITUTIONNELLES

De même que le principal objectif d'un système de santé est l'amélioration de la santé humaine, sa principale fonction doit être la prestation de services de santé. Les autres fonctions ont également de l'importance, notamment parce qu'elles contribuent à cette prestation de services. Un système de santé faillit donc gravement à sa mission lorsque des interventions sanitaires efficaces et d'un coût abordable ne sont pas offertes à des populations qui en auraient besoin. C'est parfois parce que les prestataires n'ont pas les compétences nécessaires ou en raison d'une pénurie de médicaments et de matériel, ce qui résulte des problèmes de formation et d'investissement examinés au chapitre 4 ou des problèmes d'achat mentionnés ici ainsi qu'au chapitre 5. Parfois, les services n'atteignent pas les bénéficiaires potentiels en raison d'obstacles financiers : ceci est dû à l'inéquité du financement des services qui est analysée au chapitre 5. Souvent, toutefois, les lacunes de la prestation des services sont dues à un dysfonctionnement de l'organisation du système de santé, même dans des cas où les apports nécessaires existent et où l'appui financier est suffisant et convenablement réparti. Un tel défaut d'organisation peut résulter de l'inadéquation des mécanismes de collaboration entre les différents acteurs de la prestation des services, source d'effets incitatifs pervers et de choix erronés au moment de se prononcer sur ce que les services sont censés apporter, et à qui, ou sur les rationnements nécessaires s'il n'est pas possible de satisfaire les besoins ou les désirs de chacun. Le présent chapitre examine comment choisir les services qui doivent être assurés, comment organiser leur prestation et comment offrir aux prestataires des incitations appropriées.

La complexité de l'organisation des prestations de services est illustrée par l'exemple suivant qui n'a rien d'exceptionnel. Une jeune femme pauvre se rend à pied dans un poste sanitaire de l'Etat avec son nourrisson malade. Lorsqu'elle arrive, il n'y a ni médecin ni médicaments. Toutefois, une infirmière lui remet un nécessaire de réhydratation orale et lui explique comment s'en servir. Elle lui demande de revenir le surlendemain si la diarrhée du nourrisson persiste. L'infirmière ne voit qu'une demi-douzaine de malades ce jour-là. Pendant ce temps, au service des consultations externes d'un hôpital communautaire qui se trouve à environ une heure de voiture, plusieurs centaines de malades font la queue. Certains sont sommairement examinés par un médecin de service et sont en mesure d'obtenir les médicaments qui leur sont prescrits auprès de la pharmacie de l'hôpital. Le service ferme de bonne heure et les malades qui n'ont pas encore été examinés sont priés de revenir le jour suivant sans rendez-vous. Certains des médecins se dépêchent alors d'aller

travailler dans une maison de santé ou clinique privée pour gagner un complément de rémunération.

Les faibles honoraires des médecins et la pénurie de personnel qualifié et de médicaments au poste sanitaire peuvent être considérés comme les conséquences d'un investissement insuffisant. Toutefois, on ne peut pas imputer à un manque de ressources la mauvaise répartition des moyens entre le poste de santé et l'hôpital, la faible productivité de l'infirmière, la sous-utilisation de l'hôpital lorsque son service de consultations externes ferme trop tôt, les périodes prolongées sans médecin de permanence et les pertes de temps subies par les patients qui doivent faire la queue, puis revenir un autre jour, parce qu'il n'existe pas de système de rendez-vous. Ces problèmes reflètent des erreurs de priorités et d'organisation, tant au moment des investissements initiaux et de la formation que lors de la prestation ou de la non-prestation des services. Si l'histoire finit bien pour la mère et son nourrisson, c'est seulement parce que l'enfant a eu la chance d'avoir une diarrhée et pas le paludisme ou une autre affection que l'infirmière eût été incapable de reconnaître ou de soigner, ou encore parce qu'il ne nécessitait pas des soins trop coûteux pour que la mère puisse les payer directement. La possibilité de recevoir gratuitement des soins, même limités, pourrait être aussi la raison pour laquelle une mère se rend dans une structure publique plutôt que dans une pharmacie privée ou chez l'un de ces guérisseurs traditionnels qui ont une nombreuse clientèle.

Le présent chapitre examine comment fixer un ordre de priorité des services que doivent assurer les systèmes de santé et passe en revue les choix et mécanismes qui entrent en jeu dans le rationnement qu'implique cet ordre de priorité. Il décrit ensuite les facteurs organisationnels qui permettent de veiller à ce que les gens reçoivent des services appropriés au moment opportun.

LES GENS SONT AU CŒUR DES SERVICES DE SANTÉ

L'histoire de la mère et de son nourrisson illustre une autre caractéristique des services de santé : la prestation des services est le niveau du système où prestataires et bénéficiaires des interventions sont le plus directement en contact. Toutefois, l'action des gens va au-delà de ces deux rôles, ainsi que l'indique la Figure 3.1. C'est le patient qui est au centre de la prestation des services pour les interventions cliniques, ou la population cible pour les services de santé publique collectifs. Les gens sont aussi des consommateurs, car leur comportement, y compris le choix des soins de santé qu'ils recherchent et utilisent, a une incidence sur leur santé. Le consommateur peut être le malade lui-même ou quelqu'un, par exemple sa mère, agissant en son nom, ou simplement une personne qui fait certains choix concernant son régime alimentaire, son mode de vie et d'autres facteurs de la santé.

Il arrive que les rôles de consommateur, de malade et de prestataire soient exercés au même moment par une seule et même personne, comme dans le cas où une femme accouche sans assistance ou presque. Chaque minute, des milliers de femmes dans le monde donnent naissance à un enfant. Dans les pays où la proportion des accouchements en présence d'un personnel qualifié est faible (9 % au Népal, 8 % au Bangladesh et en Éthiopie, 5 % en Guinée équatoriale, 4 % au Gabon et en Mauritanie, 2 % en Somalie), les naissances ont généralement lieu en présence d'accoucheuses non qualifiées ou de membres de la famille. Même lorsqu'une césarienne est pratiquée par un prestataire qualifié, chaque femme doit néanmoins participer activement à la naissance et aux soins du post-partum.

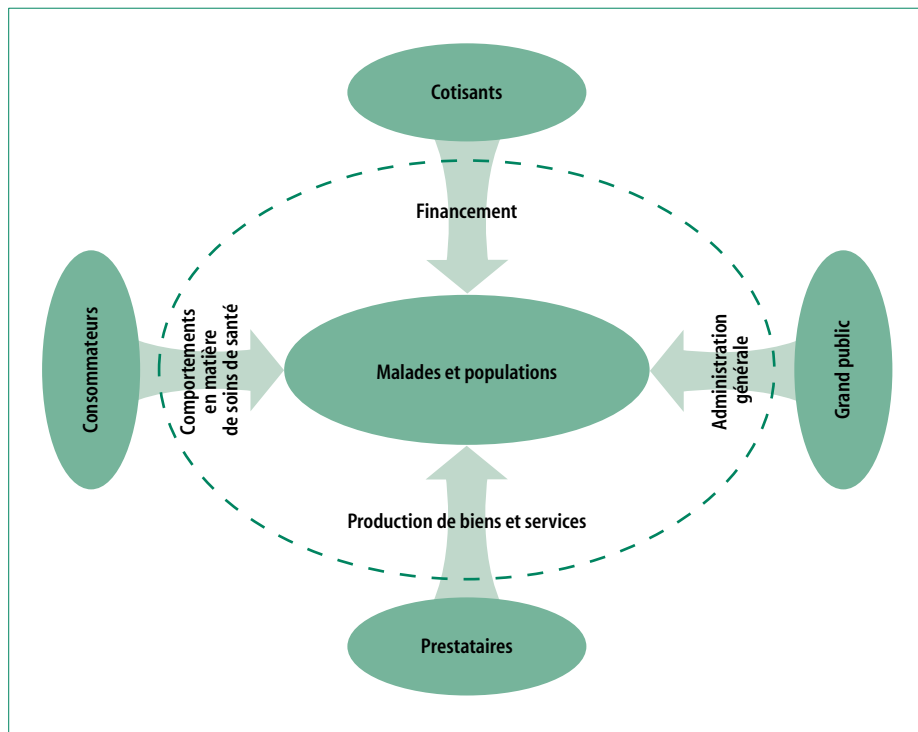
Il arrive souvent que les choix des gens, notamment en ce qui concerne les soins, soient influencés par la réactivité du système décrite au chapitre 2. L'utilisation ne dépend pas

seulement de la perception par le consommateur de la nécessité ou de la probabilité d'un service. S'il existe des différences marquées entre les sociétés, les principes de base d'une relation éthique entre le prestataire et le patient comportent généralement les mêmes exigences dans les domaines du consentement, de la confidentialité, de la discrétion, du respect de la vérité et de la sincérité (1). En regroupant dans l'expression « respect de la personne » les composantes dignité, autonomie et confidentialité de la réactivité, on souligne l'importance des gens en général, et pas seulement des patients, en tant que bénéficiaires des services de santé.

Les gens contribuent aussi au financement du système. Des millions de pauvres doivent payer tous les services qu'ils reçoivent, et cela au moment où ils sont malades. Dans les systèmes de santé dotés de mécanismes de contribution plus équitables, les gens en bonne santé assurent l'essentiel du financement du système en payant leurs impôts ou leurs cotisations à une assurance-maladie, de sorte que le cotisant peut ou non être le malade ou le consommateur. Enfin, en tant que citoyens – et notamment en tant qu'autorités chargées de représenter les citoyens de défendre leurs intérêts –, les gens participent à l'administration générale du système. De même que les quatre fonctions doivent être toutes assurées pour qu'un système soit performant, les gens doivent jouer tous ces rôles pour que les avantages potentiels atteignent les malades et les populations qui sont au cœur du système.

Les gens exercent les fonctions de prestataire, de consommateur, de bailleur de fonds et d'administrateur général du système de santé pendant toute leur vie active, mais c'est à n'importe quel moment, de leur naissance à leur décès, qu'ils peuvent jouer le rôle de malade. La nécessité de fournir des services à des personnes de tous âges complique aussi beaucoup le choix des services qu'il convient de privilégier et de la manière de les organiser,

Figure 3.1 Rôles multiples des gens au sein des systèmes de santé



car les risques diffèrent selon le stade de l'existence, et accorder la priorité à une intervention particulière consiste, du moins en partie, à donner la priorité à un groupe d'âge particulier. Ces différences sont ce qui contribue à transformer une transition démographique – abaissement de la mortalité et allongement de l'espérance de vie – en transition épidémiologique – évolution de l'importance relative des différentes menaces qui pèsent sur la santé, et notamment passage des maladies transmissibles aux maladies non transmissibles.

Outre les variations en fonction de l'âge, le tableau de la morbidité présente des différences très nettes entre régions, entre pays et entre groupes de population. C'est ainsi qu'en Afrique, les maladies infectieuses constituent près de 70 % de la charge de morbidité, ainsi que l'indique le Tableau 4 de l'annexe. En Europe, ce pourcentage est inférieur à 20 %. Les pauvres sont davantage exposés aux maladies infectieuses que les riches (2), mais, au cours des 20 prochaines années, ils seront eux-mêmes sujets aux maladies cardio-vasculaires et cérébrovasculaires liées à l'usage du tabac (3). Il peut paraître naturel de faire porter les choix d'un système de santé sur les affections qui représentent une large part de la charge de morbidité, soit parce qu'elles intéressent un grand nombre de personnes, soit parce qu'elles se traduisent, chez chaque victime, par une détérioration considérable de la santé.

Toutefois, tout ce que les systèmes de santé peuvent réellement faire, c'est exécuter des services ou interventions déterminés. Même si, dans un premier temps, on décide de se concentrer sur une ou plusieurs maladies, il demeure nécessaire de décider de la marche à suivre, c'est-à-dire des interventions sur lesquelles on va mettre l'accent. Le nombre des interventions possibles dépasse largement celui des maladies et la stratégie appropriée pour lutter contre une maladie peut reposer sur une intervention unique ou sur un ensemble d'activités. Pour compliquer encore le problème, une intervention donnée peut être efficace contre plusieurs maladies ou causes de morbidité parce que ses effets s'exercent sur un facteur de risque ou symptôme commun. Ceci vaut particulièrement pour les activités diagnostiques : le prélèvement d'échantillons de sang ou l'utilisation des rayons X ou autre technique d'imagerie peuvent être indiqués dans le traitement de problèmes très divers. Ainsi, en mettant l'accent sur une intervention ou en finançant les apports nécessaires pour l'exécuter, on ne se limite pas automatiquement à une seule maladie. Déterminer les priorités consiste également à décider à quoi l'on destine une intervention donnée.

L'éventail des méthodes diagnostiques et des interventions médicales et chirurgicales dont on dispose pour de nombreuses maladies est très large, et il devrait s'étendre considérablement au cours des prochaines décennies. Dès lors, les services doivent être conçus et exécutés de manière à permettre d'innover et de s'adapter à de nouveaux problèmes de santé et à de nouvelles interventions tout en répondant aux besoins de gens très différents quant à l'âge, aux revenus, aux habitudes et aux risques sanitaires. Même dans les pays riches, aucun système de santé ne permet de répondre à tous ces besoins : il faut donc soigneusement choisir les services à assurer en priorité, sans quoi ce qui sera fait risque d'être très différent de ce que l'on doit raisonnablement considérer comme le plus important.

CHOIX DES INTERVENTIONS : TIRER LE MAXIMUM DES RESSOURCES POUR AMÉLIORER LA SANTÉ

Les Anciens pensaient qu'Esculape, dieu de la médecine, avait deux filles : l'une, Hygie, était chargée de la prévention des maladies, l'autre, Panacée, du traitement (4). Si l'on applique certaines activités préventives à des individus – la vaccination en est l'exemple le

plus évident – la distinction entre prévention et cure ou traitement coïncide étroitement avec la différence entre intervention de santé publique axée sur toute une population et intervention clinique destinée à des individus. Étant donné que la demande porte généralement sur ces dernières et pas nécessairement sur les premières, l'une des principales tâches des responsables du choix des services prioritaires consiste à établir un équilibre entre les activités de santé publique et les activités cliniques (5).

Demander au système de santé de produire le plus haut niveau de santé pouvant être obtenu avec les ressources qui y sont affectées revient à exiger qu'il soit aussi rentable que possible. On va donc mettre l'accent sur les interventions permettant de tirer le maximum de ce que l'on y investit et accorder une moindre priorité à celles qui, bien qu'utiles pour certains, n'améliorent la santé de la population en général que de façon négligeable pour chaque dollar dépensé. C'est là le fondement implicite de la mesure de la performance d'après l'espérance de vie corrigée de l'incapacité qui est présentée au chapitre 2 et au Tableau 10 de l'annexe. En ce qui concerne le niveau de santé, on pourrait obtenir une répartition plus efficace des ressources du système en les transférant d'interventions peu rentables à des interventions d'un bon rapport coût/efficacité (6). Les avantages potentiels de cette opération sont parfois immenses car, dans l'arsenal actuel des interventions, il en est qui coûtent très cher et n'entraînent qu'une augmentation insignifiante de l'espérance de vie. C'est ainsi qu'aux États-Unis d'Amérique, un groupe de 185 interventions financées par des fonds publics coûte environ \$21,4 milliards par an, pour un gain estimatif de 592 000 années de vie (compte tenu seulement des décès prématurés ainsi évités). En réinvestissant ces fonds dans les interventions les plus rentables, on sauverait 638 000 années de vie de plus, à condition d'atteindre tous les bénéficiaires potentiels. En ce qui concerne les différents services, le coût par année de vie sauvée pourrait ne pas dépasser \$236 pour le dépistage et le traitement des nouveau-nés souffrant de drépanocytose ou atteindre \$5,4 millions pour la lutte contre les émissions de radionucléides (7). Dans les pays pauvres, toutes les valeurs absolues seront inférieures, mais le rapport entre des interventions plus ou moins rentables pourra demeurer très important.

La technique consistant à associer les calculs de coût à des mesures de l'efficacité des interventions et à utiliser le résultat pour déterminer les priorités est très récente. Des travaux antérieurs effectués dans des pays en développement avec ce genre de technique portaient essentiellement sur le rapport coût/efficacité de certains programmes de lutte contre la maladie (8-13). Ce type d'étude s'est développé à la suite de la publication par la Banque mondiale du *Rapport sur le développement dans le monde 1993* (14) et d'études ultérieures de l'OMS (15). Le Tableau 3.1 donne quelques exemples d'interventions qui peuvent, si elles sont bien exécutées, réduire notablement la charge de morbidité, notamment chez les pauvres, pour un coût raisonnable comparativement aux résultats. Les services peuvent aussi être classés d'après leur importance pour la charge de morbidité d'une tranche d'âge ou d'un sexe déterminés, et leur rentabilité pour ces groupes (14).

L'idéal serait que les services présentant de tels avantages soient également peu coûteux, de manière à pouvoir s'appliquer à d'importantes populations de bénéficiaires et n'entraîner qu'une dépense totale raisonnable. Toutefois, il n'est pas assuré qu'un faible coût par vie sauvée ou par année de vie en bonne santé gagnée signifie un faible coût par personne : certaines interventions rentables peuvent être très coûteuses et l'on peut observer, pour une même maladie, de grandes variations d'un service de santé à l'autre. Ceci vaut particulièrement pour le paludisme, contre lequel il existe deux interventions – la prophylaxie à la chloroquine et deux tournées annuelles de pulvérisations d'insecticide – dont la rentabilité est à peu près équivalente, mais dont le coût diffère énormément si on les applique à toute

la population concernée d'un pays africain à faible revenu (16). Ces différences de coût sont encore supérieures dans le cas des interventions contre l'infection à VIH.

L'inverse est également vrai : des interventions sanitaires peuvent être peu rentables même si elles ne coûtent pas très cher et visent une nombreuse population. C'est ainsi que bien des prestataires de services continuent à recourir aux antibiotiques pour traiter des maladies virales, malgré leur complète inefficacité en pareil cas. Même dans les pays riches, il faut veiller à ce que les efforts des services de santé restent essentiellement axés sur des interventions de santé publique et cliniques efficaces et d'un coût abordable. Dans les pays à bas revenu, où l'éventail et le coût des interventions possibles vont très au-delà de ce qu'autorisent les ressources disponibles, les gaspillages dont profitent certains malades privent les autres d'un traitement essentiel.

Tableau 3.1 Interventions ayant une importante incidence potentielle sur les résultats sanitaires

Exemples d'intervention	Principales composantes des interventions
Traitement de la tuberculose	Traitement de brève durée sous observation directe (DOTS) : administration d'une chimiothérapie standardisée de brève durée à tous les cas de tuberculose sous surveillance ayant un frottis négatif au cours de la phase initiale (2-3 mois)
Interventions de santé maternelle et pour une maternité sans risque	Planification familiale, soins prénatals et à l'accouchement, accouchement hygiénique et sans risque en présence d'un personnel qualifié, soins du post-partum et soins obstétricaux essentiels pour les grossesses à haut risque et les complications
Planification familiale	Information et éducation, mise à disposition et bonne utilisation de moyens anticonceptionnels
Interventions de médecine scolaire	Éducation sanitaire et interventions nutritionnelles, y compris les traitements antihelminthiques, la supplémentation en micronutriments et les repas scolaires
Prise en charge intégrée des maladies de l'enfance	Prise en charge des infections aiguës des voies respiratoires, des diarrhées, du paludisme, de la rougeole et de la malnutrition ; vaccination, conseil sur l'alimentation et l'allaitement au sein, supplémentation en micronutriments et en fer, traitement antihelminthique
Prévention du VIH/SIDA	Information ciblée pour les travailleurs de l'industrie du sexe, sensibilisation par l'éducation du grand public, conseil, dépistage, traitement de masse des maladies sexuellement transmissibles, sécurité transfusionnelle
Traitement des maladies sexuellement transmissibles	Prise en charge des cas à l'aide du diagnostic des syndromes et de l'algorithme de traitement type
Vaccination (PEV Plus)	BCG à la naissance ; vaccin antipoliomyélitique oral à la naissance, à 6, 10 et 14 semaines ; DTC à 6, 10, 14 semaines ; HepB à la naissance, à 6 et à 9 mois (facultatif) ; rougeole à 9 mois ; TT pour les femmes en âge de procréer
Paludisme	Prise en charge des cas (évaluation précoce et traitement rapide) et choix de mesures préventives (par exemple, moustiquaires de lits imprégnées d'insecticide)
Lutte contre le tabagisme	Taxe sur le tabac, information, solutions de substitution pour la nicotine, poursuites juridiques
Maladies non transmissibles et traumatismes	Dépistage précoce et prévention secondaire de certaines affections

Il faut donc absolument procéder à une analyse coût/efficacité pour déterminer les services qui permettront de tirer un maximum d'avantages sanitaires des ressources disponibles, mais cette analyse doit s'appliquer à des interventions déterminées, et non à la lutte contre la maladie en général ou contre un ensemble de causes. De ce fait, il va falloir évaluer un large éventail d'interventions, et le coût d'une telle opération ainsi que le temps qu'il faut y consacrer risquent de la mettre hors de la portée de la plupart des pays, à l'exception des plus riches. En outre, les analyses actuellement effectuées ne permettent souvent pas de repérer les erreurs d'affectation des ressources, car elles s'attachent à évaluer les nouvelles technologies et négligent la répartition actuelle des moyens de production et des activités (6).

Le coût des interventions peut varier largement d'un pays, d'un contexte et d'un mode d'intervention à l'autre (17). Une généralisation systématique risque d'entraîner de graves erreurs dans la planification et l'exécution d'interventions au demeurant efficaces. Même si elles ne s'appliquent qu'à un nombre d'interventions relativement faible, des études doivent être entreprises dans chaque pays ou population pour éviter de telles erreurs. En Guinée, par exemple, 40 interventions ont été ainsi examinées. On les a choisies en partie d'après les conclusions d'études plus générales entreprises ailleurs, mais en s'appuyant sur des informations locales détaillées pour confirmer qu'elles seraient effectivement appropriées dans ce pays (18).

Les variations des coûts et résultats des interventions présentent un intérêt particulier lorsqu'une gamme d'interventions peut être indiquée contre une maladie particulière. Pour reprendre l'exemple du paludisme, dans un pays où les dépenses de santé sont d'un faible niveau et la charge de morbidité importante, la prise en charge des cas et la prophylaxie chez les femmes enceintes seraient extrêmement rentables et d'un coût abordable (16). Si le pays dispose de plus de ressources, on peut inclure l'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide qui vont prévenir davantage de cas, mais coûter plus cher par unité d'avantage sanitaire gagnée. Une estimation unique du rapport coût/efficacité de la lutte antipaludique peut conduire à la fausse conclusion que cette lutte n'est pas financièrement accessible si, par exemple, dans un pays à faible revenu, cette estimation est basée sur un programme associant toutes les solutions techniquement réalisables. D'une manière générale, la gamme de services la plus rentable dépend des ressources disponibles. Cette relation ne permet évidemment pas de déterminer le budget à consacrer à la lutte antipaludique, qui dépend de ce que le pays peut payer, compte tenu de ses autres problèmes et priorités sanitaires. On ne part pas, notamment, du principe qu'il ne devrait payer que le montant correspondant à une ou plusieurs des interventions les moins chères car, en dépensant davantage et en adoptant une stratégie mixte, il peut éventuellement obtenir de bien meilleurs résultats sur le plan sanitaire.

Un mauvais usage de l'analyse coût/efficacité peut aussi amener à gravement sous-estimer le coût effectif de la lutte si l'estimation est basée sur les coûts et l'efficacité d'un seul type d'intervention et si l'on a ensuite recours à des interventions multiples. De nombreux facteurs peuvent influencer sur le rapport coût/efficacité effectif d'un programme d'intervention donné au cours de son exécution. Parmi eux figurent la disponibilité, le dosage et la qualité des apports (notamment le personnel qualifié, les médicaments, le matériel et les biens consommables), les prix locaux, notamment ceux de la main-d'œuvre, la capacité d'exécution, les structures organisationnelles et les incitations sous-jacentes, et le cadre institutionnel sur lequel s'appuie le programme (17, 19).

Tous ces obstacles permettent de penser que, même si elle se fonde sur le seul critère du rapport coût/efficacité, l'analyse du potentiel d'un système de santé à tirer davantage des

sommes qu'il dépense doit commencer par prendre en compte les capacités, activités et résultats actuels, et examiner ensuite les mesures qu'il convient de prendre à partir de cette base de référence pour ajouter, modifier ou éliminer des services. Cette méthode risque d'avoir de profondes incidences en matière d'investissement dans les cas où l'on ne peut pas changer grand-chose si l'on se contente de réorienter le personnel, les installations et le matériel en place (20).

CHOIX DES INTERVENTIONS : QUE FAUT-IL ENCORE PRENDRE EN COMPTE ?

Le rapport coût/efficacité est une notion utile pour atteindre le meilleur état général de santé, mais pas forcément pour le deuxième objectif, qui est la réduction des inégalités. Les populations dont l'état de santé est inférieur à la moyenne peuvent moins bien réagir à une intervention ou nécessiter davantage de dépenses pour être atteintes ou traitées par les services, de sorte que le souci d'une bonne répartition suppose la volonté de sacrifier à d'autres critères certaines améliorations globales de la santé. D'une manière plus générale, le rapport coût/efficacité n'est que l'un des neuf critères, au moins, auquel un système de santé peut être appelé à se conformer. Un système de santé doit protéger les gens contre le risque financier s'il veut atteindre le but d'une contribution financière équitable. Il en résulte que le coût doit être pris en considération, et pas seulement sa relation avec les résultats sanitaires, que les fonds soient publics ou privés. Un système de santé doit viser à assurer à la fois une équité horizontale et verticale, en traitant de la même manière tous ceux qui ont les mêmes besoins sanitaires et en privilégiant ceux dont les besoins sont les plus pressants pour parvenir à réduire les inégalités sanitaires. Il lui faut aussi veiller non seulement à ce que les bien portants subventionnent les malades, ce que tout dispositif de prépaiement permettra d'obtenir en partie, mais aussi à ce que la charge du financement soit équitablement répartie en faisant subventionner les pauvres par les riches. Ce dernier objectif oblige généralement à dépenser des fonds publics en faveur des pauvres.

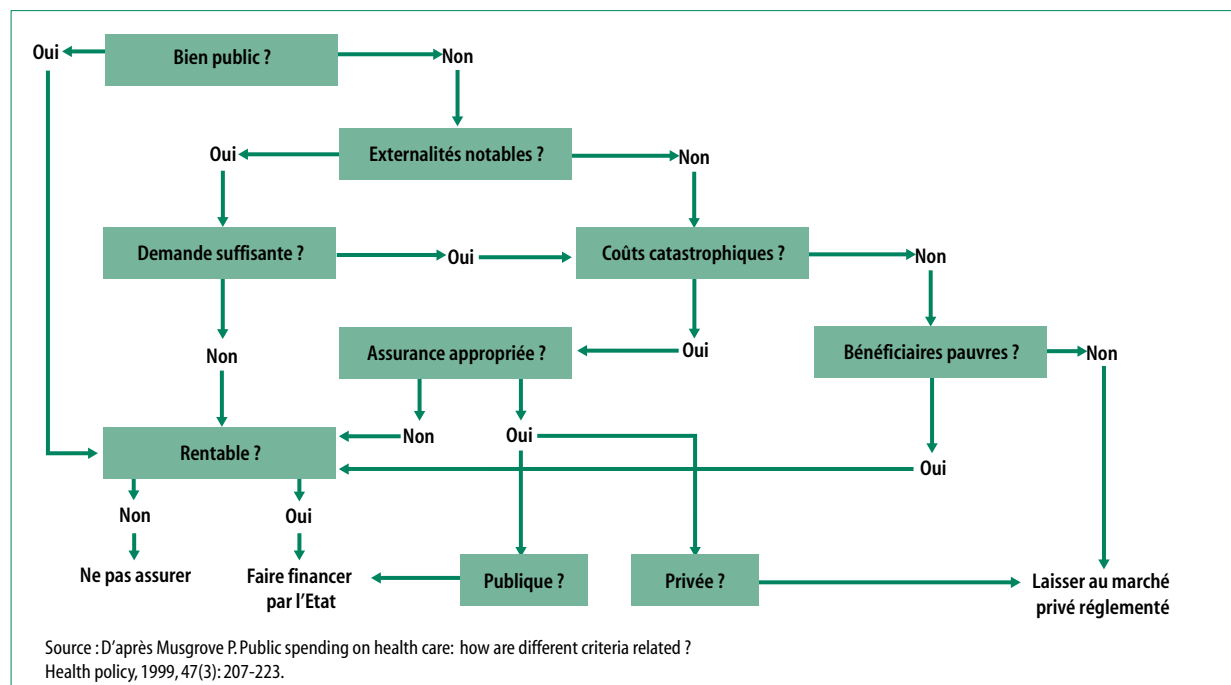
Les deniers publics sont aussi le mode principal (sinon le seul mode important) de financement des biens publics, c'est-à-dire des interventions que le marché privé n'offre pas car les acheteurs ne peuvent pas s'en approprier tous le profit et les non-acheteurs ne peuvent pas être exclus. Cette même constatation vaut pour les biens quasi publics comportant des externalités importantes, c'est-à-dire des retombées avantageuses pour les non-utilisateurs. La demande privée de tels services sera généralement insuffisante. Des interventions de ce type ont la plus grande importance pour la lutte contre les maladies transmissibles lorsque le traitement d'un cas peut en prévenir beaucoup d'autres, notamment lorsque l'on traite l'environnement et non telle ou telle personne. Les analystes et les décideurs considèrent aussi à juste titre que les décisions concernant l'affectation de ressources qui ont une incidence sur l'ensemble du système de santé doivent s'inspirer de considérations sociales, comme la nécessité de donner la priorité aux personnes gravement malades et de promouvoir le bien-être des futures générations. La Figure 3.2 résume les choix qui s'offrent pour l'utilisation des fonds publics ou gérés par l'Etat en indiquant dans quel ordre les différents critères doivent être pris en compte et comment on peut s'en servir pour décider si une intervention doit être achetée ou non. Cette manière de fixer les priorités renforce l'accent placé sur les deux objectifs résultats sanitaires et équité financière. Elle confère aussi une importance accrue aux activités de santé publique en prenant pour point de départ des interventions qui sont des biens publics ou quasi publics.

Ignorer ces autres critères et n'utiliser que la charge de morbidité et le rapport coût/efficacité pour déterminer les priorités peut conduire les tenants des différentes interventions à faire table rase de toutes les expériences passées, chacun s'efforçant de prouver que son programme entraîne de plus grands avantages ou coûte moins que les autres, sans toujours prendre en considération l'ensemble des facteurs qui compliquent le problème. Ils sont ainsi souvent amenés à sous-estimer le véritable coût des programmes et le risque d'échec qui résultera, au cours de leur mise en œuvre, d'une pénurie de ressources.

Une approche trop restrictive tend aussi à faire négliger le rôle de premier plan que le secteur public doit jouer dans la protection des pauvres et dans les mesures destinées à remédier aux défaillances du marché de l'assurance, c'est-à-dire à la tendance de celui-ci à exclure précisément les gens qui en ont le plus besoin, car ils sont généralement plus exposés que les autres à un risque de mauvaise santé. De nombreuses familles devront à un moment ou un autre faire face à un problème de santé peu fréquent pour lequel il existe une intervention efficace mais très coûteuse. Celles qui peuvent la payer vont s'adresser au secteur privé pour recevoir les soins nécessaires, mais s'il n'existe aucune forme d'assurance organisée, cette solution est généralement trop coûteuse pour les pauvres qui voient alors dans l'hôpital public un dernier recours. Cette démarche se traduit souvent par une utilisation inappropriée et abusive des soins hospitaliers et nuit à la fonction de financement des systèmes de santé.

Les systèmes de santé proprement dits dispensent toujours des services qui répondent à divers critères. La limite du possible qui définit la performance relative reflète cette situation étant donné qu'elle est basée sur les résultats effectifs considérés par rapport aux dépenses de santé et au capital humain. Un système de santé conçu et exploité uniquement dans un souci de rentabilité peut être en mesure d'allonger considérablement l'espérance de vie moyenne ou d'améliorer l'égalité, voire les deux, mais il correspondra beaucoup moins à ce que les gens veulent et attendent.

Figure 3.2 Questions à poser pour décider des interventions devant être financées et assurées



S'il est particulièrement difficile d'attribuer un rang de priorité aux interventions et aux bénéficiaires des services de santé, c'est parce que les différents critères ne sont pas toujours compatibles. L'efficacité et l'équité, notamment, sont souvent en conflit, car les coûts du traitement d'un problème de santé donné diffèrent selon les individus ou parce que la gravité d'une maladie n'est guère en rapport avec l'efficacité des interventions destinées à la combattre ou avec leur coût. Le rapport coût/efficacité n'est jamais la seule justification de l'utilisation des ressources publiques, mais c'est le facteur dont il faut le plus souvent tenir compte dans le choix des interventions à acquérir. On ne peut l'ignorer que lorsque les coûts sont bas et les bénéficiaires suffisamment aisés pour décider d'eux-mêmes de la valeur d'un achat particulier pour lequel ils vont s'adresser au marché, ou lorsque la protection contre les dépenses catastrophiques est une considération essentielle et peut être assurée par le prépaiement. La détermination des priorités d'un système de santé est un exercice qui fait intervenir divers critères techniques, éthiques et politiques et qui est toujours sujet à des modifications en fonction de l'expérience, des réactions du public et de l'inertie du financement et de l'investissement (21).

CHOIX DES INTERVENTIONS : QUE FAUT-IL SAVOIR ?

Pour fixer les priorités de façon réaliste, il faut disposer de nombreuses informations, à commencer par les données épidémiologiques. On a récemment beaucoup progressé dans la connaissance de la santé et du tableau de la morbidité dans le monde (14, 15, 22), y compris dans l'analyse des facteurs de risque qui influent sur plus d'une maladie à la fois. Les plus importants sont la malnutrition chez l'enfant et les mauvaises pratiques touchant à l'eau et l'assainissement. Parmi les autres grands facteurs de risque figurent la sexualité à risque, la consommation d'alcool, la pollution des locaux, le tabagisme, les risques professionnels, l'hypertension et l'absence d'exercice physique. Les services de santé publique d'un pays doivent s'attaquer à ces facteurs de risque évitables en fonction du contexte local. C'est ainsi que les origines de la malnutrition varient largement d'un pays et d'une région à l'autre. Dans l'Afrique subsaharienne et en Asie méridionale, le problème est souvent dû à une carence en micronutriments associée à un apport calorique insuffisant, tandis qu'en Europe centrale et orientale, la malnutrition est souvent due à un apport de mauvaise qualité plutôt qu'insuffisant, c'est-à-dire à un régime trop riche en graisse et en féculents raffinés. Les activités de santé publique vont par conséquent varier selon les facteurs de risque et la morbidité dans le pays considéré.

Si l'on dispose aujourd'hui de bonnes données sur les types de risque et le tableau de la morbidité au niveau national, rares sont les pays qui décomposent ces données par niveau de revenu, par sexe ou par groupe vulnérable (par exemple, les handicapés, les minorités ethniques et les personnes âgées fragiles). Plus rares encore sont ceux qui recueillent des renseignements sur les comportements favorables à la santé au sein de ces groupes ou sur leur utilisation des structures sanitaires. Or, sans une telle information, il est difficile d'évaluer l'efficacité des interventions, car une même intervention peut avoir des effets très divers lorsqu'on l'applique à différentes populations.

Les gouvernements doivent savoir comment encourager les comportements favorables à la santé dans les groupes cibles nécessitant des soins. C'est ainsi que les variations intergroupes de la mortalité des moins de cinq ans sont particulièrement importantes au Brésil, au Nicaragua et aux Philippines, mais beaucoup plus faibles au Ghana, au Pakistan et au Viet Nam. Il faut donc mettre davantage l'accent sur l'équité de la prestation des services de santé dans les premiers nommés (23). Il existe aussi souvent, au sein d'un même pays, des

différences importantes d'une intervention à l'autre concernant l'utilisation des soins médicaux préventifs et cliniques. Au Pérou, les différences entre riches et pauvres sont beaucoup plus grandes pour les accouchements en présence d'un personnel qualifié que pour les vaccinations (24), en raison surtout du coût très supérieur des accouchements.

Il est particulièrement recommandé aux responsables des politiques de recueillir des données sur les facteurs de risque, les états morbides et les interventions et de les associer avec des données tirées d'enquêtes auprès des ménages et des établissements sanitaires, de discussions de groupe et de l'application d'autres méthodes qualitatives ainsi que d'études universitaires, étant donné que les données agrégées à l'échelle mondiale ou nationale risquent de ne pas refléter les besoins locaux. Les services de santé publique et cliniques doivent être conçus pour répondre à ces derniers et se prêter à des réajustements novateurs au cours de leur mise en œuvre. Si la collecte et l'analyse de ces données sont plus difficiles dans les pays les plus pauvres qui ont le plus besoin de ce type d'analyse, les méthodes deviennent courantes et d'une utilisation plus aisée, même dans des pays à bas revenu (25).

Les étapes suivantes permettront aux systèmes de santé d'être plus à même d'effectuer des interventions efficaces d'un coût abordable, notamment pour les populations deshéritées :

- Premièrement, il convient de procéder en permanence à une évaluation détaillée des facteurs de risque sous-jacents, de la charge de morbidité et des modes d'utilisation dans les populations cibles.
- Deuxièmement, l'information recueillie dans le monde au sujet du coût et de l'efficacité des interventions ainsi que des diverses pratiques doit tenir compte des prix et des contextes locaux.
- Troisièmement, tous les pays doivent instaurer une politique claire de rationnement des interventions et veiller à ce que leurs ressources dont le montant est limité soient affectées à des domaines considérés comme hautement prioritaires. On s'attachera ensuite à déterminer comment y parvenir. Rares sont les pays qui disposent de protocoles cliniques permettant de standardiser les modes d'activité et d'adapter les interventions prioritaires connues aux besoins. Plus rares encore sont ceux qui ont les moyens de faire appliquer ces directives à la prestation des soins financés par le secteur privé.
- Enfin, aucune de ces mesures ne présente d'intérêt si la qualité de la prestation des services n'est pas assurée.

MISE EN ŒUVRE DES PRIORITÉS PAR LE RATIONNEMENT DES SOINS

Fixer les priorités est une chose, mais dispenser ce que l'on considère comme les services les plus utiles aux dépens du reste en est une autre. Les marchés résolvent ce problème en agissant sur les prix de sorte que les bénéficiaires de biens et de services sont déterminés non seulement par l'importance attribuée à ces biens et services, mais aussi par les moyens dont on dispose pour les acquérir. Les priorités ne sont alors fixées par personne et dépendent des lois du marché. Comme on l'a déjà indiqué, c'est là pratiquement le pire moyen de déterminer qui doit accéder à tel ou tel service de santé. Chaque système de santé doit donc décider des autres moyens à utiliser lorsque les ressources ne permettent pas de répondre aux besoins ou aux attentes.

Les pays à bas revenu se heurtent à des difficultés quasi insurmontables pour fixer les priorités et rationner les services. L'épidémie de VIH/SIDA tue plus de deux millions de

personnes par an en Afrique, soit plus de 10 fois le nombre des victimes annuelles des guerres et des conflits armés, et elle constitue, depuis quelques années, une lourde charge pour les services de santé de nombreux pays d'Asie méridionale et d'Afrique subsaharienne à bas revenu. Les systèmes de santé doivent ici faire face à un problème à long terme. Déterminer la part de ressources qu'il convient d'allouer aux campagnes de prévention du SIDA et au traitement des malades tout en maintenant les autres services de santé essentiels oblige à faire des choix difficiles. C'est là un problème chronique très différent de la nécessité de rationner des soins non urgents lorsque le système est temporairement surchargé en raison d'une brève flambée épidémique ou bien d'une catastrophe naturelle ou d'origine humaine. Les services d'urgence ont alors la priorité, on ajourne les mesures non essentielles et le système se concentre sur l'épidémie jusqu'à ce qu'elle soit suffisamment maîtrisée pour que les activités normales puissent reprendre.

La méthode de rationnement prolongé des soins la plus fréquente consiste à imposer un contrôle des dépenses rigoureux qui n'est pas axé sur un groupe de maladies déterminé ni sur une grande catégorie d'interventions mais se contente de limiter les engagements budgétaires pour les maintenir à un niveau abordable. Cette technique a été le plus fréquemment utilisée par les systèmes de santé financés par un budget global et le rationnement des soins incombe alors au responsable du budget. Elle a été appliquée par le Service national de Santé britannique avant 1990 ainsi que par les ministères de la santé de nombreux pays à bas revenu. D'autres techniques de maîtrise des coûts sont maintenant expérimentées avec des résultats variables par de nombreux pays de l'Union européenne et certains pays en développement (26).

Le principal inconvénient de cette démarche est que, dans les pays à bas revenu, elle entraîne généralement une dégradation du niveau général et de la qualité des soins. Si les ressources sont entre les mains des nantis, les groupes vulnérables risquent de rester à l'écart. Le budget disponible est généralement accaparé par les prestataires dont l'influence politique est la plus forte, comme les spécialistes et les hôpitaux, au lieu d'être utilisé conformément aux besoins de la population. Ainsi, dans de nombreux pays à bas revenu, une approche basée exclusivement sur la maîtrise des dépenses conduit à empêcher d'importants segments de la population d'accéder à des soins organisés.

Une deuxième approche consiste à rationner certains services conformément à des priorités fixées selon des critères préétablis, comme on l'a vu plus haut. Cette méthode appliquée pour la première fois au milieu des années 1980 est maintenant partiellement en vigueur en Norvège, en Nouvelle-Zélande, aux Pays-Bas, en Suède et dans l'Oregon (Etats-Unis d'Amérique) (27). Tous utilisent une combinaison de critères sociaux, politiques et de rentabilité. Depuis 1993, plusieurs pays en développement ont essayé d'adopter des « paquets » d'interventions, diversement décrits comme incluant des services « essentiels » ou « de base » ou « fondamentaux » dont le coût est abordable dans chaque contexte national (28). Le Mexique a été le premier pays à concevoir et adopter un tel paquet (29). Le Bangladesh, la Colombie et la Zambie ont également entrepris ce type de réforme.

Les priorités claires fixées au cours de ce processus constituent un net progrès par rapport à la démarche classique qui consiste en une maîtrise passive des dépenses. Le système présente pourtant un sérieux inconvénient : dans la pratique, en effet, les prestataires doivent faire face à une demande de services qui ne figurent pas dans le paquet ainsi défini. Ils réagissent généralement en subventionnant les activités non prévues à l'aide du budget reçu pour le financement du paquet de services ou en faisant payer un supplément pour les services additionnels. La première attitude entraîne une perte de financement pour le paquet de services prévu à l'origine et la seconde une augmentation des paiements directs et

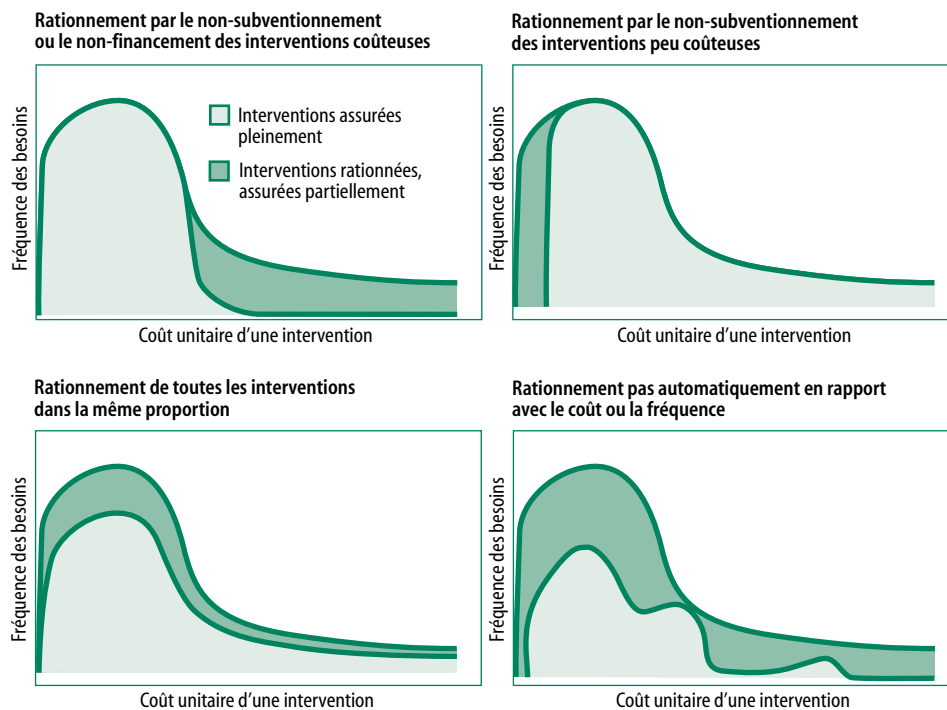
une érosion de la protection financière. Jusqu'ici, les tentatives qui ont été faites pour éviter un tel comportement chez les prestataires n'ont guère été couronnées de succès.

Un autre problème est posé par les « limites de la rationalisation » (dans laquelle s'inscrit le rationnement) (30), notamment si celle-ci est assimilée à la rentabilité. Les politiciens, les prestataires et le grand public se soucient de tous les critères mentionnés plus haut et peuvent éprouver de graves doutes au sujet des choix de répartition faits au départ. Le succès de la définition de priorités explicites dépend de l'acceptation et du soutien des prestataires et des consommateurs.

Même dans les limites du paquet de services financés par prépaiement, notamment si ce financement est public ou imposé par l'Etat, il n'existe aucun mode de rationnement des soins qui soit manifestement supérieur aux autres. La Figure 3.3 illustre quatre démarches simplifiées basées sur une formule associant le coût des services par personne traitée ou concernée et la fréquence estimative de l'utilisation du service. D'une manière générale, les services très coûteux sont rarement nécessaires et l'on a beaucoup plus souvent besoin de diverses interventions d'un coût intermédiaire. La courbe supérieure de chacun des tableaux de la figure montre ce que pourrait être la demande des différents services en l'absence de toute forme de rationnement, c'est-à-dire si chaque besoin était exprimé sous forme de demande et s'il n'existait aucun obstacle financier ou autre à l'obtention des soins. Il s'agit du maximum de ce qu'un système de santé peut souhaiter ou tenter d'offrir.

Pour limiter ce qui est effectivement dispensé, une méthode consiste à exclure la totalité ou la majorité des services rares et très coûteux, c'est-à-dire à raccourcir sur la figure la partie droite de la distribution des besoins. Cette méthode est assez fréquemment appliquée par les assurances privées qui excluent expressément certains services ou qui sélectionnent les clients potentiels en fonction du risque de manière à réduire la probabilité de ces services. Elle peut être compatible avec le souci de rentabilité (mais pas obligatoire-

Figure 3.3 Différents modes de rationnement des interventions sanitaires d'après le coût et la fréquence des besoins



ment) et, dans les systèmes qui disposent de ressources très limitées, c'est là une forme de rationnement pratiquement indispensable. Toutefois, elle augmente au maximum pour le consommateur le risque financier si l'intervention peut être obtenue par paiement direct ou le risque de détérioration catastrophique de la santé si le service n'est pas disponible pour tous.

La démarche inverse consiste à exclure les services fréquents mais très peu coûteux des régimes de prépaiement en obligeant ainsi à les payer directement, ce qui revient à raccourcir sur la figure l'extrémité gauche de la distribution. On peut alors éventuellement éviter certaines dépenses administratives, mais l'économie financière globale ne sera pas forcément substantielle. D'une manière générale, les prix ne doivent pas être le principal critère de rationnement, et le paiement par des non-pauvres de sommes modiques ne pose qu'un problème relativement mineur. Toutefois, cette démarche se heurte à une difficulté manifeste : elle expose les pauvres à des risques qui seraient acceptables pour les non-pauvres et, par conséquent, accentue l'inégalité de la contribution financière. Si les prix doivent jouer un rôle, il est peut-être nécessaire de procéder à un rationnement différent pour les pauvres et pour le reste de la population.

Un système de santé doit aussi essayer de rationner tous les services dans la même proportion, en donnant à chaque personne qui en a besoin les mêmes chances d'obtenir les soins, indépendamment de leur coût ou du nombre de personnes qui nécessitent la même intervention. Il y a peu à dire sur cette manière de dispenser moins de soins que ce qui serait nécessaire, étant donné qu'elle n'est conforme à aucun des critères examinés ci-dessus. Au mieux, elle représente une tentative d'étalement plus ou moins équitable de la frustration éprouvée par ceux qui ne peuvent pas se faire soigner, mais elle ne permet même pas d'atteindre l'objectif de l'égalité de la réactivité. Il peut s'agir de la réaction d'un système sous pression et dépourvu d'orientations claires quant à l'importance relative des différents services.

Le dernier tableau de la Figure 3.3 correspond à une claire définition des priorités qui permet de rationner certains services beaucoup plus sévèrement que d'autres. Dans ce cas seulement, les priorités théoriques sont effectivement respectées de manière à influencer sur la prestation des services, et ce n'est que si les priorités sont choisies conformément à des critères appropriés que le rationnement, quelles que soient ses modalités d'application, contribue réellement à améliorer la performance d'un système de santé.

APRÈS LE CHOIX DES PRIORITÉS : ORGANISATION DES SERVICES ET INCITATIONS POUR LES PRESTATAIRES

La définition des priorités est généralement considérée comme une prérogative du secteur public, notamment en ce qui concerne le bon usage des dépenses publiques ou imposées par l'Etat. A cet effet, peu importe que la prestation des services soit publique ou privée, ou comment les prestataires sont rémunérés. Ce qui importe vraiment c'est qu'en passant des contrats avec des prestataires privés ou en les remboursant au moyen d'une assurance publique, l'Etat puisse veiller à ce que les priorités soient respectées, même s'il ne fournit pas lui-même les services. Dans le domaine du financement privé et volontaire des services, il n'existe généralement aucune priorité explicite : ce secteur du système de santé répond à la demande plutôt qu'aux besoins. Il convient de prendre en considération l'incidence

des paiements directs sur les pauvres en raison de la demande accrue, dans le secteur privé, d'interventions qui ne figurent pas dans le paquet de services publics. Toutefois, certaines priorités peuvent être imposées par une réglementation exigeant, par exemple, que toutes les polices d'assurance privée couvrent un éventail de services essentiels ou en limitant la mesure dans laquelle les prestataires ou assureurs privés peuvent choisir les patients ou clients sur la base du risque. Ces fonctions figurent parmi les aspects de l'administration générale examinés au chapitre 6. D'une manière plus générale, étant donné que ce sont, en dernier ressort, les prestataires qui dispensent ou non les services prioritaires, le rationnement suppose « une direction attentive des agents » qui servent d'intermédiaires aux patients et qui évaluent leurs besoins sanitaires concurrents (31).

Avec une liste de priorités donnée et un ou plusieurs mécanismes de rationnement des soins identiques, la manière dont les services sont effectivement dispensés (qui bénéficie de quelles interventions, efficacité de leur prestation, réactivité du système) peut encore différer nettement d'un système de santé à l'autre. Ces différences sont dues au fait que, si les prestataires peuvent être encouragés ou astreints à dispenser certains services et si les budgets et règlements publics sont conçus de manière à imposer ces choix, les prestataires continuent à disposer d'une certaine latitude pour décider eux-mêmes qui traiter, pour quoi et comment. Quelle doit précisément être cette latitude est l'une des questions essentielles qui se posent à un système de santé. La réponse dépend de caractéristiques organisationnelles et institutionnelles dont la conjugaison détermine certaines des incitations fondamentales auxquelles réagissent les prestataires.

La relation entre organisations, institutions et interventions a son parallèle dans celle qui existe entre les joueurs, les règles et les objets d'un jeu. Les *organisations* sont les joueurs – par exemple, les prestataires individuels, les hôpitaux, les dispensaires, les pharmacies et les programmes de santé publique. Les *institutions* sont les règles (règles formelles et coutumes non écrites), c'est-à-dire les contraintes sociales communes qui déterminent les interactions humaines et les mécanismes permettant de les mettre en œuvre. Les institutions clés qui influent sur le système de prestation de services comprennent les règles relatives à l'administration en général (y compris la direction, la diffusion de l'information, la coordination et la réglementation) et aux achats. Les *interventions*, au sens de services ou activités comme on l'a vu plus haut, sont les objets du jeu et comprennent le traitement clinique, les mesures de santé publique et les actions intersectorielles de promotion de la santé (32). Les *incitations* enfin sont l'ensemble des récompenses et des pénalités que les prestataires peuvent recevoir du fait des organisations pour lesquelles ils travaillent, des institutions qui les régissent et des interventions particulières qu'ils exécutent.

Toutes ces caractéristiques présentent, tant au sein d'un même pays que d'un pays à l'autre, des différences marquées qui reflètent la complexité du processus de production des interventions sanitaires et la diversité des cultures et des traditions. Les structures ou formes organisationnelles, les modes de prestation des services, les mécanismes organisationnels d'incitation et les liaisons entre les services sont les caractéristiques qui exercent le plus d'influence sur les services cliniques et de santé publique. Comme le souligne le chapitre 1, les services de santé gèrent un bien – le corps humain – très différent de ceux sur lesquels s'exercent les autres activités économiques. À certains égards, toutefois, la production des services de santé ne diffère pas trop de celle d'autres services. Les progrès de l'application aux services de santé de l'analyse des systèmes et de la théorie de l'organisation mettent progressivement en évidence l'importance de ces facteurs (33-35).

MODES D'ORGANISATION

Les services de santé peuvent être organisés selon trois modes radicalement différents : au moyen d'une administration hiérarchique, en vertu d'accords contractuels à long terme soumis à certains contrôles indépendants du marché, et dans le cadre d'interactions directes à court terme entre patients et prestataires régies par les lois du marché (36). Ces modes d'organisation sont indépendants du régime de propriété – public ou privé. C'est ainsi que la propriété de services organisés au sein d'une hiérarchie peut être publique, comme dans le cas du vaste réseau de services de santé publique, hospitaliers et ambulatoires qui fait partie du système de prestation de services du Ministère de la Santé en Turquie et dans bien d'autres pays. Elle peut aussi être privée, comme celle d'une organisation de soins intégrés de santé aux Etats-Unis du type Kaiser Permanente, mais de telles institutions privées souffrent souvent des mêmes pesanteurs administratives que les organismes publics. Par ailleurs, si les interactions de type commercial entre prestataires et patients concernent surtout le secteur privé, des échanges à court terme de même nature sous la forme de paiements directs sont de plus en plus fréquents dans le secteur public de nombreux pays à bas revenu.

L'Inde offre des exemples de ces trois modes d'organisation. Les services du secteur public y sont du type hiérarchisé et les prestataires sont employés directement par l'Etat. A l'autre extrémité se situe le domaine des interactions directes basées sur le marché et non contractuelles entre population et prestataires. On y trouve à la fois les prestataires privés proprement dits et un système d'honoraires informels au sein d'établissements publics : 80 % du total des dépenses de santé sont effectuées dans ce cadre. Au milieu, diverses formes de dispositions contractuelles ont cours. Il peut s'agir de contrats à long terme entre le secteur public et des prestataires non gouvernementaux (à but lucratif ou non). Ce mode d'organisation est utilisé principalement pour le traitement de la cataracte et, en augmentant le nombre de prestataires financés par les deniers de l'Etat, il a permis un important développement de la chirurgie axée sur la prévention de la cécité, notamment au profit des pauvres. L'assurance privée est un autre type d'accord contractuel qui peut être ou non réglementé par les pouvoirs publics. Le patient a un certain type de relation avec l'assureur qui, à son tour, a une relation différente (contractuelle ou non) avec les prestataires.

Chacun de ces modes d'organisation des services de santé a ses avantages et ses inconvénients, selon le contexte et le type de service – communautaire ou clinique. Lorsqu'une coordination étroite s'impose, comme pendant la reconstruction du service de santé en Bosnie-Herzégovine à l'issue des hostilités (vers la fin des années 1990) ou lors d'une flambée de choléra, il est préférable d'instaurer un contrôle hiérarchique. S'inspirant largement d'expériences comme celle du Système national de Santé du Royaume-Uni et peu enclins à faire régler les problèmes de santé par le seul secteur commercial en raison des problèmes que pose une telle démarche, de nombreux pays à revenus moyen et intermédiaire ont, au cours de ces 50 dernières années, mis en place des systèmes de soins de santé financés par l'Etat et dispensant des services produits par une administration publique à intégration verticale. Il en est résulté un meilleur accès aux soins de santé pour des millions de personnes et, ainsi de nombreux programmes de santé publique ont pu être exécutés avec succès.

Toutefois, les administrations hiérarchiques présentent aussi de sérieux inconvénients pour la prestation des services de santé, lesquels apparaissent de plus en plus clairement depuis quelques années (37, 38). En effet, elles risquent d'être influencées par les intérêts des bureaucrates et des prestataires qui y travaillent, et il arrive souvent qu'elles ne soient pas aussi efficaces pour limiter ou réorienter les priorités que pour développer la capacité

de production et multiplier les services. On y observe aussi fréquemment un grand nombre des défaillances du secteur commercial concernant l'abus des situations de monopole (par exemple, la collecte de loyers sous la forme de frais informels) et le déséquilibre de l'information. Avec le temps, de nombreux systèmes de prestation de services hiérarchisés sont devenus beaucoup trop rigides, et leurs méthodes inefficaces produisent des soins médiocres ne répondant pas aux besoins et aux attentes des populations et des individus desservis. C'est la raison qui a conduit à entreprendre un grand nombre des réformes récentes décrites au chapitre 1.

Lorsqu'il faut faire preuve d'inventivité et de souplesse pour satisfaire à des besoins précis, comme pour le développement de nouveaux médicaments et matériels, les organisations commerciales sont préférables. Toutefois, les interactions commerciales directes entre patients et prestataires dans le secteur de la santé présentent l'inconvénient majeur d'exposer les premiers au risque financier de la maladie, à moins que des ressources financières suffisantes n'aient été préalablement mises en commun. En outre, il est difficile ou impossible de veiller à ce que ces transactions respectent les priorités en matière d'interventions et de malades que le système de santé cherche à imposer.

En raison des inconvénients des structures hiérarchiques rigides et des systèmes de paiement directs dans le secteur de la santé, des pays du monde entier tentent aujourd'hui d'instaurer des contrats à long terme associant les avantages d'une plus grande souplesse et de meilleures possibilités d'innovation au maintien d'un contrôle général des objectifs stratégiques et de la protection financière. On analyse déjà des expériences de passation de contrats pour la prestation de services dans des pays à bas et moyen revenus (39) et des efforts particuliers sont faits pour tirer des leçons des cas les mieux documentés, notamment celui du Royaume-Uni, dont d'autres pays pourraient tirer parti (40).

MODES D'ORGANISATION DE LA PRESTATION DES SERVICES

Comme de nombreuses autres formes de production, les services de santé peuvent être dispensés dans des organisations plus ou moins concentrées ou dans des cadres hybrides comportant des éléments concentrés et d'autres plus dispersés (41). Les organisations de services dispersées sont habituelles pour des activités qui ne donnent pas lieu à des économies d'échelle, c'est-à-dire dont les coûts unitaires ne sont pas plus faibles dans les grandes unités que dans les petites, comme les soins de santé primaires, y compris la prise en charge intégrée des maladies de l'enfance, les pharmacies, les permanences dentaires, l'exécution sur le terrain de programmes de santé publique, les services de conseil, l'action sociale et les soins communautaires et à domicile. Ces services ambulatoires comportent généralement un assez large éventail d'activités d'une complexité variable, comme la gestion des services cliniques et non cliniques courants assurés par des individus ou des petites équipes.

La production dispersée et concurrentielle par de petites unités donne de bons résultats dans tous les secteurs où les mécanismes commerciaux sont un bon moyen d'organiser la production. Il n'en va pas ainsi dans le domaine de la santé pour toutes les raisons qui font que les lois du marché sont moins efficaces lorsqu'on les applique aux soins de santé. Toutefois, les tentatives qui ont été faites pour remédier aux défaillances du marché en intégrant ces activités dispersées dans une structure administrative hiérarchisée se sont presque toujours heurtées à des problèmes de motivation du personnel et de transparence. Une étroite surveillance est difficile à mettre en œuvre et un contrôle excessif est nuisible. On a obtenu de meilleurs résultats avec des relations contractuelles basées sur la réputation pro-

fessionnelle ainsi que sur un sens aigu de l'engagement et des responsabilités. Ces relations donnent depuis longtemps satisfaction dans des pays comme le Danemark et la Norvège et on les a récemment expérimentées avec succès en Croatie, en Hongrie et en République tchèque.

Les modes d'organisation concentrés sont courants dans des secteurs tels que les soins hospitaliers, les laboratoires centraux de santé publique et les établissements d'enseignement des sciences de la santé qui ne donnent pas lieu à des économies d'échelle – diminution des coûts à mesure que la taille augmente – ni à des économies de gamme – diminution des coûts à mesure que les activités se diversifient (42, 43). Il s'agit alors d'interventions hautement spécialisées et très coûteuses qui nécessitent de grandes équipes regroupant des compétences très variées. Certaines imposent une surveillance permanente (pour les traitements et soins chirurgicaux) et un contrôle rigoureux des conditions d'asepsie (pour les unités de chirurgie et de soins aux brûlés). La transparence peut généralement être assurée par l'observation directe des produits ou résultats. La plupart des membres du personnel peuvent être recrutés à titre permanent ou à temps partiel plutôt que dans le cadre des relations contractuelles qui semblent donner de meilleurs résultats pour les activités dispersées. Les pays ont mieux réussi à intégrer ces services au sein d'administrations publiques hiérarchisées, mais ils pâtissent des inconvénients de ce mode d'organisation.

Il existe, pour les organisations de services concentrées, des limites de taille au-delà et en deçà desquelles elles cessent d'être efficaces. Au-delà, on peut citer l'exemple des vastes hôpitaux de 1000 à 2000 lits et les immenses laboratoires de santé publique d'Europe centrale et orientale qui étaient caractérisés par une spécialisation excessive, une faible productivité et une mauvaise qualité des soins (44). En deçà, il se pose également des problèmes d'efficacité et de qualité considérables lorsque les installations qui dispensent des soins spécialisés sont trop petites. Des hôpitaux pavillonnaires ou de district n'ayant que 20 à 50 lits sont courants dans de nombreux pays à revenu bas ou intermédiaire comme l'Éthiopie, le Maroc et la Turquie, notamment en zone rurale et dans le secteur privé (45). Il arrive alors souvent que les taux d'occupation des lits soient faibles et que le personnel ne voit pas un nombre suffisant de malades pour entretenir les compétences cliniques requises qu'exige le traitement des affections rares. Ces établissements peuvent soigner de façon satisfaisante les maladies banales, mais doivent alors être intégrés dans un système d'orientation-recours pour le traitement des affections plus rares ou nécessitant des soins complexes.

Les modes d'organisation hybrides se situent quelque part entre ces deux extrêmes. Un grand nombre des activités ayant une forte incidence potentielle sur les résultats sanitaires (indiquées au Tableau 3.1) sont exécutées dans un tel cadre. Certains éléments stratégiques des programmes de lutte contre des maladies infectieuses comme le paludisme, la tuberculose et le VIH/SIDA font l'objet d'une coordination planifiée au niveau national. Toutefois, la mise en œuvre de ces activités est parfois plus efficace lorsqu'elles se déroulent dans le cadre de relations contractuelles avec des prestataires locaux que lorsqu'elles sont exécutées dans le cadre de programmes verticaux isolément des autres services ambulatoires. C'est ainsi qu'en Égypte, la prise en charge intégrée des maladies de l'enfance exige une étroite coordination, à l'échelon national, d'activités telles que la vaccination, la lutte antipaludique et la supplémentation martiale, mais il serait impossible de la mener à bien sans prestataires locaux ayant le large éventail de compétences nécessaire, par exemple, pour soigner les infections respiratoires aiguës, la diarrhée et les maladies de l'enfance.

Ce dernier exemple met en lumière l'un des principaux problèmes de la prestation des services de santé, à savoir l'équilibre à maintenir entre le contrôle général de l'exécution des politiques et une souplesse suffisante pour que les administrateurs et les prestataires soient

capables d'innover et d'adapter les politiques aux besoins et contextes locaux avec tout le dynamisme nécessaire. Les services de santé en institution et hors-institution qui peuvent être remaniés par la négociation et adaptés en cours d'exécution au gré des autorités de tutelle ainsi que leur personnel répondent mieux aux besoins sanitaires de la population et à ses autres attentes que ceux dont l'organisation est hautement centralisée (46-49). Cette constatation confirme les relations entre la réactivité et les caractéristiques des services décrites au chapitre 2, mais une telle approche peut déboucher sur des résultats très différents de ceux que l'on se proposait d'obtenir au départ. Plus les gestionnaires et le personnel sont axés sur l'exécution d'une tâche clairement définie et plus il sera possible d'atteindre les grands objectifs de la politique générale sans avoir à recourir, pour les contrôles, à une structure hiérarchique rigide (50).

ALIGNEMENT DES INCITATIONS

Les prestataires de services ont besoin d'une souplesse suffisante, non pas à des fins arbitraires, mais pour pouvoir réagir à des incitations claires, c'est-à-dire pour que les incitations incluses dans les mécanismes organisationnels et institutionnels ne soient pas rendues inopérantes par des blocages. De plus en plus conscients de la nature structurelle des problèmes rencontrés dans les systèmes de prestation de services hiérarchisés, les responsables des politiques de nombreux pays ont été amenés à revoir les incitations inhérentes aux divers modes d'organisation et à modifier la répartition du pouvoir de décision, des recettes et du risque financier entre les différents participants qui est analysée dans le *Rapport sur la santé dans le monde, 1999* (16).

Il existe de nombreuses façons de modifier le type d'incitation lié à l'organisation des services de santé. Dans les pays d'Amérique latine, y compris l'Argentine et le Brésil, la décentralisation a transféré aux échelons inférieurs les pouvoirs de décision et, souvent, les droits et responsabilités en rapport avec la collecte des recettes du gouvernement central. A Sri Lanka, une autre forme de décentralisation a consisté à déléguer aux provinces certains des pouvoirs de contrôle du gouvernement central. En Indonésie, la création d'hôpitaux semi-autonomes a fait faire un pas de plus dans cette direction, car des établissements sanitaires sont ainsi dotés de pouvoirs de décision et de contrôle. En Hongrie, les médecins généralistes sont passés au début des années 1990 du statut de fonctionnaires à celui de praticiens semi-autonomes liés par contrat aux gouvernements locaux et à la caisse nationale d'assurance-maladie nouvellement créée.

Dans chacun de ces exemples, on a modifié une ou plusieurs incitations organisationnelles qui influent fortement sur le fonctionnement de l'unité concernée, qu'il s'agisse d'une province, d'une région, d'un district ou d'un prestataire individuel comme un hôpital ou un dispensaire (51). La Figure 3.4 montre la relation entre les formes d'organisation examinées plus haut et les cinq incitations suivantes :

- Le degré d'*autonomie* (pouvoir de décision) de l'organisation vis-à-vis de son propriétaire, des acheteurs contractuels comme les caisses d'assurance, de l'Etat et des consommateurs. Parmi les pouvoirs de décision critiques figurent le droit de regard sur le dosage des apports et le niveau, sur les produits et les limites des activités, sur la gestion financière, sur l'administration hospitalière et non hospitalière, sur la gestion stratégique et sur la stratégie commerciale (s'il y a lieu).
- Le degré de *transparence*. Lorsque les pouvoirs de décision sont délégués à une organisation, les gouvernements sont moins en mesure d'imposer un contrôle direct (par la voie hiérarchique). Lorsque l'autonomie s'accroît, il faut garantir la transparence

en passant de la supervision hiérarchique au suivi, à la réglementation et à l'inclusion d'incitations économiques dans les contrats.

- Le degré d'*exposition au marché* ou la part de recettes fondée sur la concurrence et non sur un transfert budgétaire direct. La participation du secteur commercial n'implique pas nécessairement un financement par paiements directs ; il est en effet préférable que les organisations de prestataires entrent en concurrence pour la collecte de recettes prépayées. Lorsque des gouvernements viennent au secours d'organisations qui ont un déficit ou des dettes par suite d'une mauvaise performance technique, ils atténuent l'impact de l'exposition au marché.
- Le degré de *responsabilité financière* pour les pertes et le droit de percevoir des profits (bénéfices non distribués et produits des ventes de biens en capital). C'est ce qui détermine dans quelle mesure les gestionnaires et le personnel sont financièrement intéressés à économiser. En cas d'autonomie accrue, c'est eux et non l'Etat qui sont les ayants droit résiduels aux flux de recettes, mais les demandes doivent alors être clairement énoncées et réglementées.
- La proportion de *services obligatoires non financés*. Lorsqu'une part importante des recettes globales est d'origine commerciale, les organisations courent un risque financier en raison des dépenses non récupérables associées aux obligations pour lesquelles il n'est pas prévu de fonds, comme les soins dispensés aux pauvres ou aux grands malades. Les réformes institutionnelles, axées sur une augmentation de l'autonomie, doivent donc s'accompagner de mesures complémentaires de financement de la santé destinées à protéger les pauvres. Le chapitre 5 passe en revue des exemples récents de telles réformes en Amérique latine.

Jusqu'à quel point les pays peuvent remplacer sans danger un contrôle hiérarchique de la prestation des services par un environnement incitatif (en passant vers la droite du spectre de la Figure 3.4) dépend de la nature des services et de leur capacité à contrôler la conformité avec les objectifs publics à l'aide de mécanismes indirects tels que la réglementation et la passation de contrats. Il n'existe aucune solution miracle pour garantir le succès d'un système de prestation de services. Toutefois, des pays comme le Canada (52), qui ont réussi à mettre en place un cadre plus cohérent pour ces trois caractéristiques organisationnelles, obtiennent de meilleurs résultats que d'autres comme les Etats-Unis d'Amérique (53) où l'on observe de nombreux signaux contradictoires car les incitations du marché sont très fortes en certains endroits et plus étroitement encadrées ailleurs.

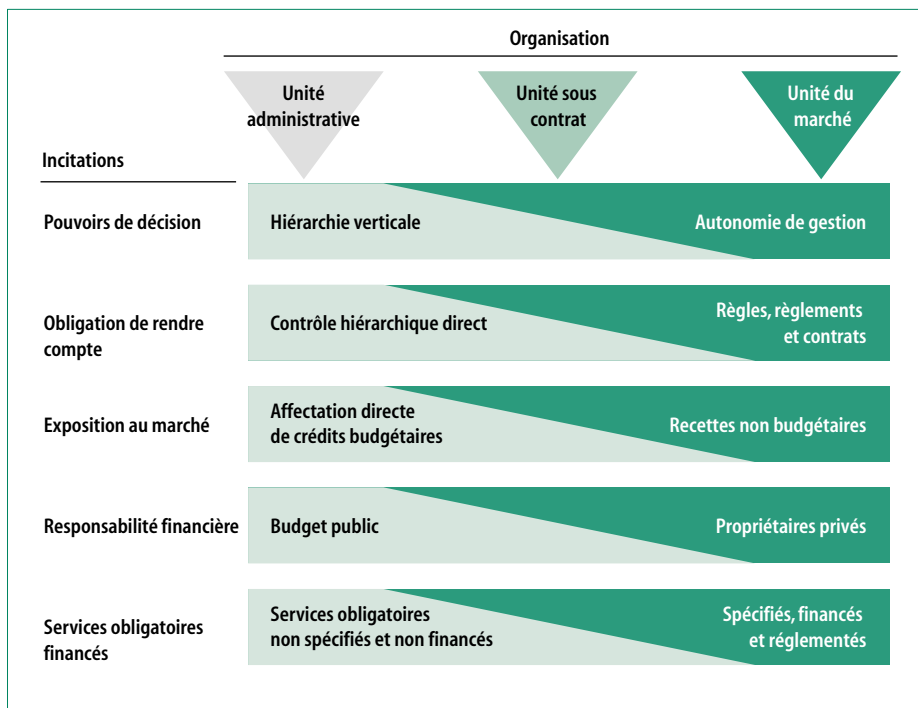
La cohérence des incitations institutionnelles est particulièrement importante dans le secteur hospitalier en raison de son rôle essentiel dans la prestation des services. Les pays ayant adopté des objectifs cohérents et alignés entre elles les cinq incitations institutionnelles semblent avoir obtenu de meilleurs résultats que ceux qui ont défini des objectifs et des incitations contradictoires. A Singapour, par exemple, les hôpitaux publics jouissent d'une autonomie considérable pour des décisions gestionnaires qui vont des achats au personnel (54). La transparence est maintenant assurée par des contrats et non par des contrôles hiérarchiques. Les hôpitaux sont en concurrence pour la clientèle et peuvent conserver les excédents de recettes résultant d'économies. Il existe aussi un mécanisme de subventions bien établi pour les groupes à faible revenu, mais un subventionnement croisé demeure nécessaire pour certains services obligatoires non financés. Les évaluations de suivi montrent que les réformes ont permis d'améliorer la réactivité aux malades et l'efficacité de la gestion des ressources, tout en protégeant les malades pauvres contre l'opportunisme de certains hôpitaux qui cherchent à accroître leurs revenus. En Indonésie, le degré d'autono-

mie est bien plus bas, mais les diverses incitations sont mieux équilibrées qu'en Nouvelle-Zélande et au Royaume-Uni où la politique assure une moins bonne cohérence des cinq incitations institutionnelles (39, 55, 56). Les hôpitaux sont incontestablement les organisations les plus complexes du système de prestation de services, et leur rôle évolue rapidement à mesure que de nouvelles procédures entraînent un rééquilibrage entre soins hospitaliers et ambulatoires et que les pressions financières s'accroissent (57). Comment organiser les services hospitaliers et les intégrer avec ceux des autres prestataires est probablement la question la plus difficile à laquelle un système de prestation de services ait à répondre.

L'un des moyens auquel de nombreux pays ont eu recours pour essayer d'accroître l'exposition des hôpitaux au marché consiste à sous-traiter certaines activités hospitalières. Les expériences tentées jusqu'ici dans ce domaine ont eu des résultats inégaux. C'est ainsi que l'on a sous-traité avec quelques succès l'entretien du matériel médical en Thaïlande, les services administratifs en Afrique du Sud et les services courants de gardiennage, de restauration et de blanchissage à Bombay. La plupart de ces activités peuvent gagner en efficacité si elles sont confiées à des spécialistes. Mais, à quelques exceptions près, la sous-traitance pose beaucoup plus de problèmes avec les services cliniques, car elle entraîne la perte du contrôle stratégique exercé sur une partie du processus de production, un déplacement des coûts et des problèmes de surveillance de la qualité des produits (58).

De nombreuses interventions de santé publique, comme les programmes de lutte antipaludique et les programmes nutritionnels au Sénégal ainsi que les programmes de santé génésique au Bangladesh, sont maintenant exécutées par des prestataires privés ayant passé un contrat à long terme, et non dans le cadre de programmes verticaux rigides sous la direction d'une administration centrale hiérarchisée. En outre, l'autonomie et la privatisation des médecins généralistes, dentistes, pharmaciens et autres agents de soins de santé

Figure 3.4 Différentes incitations internes dans trois structures institutionnelles



ambulatoires ont nettement progressé en Europe centrale et orientale, ce qui a eu à la fois de bons et de mauvais résultats.

Comme dans le cas des hôpitaux, les services ambulatoires rendus autonomes fonctionnent mieux lorsque les contradictions entre les objectifs et les systèmes d'incitation organisationnels sont réduites au minimum. Le Tableau 3.2 donne quelques exemples d'incitations institutionnelles pour les soins ambulatoires. Des tensions se produisent souvent lorsque le pouvoir de décision n'est pas étendu aux administrateurs (par exemple, lorsque les pressions politiques rendent impossibles le licenciement du personnel), lorsque des mécanismes assurant la transparence ne sont ni inclus dans les contrats à long terme, ni imposés par la discipline du marché, et lorsque les prestataires ne sont pas autorisés à conserver les excédents de recettes et ne sont pas non plus tenus pour responsables des pertes, ce qui ne les incite pas à économiser.

Les avis sont encore très partagés sur la question de savoir si les contrats à long terme passés avec des prestataires privés créent de meilleures incitations que des contrats similaires dans le secteur public. Le choix des incitations les plus appropriées peut dépendre de la priorité donnée aux objectifs. A l'échelle mondiale, la tendance consiste à éviter l'inefficacité

Tableau 3.2 Exemples d'incitations organisationnelles pour les soins ambulatoires

Organisation concernée	Exemples de pays
<p>Equipes locales ou districales gérant plusieurs structures cliniques et services de santé publique</p> <p>Y compris les bureaux de district du ministère de la santé et les conseils municipaux. Les changements apportés aux incitations institutionnelles sont souvent modestes et portent pour la plupart sur les pouvoirs de décision relatifs au budget et au personnel. Le risque financier demeure limité. Le degré effectif d'exposition au marché peut être supérieur à ce qui était prévu lorsque la part des rémunérations à l'acte est importante.</p>	<p>Finlande : les municipalités possèdent et gèrent des centres de santé, emploient du personnel, collectent des taxes et fixent les tarifs.</p> <p>Philippines : décentralisation en 1993 des responsabilités concernant les soins de santé primaires (et autres services sociaux) au profit des gouvernements locaux. Les biens, le personnel et les budgets ont été transférés au niveau local. Le Ministère de la Santé a mis en place des associations communautaires de soins de santé auprès de chaque administration locale. Les agents de santé relèvent maintenant des administrations locales et non du Ministère de la Santé. Le travail de supervision du Ministère de la Santé est devenu plus difficile.</p> <p>Zambie : l'Office central de la Santé, organe exécutif du Ministère de la Santé, passe maintenant des contrats dans le cadre de plans annuels de district avec des équipes de district et des offices sanitaires de district indépendants. Les districts ont davantage la maîtrise de leur budget d'exploitation pour les dépenses autres que les salaires, mais le personnel est encore principalement employé dans la fonction publique. La situation évolue à mesure que de nouveaux diplômés sont engagés par les districts et que le personnel non qualifié est recruté sur place. L'obligation de rendre compte à l'Office central de la Santé est assurée au moyen de sanctions lorsque les cibles de performance agréées n'ont pas été atteintes. Les recettes provenant des rémunérations à l'acte sont conservées par les établissements.</p>
<p>Etablissements particuliers</p>	<p>Bélarus : les polycliniques perçoivent maintenant leur propre budget et peuvent conserver une certaine partie des recettes provenant des paiements par l'utilisateur.</p> <p>Burkina Faso : des centres de santé à gestion communautaire ont été créés dans le cadre de l'initiative de Bamako : ils comprennent un tiers d'établissements publics et gèrent les recettes provenant des cotisations des usagers (jusqu'à 10 % du budget d'exploitation), principalement pour les médicaments. L'administration du personnel est officiellement centralisée. Il n'existe aucun canal hiérarchique bien défini entre les offices communautaires et le personnel des centres de santé.</p> <p>Mali : les centres de santé indépendants sont des mutuelles à but non lucratif appartenant à des associations communautaires qui les financent et les gèrent. Ces centres de santé recrutent leur propre personnel. Dans la pratique, rares encore sont ceux qui jouissent d'une indépendance financière.</p>
<p>Médecins généralistes</p>	<p>Croatie : médecins salariés de services ambulatoires précédemment employés par l'administration centrale. Ils sont maintenant indépendants et sous contrat.</p>

cité et l'absence de réaction inhérentes aux hiérarchies devenues trop rigides, tout en évitant l'autre extrême, à savoir des marchés non réglementés qui compromettent presque toujours la protection financière et risquent de gêner la coordination stratégique nécessaire pour dispenser des soins efficaces.

INTÉGRATION DE LA PRESTATION DES SERVICES

A mesure que des unités organiques comme les hôpitaux ou les dispensaires deviennent plus autonomes, le système de prestation des services risque de se fragmenter. Une fragmentation peut s'opérer entre des organisations de prestataires du même type (hôpitaux, services ambulatoires, ou programmes de santé publique) ou entre différents niveaux de soins. Elle a des effets négatifs sur l'efficacité et l'équité du système d'orientation-recours, à moins que l'on ait prévu des dispositions particulières pour garantir une certaine forme d'intégration entre les unités de prestations de services semi-autonomes ainsi créées.

Lorsque les services de santé se fragmentent, l'efficacité de la répartition en pâtit. C'est ainsi que des structures sanitaires non cliniques conçues pour dispenser des services de santé publique en Pologne et en Hongrie doivent souvent faire de la prévention secondaire et dispenser un large éventail de soins de base, car elles ne sont pas convenablement reliées au réseau de soins ambulatoires. Les hôpitaux universitaires, rendus récemment autonomes en Malaisie, assurent toute une gamme de soins hospitaliers et ambulatoires pour des maladies qui pourraient être soignées efficacement à un niveau inférieur dans un cadre communautaire. Les médecins généralistes de la République tchèque, devenus récemment autonomes, se sont empressés d'acheter une grande quantité de matériels coûteux et rarement utilisés (59).

Dans les cas où les modes d'organisation des prestataires entraînent une fragmentation, les désillusions provoquées par un système axé sur le marché peuvent conduire à réinstaurer un certain degré d'intégration verticale et horizontale et un contrôle hiérarchique accru. L'Arménie, la Hongrie, la Nouvelle-Zélande et le Royaume-Uni ont récemment tenté une telle expérience. Toutefois, le modèle du marché et le modèle hiérarchique posent tous deux des problèmes. Il importe de ne pas oublier les défaillances des systèmes de santé à planification centralisée qui se sont manifestées dans des pays aussi divers que le Costa Rica, le Royaume-Uni, Sri Lanka, la Suède et l'ex-Union soviétique (59).

L'« intégration virtuelle », au lieu de l'intégration verticale classique, est un moyen de préserver l'autonomie des prestataires avec tous ses avantages, sans provoquer de fragmentation. Dans le cadre de l'intégration verticale, un dispensaire reçoit ses instructions d'un hôpital ou d'un service public, ce qui limite la possibilité de répondre aux besoins locaux. Avec l'intégration virtuelle, on utilise des systèmes de communication modernes pour échanger rapidement des informations, sans contrôles pesants. Cette méthode est particulièrement utile pour l'orientation-recours et permet de faire appel aux services de prestataires non gouvernementaux qu'il serait difficile d'intégrer dans une organisation hiérarchisée. Le Bangladesh et le Ghana font l'essai de ce type de technique.

Même aux Etats-Unis d'Amérique, l'intégration verticale sous le contrôle des organisations de soins intégrés est en voie d'être remplacée par l'intégration virtuelle du réseau de prestataires de soins intégrés (HMO), d'autres groupes de prestataires et d'une industrie mondiale de l'assurance (30). L'intégration verticale des unités de production et de distribution est maintenant considérée comme un mécanisme de coordination de dernier recours et utilisée essentiellement lorsque l'on ne dispose pas d'une formule contractuelle (60).

Les tentatives d'intégration virtuelle se heurtent à trois problèmes courants en rapport avec la décentralisation, la séparation entre les acheteurs et les prestataires et les paiements directs par les usagers. Dans de nombreux pays, la décentralisation suscite depuis peu un enthousiasme accru, car elle est considérée comme le moyen d'atteindre des objectifs programmatiques et politiques très divers, tant en santé que dans d'autres domaines. Le but clairement affirmé de la décentralisation est souvent d'améliorer la réactivité et les incitations en transférant à des niveaux inférieurs du secteur public la propriété, les responsabilités et l'obligation de rendre compte. Ce transfert s'opère généralement entre l'administration centrale et les Etats ou provinces, les régions, les districts, les communautés locales et les structures publiques.

Les réformes se heurtent fréquemment à des difficultés car les problèmes structurels internes des hôpitaux, dispensaires et centres de santé publique ne disparaissent pas au cours des transferts. En Ouganda, la décentralisation n'a pas comblé le déficit financier de nombreuses installations sanitaires. A Sri Lanka, elle a mis en évidence la faiblesse de la capacité gestionnaire sans parvenir à y remédier. Au Ghana, des obligations sociales non financées ont été transférées à des niveaux inférieurs de l'administration qui, en raison de l'échec des réformes de l'assurance sociale, ne disposait pas d'une capacité financière suffisante pour endosser de telles responsabilités. Dans de nombreux cas, le gouvernement central reprend très vigoureusement les choses en mains lorsque les gouvernements locaux traitent de questions politiquement sensibles d'une manière qui ne correspond pas à ses vues.

Des tensions similaires se produisent souvent en cas de mésentente entre acheteurs et prestataires. En Hongrie ainsi qu'en Nouvelle-Zélande, des organismes d'achat situés dans divers secteurs du gouvernement et encore responsables de l'administration générale (comme les ministères de la santé et des finances) sont entrés en conflit avec les propriétaires de prestataires sous contrat (par exemple des municipalités et des gouvernements locaux). En Hongrie, des pouvoirs constitutionnels ont été octroyés, au début des années 1990, à une caisse nationale d'assurance-maladie autogérée placée sous le contrôle des syndicats. Pendant huit ans environ, jusqu'en 1998 – date où ce système a pris fin le Ministère des Finances et la caisse d'assurance-maladie ont été constamment en conflit au sujet de la politique fiscale et de la maîtrise des coûts. Souvent, les prestataires n'étaient pas payés en temps voulu.

Enfin, l'entrée en vigueur de la rémunération à l'acte crée des tensions entre les achats de services conformes à la politique et prépayés et ceux qu'effectuent les consommateurs selon les lois du marché. Il en a été particulièrement ainsi dans de nombreuses républiques d'Asie centrale et dans les pays touchés par la crise de l'Asie orientale où les recettes provenant d'achats conformes à la politique ont considérablement diminué ces dernières années. Ce phénomène risque de nuire aux politiques nationales de définition des priorités et de maîtrise des coûts et, comme on l'a vu au chapitre 2, il rend le financement beaucoup moins équitable. La manière de faire des achats une partie intégrante de la fonction de financement est traitée plus en détail au chapitre 5.

Pour atteindre leurs objectifs en matière d'amélioration de la santé, de réactivité et d'équité de la contribution financière, les systèmes de santé doivent déterminer certaines priorités et trouver des mécanismes pour inciter les prestataires à les respecter. Cette tâche n'est guère aisée en raison de deux problèmes. Premièrement, les priorités doivent refléter divers critères qui se contredisent parfois et qui nécessitent une quantité d'informations dont la plupart des systèmes de santé ne disposent pas actuellement. Deuxièmement, pour que les

priorités soient efficaces, il faut mettre en place des mécanismes de rationnement, des structures organisationnelles, des dispositifs institutionnels et des incitations pour les prestataires qui soient avant tout compatibles entre elles ainsi qu'avec les buts du système.

RÉFÉRENCES

1. **Beauchamp TL, Childress JF.** *Principles of biomedical ethics, 3rd ed.* Oxford, Oxford University Press, 1989.
2. **Gwatkin DR, Guillot M.** *The burden of disease among the global poor: current situation, future trends, and implications for strategy.* Washington, DC, et Genève, Banque mondiale et le Forum mondial pour la recherche en santé, 1999.
3. **Jha P, Chaloupka FJ, eds.** *Tobacco control policies in developing countries.* Oxford, Oxford University Press, 2000.
4. **Loudon I.** *Western medicine: an illustrated history.* Oxford, Oxford University Press, 1997.
5. **McKee M.** For debate – does health care save lives? *Croatian Medical Journal*, 1999, **40**(2): 123–128.
6. **Murray CJL et al.** *Development of WHO guidelines on generalized cost-effectiveness analysis.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1999 (GPE Discussion Paper No. 4).
7. **Tengs TO.** *Dying too soon: how cost-effectiveness analysis can save lives.* Irvine, California, University of California, National Center for Policy Analysis, 1997 (Policy Report No. 204).
8. **Barnum H, Tarantola D, Setiady I.** Cost-effectiveness of an immunization programme in Indonesia [Rapport coût/efficacité pour un programme de vaccination en Indonésie]. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, 1980, **58** (3): 499–503 (résumé en français).
9. **Barnum H.** Cost savings from alternative treatments for tuberculosis. *Social Science and Medicine*, 1986, **23**(9): 847–850.
10. **Prescott N, de Ferranti D.** The analysis and assessment of health programs. *Social Science and Medicine*, 1985, **20**(12): 1235–1240.
11. **Mills A.** Application des principes d'évaluation économiques des programmes de santé dans les pays en développement. *Rapport trimestriel de statistiques sanitaires mondiales*, 1985, **38**(4): 368–382.
12. **Mills A.** L'évaluation économique des programmes de santé dans les pays en développement : tour d'horizon et exemples. *Rapport trimestriel de statistiques sanitaires mondiales*, 1985, **38**(4): 402–431.
13. **Lee M, Mills A, eds.** *Health economics in developing countries.* Oxford, Oxford University Press, 1984.
14. *Rapport sur le développement dans le monde 1993. Investir dans la santé.* Washington, DC, Banque mondiale, 1993.
15. **Murray CJL, Lopez AD, eds.** *The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020.* Cambridge, MA, Harvard School of Public Health, Organisation mondiale de la Santé et Banque mondiale, 1996 (Global Burden of Disease and Injury Series, Vol. I).
16. *Rapport sur la Santé dans le Monde 1999. Pour un réel changement.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1999 (document non publié WHO/WHR/99.1).
17. **Hammer J.** *Economic analysis for health projects.* Washington, DC, Banque mondiale, 1996 (Policy Research Working Papers, No. 1611).
18. **Jha P, Bangoura O, Ranson K.** The cost-effectiveness of forty health interventions in Guinea. *Health Policy and Planning*, 1998, **13**: 249–262.
19. **Peabody J et al.** *Policy and health: implications for development in Asia.* Cambridge, Cambridge University Press, 1999.
20. **Murray CJL, Kreuser J, Whang W.** *Cost-effectiveness analysis and policy choices: investing in health systems.* In: Murray, CJL, Lopez AD. *Global comparative assessments in the health sector disease burden, expenditures and intervention packages.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1994.
21. **Bobadilla JL.** Investigación sobre la determinación de prioridades en materia de salud. In: Frenk J. *Observatorio de salud.* Chapitre 11. Mexico, Fundación Mexicana para la Salud, 1997 (en espagnol).
22. **Murray CJL, Lopez AD.** *Global health statistics.* Cambridge, MA, Harvard School of Public Health, Organisation mondiale de la Santé et Banque mondiale, 1996 (Global Burden of Disease and Injury Series, Vol. II).
23. **Wagstaff A.** *Inequalities in child mortality in the developing world. How large are they? How can they be reduced?* Washington, DC, Banque mondiale, 1999 (HNP Discussion Paper).

24. **Cotlear D.** *Peru: improving health care financing for the poor.* Washington, DC, Banque mondiale, 1999 (Country Studies).
25. **Wagstaff A.** *HNP module of Poverty Reduction Strategy Paper (PRSP) toolkit.* Washington, DC, Banque mondiale, 2000.
26. **Missialos E, Grand JL, eds.** *Health care and cost containment in the European Union.* Aldershot, Ashgate, 1999.
27. **Ham C.** Corporatization of UK Hospitals. In: Preker AS, Harding A. *Innovations in service delivery: the corporatization of hospitals.* Baltimore, Johns Hopkins University Press pour la Banque mondiale, 2000 (sous presse).
28. **Bobadilla JL et al.** Design, content and financing of an essential national package of health services [Structure, contenu et financement d'un module national de services de santé essentiels]. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, 1994, **72**(4): 653-662 (résumé en français).
29. **Bobadilla JL et al.** *El paquete universal de servicios esenciales de salud.* Economía y salud, documentos para el análisis y la convergencia. Mexico, Fundación Mexicana para la Salud, 1994 (en espagnol).
30. **Robinson R.** Limits to rationality: economics, economists and priority setting. *Health Policy*, 1999, **49**:13-26.
31. **Maynard A.** Rationing health care: an exploration. *Health Policy*, 1999, **49**:5-11.
32. **Berryman SE et al.** *Assessing institutional capabilities.* Washington, DC, Banque mondiale, 1997 (World Bank Working Paper).
33. **Wilson JQ.** *Bureaucracy: what government agencies do and why they do it.* New York, Basic Books, 1989.
34. **Schmalensee R, Willing RD.** *Handbook of industrial organization, Vols I and II.* Elsevier Science, Amsterdam (Pays-Bas), 1989.
35. **Williamson O.** *The economic institutions of capitalism: firms, markets and relational contracting.* New York, Free Press, 1985.
36. **Williamson OE.** Comparative economic organization: the analysis of discrete structural alternatives. *Administrative Science Quarterly*, 1991, **36**(2): 269-296
37. **Barr N, ed.** *Labor markets and social policy in Central and Eastern Europe.* Oxford, Oxford University Press pour la Banque mondiale, 1994.
38. **World Bank.** *World development report 1996 – From plan to market.* New York, Oxford University Press, 1996: 123-132
39. **Lieberman S.** Corporatization of Indonesia hospitals. In: Preker AS, Harding A. *Innovations in service delivery: the corporatization of hospitals.* Baltimore, Johns Hopkins University Press pour la Banque mondiale, 2000 (sous presse).
40. **Palmer N.** *The theory and evidence of contracting for primary care services: lessons for low and middle income countries.* London School of Hygiene and Tropical Medicine, 1999. Document non publié.
41. **Gregory R.** Accountability, responsibility, and corruption: managing the 'public production process'. In: Boston J. *The state under contract.* Wellington, Nouvelle Zélande, Bridget Williams Books, 1995.
42. **Panzar J, Willing R.** *Economies of scale and economies of scope in multi-output production.* Murray Hill, NJ, Bell Laboratories, 1975 (Economic Discussion Paper No. 33).
43. **Teece DJ.** Economies of scope and the scope of the enterprise. *Bell Journal of Economic Behavior and Organization*, 1980, **1**: 223-247.
44. **Ho T.** Hospital restructuring in the European and Central Asian Regions. In: McKee M et al. *The appropriate role of the hospital.* Copenhagen, Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Europe, 2000 (sous presse).
45. **Barnum H, Kutzin J.** *Public hospitals in developing countries: resource use, cost and financing.* Baltimore, Johns Hopkins University Press, 1993.
46. **Lipsky M.** *Street-level bureaucracy.* New York, Russell Sage, 1980.
47. **Tarimo E.** *Pour une meilleure santé au niveau du district: comment organiser et gérer des systèmes de santé de district fondés sur les soins de santé primaires.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1991.
48. **Conyers D, Cassels A, Janovsky K.** *Decentralisation and health systems change: a framework for analysis.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1993 (document non publié WHO/SHS/NHP/93.2).
49. **Janovsky K, Travis P.** *Decentralization and health systems change: case study summaries.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1998.
50. **Pressman J, Wildavsky A.** *Implementation.* Berkeley, University of California Press, 1973.

51. **Harding A, Preker AS.** Conceptual framework for organizational reform of hospitals. *In: Preker AS, Harding A. Innovations in health service delivery: corporatization in the hospital sector.* Baltimore, Johns Hopkins University Press pour la Banque mondiale, 2000 (sous presse).
52. **Evans B.** General revenues financing: a comparison of US and Canada. *In: Figueras J et al. Funding health care and long-term care: options in Europe.* Copenhague, Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Europe, 2000 (sous presse).
53. **Robinson JC.** The corporate practice of medicine: competition and innovation in health care. Berkeley, University of California Press, 1999.
54. **Phua K.** Corporatization of hospitals in Singapore. *In: Preker AS, Harding A. Innovations in health service delivery: corporatization in the hospital sector.* Baltimore, Johns Hopkins University Press pour la Banque mondiale, 2000 (sous presse).
55. **Scott G.** Corporatization in New Zealand hospitals. *In: Preker AS, Harding A. Innovations in health service delivery: corporatization in the hospital sector.* Baltimore, Johns Hopkins University Press pour la Banque mondiale, 2000 (sous presse).
56. **Ham C.** Priority setting in health care: learning from international experience. *Health Policy*, 1997, **42**(1): 49–66.
57. **McKee M, Healy J.** *The role of the hospital in a changing environment.* European Observatory on Health Care Systems and London School of Hygiene and Tropical Medicine, 1999. Document non publié.
58. **Mills A.** Contractual relationship between government and the commercial private sector in developing countries. *In: Bennett S, McPake B, Mills A. Private health providers in developing countries: serving the public interest.* Londres, Zed Books, 1997.
59. **Preker AS, Feachem RGA.** *Market mechanisms and the health sector in Central and Eastern Europe.* Washington, DC, Banque mondiale, 1996 (Technical Paper No. 293).
60. **Klein B, Crawford RG, Alchian AA.** Vertical integration, appropriable rents, and the competitive contracting process. *Journal of Law and Economics*, 1978, **21**: 297–326.

CHAPITRE QUATRE

Quelles sont les ressources nécessaires ?

Pour dispenser des soins de santé efficaces, il faut que les ressources financières soient bien réparties entre les nombreux apports utilisés pour la prestation des services. Sans installations bien construites et convenablement dotées en matériel et en fournitures, il ne sert à rien de disposer de nombreux médecins, infirmières et autres personnels. Les ressources disponibles doivent servir à la fois à investir dans des compétences, installations et matériels nouveaux et à entretenir l'infrastructure en place. En outre, cet équilibre délicat doit être maintenu dans le temps et entre différentes zones géographiques. Dans la pratique, les déséquilibres entre les investissements et les dépenses renouvelables ainsi qu'entre les diverses catégories d'apports sont fréquents, ce qui nuit à la performance. Les nouveaux investissements doivent être soigneusement choisis de manière à réduire le risque de futurs déséquilibres, et il convient de contrôler régulièrement la gamme d'apports. Acheteurs et prestataires doivent trouver dans la politique des orientations et des incitations claires si l'on veut qu'ils adoptent des méthodes efficaces pour répondre aux besoins sanitaires et aux attentes.

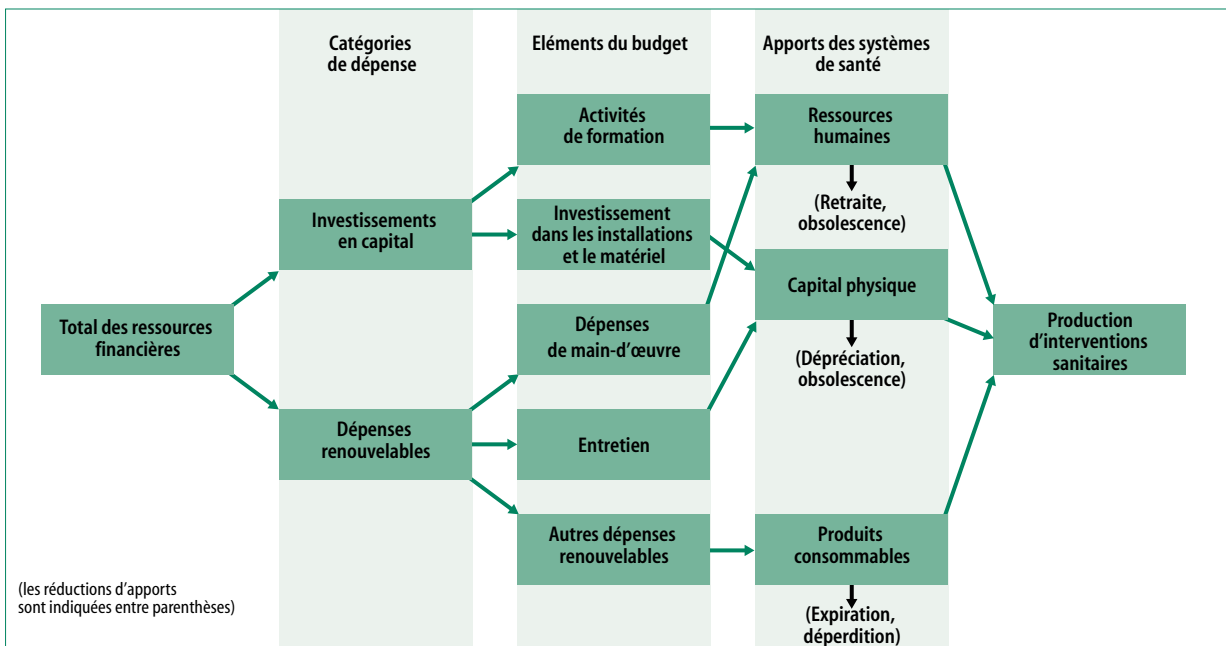
4

QUELLES SONT LES RESSOURCES NÉCESSAIRES ?

DOSAGE DES RESSOURCES

La prestation de soins de santé oblige à réunir une grande diversité de ressources pour assurer un très large éventail de services. Rares, si tant est qu'il y en ait, sont les procédés de fabrication dont la variété et le rythme d'évolution peuvent se comparer à ceux des multiples modes de production des services de santé. La Figure 4.1 indique les trois principaux apports d'un système de santé : ressources humaines, capital physique et produits consommables. Elle montre aussi comment les ressources financières nécessaires pour l'acquisition de ces apports sont à la fois un investissement en capital et une dépense renouvelable. En matière de santé comme pour les autres activités, les décisions concernant les investissements sont graves, car généralement irréversibles : elles engagent de fortes sommes d'argent dans des lieux et des activités où il est difficile, voire impossible, de revenir en arrière.

Figure 4.1 Apports des systèmes de santé : des ressources financières aux interventions sanitaires



Le fait que certaines décisions relatives à des questions d'investissement se prennent en dehors de la juridiction du ministère de la santé rend encore plus délicate la réalisation d'un équilibre général. Par exemple, la formation des médecins relève souvent du ministère de l'éducation et il arrive que les investissements dans les installations et les matériels émanent du secteur privé.

Le capital est l'ensemble des biens productifs. Les agents de santé qualifiés et les dispensaires mobiles ainsi que l'actif fixe font partie du capital du système de santé. Par investissement, on entend tout ce qui s'ajoute à ce capital, comme davantage de pharmaciens ou des véhicules additionnels. La durée de vie productive des différents investissements varie en général de 1-2 ans pour certains matériels à 25-30 ans, voire davantage, pour des bâtiments et certaines catégories de personnels professionnels.

Le progrès technologique influence la durée de vie économique d'une unité de capital : les investissements anciens deviennent rapidement obsolètes à mesure qu'apparaissent de meilleures technologies. La manière dont les biens sont gérés a également un effet sur leur durée de vie. Correctement utilisés et entretenus, les bâtiments et les véhicules conservent plus longtemps leur valeur initiale mais, si l'on n'en prend pas soin, le capital sanitaire se détériore rapidement. L'entretien doit aussi prendre en considération l'environnement : des routes en mauvais état réduisent la durée de vie moyenne des véhicules, et il faut que la planification de l'entretien, de l'exploitation et du remplacement des véhicules en tienne compte.

Le capital humain peut être traité en théorie comme le capital physique ; l'éducation et la formation professionnelle constituent alors les investissements clefs pour l'ajuster et déterminer les connaissances et compétences disponibles (1). Il existe toutefois une différence importante : les connaissances et compétences ne sont pas fermées ou détruites lorsqu'elles cessent d'être utilisées. Mais, comme le matériel, elles deviennent obsolètes avec l'avènement de nouvelles technologies, et le capital humain doit lui aussi être entretenu. Une éducation permanente et une formation en cours d'emploi s'imposent pour que les compétences existantes suivent l'évolution de la technologie et des connaissances. Par ailleurs, des pertes de capital humain se produisent lors des départs à la retraite et des décès.

Les investissements, au sens large, englobent aussi tout programme, activité ou projet nouveau. Les coûts des investissements en capital sont tous ceux qui ne surviennent qu'une fois (au début d'une activité), tandis que les coûts renouvelables se rapportent à des engagements financiers à long terme qui font généralement suite à un investissement. Si les techniques médicales disponibles sont considérées comme un capital et la recherche-développement comme l'investissement qui permet de repousser les frontières de la technologie et de mettre au point de nouvelles idées, ce raisonnement vaut aussi pour le matériel diagnostique, les médicaments, etc.

L'investissement est l'activité essentielle permettant de réajuster le capital et de créer de nouveaux avoires productifs. Ce réajustement se produit en général de façon progressive. C'est ainsi que, dans nombre de pays, l'infrastructure matérielle que constituent les bâtiments et installations hospitaliers est le produit d'une évolution qui s'étend sur de nombreuses années. Parmi les pays de l'OCDE, les dépenses d'investissement consacrées aux bâtiments et aux matériels ne dépassent généralement pas 5 % du coût annuel total des soins de santé et sont d'ordinaire un peu moins élevées qu'il y a 15 ou 20 ans : la maîtrise des coûts a été obtenue en partie par la maîtrise des augmentations de capital.

Dans les pays à bas revenu, les variations sont plus importantes. Les taux d'investissement peuvent être nettement plus élevés que les chiffres de l'OCDE, notamment lors-

qu'une infrastructure matérielle est mise en place ou restaurée avec l'aide de bailleurs de fonds. Des pays comme le Burkina Faso, le Cambodge, le Kenya, le Mali et le Mozambique font état de dépenses en capital situées, au cours d'une ou plusieurs années, entre 40 et 50 % du budget total de la santé dans le secteur public (2). Un important pourcentage du budget d'exploitation restant sert généralement à rémunérer le personnel de santé. Dès lors, seule une faible part du budget total peut être affectée à l'entretien du capital physique et humain ainsi qu'aux apports consommables, y compris les substances pharmaceutiques. Le maintien d'un équilibre entre les investissements et les autres dépenses est encore plus essentiel dans les pays à bas revenu où la marge d'erreur est étroite. Toutefois, l'information sur les investissements sanitaires dans ces pays est généralement très succincte, même pour le secteur public. En ce qui concerne le secteur privé, les estimations des budgets nationaux de la santé ne comportent souvent aucune donnée ou prévoient sur de nombreuses années des taux d'investissement invraisemblablement élevés par rapport au total des dépenses. Si l'on ne sait pas combien on investit, ni dans quels types d'apports, il est pratiquement impossible d'accorder les décisions relatives aux dépenses en capital avec les coûts renouvelables ou de veiller à ne pas gaspiller le capital ni à dépenser des fonds requis pour d'autres apports.

Plus rares encore sont les données sur l'importance des investissements annuels consacrés à l'éducation et à la formation professionnelle. Ces dépenses d'investissement comprennent les écoles de médecine et d'infirmières, la formation en cours d'emploi sous toutes ses formes et la recherche clinique. De nombreux acteurs interviennent et il arrive souvent que les investissements ne soient pas contrôlés par un ministère unique, ni axés sur un objectif commun. On a des raisons de penser que la somme des investissements en capital humain est très supérieure à celle des investissements en capital physique, du moins dans les pays à haut revenu. Comme le capital physique, le capital humain n'augmente en général que lentement. La formation d'un spécialiste peut s'étendre sur dix ans ou davantage, compte tenu des études médicales et de la formation en cours d'emploi. Les nouveaux investissements en capital humain ont aussi des conséquences à long terme semblables à celles des investissements en capital physique. La création, par exemple, d'une catégorie d'agents de santé possédant de nouvelles compétences oblige à investir à long terme dans de nouveaux programmes d'enseignement de base et de formation continue et suppose un engagement à long terme pour la rémunération de ce personnel.

IMPORTANCE VITALE DES RESSOURCES HUMAINES

Les ressources humaines, c'est-à-dire les différents types de personnel clinique ou autre permettant de réaliser chacun des actes individuels et chacune des interventions de santé publique, sont les principaux apports d'un système de santé. La performance du système de soins de santé dépend, en dernière analyse, des connaissances, compétences et motivations des personnes responsables de la prestation des services.

En outre, les ressources humaines sont généralement le poste le plus important du budget d'exploitation de la santé. Dans de nombreux pays, les coûts salariaux représentent les deux tiers du total des dépenses renouvelables, voire plus. Cependant, le personnel ne serait pas en mesure de travailler efficacement sans capital physique – hôpitaux et matériel – et sans biens consommables, comme les médicaments, qui jouent un rôle important dans l'augmentation de la productivité des ressources humaines. Il faut établir un équilibre réaliste non seulement entre le capital sanitaire global et les activités récurrentes, mais aussi entre les trois catégories d'apport indiquées à la Figure 4.1.

Quel est le choix de traitements qui s'offre pour une maladie ou un état morbide donnés ? Les services doivent-ils être assurés à l'hôpital ou dans des installations de soins de santé primaires ? Quel est le niveau de compétences et de connaissances requis pour assurer cette gamme de services ? Toutes ces questions ont un point commun : elles concernent le degré de souplesse de la prestation des services de santé, c'est-à-dire la possibilité de remplacer un type d'apport par un autre ou une forme de soins par une autre, tout en maintenant un niveau constant et une même qualité de prestation. D'un point de vue sociétal, il convient d'encourager de telles substitutions lorsque cela est souhaitable pour garantir la rentabilité des services. Pour bien équilibrer les différents apports, il faut déterminer les besoins sanitaires, les priorités sociales et les attentes des consommateurs.

Les systèmes de santé sont de grands consommateurs de main-d'œuvre et nécessitent, pour bien fonctionner, un personnel qualifié et expérimenté. Là aussi, il faut maintenir un équilibre non seulement entre les agents de santé et les ressources physiques, mais aussi entre les différents types de promoteurs de la santé et de prestataires de soins. Recruter des médecins pour s'acquitter des tâches les plus simples serait un gaspillage évident. A mesure qu'augmente un apport donné du système de santé, la valeur ajoutée par unité additionnelle de cet apport tend à baisser (3). En cas de pénurie de médecins, par exemple, l'arrivée d'une nouvelle recrue aura un effet positif sur les soins de santé, mais, si les médecins sont déjà trop nombreux, un de plus risque davantage d'accroître les coûts que d'améliorer les soins. On trouvera dans l'Encadré 4.1 certains conseils pour remédier aux déséquilibres entre prestataires de soins de santé.

Un système de santé peut disposer d'un nombreux personnel ayant d'excellentes connaissances et compétences et s'exposer à une crise imminente s'il n'y est pas tenu compte des futurs besoins sanitaires, des priorités et des ressources disponibles. C'est ainsi que, lorsque l'enseignement de base et la formation professionnelle des jeunes médecins et infirmières laissent à désirer ou lorsque le personnel d'encadrement n'a pas le temps ou les ressources nécessaires pour mettre à jour ses connaissances et compétences, on peut s'attendre à de futures carences. De même, une mauvaise distribution par âge des personnels pose un réel problème au moment des départs à la retraite. Un système de soins de santé doit donc bien équilibrer ses investissements en capital humain pour couvrir les futurs

Encadré 4.1 Redistribution des ressources humaines

Un grand nombre de pays souffrent d'une pénurie générale de médecins. D'autres, engagés dans une entreprise à long terme de réorientation des ressources au profit des soins de santé primaires, constatent qu'ils ont trop de spécialistes et pas assez de généralistes. Beaucoup règlent ces problèmes par une redistribution des diverses catégories d'agents de santé.

Réorientation des médecins spécialistes. Si, à long terme, la limitation du nombre d'étudiants admis à suivre une spécialisation et la modification des programmes d'internat constituent un bon moyen de rééquilibrer les catégories de médecins, la reconversion de spécialistes en médecins de famille est une stratégie à court terme pratiquée, par exemple, en Europe centrale et orientale.

Remplacement de médecins par d'autres professionnels de la santé. La formation d'un médecin peut coûter trois fois plus cher que celle d'une infirmière.¹ De ce fait, il peut être rentable de former davantage d'infirmières et autres professionnels de la santé pour remplacer les médecins. Au Botswana, on a remédié dans certains cas à la pénurie de médecins en formant davantage d'infirmières praticiennes et de

pharmaciens.²

Création de nouvelles catégories de personnels. Pour mieux apparier les compétences et les fonctions, il peut être nécessaire de créer de nouvelles catégories de personnels. Au Népal, un programme d'enseignement permet à des aides-soignants et autres agents de santé travaillant en zone rurale d'acquérir une formation leur permettant d'accéder à des postes plus élevés.³

¹ *Rapport sur le développement dans le monde 1993 : investir dans la santé.* Washington, Banque mondiale, 1993.

² Egger D, Lipson D, Adams O. *Achieving the right balance: the role of policy-making processes in managing human resources for health problems.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2000 (Issues in health services delivery, Discussion paper No. 2, document WHO/EIP/OSD/2000.2).

³ Hicks V, Adams O. *The effects of economic and policy incentives on provider practice. Summary of country case studies using the WHO framework.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2000 (Issues in health services delivery, Discussion paper No. 5, document WHO/EIP/OSD/2000.8 (sous presse)).

besoins au même titre que les demandes du présent. Certains des problèmes d'apports les plus aigus et les plus complexes ont trait aux ressources humaines (voir Encadré 4.2).

Aussi satisfaisants que soient les connaissances, les compétences et les effectifs du personnel, si les installations, le matériel diagnostique et les médicaments sont inadéquats, la prestation des services demeure mauvaise. Un manque d'apports complémentaires a aussi un effet négatif sur la motivation du personnel, ce qui influence la capacité des ressources humaines. La motivation, toutefois, dépend non seulement des conditions de travail, mais aussi des incitations et compensations financières, c'est-à-dire des revenus et autres avantages ainsi que de la gestion générale du personnel et des perspectives de carrière.

Les problèmes considérés dans les pays les moins développés comme les plus pressants pour le personnel de santé sont l'insuffisance des traitements et avantages ainsi que les mauvaises conditions de travail parmi lesquelles figurent l'affectation dans des zones de conflits, les installations inadéquates et la pénurie de médicaments et autres produits consommables essentiels (4). Dans certains pays, par exemple le Bangladesh et l'Égypte, une nette majorité des médecins employés dans le secteur public ont une clientèle privée pour compléter leur traitement. Au Kazakhstan, on estime que les « honoraires informels » ajoutent 30 % au coût des soins de santé (5). Certains pays donnent aux médecins la possibilité de travailler à titre privé dans des établissements publics afin de freiner l'exode du personnel qualifié que subit le secteur public. Au Bahreïn, on considère que cette stratégie a donné de bons résultats, mais les expériences du Ghana et du Népal montrent que de telles incitations risquent de détourner les trop rares ressources des services publics et d'inciter les professionnels à se mettre à leur compte (6).

Les gens sont des êtres pensants, contrairement aux machines, et le capital humain ne peut donc pas être géré de la même façon que le capital physique. Tout d'abord, les ressources humaines, et notamment les médecins, déterminent l'utilisation des autres apports disponibles. Un sureffectif de médecins va très certainement entraîner une offre excessive du type de service assuré par ces médecins. Dans les zones urbaines de nombreux pays à

Encadré 4.2 Problèmes de ressources humaines pour la prestation des services

Déséquilibres numériques. Une récente étude des ressources humaines dans 18 pays à bas ou moyen revenu réparties dans toutes les Régions de l'OMS montre que la plupart font face à divers degrés de pénurie de personnel sanitaire qualifié. Tout particulièrement dans l'Afrique subsaharienne, la capacité de formation limitée et les faibles rémunérations des agents de santé qualifiés entravent gravement la prestation des services. Ailleurs, par exemple en Égypte, les effectifs sont au contraire pléthoriques, ce qui pose aussi un problème. D'une manière générale, on décide qu'il y a pénurie ou offre excédentaire en se référant à des pays de la même région parvenus à un

stade de développement similaire. L'offre excédentaire peut donc être absolue, comme pour les médecins spécialistes dans de nombreux pays d'Europe orientale et d'Asie centrale, ou relative eu égard à la situation géographique du pays.

Déséquilibres dans la formation et le dosage des compétences. Les agents de santé ne sont souvent pas qualifiés pour les tâches qu'ils exécutent, soit parce que les possibilités de formation sont insuffisantes, comme dans de nombreux pays d'Afrique, soit parce que les compétences disponibles ne sont pas adaptées aux besoins et priorités du système de soins de santé, comme en Europe orientale et en Asie centrale. Toutefois, le nombre de médecins et autres personnels de santé

ayant reçu un certain type de formation ou ayant des titres déterminés n'est qu'un aspect de la question. Pas plus les études que les autorisations d'exercer ne remplacent dans tous les cas le savoir-faire requis pour traiter certains problèmes.

Distribution déséquilibrée. Dans presque tous les pays, il y a des déséquilibres de ressources humaines entre zones urbaines et rurales, ce qui pose des problèmes pour satisfaire les besoins de groupes particuliers tels que les pauvres ou les handicapés, ou encore les minorités ethniques. Les prestataires tendent presque partout à se concentrer dans les zones urbaines. Au Cambodge, 85 % de la population vit en zone rurale, mais seuls 13 % des agents de santé de l'État y travail-

lent. En Angola, 65 % des habitants sont des ruraux, mais 85 % des professionnels de la santé exercent en ville. Au Népal, seuls 20 % des postes de médecin ruraux sont pourvus contre 96 % des postes urbains.

Echec des méthodes utilisées dans le passé par les pouvoirs publics. Si la mise au point de politiques et plans nationaux de développement des ressources humaines pour la santé a récemment progressé, leur exécution n'est encore que partielle dans la plupart des pays. En outre, très rares sont les pays qui contrôlent et évaluent les progrès et l'impact de leur politique dans ce domaine.

revenu moyen comme la Thaïlande, la forte densité de médecins privés va généralement de pair avec l'utilisation fréquente d'un matériel et d'épreuves de laboratoire coûteux ainsi qu'avec une offre accrue à la population urbaine de services dont la valeur est parfois discutable. En Egypte, la forte proportion de médecins – deux médecins par lit occupé – associée à une large pratique de l'automédication explique la très forte consommation de médicaments. Selon les estimations, les ménages égyptiens les plus modestes consacrent plus de 5 % de leur revenu aux seuls médicaments (2).

Dans le domaine des ressources humaines, les incitations et la gestion ont aussi un effet indirect sur l'utilisation des autres ressources. De nombreux systèmes de paiement encouragent médecins et prestataires à utiliser plus ou moins de matériel médical, d'épreuves de laboratoire et de médicaments. Au Bangladesh, les médecins touchent une commission représentant 30 à 40 % des frais de laboratoire pour chacun des patients adressés par eux, ce qui ne peut que les inciter à augmenter le volume de ces services (2). En Chine comme au Japon, de nombreux médecins tirent une partie de leurs revenus de la vente des médicaments qu'ils prescrivent. Dans de nombreux pays, il est encore fréquent que les médicaments prescrits soient des marques et non des produits génériques, ce que l'on peut attribuer en grande partie aux incitations offertes par les laboratoires pharmaceutiques aux médecins et pharmaciens. L'insuffisance des compétences disponibles pour évaluer la technologie et contrôler la qualité est une autre cause de déséquilibre des ressources.

Les médecins, infirmières et autres agents de santé ne sont pas uniquement motivés par les conditions de travail, les revenus et la gestion actuels et c'est là une autre différence entre le capital humain et physique qui a une incidence sur la gestion du personnel. En effet, ces personnels sont également influencés par la manière dont ils envisagent l'avenir en fonction de leurs expériences passées, des vues exprimées par les autres et des tendances qu'ils observent. Si le personnel qualifié estime que les traitements, avantages et conditions de travail vont se détériorer dans le futur, ses décisions professionnelles et ses motivations s'en ressentent. Cette ombre que fait planer l'avenir peut aisément faire plonger les motivations et les performances dans une spirale descendante.

Une première mesure préventive consisterait à établir un équilibre durable entre les différents types de ressources ainsi qu'entre les investissements et les dépenses renouvelables. Un tel équilibre aurait sans doute pour principal effet de favoriser les investissements dans les ressources humaines par l'amélioration des revenus, des perspectives de carrière et des conditions de travail. De fait, nombre de pays à bas ou moyen revenu ont fait de l'augmentation des rémunérations ou des avantages une stratégie essentielle pour développer les ressources humaines et améliorer les prestations de services de manière à répondre aux besoins et priorités sanitaires (7). En Ouganda, les rémunérations du secteur public ont augmenté de 900 % en valeur nominale entre 1990 et 1999 et doublé en valeur réelle (8).

D'une manière générale, il n'existe pas de solution évidente au problème du développement des ressources humaines. Sans une gestion judicieuse, il faut des années, voire des dizaines d'années, pour que l'offre de main-d'œuvre qualifiée réponde aux signaux du marché.

Par ailleurs, les ressources humaines ne peuvent pas, contrairement au capital physique, être réformées lorsque leurs compétences sont devenues inutiles ou sont dépassées. Même le licenciement d'agents de santé du secteur public est souvent si difficile qu'il ne peut être réalisé que dans le cadre d'une réforme générale de la fonction publique.

Pour réduire les gaspillages et accélérer les réajustements, il est donc essentiel que les pouvoirs publics s'attachent à obtenir l'équilibre requis. Un certain nombre d'expériences

menées à bien sont résumées ci-après, mais il reste encore beaucoup à faire dans ce domaine (7).

Taux d'utilisation, dosage et distribution. Lorsque le marché du travail fonctionne librement, ce sont les coûts relatifs des différentes catégories de compétences qui doivent guider le choix du dosage le plus efficace. Il n'existe aucune norme absolue permettant de fixer le nombre de médecins ou d'infirmières par rapport à la population : on procède souvent de façon empirique. D'une manière générale, on décide qu'il y a pénurie ou pléthore de personnel selon les besoins et les priorités et sur la base de comparaisons avec des pays voisins ou parvenus à un niveau de développement comparable. Ces décisions nécessitent des données fiables sur les ressources humaines disponibles et sur leur distribution géographique et professionnelle, données qui font souvent défaut. En Guinée-Bissau, 700 travailleurs « fantômes » ont été rayés des registres du personnel du Ministère des Finances à la suite d'un inventaire des personnels de santé. L'enquête sur les agents de santé réalisée en 1993 au Cambodge a fait apparaître que la main-d'œuvre y était mal distribuée et en grande partie non enregistrée, et que les compétences variaient beaucoup (2).

Trois types de stratégie des ressources humaines ont donné des résultats assez satisfaisants :

- utilisation plus efficace du personnel disponible grâce à une meilleure distribution géographique ;
- utilisation accrue, lorsqu'il y a lieu, d'un personnel à compétences multiples ; et
- meilleur appariement des compétences et des fonctions.

Cette dernière stratégie s'attaque à un problème courant. La formation classique des agents de santé, notamment du personnel hautement qualifié, tient trop rarement compte des tâches effectives. Cette lacune est une source de gaspillage et a un effet démoralisant.

Un certain succès a été obtenu avec les périodes de service obligatoires et les incitations multiples (financières, professionnelles, éducationnelles, etc.) visant à rendre plus attrayants des domaines techniques ou des lieux d'affectation normalement peu demandés, par exemple au Canada ou dans les pays scandinaves où l'on encourage le personnel à travailler dans les régions septentrionales. Des pays comme l'Arabie saoudite, Fidji et Oman ont réussi à combler provisoirement d'importantes lacunes en recrutant des travailleurs étrangers. Cette stratégie peut toutefois créer d'autres difficultés et des tensions. Oman a maintenant pour principe de recruter surtout un personnel national, car l'effectif des étudiants en médecine potentiels s'est accru.

Enseignement de base et formation continue. Il apparaît clairement que le secteur public doit fortement s'impliquer dans la formation et dans le contrôle de la qualité de la formation continue pour stimuler le développement des ressources humaines dans des domaines cibles. De nouvelles écoles de santé publique ont été récemment ouvertes en Hongrie et en Jamaïque pour répondre aux besoins en spécialistes de l'épidémiologie, de la statistique, de la gestion et de l'éducation sanitaire. Elles visent à intégrer ensemble l'enseignement de base, la formation continue qui lui succède et la prestation de services. Cette formule présente deux avantages potentiels. Grâce à elle, la formation repose sur une assise pratique solide, et elle expose continuellement les prestataires de services aux nouvelles idées et au progrès technologique. Dans les pays où la population rurale est importante, on a eu recours à plusieurs stratégies pour inciter le personnel à travailler dans les campagnes. Le recrutement d'étudiants en médecine en zone rurale et la formation dans les zones où les médecins seront appelés à exercer en sont des exemples.

L'exode du personnel qualifié des pays à bas revenu vers les pays riches ou du secteur public vers le secteur privé au sein d'un même pays est un problème connexe. Les stagiaires les plus prometteurs émigrent souvent, tentés qu'ils sont par de meilleures conditions de travail et d'existence à l'étranger. De nombreuses infirmières jamaïcaines ont ainsi émigré aux Etats-Unis d'Amérique. Les médecins émigrent d'Egypte et d'Inde vers les pays du Moyen-Orient et vers les Etats-Unis d'Amérique et l'Europe. L'insuffisance des rémunérations et autres avantages est le plus grave problème auquel doit faire face le personnel sanitaire du secteur public dans de nombreux pays, et il en résulte un accroissement du nombre des cabinets privés, officiels ou non. Les contrats de services qui obligent à passer un certain nombre d'années dans le secteur public, notamment lorsque la formation est subventionnée par l'Etat, sont de règle aux Philippines et en République-Unie de Tanzanie et fréquents en Amérique latine, mais leur application présente des difficultés. Ils concernent généralement un personnel subalterne, les affectations – de courte durée – sont mal perçues, la supervision est rarement appropriée et le déséquilibre géographique global demeure à peu près inchangé. La mondialisation augmente la mobilité du personnel et les possibilités de formation à l'étranger, et les étudiants qui obtiennent leur diplôme dans un autre pays peuvent souhaiter y demeurer.

COMMENT S'ADAPTER AUX PROGRÈS DES CONNAISSANCES ET DE LA TECHNOLOGIE

L'essor des connaissances ou les progrès de la technologie, comme la découverte de médicaments ou de matériels diagnostiques nouveaux, peuvent accroître considérablement la capacité des ressources humaines à résoudre les problèmes de santé et, partant, améliorer les performances d'un système de soins de santé. En outre, les nouveaux acquis de la science remettent en question l'équilibre des ressources dans chaque pays, car, en modifiant l'importance relative des coûts, ils obligent à modifier les dosages (9). Au cours de ces dernières décennies, les percées fulgurantes de la médecine et de la technologie ont obligé à redessiner les frontières entre hôpitaux, soins de santé primaires et soins communautaires (10). La redistribution des ressources des systèmes de santé imposée par cette évolution a démarré beaucoup plus lentement.

Les médicaments antibiotiques sont un exemple de découverte scientifique influant sur la structure des coûts. A partir de leur apparition dans les années 1940, les malades atteints d'une infection bactérienne ont été plus souvent soignés à domicile ou en ambulatoire que dans des hôpitaux spécialisés, ce qui a nettement réduit les coûts et amélioré les résultats. La récente vogue de l'autotraitement incontrôlé et l'incidence croissante de bactéries pharmacorésistantes ont réduit certains de ces avantages. Des mesures énergiques d'administration générale s'imposent désormais pour améliorer la qualité du diagnostic et contrôler la prescription et l'observance. Les vaccins ont modifié d'une manière similaire la stratégie et les coûts de la lutte contre des maladies épidémiques comme la rougeole et la poliomyélite, et l'avènement de nouveaux vaccins va obliger à constamment repenser la stratégie sanitaire nationale pour que le dosage des apports demeure efficace.

Tous les pays riches et pauvres doivent établir et maintenir un équilibre raisonnable entre les apports, mais les choix que cela implique varient en fonction du montant total des ressources disponibles. Un pays pauvre n'est guère en mesure d'investir dans un matériel médical moderne ou d'acquérir des médicaments récents. Pour lui, passer des médicaments essentiels à des médicaments nouveaux et coûteux pour le traitement des maladies

cardio-vasculaires entraînerait une énorme augmentation du coût d'opportunité des résultats sanitaires. Cette variation des coûts d'opportunité entre pays a également une incidence sur l'équilibre optimal des ressources (voir Encadré 4.3).

Les prix de certains apports sont déterminés localement et d'autres sont soumis aux lois des marchés internationaux. Dans la plupart des pays, les prix des ressources humaines (rémunérations des médecins, infirmières et autres personnels de santé) sont fixés sur le plan national, et le niveau général des revenus dans chaque pays ou région joue alors un rôle déterminant. En revanche, les prix d'articles tels que les médicaments et le matériel médical protégés par un brevet sont déterminés à l'échelle mondiale. Bien que les différences de revenu d'un pays à l'autre puissent inciter les fabricants et les distributeurs de médicaments et de matériel à adapter quelque peu leurs prix, les responsables des systèmes nationaux de santé sont beaucoup moins à même d'influer sur ces prix que sur ceux des ressources humaines. Une administration générale internationale s'impose donc pour représenter les intérêts des consommateurs dans les pays à bas revenu où les maladies infectieuses et parasitaires représentent une lourde charge de morbidité. Ce type d'administration générale, placé sous la direction d'organismes tels que l'OMS et la Banque mondiale, va revêtir une importance croissante à mesure que la mondialisation de l'économie se poursuit et que sont conclus des accords de libre échange.

RÔLES DES SECTEURS PUBLIC ET PRIVÉ DANS LA PRODUCTION DES APPORTS

Abstraction faite des ressources en personnel qualifié, la plupart des apports utilisés pour les services de santé sont produits dans le secteur privé et les pouvoirs publics exercent un contrôle variable sur le volume et le dosage de la production, sur la distribution et sur la qualité. C'est ainsi que les marchés locaux produisent avec succès la plus grande partie des biens consommables et de la main-d'œuvre non qualifiée. L'intervention du gouvernement est surtout nécessaire pour garantir le respect des normes de qualité et de

Encadré 4.3 Disparités croissantes dans l'utilisation des technologies

Toutes sortes de techniques médicales utiles et de méthodes cliniques novatrices ont été mises au point au cours de ces dernières décennies, et bien d'autres sont sur le point de l'être. Malheureusement, ces nouvelles découvertes ne sont pas à la portée de tous, car certains pays ne disposent pas des fonds nécessaires. Des maladies efficacement soignées dans les pays riches par un personnel professionnel utilisant des techniques modernes sont traitées ailleurs par un personnel non qualifié, voire en dehors de toute structure médicale. Ceci est

d'autant plus grave que certaines de ces maladies sont plus fréquentes dans les pays pauvres.

On dispose actuellement pour le VIH/SIDA de médicaments qui peuvent, moyennant d'énormes dépenses, retarder au moins l'évolution de la maladie. Toutefois, les modes de traitement et les ressources actuellement utilisées pour le VIH/SIDA suivent des évolutions différentes selon les pays. Dans les pays pauvres, on ne peut pas encore soigner le VIH/SIDA. Les malades reçoivent en général des soins rudimentaires à domicile ou dans des institutions dont le personnel est en majorité

non qualifié. L'Afrique du Sud est parvenue à améliorer l'accès aux traitements anti-VIH en obligeant les assureurs à prendre en charge leur coût.

La transmission du *paludisme* peut être évitée par des pulvérisations dans les habitations, l'installation de moustiquaires imprégnées d'insecticide, une prophylaxie à la chloroquine, etc., mais de telles mesures ne sont pas toujours à la portée de ceux qui en ont le plus besoin. Différents projets ont été lancés pour le développement d'un vaccin antipaludique.¹ L'aboutissement de ces recherches offrirait une occasion

unique d'améliorer la qualité de la vie et de prévenir les décès. Il obligerait aussi à rééquilibrer les ressources, mais seulement dans les pays pouvant se permettre d'acheter les nouveaux vaccins.

Pour la *tuberculose*, l'incidence de la résistance bactérienne aux médicaments de première intention s'accroît. Elle pose un problème majeur, par exemple dans la Fédération de Russie. La pénurie de traitements médicaux efficaces et la mauvaise utilisation des médicaments sont autant d'obstacles au règlement de ce problème qui va s'aggraver.²

¹ Rapport sur la santé dans le monde, 1999 – Pour un réel changement. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1999.

² Global tuberculosis control :WHO report 2000. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2000 (document WHO/CDS/TB/2000.275).

sécurité, la mise à disposition d'une information fiable sur les produits et le maintien de conditions favorables à une concurrence équitable.

La mise sur le marché d'autres apports, comme les produits pharmaceutiques et le matériel médical spécialisé, se heurte souvent à divers obstacles : dépôt de brevets et demandes d'autorisation, normes de fabrication, investissements initiaux élevés, recherches coûteuses et périodes de développement prolongées. De ce fait, les fabricants de ces apports ont le pouvoir de fausser considérablement les règles du marché en manipulant les prix et la demande. Il faut donc adopter des mesures énergiques telles qu'une législation antitrust, une limitation des pharmacopées, des politiques pharmaceutiques favorisant les médicaments génériques, des achats groupés et des évaluations technologiques officielles (11-13). En achetant des médicaments et des techniques médicales sur le marché international, les pays peuvent aussi veiller à ce que les producteurs locaux demeurent concurrentiels (14,15).

Lorsque l'Etat subventionne la production des biens consommables, des produits pharmaceutiques et du matériel médical, la qualité, l'innovation, le progrès technologique, l'efficacité des méthodes de production et les délais de distribution en pâtissent souvent. L'exemple le plus frappant en est donné par l'ex-Union soviétique. Dans la plupart des pays qui ont suivi ce modèle, la productivité a rapidement chuté et les techniques de production ont pris du retard. Nombre de sociétés occidentales qui se sont implantées sur le marché des substances pharmaceutiques et du matériel médical en Europe centrale et orientale au début des années 1990 ont jugé moins coûteux et plus commode d'ouvrir de nouvelles installations que de convertir et moderniser les anciennes (16-18).

Les pouvoirs publics doivent davantage peser sur les décisions concernant le capital physique, par exemple les hôpitaux et autres grandes structures, mais les dispensaires, laboratoires, pharmacies, hôpitaux auxiliaires et autres petits établissements de soins n'ont souvent que de faibles besoins de capitaux et les investissements publics peuvent alors être complétés par des prestataires privés, soit directement, soit au moyen d'emprunts personnels. Dans la plupart des pays, les grands établissements hospitaliers dépendaient jusqu'ici largement de l'aide de l'Etat. Les décisions concernant les investissements dans ce domaine engagent pour des périodes de 30 à 40 ans, voire davantage. Une fois l'hôpital construit, il est politiquement difficile d'en imposer la fermeture. La nécessité d'adopter une politique publique énergique ne signifie cependant pas nécessairement que l'intégralité du capital doive émaner de l'Etat. De nombreux pays demandent de plus en plus au secteur privé de les aider à investir dans leur système de santé, même si les établissements ainsi financés sont à but non lucratif et si les dépenses d'exploitation doivent être prises en charge par l'Etat (19). Le chapitre 6 décrit quelques-uns des dangers de ces co-investissements et les compétences requises pour les mener à bonne fin. Il en va de même pour la formation de personnels spécialisés et la production de connaissances. Une participation importante de l'Etat est nécessaire pour établir un programme d'action et instaurer une réglementation appropriée, mais il peut mobiliser des capitaux privés pour compléter les investissements destinés à la formation et à la recherche.

La révolution des services de santé au XX^e siècle a été surtout favorisée par les nouvelles connaissances mondiales, fruits de la recherche-développement. Le chapitre 1 souligne, à l'instar du *Rapport sur la santé dans le monde, 1999*, que les systèmes de santé d'aujourd'hui sont manifestement responsables de la production des connaissances requises pour les systèmes de santé de demain (20), et il est tout à fait indiqué d'investir dans des recherches dont les résultats sont susceptibles d'être utilisés par tous (voir Encadré 4.4). Si la plupart

des activités de recherche-développement sont, et doivent être, financées par des capitaux privés, un engagement de l'Etat est nécessaire pour les soutenir et les orienter vers les secteurs où elles sont le plus nécessaires. Cependant, il est souvent vain de chercher à gérer directement la dynamique de la recherche-développement à partir du sommet, et l'expérience montre qu'une approche indirecte et des incitations bien conçues destinées à la communauté des chercheurs sont plus efficaces. Là encore, une administration générale imaginative est essentielle sur le plan international.

EFFETS DES INVESTISSEMENTS ANTÉRIEURS

Dans les pays les plus pauvres du monde, les investissements ont mis jusqu'ici l'accent sur la mise en place d'une infrastructure physique de plus en plus développée. Ces programmes ont souvent reçu l'appui d'organismes donateurs multilatéraux et bilatéraux qui en attendaient une amélioration des performances et espéraient que les pays seraient eux-mêmes en mesure de rassembler suffisamment de fonds publics pour couvrir les dépenses renouvelables (21). En réalité, les ressources nécessaires à l'entretien et au fonctionnement, tant du capital physique que du capital humain, ont souvent fait défaut. Les établissements de santé ne peuvent pas fonctionner correctement en raison du manque d'entretien et de la pénurie de médicaments et fournitures essentiels. Les véhicules sont souvent immobilisés

Encadré 4.4 Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination (GAVI)

Chaque année, près de 3 millions d'enfants succombent à des maladies qui pourraient être évitées avec les vaccins actuellement disponibles, car près de 30 millions des 130 millions d'enfants nés chaque année échappent à toute vaccination. La grande majorité d'entre eux, soit 25 millions, vivent dans des pays dont le PNB est inférieur à US \$1000 par habitant.

L'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination (GAVI) est une coalition d'intérêts publics et privés fondée en 1999 pour veiller à ce que chaque enfant soit protégé contre les maladies évitables par la vaccination. Parmi les partenaires de l'Alliance figurent des gouvernements nationaux, le programme de vaccination des enfants financé par la Fondation Bill et Melinda Gates, la Fédération internationale de l'Industrie du Médicament (FIIM), des institutions sanitaires de recherche et techniques, la Fondation Rockefeller, l'UNICEF, le Groupe de la Banque mondiale et l'OMS.

L'Alliance vise à combler le fossé qui va s'élargissant entre pays in-

dustrialisés et pays en développement en ce qui concerne l'accès aux vaccins. Outre les six vaccins du Programme élargi de Vaccination (contre la poliomyélite, la diphtérie, le coqueluche, le tétanos, la rougeole et la tuberculose), de nouveaux vaccins, par exemple contre l'hépatite B, contre *Haemophilus influenzae* type b (Hib) et contre la fièvre jaune, sont maintenant largement utilisés dans les pays industrialisés. L'un des objectifs prioritaires est la réalisation, dans tous les pays du monde, d'une couverture vaccinale d'au moins 80 % d'ici 2005. Sur la base des hypothèses actuelles concernant les coûts de distribution des vaccins, on estime à \$226 millions le montant additionnel nécessaire chaque année pour atteindre un tel taux de couverture dans les pays les plus pauvres avec les vaccins traditionnels du PEV ; pour atteindre le même nombre d'enfants avec les nouveaux vaccins, conformément aux directives adoptées à la première réunion du conseil de l'Alliance, c'est une somme de \$352 millions qu'il faudrait ajouter.

Au cours de la deuxième réunion

du conseil de l'Alliance, tenue au cours du Forum économique mondial à Davos, en février 2000, les partenaires de l'Alliance ont passé en revue les politiques qui permettraient d'atteindre la couverture vaccinale de 80 % ainsi visée et ont annoncé la création d'un fonds mondial de plusieurs millions de dollars pour les vaccins destinés aux enfants. Des gouvernements, des entreprises, des philanthropes privés et des organisations internationales collaborent à la gestion de ces ressources afin d'assurer la protection vaccinale des enfants de tous les pays dans le cadre d'une campagne intitulée « Le défi des enfants ». Les membres de l'Alliance considèrent en effet que la protection des enfants du monde contre les maladies évitables n'est pas seulement une obligation morale mais aussi la condition sine qua non d'une société mondiale saine et stable.

Tous les pays ayant un PNB inférieur à \$1000 par habitant (74 dans l'ensemble du monde, dont la majorité en Afrique) ont été invités à manifester leur intérêt en collaborant avec l'Alliance à cette campa-

gne. Près de 50 pays appartenant à toutes les Régions de l'OMS ont déjà fourni des détails sur leurs activités et leurs besoins en matière de vaccination. Les ressources du fonds serviront principalement à acheter des vaccins contre l'hépatite B, contre *Haemophilus influenzae* type b (Hib) et contre la fièvre jaune, ainsi que des matériels d'injection sans danger.

On envisage une collaboration des partenaires de l'Alliance au niveau des pays avec les gouvernements nationaux pour aider à combler les lacunes, autres que celles qui concernent directement la distribution des vaccins, indiquées dans les propositions de pays. En faisant assumer par les pays eux-mêmes une plus grande part de la responsabilité de l'information et de l'engagement, les partenaires de l'Alliance espèrent que l'action entreprise s'appuiera davantage sur ces pays et sera donc plus viable.

faute de réparations et d'entretien. Au Ghana, par exemple, en 1992, 70 % des véhicules du Ministère de la Santé ont été en panne à un moment donné dans les ateliers de l'Etat. La réorganisation de l'entretien et des réparations et la révision des méthodes budgétaires ont entraîné une rapide amélioration, mais les problèmes récents du Ghana sont très répandus. Et lorsque les véhicules sont en état de marche, il n'y a souvent pas de carburant. Ce ne sont là que quelques exemples de déséquilibres susceptibles de limiter la performance, de raccourcir la durée de vie des infrastructures physiques et de démoraliser le personnel. S'agissant du capital physique, la situation est souvent irréversible. Les rénovations coûteraient plus cher que la construction de nouveaux bâtiments.

L'absence des qualifications nécessaires, l'insuffisance des systèmes d'information sur les coûts, une budgétisation trop rigide et le fractionnement des tâches, notamment la dissociation des responsabilités relatives aux investissements et aux budgets de fonctionnement, expliquent aussi le déséquilibre des ressources. Si l'on ne connaît pas les quantités nécessaires, il est difficile de prévoir des budgets raisonnables pour des apports tels que les biens consommables et le carburant des véhicules, et si les prestataires sont responsables de chacune des lignes budgétaires correspondantes, il leur est difficile de fournir des services de santé efficaces. Une pénurie d'apports essentiels va trop souvent de pair avec la non-utilisation de fonds dans des budgets de la santé trop cloisonnés.

Le chapitre 6 examine l'avènement récent de partenariats formels, comme les approches sectorielles (APS), entre des Etats et des groupements de donateurs. En ce qui concerne les investissements dans les biens d'équipement, les donateurs pourraient faire beaucoup mieux. Le déséquilibre des dosages de ressources est favorisé par les organismes extérieurs qui mettent l'accent sur la visibilité des investissements sans se préoccuper de leur compatibilité avec d'autres (par exemple ceux concernant les pièces de rechange) ou avec les dépenses renouvelables. Le succès politique des investissements dans les systèmes de santé est rarement synonyme de viabilité. Dans les pays peu développés, les décideurs ont souvent tendance à accepter l'appui de donateurs sans se soucier de leurs effets à long terme sur l'équilibre entre les ressources existantes ou entre les investissements et les dépenses renouvelables. C'est ainsi qu'ayant accepté la contribution d'un donateur qui a financé la construction d'un établissement hospitalier de 1000 lits, Sri Lanka a dû, pour en assurer le fonctionnement, utiliser des ressources dont il avait besoin pour un grand nombre d'autres activités. La concurrence entre les projets des donateurs favorise encore la dispersion des responsabilités et les raisonnements à court terme (22).

CARACTÉRISTIQUES DES RESSOURCES POUR LA SANTÉ

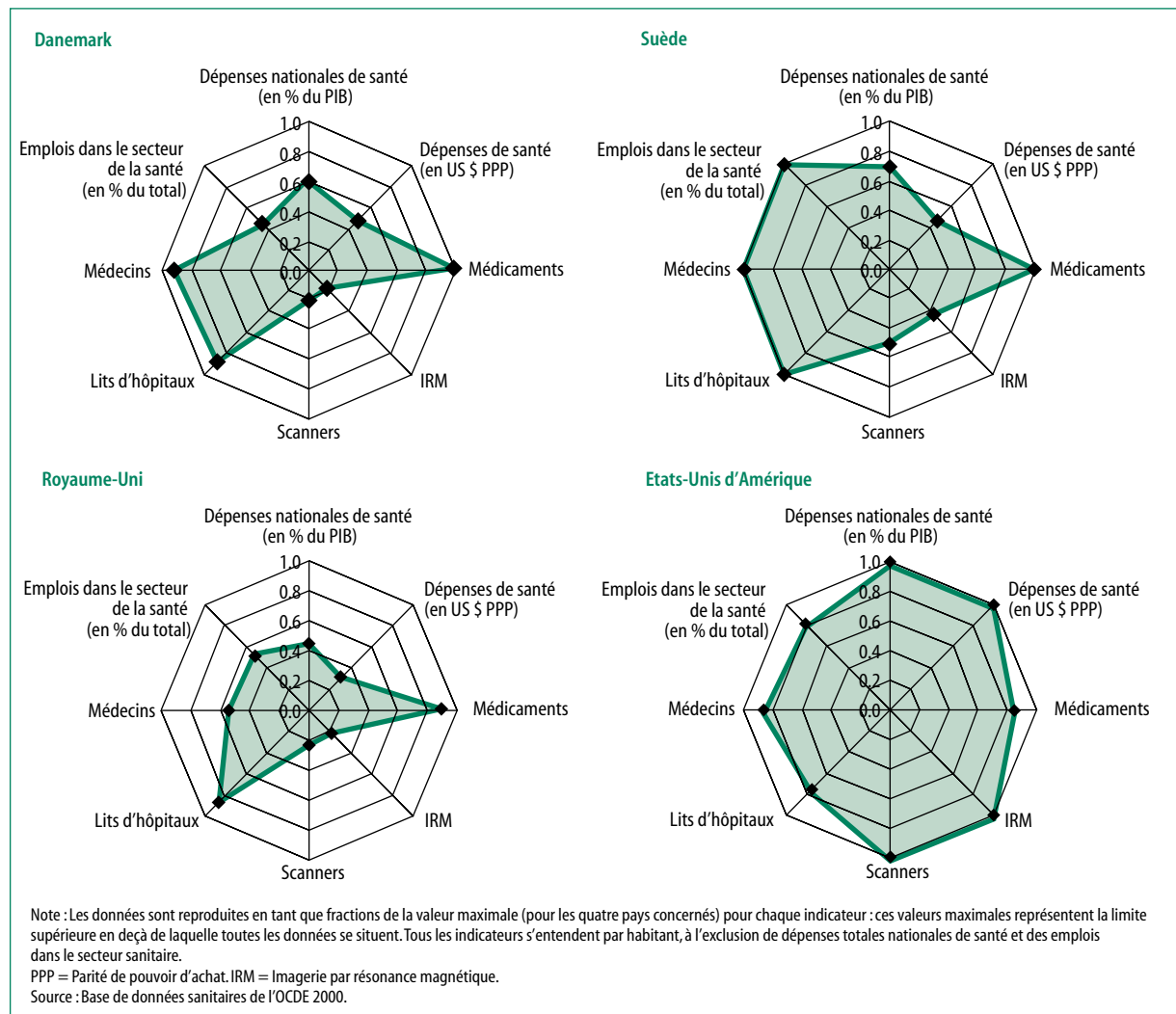
Les différences importantes entre les dosages de ressources des pays à haut et à bas revenus peuvent s'expliquer en partie par des différences entre les coûts relatifs. Un système exhaustif de comptes nationaux de la santé représente l'information la plus complète sur les apports des systèmes de santé et leurs prix. Dans un pays pauvre, les ressources en personnel non qualifié sont relativement bon marché, tandis que la technologie et les infrastructures médicales ainsi que le personnel hautement qualifié coûtent cher. De ce fait, un pourcentage important du budget global de l'Etat est souvent consacré aux investissements. Lorsque les rémunérations du personnel ont été imputées sur le budget ordinaire, il ne reste plus grand-chose pour le matériel, les médicaments, les biens consommables et l'entretien des installations. Il y a donc trop de personnel, ce qui est dû bien souvent au fait

que la formation est planifiée en fonction de l'effectif de la population ou des besoins et non pas des ressources. La consommation de médicaments dans les pays à bas revenu – qui est souvent élevée en valeur relative – est principalement financée par les consommateurs au moyen de paiements directs. Dans un pays relativement développé, les dépenses consacrées aux biens consommables sont beaucoup plus élevées en chiffres absolus, mais demeurent faibles en valeur relative, car les ressources humaines sont plus coûteuses. Toutefois, même entre des pays ayant des niveaux de revenus comparables, les profils de ressources laissent parfois apparaître de grandes différences.

La Figure 4.2 présente les profils de ressources de quatre pays à revenu élevé : Danemark, Etats-Unis, Royaume-Uni et Suède (23). Les niveaux de huit apports dans chacun de ces pays sont exprimés en pourcentage de la valeur correspondante la plus élevée enregistrée dans ce groupe de pays : les chiffres n'indiquent pas la « meilleure performance » au sens du chapitre 2, mais se contentent de comparer les niveaux des apports.

Les Etats-Unis sont proches de la limite supérieure, voire à cette limite, pour chaque apport. Pour les dépenses de santé et la technologie, ils sont à la limite supérieure dans ce

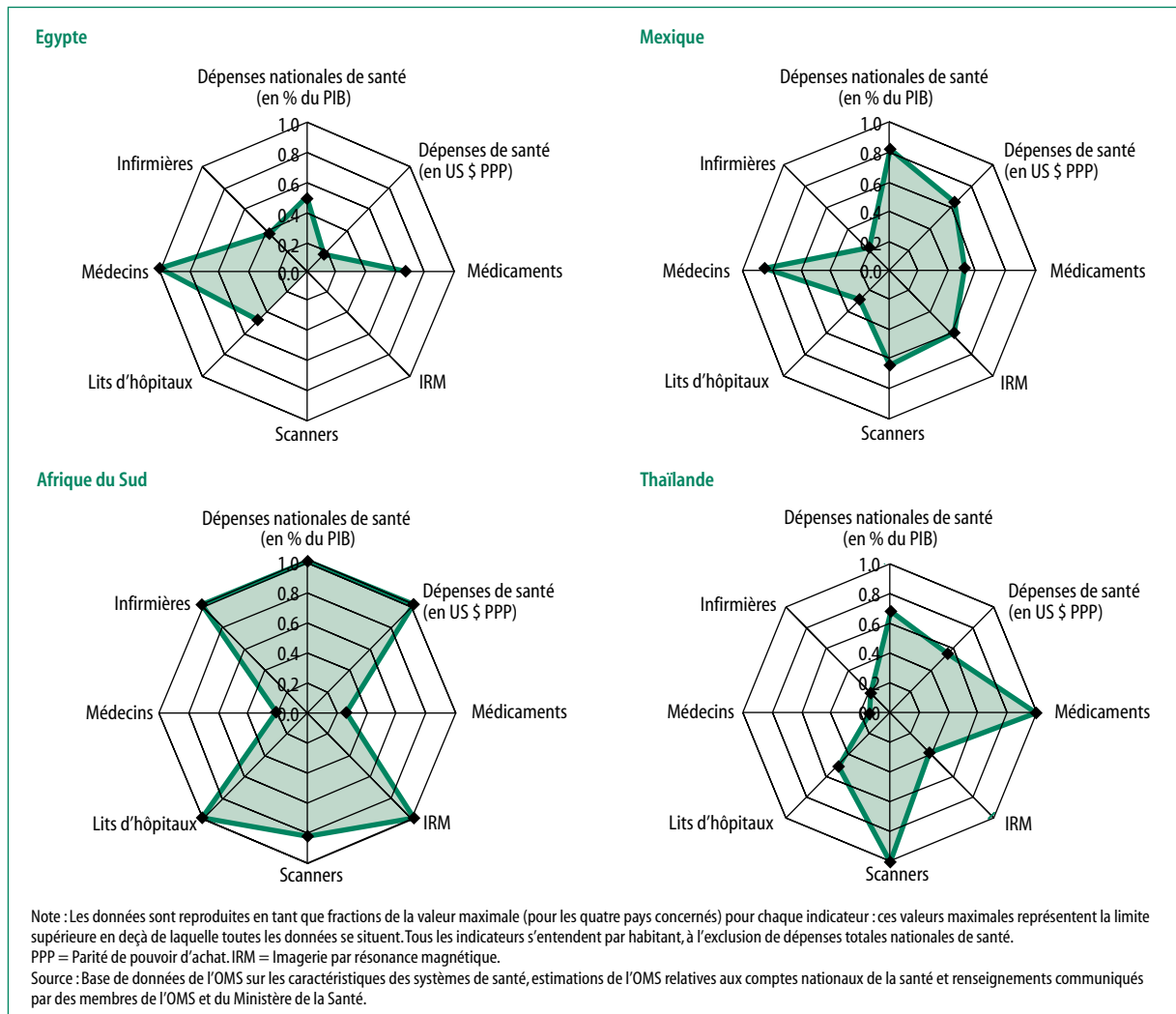
Figure 4.2 Dosage des apports dans les systèmes de santé : comparaison entre quatre pays à revenu élevé, vers 1997



groupe de pays. La Suède a le plus de ressources humaines et de lits, et, avec le Danemark, les plus fortes dépenses en médicaments. Le Royaume-Uni est en deçà des valeurs supérieures du groupe pour chacun des apports : pour les dépenses de santé par habitant et la technologie (imagerie par résonance magnétique (IRM) et tomodensitométrie (scanners), s'en éloigne particulièrement. En ce qui concerne les lits et les médicaments, toutefois, il est à peu près au même niveau que le reste du groupe et mieux placé que les Etats-Unis.

Cette comparaison sommaire entre pays révèle des différences importantes dans le dosage des apports. Ces différences peuvent s'expliquer en partie par la concurrence qui régnait autrefois entre les hôpitaux des Etats-Unis et par leurs méthodes de facturation, l'accent étant mis davantage sur la qualité que sur les prix et le rapport coût/efficacité. Les différences entre les coûts relatifs jouent également un rôle. La course à la modernisation du matériel médical en Suède et surtout au Royaume-Uni a été freinée par l'utilisation de budgets globaux. Par ailleurs, le système de santé des Etats-Unis (et, finalement, les contribuables et les assurés de ce pays) prend à sa charge une part plus importante du coût global de la mise sur le marché de nouvelles technologies médicales et de nouveaux médicaments. Les ten-

Figure 4.3 Dosage des apports dans les systèmes de santé : comparaison entre quatre pays à revenu moyen, vers 1997



dances (que n'indiquent pas les graphiques) montrent que, pour l'IRM et les scanners, la Suède et le Royaume-Uni sont en train de rattraper les Etats-Unis, d'où il ressort que le système de santé américain est en pointe pour l'adoption des nouvelles technologies médicales. Le coût relatif des médecins et des infirmières en Suède est bas par rapport aux Etats-Unis et les différents dosages d'apports montrent qu'il est possible de remplacer, dans une certaine mesure, les ressources humaines par d'autres apports sanitaires.

La Figure 4.3 indique des profils de ressources analogues pour l'Afrique du Sud, l'Egypte, le Mexique et la Thaïlande. Ces quatre pays à revenu moyen dépensent nettement moins pour tous les types de ressources sanitaires que le groupe de pays à haut revenu. De même que pour le groupe de pays à revenu élevé, on constate d'importantes différences dans le dosage des ressources et ces écarts ne semblent pas être dus essentiellement à des différences de revenu ou de prix.

L'Afrique du Sud se situe à la limite supérieure des valeurs atteintes par les pays de ce groupe pour les dépenses de santé, les infirmières, les lits et les IRM/scanners, alors que pour les médicaments et les médecins elle se trouve (tout comme la Thaïlande) très en deçà. L'Egypte a le plus bas niveau de dépenses totales de santé par habitant et la plus forte proportion de médecins, et elle se situe au deuxième rang pour la consommation de médicaments. Les honoraires des médecins et les médicaments, en Egypte, sont généralement payés directement par les patients. L'exercice de la médecine libérale représente environ 80 % du revenu des médecins et les ménages financent près de 60 % du coût total des médicaments par des paiements directs (2). Des doutes ont été émis quant au niveau de qualification des médecins. Les spécialités sont beaucoup plus utilisées que les produits génériques, ce qui s'explique en partie par l'ignorance et la méfiance des consommateurs à l'égard des médicaments génériques et par la pratique courante de l'automédication. S'ajoute à cela le manque de discernement dont font preuve médecins et pharmaciens lorsqu'ils prescrivent ou délivrent des médicaments coûteux.

Le Mexique a un taux élevé de médecins et, tout comme en Thaïlande, la proportion d'infirmières y est la plus faible du groupe. On estime que près de 15 % de tous les médecins au Mexique sont soit inactifs, soit sous-employés ou au chômage (2), mais, en dépit de cet effectif pléthorique, un grand nombre de postes demeurent non pourvus dans les régions rurales. L'Afrique du Sud et la Thaïlande en revanche ont un faible taux de médecins. Les autorités sanitaires thaïlandaises estiment même qu'il leur faudrait au moins 10 000 médecins de plus (2). Le rapport médecins-infirmières est très variable : en Afrique du Sud, les infirmières sont nettement plus nombreuses que les médecins, ce qui est peut-être dû à une plus grande mobilité de ces derniers sur le plan international, mais au Mexique et en Egypte, la proportion est inverse.

La distribution des ressources disponibles entre les zones urbaines et rurales est un problème majeur dans les quatre pays à revenu moyen, mais elle n'apparaît pas dans la figure qui ne présente que des moyennes. Les médecins travaillent principalement dans les zones où le niveau de santé de la population est le plus élevé. La distribution des ressources entre groupes ethniques est un problème propre à l'Afrique du Sud. En Thaïlande, la plus grande partie du matériel de pointe se trouve dans les hôpitaux urbains, et les technologies sont très peu présentes au niveau des soins de santé primaires. La plupart des quelque 900 médecins qui obtiennent chaque année leur diplôme en Thaïlande restent en zone urbaine et l'on s'attend à ce que la pénurie de personnel qualifié perdure dans les zones rurales.

RÉORGANISATION DES INVESTISSEMENTS

L'expérience montre que la réorganisation des investissements et des ressources crée des difficultés d'ordre politique. Chaque euro, bath ou kwacha investi ou dépensé pour la prestation de services de santé est une source de revenu pour quelqu'un qui a là un intérêt à défendre (24). Si ce revenu est important, l'intéressé exercera des pressions pour obtenir plus de ressources et s'opposera aux changements contraires à ses intérêts, comme le font l'industrie médicale et les syndicats. Les tentatives de réforme des systèmes de rémunération des prestataires, de même que la révision des conditions d'admission dans les écoles de médecine ou des programmes d'enseignement, sont souvent loin de faire l'unanimité. Ces pressions et résistances sont aussi le fait de groupes de défense d'intérêts et de la classe politique. Etant donné que les investissements dans les soins de santé recueillent généralement l'adhésion du public, il peut être difficile de procéder à des réaménagements, même s'il existe de grands déséquilibres par rapport aux priorités sociales. Les pressions exercées par les uns ou les autres pour défendre leurs intérêts dans la répartition des dépenses et des prestations créent une force d'inertie qu'il faut vaincre si l'on veut modifier la structure du capital et l'assortiment de ressources.

Depuis plusieurs dizaines d'années, le système de santé investit essentiellement dans les hôpitaux et les soins spécialisés. Les choix en matière d'investissement sont venus s'ajouter aux obstacles qui freinent le développement des soins de santé primaires dont il est question au chapitre 1. Ce sont moins les investissements dans les bâtiments d'hôpitaux qui sont en cause que l'importance accordée aux soins spécialisés, laquelle s'est traduite par des investissements dans l'emploi et la formation de personnel hospitalier. L'accent mis sur les soins hospitaliers a eu pour effet une augmentation rapide du nombre de lits d'hôpitaux. Dans les pays à haut revenu, celle-ci est allée de pair avec des changements technologiques rapides, d'où une plus grande intensité des soins et une hausse des coûts. Le vieillissement de la population, qui s'accompagne d'une utilisation accrue des systèmes de santé par les personnes âgées, a contribué à l'accroissement de la demande de lits d'hôpitaux.

Dans les pays peu développés, le nombre de lits a aussi augmenté, mais les changements technologiques et la hausse des coûts ont été beaucoup plus lents. De plus, à cause de l'insuffisance des fonds consacrés aux dépenses renouvelables, l'intensité des soins est moindre, l'entretien des installations insuffisant et la qualité des services moins bonne (24). Dans nombre de pays à faible revenu et à revenu intermédiaire, le taux de fréquentation des hôpitaux publics est bas. Au Mexique, par exemple, il était de 50 % en moyenne dans les hôpitaux relevant du Ministère de la Santé, du fait de problèmes d'effectifs et d'entretien, ce qui a eu pour conséquence un manque d'efficacité dans l'utilisation des ressources disponibles (25).

Au cours des années 1990, de nombreux pays ont commencé à réduire la taille de leur secteur hospitalier, notamment en fermant ou en utilisant à d'autres fins nombre de petits hôpitaux (voir Encadré 4.5). Grâce aux progrès techniques et à la baisse des coûts des soins ambulatoires, le nombre de lits et la durée moyenne d'hospitalisation ont diminué. Suite à la fermeture des petits hôpitaux et des services d'urgence, conjuguée à la diminution du nombre de lits, il faudra, pour répondre à une demande fluctuante, mettre au point de nouvelles stratégies qui privilégient l'intégration des prestataires, le transport des patients, la mise en commun des ressources et l'information.

Quand la demande fluctue, il faut prévoir une capacité supplémentaire pour en absorber les variations. L'épidémie de grippe qui a balayé l'Europe en 1990-2000 a montré que le

nombre de lits supplémentaires prévus pour faire face à un changement subit des besoins sanitaires est insuffisant dans de nombreux pays, par exemple au Royaume-Uni (26). Dans d'autres secteurs (approvisionnement en électricité, transports publics), la tarification différenciée en fonction des périodes de consommation permet de répondre aux hausses temporaires de la demande. Comme on l'indique plus en détail dans le chapitre 3, le rationnement par le prix ne saurait convenir comme mécanisme d'allocation des ressources dans le système de santé. Pour faire face à l'excédent de demande qu'il est impossible d'absorber par une hausse des prix, il faut avoir recours à d'autres moyens de rationnement : ajournement des soins non urgents, transfert des patients, diminution de la durée des hospitalisations, etc.

Dans les pays à économie planifiée, l'allocation des ressources et la planification des investissements se font souvent de façon graduelle, le budget de l'année écoulée servant de base à la planification pour l'année à venir. Les activités en cours sont rarement remises en question, ce qui limite beaucoup la possibilité, pour le pays, d'allouer l'ensemble des ressources de manière plus rentable. Le processus de planification peut être décrit comme une compétition entre les ministères responsables de la prestation de services (le ministère de la santé, par exemple) qui réclament une augmentation des ressources et les gardiens du trésor qui essaient d'empêcher les dépenses d'augmenter (27). Cette approche séduit par sa simplicité, mais exige des budgets en constante augmentation. Si les budgets diminuent, les services responsables doivent examiner de très près la totalité des programmes et activités en cours et fixer des priorités pour procéder éventuellement à des réductions ou suppressions. Les administrations publiques s'efforcent généralement de maintenir le statu quo en restreignant les dépenses sans modifier les priorités générales ni tenir spécialement compte de la nécessité de protéger certaines zones géographiques ou certains groupes de la population.

Encadré 4.5 Investissements dans les hôpitaux des pays de l'ex-Union soviétique avant la réforme

La majorité des ressources sanitaires de l'ex-Union soviétique étaient administrées à partir du sommet par les ministères de la santé. Le gouvernement central gérait les investissements ainsi que le capital physique et humain qu'ils permettaient d'acquérir. La structure des prestations de service était déterminée par des indicateurs tels que le nombre de lits ou de médecins pour 1000 habitants. Il en résultait une capacité hospitalière très élevée.

Au début des années 1990, la proportion de lits d'hôpitaux dans la plus grande partie de l'ex-Union soviétique était considérablement plus forte que dans maints pays d'Europe occidentale. L'effectif des médecins rapporté à la population

était également élevé comparative-ment à de nombreux pays occidentaux, et la plupart d'entre eux étaient employés dans le secteur hospitalier. La longueur des séjours et les faibles taux d'occupation des lits, notamment dans les petits hôpitaux, donnaient une idée de l'inefficacité du système. La mauvaise qualité des installations et du matériel médical nuisait aussi au bon fonctionnement des services hospitaliers. Nombre de petits hôpitaux de district ne disposaient que de 4 à 5 m² par lit, tandis que certains des plus petits hôpitaux n'avaient aucun service radiologique et que leurs installations de chauffage ou d'alimentation en eau laissaient à désirer.

En 1989, par exemple, une enquête a permis de constater que 20 % des hôpitaux russes n'avaient pas d'eau chaude sous canalisation, 3 % n'avaient même pas l'eau courante, et 17 % n'étaient pas dotés d'installations d'assainissement appropriées. Elle a également établi qu'un hôpital et une polyclinique sur sept devaient être entièrement remis en état. Une enquête similaire de 1998 sur les installations sanitaires a révélé un sous-investissement substantiel pour l'entretien des polycliniques et hôpitaux, l'état de 19 % des polycliniques et de 23 % des hôpitaux étant considéré comme « lamentable » ou nécessitant une réfection complète.

Dans les années 1990, la réduction

du nombre et de l'utilisation des hôpitaux a constitué un élément essentiel des réformes. La surcapacité associée à la mauvaise qualité des ressources matérielles avait entraîné un profond déséquilibre des dosages de ressources dans ces pays. Lorsque les installations n'avaient pas été fermées ou affectées à un autre usage, par exemple pour servir de maisons de repos, elles ont été réhabilitées et exploitées plus efficacement dans le cadre du système d'orientation-recours. Dans de nombreux cas, toutefois, les changements sont demeurés modestes en raison des problèmes politiques posés par le transfert de ressources d'un poste à un autre.

Les organismes essaieront de maintenir aussi longtemps que possible les dépenses qu'ils jugent indispensables, comme les salaires, et de réduire celles qui n'ont pas d'effet immédiat sur la performance du système de santé (22). Les investissements projetés sont reportés et les constructions en cours restent inachevées. Il arrive que l'espoir d'une fin rapide de la crise financière incite les systèmes de santé à réduire leurs investissements à long terme dans des ressources humaines et matérielles, voire leurs dépenses renouvelables consacrées à l'entretien, aux médicaments et à d'autres biens consommables. Un tel choix finit par compromettre gravement le potentiel humain et la performance du système de santé. Les investissements sont, par nature, plus fluctuants que les dépenses renouvelables : ils se font par tranches discrètes et entraînent alors des frais d'exploitation peu importants mais réguliers. L'ajournement à court terme ou la compression des investissements peuvent être indiqués en temps de crise, mais ils supposent que l'on a une idée globale du capital et des ressources renouvelables et que l'on sait quelle sera la durée probable de la crise. Sinon, les coupes ponctuelles sont des facteurs de déséquilibre et d'inefficacité.

LA VOIE DU PROGRÈS

Des résultats médiocres, la dégradation des installations et un personnel démoralisé témoignent clairement d'un déséquilibre entre les ressources. Souvent, le capital humain qualifié passe dans le secteur privé ou dans des régions plus riches. La détérioration du capital matériel est plus visible encore : les malades se tournent vers le secteur privé pour obtenir des soins de meilleure qualité.

Quel que soit le revenu d'un pays, il existe des moyens efficaces d'allouer les ressources de sorte que le système de santé fonctionne au mieux. La formule variera dans le temps et d'un pays à l'autre en fonction du prix relatif des ressources, des besoins sanitaires et des priorités sociales. Dans les pays peu développés, il sera certainement bien plus difficile de fixer des priorités et l'équilibre entre les investissements et les dépenses renouvelables sera encore plus déterminant. Les systèmes de soins de santé connaissent de grandes difficultés quand la technologie ou les ressources financières disponibles évoluent rapidement sous l'effet de turbulences macroéconomiques. Si les responsables des soins de santé n'adaptent pas leurs décisions à la conjoncture, la performance du système de santé en souffrira.

Des déséquilibres entre les ressources disponibles existent dans les pays développés comme dans les autres, mais ils n'ont pas du tout les mêmes causes. Dans les pays développés, ils sont fréquents à cause de l'évolution rapide de la technologie dans les services de santé. Ils sont bien plus visibles dans les pays peu développés, où ils sont souvent dus au manque de compétences gestionnaires et à la diminution des ressources financières disponibles. Quelques déséquilibres sont sans doute probables, même dans les systèmes de santé qui fonctionnent bien, mais on pourrait faire bien davantage pour les corriger rapidement, voire les éviter.

La première étape consiste à sensibiliser l'opinion au problème en réunissant une documentation sur les diverses ressources utilisées et sur la performance des systèmes de santé. Des données fiables sur les effectifs et la répartition des ressources humaines peuvent aider à formuler des politiques et des plans destinés à résoudre les problèmes, notamment si on les associe à des données sur la performance du système de santé. Les Figures 4.2 et 4.3 donnent des éléments d'information sur les apports, mais n'indiquent pas dans quelle mesure leur dosage influe sur la performance.

L'établissement des comptes nationaux de la santé est l'occasion de rassembler des données plus complètes sur les apports et de communiquer plus efficacement avec les diffé-

rents intervenants au sujet des futures politiques d'investissement. Ils donnent une idée générale de la situation qui permet aux ministères de guider les services de soins de santé au cours d'une réforme ou pendant une période difficile. Lors de la crise économique qui a frappé la Finlande au début des années 1990, après l'effondrement de ses exportations vers la Fédération de Russie, les responsables de la politique sanitaire ont pu redresser le rendement du système de santé grâce aux renseignements contenus dans les comptes nationaux de la santé.

Des renseignements plus pertinents sur les coûts et de meilleurs systèmes comptables faciliteraient aussi l'équilibrage des ressources, en rendant par exemple les estimations budgétaires plus fiables, mais une prise de conscience générale et la meilleure information obtenue grâce aux comptes nationaux de la santé et aux systèmes comptables n'auront aucun effet si les décideurs du secteur de la santé ne se mobilisent pas pour résoudre les problèmes fondamentaux.

Le meilleur moyen de réaliser une telle mobilisation est d'associer les fonctions d'administration générale – surveillance et influence – à une plus grande décentralisation du pouvoir de décision des acheteurs et des fournisseurs. Il est essentiel que les décisions concernant les grands investissements relèvent d'un pouvoir central, ce qui signifie non que le niveau central doit prendre toutes les décisions, mais que par un mécanisme d'appel d'offres ou de certification, il définit une politique et une orientation qui permettront de coordonner globalement les investissements publics et privés en tenant compte de la capacité de financement des dépenses renouvelables par le secteur public. La plus grave erreur est d'encourager ou d'autoriser des investissements dont on ne peut couvrir les frais d'exploitation. Une politique élaborée au niveau central demeurera indispensable pour l'enregistrement des médicaments et des technologies importantes, l'élaboration de listes de médicaments essentiels et de directives thérapeutiques, l'assurance de la qualité et les soumissions pour les achats en gros. Il faut donner aux acheteurs et aux prestataires la possibilité et l'envie de remettre en question la répartition des apports pour trouver le meilleur moyen de répondre aux besoins sanitaires, aux priorités sociales et aux attentes de la population. Quand l'équilibrage des ressources s'opère dans un cadre hiérarchique rigide, les changements se font généralement par réaction, et non de façon continue, et l'on risque alors souvent de devoir faire face à une pénurie d'apports essentiels tandis que des fonds restent inutilisés. Mais la décentralisation du processus de décision au profit des prestataires oblige à le contrôler et à le guider à l'aide d'une stratégie d'achats et de mécanismes de paiement appropriés pour qu'il soit conforme aux priorités générales. En ce qui concerne le détail des modalités de service et d'intervention, cette décentralisation requiert aussi de nouvelles stratégies de développement des ressources humaines et de la capacité de planification et de gestion à tous les niveaux.

Sans ce contrôle rigoureux de toutes les sources d'apports et cette étroite surveillance, les unités décentralisées jouiraient d'une latitude qui les inciterait à se conduire de manière opportuniste. Un tel comportement, au niveau central ou aux échelons décentralisés, dissuaderait aussi les bailleurs de fonds de soutenir la décentralisation moyennant, par exemple, l'adoption d'approches sectorielles et la mise en commun de leurs ressources financières. Les bénéficiaires d'une aide se méfieraient pour leur part des tentatives de coordination entre donateurs (22). La décentralisation ne signifie pas que l'on n'a pas à rendre compte de la gestion des ressources ni que le gouvernement central n'a pas à intervenir dans la planification et la surveillance. Elle doit au contraire conduire à une plus grande transparence et conférer au gouvernement et aux ministères un rôle nouveau, axé sur la réglementation et la surveillance générales.

L'un des aspects de ce nouveau rôle consiste à évaluer l'impact de nouvelles technologies médicales et à définir une pratique réglementaire en concertation avec les principaux intéressés. Cette évaluation nécessite une information sur les pratiques en vigueur et sur l'utilisation des ressources, ce qui accroît d'autant l'importance de la surveillance. Dans les pays peu développés, les bailleurs de fonds doivent tenir compte des déséquilibres existants et éventuels quand ils conçoivent des stratégies d'aide. L'utilisation systématique des comptes nationaux de la santé permet de disposer d'une base de données qui constitue un bon point de départ pour une analyse commune des déséquilibres constatés.

Dans les systèmes très hiérarchisés ainsi que dans les systèmes décentralisés dépourvus de transparence, de véritables incitations et d'une administration générale efficace, les déséquilibres entre les ressources seront bien plus difficiles à corriger et à éviter. Ces déséquilibres qui, souvent, constituent déjà eux-mêmes un énorme problème, entraînent d'autres en envoyant de mauvais signaux au marché du travail du secteur de la santé et à l'industrie qui soutient les services de santé. Un système de santé efficace et rentable qui répond aux besoins sanitaires en fonction de priorités clairement énoncées incitera tant l'industrie médicale que les écoles de médecine à investir à bon escient dans la recherche-développement, les programmes d'enseignement et les apports matériels indispensables pour améliorer la santé.

RÉFÉRENCES

1. **Becker GS.** *Human capital. A theoretical and empirical analysis with special reference to education.* Troisième édition. Chicago, The University of Chicago Press, 1993.
2. Base de données de l'OMS sur les profils des systèmes de santé.
3. **Folland S, Goodman AC, Stano M.** *The economics of health and health care.* New York, Macmillan Publishing Company, 1993.
4. **Berckmans P.** *Initial evaluation of human resources for health in 40 African countries.*, Genève, Organisation mondiale de la Santé, Département Prestation des Services de Santé, 1999 (document en préparation).
5. **Ensor T, Savelyeva L.** Informal payments for health care in the Former Soviet Union: some evidence from Kazakhstan. *Health Policy and Planning*, 1999, 13(1): 41-49.
6. **Hicks V, Adams O.** *The effects of economic and policy incentives on provider practice. Summary of country case studies using the WHO framework.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2000 (Issues in health services delivery, Discussion paper No. 5, document WHO/EIP/OSD/2000.8, sous presse).
7. **Egger D, Lipson D, Adams O.** *Achieving the right balance: the role of policy-making processes in managing human resources for health problems.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2000 (Issues in health services delivery, Discussion paper No. 2, document WHO/EIP/OSD/2000.2).
8. *Public sector pay reform project, final report.* Ministry of Public Service, Accra, Ghana, 1999, Base de données de l'OMS sur les profils des systèmes de santé.
9. **Weisbrod BA.** The health care quadrilemma: an essay on technological change, insurance, quality of care, and cost containment. *Journal of Economic Literature*, 1991, 24: 523-552.
10. *European health care reform. Analysis of current strategies.* Copenhague, Danemark, Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Europe, 1997 (Série européenne No. 72).
11. *Programme d'Action pour les Médicaments essentiels.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1999.
12. *Rôles des secteurs public et privé dans le domaine pharmaceutique. Incidences sur l'équité en matière d'accès et sur l'usage rationnel des médicaments.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1997 (Série «Economie de la santé et médicaments, N° 5).
13. **Banta HD, Luce BR.** *Health care technology and its assessment: an international perspective.* Oxford, Oxford University Press, 1993.
14. *Medical equipment procurement manual.* Washington, DC, Banque mondiale, 1998.

15. *Standard bidding documents: procurement of health sector goods*. Washington, DC, Banque mondiale, 2000.
16. **Van Gruting CWD ed.** *Medical devices: international perspective, Part VIII – Geographical situations in central and east Europe*. Amsterdam (Pays-Bas), Elsevier, 1994.
17. **Issakov A, Richter N, Tabakow S.** Health care equipment and clinical engineering in central and eastern Europe. *New World Health*, 1994: 167-171.
18. *Russian Federation medical equipment project*. Washington, DC, Banque mondiale, 1996 (Report No. 14968-RU).
19. *Private hospital study*. Washington, DC, International Finance Corporation, 1998.
20. *Rapport sur la Santé dans le Monde 1999. Pour un réel changement*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1999 (document non publié WHO/WHR/99.1).
21. **Lee K.** Symptoms, causes and proposed solutions. In: Abel-Smith B, Creese A. *Recurrent costs in the health sector: problems and policy options in three countries*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1989 (document non publié WHO/SHS/NHP/89.8).
22. **Walt G et al.** Health sector development: from aid coordination to resource management. *Health Policy and Planning*, 1999, **14**(3): 207–218.
23. **Anell A, Willis M.** International comparison of health care resources using resource profiles. *Bulletin of the World Health Organization*, 2000, **78** (sous presse).
24. **Reinhardt U.** *Accountable health care: is it compatible with social solidarity?* Londres, The Office of Health Economics, 1997.
25. **Barnum H, Kutzin J.** *Public hospitals in developing countries: resource use, cost and financing*. Baltimore, John Hopkins University Press, 1993.
26. The health service: bedridden. *The Economist*, 15 janvier 2000: 31–34.
27. **Wildavsky A.** *Budgeting: a comparative theory of budgetary processes*. Boston, Little, Brown & Co., 1975.

CHAPITRE CINQ

Qui finance les systèmes de santé ?

Les choix concernant le financement des services de santé ont une incidence sur l'équité de la distribution de la charge du paiement. Est-il possible que les riches et les bien-portants paient pour les pauvres et les malades ? Pour garantir l'équité et la protection contre le risque financier, il faut instaurer un niveau de prépaiement élevé, répartir le risque (par des transferts de la charge du financement des personnes à faible risque aux personnes à risque élevé), subventionner les pauvres (par des transferts de ressources des nantis aux déshérités), éviter la fragmentation des groupements ou caisses, et instaurer une stratégie des achats pour améliorer les produits et la réactivité des systèmes de santé.

5

QUI FINANCE LES SYSTÈMES DE SANTÉ ?

COMMENT S'OPÈRE LE FINANCEMENT

Les dépenses consacrées aux soins de santé sont passées de 3 % du PIB mondial en 1948 à 7,9 % en 1997. Cette augmentation spectaculaire des dépenses dans le monde a incité les sociétés de tous les pays à rechercher des mécanismes de financement de la santé qui permettent de ne pas refuser aux gens l'accès aux soins sous prétexte qu'ils ne peuvent pas les payer. L'accès à ces soins pour l'ensemble des habitants constitue depuis longtemps la pierre angulaire des systèmes modernes de financement de la santé dans de nombreux pays. La principale fonction du système de santé est d'assurer des services de santé à la population et le présent chapitre est centré sur le financement de la santé considéré comme la clé d'une interaction efficace entre les prestataires et les consommateurs. Il analyse l'objectif du financement de la santé ainsi que les liens qui s'instaurent entre le financement de la santé et la fourniture des services à l'occasion des achats. Les facteurs qui influent sur la performance du financement de la santé sont également passés en revue.

Le financement de la santé a pour objet de dégager des fonds et de donner aux prestataires les incitations financières appropriées pour que toutes les personnes aient accès à des services de santé publique et de soins de santé individuels efficaces. Il faut à cet effet réduire ou éliminer le risque, pour un individu, d'être incapable de payer de tels soins ou de s'appauvrir en essayant de le faire.

Trois fonctions interdépendantes du financement des systèmes de santé sont essentielles pour que chacun ait accès aux services de santé : la collecte des contributions, la mise en commun des ressources et l'achat des interventions. Les principaux objectifs sont les suivants : mettre en place les dispositifs techniques, organisationnels et institutionnels nécessaires pour que leur interaction protège financièrement les gens de la façon la plus équitable possible et créer des incitations pour les prestataires qui les encouragent à améliorer la santé ainsi que la réactivité du système. Les trois fonctions du financement sont souvent intégrées dans une organisation unique, ce qui est actuellement le cas pour de nombreux systèmes de santé dans le monde. Bien que le présent chapitre examine les trois fonctions séparément, cela ne veut pas dire qu'elles doivent être réparties entre différentes organisations. Toutefois, on tend de plus en plus à dissocier le financement et la fourniture des services.

La *collecte des contributions* est le moyen par lequel le système de santé reçoit de l'argent des ménages et d'organisations ou sociétés, ainsi que de donateurs. Les contributions des donateurs sont examinées dans l'Encadré 5.1. Les systèmes de santé utilisent diverses mé-

thodes pour percevoir les contributions : impôt, cotisations obligatoires à une caisse d'assurance-maladie de la sécurité sociale (généralement en rapport avec le revenu et presque jamais avec le risque), cotisations facultatives à une caisse d'assurance-maladie privée (généralement en rapport avec le risque), paiements directs aux prestataires et dons. La plupart des pays à revenu élevé mettent fortement l'accent soit sur l'impôt, soit sur des cotisations obligatoires à une caisse d'assurance-maladie de la sécurité sociale. Au contraire, les pays à faible revenu privilégient beaucoup plus le financement par paiements directs : dans 60 % des pays dont le revenu est inférieur à US \$1000 par habitant, les paiements directs représentent 40 % ou plus du total alors que 30 % seulement des pays à revenu moyen ou élevé dépendent dans une telle mesure de ce type de financement (voir le Tableau 5.1).

Dans la plupart des régimes d'assurance sociale et d'assurance privée facultative, la collecte et la mise en commun des ressources sont intégrées dans une organisation unique et font l'objet d'un seul processus d'achat. Pour les organisations qui reposent principalement sur l'impôt comme les ministères de la santé, la collecte est assurée par le ministère des finances, et le transfert des fonds au ministère de la santé s'effectue dans le cadre du processus budgétaire du gouvernement.

La *mise en commun* des ressources consiste à accumuler et gérer les revenus de manière que le risque du paiement des soins de santé soit réparti entre tous les membres du groupe et non pas assumé par chacun des cotisants. La mise en commun des ressources est généralement appelée « fonction d'assurance » au sein du système de santé, que l'assurance soit explicite (les gens sont consciemment affiliés à une caisse) ou implicite (par exemple, en cas de financement par l'impôt). Elle a principalement pour objet de répartir le risque financier associé aux interventions sanitaires dont la nécessité dépendra des circonstances. A cet égard, elle diffère de la collecte qui peut permettre aux individus de continuer à se prémunir contre leurs propres risques à l'aide de leurs seuls revenus ou de leurs économies. Lorsque les patients règlent la totalité du coût des services par des paiements directs, il n'y a aucune mise en commun des ressources.

Pour les activités de santé publique et même certains aspects des soins de santé personnels comme les bilans de santé qui ne donnent lieu à aucune incertitude et dont le coût est

Encadré 5.1 Importance des contributions de donateurs dans les recettes et les achats des pays en développement

Les contributions de donateurs occupent une très grande place dans les recettes du système de santé de certains pays en développement. En valeur absolue, cette forme d'aide a atteint des niveaux importants, ces dernières années, en Angola, au Bangladesh, en Equateur, en Inde, en Indonésie, au Mozambique, en Papouasie-Nouvelle-Guinée, en République-Unie de Tanzanie et dans plusieurs pays d'Europe de l'Est, mais dans les plus grands de ces pays, elle ne correspond en général qu'à une faible part du total des dépenses

de santé, ou même des dépenses de l'Etat. Par contre, dans plusieurs pays, notamment en Afrique, la proportion des dépenses de santé financée par des donateurs a pu atteindre 40 % (pour l'Ouganda en 1993) voire 84 % (pour la Gambie en 1994) et elle a dépassé 20 % en 1996 ou 1997 pour l'Erythrée, le Kenya, le Mali et la République démocratique populaire lao. Au cours d'une ou plusieurs de ces dernières années, la Bolivie, le Nicaragua, la République-Unie de Tanzanie et le Zimbabwe ont obtenu 10 % à 20 % de leurs ressources auprès de donateurs.

La majeure partie de cette aide prend la forme de projets qui sont élaborés et négociés séparément par chaque donateur avec les autorités nationales. Si elle n'est certes pas inefficace, la coopération internationale dans le cadre de projets peut conduire à des fractionnements et des chevauchements d'activités, notamment lorsqu'interviennent de nombreux donateurs dont chacun s'intéresse à ses propres priorités géographiques ou programmatiques. Une telle approche oblige les autorités nationales à consacrer beaucoup de temps et

d'efforts aux priorités et procédures des donateurs, aux dépenses de leurs propres fonctions d'administration générale et d'exécution des programmes de santé. Les donateurs et les gouvernements sont de plus en plus conscients de la nécessité de remplacer la démarche des projets par une programmation plus large qui intègre un développement stratégique à long terme dans le processus budgétaire du pays. C'est ainsi que des approches sectorielles ont été efficaces dans des pays comme le Bangladesh, le Ghana et le Pakistan.¹

¹ Cassels A, Janovsky K. Better health in developing countries: are sector-wide approaches the way of the future? *The Lancet*, 1998, **352**: 1777-1779.

faible, les fonds peuvent passer directement du stade de la collecte à celui de l'achat. C'est là une importante considération pour la réglementation des régimes obligatoires, car les préférences des consommateurs vont souvent aux types d'assurance qui portent sur des interventions hautement probables et peu coûteuses (compte tenu des moyens du ménage) encore que, dans ce dernier cas, les prélèvements sur les salaires ou les aides directes aux plus démunis soient la meilleure formule.

La mise en commun des ressources réduit les incertitudes tant pour les consommateurs que pour les prestataires. En augmentant et en stabilisant la demande ainsi que le flux des ressources financières, la mise en commun des ressources rend plus probable l'avènement d'une situation où les patients sont plus à même de payer les services et où l'augmentation du volume des services incite les prestataires à faire de nouveaux investissements.

L'*achat* est le processus au cours duquel des fonds d'une caisse sont versés à des prestataires pour que ces derniers fournissent une série d'interventions sanitaires préalablement définies ou non. L'achat peut s'effectuer de façon passive ou stratégique. L'achat passif consiste à se conformer à un budget prédéterminé ou à payer les factures à leur réception, tandis qu'une stratégie d'achat suppose que l'on recherche en permanence le meilleur moyen d'augmenter au maximum la performance du système de santé en décidant quelles interventions il y a lieu d'acquiescer, comment et auprès de qui. On choisit ainsi effectivement les interventions de manière à obtenir la meilleure performance, tant pour les individus que pour l'ensemble de la population, grâce à des adjudications sélectives et à des systèmes d'incitation. Les acheteurs utilisent divers moyens pour rétribuer les prestataires, y compris la budgétisation. Récemment, de nombreux pays, dont le Chili (1,2), la Hongrie (3), la Nouvelle-Zélande (4,5) et le Royaume-Uni (6-8) ont tenté de faire jouer à leur système de santé publique un rôle d'acheteur actif.

PRÉPAIEMENT ET COLLECTE

Jusqu'ici, la plupart des discussions de politique générale concernant le financement des systèmes de santé ont porté sur les conséquences du rapport financement public/financement privé pour la performance. Le chapitre 3 expose le rôle essentiel du financement public en santé publique. Pour les soins de santé individuels, toutefois, le principal déterminant de la performance du système de santé n'est pas la dichotomie public-privé, mais la différence entre le prépaiement et les paiements directs. Ainsi, le financement privé, notamment dans les pays en développement, est largement synonyme de paiements directs ou de contributions à des caisses d'assurance volontaire de petite taille et souvent très

Tableau 5.1 Estimation de la part des paiements directs dans le total des dépenses de santé d'après le niveau de revenu, 1997 (nombre de pays dans chaque classe de revenu)

Revenu annuel estimatif par habitant US \$ (taux de change)	Part estimative dans le total des dépenses de santé (%)						Total
	Moins de 20	de 20 à 29	de 30 à 39	de 40 à 49	de 50 à 59	Plus de 60	
Moins de \$1000	7	10	9	7	11	19	63
\$1000-9999	16	18	23	15	8	8	88
\$10 000 et au-delà	19	7	4	5	0	2	37
Toutes classes de revenu	42	35	36	27	19	29	188

Source: WHO national health accounts estimates: income unknown for three countries.

fragmentées. Au contraire, le financement public ou le financement privé obligatoire (à l'aide de l'impôt ou de cotisations à un régime de sécurité sociale) sont toujours associés au prépaiement et à la constitution de caisses importantes. La manière dont les décideurs organisent le financement public ou influent sur le financement privé conditionne quatre déterminants clés de la performance du financement d'un système de santé : l'importance du prépaiement ; le degré de répartition du risque ; le subventionnement des pauvres ; et la stratégie d'achat.

Un système de santé dans lequel chacun doit payer directement une part substantielle du coût des services de santé au moment où il vient se faire soigner en limite manifestement l'accès aux seules personnes qui ont les moyens de les payer et risque d'exclure les membres les plus pauvres de la société (9-12). Certaines interventions sanitaires importantes ne feraient l'objet d'aucun financement si les gens devaient les payer eux-mêmes, comme le type d'interventions d'intérêt public dont il est question au chapitre 3 (13). L'équité de la protection contre le risque financier suppose le plus haut degré possible de dissociation entre la collecte des contributions et leur utilisation. Il en va particulièrement ainsi des interventions dont le coût est élevé par rapport à la capacité financière des ménages.

Outre qu'il dispense d'avoir à payer directement et, par conséquent, de risquer des difficultés pour accéder aux soins, le prépaiement permet de répartir le risque financier entre les membres d'une caisse, comme on va le voir dans la suite du chapitre. Le financement par paiements directs ne permet pas une telle répartition. En d'autres termes, comme on l'a déjà indiqué dans le *Rapport sur la santé dans le monde, 1999* (14), il ne peut y avoir d'accès effectif à des soins individuels coûteux sans une forme de prépaiement.

Le degré de prépaiement est essentiellement déterminé par le principal mécanisme de collecte des recettes du système. Le recours à l'impôt permet de dissocier au maximum la collecte des contributions et leur utilisation, contrairement aux paiements directs par les patients. Pourquoi alors ceux-ci sont-ils si couramment utilisés, notamment dans les pays en développement ? (15).

La réponse est que, pour dissocier la collecte des contributions de leur utilisation, il faut que les organismes responsables de la collecte aient une très forte capacité institutionnelle et organisationnelle. Or, celle-ci fait défaut dans de nombreux pays en développement. En conséquence, bien qu'il soit souhaitable d'instaurer le plus haut degré de prépaiement possible, on y parvient en général très difficilement dans des pays à faible revenu où les institutions n'ont pas la capacité nécessaire. En effet, mettre l'accent sur le prépaiement, notamment par l'intermédiaire de l'impôt, fait peser une lourde charge sur les institutions. Lorsque l'impôt constitue la principale source de financement de la santé, il faut disposer d'une excellente capacité de collecte des impôts ou cotisations. Cette capacité est généralement associée à une économie généralement bien structurée, alors que dans les pays en développement, c'est souvent le secteur non structuré qui prédomine. Si, dans les pays de l'OCDE, l'impôt représente en moyenne plus de 40 % du PIB, il est inférieur à 20 % de ce PIB dans les pays à bas revenu.

Tous les autres mécanismes de prépaiement, y compris les cotisations de sécurité sociale et les primes d'assurance volontaire, sont plus faciles à collecter, car les prestations dépendent des contributions effectivement versées. Dans la plupart des cas, l'adhésion aux régimes d'assurance sociale est limitée aux travailleurs du secteur structuré de l'économie dont les cotisations sont prélevées à la source par l'employeur, ce qui facilite, pour l'organisme de sécurité sociale, leur identification, la collecte des cotisations et éventuellement le non-remboursement des dépenses de santé lorsque les cotisations n'ont pas été versées.

De même, l'identification et la collecte sont plus faciles en cas d'assurance-maladie volontaire et d'assurance de groupe communautaire. Toutefois, ces prépaiements nécessitent encore une capacité organisationnelle et institutionnelle importante par rapport aux paiements directs par les patients.

Dans les pays en développement, l'objectif consiste donc à créer des conditions favorables à la mise en place de mécanismes de prélèvement des recettes qui permettront progressivement de dissocier la collecte de l'utilisation des contributions. Dans les pays à bas revenu, où la proportion des paiements directs par le patient est généralement élevée et où la capacité organisationnelle et institutionnelle ne permet pas de compter essentiellement sur l'impôt pour financer la santé, il faut promouvoir des systèmes de contributions basés sur la profession dans tous les cas où cela est possible et faciliter la création de régimes communautaires ou de systèmes de prépaiement basés sur le prestataire. L'expérience montre cependant (16,17) que si ces derniers représentent une amélioration par rapport au financement par paiements directs, ils sont difficiles à exploiter durablement et ne doivent être considérés que comme une étape vers un degré supérieur de regroupement ou comme des moyens de mieux cibler les fonds publics consacrés à la santé. Dans les pays à revenu intermédiaire où l'économie est plus structurée, les stratégies destinées à développer le prépaiement ainsi que les dispositifs de mise en commun des ressources prévoient le renforcement et l'expansion des systèmes de contributions obligatoires basés sur le salaire ou le risque, ainsi que l'augmentation de la part du financement public, principalement pour les plus déshérités.

Si le prépaiement est la pierre angulaire d'un financement équitable du système de santé, une certaine proportion de paiements directs lors de l'utilisation des services peut être nécessaire dans les pays ou régions à bas revenu pour accroître les recettes lorsque la capacité de prépaiement est insuffisante. Cette formule peut aussi s'imposer sous la forme d'un ticket modérateur dans le cas de certaines interventions pour réduire la demande. Elle ne devrait être utilisée que lorsqu'il paraît évident que le prépaiement encourage une surutilisation injustifiée de l'intervention en question (effet pervers). L'utilisation du ticket modérateur permet de *rationner* l'utilisation d'une intervention donnée, mais elle ne *rationnalise* pas sa demande par les consommateurs. Avec le système du ticket modérateur, les gens, et notamment les pauvres, demandent moins de services (au point de ne rien demander du tout), mais n'adoptent pas nécessairement une attitude plus rationnelle pour décider quels services demander et quand. Dès lors, en utilisant sans discernement la méthode des paiements par l'utilisateur, on réduit la demande de façon intempestive, ce qui a pour effet de léser surtout les pauvres.

La gratuité des services n'entraîne pas automatiquement une surutilisation injustifiée. Les services qui n'ont pas à être payés directement ne sont en réalité pas nécessairement gratuits ni même abordables, notamment pour les pauvres, en raison des autres coûts associés aux soins de santé comme le prix des médicaments (lorsque ceux-ci ne sont pas gratuits), les dessous-de-table, les frais de transport ou le coût de l'absence du lieu de travail (18,19).

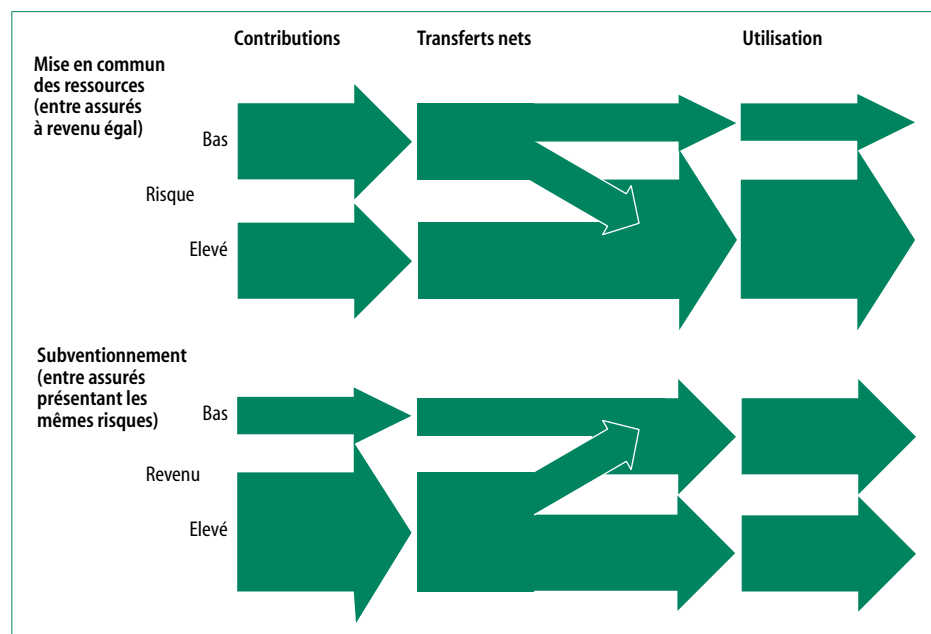
En raison de son effet potentiellement négatif sur des services nécessaires, notamment chez les pauvres, le ticket modérateur ne doit être choisi comme source de financement que pour satisfaire des besoins peu coûteux et relativement prévisibles. Il peut cependant servir à corriger la surutilisation de certaines interventions (lorsque celle-ci est évidente) ou à exclure implicitement certaines prestations d'une enveloppe lorsqu'il n'est pas possible de le faire de façon explicite. Étant donné qu'il est souhaitable de séparer la collecte des

contributions de leur utilisation, les paiements directs ne doivent être utilisés que si aucune autre formule n'est disponible. Tout mécanisme de prépaiement est préférable, sauf pour les interventions peu coûteuses qui ne justifient pas le coût administratif des mécanismes de prépaiement.

RÉPARTITION DES RISQUES ET SUBVENTIONNEMENT DES PAUVRES : MISE EN COMMUN DES RESSOURCES

La mise en commun des ressources est le principal mode de répartition des risques entre les participants. Même s'il existe un haut degré de séparation entre la collecte des contributions et leur utilisation, le seul prépaiement ne garantit pas un financement équitable s'il n'est effectué que sur une base individuelle au moyen de comptes d'épargne-maladie. En effet, les patients ne disposent que d'un accès limité aux services après avoir épuisé leur compte. Au sujet des comptes d'épargne-maladie instaurés à Singapour et aux Etats-Unis d'Amérique, on a prétendu qu'ils réduisent le risque d'effets pervers et incitent les consommateurs à acheter les services de façon plus rationnelle, mais s'il semble bien qu'il y ait eu des réductions de dépenses et des économies substantielles chez ceux qui reçoivent des avantages fiscaux et peuvent se permettre d'épargner (20), rien ne prouve que les achats aient été rationalisés. En outre, le financement individuel favorise la rémunération à l'acte et permet plus difficilement d'influer sur la qualité des services (21). Les personnes qui risquent le plus de devoir utiliser les services, comme les malades et les personnes âgées, n'y auraient pas accès faute de revenus suffisants pour pouvoir mettre de l'argent de côté. Par contre, les jeunes en bonne santé, chez lesquels ce risque est généralement faible, risqueraient d'être longtemps astreints au prépaiement avant d'avoir besoin des services pour lesquels ils économisent. Dans ce cas, des mécanismes de subventionnement croisé

Figure 5.1 Mise en commun des ressources pour redistribuer les risques et subventionnement croisé en vue d'une meilleure équité (les flèches indiquent les mouvements de fonds)



entre, d'une part, les jeunes et les personnes bien portantes et, d'autre part, les malades et les personnes âgées profiteraient aux premiers sans léser les seconds. Les systèmes de santé et les gens eux-mêmes tireraient avantage de mécanismes qui non seulement augmenteraient le degré de prépaiement des services de santé, mais répartiraient aussi le risque financier parmi les membres.

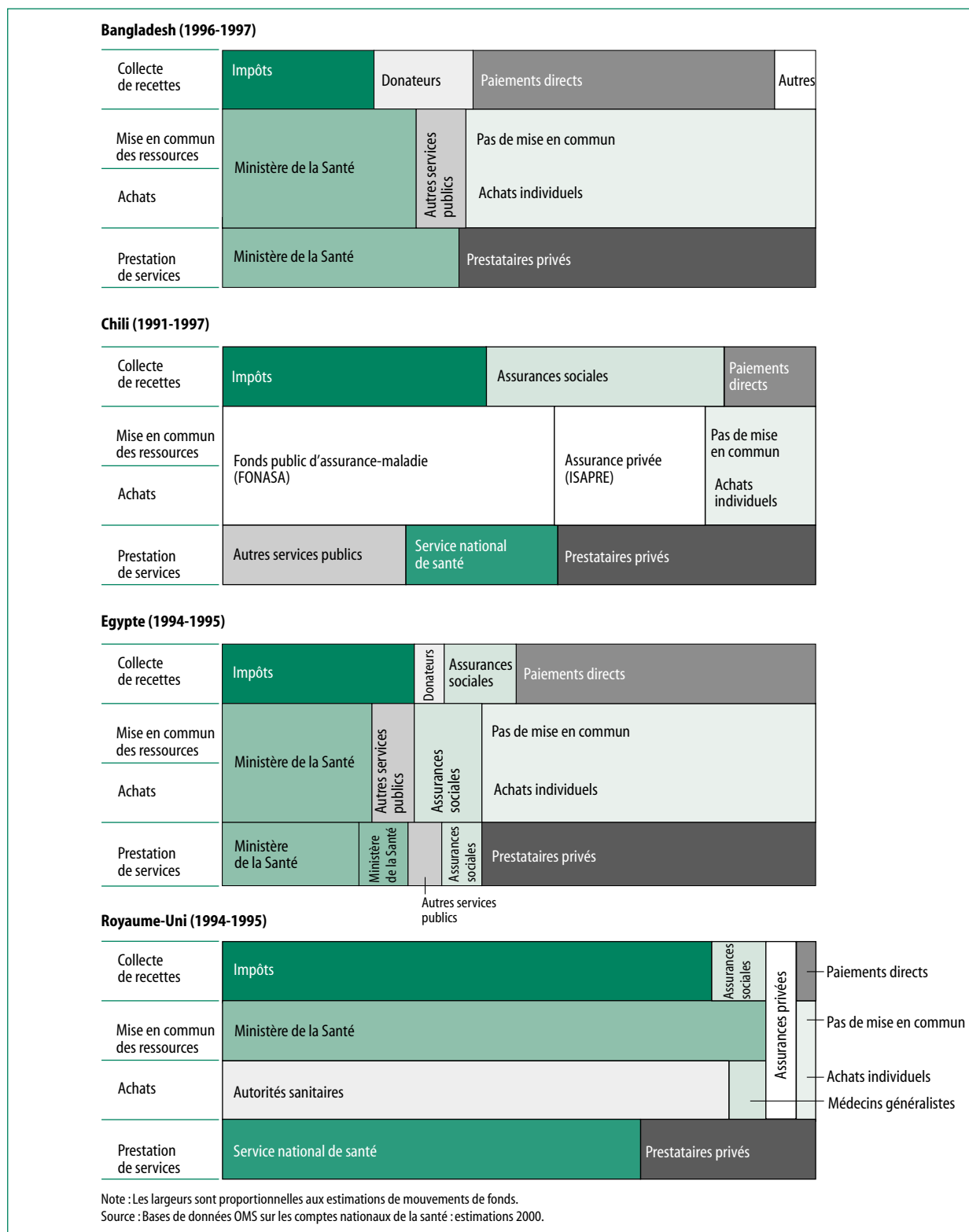
Si le prépaiement et la mise en commun des ressources représentent une amélioration significative par rapport au seul financement par paiement direct, ils ne prennent pas en compte la question des revenus. La création de caisses importantes permet à la société de tirer avantage des économies d'échelle, de la loi des grands nombres et du subventionnement croisé entre personnes à faible risque et personnes à haut risque. La seule mise en commun des ressources permet une péréquation des contributions entre les membres du groupe, quel que soit le risque financier associé à leur utilisation des services. Toutefois, elle risque aussi de faire subventionner les riches à haut risque par les pauvres à bas risque. Les sociétés soucieuses d'équité ne sont pas indifférentes à la question de savoir qui subventionne qui. Dès lors, tout en assurant un subventionnement croisé entre personnes à faible et à haut risque (ce qui se produit dans tout régime, sauf si les cotisations sont liées au risque), le financement de la santé doit aussi faire en sorte que les subventions ne soient pas dégressives par rapport au revenu (voir la Figure 5.1).

Les systèmes de santé du monde entier tentent de répartir le risque et de subventionner les pauvres par diverses combinaisons de dispositions organisationnelles et techniques (22).

Tableau 5.2 Modes de répartition des risques et de subventionnement des pauvres : exemples nationaux

Pays	Système	Répartition du risque	Subventionnement des pauvres
Colombie	Régimes multiples : plusieurs organismes de sécurité sociale concurrents, systèmes de santé municipaux et Ministère de la Santé.	Intra-régime : cotisations non liées au risque et inter-régimes : fonds central de péréquation. Ensemble de services obligatoires pour tous les membres de tous les régimes.	Intra- et inter-régimes : cotisations proportionnelles au salaire, plus subventionnement officiel versé à l'assureur pour permettre aux pauvres d'adhérer à la sécurité sociale ; subventionnement axé sur l'offre par l'intermédiaire du Ministère de la Santé et des systèmes municipaux.
Pays-Bas	Régimes multiples : les organismes concurrents d'assurance sociale privée prédominent.	Intra-régime : cotisations non liées au risque et inter-régimes : fonds central de péréquation.	Au moyen d'un fonds de péréquation qui exclut les riches.
République de Corée	Deux régimes principaux : assurance-maladie nationale et Ministère de la Santé. Toutefois, l'assurance-maladie nationale ne couvre que 30 % des dépenses de santé globales de chaque membre.	Intra-régime : cotisations non liées au risque. Enveloppe de prestations officielle unique pour tous les membres.	Cotisations proportionnelles, plus subventionnement axé sur l'offre effectué par l'intermédiaire du Ministère de la Santé et de l'organisme national d'assurance-maladie à l'aide de crédits du Ministère des Finances. Subventionnement public pour assurer les pauvres et les agriculteurs.
Zambie	Un régime officiel unique prédomine : Ministère de la Santé/Office central de la Santé.	Intra-régime : enveloppe de prestations unique pour tous accordée implicitement dans le système du Ministère de la Santé et au niveau étatique. Financement par l'impôt.	Intra-régime : par l'impôt général. Subventionnement axé sur l'offre par l'intermédiaire du Ministère de la Santé.

Figure 5.2 Structure du financement et de la prestation de services dans les systèmes de santé de quatre pays



Des subventionnements croisés basés sur le risque et sur le revenu peuvent coexister dans un même groupement, par exemple dans un régime unique comme l'organisme de sécurité sociale du Costa Rica et le service national de santé du Royaume-Uni, ou dans le cas de subventions de l'Etat à une ou plusieurs caisses.

Dans la pratique, la majorité des systèmes de santé assurent un subventionnement croisé entre les différents niveaux de risque et de revenu en combinant deux approches : mise en commun des ressources et subventions de l'Etat. Un subventionnement croisé peut aussi s'opérer entre les membres de régimes distincts (dans un système à plusieurs régimes) grâce à des mécanismes officiels de péréquation entre les divers niveaux de risque et de revenu, comme ceux des systèmes de sécurité sociale de l'Argentine (23), de la Colombie (24) et des Pays-Bas (25). Dans ces pays, l'existence de plusieurs régimes permet aux affiliés d'avoir différents profils de risque et de revenu. Sans un mécanisme compensatoire, cette situation inciterait les caisses à choisir des membres à faible risque en excluant les pauvres et les malades.

Même en cas de régime unique, la décentralisation, si elle ne s'accompagne pas de mécanismes de péréquation pour l'allocation des ressources, peut entraîner d'importantes différences en fonction du risque et du revenu entre les régions. Le Brésil a instauré des mécanismes compensatoires pour la distribution des recettes du gouvernement central aux Etats qui réduisent ces différences (26).

Le Tableau 5.2 donne quatre exemples nationaux de dispositifs destinés à répartir le risque et à subventionner les pauvres. Certains de ces dispositifs sont moins efficaces que d'autres pour réaliser les deux objectifs, notamment si les mesures prises favorisent une fragmentation qui entraîne la création de nombreuses petites caisses. La collecte, la mise en commun des ressources, les achats et la prestation de services supposent des mouvements de capitaux entre les sources de financement et les prestataires qui passent par diverses organisations, lesquelles s'acquittent d'une seule ou de plusieurs de ces tâches. La Figure 5.2 illustre la structure du financement du système de santé dans quatre pays qui diffèrent considérablement quant à l'importance des dispositifs officiels de mise en commun des ressources et d'achat groupé par rapport aux paiements directs des consommateurs aux prestataires sans aucun partage des risques.

Les caisses importantes sont préférables aux petites, car elles peuvent augmenter les ressources dont disposent les services de santé. Plus la caisse est grande et plus la part des contributions pouvant être allouée exclusivement aux services de santé est élevée. Une grande caisse peut en effet tirer parti d'économies d'échelle pour l'administration et réduire le montant des contributions requises pour faire face à des besoins incertains et disposer de fonds suffisants en vue du financement des services. Etant donné que les besoins varient de façon imprévisible, une estimation portant sur un seul individu risquerait d'être excessivement élevée. En réduisant l'incertitude, la caisse est en mesure d'abaisser le montant qui sert de réserve financière pour se prémunir contre les variations pouvant survenir par rapport aux estimations des dépenses de santé de ses membres. Elle peut alors utiliser les fonds rendus disponibles pour accroître et améliorer les services.

Le fractionnement des caisses – en d'autres termes, l'existence d'un trop grand nombre de petits organismes impliqués dans la collecte des recettes, la mise en commun des ressources et l'achat des services – nuit aux performances dans ces trois domaines, et notamment celui de la mise en commun des ressources. Dans les systèmes fragmentaires, ce n'est pas le nombre de caisses et d'acheteurs qui compte, mais le fait que beaucoup d'entre elles sont trop petites. En Argentine, avant les réformes de 1996, il y avait plus de 300 caisses (*Obras Sociales Nacionales*) pour les travailleurs du secteur structuré, dont certaines n'avaient

pas plus de 50 000 membres. Du fait de la capacité administrative et des réserves financières requises pour assurer la viabilité financière de ces petites organisations ainsi que des bas revenus de leurs membres, leurs enveloppes de prestations étaient très restreintes. Le problème est le même avec les assurances de groupe communautaires dans les pays en développement. Si elles représentent un progrès par rapport au financement par paiements directs, leur taille et leur capacité organisationnelle compromettent souvent leur viabilité financière (16,17). Un financement basé principalement sur des paiements directs par les patients représente le plus haut degré de fractionnement. En pareil cas, chaque individu constitue un régime particulier et doit donc payer pour ses propres services de santé.

Les caisses importantes sont plus efficaces pour la mise en commun des ressources et l'achat des services. Toutefois, les économies d'échelle diminuent progressivement et, au-delà d'une taille critique, les avantages marginaux peuvent devenir négligeables. Les arguments en faveur des grandes caisses ne valent donc pas pour un régime unique lorsqu'il est possible, sans fractionnement, d'en conserver plusieurs dont la taille et le mécanisme de financement permettent de répartir le risque et de subventionner les pauvres de manière adéquate.

La politique du système de santé relative à la mise en commun des ressources doit viser à favoriser la création d'organismes aussi étendus que possible. Lorsqu'un pays ne dispose pas à un moment donné de la capacité organisationnelle et institutionnelle lui permettant d'avoir un régime unique ou des caisses importantes pour tous les citoyens, les décideurs et les donateurs doivent tenter de créer les conditions favorables à la mise en place de telles caisses. En attendant, les décideurs devraient promouvoir, chaque fois que cela est possible, des dispositifs de mise en commun des ressources qui constitueront une étape provisoire sur la voie d'un regroupement. Des petites caisses ou des caisses ne couvrant que certains segments de la population sont préférables à un système de paiements directs pour tous. S'opposer à de telles mesures ou les négliger tant que l'on ne dispose pas de la capacité nécessaire à la création d'un régime unique efficace présente deux inconvénients : on risque de ne pas faire bénéficier la population d'une meilleure protection, mais aussi d'empêcher l'Etat de réglementer de telles initiatives et de les orienter vers un régime unique ou des régimes plus importants. En revanche, l'adoption de dispositifs tels que les barèmes communautaires (fixés en fonction du risque moyen d'un groupe), les assurances transférables basées sur l'emploi (que l'employé conserve lorsqu'il change d'emploi) et les enveloppes de prestations minimums égales pour tous (accès aux mêmes services dans toutes les caisses) peut non seulement protéger les membres des caisses, mais aussi préparer l'avènement de plus grandes organisations.

Dans les pays à faible revenu où le secteur structuré est de taille réduite, il faut promouvoir la mise en commun des ressources au niveau communautaire. La méfiance des communautés à l'égard des caisses locales peut limiter de telles initiatives, mais elles n'en constituent pas moins un important moyen de faire appel à la coopération internationale en conférant aux donateurs un rôle de garant de la communauté, et en les faisant contribuer à créer la capacité organisationnelle et institutionnelle nécessaire. Dans les pays en développement à revenu moyen, il convient à la fois d'encourager la création d'assurances de groupe et, si possible, soit de créer un grand organisme, soit de promulguer une réglementation précisant la taille minimum des caisses qui garantit leur viabilité financière, et réglementer les initiatives de mise en commun des ressources de manière à faciliter un futur regroupement.

Toutefois, la concurrence entre les caisses n'est pas nécessairement un mal. Elle peut les rendre plus aptes à répondre aux besoins de leurs membres et encourager l'innovation. Elle

peut aussi les inciter à réduire leurs coûts (afin d'accroître leurs parts de marché et d'augmenter leurs bénéfices), par exemple au moyen de fusions comme dans la réforme des organismes d'assurance-maladie quasi publics en Argentine en 1996 (*Obras Sociales*). L'absence de concurrence à l'époque faisait que les administrateurs se souciaient peu de l'importance des coûts administratifs et du faible montant des prestations versées aux membres, car ils disposaient de toute manière d'un groupe captif de cotisants. La concurrence et le processus de fusion qui en est résulté ainsi que des subventions explicites aux bénéficiaires à faible revenu ont permis aux membres des petites caisses de s'affilier à des groupes plus importants et d'obtenir de meilleures prestations pour un même montant de cotisations.

En dépit de ses avantages potentiels, la concurrence entre les caisses pose de sérieux problèmes aux systèmes de santé, notamment pour ce qui touche au comportement des caisses et des consommateurs en matière de choix. La participation obligatoire (c'est-à-dire le fait que les personnes remplissant les conditions requises pour s'affilier à un régime d'assurance sont tenues de le faire) réduit considérablement les possibilités de choix sans éliminer totalement les incitations, notamment dans le cas où les cotisations ne sont pas liées au risque.

Le comportement en matière de choix est un problème lié à la concurrence qui peut se poser chaque fois qu'il y a mise en commun des ressources et quel que soit le niveau d'organisation auquel celle-ci s'opère (27,28). On s'y heurte notamment lorsqu'il y a concurrence entre des régimes où les cotisations ne sont pas liées au risque. Ou bien les caisses vont essayer d'attirer les consommateurs présentant le moins de risques (sélection par le risque), qui paieront des cotisations sans contribuer aux dépenses, ou bien les consommateurs présentant le plus de risques vont avoir plus de mal à se faire assurer que le reste de la population (sélection par élimination). La concurrence entre les caisses devient alors un combat pour l'information entre les consommateurs (qui sont généralement mieux à même d'évaluer le risque d'intervention sanitaire auquel ils sont exposés) et la caisse (qui, pour assurer sa viabilité financière à long terme, doit être mieux informée des risques que présentent les consommateurs), ce qui a d'importantes répercussions sur les dépenses administratives des caisses. Si la sélection par élimination prédomine, les caisses ont des frais de plus en plus élevés, sont obligées d'augmenter les cotisations et risquent de faire faillite. Une telle évolution ne menace pas seulement les caisses privées d'assurance-maladie, mais aussi les groupements communautaires. Les données dont on dispose indiquent clairement que les groupements d'assurance-maladie communautaires, fonctionnant pour la plupart sur la base de l'affiliation volontaire, ont de grandes difficultés à gérer la sélection par élimination (17). Si la sélection par le risque prédomine, ce qui est presque toujours le cas lorsque la concurrence entre les caisses est insuffisamment réglementée, les pauvres et les malades sont exclus.

Une telle exclusion devrait être évitée en associant une réglementation à des incitations financières. La réglementation peut couvrir des aspects tels que l'affiliation obligatoire, les cotisations non liées au risque ou la fixation d'un barème communautaire (tarif unique applicable à tous les membres d'un groupe qui vivent ou travaillent en un même lieu) et l'interdiction des demandes de garanties supplémentaires (informations complémentaires sur les risques courus par l'assuré). Les incitations financières peuvent comprendre des mécanismes de compensation des risques ou des subventions versées aux pauvres pour leur permettre de s'affilier à une caisse. Ces mécanismes permettent de limiter les problèmes de concurrence entre les caisses, mais ils sont une source de dépenses administratives en raison du coût élevé des transactions intra-système dues au passage d'une structure hiérarchique à un marché de l'assurance-maladie (29,30).

La réglementation et les incitations devraient aussi viser à éviter que la concurrence ne provoque un fractionnement des caisses. Si les incitations organisationnelles et institutionnelles sont suffisantes, la mise en place de grandes caisses est beaucoup plus efficace que la concurrence entre plusieurs caisses. Les régimes nationaux uniques, qui sont les groupes les plus vastes possibles et qui ne sont pas soumis à la concurrence, pourraient être considérés comme le système de mise en commun des ressources le plus efficace. Ils permettent d'éviter le fractionnement des caisses et tous les problèmes de concurrence, mais ils éliminent aussi les avantages de cette concurrence.

La mise en commun des ressources et les achats sont, dans la plupart des dispositifs de financement de la santé, intégrés à l'intérieur d'une même organisation. L'allocation des fonds de la caisse pour les achats s'effectue au sein de l'organisation dans le cadre du processus budgétaire. Il existe cependant quelques cas dans le monde où l'on s'est efforcé de dissocier les fonctions et d'allouer les fonds d'une caisse à des acheteurs multiples au moyen d'une capitation corrigée en fonction du risque. C'est ainsi qu'en Colombie (31,32) et aux Etats-Unis d'Amérique (33,34), on s'est attaché à faire jouer la concurrence au stade de l'achat afin de réduire au minimum les problèmes de concurrence entre caisses examinés plus haut.

STRATÉGIE D'ACHAT

Les systèmes de santé doivent veiller à ce que la gamme des interventions sanitaires qu'ils fournissent et financent corresponde aux critères examinés au chapitre 3. Ils doivent aussi s'assurer que la mise en œuvre des interventions aide à améliorer la réactivité et l'équité financière du système. La stratégie d'achat est un moyen d'y parvenir.

Toutefois, comme l'indique le chapitre 3, c'est aux prestataires qu'incombe principalement la charge de veiller à l'efficacité des interventions sanitaires. Pour jouer leur rôle efficacement, les prestataires doivent disposer de moyens et de mécanismes organisationnels suffisants, ainsi que d'incitations cohérentes, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de l'organisation. Les achats jouent un rôle essentiel en assurant la cohérence des incitations externes pour les prestataires grâce à des mécanismes de passation de marchés, de budgétisation et de paiement.

La stratégie d'achat se heurte à trois problèmes fondamentaux : quelles interventions doit-on acheter ? A qui ? Et comment ? La taille est également une caractéristique importante des centrales d'achats. Les gros acheteurs peuvent bénéficier non seulement d'économies d'échelle, mais aussi d'une meilleure capacité de négociation (situation de monopsonie) avec les monopoles naturels de prestataires sur le prix, la qualité et l'opportunité des services.

Une stratégie d'achat suppose la recherche constante des meilleures interventions disponibles, des meilleurs prestataires auxquels il convient de les acheter ainsi que des mécanismes de paiement et des procédures de passation des marchés les plus appropriées pour payer ces interventions. Déterminer les meilleurs prestataires, c'est être en mesure d'obtenir ce qu'il y a de mieux (par exemple, accès rapide des patients aux services faisant l'objet du contrat). C'est aussi pouvoir conclure des alliances stratégiques pour le développement futur de ces prestataires et pour la diffusion de leurs meilleures pratiques auprès d'autres prestataires.

L'importance du rôle de la santé publique et les caractéristiques techniques des interventions qui doivent être fournies sont examinées au chapitre 3. Pour l'achat des soins individuels, la détermination des interventions à acquérir s'effectue à deux niveaux. Le pre-

mier est largement lié à l'administration générale. Ici, c'est la société qui détermine (la plupart du temps de façon tacite) l'importance relative des buts du système : santé, réactivité et contribution équitable au financement. A cet effet, elle fixe des priorités pour le financement public de programmes déterminés ou elle crée une réglementation et des incitations financières pour le financement privé facultatif ou obligatoire. Lorsque l'administration générale est déficiente, la pondération des objectifs du système de santé est déterminée *de facto* par l'acheteur et les lois du marché. La responsabilité du deuxième niveau incombe à l'acheteur. Celui-ci détermine au jour le jour les interventions nécessaires pour atteindre les objectifs du système (définis au niveau de l'administration générale) et décide du ticket modérateur et autres aspects financiers. Il a également les pouvoirs nécessaires pour négocier avec les prestataires au sujet de la quantité, de la qualité et de la disponibilité escomptées des interventions qu'il y a lieu d'acheter et de fournir.

Les centrales d'achats doivent aussi déterminer à qui il faut acheter. Cette mesure est essentielle pour qu'elles puissent éviter d'avoir à intervenir sur des questions de détail dans la gestion des prestataires. Pour inciter à maîtriser les coûts, à mettre l'accent sur les soins préventifs et à maintenir ou améliorer la qualité des services, les acheteurs doivent fixer l'ordre de priorité des *unités* d'achat en décidant s'il y a lieu d'acquérir des interventions, des gammes déterminées de services, tous les soins nécessaires à des individus ou des groupes, ou encore tous les moyens de production de ces soins. Chaque unité d'achat doit avoir une taille critique et concerner des prestataires suffisamment divers pour offrir une gamme de services appropriée. Ces unités aident l'acheteur et le prestataire à s'entendre sur un mécanisme de paiement permettant au prestataire de partager le risque avec l'acheteur (c'est-à-dire que le prestataire est partiellement responsable de toute une gamme d'interventions pour une somme relativement fixe). Le spectre des modalités de partage des risques, qui va de la formule où tous les risques sont assumés par l'acheteur à celle où ils sont tous transférés au prestataire, est examiné dans le *Rapport sur la santé dans le monde, 1999*.

Grâce à de telles unités, il est aussi plus facile à l'acheteur de passer des contrats à long terme pour le compte de groupes de membres de la caisse avec des prestataires chargés de tous les aspects des soins de santé nécessaires. Si l'unité d'achat est trop petite, l'acheteur aura des difficultés à s'entendre sur un mécanisme de paiement basé sur le partage du risque en raison du fractionnement éventuel de la caisse, et devra avoir recours à des formes traditionnelles d'achat de services individuels ou de rémunération à l'acte. Une telle situation obligera l'acheteur à s'intéresser à des interventions à court terme isolées, car l'absence d'accord sur la répartition des risques rendra difficile la conclusion d'un contrat à long terme pour des interventions destinées à des groupes de population. Il en résultera une hausse des frais d'administration du système par rapport au volume des interventions.

En ce qui concerne la manière d'acheter, on doit se fixer deux objectifs : premièrement, éviter les micro-achats, c'est-à-dire les achats d'interventions à une échelle tellement réduite que cela reviendrait à intervenir dans la gestion des affaires courantes des prestataires. (Il est cependant des circonstances où micro-achats et micro-gestion peuvent être justifiés, notamment pour des interventions très complexes, très coûteuses et peu fréquentes.) Deuxièmement, concevoir et mettre en œuvre des mécanismes efficaces pour les passations de marché, la budgétisation et les paiements. Pour éviter les micro-achats, il faut axer le processus d'approvisionnement sur la création d'incitations externes appropriées et évaluer les résultats. Le problème consiste ici à fixer des objectifs d'achat qui permettent aux prestataires de disposer de tout le pouvoir discrétionnaire nécessaire dans les contacts prestataire-consommateur, mais qui laissent à l'acheteur la possibilité d'influencer l'accès général des membres de la caisse aux services individuels et collectifs.

Les mécanismes de budgétisation et de rémunération du prestataire constituent un élément essentiel de l'interaction acheteur-prestataire. Avec la passation de marchés, ils contribuent à instaurer un environnement dans lequel les prestataires sont incités à agir en fonction des quatre objectifs suivants : prévenir les problèmes de santé des membres de la caisse ; répondre aux attentes légitimes des gens ; fournir des services et résoudre les problèmes de santé des membres de la caisse ; et enfin, maîtriser les coûts.

Aucun mécanisme de budgétisation ou de rémunération des prestataires ne permet, à lui seul, d'atteindre simultanément ces quatre objectifs (35). Le Tableau 5.3 résume les caractéristiques des mécanismes de budgétisation et de paiement les plus fréquents qui ont été conçus en fonction de ces objectifs. Si les budgets détaillés peuvent être efficaces pour la maîtrise des coûts, ils n'offrent que peu d'incitations pour les trois autres objectifs. La rémunération à l'acte, au contraire, constitue une forte incitation pour la prestation des services, mais elle tend également à provoquer une augmentation du coût global du système. Dès lors, les acheteurs doivent utiliser pour atteindre leurs objectifs une formule associant divers mécanismes de paiement. Le libre choix du prestataire par les consommateurs accroît la capacité de réaction, quel que soit le système de paiement, mais plus particulièrement lorsque celui-ci oblige à attirer les patients pour garantir le règlement des services par l'acheteur (rémunération à l'acte ou paiement en rapport avec le diagnostic).

La capitation est le versement par chaque bénéficiaire d'une somme forfaitaire à un prestataire censé fournir une gamme de services. Elle peut fortement favoriser la prévention et la maîtrise des coûts dans la mesure où le prestataire qui la perçoit va bénéficier des deux. Si la durée du contrat est si courte que l'effet d'une intervention préventive donnée ne sera pas perceptible avant l'expiration du contrat, le prestataire ne sera guère incité à mettre l'accent sur la prévention. De même, si le prestataire n'est pas autorisé à bénéficier de l'excédent de recettes ou à le réinvestir, il sera peu enclin à maîtriser les coûts au-delà de ce qui est nécessaire pour la viabilité financière de son organisation.

En raison de ses avantages pour la maîtrise des coûts et la prévention, la capitation est utilisée par de nombreuses centrales d'achats dans le monde. Elle a été adoptée par le service national de santé du Royaume-Uni, notamment pour les généralistes, et a par la suite joué un rôle plus important dans la répartition des risques avec l'instauration de l'autoresponsabilité financière des généralistes qui permet d'investir les surplus dans le cabinet médical (6). Elle a aussi été adoptée en Argentine pour des réseaux de prestataires de l'organisme de sécurité sociale pour retraités (23), en Nouvelle-Zélande pour des associations de cabinets médicaux indépendants (36) et aux Etats-Unis pour les organisations

Tableau 5.3 Mécanismes de rémunération des prestataires et comportement des prestataires

Comportement des prestataires	Prévention des problèmes de santé	Fourniture de services légitimes	Réponse aux aspirations	Maîtrise des coûts
Mécanismes				
Budget détaillé	+/-	--	+/-	+++
Budget global	++	--	+/-	+++
Capitation (avec concurrence)	+++	--	++	+++
Paiement lié au diagnostic	+/-	++	++	++
Rémunération à l'acte	+/-	+++	+++	---

Symbole : +++ effet très positif ; ++ effet assez positif ; +/- effet limité ou variable ; -- effet plutôt négatif ; --- effet très négatif.

de soins intégrés (37). Avec les mécanismes de paiement fondés sur la répartition des risques, il arrive que certaines fonctions de partage des risques entre les membres d'une caisse soient assurées par le prestataire si cette mesure est prévue dans le mécanisme. Ainsi, lorsqu'une organisation de mise en commun des ressources qui fait aussi office de centrale d'achats traite avec de petits prestataires, chacun d'eux peut devenir son propre organisme de mise en commun des ressources. Si les groupes de prestataires sont trop petits, il risque donc de se produire un fractionnement de la caisse. C'est là le principal argument invoqué au Royaume-Uni en 1999 pour passer de l'autoresponsabilité financière des généralistes à des groupements plus importants, les unités de soins de santé primaires.

Les mécanismes de rémunération des prestataires axés sur l'offre, tels que les budgets détaillés, mettent l'accent sur des produits et les prestataires ne sont pas en mesure de s'adapter avec la souplesse voulue aux incitations externes. Ces mécanismes sont trop souvent les plus utilisés dans les pays en développement pour la rémunération des prestataires publics. Il en résulte que ces derniers n'adaptent pas continuellement leur gamme de services, ce qui fait sérieusement obstacle à une meilleure efficacité du système de santé dans de nombreux pays en développement (38) et entrave aussi considérablement la collaboration public-privé pour la prestation des services (39). Les budgets détaillés sont à ces égards bien pires que les budgets globaux qui ont en outre pour effet d'aider à maîtriser les coûts.

Comment peut-on favoriser une gestion plus souple des ressources au niveau des prestataires ? Un élément de réponse à cette question figurait déjà dans le *Rapport sur la santé dans le monde, 1999* (14) : il faut qu'acheteurs et prestataires concluent des accords plus explicites sur les services à fournir (accords sur la performance, quasi-contrats et contrats). Les accords de type quasi contractuel sont des accords explicites, non juridiquement contraignants, conclus entre deux parties, en l'occurrence l'acheteur et le prestataire. La gestion des ressources nécessite aussi la mise en place d'un système de financement axé sur les patients, notamment si la politique est favorable au libre choix du prestataire. Le succès suppose une capacité organisationnelle et institutionnelle importante ainsi que des conditions politiques propices, en raison notamment des conséquences potentielles de ce système pour les prestataires publics. En l'absence d'une telle capacité et des conditions politiques nécessaires avant ou pendant l'adoption de réformes des contrats et du financement axé sur la demande, les répercussions risquent d'être négatives, à en juger par l'expérience de l'Afrique du Sud, de l'Inde, du Mexique, de la Papouasie-Nouvelle-Guinée, de la Thaïlande et du Zimbabwe (40,41). La sous-traitance des services cliniques est particulièrement complexe, même si on la limite à des prestataires à but non lucratif comme les hôpitaux des missions religieuses au Ghana, en République-Unie de Tanzanie et au Zimbabwe (42).

En résumé, les acheteurs doivent passer de la rémunération basée sur l'offre à des mécanismes de paiement axés sur la demande, des contrats implicites à des contrats explicites et de la rémunération à l'acte à une forme de paiement fondée sur la répartition des risques. La passation de contrats, le passage à un système de paiement axé sur la demande et l'introduction de mécanismes de rémunération des prestataires basés sur la répartition des risques exigent un haut niveau de capacité technique, organisationnelle et institutionnelle ainsi qu'une forte influence politique en raison de la résistance probable des prestataires à toute mesure augmentant leur part de risques et de responsabilité, notamment dans le secteur public.

MODES D'ORGANISATION

Le débat relatif aux politiques de financement des systèmes de santé porte souvent exclusivement sur les aspects techniques et sous-estime l'importance des facteurs organisationnels et institutionnels. Les réformes du mécanisme de rémunération des prestataires mises en œuvre au début des années 1990 dans certains pays d'Amérique latine (Argentine, Chili, Costa Rica, Nicaragua) en constituent un exemple (39). Au début, les auteurs de ces réformes n'ont pas suffisamment tenu compte de leurs effets organisationnels et institutionnels, supposant qu'il suffirait d'agir sur les prix pour envoyer aux prestataires des signaux qui les inciteraient à modifier leur comportement. Ils ont, semble-t-il, estimé (de façon explicite ou implicite) que, grâce principalement à de nouveaux mécanismes comme la rémunération basée sur le diagnostic ou la capitation, les responsables des prestataires publics seraient en mesure de recevoir et de comprendre ces signaux, sauraient comment réagir et seraient prêts à le faire, quelle que soit leur culture d'entreprise. Ils ont aussi mal évalué l'importance et les difficultés des mesures nécessaires pour offrir aux responsables un cadre juridique et administratif dont la souplesse rende possibles les changements qui s'imposent. En outre, ils ont apparemment pensé que le gouvernement serait désireux et capable de résoudre les problèmes politiques posés par une telle souplesse. Or, on a pu constater, depuis une dizaine d'années, que ce n'était pas toujours le cas et qu'il fallait mettre davantage l'accent sur les transformations organisationnelles et institutionnelles requises pour que les réformes des systèmes de paiement des prestataires aient les effets voulus.

Les caractéristiques des organismes de prestataires sont analysées au chapitre 3. Ce même type d'analyse vaut pour les organismes de financement de la santé. Nous allons examiner ci-après les principaux facteurs qui influent sur la performance des organismes de financement de la santé et, partant, sur l'équité de la protection contre le risque financier conférée par le système de santé.

Les citoyens contribuent au financement des systèmes de santé non seulement par des paiements directs au moment où ils demandent des services, mais aussi, dans la plupart des pays du monde, par le biais de diverses combinaisons des *modes d'organisation* ci-après :

- *Le ministère de la santé*, généralement à la tête d'un vaste réseau de prestataires publics organisé en service national de santé et dont la principale source de revenu est l'impôt collecté par le ministère des finances. Ce réseau dessert la population générale.
- *L'organisme de sécurité sociale* (pouvant comprendre plusieurs caisses, concurrentes ou non), dont les ressources proviennent principalement des cotisations calculées en fonction du salaire. Cet organisme possède des réseaux de prestataires ou traite avec des prestataires extérieurs et dessert principalement ses propres membres (généralement des travailleurs du secteur structuré de l'économie).
- *Un groupement communautaire ou basé sur les prestataires*, qui est habituellement une petite caisse ou centrale d'achats, dont les ressources proviennent essentiellement d'affiliations volontaires.
- *Les caisses privées d'assurance-maladie* (réglementées ou non), qui sont principalement alimentées par des cotisations volontaires (primes), calculées parfois en fonction du risque mais rarement sur la base du revenu, l'assurance étant souvent contractée par un employeur au nom de tous ses employés.

Les prestataires peuvent constituer un organisme de mise en commun des ressources financé par un mécanisme de capitation qui ne tient pas compte du risque, ainsi qu'on l'a

vu plus haut. Avec cette formule, des incitations internes pour les prestataires coexistent avec des incitations internes pour les organismes de financement, ce qui risque de nuire à la cohérence de ces incitations.

Les caractéristiques techniques du financement de la santé sont traitées différemment dans chacun de ces types d'organisation. Ceci est particulièrement évident lorsqu'on compare les caisses privées d'assurance-maladie liée au risque et les organismes de sécurité sociale. Ces derniers répartissent le risque entre la totalité de leurs membres au moyen de cotisations qui ne sont pas fonction du risque. Tous les membres acquittent une cotisation calculée au prorata de leur salaire, indépendamment du risque auquel ils sont exposés. En revanche, les primes versées aux caisses privées d'assurance-maladie volontaire ne sont équivalentes qu'au sein d'une même catégorie de risque (par exemple, pour les membres du même sexe, du même âge ou du même lieu de résidence). Il existe de nombreux types d'assurances-maladie privées et les cotisations des membres sont déterminées selon leur catégorie de risque. La démarche du type « sécurité sociale » et celle de l'assurance privée liée au risque sont contradictoires, et leur coexistence crée, pour les consommateurs, des incitations divergentes. Tous les consommateurs qui appartiennent à une catégorie de risque rendant plus avantageuse leur affiliation à une caisse d'assurance privée ont tendance à préférer cette formule, lorsqu'ils peuvent l'adopter, à celle de la sécurité sociale. Par contre, les personnes à haut risque sont tentées de cotiser aux régimes de sécurité sociale qui se trouvent de ce fait surchargés de ce type de membres, ce qui augmente le coût individuel des services pour l'ensemble des membres. Le cas du Chili, qui est présenté dans l'Encadré 5.2, illustre cette situation (43) dans laquelle les cotisants peuvent choisir de quitter la sécurité sociale pour verser leurs contributions à des assureurs privés. Le problème des incitations divergentes ne peut être réglé que si l'affiliation à une assurance sociale est obligatoire.

Les fonctions de financement de la santé sont souvent assurées par une organisation unique. Dans le cas des systèmes du type ministère de la santé ou service national de santé, la collecte est généralement assurée par le ministère des finances. Certains systèmes de santé qui comprennent plusieurs organismes de sécurité sociale ont mis en place des centres de collecte chargés de la péréquation du risque entre les différentes caisses (comme en Allemagne, en Colombie et aux Pays-Bas). Diverses tentatives ont été faites pour dissocier la mise en commun des ressources et les achats (par exemple en Colombie et aux États-Unis). La séparation organique des sous-fonctions collecte et mise en commun des ressources est plus rare que la séparation entre les achats et la fourniture des services, et elle a été moins bien étudiée. Il semble qu'elle soit moins importante pour offrir les bonnes incitations aux prestataires que la séparation entre les achats et la fourniture des services incluse dans les réformes visant à organiser la concurrence et réglementer le marché intérieur (44-47).

INCITATIONS

A l'instar des organisations de prestataires décrites au chapitre 3, les organismes de financement de la santé sont soumis à des incitations internes. La performance d'une organisation dépend de la cohérence des incitations internes ci-après :

- Le degré d'*autonomie* ou l'étendue des pouvoirs de décision d'une organisation vis-à-vis du propriétaire, de l'autorité de contrôle ou du gouvernement. Les principaux pouvoirs de décision concernent les montants des cotisations (primes ou retenues sur les salaires), l'importance du ticket modérateur et l'ordre de priorité des interven-

tions à acheter, l'élaboration et la négociation des contrats et des mécanismes de rémunération des prestataires, le choix des prestataires lors de la passation des marchés et souvent les investissements.

- Le degré de *responsabilité*. A mesure que l'autonomie s'accroît, les propriétaires, les autorités de contrôle ou le gouvernement doivent disposer de mécanismes (supervision hiérarchique, réglementation ou incitations financières) qui obligent l'organisation à rendre compte de ses résultats.
- Le degré d'*exposition au marché*, c'est-à-dire la proportion de recettes perçues en faisant jouer la concurrence, par rapport aux revenus provenant d'une allocation budgétaire. Le fait que l'Etat octroie ou non des compléments d'allocation en cas de déficit consécutif de mauvais résultats a une incidence marquée sur la performance.
- Le degré de *responsabilité financière* vis-à-vis des pertes et le droit de percevoir des profits (bénéfices non distribués et produit de la vente ou de la location de biens de capital).

Encadré 5.2 Le marché chilien de l'assurance-maladie : lorsque l'administration générale est impuissante à résoudre les problèmes de concurrence entre les caisses et à corriger les déséquilibres entre les incitations internes et externes

En 1980, le Gouvernement chilien a entrepris une réforme radicale de son système de santé. Il a séparé l'administration financière, dans le secteur de la santé publique, des prestataires publics et du Ministère de la Santé en instituant un Fonds national de la santé (FONASA) financé à la fois par l'impôt (pour étendre la couverture aux pauvres) et par un prélèvement de 7 % sur les salaires des travailleurs du secteur structuré. Parallèlement, il a instauré une concurrence en autorisant la création d'organismes privés d'assurance-maladie (ISAPRE). Tous les travailleurs du secteur structuré et leurs familles doivent obligatoirement cotiser au FONASA ou à un ISAPRE, le reste de la population étant couvert par le FONASA. Alors que ce dernier perçoit de tous ses membres une cotisation fixée à 7 % du salaire, indépendamment du risque, les ISAPRE peuvent moduler le montant de leurs cotisations (à partir d'un minimum égal à 7 % du salaire) et l'enveloppe des prestations en fonction du risque que présentent l'assuré et sa famille. Ces deux formes d'organisation reposent sur des principes opposés : le FONASA est financé par des cotisations basées sur le

salaires et n'exclut aucun membre, mais les ISAPRE dépendent en fait de cotisations adaptées au risque. En dehors du Ministère de la Santé, dont les pouvoirs sont très limités, aucune autorité n'a été en mesure de réglementer les ISAPRE pendant les 10 ans qui ont suivi leur création. De ce fait, la couverture des ISAPRE est passée de 2 % de la population

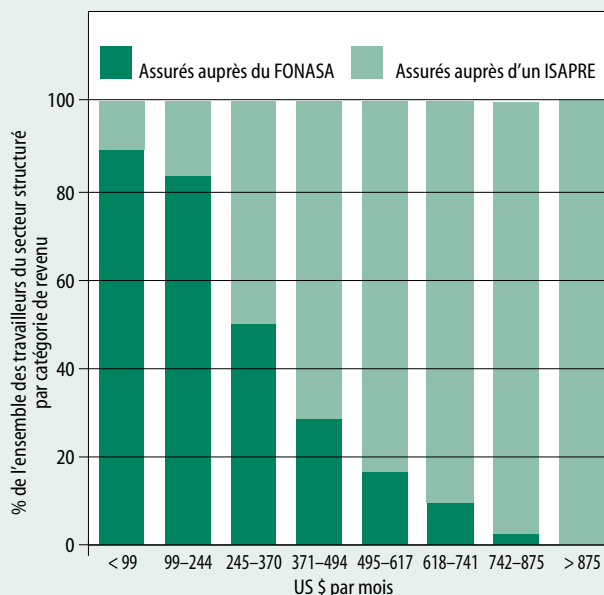
en 1983 à 27 % en 1996.

L'absence de réglementation, l'inefficacité de l'administration générale (pour des raisons politiques) et une politique officielle consistant à redistribuer l'ensemble des ressources par l'intermédiaire du FONASA ont entraîné une forte segmentation du marché. Les ISAPRE ont sélectionné les plus riches et les

mieux portants. Ce n'est que récemment que l'on a pu introduire une réglementation limitant la sélection par le risque. Du fait de la segmentation, on constate que, si les personnes âgées de plus de 60 ans (considérées en général comme le groupe de population à plus haut risque) représentent plus de 9 % de l'ensemble de la population chilienne, elles ne constituent qu'environ 3 % du nombre des bénéficiaires des ISAPRE. Par ailleurs, ainsi que l'illustre le graphique ci-contre, les travailleurs à faible revenu sont presque tous couverts par le FONASA et pratiquement absents des ISAPRE. Un débat est en cours au Chili au sujet d'une réforme du système d'assurance-maladie qui permettrait de résoudre ce problème structurel.

Source : Baeza C, Copetta C. *Análisis conceptual de la necesidad y factibilidad de introducir mecanismos de ajuste de riesgo y portabilidad de los subsidios públicos en el sistema de seguros de salud en Chile*. Santiago, Chili, Centro Latinoamericano de Investigación para Sistemas de Salud (CLAISS) et Fondo de Promoción de Políticas Públicas de la Universidad de Chile, 1999.

Proportion des travailleurs du secteur structuré qui sont assurés auprès du FONASA et des ISAPRE en fonction de leur niveau de revenu, Chili (1994)



Source : Association des ISAPRE et FONASA, 1995.

- Le degré de *non-financement des services obligatoires*, c'est-à-dire la proportion (en termes d'allocation de recettes) des services qui incombent légalement à l'organisation, mais que celle-ci n'est pas autorisée à facturer et pour lesquels elle ne perçoit aucun versement compensatoire. Les dispositions adoptées à cet égard peuvent prévoir l'extension de la couverture aux personnes très pauvres ou très malades, comme c'est généralement le cas avec les organisations du type ministère de la santé ou service national de santé, ou l'obligation pour l'acheteur de prendre à sa charge les soins d'urgence administrés dans des situations où la vie du patient est en jeu, quels qu'en soient le coût et le lieu.

Tous les systèmes de financement de la santé par prépaiement dans le monde incorporent, dans des proportions diverses, les quatre formes d'organisation décrites ci-dessus. Il est évident que chacune réagit différemment aux incitations internes. Par exemple, les organisations du type ministère de la santé ou des finances ont beaucoup plus de chances d'être astreintes à des services obligatoires non financés que les caisses d'assurance privées. En outre, ces organisations n'ayant pas le même degré d'exposition au marché et de responsabilité, elles ont tendance à réagir de façon très différente à l'obligation de s'acquitter de services non financés. Alors que les organisations du type ministère de la santé ou des finances peuvent remédier au non-financement des services en ajustant la qualité ou l'opportunité des interventions, voire en générant des déficits budgétaires, il se peut que les caisses d'assurance privées choisissent d'exclure les membres qui risquent le plus d'avoir besoin des services non financés. Afin d'éviter les inégalités pouvant résulter en particulier d'une autonomie accrue, il importe de prévoir des incitations réglementaires et financières (par exemple, mécanismes de compensation du risque) afin de protéger les malades et les pauvres.

Autre exemple des différences marquées entre les incitations internes des différents types d'organisation : l'autorité à laquelle chacun est tenu de rendre compte. Du fait que les organisations du type ministère de la santé ou des finances relèvent de leur gouvernement, des incitations externes sont nécessaires pour qu'elles prennent aussi en considération le point de vue des consommateurs. En revanche, dans le cas des caisses privées d'assurance-maladie qui sont responsables devant les propriétaires et les consommateurs, des incitations externes et une réglementation s'imposent pour que leurs enveloppes de prestations et leurs méthodes d'assurance soient cohérentes avec les priorités et politiques nationales en matière de santé, d'équité financière et de capacité de réaction. Il arrive souvent, comme dans le cas de l'assurance-maladie privée non réglementée en Argentine jusqu'en 1996 (23), que l'assurance privée réponde à la demande des consommateurs en axant les enveloppes de prestations sur des interventions peu coûteuses et fréquentes, et en excluant des interventions très coûteuses et rares (événements catastrophiques) pour lesquelles les assurances de groupe constituent la formule la plus appropriée. Dans ces conditions, des enveloppes de prestations minimums doivent être prévues pour la totalité des membres, y compris la couverture par chaque caisse des événements catastrophiques, soit directement, soit par l'intermédiaire d'un organisme de réassurance.

Le Tableau 5.4 présente de façon schématique le niveau de chaque incitation interne pour chacun des quatre types d'organisation.

L'administration générale peut améliorer la performance des systèmes de santé en intervenant dans le financement de la santé, car des incitations externes s'imposent pour compenser les différences entre les incitations internes auxquelles sont confrontés les différents organismes de financement de la santé.

Le mode d'interaction entre les différentes formes d'organisation au sein du système est régi par un ensemble d'incitations externes (règles et usages). Trois incitations externes principales influencent le comportement des organismes de financement de la santé ; ce sont les règles et usages applicables à la gouvernance, aux objectifs de la politique publique et aux mécanismes de contrôle.

- Les règles et usages relatifs à la *gouvernance* façonnent les relations entre les organisations et leurs propriétaires. Parmi les droits du propriétaire (public ou privé) figure généralement celui de décider de l'utilisation d'un bien lui appartenant et de disposer de l'excédent de revenu qui lui reste après le règlement de toutes les prestations auxquelles il est astreint. La définition et les limites de ces droits constituent souvent un élément important de la réglementation.
- Les règles et usages se rapportant au financement *des objectifs des pouvoirs publics*, qui ont une incidence sur le fonctionnement des organisations, incluent les directives applicables à la mise en œuvre du budget (pour les systèmes du type ministère de la santé ou service national de santé), les critères d'attribution des subventions publiques (pour les assureurs privés et les groupements communautaires) et les procédures de vérification des comptes.
- Les règles et usages relatifs aux *mécanismes de contrôle* déterminent les relations entre les organisations et les pouvoirs publics, ainsi qu'entre les organisations et les consommateurs. Dans ce contexte, on entend par pouvoirs publics les organes qui interviennent dans l'élaboration des politiques, la réglementation et l'application des décisions. Pour exercer des incitations externes sur les organismes de financement de la santé, les pouvoirs publics disposent de toute une panoplie d'instruments qui vont du commandement et du contrôle hiérarchiques (par exemple, les instructions politiques ou administratives du gouvernement au ministère de la santé ou au service national de santé) à la réglementation et aux incitations financières. Ces instruments englobent parfois des règles se rapportant à des questions telles que le pourcentage de la cotisation basée sur les salaires qui doit être consacré au financement des organismes de sécurité sociale, la teneur minimale des enveloppes de prestations, les exclusions autorisées et les affections préexistantes qui doivent être couvertes, la durée des contrats, les restrictions en matière de commercialisation, les barèmes de l'assurance privée et l'obligation d'informer les autorités de contrôle.

Tableau 5.4 Mesure dans laquelle différents types d'organisation sont soumis à des incitations internes

Types d'organisation / Incitations internes	Ministères de la santé ou des finances	Organismes de sécurité sociale	Organisations communautaires de mise en commun des ressources	Caisses privées d'assurance-maladie
Pouvoirs de décision (autonomie)	Limités	Variables mais habituellement élevés	Elevés	Elevés
Obligation de rendre compte	Au gouvernement, aux électeurs	Au conseil d'administration/ souvent au gouvernement	Aux propriétaires/ aux consommateurs	Aux propriétaires/ aux consommateurs
Exposition au marché	Nulle	Variable ; élevée dans le cas de plusieurs organismes concurrents	Elevés	Elevés
Responsabilité financière	Aucune ou très limitée	Faible	Elevés	Elevés
Proportion de services obligatoires non financés	Elevés	Faible	Nulle ou très limitée	Nulle ou très limitée

Comme dans le cas des incitations internes, le degré d'exposition aux diverses incitations externes n'est pas le même pour les quatre formes d'organisation. Les principales différences sont présentées de façon schématique dans le Tableau 5.5.

La différence entre les incitations externes des organisations du type ministère de la santé ou des finances et celles des caisses privées d'assurance-maladie est particulièrement éloquent. Si le contrôle hiérarchique influe sur les ministères de la santé ou des finances, il n'en va pas de même pour les caisses d'assurance privées ou les groupements communautaires. L'introduction délibérée d'une concurrence sous la forme d'une assurance-maladie privée ou l'essor de dispositifs communautaires informels de mise en commun des ressources (ou assurances-maladie informelles) oblige l'administration générale à passer du contrôle hiérarchique à une réglementation et à des incitations financières pour influencer les comportements. Cette réorientation entraîne souvent un certain bouleversement des modes de contrôle traditionnels. Elle oblige à être en mesure de prévoir et mettre en œuvre les réformes juridiques et administratives nécessaires, et suppose une évolution significative de la gamme de compétences et de la culture des organismes de direction.

L'évolution des réformes du financement de la santé dans certains pays d'Europe de l'Est et d'Amérique latine (3,48) montre que si l'introduction d'une concurrence du privé ne s'accompagne pas d'un renforcement des contrôles et du passage à d'autres modes d'incitation externe, elle risque d'avoir des effets négatifs. La sélection par le risque est alors quasi certaine, ce qui prive les caisses publiques des consommateurs aisés à faible risque et compromet leur équilibre financier.

Pour réaliser leur potentiel, les incitations externes et internes doivent être cohérentes et orientées vers la solution de deux problèmes fondamentaux qui se posent de façon de plus en plus manifeste dans les pays en développement : l'attraction des décideurs par d'autres intérêts et les lacunes du financement axé sur l'offre.

Du fait que les ministères de la santé ou des finances, et même les régimes uniques de sécurité sociale, ont tendance, en raison des incitations internes et externes, à être davantage influencés par des préoccupations politiques que par les intérêts des consommateurs, ils risquent particulièrement de se laisser détourner des objectifs initiaux. En d'autres termes, dans une organisation de mise en commun des ressources ou une centrale d'achats, la prise de décisions obéit à d'autres impératifs que la santé, la réactivité aux besoins des bénéficiaires et l'équité financière. Les intérêts ainsi privilégiés peuvent être en rapport avec la fiscalité, ou avec une entreprise, un syndicat, un parti politique, etc. Il existe de nombreux exemples de systèmes dans lesquels les recettes de la sécurité sociale sont reversées au fisc (comme ce fut souvent le cas, dans le passé, en Amérique latine) ou dans lesquels l'Etat ne

Tableau 5.5 Mesure dans laquelle différents types d'organisation sont sensibles aux incitations externes

Types d'organisation / Incitations externes	Ministères de la santé ou des finances	Organismes de sécurité sociale	Organisations communautaires de mise en commun des ressources	Caisses privées d'assurance-maladie
Gouvernance	Publique, pouvoirs de décision limités	Publique ou quasi publique, pouvoirs de décision variables	Privée, pouvoirs de décision élevés	Privée, pouvoirs de décision élevés
Financement pour la réalisation des objectifs des pouvoirs publics	Elevé	Variable : gouvernement et marché	Aucun, sauf en cas de subventions publiques conditionnelles	Aucun, sauf en cas de subventions publiques conditionnelles
Mécanismes de contrôle	Contrôle hiérarchique	Degrés variables de contrôle hiérarchique, de réglementation et d'incitation financière	Réglementation et éventuellement incitations financières	Réglementation et éventuellement incitations financières

paie pas les cotisations qu'il est tenu de verser à la sécurité sociale en tant qu'employeur dans le cadre d'un dispositif de financement tripartite (où travailleurs, employeurs et Etat paient leur quote-part) comme au Costa Rica dans les années 1980. Les grèves des médecins et leurs effets sur les rémunérations dans les services nationaux de santé montrent aussi que ces systèmes peuvent être facilement influencés par des intérêts professionnels et illustrent l'un des dangers de la fourniture de services publics à grande échelle.

COMMENT LE FINANCEMENT INFLUE SUR L'ÉQUITÉ ET L'EFFICACITÉ

Le principal déterminant de l'équité du financement d'un système de santé est, comme l'indique le chapitre 2, la part du prépaiement dans les dépenses totales. Les paiements directs sont généralement le mode de financement de la santé le plus dégressif et celui qui expose le plus les consommateurs à un risque de dépenses catastrophiques. Le mode de collecte des recettes a donc une forte incidence sur l'équité du système.

Mais même si l'on admet que presque toutes les formes de prépaiement sont préférables au versement direct d'honoraires par le patient, la façon dont les recettes sont regroupées afin de répartir le risque revêt, elle aussi, une grande importance : combien y a-t-il de caisses, quelle est leur taille, l'affiliation est-elle volontaire ou obligatoire, l'exclusion est-elle autorisée, quel est le degré et le type de concurrence entre les caisses et, dans le cas de caisses concurrentes, y a-t-il des mécanismes qui compensent les différences en matière de risque et de capacité de paiement ? Toutes ces caractéristiques influent sur l'équité du système, mais elles aident aussi à déterminer l'efficacité de son fonctionnement. L'argument en faveur d'une seule caisse ou d'un petit nombre de caisses de taille suffisante et contre le fractionnement s'appuie sur des considérations telles que la viabilité financière des caisses, les coûts administratifs de l'assurance, l'équilibre entre les économies d'échelle et (en cas d'absence de concurrence ou de concurrence limitée) les risques d'attraction par d'autres intérêts et de non-réactivité, et, enfin, les limites de la sélection par le risque (qui sont une question d'efficacité ainsi que d'équité). Les lacunes de la collecte et de la mise en commun des recettes réduisent à la fois les fonds disponibles pour les investissements et la prestation des services, et l'accès des gens aux services qui peuvent être financés.

Enfin, la politique d'achat influence à la fois l'équité et l'efficacité, car c'est d'elle que dépendent les investissements effectués, les interventions achetées et les bénéficiaires de ces deux types d'opération. Les recettes peuvent être collectées équitablement et avec un minimum de gaspillage et être regroupées de manière que les personnes bien portantes contribuent à assister les malades et les riches à assister les pauvres. La performance du système demeurera cependant inférieure à son potentiel si les ressources mises en commun ne sont pas utilisées judicieusement pour acquérir la meilleure gamme d'interventions possible, et ainsi améliorer la santé et répondre aux attentes des gens.

RÉFÉRENCES

1. **Musgrove P.** Reformas al sector salud en Chile: contexto, logica y posibles caminos. In: Giaconi J. *La salud en el siglo XXI*. Santiago, Chili, Centuro de Estudios Publicos, 1995 (en espagnol).
2. **Oyarzo C, Galleguillos S.** Reforma del Sistema de Salud Chileno: Marco Conceptual de la Propuesta del Fondo Nacional de Salud. *Cuadernos de Economia*, 1995, 32(95) (en espagnol).
3. **Preker A et al.** *Health financing systems in transition: trends in Eastern Europe and Central Asia*. Washington, DC, Banque mondiale, 1999 (World Bank Technical Paper, en préparation).
4. **New Zealand Ministry of Health.** *Healthy New Zealanders: briefing papers for the Minister of Health 1996*. Wellington (Nouvelle Zélande), Ministère de la Santé, 1996.
5. **Hornblow A.** New Zealand's health reforms: a clash of cultures. *British Medical Journal*, 1997, 314: 1892-1894.
6. **Robinson R, Le Grand J.** *Evaluating the National Health Service reforms*. Oxford, Policy Journals, Transaction Books, 1994.
7. **United Kingdom Department of Health.** *Working for patients*. Londres, HMSO, 1989.
8. **United Kingdom Department of Health.** *The new NHS*. Londres, The Stationery Office, 1998.
9. **Gertler P, van der Gaag J.** *The willingness to pay for medical care: evidence from two developing countries*. Baltimore, MD, The Johns Hopkins University Press, 1990.
10. **Bitran R, McInnes DK.** *The demand for health care in Latin America: lessons from the Dominican Republic and El Salvador*. Washington, DC, Institut de Développement économique de la Banque mondiale, 1993.
11. **Lavy V, Quingley JM.** *Willingness to pay for the quality and intensity of medical care by low-income households in Ghana*. Washington, DC, Banque mondiale, 1993 (Living Standards Measurement Study, Working Paper No. 94).
12. **Nyonator F, Kutzin J.** Health for some? The effects of user fees in the Volta Region of Ghana. *Health Policy and Planning*, 1999, 14(4): 329-341.
13. **Musgrove P.** *Public and private roles in health: theory and financing patterns*. Washington, DC, Banque mondiale, 1996 (World Bank Discussion Paper No. 339).
14. *Rapport sur la Santé dans le Monde 1999. Pour un réel changement*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1999: 37-43 (document non publié WHO/WHR/99.1).
15. **Shieber G, Maeda A.** A curmudgeon's guide to financing health care in developing countries. In: *Innovations in health care financing*. Proceedings of a World Bank Conference, Washington, DC, 1997.
16. **Bennett S, Creese A, Monash R.** *Health insurance schemes for people outside formal sector employment*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1998 (document non publié WHO/ARA/CC/98.1).
17. **Organisation Internationale du Travail (OIT).** *Estudio de casos de esquemas de extension de cobertura en salud para el sector informal en America Latina*. Santiago, Chili, Centro Latinoamericano de Investigación para Sistemas de Salud (CLAISS), 1999 (en espagnol).
18. **Newhouse JP, Manning WG, Morris CN.** Some interim results from a controlled trial of cost sharing in health insurance. *New England Journal of Medicine*, 1981, 305: 1501-1507.
19. **Abel-Smith B, Rawal P.** Can the poor afford 'free' health services? A case study of Tanzania. *Health Policy and Planning*, 1992, 7(4): 329-341.
20. **Scheffler R, Yu W.** Medical savings accounts: a worthy experiment. *European Journal of Public Health*, 1998, 8: 274-276.
21. **Saltman RB.** Medical savings accounts: a notably uninteresting policy idea. *European Journal of Public Health*, 1998, 8: 276-278.
22. **Londoño JL, Frenk J.** Structured pluralism: towards an innovative model for health system reform in Latin America. *Health Policy*, 1997, 41(1): 1-36.
23. **Banque mondiale.** *Argentina, facing the challenge of health insurance reform*. Washington, DC, Banque mondiale, 1997 (LASHD ESW Report 16402-AR).
24. **Baeza C, Cabezas M.** *Es necesario el ajuste de riesgo en los mercados de seguros de salud en América Latina?* Santiago, Chili, Centro Latinoamericano de Investigación para Sistemas de Salud (CLAISS), 1999 (en espagnol).
25. **Van de Ven WP et al.** Risk-adjusted capitation: recent experiences in The Netherlands. *Health Affairs*, 1994, 13(5): 120-136.
26. **Musgrove P.** *Equitable allocation of ceilings on public investment: a general formula and a Brazilian example in the health sector*. Washington, DC, Banque mondiale, 1996 (Working Paper No. 69).
27. **Arrow K.** Uncertainty and the welfare economics of medical care. *American Economic Review*, 1963, 53(5): 941-973.

28. **Feldstein P.** *Health care economics*. New York, Delmar Publisher, 1993.
29. **Coase R.** The nature of the firm. *Economica*, 1937, 4.
30. **Williamson O.** *The economic institutions of capitalism*. New York, The Free Press, 1985.
31. **Londoño JL.** Estructurando pluralismo en los servicios de salud: la experiencia Colombiana. *Revista de Análisis Económico*, 1996, 11(2) (en espagnol).
32. **Titelman D, Uthoff A.** *The health care market and reform of health system financing*. Santiago, Chili, ECLA, 1999.
33. **Weiner J et al.** Risk-adjusted Medicare capitation rates using ambulatory and inpatient diagnoses. *Health Care Financing Review*, 1996, 17(3): 77–99.
34. **Actuarial Research Corp.** *Medical capitation rate development*. Annandale, VA, US Department of Commerce, 1996 (National Technical Information, 1996 PB 96214887).
35. **Barnum H, Kutzin J, Saxenian H.** Incentives and provider payment methods. *International Journal of Health Planning and Management*, 1995, 10: 23–45.
36. **Wilton P, Smith RD.** Primary care reform: a three country comparison of budget holding. *Health Policy*, 1998, 44(2): 149–166.
37. **Sekhri Feachem N.** Managed care: the US experience. *Bulletin of the World Health Organization*, 2000, 78 (sous presse).
38. **Preker A, Feachem RGA.** *Market mechanisms and the health sector in Central and Eastern Europe*. Washington, DC, Banque mondiale, 1995 (Technical Paper No. 293).
39. **Baeza C.** *Taking stock of health sector reform in LAC*. Washington, DC, Banque mondiale, 1998 (World Bank Technical Discussion Paper, LASHD).
40. **Mills A.** Contractual relationships between governments and the commercial private sector in developing countries. In: Bennett S, McPake B, Mills A. *Private health providers in developing countries: serving the public interest?* Londres, Zed Books, 1996.
41. **McPake B, Hongoro C.** Contracting out clinical services in Zimbabwe. *Social Science and Medicine*, 1995, 41(1): 13–24.
42. **Gilson L et al.** Should African governments contract out clinical health services to church providers? In: Bennett S, McPake B, Mills A. *Private health providers in developing countries: serving the public interest?* Londres, Zed Books, 1996.
43. **Baeza C, Copetta C.** *Análisis conceptual de la necesidad y factibilidad de introducir mecanismos de ajuste de riesgo y portabilidad de los subsidios públicos en el sistema de seguros de salud en Chile*. Santiago, Chili, Centro Latinoamericano de Investigación para Sistemas de Salud (CLAISS) et Fondo de Promoción de Políticas Públicas de la Universidad de Chile, 1999 (en espagnol).
44. **Enthoven A.** *Reflections on the management of the National Health Service*. London, Nuffield Provincial Hospitals Trust, 1985.
45. **Enthoven A.** Managed competition of alternative delivery systems. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 1988, 13: 305–321.
46. **Enthoven A.** The history and principles of managed competition. *Health Affairs*, 1993, 12: 24–48.
47. **Ovretveit J.** *Purchasing for health: a multidisciplinary introduction to the theory and practice of health purchasing*. Buckingham, UK, Open University Press, 1995 (Health Services Management Series).
48. **Baeza C.** *Problemas y desafíos para el sistema de salud chileno en el siglo XXI*. Santiago, Chili, Centro Latinoamericano de Investigación para Sistemas de Salud (CLAISS), 1999 (Documentos para el Dialogo en Salud No. 3) (en espagnol).

CHAPITRE SIX

Comment protéger l'intérêt général ?

Les gouvernements doivent être de bons administrateurs de leurs ressources nationales qu'il leur faut entretenir et améliorer au profit de leurs populations. Dans le domaine de la santé, ils sont responsables en dernier ressort du bien-être de leurs citoyens dont ils doivent prendre le plus grand soin. L'administration générale de la santé est l'essence même d'un bon gouvernement. Dans chaque pays, elle consiste à mettre en place le système de santé le plus efficace et le plus équitable possible. La santé de la population doit toujours constituer une priorité nationale : la responsabilité qui en incombe aux gouvernements est permanente, et ce sont les ministères de la santé qui assument une large part de l'administration générale des systèmes de santé.

La politique et les stratégies sanitaires doivent définir les rôles des secteurs privé et public dans la prestation des services et le financement de la santé. C'est seulement ainsi que l'ensemble du système de santé peut être axé sur la réalisation d'objectifs intéressant toute la population. L'administration générale englobe la définition des finalités et de l'orientation de la politique sanitaire, l'exercice d'une influence par la voie d'une réglementation et d'un plaidoyer et, enfin, la collecte et l'exploitation de l'information. Au niveau international, l'administration générale consiste à influencer la recherche et la production mondiales de moyens de réaliser les objectifs sanitaires. Elle offre aussi aux pays une base factuelle pour les aider à améliorer la performance de leur système de santé.

6

COMMENT PROTÉGER L'INTÉRÊT GÉNÉRAL ?

LES GOUVERNEMENTS EN TANT QU'ADMINISTRATEURS DES RESSOURCES SANITAIRES

L'administration générale est la dernière des quatre fonctions du système de santé examinées dans le présent rapport et peut être considérée comme la plus importante. Si elle domine les autres – prestation de services, production de moyens et financement – et s'en différencie, c'est pour une raison essentielle : la responsabilité de la performance globale du système de santé d'un pays doit toujours finalement incomber au gouvernement. L'administration générale non seulement influence les autres fonctions, mais permet aussi d'atteindre chacun des buts du système de santé, à savoir améliorer la santé, répondre aux attentes légitimes de la population et assurer l'équité des contributions. Le gouvernement doit s'impliquer à tous les niveaux du système de santé pour en maximiser les résultats.

L'administration générale a été récemment définie comme suit : « fonction d'un gouvernement responsable du bien-être de sa population et soucieux du bien-fondé et de la légitimité de ses activités aux yeux des citoyens » (1). Elle nécessite, notamment de la part du ministère de la santé, de la clairvoyance, du discernement et de l'influence pour contrôler et orienter l'exécution et l'évolution des mesures sanitaires entreprises sur le plan national au nom du gouvernement. Une grande partie du présent chapitre est donc consacrée au rôle du ministère.

Certains aspects de l'administration générale de la santé doivent être pris en charge par l'ensemble du gouvernement. Le ministère de la santé risque en effet de ne pas pouvoir, à lui seul, agir sur le comportement des acteurs de la santé dans d'autres secteurs de l'économie ou mettre à la disposition du système de santé les effectifs et la gamme de compétences dont il a besoin. Le gouvernement doit assurer la cohésion et l'uniformité nécessaires entre les départements et les secteurs, au moyen si nécessaire d'une réforme globale de l'administration publique.

Au-delà du gouvernement, l'administration générale de la santé est également du ressort des acheteurs et des prestataires de services de santé, qui doivent faire en sorte que leurs dépenses aient les meilleures répercussions possibles sur la situation sanitaire. En outre, l'administration générale de la santé a une dimension internationale en rapport avec l'aide extérieure.

Toutefois, le gouvernement demeure le moteur principal. Aujourd'hui, le rôle de l'Etat à l'égard de la santé est, dans la plupart des pays, en pleine évolution. Les gens attendent

toujours plus de leurs systèmes de santé, mais les moyens de financement des Etats et les services qu'ils peuvent offrir demeurent limités. Les gouvernements ne peuvent pas cependant rester sans réaction devant cet accroissement de la demande. Ils font face à de délicats dilemmes quand il leur faut décider de l'orientation à suivre, car ils ne peuvent pas tout faire. Pour garantir une administration efficace et jouer pleinement leur rôle de contrôleur et d'intendant, il leur faut s'attacher davantage « à tenir la barre qu'à ramer » (2,3).

L'administration générale présente partout de graves lacunes. Le présent chapitre en examine quelques-unes, puis passe en revue les aspects importants de cette fonction. Il indique les principaux protagonistes ainsi que les stratégies à mettre en œuvre dans différents contextes nationaux. Enfin, il reprend quelques-uns des messages des chapitres précédents sur les grandes orientations propres à assurer un meilleur fonctionnement des systèmes de santé.

EN QUOI L'ADMINISTRATION GÉNÉRALE LAISSE-T-ELLE AUJOURD'HUI À DÉSIRER ?

« Dans les pays à bas ou moyen revenu, les ministères de la santé sont réputés être les institutions du secteur public les plus paperassières et les moins efficacement gérées. Conçues et mises en place au début du XX^e siècle, et dotées de pouvoirs étendus pour financer et gérer des hôpitaux publics et des systèmes de soins de santé primaires importants au cours de l'après-guerre, elles sont devenues de vastes services publics centralisés et très hiérarchisés, régis par des règlements administratifs encombrants et tatillons, et dotés d'un personnel permanent jouissant de la sécurité d'un emploi dans la fonction publique. Les ministères ont éclaté pour donner naissance à de nombreux programmes verticaux souvent gérés comme autant de fiefs indépendants et soumis aux incertitudes d'un financement international (4). »

Les problèmes qui viennent d'être décrits sont fréquents, à des degrés variables, dans nombre de pays d'aujourd'hui. Leurs conséquences sont faciles à constater, mais il n'est pas toujours aisé de comprendre pourquoi ils se posent et comment les résoudre. Ils sont souvent dus à certains troubles de la vision dont sont atteints les responsables de l'administration générale.

Les ministères de la santé souffrent souvent de myopie. Si celle-ci est sévère, ils peuvent perdre de vue leur cible principale : la population en général. Les patients et les consommateurs risquent de ne retenir l'attention que lorsque le ministère ne peut plus feindre d'ignorer un mécontentement général croissant. En outre, les ministères atteints de myopie ne reconnaissent que les acteurs du secteur les plus proches d'eux, mais pas nécessairement les plus importants car ces derniers peuvent être plus ou moins éloignés.

Le ministère de la santé entretient de nombreuses relations avec une multitude d'individus et d'organismes du secteur public qui fournissent des services de santé, et dont beaucoup peuvent être directement financés par lui. Souvent, ces relations l'obligent à exercer un contrôle et une supervision intensifs, mais il arrive que juste au-delà de son champ de vision se trouvent au moins deux autres groupes qui ont un rôle majeur à jouer dans le système de santé : les prestataires non gouvernementaux et les intervenants sanitaires dans des secteurs autres que celui de la santé.

En raison de leur taille et de leur incidence potentielle sur la réalisation des objectifs sanitaires, ces individus et organismes insuffisamment pris en compte peuvent être plus importants que les ressources publiques réparties par le ministère de la santé. Mais ils risquent d'être mal connus, et il arrive souvent qu'aucune politique ne détermine l'attitude

à adopter à leur égard. Au Myanmar, au Nigéria (5) ou au Viet Nam, par exemple, les soins médicaux financés et dispensés par le secteur privé sont trois ou quatre fois plus importants, en termes de dépenses, que les fonds alloués aux services publics. Or, les nombreux types de prestataires privés qui jouent un rôle dans ces pays sont à peine mentionnés dans la législation et les réglementations.

Certains grands régimes d'assurance-maladie en Inde n'ont actuellement aucun statut légal (6). Si, en Europe et dans les Amériques, les accidents de la circulation occupent le quatrième rang dans la classification générale des charges de morbidité, les ministères de la santé de ces régions ne jouent souvent qu'un rôle d'intendant des services de sécurité routière et d'urgence et ne constituent pas une force de prévention. Les services financés par des sources publiques sont évidemment du ressort des gouvernements, mais ceux-ci en tant qu'administrateurs généraux des intérêts publics sont aussi manifestement responsables du financement et de la prestation par le secteur privé de *toutes* les interventions sanitaires.

Les ministères souffrent aussi de myopie dans la mesure où leur vue est limitée dans le temps. Les décisions concernant les investissements dans des bâtiments, du matériel et des véhicules neufs occupent le premier plan, tandis que la nécessité impérieuse et chronique de rééquilibrer les investissements et les dépenses récurrentes n'apparaît pas avec la même clarté.

Le *rétrécissement du champ visuel* dans le domaine de l'administration générale conduit à s'intéresser exclusivement à la législation et à la publication de règlements, décrets et ordonnances pour définir la politique sanitaire. Les règles écrites ont certes un rôle important à jouer en administration générale, mais, si leur formulation est relativement facile et peu coûteuse, il arrive souvent qu'elles soient inefficaces car les ministères n'ont pas les moyens d'en contrôler l'application : ils ne disposent que rarement d'assez d'inspecteurs de la santé publique pour se rendre dans tous les magasins d'alimentation et les restaurants ou d'assez d'inspecteurs de la médecine du travail pour contrôler régulièrement toutes les usines. Dans les rares cas où des sanctions sont imposées, elles sont trop légères pour décourager les pratiques illicites ou influencer sur le non-respect généralisé des règlements.

Une bonne administration générale doit s'appuyer sur *plusieurs* stratégies pour influencer le comportement de tous les partenaires du système de santé. Parmi elles figurent une meilleure base d'information, la capacité de mobiliser l'appui de différents groupes et l'aptitude à créer des incitations soit directement, soit dans un plan d'organisation. A mesure que l'autorité est décentralisée et déléguée à un large éventail de partenaires du système de santé, la panoplie des stratégies d'administration générale doit passer progressivement de diverses formes de commandement et de contrôle à un cadre cohérent d'incitations.

Les ministères de la santé sont parfois atteints de cécité face au non-respect des règlements qu'ils ont eux-mêmes édictés ou qu'ils sont censés appliquer dans l'intérêt général. Leur indulgence à l'égard de la perception illicite d'honoraires par les employés du secteur public, pratique que l'on désigne par l'euphémisme « rémunération informelle », est un exemple très répandu. Une étude récente, au Bangladesh, montre que les honoraires officieux y sont 12 fois plus élevés que les rémunérations officielles (7). Les pots-de-vin fréquemment versés en Pologne sont une véritable atteinte aux droits des malades (8). Si une telle corruption apporte un avantage matériel à un certain nombre d'agents de santé, elle dissuade les pauvres d'utiliser des services dont ils ont besoin, ce qui rend le financement de la santé encore plus inéquitable et fausse les priorités générales dans ce domaine.

En fermant les yeux sur ces abus, l'administration générale faillit à sa tâche ; elle trahit la confiance de ses mandants et une corruption institutionnelle s'établit. Cet aveuglement est

aussi fréquent lorsque l'intérêt général est menacé autrement : par exemple, des médecins peuvent rester muets devant l'incompétence ou les pratiques dangereuses de certains confrères, faisant ainsi preuve d'un sens déplacé de la solidarité professionnelle. Une étude entreprise aux États-Unis en 1999 note que « les soins préventifs, aigus ou chroniques ne sont fréquemment pas conformes aux normes professionnelles » (9). La difficulté de veiller au respect de la probité dans les décisions concernant des projets de grande envergure et des achats importants (matériel, produits pharmaceutiques, etc.) que la corruption peut rendre particulièrement lucratifs est un autre obstacle fréquent à une bonne administration générale.

Certains événements récents permettent aux gouvernements d'être plus clairvoyants et de mettre en place une administration générale plus novatrice. L'autonomie accrue, par exemple, dont jouissent les responsables des achats et de la prestation des services décharge les gouvernements centraux et locaux d'une part de leurs responsabilités, mais crée de nouvelles tâches pour le gouvernement qui doit veiller à ce que les achats et les prestations de services s'effectuent conformément à la politique générale. On dispose maintenant d'une importante somme d'expériences dans des domaines pratiques tels que la passation des marchés (10) et les rapides progrès de la technologie permettent de gérer rapidement et à moindre frais d'énormes quantités d'informations, ce qui permet en principe aux responsables de mieux se représenter l'ensemble du système de santé.

La notion d'administration générale de l'ensemble des intervenants et actions sanitaires doit faire l'objet d'une attention accrue. Un vaste débat théorique et pratique s'impose pour améliorer sa définition et mesurer à quel point elle s'exerce efficacement dans différents contextes. Toutefois, plusieurs fonctions essentielles peuvent déjà être mises en évidence :

- formulation de la politique sanitaire en définissant une conception de l'avenir et des orientations ;
- exercice d'une influence par divers modes de réglementation ;
- collecte et utilisation de l'information.

Ces fonctions sont examinées ci-après.

Encadré 6.1 Tendances de la politique nationale : des plans aux schémas directeurs

Les documents relatifs aux politiques nationales de santé ont une longue histoire qui remonte au-delà de l'action internationale pour la promotion des soins de santé primaires, mais qui a été stimulée par elle. Dans de nombreuses économies planifiées et en développement, la politique sanitaire s'inscrivait dans un plan national de développement et mettait l'accent sur les investissements nécessaires. Certains documents de politique sanitaire n'étaient qu'un recueil de plans axés sur un projet ou un programme. Ils ignoraient le secteur

privé, et souvent ne tenaient pas suffisamment compte des réalités financières et des préférences des consommateurs. Les problèmes de mise en œuvre étaient fréquents.

Tous les pays, tant s'en faut, ne sont pas dotés d'une politique sanitaire nationale officielle : les États-Unis d'Amérique, la France et la Suisse n'en ont aucune ; la Tunisie n'a élaboré aucun document de politique générale ; le Royaume-Uni a publié son premier document officiel dans les années 1990, et le Portugal en 1998. La durée d'une politique dépend de l'adoption ou non de changements fondamen-

taux : l'Inde utilise encore son plan de 1983, alors que la Mongolie, en pleine transition économique, a révisé sa politique de 1991 en 1996, puis de nouveau en 1998.

On tente actuellement d'adopter des schémas généraux plus exhaustifs – mais moins détaillés – qui indiquent une évolution générale, sans préciser les modalités opérationnelles comme au Ghana et au Kenya.

*Un schéma de politique sanitaire nationale*¹

- énonce les objectifs et traite les principaux problèmes ;
- définit les rôles respectifs des sec-

teurs public et privé dans le financement de la santé et la prestation des services ;

- indique les moyens d'action et les dispositions institutionnelles nécessaires dans les secteurs public et privé pour atteindre les objectifs du système ;
- expose le programme de renforcement du potentiel et de développement organisationnel ;
- donne des indications sur l'ordre de priorité des dépenses, liant ainsi l'analyse des problèmes aux décisions concernant l'affectation des ressources.

¹ Cassels A. *A guide to sector-wide approaches for health development*. Genève, Organisation mondiale de la Santé/DANIDA/DFID/Commission européenne, 1997 (document non publié WHO/ARA/97.12).

POLITIQUE SANITAIRE : VISION DE L'AVENIR

Une politique sanitaire clairement définie permet d'atteindre plusieurs objectifs : elle expose une vision de l'avenir qui, à son tour, aide à fixer des repères à court et moyen termes. Elle énonce les priorités et les rôles assignés aux différents groupes. Elle établit un consensus et informe les gens, ce qui lui permet de jouer un rôle important dans la gestion des affaires publiques. La formulation et l'exécution de cette politique sanitaire incombent manifestement au ministère de la santé.

Il semble que certains pays n'aient publié aucune déclaration nationale de politique sanitaire au cours de ces dix dernières années ; dans d'autres, une telle politique existe mais les documents qui la contiennent dorment sur les étagères et ne sont jamais consultés. La politique sanitaire et la planification stratégique envisagent trop souvent un développement irréaliste du système de soins de santé financé par les pouvoirs publics, et le rythme de croissance prévu est parfois très supérieur à celui de l'économie du pays. Finalement, cette politique et le document de planification sont jugés inapplicables et il n'en est tenu aucun compte. L'Encadré 6.1 montre brièvement comment une planification sanitaire exhaustive a fait place à une approche globale plus souple. La stratégie sanitaire à moyen terme du Ghana, publiée en 1995, expose 10 formes de contribution du système de santé à l'amélioration de la santé (voir l'Encadré 6.2).

Une concertation publique a lieu, dans certains pays, au début du processus de formulation de la politique. On utilise parfois un plan à horizon mobile qui est périodiquement mis à jour et modifié. Dans les pays où l'aide extérieure contribue largement au financement du système de santé, les approches sectorielles (APS) représentent une importante application de cette démarche à la définition et à l'exécution des politiques. Les APS consistent pour l'essentiel en un partenariat d'organismes de financement qui s'entendent pour travailler ensemble sous la direction du gouvernement à la réalisation d'un ensemble d'options politiques claires, en utilisant souvent les mêmes procédures dans un grand nombre de domaines tels que la supervision, le contrôle, le compte rendu, la comptabilité et les achats. L'Encadré 6.3 résume l'évolution des APS. Il apparaît donc que la planification sani-

Encadré 6.2 Schéma de politique sanitaire à moyen terme du Ghana

Au Ghana, on a considéré, au terme d'un processus de concertation intensif, que les stratégies suivantes permettaient d'obtenir les meilleures performances en matière de santé :

- Réaménagement des priorités des services de santé pour que les services de soins de santé primaires (c'est-à-dire ceux permettant le mieux de réduire la morbidité et la mortalité) soient privilégiés lors de l'affectation des ressources.
- Renforcement et décentralisation de la gestion dans le contexte d'un service national de santé.
- Etablissement de liens entre les prestataires de soins de santé privés et publics pour garantir un consensus et veiller à ce que toutes les ressources servent à la réalisation d'une stratégie commune.
- Développement et remise en état de l'infrastructure sanitaire de manière à étendre sa couverture et améliorer sa qualité.
- Renforcement de la planification, de la gestion et de la formation des ressources humaines en vue de constituer et maintenir en place des équipes sanitaires en nombre suffisant, de bonne qualité et bien motivées pour la prestation des services.
- Mise en place et gestion d'une logistique appropriée concernant les médicaments et autres biens consommables, le matériel et les véhicules, à tous les niveaux du système de santé.
- Renforcement des systèmes de surveillance et de réglementation au sein du système de santé en vue d'une exécution plus efficace des programmes.
- Mise à la disposition des foyers et des communautés de moyens leur permettant de mieux prendre en charge leur propre santé.
- Amélioration du financement des soins de santé de manière que toutes les ressources disponibles de l'État, d'organisations non gouvernementales, d'organismes privés, de missions et de bailleurs de fonds soient utilisées rationnellement et efficacement. On étudiera les moyens de mobiliser des ressources additionnelles en vue de rendre les services plus accessibles et plus abordables.
- Promotion d'une action intersectorielle pour le développement sanitaire, notamment dans les domaines de l'alimentation et de la nutrition, de l'emploi, de l'éducation, de l'eau et de l'assainissement.

Source : *Medium-term health strategy: towards vision 2020 Republic of Ghana*. Accra, Ministry of Health, 1995.

taire va maintenant au-delà de la programmation des investissements pour englober des déclarations consensuelles relatives aux grandes lignes de la politique et du développement du système.

Un cadre général doit prendre en compte les trois objectifs du système de santé et définir les stratégies permettant de mieux atteindre chacun d'eux. Rares sont les pays qui ont élaboré une politique bien définie sur l'efficacité et l'équité générales du système de santé. Pourtant, la nécessité de tenir compte de ces deux valeurs dans la gestion des affaires publiques est apparue il y a bien longtemps (1). L'Encadré 6.4 décrit l'antique institution de l'Hisba, qui constitue dans les pays islamiques une forme d'administration générale et de contrôle, mettant en évidence ses dimensions éthique et économique. On n'a encore fait nulle part de déclarations publiques sur l'équilibre souhaité entre les résultats sanitaires, la réactivité du système et l'équité du financement. La politique doit indiquer comment améliorer les fonctions essentielles du système et elle y parvient parfois en partie.

En ce qui concerne la prestation de services, tous les prestataires doivent être identifiés ainsi que leur contribution future (plus ou moins importante selon les cas). Sur la question du financement, il convient d'élaborer des stratégies destinées à réduire l'importance des paiements directs en augmentant celle du prépaiement. On définira les rôles des principaux organismes de financement – privés et publics, nationaux et extérieurs – ainsi que ceux des ménages avec leurs orientations futures. Les rouages de l'administration générale, conçus pour réguler ces fonctions et vérifier comment elles évoluent avec la politique, doivent aussi être clairement décrits. A cette occasion, on offrira sans doute aux consomma-

Encadré 6.3 Les APS sont-elles une bonne technique d'administration générale ?

Une approche sectorielle (APS) est une méthode de travail qui rassemble dans un secteur donné gouvernements, donateurs et autres parties prenantes. Caractérisée par une série de principes d'exploitation plutôt que par un ensemble déterminé de politiques ou d'activités, elle consiste à réaliser progressivement, sous la direction du gouvernement, les objectifs suivants : élargissement du dialogue sur la politique générale ; mise au point d'une politique sectorielle unique (concernant les problèmes sectoriels, privés et publics) et d'un programme commun de dépenses réalistes ; conclusion d'accords de surveillance communs ; et meilleure coordination des procédures de financement et d'achat. Adopter une APS, c'est s'engager dans la voie du changement avec ces objectifs en vue et non chercher à les

atteindre tous dès le départ. Il faut pour cela modifier le mode de fonctionnement des gouvernements et des bailleurs de fonds ainsi que les compétences et le type d'organisation de leur personnel.

Cette démarche a surtout commencé à s'appliquer dans certains des pays les plus dépendants d'une aide extérieure. Elle s'inspire des préoccupations suscitées chez les gouvernements et les donateurs par les résultats des méthodes classiques d'aide au développement, lesquelles ont souvent consisté à associer des politiques de réajustement macroéconomique ignorant le secteur social à des projets ayant pour effet de fragmenter le secteur. Nombre de ces pays sont en Afrique, par exemple le Burkina Faso, l'Éthiopie, le Ghana, le Mali, le Mozambique, l'Ouganda, la République-Unie de Tanzanie, le Sénégal et la Zambie. L'autre groupe de pays où les

APS font l'objet de discussions ou d'un engagement actif se trouve en Asie : le Bangladesh, le Cambodge et le Viet Nam en constituent quelques exemples.

L'évolution d'une APS prend du temps. Au Ghana, lors de l'approbation du programme sectoriel du Ministère de la Santé par les bailleurs de fonds, le pays était déjà passé par dix années de développement institutionnel, quatre années d'application d'une politique/stratégie majeure, trois années de renforcement des fonctions gestionnaires clés, deux années de négociations, de planification et de mise au point, et une année de dérapages et de retards.¹

Le Cambodge et le Viet Nam en sont encore au tout début de l'examen de la politique sectorielle avec les bailleurs de fonds. Dans d'autres pays, on a le plus souvent évolué vers la mise au point d'un cadre de

politique sectorielle et de dépenses à moyen terme à l'intérieur duquel il a été convenu d'opérer. Dans certains pays, les missions d'examen conjointes sont devenues un mode de concertation courant. C'est l'adoption de méthodes communes de financement et d'achat qui a fait le moins de progrès.

Les APS offrent la possibilité d'appuyer une bonne administration générale. Walt et ses collègues affirment qu'elles sont perçues comme un moyen de renforcer la capacité d'un gouvernement à contrôler l'ensemble du système de santé, à élaborer des politiques, et à collaborer avec des partenaires situés en dehors du secteur public.² Toutefois, elles dépendent d'abord et surtout de la clairvoyance et des qualités de dirigeants des membres du gouvernement.

¹ Smithson P. Cité dans Foster M. *Lessons of experience from sector-wide approaches in health*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, Strategies for Cooperation and Partnership, 1999 (document non publié).

² Walt G et al. Managing external resources in the health sector: are there lessons for SWAPs? *Health Policy and Planning*, 1999, 14(3): 273-284.

teurs la possibilité de se faire représenter pour contrebalancer les intérêts des prestataires.

Il y a danger lorsque certains axes de la politique, ou des stratégies de réforme complètes, sont associés à un parti politique donné ou à un ministre de la santé. Que cette politique soit bonne ou mauvaise, elle devient ainsi hautement vulnérable. Lorsque le ministre ou le parti en question cessent d'être aux commandes, la politique disparaît, généralement avant d'avoir pu faire la preuve de son succès ou de son échec, parce que le ministre ou l'administration suivants sont rarement disposés à se ranger sous la bannière de leur prédécesseur. Une rotation fréquente des hauts responsables et un mauvais climat politique sont deux dangers pour la bonne marche de l'administration générale (11). La mise en place d'une administration générale efficace peut réduire le risque d'appropriation par telle ou telle personnalité d'un aspect particulier de la politique générale en s'assurant l'appui d'un noyau de partenaires éclairés et en répartissant largement les intérêts, les compétences et les connaissances nécessaires pour maintenir le cap dans une direction donnée.

Toutes les autres fonctions de l'administration générale concernent l'exécution de la politique, par opposition à sa formulation et à sa promotion.

FIXER LES RÈGLES ET LES FAIRE APPLIQUER

La réglementation est largement considérée comme du ressort des ministères de la santé et, dans certains pays, des organismes de sécurité sociale. Elle concerne à la fois l'élaboration des règles régissant le comportement des acteurs du système de santé et les mesures prises pour les mettre en œuvre. De même que l'élaboration des politiques et l'information, la réglementation doit englober toutes les actions et tous les intervenants ayant une incidence sur la santé, et pas seulement ceux qui dépendent du ministère de la santé ou du secteur public. Si le service public de santé est souvent inondé de règlements, rares sont les pays (à haut ou bas revenus) ayant mis au point des stratégies appropriées

Encadré 6.4 Administration générale : le système de l'*Hisba* dans les pays islamiques

L'institution de l'*Hisba* a été créée, il y a plus de 1400 ans, dans les pays islamiques pour permettre d'exercer des fonctions d'administration générale. Il s'agit d'une institution morale et socio-économique dont la raison d'être est la promotion du bien et la prévention du mal. Les fonctions du *mouhtasib* (chef du système de l'*Hisba*) peuvent être classées en trois catégories : celles qui concernent les devoirs envers Dieu ; celles qui concernent les droits des gens ; et celles qui s'appliquent à l'ensemble.

Les deuxième et troisième catégories se rapportent aux affaires communautaires et à l'administration municipale. La principale jus-

tification de l'*Hisba* est la promotion de nouvelles normes sociales et la mise en place d'un dispositif pour faire respecter ces normes dans les divers secteurs de la société.

Le premier *mouhtasib* en Islam fut une femme du nom d'Al Shifa ; nommée à Médine, capitale de l'Etat islamique, par le second calife, Omar ibn Al Khattab, il y a près de 1450 ans, elle était chargée de contrôler les marchés. Une autre femme appelée Samra bint Nuhayk fut investie de pouvoirs similaires à La Mecque, deuxième ville du pays, par le même calife.

Le *mouhtasib* pouvait à son tour désigner des personnes techniquement qualifiées pour contrôler l'exercice de divers métiers et com-

merces, et le fonctionnement de services publics, dont les services de santé. Il était habilité à recevoir des plaintes du public et pouvait aussi ordonner une enquête de sa propre initiative.

Les services médicaux étaient eux aussi régis par le système de l'*Hisba*. Les médecins et autres spécialistes de la santé devaient passer avec succès des examens professionnels et posséder le matériel nécessaire pour avoir le droit d'exercer. Le *mouhtasib* veillait à ce que les médecins praticiens respectent les normes morales et éthiques en vigueur, et notamment celles qui concernaient l'équité des services et la protection de l'intérêt général. Dans le domaine des services pharmaceutiques, on

préparait des publications techniques, y compris des monographies décrivant les normes et spécifications applicables aux divers médicaments, et l'on mettait au point des méthodes d'assurance de la qualité. Le système comportait aussi des inspections et des mécanismes de mise en œuvre.

Comme maintes autres institutions, l'*Hisba* s'est radicalement transformée à l'époque de la colonisation occidentale : ses fonctions ont été réparties entre un certain nombre de services séculiers, et sa dimension morale a été abandonnée.

Communication du Bureau régional de la Méditerranée orientale de l'Organisation mondiale de la Santé.

Source : Al-Shaykh al-Imam Ibn Taymiya. *Public duties in Islam: the institution of the Hisba*. Markfield, Royaume-Uni, The Islamic Foundation, 1985.

pour réglementer le financement et les prestations de services de santé émanant du secteur privé. Dans la plupart des pays, il est extrêmement urgent de repenser les méthodes de réglementation pour disposer d'un ensemble cohérent de dispositions applicables aux prestataires et sources de financement privés qui soient conformes aux objectifs et priorités nationaux.

La réglementation peut promouvoir ou restreindre. Etant donné que le secteur privé comprend de nombreux intervenants différents, la politique nationale doit faire une nette distinction entre les cas où il y a lieu de promouvoir et ceux où il faut restreindre. Une position unique à l'égard du secteur privé aurait peu de chance de convenir. Dans le domaine de la promotion, on peut offrir au secteur privé des incitations tangibles comme la vente de biens publics, les prêts à des taux préférentiels ou les dons de terrain. Les incitations fiscales peuvent promouvoir les services privés sans que le gouvernement ait à intervenir, ou seulement dans une très faible mesure, pour réguler le marché des prestataires. Dans les années 1980, la Chine a relégalisé la pratique libérale des professions de la santé et favorisé l'acquisition d'hôpitaux par des coentreprises associant les secteurs public et privé. Le Ministère des Finances de la Thaïlande offre des incitations fiscales aux entreprises privées qui investissent dans des hôpitaux.

A l'autre extrémité du spectre, le libre jeu de la concurrence se heurte parfois à des obstacles considérables comme l'interdiction officielle de l'exercice privé. Cette interdiction est encore en vigueur à Cuba et le fut précédemment en Ethiopie, en Grèce (pour les hôpitaux), au Mozambique, en République-Unie de Tanzanie et dans plusieurs autres pays. Entre ces deux cas extrêmes, on trouve des politiques qui permettent aux lois du marché de s'exercer avec une liberté relative, qui prévoient des incitations modestes ou qui n'imposent que des restrictions limitées à ceux qui désirent privatiser leur activité, notamment quelques normes de comportement du marché et un certain degré de contrôle et de répression.

Souvent, des services publics autres que le ministère de la santé ainsi que les investisseurs privés eux-mêmes réclament des incitations offrant de meilleures perspectives au secteur privé dans le domaine de la santé. Les ministères des finances, du commerce et du développement militent fréquemment pour un accroissement de l'investissement privé dans la santé, conformément à la stratégie générale de libéralisation économique.

Les politiques de promotion semblent donner de bons résultats et contribuent au développement du financement et des services privés (12, 13). Toutefois, elles ont aussi des effets secondaires dommageables : inégalités croissantes, qualité inégale des soins et inefficacité. Le ministère de la santé doit savoir à l'avance quelles sont les conditions qui s'imposent pour que de tels investissements contribuent à l'efficacité, à la qualité ou à l'équité des objectifs du système de santé, et comment il faut défendre le point de vue selon lequel la santé n'est *pas* simplement un secteur comme les autres.

Il est difficile de remédier après coup aux problèmes causés par des pratiques commerciales abusives. Les Etats-Unis offrent probablement l'exemple le mieux documenté d'organismes de réglementation cherchant à combler leur retard sur les compagnies d'assurance privées (14). Les gouvernements des Etats y disposent de lois, de règlements et de moyens de contrainte à l'égard des assureurs privés qui garantissent une concurrence loyale, assurent une bonne qualité et, d'une manière générale, protègent les consommateurs contre les pratiques commerciales frauduleuses. Ce cadre réglementaire a été en cours d'élaboration pendant de nombreuses années et il est encore loin d'être parfait : il ne permet pas en effet d'assurer tout le monde. De récents changements de réglementation ont amélioré l'accès à l'assurance privée par les petits employeurs et les particuliers, sans toutefois la rendre financièrement plus abordable. Des employeurs privés ont mis au point divers moyens

d'échapper à ces règles pour se placer sous l'égide de la réglementation fédérale qui est moins stricte. Toutefois, le système permet d'éviter un grand nombre des abus les plus graves – par exemple l'intervention d'assureurs non solvables ou sans scrupules – et aide à remédier à un grand nombre des défauts du marché. L'Afrique du Sud et le Chili ont fait des expériences similaires en matière de réglementation de l'assurance-maladie privée. L'Afrique du Sud a récemment modifié son règlement relatif aux régimes d'assurance-maladie de manière à réduire la sélection par le risque et à mieux répartir les risques (voir l'Encadré 6.5).

Le Chili n'a pas été en mesure d'imposer des obligations contractuelles explicites aux assureurs privés ou d'interdire la sélection par le risque en raison de l'influence politique des assureurs et de leurs clients. Si un long délai s'écoule entre la libéralisation et l'application de règles régissant le comportement du marché, l'expérience montre qu'il devient politiquement très difficile d'imposer ces règles (15,16).

Les contrats passés entre acheteurs publics et prestataires privés sont une forme atténuée d'incitation à la participation pour le secteur privé. Au Liban, par exemple, 90 % des lits d'hôpitaux appartiennent au secteur privé et des organisations non gouvernementales dispensent des soins ambulatoires à environ 10-15 % de la population, notamment aux pauvres. Poussé par la nécessité, le Ministère de la Santé passe des contrats avec la plupart des hôpitaux privés pour qu'ils mettent un nombre de lits fixé à l'avance à la disposition de

Encadré 6.5 Afrique du Sud : réglementation du marché de l'assurance privée pour accroître la répartition des risques

Le Gouvernement entré en fonctions en 1994 à l'issue des premières élections démocratiques de l'Afrique du Sud s'est trouvé face à un secteur de la santé qui reflétait les inégalités de la société en général. Une industrie privée des soins de santé, établie de longue date et bien développée, accaparait 61 % des ressources financières disponibles pour les soins de santé et ne satisfaisait que les besoins des 20 % de la population correspondant à la tranche la plus riche. La vaste majorité des habitants devaient se contenter de services publics mal répartis, sous-financés et fragmentés. L'escalade des prix dans le secteur privé a été généralement supérieure au taux d'inflation pendant la plupart des dernières années 80 et des années 90. Le secteur privé a réagi en limitant les prestations, en augmentant le ticket modérateur et en accélérant l'exclusion des membres à haut risque, ce qui n'a fait qu'aggraver le problème des inégalités.

Face à ces difficultés, le nouveau Gouvernement a promulgué une législation des régimes d'assurance-maladie qui assure une enveloppe de prestations minimum et une meilleure répartition des risques. Les principes et objectifs fondamentaux de cette loi sont les suivants :

- *Barème communautaire* : Pour un produit ou une option donnés, les seules considérations pouvant être prises en compte pour la détermination des primes sont la taille de la famille et le revenu. Il est interdit de baser les primes sur le risque ou l'âge.
- *Garantie d'accès* : Quiconque est en mesure de payer la prime fixée dans le barème communautaire ne peut être exclu pour des raisons d'âge ou d'état de santé.
- *Répartition accrue des risques* : Un plafonnement des montants des contributions et des cumuls réalisables sur les comptes individuels d'épargne médicale permettra de verser une plus forte proportion des contributions dans la caisse commune.

- *Promotion d'une couverture à vie* : Le barème communautaire et la garantie d'accès seront associés à des pénalités financières pour ceux qui ne s'assurent qu'à un âge avancé afin d'inciter efficacement les gens à s'affilier à vie moyennant le versement de primes qui soient dans leurs moyens.
- *Prestations minimales prescrites* : Chaque régime d'assurance-maladie doit s'engager à rembourser le coût total du traitement d'une liste de maladies données ainsi que celui de certains actes effectués dans une structure sanitaire publique, ce qui diminue de beaucoup la tendance à laisser l'Etat s'occuper des malades indésirables.

Une commission d'enquête, nommée en 1995 par le Ministre de la Santé, a chargé une petite équipe technique de préparer une nouvelle réglementation des caisses d'assurance-maladie. L'équipe a publié un document de travail en 1996 et s'est largement concertée avec des inter-

venants clés au sujet des propositions qu'il contenait. Discussions et débats se sont poursuivis jusqu'au milieu de 1997, et il en a résulté un document d'orientation officiel.¹ Après une période d'intenses discussions très ouvertes qui se sont tenues pendant le processus législatif, la nouvelle loi sur les régimes d'assurance-maladie et le règlement y afférent sont entrés en vigueur le 1^{er} janvier 2000, soit trois ans et demi après la création de la commission. Un groupe important va en bénéficier immédiatement : ce sont les membres VIH-positifs des caisses d'assurance-maladie qui ont désormais accès à des soins subventionnés, y compris des médicaments pour le traitement des infections opportunistes, alors que précédemment, ils étaient soit exclus de ces caisses, soit condamnés à ne toucher que des prestations très réduites.

¹ Communication de T. Patrick Masobe, Department of Health, Afrique du Sud, *Reforming private health financing in South Africa: the quest for greater equity and efficiency*, Pretoria, Department of Health, 1997.

patients du secteur public (17). Toutefois, le Gouvernement ne tire pas vraiment avantage de ce moyen de réglementation. Les politiques de remboursement donnent lieu à des hospitalisations inutiles et à un usage abusif des services, ce qui entraîne une escalade des coûts. En outre, les hôpitaux privés opèrent dans un environnement en grande partie non réglementé, d'où une absence de contrôle des investissements. Celle-ci risque d'entraîner à son tour des pressions en faveur d'une poursuite de l'appui financier des pouvoirs publics dont on prendra prétexte pour justifier de nouveaux investissements. L'administration générale doit veiller à ce que des messages incitatifs cohérents émanent des différents niveaux de la politique officielle.

La réglementation suppose des ressources. Le contrôle réglementaire et les stratégies contractuelles augmentent le coût des transactions, tant pour les gouvernements que pour les prestataires ou assureurs, ce qui peut contrebalancer les économies potentielles que l'on attend. C'est parce que l'on était très conscient de cette augmentation des coûts que l'on a décidé de séparer les rôles des acheteurs et des prestataires au Royaume-Uni et en Nouvelle-Zélande (18). Souvent, un manque d'engagement et de fonds gêne les gouvernements dans l'exercice de leurs fonctions de réglementation anciennes et nouvelles. Il paraît donc urgent de développer les compétences en matière de passation de marchés et les moyens de contrôle réglementaire, tant par le recrutement d'un personnel qualifié que par la formation et le soutien technique du personnel en place.

On attribue souvent l'archaïsme des cadres réglementaires ou leur mauvaise application à l'incompétence des ressources humaines ou à l'insuffisance de leurs effectifs (4). L'absence de moyens légaux suffisants est aussi parfois mise en cause. C'est ainsi que, vers la fin des années 1970, le Sri Lanka a déréglementé l'exercice de la médecine libérale par le personnel médical de l'Etat et libéralisé l'économie en général, ce qui a accru l'afflux de capitaux (19). Toutefois, le Ministère de la Santé n'a pas enregistré efficacement les prestataires privés dont le nombre allait croissant : il n'avait aucune stratégie de réglementation, pas de personnel responsable des relations avec le secteur privé et pas de pouvoirs légaux suffisants pour s'acquitter des nombreuses tâches qui lui incombaient. La seule loi en vigueur prévoyait l'agrément des maisons de santé mais pas celui des dispensaires et des médecins du secteur privé. Une loi a été votée en 1997, mais le décret d'application n'est pas encore paru. Néanmoins, en 1998, une nouvelle unité du Ministère de la Santé a été mise en place pour le développement et la réglementation du secteur privé.

En Egypte, la plupart des médecins travaillent à la fois pour l'Etat et à titre privé. De ce fait, une grande partie de leurs activités échappent aux contrôles et à la réglementation. Une situation similaire prévaut en Amérique latine. En Inde, les mécanismes de contrôle et, a fortiori, de réglementation du secteur privé n'ont pas suivi son expansion en dépit des préoccupations que suscite la qualité des soins. Les professionnels de la santé connaissent les lois qui régissent leur activité, mais savent qu'elles sont peu ou mal appliquées et que les associations professionnelles, théoriquement responsables d'une autoréglementation, sont tout aussi inefficaces.

Lorsque des prestataires publics utilisent illégalement des installations publiques pour dispenser des soins particuliers à des patients privés, le secteur public subventionne une médecine libérale officieuse. Il est pratiquement impossible d'interdire complètement à des agents de santé rémunérés par l'Etat d'exercer leur profession à titre privé, mais plusieurs mesures peuvent être prises pour veiller à ce que les praticiens privés se livrent à une concurrence loyale et ne s'enrichissent pas en cumulant les emplois aux frais du contribuable (20,21). Veiller à ce que les patients, le public et les médias ainsi que les prestataires connaissent parfaitement les règles est important dans la régulation du dosage public-privé.

Des services publics efficaces peuvent être eux-mêmes un outil de réglementation. La mise en place de systèmes publics de prestation des services et de financement efficaces revêt encore plus d'importance si la politique de l'Etat vise à restreindre le développement d'un marché de la santé privé ou si l'on ne dispose pas de ressources suffisantes pour éviter les excès du marché. Le secteur public doit alors répondre à l'évolution des besoins des consommateurs, à l'adoption de nouvelles technologies médicales et aux attentes raisonnables des professionnels de la santé. Un secteur public fort peut même constituer une très bonne stratégie pour réglementer la prestation de services privés et protéger le consommateur s'il aide à rendre le secteur privé plus concurrentiel sur le double plan des prix et de la qualité des services.

Toutefois, il arrive trop souvent qu'en dépit de la gratuité ou du subventionnement de ses services, ce soit le secteur public que l'on considère comme non concurrentiel en termes de qualité et de réactivité. Si le système public se détériore ou cesse de s'améliorer, il va devoir consacrer des ressources et une attention excessives à la détection des cas de « marché noir », et la pratique de plus en plus courante des dessous de table va compromettre l'équité.

Les règles trop rarement appliquées sont une incitation à la fraude. Dans de nombreux pays, le renforcement des contrôles et de la réglementation des prestataires et assureurs du secteur privé est maintenant à l'ordre du jour. Malheureusement, les progrès sont lents, voire impossibles. Il en résulte que les pays doivent non seulement prendre en considération l'impact du secteur privé sur le secteur public et mettre au point un cadre réglementaire pour limiter les effets qu'ils jugent nocifs, mais aussi s'engager durablement à appliquer les règles qu'ils ont édictées en faisant des investissements pour que le personnel chargé de la réglementation acquière les connaissances et compétences nécessaires. Une étude organisée à Sri Lanka est parvenue à la conclusion suivante : « la lenteur des progrès réalisés dans les années 1980 complique la tâche des responsables de la réglementation dans les années 1990 : le développement anarchique et incontrôlé du secteur privé a créé un marché plus vaste et plus complexe où prestataires et usagers ont encore plus d'avantages acquis à défendre » (19).

L'autoréglementation professionnelle, qu'il faut distinguer de la défense d'intérêts corporatifs, favorise les bonnes pratiques. En mettant sur pied une organisation professionnelle, les agents de santé exercent plusieurs des fonctions essentielles de l'administration générale : désignation et certification des membres, échange d'expériences et, parfois, formation en cours d'emploi. En offrant à de telles organisations une modeste contribution financière, le ministère de la santé peut obtenir les informations de base dont il a besoin sur les prestataires du secteur privé, notamment dans le domaine des soins ambulatoires. Dans plusieurs pays d'Afrique orientale où les missions religieuses sont d'importants prestataires de services de santé, des organismes de coordination non gouvernementaux exercent déjà cette fonction. Les associations médicales nationales sont fréquentes et il existe aussi des associations de praticiens traditionnels.

De récentes réformes aux Pays-Bas montrent combien il est difficile d'établir un équilibre entre le renforcement de la réglementation pour protéger les consommateurs et améliorer l'équité et l'assouplissement des règles pour accroître la concurrence (voir l'Encadré 6.6).

Des pays en développement ont également mis en œuvre des politiques qui contribuent à faire œuvrer des acteurs privés dans l'intérêt général. Outre l'exemple de l'Afrique du Sud donné dans l'Encadré 6.5, on peut citer la politique nationale du Bangladesh sur les médicaments, adoptée en 1982, qui interdit l'importation et la vente de tous les médica-

ments non essentiels. De ce fait, 1666 produits jugés inefficaces ou nocifs ont été prohibés, tandis que 300 environ faisaient l'objet d'une autorisation de mise sur le marché. Le Gouvernement contrôle aussi la qualité de la production de tous les fabricants et forme les revendeurs à l'usage rationnel des médicaments. « En associant le contrôle du secteur public à l'initiative privée, on a pu mettre les médicaments essentiels à la portée d'un grand nombre d'habitants, et des médicaments produits localement sont disponibles à un prix raisonnable et stable (22). »

La réglementation nécessite un dialogue. Dans les pays où le secteur privé est soumis à un contrôle particulièrement efficace, le gouvernement tient le plus souvent sa structure réglementaire à l'écart des acteurs privés auxquels elle s'applique. S'il n'en est pas ainsi, le secteur privé risque de circonvenir le système en le faisant agir dans son propre intérêt, c'est-à-dire en cooptant des responsables de la réglementation pour que leurs décisions lui soient plus favorables. Mais « tenir à l'écart » ne signifie pas l'absence de toute communication. Le dialogue entre les dirigeants du secteur public ou les responsables de la réglementation et les acteurs du secteur privé joue un rôle critique dans l'efficacité des réglementations. Pour assurer une bonne administration générale, les gouvernements ne doivent pas seulement *voir* clairement, mais aussi *écouter*. Des groupes mixtes à participation publique et privée jouent un rôle utile dans l'élaboration des politiques et des règlements en évaluant la contribution que les acteurs du secteur privé peuvent apporter aux objectifs de la politique publique sans compromettre leur capacité de succès sur le marché. L'inconvénient de telles méthodes est qu'elles risquent de ralentir le rythme de la réforme. Même si les contrôles et la réglementation sont efficaces, les acteurs du secteur privé peuvent en affaiblir l'effet en exerçant des pressions politiques.

En conclusion, on peut tirer d'importants enseignements pour l'élaboration de cadres réglementaires des marchés privés de la santé :

- Ces cadres doivent être instaurés à l'aide d'incitations économiques *avant* toute expansion planifiée d'envergure et énergiquement mis en œuvre dès que le marché privé commence à réagir à ces incitations.
- Les politiques de réglementation doivent être constamment revues pour demeurer en phase avec l'évolution de la scène politique.
- Améliorer la qualité, élargir l'accès aux soins et promouvoir l'efficacité exigent chacun des outils de réglementation différents.
- Les responsables de la réglementation doivent établir un équilibre entre l'élimination du risque de détournement des règles par des intérêts privés et le maintien d'un

Encadré 6.6 Elargissement du système d'assurance-maladie aux Pays-Bas

Le nouveau système d'assurance-maladie des Pays-Bas, adopté en 1990, impose pour la première fois à tous les assureurs privés d'accorder à leurs affiliés une enveloppe de prestations complète et uniforme. Il favorise également la concurrence en accordant à des particuliers une subvention pour les aider à contracter

une assurance-maladie obligatoire auprès d'assureurs concurrents. Les assureurs reçoivent de l'Etat des montants calculés en fonction du risque pour chaque personne ainsi qu'une prime forfaitaire distincte par assuré. Plus l'assureur est efficace et moins la prime due par l'assuré est élevée. Les assureurs sont également autorisés à négocier des

honoraires inférieurs à ceux qui ont été officiellement approuvés, ce qui était précédemment interdit. De ce fait, des compagnies privées d'assurance-maladie sont entrées sur le marché pour la première fois depuis 1941, et tant les assureurs que les prestataires s'attachent à améliorer la qualité qui est devenue le point focal de la concurrence entre

assureurs alors que celle-ci ne portait jusque-là que sur les prix.¹ Toutefois, le nouveau système a rendu l'objectif de la réduction des inégalités en matière de santé plus difficile à atteindre, car les nantis peuvent recourir au prépaiement pour obtenir des enveloppes de prestations plus complètes.²

¹ Van de Ven W, Schut F. Should catastrophic risks be included in a regulated competitive insurance market? *Social Science and Medicine*, 1994, 39(1): 1459-1472.

² Saltman RB, Figueras J, Sakellariades C, eds. *Critical challenges for health care reform in Europe*. Buckingham, Royaume-Uni, Open University Press, 1998.

dialogue fructueux avec ces intérêts pour veiller à ce que les cadres réglementaires demeurent réalistes.

- Lorsque les gouvernements décident de limiter les activités du secteur privé, ils doivent veiller à ce que le secteur public réponde efficacement aux besoins des consommateurs.

Les gouvernements doivent s'engager durablement à appliquer les règles et règlements, en faisant des investissements pour que les connaissances et compétences du personnel de réglementation suivent l'évolution du marché.

FAIRE PREUVE DE DISCERNEMENT ET PARTAGER LES CONNAISSANCES

L'administration générale suppose de la clairvoyance, une bonne information et un jugement sûr, et de l'influence. Sans une bonne compréhension de ce qui se passe dans l'ensemble du système de santé, il est impossible au ministère de la santé de mettre au point des stratégies capables de modifier le comportement des différents groupes d'intérêt de manière à favoriser, ou tout au moins ne pas contrecarrer, les objectifs généraux de la politique de santé.

Un bon système d'information qui donne aux décideurs de haut niveau la possibilité d'interpréter les renseignements recueillis doit être sélectif. Il faut aussi qu'il tire ses données de la base. Quels sont les principaux prestataires de services et quels problèmes posent-ils pour la réalisation des objectifs de la politique de santé ? Quels sont les principaux déséquilibres ou goulets d'étranglement auxquels se heurte la production de biens et de services et quelles sont les grandes options qui paraissent les plus appropriées ? Quelles sont les principales sources de financement et quelles stratégies permettront d'obtenir un taux de prépaiement supérieur et plus équitable ? Quelles sont les principales utilisations des fonds et quelles sont les politiques qui permettront de mieux répartir les ressources ?

La plupart des systèmes de santé recueillent d'énormes quantités d'informations qui risquent de bloquer leur fonctionnement. Il peut s'agir de comptes financiers, de registres du personnel, d'inventaires, de carnets de route des véhicules, de rapports d'activité (quotidiens, par programme, par département, par service, par ordonnance et par patient) concernant chaque structure sanitaire et de dossiers médicaux. Dans de nombreux ministères de la santé, des milliers d'heures d'employé de bureau sont gaspillées chaque mois dans la compilation de renseignements qui ne sont jamais utilisés. En règle générale, il conviendrait de réduire considérablement à chaque niveau la quantité d'informations traitées par le système.

Aux fins de l'administration générale, on peut n'avoir besoin que de résumés périodiques indiquant les variations enregistrées dans l'espace ou dans le temps. Des renseignements sur la répartition et le rendement des apports sanitaires du secteur public et sur les allocations budgétaires peuvent révéler d'importantes variations injustifiées. Mais ce sont les éléments d'information et d'analyse manquants qui ont le plus d'importance pour l'administration. En effet, rares sont aujourd'hui les pays à revenu bas ou moyen qui disposent de données fiables sur les quantités et les sources des fonds et services autres que ceux de l'Etat dans le système de santé. Or, comme l'indique le tableau 8 de l'annexe sur les comptes nationaux de la santé, les apports non gouvernementaux prédominent généralement dans ces pays. On sait peu de choses, dans la plupart des pays, sur ce que les gens attendent de leur système de santé ou sur la structure des marchés complexes de prestataires non

gouvernementaux. Sans de telles données, il est impossible d'évaluer la réactivité et l'équité du financement ou d'obtenir des mesures intermédiaires comme la qualité et l'accessibilité des services, et, sans un tableau complet de la situation, il ne peut pas y avoir de bonne administration générale.

L'information nécessite des ressources. L'administration générale exige un type d'information et une capacité d'analyse différents de ceux requis pour la gestion courante des prestations de service. Faut-il que le ministère de la santé recueille cette information ? Il n'y a aucune raison de supposer que le coût en ressources et en compétences de la collecte d'informations soit plus élevé pour l'administration générale que pour les systèmes classiques de gestion des systèmes de santé. Il va de soi que de nouvelles compétences s'imposent dans le domaine de la réglementation, de la coordination et de la communication, mais le ministère de la santé peut avoir déjà à cet égard plusieurs atouts.

Premièrement, le réseau national diffus d'agents et d'administrateurs sanitaires du secteur public constitue un réservoir de compétences pour les inventaires ou les enquêtes. Les agents de santé du niveau du district peuvent rapidement établir un registre initial des prestataires non gouvernementaux. Deuxièmement, le ministère de la santé est habilité à délivrer des autorisations d'exercer et des accréditations à des prestataires, de sorte qu'il peut engager son personnel dans le processus d'évaluation. Troisièmement, les agents de santé ont de fréquents contacts avec la population et sont bien placés pour poser aux gens des questions sur les objectifs publics et les attentes personnelles. Ainsi, le ministère de la santé peut constituer une formidable ressource pour une meilleure administration générale, en s'attachant d'abord à obtenir de meilleures informations sur l'ensemble du système.

Toutefois, le ministère n'est pas le plus qualifié pour recueillir ou partager toutes les informations. Des instituts de recherche, des départements universitaires et des organisations non gouvernementales (23,24) ainsi que des sociétés locales ou internationales de consultants peuvent être en mesure de dresser des inventaires et de mener des enquêtes plus rapidement et avec plus d'exactitude. Pour pouvoir les gérer, le ministère devra avoir des compétences suffisantes en matière de passation de contrats et de surveillance.

L'administration générale nécessite aussi une information pour influencer sur les comportements et les événements. La diffusion d'informations facilite, par exemple, l'élaboration des politiques et de la réglementation. Elle permet en outre au ministère de créer, pour sa politique de santé, un mouvement d'opinion favorable capable de contrebalancer l'influence des groupes d'intérêt qui risqueraient de faire régner l'incompétence ou la corruption dans les systèmes de santé. Ainsi un débat public sur les orientations politiques peut s'instaurer à partir de données fiables. Une stratégie de diffusion de l'information technique peut aussi s'inscrire dans un programme de développement du potentiel au sein du système de santé, et plus particulièrement du ministère de la santé.

La diffusion de l'information doit viser à exposer publiquement les aspects les plus complexes de l'administration générale aux fins d'information et de concertation. L'établissement des priorités sanitaires examiné au chapitre 3 ne fait que depuis peu l'objet d'un débat public dans un petit nombre de pays, débat souvent bruyant et confus car on ne lui a pas fixé de règles. Le rôle du ministère consiste à définir de telles règles : l'établissement des priorités doit tenir compte de la charge de morbidité, du rapport coût/efficacité des interventions disponibles et de l'importance des mesures existantes pour régler le problème. Le ministère peut aussi écouter les préférences exprimées au sujet des critères de base de l'établissement des priorités, comme en Suède et dans l'Oregon (Etats-Unis) (25). Les droits

et obligations des différents acteurs peuvent être précisés au moyen d'une stratégie de diffusion de l'information de manière à faciliter la réalisation des objectifs de la politique. C'est ainsi que, dans des cas où la rémunération informelle des soins est une pratique fréquente, les prestataires peuvent être au moins tenus de publier le coût intégral des interventions et l'on peut inviter les patients à porter plainte lorsqu'il leur est demandé de régler des montants supérieurs.

Comme le montre l'Encadré 6.7, de nombreux pays ont déjà pris des mesures pour protéger les droits des patients. Même sans législation, une administration générale énergique peut promouvoir la notion de droits des patients et d'obligations des prestataires, et lui donner corps. Lorsque l'on sait que certaines pratiques et méthodes largement répandues sont dommageables, le ministère, en sa qualité d'administrateur général, doit bien évidemment les combattre en informant le public. Les ventes de substances pharmaceutiques par des commerçants non agréés, les dangers d'une surprescription d'antibiotiques et le non-respect des doses recommandées doivent tous être révélés au public par l'administration générale au moyen de campagnes d'information axées sur les divers acteurs : malades, prestataires concernés et autorités sanitaires locales. L'Encadré 6.8 montre comment des actions s'imposent à différents niveaux pour un apport essentiel : les substances pharmaceutiques.

Une information générale permettant de comparer les ressources sanitaires par habitant et la réalisation des objectifs sanitaires par zone géographique sont un moyen d'appeler l'attention du public sur les préoccupations qu'inspirent à l'administration générale les variations évitables. Sans une telle prise de conscience basée sur des renseignements fiables, le gouvernement est privé d'un rempart efficace contre l'incompétence et la corrup-

Encadré 6.7 Protection des droits des patients

À la fin des années 70, on a commencé à prendre lentement conscience de l'importance des droits des patients tels que le respect de leur dignité et de leur autonomie.

Les progrès rapides de la médecine, des sciences de la santé et de la technologie ont rendu les patients plus exigeants : mieux informés, ils se sont mis à revendiquer leurs droits lors de leurs contacts avec les professionnels. Ces droits font de plus en plus souvent l'objet de dispositions légales : lois portant sur des points précis ou textes sur les droits des citoyens dans des domaines plus généraux que celui de la santé. Une réglementation peut conférer expressément des droits aux patients dans leurs relations avec les prestataires de soins de santé ou contribuer à améliorer leur situation (lois sur l'administration de la santé et

accréditation des hôpitaux par exemple). L'autoréglementation – dispositions volontaires qui prennent la forme de codes déontologiques ou de modèles de contrats établis d'un commun accord par des associations de consommateurs et de prestataires de soins de santé – joue aussi un rôle. Certaines lois offrent de nouvelles possibilités d'autoréglementation : une loi cadre sur la protection de la vie privée et la confidentialité, par exemple, peut obliger les établissements à adopter leurs propres lignes directrices sur la confidentialité des renseignements personnels.

Les pays ont adopté trois types de législation pour protéger les droits des patients. Certains ont promulgué une loi générale unique (Saint-Marin en 1989, la Finlande et l'Uruguay en 1992, les Pays-Bas en 1994, Israël et la Lituanie en 1996,

l'Argentine et l'Islande en 1997, le Danemark en 1998 et la Norvège en 1999). D'autres ont incorporé les droits des patients dans la législation qui régit le système de santé ou dans plusieurs lois sur la santé (le Canada (Nouveau-Brunswick) et la Grèce en 1992, la France entre 1992 et 1994, l'Autriche en 1993, Hong Kong en 1995, le Bélarus et le Canada (Ontario) en 1996, la Géorgie et la Guinée en 1997 et les États-Unis en 1999). Certains pays comme la France (1974-95), l'Irlande (1991), le Royaume-Uni (1991-95) et le Portugal (1997) ont adopté une charte des droits du patient, qui peut jouer plus ou moins le rôle d'une politique nationale ou qui, cas plus fréquent, est incorporée dans les règlements des établissements de santé, jugeant qu'elle était plus conforme à leur système juridique traditionnel.

Le consentement éclairé, l'accès aux dossiers médicaux et la confidentialité des renseignements sont des droits classiques. On est en train de définir de nouvelles règles pour la protection des renseignements personnels figurant dans les banques de données médicales ou dans les systèmes informatiques des hôpitaux. Au cours de ces dernières années, le souci de protéger la vie privée a donné lieu à de nouvelles dispositions concernant par exemple le droit pour le patient d'être informé lorsque des renseignements personnels sont enregistrés pour la première fois dans une banque de données, celui de faire rectifier ou supprimer les renseignements faux ou incorrects et celui d'être prévenu de la divulgation d'informations à un tiers.

tion, cette dernière prenant la forme de la défense d'intérêts personnels ou corporatifs.

Une récente analyse des initiatives lancées en Inde par les Gouvernements d'Etat de Delhi, du Pendjab et du Rajasthan pour inciter des investisseurs privés à cogérer des hôpitaux illustre l'importance des fonctions de l'administration générale (26). Les trois projets ont échoué : aucune coentreprise n'a pu être mise sur pied. Divers facteurs sont intervenus dans chaque cas, mais le rapport mentionne, dans son explication générale, les lacunes suivantes qui ont gêné l'exercice de chacune des fonctions d'administration générale mentionnées ci-dessus :

- l'inadéquation de la politique de chacun des Etats au sujet du rôle du secteur privé ;
- le manque de concertation avec les parties prenantes et l'absence de mécanisme et de coordination entre les acteurs concernés ;
- l'absence, l'insuffisance ou l'inadaptation du dispositif de réglementation applicable aux prestataires privés ;
- l'inefficacité du dispositif de contrôle des performances et d'échange d'informations qui a rendu les partenariats public-privé inefficaces et coûteux.

On a constaté qu'aucun des départements de la santé des trois Etats ne disposait des compétences nécessaires pour s'acquitter de ces fonctions.

Encadré 6.8 Vers une bonne administration générale : le problème des substances pharmaceutiques

La plupart des interventions sanitaires curatives et de nombreuses mesures préventives dépendent des médicaments. Or, ces derniers mettent en jeu de puissants intérêts économiques. Dans les pays pauvres, plus de 50 % des dépenses sanitaires des ménages sont consacrées aux médicaments : les substances pharmaceutiques y sont généralement le deuxième poste, par rang d'importance, du budget de la santé de l'Etat, après les salaires. Dans les pays industrialisés, les coûts des médicaments augmentent de 8 à 12 % par an, soit beaucoup plus vite que les prix à la consommation. De nombreux intervenants sont concernés par les substances pharmaceutiques : les fabricants (tant pour les substances basées sur la recherche que pour les produits génériques), les groupements de consommateurs, les associations professionnelles, les prestataires de services de tous types, les bailleurs de fonds et différents services publics.

Le système de santé doit mettre les médicaments essentiels à la

disposition de tous ceux qui en ont besoin à un prix qu'ils puissent payer, et veiller à ce qu'ils soient de bonne qualité et à ce que leur utilisation soit justifiée sur le plan thérapeutique et rentable. Pour atteindre ces objectifs, le gouvernement central doit exercer les fonctions essentielles ci-après :

- garantir la qualité des médicaments par une réglementation efficace comprenant des systèmes d'autorisation de mise sur le marché, d'assurance de la qualité, de reconnaissance des titres des professionnels et d'inspection des installations ;
- veiller à ce que les médicaments essentiels soient à la portée des pauvres et des déshérités et fassent l'objet d'un financement convenable ;
- procurer des médicaments essentiels aux prestataires du secteur public ou créer un organisme central pour les appels d'offres en prévoyant des contrats exclusifs de vente ou de distribution pour les niveaux régionaux et inférieurs ;
- mettre au point et soutenir un programme national destiné à

promouvoir une utilisation rationnelle et rentable des médicaments par les agents de santé et le grand public ;

- coordonner les activités de tous les intervenants en élaborant une politique nationale, en l'appliquant et en contrôlant cette application.

Au niveau international, une bonne administration générale consiste à aider les gouvernements à s'acquitter de ces fonctions essentielles. Une aide extérieure peut être également utile dans les domaines suivants :

- soutien informationnel et formation à la gestion pour les organisations non gouvernementales, les réseaux d'associations professionnelles et de groupements de consommateurs, les institutions religieuses, les universités et les prestataires privés ;
- formation, soutien et supervision pour l'application de bonnes pratiques de fabrication à l'intention des fabricants nationaux de substances pharmaceutiques ;
- réglementation, programmes de

formation et incitations financières pour favoriser l'usage rationnel des médicaments dans le secteur privé.

La communauté internationale doit veiller à ce que les problèmes de santé qui constituent un véritable fléau dans les pays les plus pauvres du monde soient inclus dans les programmes des fabricants de médicaments ; des mécanismes tels que l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination et l'opération Médicaments antipaludiques sont prévus à cet effet.

Dans le domaine technique et politiquement complexe des substances pharmaceutiques, des organismes extérieurs peuvent avoir besoin de conseils sur les types d'aide les plus appropriés pour les pays en développement. C'est ainsi qu'on a rédigé des lignes directrices sur les bonnes pratiques en matière de dons de médicaments¹ en vue d'augmenter au maximum l'utilité des dons de substances pharmaceutiques.

¹ Principes directeurs applicables aux dons de médicaments, 2^e éd. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1999 (document WHO/EDM/PAR/99.4).

STRATÉGIES, RÔLES ET RESSOURCES : QUI DOIT FAIRE QUOI ?

Les sections précédentes exposent les trois grandes fonctions de l'administration générale et le rôle principal que joue le ministère de la santé dans leur exécution. Nous allons maintenant voir *comment* exécuter ces fonctions et de quelle manière d'autres groupes et organismes peuvent contribuer à l'administration générale.

Les systèmes de santé « virtuels », décrits au chapitre 3, regroupent nombre d'acteurs autonomes et semi-autonomes dans différents secteurs de l'économie ainsi que ceux qui sont directement placés sous l'autorité du ministère. Les compétences et les stratégies auxquelles font généralement appel les administrations publiques ne conviennent pas pour l'administration des systèmes de santé contemporains. Celle-ci exige un esprit d'entreprise, des compétences analytiques et le sens de la négociation. Les systèmes « virtuels » sont liés ensemble par une même vision des choses et une information commune, et par toute une série de réglementations et de mesures incitatives destinées, pour les premières, à réprimer l'accaparement, l'incompétence et la fraude et, pour les secondes, à récompenser la réalisation des objectifs. L'information du consommateur contribue à la cohésion d'un tel système de santé.

Une meilleure administration demande que l'on mette l'accent sur *la coordination, la concertation et la communication basée sur des faits*. Pour connaître les principaux obstacles à une meilleure performance, le ministère de la santé doit avoir une image complète de la situation. Il vaut généralement mieux, pour des raisons d'efficacité, que le gouvernement dans son ensemble enrôle les autres secteurs (éducation, finances, transport) au lieu de laisser le ministère de la santé s'en charger sur une base bilatérale, mais celui-ci devra fournir les éléments d'appréciation et poursuivre le dialogue. Les ministères de la santé peuvent beaucoup apprendre des changements de méthodes adoptés dans d'autres secteurs où le rôle des pouvoirs publics a déjà beaucoup évolué et ils peuvent s'inspirer largement de l'expérience internationale.

Les ministères doivent écouter une plus grande diversité d'interlocuteurs et défendre avec force et imagination la position des pouvoirs publics concernant les priorités et stratégies sanitaires. Pour veiller à ce que les fonctions d'administration générale soient convenablement exécutées et déléguées, le ministère de la santé doit connaître l'identité de tous les acteurs du secteur de la santé et avoir avec eux des contacts réguliers. Il a fallu parfois faire des études spéciales (26) pour évaluer l'étendue et la composition du secteur privé dans le domaine de la santé.

Le ministère de la santé doit également avoir des moyens et des stratégies de communication pour que les médias sachent quels sont les buts, les progrès ou les difficultés du système de santé. Certains ministères de la santé ont des services chargés de la liaison avec les acteurs de la santé dans le secteur privé, les médias et les autres secteurs publics, ainsi que des relations publiques. En Thaïlande, par exemple, le Ministère de la Santé publique utilise habilement les médias nationaux pour accroître son influence en exploitant judicieusement leur appui (voir Encadré 6.9).

La concertation est un aspect très souvent négligé du processus de préparation et de mise en œuvre des politiques. En Grande-Bretagne, l'absence de concertation fut à l'origine de la campagne publique menée par la British Medical Association contre les réformes du service national de santé décidées en 1989 par le Gouvernement Thatcher (27).

En décembre 1989, le Kenya a adopté une politique de participation aux coûts prévoyant une forte augmentation de la rémunération à l'acte. La presse a publié plusieurs

témoignages sur les conséquences néfastes d'une telle politique. Au mois d'août de la même année, le Président a annoncé son abandon. On a, par la suite, réintroduit la facturation aux usagers de manière progressive, en commençant par les hôpitaux spécialisés et en insistant beaucoup plus sur la formation du personnel et la familiarisation du public avec le nouveau système (28). La République-Unie de Tanzanie et la Zambie se sont inspirées de l'expérience du Kenya pour réformer leurs systèmes de santé. Elles se sont particulièrement attachées à ce que le programme de réformes fasse l'objet d'un débat public et à ce que les agents de santé participent aussi aux décisions concernant le processus de réforme (29). Des conseils de santé municipaux démocratiquement élus en Finlande sont considérés comme un bon moyen de garantir la participation et la responsabilisation des citoyens dans le domaine de la santé (30).

Dans bien des cas, il serait judicieux, pour améliorer l'information nécessaire à l'administration générale, de commencer par déterminer quels sont les renseignements indispensables pour évaluer la performance, puis d'élaborer des stratégies de collecte de données, de revoir les grandes notions sur lesquelles reposent la politique et les messages qu'elle transmet, l'organisation et les mesures incitatives, et enfin de concevoir des méthodes de coordination et de communication. Un investissement massif dans des systèmes d'information pour la gestion ne garantit pas à lui seul une meilleure administration générale. Une action de sensibilisation est aussi nécessaire pour intéresser d'autres secteurs de l'Etat ainsi que les acteurs non gouvernementaux du système de santé. La réglementation doit couvrir un domaine plus vaste et tenir compte du point de vue des consommateurs, des

Encadré 6.9 Thaïlande : rôle des médias dans l'administration générale du système de santé

La société thaïlandaise s'ouvre davantage et devient plus attentive aux besoins de ses membres. La Constitution de 1997 prévoit une pleine participation démocratique des personnes, des communautés et de la société civile. La loi de 1999 sur l'organisation de la fonction publique accorde aux services administratifs une autonomie qui s'exerce en étroite collaboration avec la société civile. Plusieurs hôpitaux publics ont maintenant un statut d'autonomie et les autres mettent en place des conseils composés de membres non professionnels de la communauté locale.

La loi de 1998 sur l'information publique favorise encore la transparence et la responsabilité sociale en garantissant aux citoyens le droit d'être informés par les pouvoirs publics. Les médias ont joué un rôle important dans ces réformes en reflétant les besoins de la

société et ont aidé à élaborer plusieurs politiques sanitaires essentielles. Un conseil de journalistes fixe des normes d'éthique professionnelle et encourage la publication d'informations impartiales dans les médias. Des sondages d'opinion organisés régulièrement permettent de maintenir une liaison efficace entre le public et les décideurs.

Le Ministère de la Santé publique s'assure depuis longtemps l'appui de nombreuses parties prenantes, y compris la presse écrite et parlée. On a récemment mobilisé des organismes médicaux et organisations non gouvernementales pour exercer publiquement et de façon soutenue des pressions sur le Gouvernement afin qu'il promulgue deux lois importantes : la loi sur le contrôle des produits du tabac, adoptée en 1992, et la loi sur la protection sanitaire des non-fumeurs, qui date de la même année. Cette législation vise à instaurer une société thaïe sans tabac.

En Thaïlande, les accidents de la route sont la principale cause de décès. Des messages radiodiffusés et télévisés de façon intensive au cours des pics de circulation ont considérablement réduit, ces dernières années, le nombre de morts et de blessés. D'autres mesures sanitaires comme l'exercice physique, une alimentation saine et l'utilisation des médecines traditionnelles ont fait l'objet d'une information factuelle et impartiale diffusée sur des chaînes de radio. Les médias, ainsi que des organisations non gouvernementales, ont créé des services de conseil dans le domaine du VIH/SIDA et le Ministère de la Santé publique a mis en place un service téléphonique de conseil sur le stress et la prévention des suicides et une permanence téléphonique pour la protection des consommateurs.

Les médias se font l'écho du mécontentement des consommateurs à l'égard des soins hospitaliers tant

publics que privés. Par ailleurs, l'Institut de recherche sur les systèmes de santé coordonne un forum national sur l'amélioration de la qualité hospitalière et les conditions d'agrément des hôpitaux, et préconise la création d'un organisme indépendant pour cet agrément. Il a également institué un programme destiné à guider les journalistes qui veulent se spécialiser dans le domaine de la santé.

Ainsi, les médias thaïlandais jouent un rôle important dans l'administration générale du système de santé en tant que sources d'information et qu'agents du changement, en assurant la liaison entre le grand public, les associations de consommateurs, la société civile, la communauté des chercheurs, les organisations professionnelles et le Gouvernement pour améliorer la santé de la population par la concertation.

prestataires privés, des associations professionnelles et des organismes d'aide extérieurs.

En fondant la politique sur une information de meilleure qualité, on dispose d'un atout majeur pour la communication. Dans certains cas, le ministère de la santé peut ainsi mieux défendre ses positions lorsqu'il traite, par exemple, avec le ministère des finances ou avec les donateurs et son message sera plus percutant s'il utilise le canal de la presse, de la télévision et de la radio, des instituts universitaires et des groupes professionnels ou de groupes de consommateurs pour présenter son point de vue. Le ministère de la santé doit considérer tous ceux dont la motivation première est de faire progresser la santé, qu'ils appartiennent au secteur public ou au secteur privé, comme ses partenaires au sein du système de santé, et une communication régulière est l'un des moyens d'assurer la cohésion de l'ensemble.

La diversité des partenaires intervenant dans le système de santé conduit à se poser une question importante : qui doit faire quoi ?

Nous nous sommes principalement intéressés jusqu'ici au rôle du ministère de la santé. Mais le contexte local et le problème posé déterminent qui sont les parties prenantes – quels sont ceux qui risquent de bénéficier ou de pâtir d'une politique. Il est important que le ministère de la santé s'efforce d'obtenir l'appui de ces parties prenantes. La possibilité d'appliquer une politique dépend du pouvoir des acteurs, de leur position, de l'importance de leur engagement et de leurs effectifs (31). Etant chargé de formuler la politique et d'en guider la mise en œuvre, le ministère de la santé doit garder cette constatation présente à l'esprit.

Dans le secteur public, les organismes les plus influents, parmi ceux dont les activités ont une incidence sur la santé, sont les organisations de sécurité sociale et le système éducatif. Le ministère de la santé peut les influencer soit en traitant directement avec eux, soit en passant par un échelon politique supérieur pour faire en sorte que les activités d'autres branches du secteur public soutiennent et ne contrecarrent pas la politique de santé.

Lorsque les activités du secteur privé sont motivées par des progrès de la santé, par exemple dans les domaines de la recherche-développement sur les substances pharmaceutiques, de la technologie médicale ou de la sécurité des véhicules à moteur, les ministères de la santé doivent à tout le moins inclure ces partenaires dans leurs stratégies d'information et de communication. Dans les cas où les résultats de ces activités font l'objet d'un commerce international, les organisations régionales et mondiales actives dans le domaine de la santé devraient aider les ministères de la santé dans leurs tâches d'administration générale en réunissant des représentants des gouvernements, de l'industrie et des consommateurs, en faisant connaître les bonnes pratiques et en se chargeant de l'information, du suivi et des comparaisons au niveau international.

Les organismes professionnels peuvent souvent jouer un rôle d'autoréglementation beaucoup plus important. En leur apportant un appui judiciaire, les ministères de la santé peuvent les aider à s'acquitter de certaines fonctions d'administration générale telles que la délivrance des autorisations d'exercer, le contrôle des titres professionnels et la formation en cours d'emploi.

Les intérêts des consommateurs dans le domaine de la santé sont mal protégés dans certains pays, quel que soit leur niveau de développement. Par contre, au Canada, en Nouvelle-Zélande et en Suède, par exemple, où le gouvernement accorde beaucoup d'importance à l'information sanitaire, les consommateurs se sont organisés en groupes résolus et puissants numériquement. Si elle s'oppose à celle du ministère de la santé sur certains dossiers, la position de ces organisations de consommateurs la rejoint sur d'autres dans les négociations avec les fournisseurs ou les organismes professionnels. Les stratégies

modernes de communication permettent d'accéder rapidement et facilement à une information sanitaire présentée sous une forme accessible à des non-spécialistes : le ministère devrait s'employer à mettre ces ressources à la disposition du public.

Les organismes extérieurs, aussi bien publics que non gouvernementaux, ont des responsabilités particulières dans l'administration générale. Ce rapport leur est destiné ainsi qu'à leurs conseillers et aux décideurs nationaux. Le mandat des organismes extérieurs est double : ils doivent des comptes à leurs responsables et à leurs membres ainsi qu'aux gouvernements des pays en développement dans lesquels ils agissent. L'exécution de projets autonomes a été longtemps le compromis qui leur a permis d'accomplir ce double mandat. Pour les donateurs, de tels projets étaient un moyen commode de faire la preuve de leur activité auprès de l'opinion de leurs pays et, pour le pays hôte, des projets bien choisis répondaient aux exigences de son développement. Depuis que l'aide a pris, dans les années 1980, une forme plus systémique, grâce à l'adoption de programmes puis d'approches sectorielles, il est devenu plus facile pour les organismes extérieurs de seconder les gouvernements dans leurs fonctions d'administration générale. Certains donateurs jouent désormais un rôle dans l'élaboration de la politique et de la stratégie et renoncent au droit de choisir, parmi les projets de développement, ceux qui leur conviennent pour devenir des partenaires à part entière des gouvernements qui bénéficient d'une aide (32).

Grâce à leurs connaissances et à leurs ressources techniques, les organismes extérieurs peuvent faire mieux prendre conscience de l'importance des fonctions d'administration générale et veiller à ce que la priorité soit donnée, dans le financement, au développement des compétences indispensables pour exercer ces fonctions. L'administration générale est en effet l'essentiel des responsabilités des pouvoirs publics : c'est à eux que cette tâche incombe et ils doivent s'en acquitter correctement. Sans une bonne administration générale, les excès du marché et la tentation d'exclure les consommateurs pauvres sont des dangers constants.

Les bailleurs de fonds se doivent de ne pas entraver l'administration générale en agissant de manière semi-autonome. Souvent nombreux et soucieux de faire prendre leurs préoccupations en compte dans la politique, ils risquent trop aisément de s'opposer les uns aux autres ainsi qu'au gouvernement, ce qui rend plus difficile l'adoption de lignes politiques claires (33). Le concept d'approches sectorielles offre à cet égard une solution prometteuse : le gouvernement reste aux commandes, mais il entretient un dialogue sur les priorités, la stratégie et des plans communs de mise en œuvre.

QUELS SONT LES ENJEUX ?

Bien des pays sont loin de réaliser tout leur potentiel, et la plupart ne mettent pas suffisamment l'accent sur la capacité de réaction du système et l'équité du financement. Dans presque tous les pays, l'exercice de l'une ou de plusieurs fonctions laisse beaucoup à désirer.

Ces défauts sont à l'origine de très nombreux décès et incapacités évitables dans chaque pays, de souffrances inutiles, d'injustices, d'inégalités et du non-respect des droits fondamentaux de l'individu. Les effets sont indubitablement plus graves chez les pauvres, que l'absence de protection financière contre la mauvaise santé enfonce plus profondément dans la misère.

Dans tout système, on trouve à tous les niveaux d'innombrables personnes dévouées et hautement qualifiées qui œuvrent pour la santé dans leur communauté. On ne saurait mettre en doute l'immense contribution déjà apportée par l'ensemble des systèmes de

santé à l'amélioration de l'état de santé de la majeure partie de la population mondiale au cours du XX^e siècle. A l'aube du XXI^e, ils nous offrent les moyens de faire d'autres progrès extraordinaires.

Malheureusement, il arrive que les systèmes de santé utilisent mal leurs forces et gaspillent leur potentiel. Mal structurés, dirigés, organisés et financés, ils peuvent faire beaucoup plus de mal que de bien.

C'est le gouvernement qui, en dernier ressort, est responsable de la performance globale du système de santé d'un pays, mais il doit associer tous les secteurs de la société à son administration générale. Prendre soin du bien-être de la population en assumant toutes ses responsabilités est la tâche essentielle de tout bon gouvernement. La santé de la population doit demeurer une priorité nationale et le gouvernement en est le garant.

Une surveillance et une réglementation plus strictes des activités des prestataires et des assureurs du secteur privé doivent figurer en tête des priorités de la politique nationale. Une bonne politique doit faire la distinction entre les prestataires (publics ou privés) qui contribuent à la réalisation des buts sanitaires et ceux qui causent du tort ou n'ont aucun effet pour encourager les premiers et sanctionner les seconds. Il convient de suivre de près l'application des politiques visant à modifier l'équilibre entre l'autonomie des prestataires et leur obligation de rendre compte afin de connaître leurs effets sur la santé, sur la capacité de réaction et sur la répartition de la charge financière.

Les consommateurs doivent être mieux informés sur ce qui est bon ou mauvais pour leur santé, sur les raisons qui font que l'on ne peut répondre à toutes leurs attentes et sur le fait qu'ils ont tout de même des droits que tous les prestataires doivent respecter. Malheureusement, les intérêts des consommateurs dans le domaine de la santé sont mal protégés, quel que soit le niveau de développement du pays. Il faut promouvoir la notion de « droits des patients » et instaurer un dispositif pour enquêter rapidement et en toute impartialité sur les violations de ces droits.

Le moyen le plus évident d'augmenter le niveau de prépaiement est d'allouer davantage de crédits publics à la santé, mais cela est difficile, voire impossible, dans les pays pauvres. Les gouvernements peuvent néanmoins encourager différentes formes de prépaiement (dans le cadre professionnel, au niveau communautaire ou directement auprès du prestataire) pour ouvrir la voie à une fusion des petites caisses. Ils doivent instaurer un barème communautaire et une enveloppe de prestations commune, permettre le transfert des droits à prestation d'un régime à l'autre et faire appel au budget de l'Etat pour financer la prise en charge des pauvres par les caisses. Des régimes d'assurance conçus pour couvrir davantage de pauvres sont, pour les donateurs extérieurs, un moyen séduisant d'utiliser leurs fonds associés à des subventions du gouvernement. Il faut rester vigilant pour éviter que ces régimes ne soient réservés aux groupes à faible risque et à haut revenu.

La plupart des pays à faible ou à moyen revenu ont besoin de mécanismes pour dissocier collecte des revenus et paiements au moment de l'utilisation des services et ainsi faire en sorte que le prépaiement constitue le principal mode de financement de la santé. Une mise en commun accrue des ressources financières permet un subventionnement des pauvres par les riches et des malades par les personnes en bonne santé. Dans chaque pays, les stratégies de répartition des risques doivent être conçues de manière à accroître un tel subventionnement croisé. Le système de rémunération de toutes les catégories de prestataires de services doit être repensé pour les inciter à favoriser la réalisation des objectifs du système de santé en offrant des prestations d'un bon rapport coût/efficacité aux personnes menacées ou atteintes de maladies courantes pouvant être évitées ou soignées.

Sur le plan international, il faut inciter les entreprises, privées pour la plupart, qui font de la recherche-développement sur les produits pharmaceutiques et les vaccins à axer leurs travaux sur les priorités sanitaires mondiales au lieu de se concentrer exclusivement sur des produits « de confort » destinés aux populations aisées.

Dans bien des pays, on constate de graves déséquilibres qui touchent simultanément les ressources humaines et matérielles, la technologie et les produits pharmaceutiques. Beaucoup de pays manquent de personnel de santé qualifié, d'autres en ont trop. Le personnel du système de santé de nombreux pays à faible revenu est insuffisamment qualifié, mal payé et travaille dans des installations archaïques et délabrées où la pénurie de matériel est chronique. Résultat : démoralisé, le personnel compétent part à l'étranger ou s'installe dans le secteur privé.

D'une manière générale, les gouvernements ne sont pas assez informés pour concevoir des stratégies efficaces. Les comptes nationaux de la santé constituent un cadre objectif et exhaustif à partir duquel on peut analyser la situation globale et surveiller les tendances. Ils devraient être beaucoup plus nombreux et beaucoup plus utilisés.

COMMENT AMÉLIORER LA PERFORMANCE

Une bonne administration générale est indispensable pour améliorer la performance des systèmes de santé. Les conclusions ci-après s'appliquent à beaucoup de pays industrialisés ainsi qu'aux pays à faible ou à moyen revenu.

L'administration générale du système de santé incombe au gouvernement. Elle exige une vision globale et réfléchie de la situation qui tienne compte de tous les acteurs principaux et leur assigne un rôle. Elle s'inspire d'un scénario réaliste concernant les ressources et s'attache à la réalisation des objectifs du système. En matière d'information, il est indispensable d'avoir un système sélectif sur les fonctions clés et la réalisation des objectifs qui fasse une distinction entre des grandes catégories de population, par exemple en fonction des revenus, de l'âge, du sexe et de l'ethnie. L'administration générale suppose aussi que l'on est capable de repérer les principaux problèmes à tout moment et d'évaluer les différentes solutions. Pour exercer une influence, il faut concevoir des stratégies de réglementation et de sensibilisation conformes aux buts du système de santé et pouvoir les appliquer de manière rentable.

Prestation des services. Dans les pays à faible revenu, le secteur privé occupe généralement une plus grande place dans la prestation des services de santé et ces pays ont rarement une politique claire à son égard. Il leur faut donc prendre d'importantes mesures pour reconnaître les diverses formes de services et mieux communiquer avec les différents groupes de prestataires dans ce secteur.

Si l'on veut améliorer leur qualité, on a généralement besoin d'être mieux informé sur les soins dispensés au moment considéré. Il faut connaître les facteurs de risque locaux et nationaux et, impérativement, le nombre et le type de prestataires, mais cette dernière condition est rarement remplie. Il faut également connaître la structure du marché et les schémas d'utilisation afin que les décideurs sachent pourquoi ces services existent et quels sont ceux qui se développent. Pour améliorer la qualité en général, il est également utile de disposer d'informations sur les services offerts et sur les principaux obstacles à la mise en œuvre des interventions.

Il conviendrait d'entreprendre officiellement une opération publique de fixation des priorités pour définir le contenu d'une enveloppe de prestations accessible à tous, y compris les affiliés des caisses privées, et tenant compte de critères tels que les maladies prioritaires sur

le plan local et le rapport coût/efficacité. Le rationnement devrait consister à exclure certaines interventions, mais pas des gens. Les mécanismes d'appui – protocoles cliniques, enregistrement, formation, autorisation de mise sur le marché et reconnaissance des titres – doivent être actualisés et utilisés. Il faut mettre au point une stratégie de réglementation qui distingue entre les composantes du secteur privé et encourage l'autoréglementation. La tâche qui consiste à harmoniser les structures organisationnelles et les mesures incitatives avec les objectifs globaux de la politique relève de l'administration générale et pas seulement des prestataires de services.

Un suivi est nécessaire pour évaluer les changements de comportement qu'entraîne la décentralisation du pouvoir de décision sur les ressources et les services et déterminer les effets de différents types de relations contractuelles avec les prestataires publics et privés. Il est difficile de trouver un juste équilibre entre un contrôle strict et l'indépendance indispensable pour que les prestataires soient motivés : les solutions sont à chercher sur le plan local et non dans un manuel. Dans la plupart des contextes, il faudra expérimenter et adapter. On aura besoin d'un réseau facilitant l'échange d'informations pour créer un « système de santé virtuel » regroupant toute une série de prestataires semi-autonomes.

Dans les pays à revenu intermédiaire, où la prestation des services de santé est souvent répartie entre plusieurs systèmes parallèles, on peut encourager une concurrence entre les prestataires basée sur la qualité. Une formule associant des subventions publiques et une réglementation des activités des prestataires privés dans le cadre d'une extension de la couverture de l'assurance (Argentine, Colombie) à des contrats passés directement avec les prestataires relevant du ministère (Brésil) a donné d'assez bons résultats. Les pays à haut revenu auraient eux-mêmes souvent besoin de mieux réglementer les activités des prestataires privés et d'accorder une plus grande attention à la capacité de réaction (Royaume-Uni), ainsi que de lutter contre les gaspillages dus à la surprescription, à l'utilisation abusive des technologies de diagnostic et aux interventions superflues (Etats-Unis, France, Japon).

Production des ressources. L'administration générale doit assurer plusieurs équilibres stratégiques et rétablir la situation quand ceux-ci sont rompus. Un système de comptes nationaux de la santé fournit les informations indispensables pour contrôler le rapport entre les investissements et les dépenses récurrentes, ou entre un apport donné et le total, et pour observer les tendances. Les comptes nationaux de la santé font apparaître les apports nationaux et étrangers, publics et privés et regroupent utilement des données sur des quantités (nombre d'infirmières, de scanners, d'hôpitaux de district) et des données sur leurs coûts. Ils existent désormais sous une forme quelconque dans la plupart des pays, mais restent souvent rudimentaires et ne sont pas encore systématiquement utilisés aux fins de l'administration générale.

Grâce à ces comptes, le ministère de la santé peut évaluer de manière critique les achats faits par tous les détenteurs de fonds du système de santé. La notion d'achat stratégique exposée au chapitre 5 ne s'applique pas seulement à l'achat de services de santé, mais aussi à celui des ressources du système de santé. Lorsque des ressources telles que personnel qualifié, matériel diagnostique et véhicules sont acquises directement avec des fonds publics, le ministère de la santé se doit de veiller non seulement à les obtenir au meilleur prix, mais aussi à en faire le meilleur usage.

Lorsque ce sont d'autres organismes (assurances privées, prestataires, ménages ou autres organismes publics) qui acquièrent ces ressources, le rôle d'administration générale du ministère consiste à faire jouer la réglementation et son pouvoir de persuasion pour que ces achats accroissent l'efficacité de l'arsenal de moyens dont dispose le système. Ce rôle n'englobe cependant pas une planification et une programmation complètes à l'échelon

central. Dans les systèmes où les décisions concernant les dépenses sont très décentralisées, l'administration générale consiste à poser les règles du jeu plutôt qu'à prendre toutes les décisions. Le Brésil réglemente l'allocation de fonds aux Etats, les prix des services et le contrôle des décisions concernant les investissements importants (34). Le ministère central peut être amené à se prononcer sur des dépenses d'équipement majeures concernant, par exemple, des hôpitaux tertiaires ou des écoles de médecine, mais ce sont les autorités sanitaires régionales et de district qui devraient prendre la plupart des décisions concernant les achats de moindre importance en se fondant sur les lignes directrices, les critères et les procédures préconisés par le gouvernement central.

Pour trouver un juste équilibre dans le système de santé entre les investissements et les dépenses renouvelables, il faut analyser les dépenses des secteurs public et privé et tenir compte des fonds nationaux et extérieurs. L'information budgétaire dont dispose habituellement le ministère de la santé ne donne qu'une image partielle de la situation. Il faut un cadre politique clair, des mesures incitatives, une réglementation et une information du public concernant les investissements importants décidés dans l'ensemble du système pour contrer les décisions ponctuelles et les pressions politiques.

En ce qui concerne les ressources humaines, de semblables associations de stratégies ont permis de remédier dans une certaine mesure aux déséquilibres géographiques couramment constatés au sein d'un même pays. Il faut, d'une manière générale, revoir le contenu de la formation pour tenir compte des tâches réelles et réajuster l'offre globale en fonction des possibilités d'emploi. Certains pays, comme la Chine, où la rentabilité sociale de la formation médicale est négative, envisagent de privatiser ou de fermer des établissements d'enseignement. Il est certain que les subventions publiques aux établissements d'enseignement doivent être revues à la lumière des stratégies d'achat. Il est souvent possible de rééquilibrer les taux d'admission dans les différents établissements d'enseignement sans pour autant les fermer, et les ressources ainsi économisées pourraient servir au recyclage des agents de santé en surnombre (par exemple les médecins spécialistes en Egypte) dans des disciplines où les effectifs sont insuffisants.

L'administration générale des produits pharmaceutiques et des vaccins consiste, au niveau international, à inciter le milieu essentiellement privé de la recherche-développement à s'intéresser aux priorités sanitaires mondiales. Au niveau national, il faut veiller principalement à rentabiliser les achats et contrôler la qualité, à rendre les prescriptions plus rationnelles et à informer les consommateurs. La stratégie de financement de la santé doit aussi permettre aux pauvres d'acquérir les médicaments dont ils ont besoin quand ils sont malades sans en être empêchés par des obstacles financiers.

Le système de santé peut facilement gaspiller des ressources en achetant un matériel coûteux si celui-ci est sous-utilisé, ne favorise guère la santé et entraîne des pertes de temps pour le personnel et des dépenses récurrentes. De tels investissements sont en outre difficiles à contrôler. Tous les pays doivent avoir accès à une information leur permettant d'évaluer les technologies, mais ils ne doivent pas nécessairement la produire eux-mêmes. Leur fonction d'administration générale consiste à s'assurer que les critères d'achats de technologies dans le secteur public (dont chaque pays a besoin) sont bien respectés et que le secteur privé ne bénéficie de mesures incitatives ou de subventions publiques pour des achats de technologies, y compris cette forme de subvention que constitue la possibilité de vendre l'utilisation du matériel aux services publics, que si ces achats sont conformes aux buts de la politique nationale.

Les prestataires mobilisent souvent l'opinion publique ou lancent des souscriptions pour l'achat de technologies ; les responsables de l'administration générale doivent alors expli-

quer aux consommateurs pourquoi il convient de rationner les achats de technologies comme ceux d'autres services. L'un des arguments à faire valoir auprès du public pour obtenir son appui est le coût d'opportunité d'une technologie nouvelle par rapport à d'autres services nécessaires.

Financement des systèmes de santé. Un niveau très élevé de prépaiements équitablement répartis ainsi que l'achat stratégique d'interventions sanitaires sont partout souhaitables. Les stratégies d'exécution dépendent cependant beaucoup plus de la situation de chaque pays. Les pays pauvres sont confrontés à un problème particulièrement délicat : le paiement des soins de santé se fait la plupart du temps quand les gens tombent malades et font appel au système de santé. Cela vaut surtout pour les plus déshérités qui sont rarement affiliés à un régime d'assurance-maladie par prépaiement et fréquemment incapables d'accéder à des services subventionnés. Il ne faut pas faire du paiement direct des soins, en particulier par les pauvres, une source de financement à long terme.

Le moyen le plus évident d'accroître la part du prépaiement est sans doute d'allouer davantage de crédits publics à la santé, mais on se heurte tout de suite à deux obstacles. Dans l'ensemble des pays les plus pauvres, les recettes publiques représentent un pourcentage du revenu national moindre que dans les pays à revenu intermédiaire ou élevé. Cette insuffisance de leur capacité institutionnelle est de fait l'une des manifestations de leur pauvreté. Souvent conscients de la mauvaise performance du système de santé, les ministères des finances doutent du bien-fondé de ses revendications en matière de financement public. Lorsque aucune mesure organisationnelle n'est possible pour accroître le niveau de prépaiement, donateurs et gouvernements doivent rechercher les moyens de créer ou renforcer de grands groupes de répartition des risques. La mise en place de régimes d'assurance conçus pour recruter davantage de pauvres constitue pour les gouvernements un moyen d'améliorer rapidement la santé des plus vulnérables, avec l'aide de bailleurs de fonds extérieurs.

Dans les pays à revenu intermédiaire, plusieurs caisses importantes à affiliation obligatoire, basées sur le revenu et le risque, coexistent souvent. L'équité du prépaiement est assurée en les renforçant, tout en augmentant là aussi le financement public pour y inclure les pauvres. En Allemagne, au Japon et en République de Corée, une couverture nationale a été réalisée à partir de régimes restreints en augmentant l'effectif des bénéficiaires par l'octroi de subventions et en faisant fusionner certains régimes déjà en place.

Même si, dans la plupart des pays industrialisés, le niveau de prépaiement est déjà très élevé, certaines de ces stratégies les concernent eux aussi. Aux Etats-Unis, une proportion anormalement élevée de la population, compte tenu du revenu national, n'est pas couverte par une assurance-maladie : pour parvenir à élever sensiblement le niveau de la protection financière et la rendre beaucoup plus équitable au cours des dix années à venir, il sera nécessaire d'associer plusieurs des approches décrites ci-dessus.

Pour que le prépaiement garantisse une utilisation optimale des ressources, il va falloir remplacer la plupart des relations traditionnelles entre les responsables de budgets et les prestataires de services par des stratégies d'achat. Les responsables de budgets ne seront plus des intermédiaires financiers passifs. Les stratégies d'achat consistent à inciter, par un ensemble cohérent de mesures, les prestataires publics ou privés à exécuter efficacement des interventions prioritaires. Des contrats sélectifs et l'utilisation de plusieurs mécanismes de paiement sont des motivations indispensables pour améliorer la capacité de réaction et les résultats sanitaires.

Le présent rapport innove en présentant un indice général des résultats obtenus par les systèmes de santé nationaux et un indice de performance en fonction du potentiel qui sont

basés sur trois buts fondamentaux : *une bonne santé, la capacité de répondre aux attentes de la population* (buts qui ne concernent pas uniquement le niveau atteint mais aussi la distribution) et *l'équité de la contribution au financement du système de santé*. Pour atteindre ces buts, il faut être capable d'exercer quatre grandes fonctions : *prestation de services, production de ressources, financement et administration générale*.

Le classement préliminaire des pays d'après la performance de leur système de santé est révélateur. Il permet de penser que lorsque les dépenses de santé sont minimales, la performance est à la fois systématiquement moins bonne et beaucoup plus disparate que lorsque les dépenses sont importantes, même si l'on juge d'après les ressources humaines du pays et le montant des dépenses. Il va de soi qu'il faut s'intéresser en priorité aux pays qui ont peu de ressources et de graves problèmes de santé afin de déterminer pourquoi les réalisations de leur système de santé ne sont pas aussi bonnes qu'elles pourraient l'être et de les aider à réaliser tout leur potentiel. Les résultats présentés ici montrent aussi que bien des réalisations – notamment le niveau de santé et certains aspects de la réactivité – dépendent largement des sommes dépensées par le système, mais qu'il est possible, même avec peu de ressources, d'atteindre des niveaux élevés d'égalité en santé, de respect de la personne et d'équité financière. Certains systèmes sont à cet égard beaucoup plus performants que d'autres.

Il reste encore beaucoup à faire pour tous les intéressés s'ils veulent améliorer ces concepts et produire des données sur la performance de leur système national de santé. Un recadrage complet de la politique est vivement recommandé.

La prestation des services, un dosage judicieux des ressources, le financement et l'administration générale ont tous une grande importance. En exerçant mieux ces quatre fonctions communes, les pays, indépendamment de leur niveau de développement, ont la possibilité de progresser considérablement vers la réalisation de leurs buts. Les premiers à en profiter seront les pauvres.

RÉFÉRENCES

1. Saltman RB, Ferrousier-Davis O. On the concept of stewardship in health policy. *Bulletin of the World Health Organization*, 2000, 78 (sous presse).
2. Osborn D, Gaebler T. *Reinventing government*. Reading, MA, Addison Wesley, 1993.
3. Saltman RB, Figueras J, Sakellarides C, eds. *Critical challenges for health care reform in Europe*. Buckingham (Royaume-Uni), Open University Press, 1998 (State of Health Series).
4. Bossert T et al. Transformation of ministries of health in the era of health reform: the case of Colombia. *Health Policy and Planning*, 1998, 13(1): 59–77.
5. Ogunbekun I et al. Private health care in Nigeria: walking the tightrope. *Health Policy and Planning*, 1999, 14(2): 174–181.
6. Bennett S et al. *Health insurance schemes for people outside formal sector employment*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1998 (document non publié WHO/ARA/CC/98.1).
7. Killingsworth J et al. Unofficial fees in Bangladesh: price, equity and institutional issues. *Health Policy and Planning*, 1999, 14(2): 152–163.
8. Halik J. Respecting patients' rights in hospitals in Poland. In: *Health sector reform in Central and Eastern Europe: current trends and priority research: a FICOSSER research meeting, Velingrad, Bulgaria, 2–3 October 1998*. Varsovie (Pologne), National Centre for Health System Management, 1999.
9. Schuster M et al. How good is the quality of good health care in the United States? *The Milbank Quarterly*, 1998, 76(4): 517–563.
10. Bennett S, McPake B, Mills A, eds. *Private health providers in developing countries: serving the public interest?* Londres, Zed Books, 1996.

11. **Salinas H, Lenz R.** *Las no reformas de salud en Latinoamérica: razones que explican su fracaso.* Santiago (Chili), 1999 (en espagnol).
12. **Nittayaramphong S, Tangcharoensathien V.** Thailand: private health care out of control? *Health Policy and Planning*, 1994, 9(1):31-40.
13. **Turshen M.** *Privatizing health services in Africa.* New Brunswick, New Jersey, Rutgers University Press, 1999.
14. **Chollet DJ, Lewis M.** Private insurance: principles and practice. In: Schieber G. *Innovations in health care financing.* Washington, DC, Banque mondiale, 1997 (World Bank Discussion Paper No. 365).
15. **Musgrove P.** *Public and private roles in health: theory and financing patterns.* Washington, DC, Banque mondiale, 1996 (World Bank Discussion Paper No. 339).
16. **Hsiao WC.** Abnormal economics in the health sector. *Health Policy*, 1995, 32:125-139.
17. **Van Lerberghe W et al.** Reform follows failure: unregulated private care in Lebanon. *Health Policy and Planning*, 1997, 12(4): 296-311.
18. **Borren P, Maynard A.** The market reform of the New Zealand health care system: searching for the Holy Grail in the Antipodes. *Health Policy*, 1994, 27(3): 233-252.
19. **Russel S, Attanayake N.** *Sri Lanka: reforming the health sector. Does government have the capacity?* Birmingham (Royaume-Uni), University of Birmingham, 1997.
20. **Bennet S, Ngalande-Banda E.** *Public and private roles in health. A review and analysis of experience in sub-Saharan Africa.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1994 (Current Concern ARA Paper No. 6, document non publié WHO/ARA/CC/97.6).
21. **Broomberg J.** *Health care markets for export? Lessons for developing countries from European and American experience.* London School of Hygiene and Tropical Medicine, Department of Public Health and Policy, 1994.
22. **Programme d'Action OMS pour les Médicaments essentiels.** *Rôles des secteurs public et privé dans le domaine pharmaceutique.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1997 (Série «Economie de la santé et médicaments, N° 5).
23. **Zurita B et al.** *Structural pluralism as a tool for equity, quality and efficiency in healthcare in Mexico: the role of FUNSALUD.* 2000 (document non publié).
24. **Smithson P.** Quarts into pint jugs? The financial viability of health sector investment in low income countries. *Health Policy and Planning*, 1995, 10(Suppl.): 6-16.
25. **Ham C.** Priority setting in health care: learning from international experience. *Health Policy*, 1997, 42(1): 49-66.
26. **Bhat R.** *Public-private partnerships in the health sector: the Indian experience.* 2000 (document non publié).
27. **Robinson R, Le Grand J, eds.** *Evaluating the NHS reforms.* London, King's Fund Institute, 1994.
28. **Quick JD, Musau SN.** *Impact of cost sharing in Kenya: 1989-1993. Effects of the Ministry of Health Facility Improvement Fund on revenue generation, recurrent expenditures, quality of care, and utilization patterns.* Nairobi, Management Sciences for Health, 1994.
29. **Kalumba K.** *Towards an equity-oriented policy of decentralization in health systems under conditions of turbulence: the case of Zambia.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1997 (document non publié WHO/ARA/97.2).
30. **Calnan M, Halik J, Sabbat J.** Citizen participation and patient choice in health reform. In: Saltman RB, Figueras J, Sakellarides C. *Critical challenges for health care reform in Europe.* Buckingham (Royaume-Uni), Open University Press, 1998 (State of Health Series).
31. **Reich M.** In: *Diagnostic approaches to assessing strategies, weaknesses and change of health systems.* Washington, DC, Institut de Développement économique, Banque mondiale, 1998 (Flagship Module 2).
32. **Hay R.** *International aid: economics and charity.* Oxford, Oxford Policy Institute, 2000 (Oxford Policy Brief No. 1).
33. **Walt G et al.** Health sector development: from aid coordination to resource management. *Health Policy and Planning*, 1999, 14(3): 207-218.
34. **Brazil: social spending in selected states.** Washington, DC, Banque mondiale, 1999 (World Bank Report BR-17763: Chapter 3).

Annexe Statistique

Les tableaux de la présente annexe présentent des concepts et mesures nouveaux qui constituent une base empirique pour évaluer la performance des systèmes de santé. On trouvera dans le corps du rapport des détails sur les divers objectifs des systèmes de santé et les mesures de la performance. L'information figurant dans les tableaux sera présentée chaque année dans le Rapport sur la santé dans le monde. Comme pour toute approche novatrice, les méthodes et sources de données peuvent être affinées et améliorées. On espère qu'un examen attentif et l'utilisation des résultats permettront progressivement de mieux mesurer la performance dans les futurs rapports sur la santé dans le monde. Tous les principaux résultats sont donnés avec des intervalles d'incertitude afin que l'utilisateur dispose d'un éventail plausible d'estimations pour chaque pays et chaque mesure.

ANNEXE STATISTIQUE

NOTES EXPLICATIVES

Les tableaux de la présente annexe présentent des concepts et mesures nouveaux qui constituent une base empirique pour évaluer la performance des systèmes de santé. On trouvera dans le corps du rapport des détails sur les divers objectifs des systèmes de santé et les mesures de la performance. Tant le texte du rapport que l'annexe sont basés sur le cadre OMS pour l'évaluation de la performance des systèmes de santé.¹ Les travaux qui ont permis d'établir les tableaux de cette annexe ont été entrepris principalement par le Programme mondial OMS pour les bases factuelles à l'appui des politiques de santé, en collaboration avec ses homologues des bureaux régionaux de l'OMS. Ce travail d'analyse a été réparti entre 11 groupes de travail dont les membres sont énumérés dans l'appendice. L'information figurant dans les tableaux sera présentée chaque année dans le *Rapport sur la santé dans le monde*. Etant donné que celle des Tableaux 1 et 5 à 10 de l'annexe est donnée pour la première fois, on a élaboré des documents de travail expliquant les concepts, les méthodes et les résultats qui ne sont que brièvement mentionnés ici. Les références bibliographiques qui accompagnent les présentes notes donnent une liste complète de ces documents de travail.

Comme pour toute approche novatrice, les méthodes et sources de données peuvent être affinées et améliorées. On espère qu'un examen attentif et l'utilisation des résultats permettront progressivement de mieux mesurer la performance dans les futurs rapports sur la santé dans le monde. Tous les principaux résultats sont donnés avec des intervalles d'incertitude afin que l'utilisateur dispose d'un éventail plausible d'estimations pour chaque pays et chaque mesure.

Bien que ces données ne figurent dans aucun tableau, on a largement utilisé les estimations des revenus par habitant en dollars internationaux, la moyenne des années de scolarisation pour les personnes âgées de plus de 15 ans, le pourcentage de la population vivant dans un dénuement complet et le coefficient de Gini pour les revenus. Dans tous les cas, il existe sur ces indicateurs de multiples sources d'information, souvent contradictoires, en provenance d'organismes internationaux et, en outre, on ne dispose d'aucune estimation publiée pour de nombreux pays. Pour faciliter les analyses présentées ici, on a mis au point des estimations cohérentes et complètes de ces indicateurs clés au moyen de diverses techniques, y compris des analyses factorielles, des méthodes d'attribution de valeurs multiples pour les données manquantes, la télédétection à l'aide de satellites publics et des analyses systématiques d'enquêtes sur les ménages. Des détails sur les méthodes et les sources de données qui ont permis d'établir les chiffres finaux concernant le revenu par habitant, le degré d'instruction, la pauvreté et la distribution des revenus sont donnés ailleurs.²

TABLEAU 1 DE L'ANNEXE

Le Tableau 1 de l'annexe est conçu comme un guide d'utilisation des Tableaux 5-7, 9 et 10 de l'annexe. Chaque mesure de la réalisation des objectifs et de la performance – espérance de vie corrigée de l'incapacité, égalité sanitaire en termes de survie des enfants, degré de réactivité, distribution de la réactivité, équité de la contribution financière, performance en termes de niveau de santé et performance globale du système de santé – est donnée dans un tableau qui va du plus haut niveau de réalisation ou de performance au plus bas niveau. Le Tableau 1 de l'annexe donne la liste alphabétique des pays avec leur rang pour chacune des mesures indiquées dans les autres tableaux. Le lecteur peut utiliser le Tableau 1 de l'annexe pour déterminer rapidement où se situe un pays donné dans chaque tableau.

TABLEAU 2 DE L'ANNEXE

Pour évaluer la performance des systèmes de santé en termes de réalisations sanitaires, il était essentiel de mettre au point la meilleure évaluation possible de la table de mortalité de chaque pays. L'élaboration de nouvelles tables de mortalité pour les 191 pays Membres a commencé par un examen systématique de toutes les données disponibles provenant d'enquêtes, de recensements, de systèmes d'enregistrement des échantillons, de laboratoires démographiques et d'enregistrements démographiques sur les niveaux et les tendances de la mortalité infantile et de la mortalité des adultes. Cet examen a largement tiré profit des travaux de l'UNICEF sur la mortalité infantile³ ainsi que des évaluations démographiques pour 1998 de la Division de la population de l'ONU.⁴ Pour faciliter l'analyse démographique et les analyses des causes de décès et de la charge de morbidité, on a réparti les 191 Etats Membres en cinq strates de mortalité sur la base du niveau de la mortalité des enfants (5q0) et des adultes de sexe masculin (45q15). La matrice définie par les six Régions OMS et les cinq strates de mortalité a permis d'obtenir 14 sous-régions (toutes les strates de mortalité n'étant pas représentées dans chaque Région). Ces sous-régions sont utilisées dans les Tableaux 3 et 4 pour la présentation des résultats.

En raison de l'hétérogénéité croissante des schémas de la mortalité chez l'adulte et l'enfant, l'OMS a mis au point pour chacune des 14 sous-régions un système de tables de mortalité utilisant un modèle logistique à deux paramètres.⁵ Ce système a été largement utilisé pour l'élaboration des tables de mortalité de chaque Etat Membre ainsi que pour leur projection sur 1999 lorsque les données disponibles les plus récentes correspondent à des années antérieures. Des détails sur les méthodes, données et résultats par pays de cette analyse des tables de mortalité sont donnés dans le document technique correspondant.⁶

L'indication d'intervalles d'incertitude est une innovation majeure de l'OMS dans les analyses démographiques et autres présentées cette année. Pour déterminer l'incertitude résultant de l'échantillonnage, de la technique d'estimation indirecte ou de la projection sur 1999, on a établi un total de 1000 tables de mortalité pour chaque Etat Membre. Dans le Tableau 1 de l'annexe, on a indiqué les limites d'incertitude en donnant les valeurs de la table de mortalité au 10^e percentile et au 90^e percentile. Cette analyse de l'incertitude a été facilitée par l'élaboration de nouvelles méthodes et de nouveaux logiciels.⁷ Dans les pays où l'épidémie de VIH a des effets notables, de récentes estimations de l'ampleur de cette épidémie et l'intervalle d'incertitude correspondant ont été pris en compte pour analyser l'incertitude des tables de mortalité.⁸

TABLEAUX 3 ET 4 DE L'ANNEXE

On a estimé les causes de décès pour les 14 sous-régions du monde en se basant sur des données tirées de registres nationaux d'état civil et correspondant à un total annuel de 16,7 millions de décès. En outre, pour mieux estimer les causes des schémas de la mortalité, on s'est servi d'informations provenant de systèmes d'enregistrement d'échantillons, de laboratoires démographiques et d'analyses épidémiologiques portant sur des affections particulières.

On a soigneusement analysé les données sur les causes de décès pour tenir compte des lacunes des registres d'état civil dans les pays et de différences probables des causes du schéma de la mortalité auxquelles on pouvait s'attendre dans les sous-populations, souvent pauvres, qui font l'objet de ces lacunes. Pour cette analyse, on a mis au point des techniques basées sur l'étude de la charge globale de morbidité,⁹ que l'on a affinée en s'appuyant sur une base de données beaucoup plus étendue et des techniques de modélisation plus fiables.¹⁰

Une attention particulière a été accordée aux problèmes posés par les erreurs d'attribution ou de codage des causes de décès dans les catégories maladies cardio-vasculaires, cancer, traumatismes et affections et symptômes mal définis. On a mis au point un algorithme de correction pour la reclassification des codes des affections cardio-vasculaires mal définies.¹¹ La mortalité due au cancer par localisation a été évaluée à l'aide de données de registres d'état civil et de registres de l'incidence du cancer dans la population. Les données extraites de ces derniers ont été analysées pour chaque Région au moyen d'un modèle complet de survie au cancer par âge, par période et par cohorte.¹²

Le Tableau 4 de l'annexe donne des estimations de la charge de morbidité en utilisant les années de vie corrigée de l'incapacité (AVCI) pour mesurer les différences sanitaires dans le monde en 1999. Les AVCI ainsi que l'espérance de vie corrigée de l'incapacité sont des mesures synthétiques de la santé de la population.¹³ Les AVCI permettent de déterminer la différence entre la santé d'une population et un objectif normatif constitué par une vie en pleine santé. Au sujet de l'élaboration des AVCI et des récents progrès de la mesure de la charge de morbidité, voir Murray & Lopez.¹⁴ Les AVCI ont été évaluées à partir d'informations sur les causes de décès dans chaque Région et d'évaluations régionales de l'épidémiologie des principales affections invalidantes.

TABLEAU 5 DE L'ANNEXE

Le Tableau 5 de l'annexe donne des mesures des résultats sanitaires en termes de niveau moyen de santé de la population et de distribution de la santé ou égalité sanitaire. Deux mesures sont enregistrées pour la première fois par l'OMS au niveau des pays : l'espérance de vie corrigée de l'incapacité et l'indice d'égalité de la survie des enfants.

Les résultats en termes de niveau de santé moyen de la population sont représentés par l'espérance de vie corrigée de l'incapacité (EVCI). L'EVCI peut se définir simplement comme l'espérance de vie avec l'équivalent d'une pleine santé. En tant que mesure synthétique de la charge de morbidité pour l'ensemble des causes dans une population, l'EVCI a deux avantages sur les autres mesures de ce type. Premièrement, il est relativement facile d'expliquer la notion de durée de vie sans incapacité à une audience non technique. Deuxièmement, on calcule commodément l'EVCI au moyen de la méthode de Sullivan basée sur des données par âge concernant la prévalence des issues non fatales. Dans l'étude mondiale sur la charge de morbidité, l'EVCI a été estimée au niveau régional sur la base des

estimations de toutes les séquelles invalidantes incluses dans l'étude. Des coefficients de pondération ont été attribués à chacune de ces séquelles pour cinq groupes d'âge, pour chaque sexe et pour huit régions.

Les estimations nationales de l'EVCI sont basées sur les tables de mortalité de chaque Etat Membre résumées au Tableau 2 de l'annexe, sur des enquêtes relatives à des échantillons représentatifs de population et visant à évaluer les incapacités physiques et cognitives ainsi que l'état général de santé, et sur des informations détaillées concernant l'épidémiologie des principales affections invalidantes dans chaque pays. L'utilisation des résultats d'enquêtes auprès des ménages est compliquée par les variations de l'auto-évaluation de la santé pour un niveau de santé observé donné selon le sexe, l'âge, la situation socio-économique et l'exposition aux services de santé et à la culture.^{15, 16} Des détails sur la méthodologie des estimations nationales de l'EVCI et sur les incertitudes auxquelles elles donnent lieu sont indiqués ailleurs.¹⁷

La mesure des résultats en termes de distribution de la santé est basée sur le cadre OMS de mesure des inégalités de santé.¹⁸ On se propose en dernière analyse de mesurer la distribution de la santé en utilisant la distribution de l'EVCI entre les individus. Toutefois, l'analyse de la distribution de l'EVCI dans chaque pays n'est pas encore achevée. Pour certains pays, on a calculé la distribution de l'espérance de vie dans des zones restreintes et constaté que les variations de l'espérance de vie, et probablement de l'EVCI, y sont souvent très supérieures à ce que l'on attendait.¹⁹ Dans le présent *Rapport sur la santé dans le monde*, l'analyse des résultats en termes de distribution de la santé présentée au Tableau 5 de l'annexe donne l'indice de l'égalité de la survie des enfants. Celui-ci est basé sur la distribution de la survie des enfants entre pays et s'appuie sur les nombreuses données largement disponibles concernant des histoires complètes à partir de la naissance qui se trouvent dans les enquêtes démographiques et sanitaires et dans les données de registres d'état civil portant sur la mortalité des enfants dans des zones restreintes.

On a mis au point des méthodes statistiques basées sur l'estimation de la probabilité maximum de la distribution bêta-binomiale pour établir une distinction entre les variations d'une mère à l'autre du nombre d'enfants décédés qui sont dues au hasard et celles qui découlent de différences des risques initiaux de décès.²⁰ Cette méthode statistique a été appliquée aux données d'enquêtes démographiques et sanitaires et à des données portant sur des zones restreintes dans plus de 60 pays pour estimer la distribution effective du risque de décès des enfants.²¹ Pour calculer l'indice d'égalité de survie des enfants, on a transformé les distributions de la mortalité des enfants en distribution de la durée de survie attendue des enfants de moins de cinq ans. Les distributions de la durée de survie qui en résultent ont été résumées dans un indice composite à l'aide de la formule suivante :

$$\text{Egalité de la survie des enfants} = \left(1 - \frac{\sum_{i=1}^n \sum_{j=1}^n |x_i - x_j|^3}{2n^2 \bar{x}^{0.5}} \right)$$

où x est la durée de survie d'un enfant donné et \bar{x} la durée de survie moyenne des enfants.

La forme particulière de cette mesure synthétique de l'inégalité a été choisie sur la base d'une enquête effectuée auprès de plus d'un millier de personnes pour déterminer leurs préférences en matière de mesure des inégalités de santé.²² Etant donné que toutes les mesures de la réalisation d'un objectif sont censées être positives, on a transformé l'indice d'inégalité en un indice d'égalité en calculant 1 moins l'inégalité de la survie des enfants comme indiqué plus haut. La mesure de l'inégalité ayant une valeur maximum pouvant

excéder 1, cette mesure transformée de l'égalité de la survie des enfants peut, en théorie, être négative. Toutefois, parmi tous les pays considérés, aucun n'a un degré d'inégalité correspondant à une mesure de l'égalité inférieure à zéro. La valeur 1 peut être considérée comme l'égalité parfaite et zéro comme un degré d'inégalité pire que ce qui a été observé dans tout pays où cette mesure a été effectuée directement ou évaluée indirectement à ce jour.

Pour les pays où aucune enquête démographique et sanitaire n'a été faite et où l'on ne dispose pas de données portant sur des zones restreintes, on a estimé l'indice de distribution de la santé en termes de survie des enfants à l'aide de techniques indirectes et d'informations relatives à d'importantes covariables de l'inégalité de santé telles que la pauvreté, le degré d'instruction et la mortalité des enfants.

TABLEAU 6 DE L'ANNEXE

La mesure des résultats concernant le degré de réactivité est basée sur une enquête effectuée dans certains pays auprès d'environ 2000 informateurs clés.²³ Ces informateurs clés ont été priés d'évaluer la performance de leur système de santé à l'égard de sept composantes de la réactivité : respect de la dignité, autonomie et confidentialité (réunis dans l'expression respect de la personne), rapidité de la prise en charge, qualité de l'environnement, accès aux réseaux d'aide sociale pendant les soins et choix du prestataire de soins (réunis dans l'expression attention accordée au client). On a donné à chacune de ces composantes des notes allant de 0 à 10. Ces notes ont été regroupées en une note composite de la réactivité qui tient compte des résultats de l'enquête sur les préférences en matière d'évaluation de la performance des systèmes de santé.²³ Pour les autres pays, on a estimé les résultats au niveau de la réactivité en utilisant des techniques indirectes et des informations sur d'importantes covariables de la réactivité.²⁴ Pour améliorer la mesure de la réactivité, l'OMS s'emploie activement à élaborer et éprouver sur le terrain des instruments de mesure de la réactivité auprès des ménages. Cette stratégie basée sur des enquêtes auprès des ménages sera complétée par des enquêtes sur les établissements permettant d'observer directement certaines composantes de la réactivité.²⁵

La mesure des résultats en termes de distribution de la réactivité, reflétée par le Tableau 6 de l'annexe, repose sur une méthode très simple. On a demandé aux personnes interrogées lors de l'enquête auprès d'informateurs clés de désigner les groupes désavantagés sur le plan de la réactivité et utilisé le nombre de fois où un groupe particulier a été désigné comme étant désavantagé pour calculer une note de l'intensité de l'association avec les informateurs clés. Quatre groupes ont eu une note élevée pour l'intensité de l'association avec des informateurs clés : les pauvres, les femmes, les personnes âgées et les groupes autochtones ou victimes de discrimination raciale (dans la plupart des cas, des minorités). Les notes de l'intensité de l'association avec les informateurs clés attribuées à ces quatre groupes ont été multipliées par le pourcentage effectif de la population du pays représenté par ces groupes vulnérables pour calculer une mesure simple de l'inégalité de la réactivité allant de 0 à 1. Pour le calcul de la note globale, on a tenu compte du fait que certains individus appartiennent à plusieurs groupes désavantagés. Le Tableau 6 de l'annexe donne une mesure de l'égalité de la réactivité échelonnée de manière que 1 représente l'égalité complète et 0 une inégalité absolue. Pour d'autres pays, on a estimé les résultats en termes de distribution de la réactivité au moyen de techniques indirectes et d'informations portant sur d'importantes covariables de la distribution de la réactivité, y compris le dénuement absolu et l'accès aux soins de santé.

TABLEAU 7 DE L'ANNEXE

L'indice présenté dans ce tableau est destiné à mesurer à la fois l'équité de la contribution financière et la protection contre le risque financier¹ ; les concepts et principes de base sont exposés en détail ailleurs.²⁶ Pour mesurer les résultats en termes d'équité de la contribution financière, on part de la notion de contribution d'un ménage au financement des systèmes de santé définie comme le rapport des dépenses totales du ménage pour sa santé au montant permanent de son revenu situé au-dessus du minimum de subsistance. Le total des dépenses de santé du ménage comprend ses contributions au financement du système de santé telles que l'impôt sur le revenu, la taxe à la valeur ajoutée, les impôts indirects, les cotisations de sécurité sociale, les primes d'assurance privée volontaire et les paiements directs. On estime que le revenu permanent d'un ménage au-dessus du minimum de subsistance correspond au total des dépenses, plus les taxes qui ne figurent pas dans le total des dépenses, diminué des dépenses d'alimentation.

Pour calculer la distribution de la contribution financière des ménages, on utilise des données tirées d'enquêtes auprès de ménages qui comprennent des informations sur le revenu (niveau individuel) et les dépenses des ménages (par type de biens et de services, y compris sanitaires). En outre, ces calculs obligent à consulter les documents du fisc (concernant l'impôt sur le revenu, les taxes sur les ventes et l'impôt foncier), les comptes nationaux de la santé, la comptabilité nationale et les budgets des Etats. Une telle analyse approfondie a été effectuée pour certains pays sur lesquels on disposait de ces informations.²⁷ Pour les autres, on a estimé la distribution de la contribution au financement de la santé par des méthodes indirectes et à l'aide d'informations sur d'importantes covariables.²⁸

Pour permettre de comparer l'équité de la contribution financière, on a résumé la distribution de la contribution des ménages au financement de la santé au moyen d'un indice conçu pour donner une note élevée aux ménages qui ont consacré à la santé une très grande partie de leur revenu au-dessus du minimum de subsistance. Cet indice reflète donc l'inégalité de la contribution financière des ménages, mais tient particulièrement compte des ménages que d'importantes dépenses de santé exposent à un risque d'appauvrissement. Il a la forme suivante :

$$\text{Equité de la contribution financière} = \left[1 - 4 \frac{\sum_{i=1}^n |CFM_i - \overline{CFM}|^3}{0.125n} \right]$$

où CFM est la contribution financière d'un ménage donné et \overline{CFM} la contribution financière moyenne des ménages.

L'indice est conçu de manière à ce que 1 équivale à une égalité complète des contributions des ménages et 0 au plus haut degré d'inégalité observé entre les pays.

TABLEAU 8 DE L'ANNEXE

Les comptes nationaux de la santé sont conçus comme un instrument basé sur la politique, complet, cohérent, régulier et normalisé qui permet de déterminer les niveaux et les tendances de la consommation de biens et services médicaux (approche dépenses), la valeur ajoutée créée par les industries de services et manufacturières qui produisent ces biens (approche production) et les revenus engendrés par ce processus ainsi que les taxes, contributions obligatoires, primes et paiements directs qui financent le système (approche financière). A leur stade de développement actuel, les comptes nationaux de la santé de l'OMS tendent plutôt à mesurer les flux financiers.²⁹

Le financement des soins de santé se subdivise en apports publics et privés. Pour les dépenses publiques, la source la plus fréquemment utilisée a été le Tableau B des dépenses par fonction publié par le Fonds monétaire international dans *Government finance statistics yearbook*. Ce tableau repose sur un ensemble de règles strictes (mais pas toujours appliquées de façon rigoureuse par les pays enquêtés) et ne porte dans la plupart des cas que sur les dépenses de l'administration centrale. Le FMI et des sources nationales ont été consultés dans toute la mesure possible pour compléter les données des administrations centrales. Les *Comptes nationaux* de l'Organisation des Nations Unies (Tableaux 2.1 et 2.3) et des sources nationales cohérentes ont été également utilisés. Une grande partie de l'information concernant les 29 pays membres de l'OCDE est tirée d'*Eco-santé OCDE*. Les dépenses privées de santé ont été estimées à partir des *Comptes nationaux* de l'Organisation des Nations Unies et de l'OCDE (Tableaux 2.5 et 2.1, respectivement) et du rapport des soins médicaux à la consommation totale déterminé au moyen d'enquêtes auprès des ménages, ce rapport étant appliqué à l'ensemble de la consommation privée. Il s'agit là principalement de dépenses directes. Les primes d'assurances privées, les programmes de santé obligatoires des employeurs, les dépenses effectuées par des institutions à but non lucratif s'occupant principalement de ménages et, plus rarement, les investissements privés proviennent de sources nationales. Les comptes nationaux de la santé présentés par un certain nombre de pays ont été utilisés dans la mesure où ils étaient accessibles. On a vérifié la plausibilité des estimations en les comparant à des analyses financières et autres concernant des pays ou groupes de pays déterminés.

Un premier tableau complet a été examiné par un grand nombre d'experts de divers pays ainsi que par des analystes et statisticiens d'Etats Membres de l'OMS. Leurs observations ont conduit à réévaluer certains sous-ensembles.

TABLEAU 9 DE L'ANNEXE

Les résultats d'ensemble des systèmes de santé sont présentés au Tableau 9 de l'annexe. Cette mesure composite des réalisations en matière de niveau de santé, de distribution de santé, de niveau de réactivité, de distribution de la réactivité et d'équité de la contribution financière a été établie sur la base des coefficients de pondération tirés d'une enquête menée auprès d'un millier de praticiens de la santé publique dans plus de 100 pays.²² Comme l'explique l'Encadré 2.4, elle se situe sur une échelle de 0 à 100, ce dernier chiffre étant la valeur maximum. Les coefficients de pondération des cinq composantes sont les suivants : 25 % pour le niveau de santé, 25 % pour la distribution de la santé, 12,5 % pour le degré de réactivité, 12,5 % pour la distribution de la réactivité et 25 % pour l'équité de la contribution financière. La valeur moyenne et les intervalles d'incertitude ont été estimés pour déterminer les résultats d'ensemble des systèmes de santé en appliquant les intervalles d'incertitude à chacune des cinq composantes.³⁰ En outre, le tableau indique des intervalles d'incertitude pour les rangs des pays ainsi que pour les valeurs des résultats d'ensemble des systèmes de santé. L'incertitude concernant les rangs n'est pas seulement fonction de l'incertitude des mesures de chaque pays, mais aussi de l'incertitude des mesures des pays qui le précèdent et qui le suivent dans la classification.

TABLEAU 10 DE L'ANNEXE

L'indice de performance en matière de niveau de santé indique avec quelle efficacité les systèmes de santé parviennent à convertir leurs dépenses en santé, la mesure de cette dernière étant donnée par l'espérance de vie corrigée de l'incapacité (EVCI). La performance en matière de niveau de santé est définie comme le rapport entre les niveaux de

santé atteints et ceux qui pourraient l'être par le système de santé le plus efficace. Plus concrètement, le numérateur du rapport est la différence entre l'EVCI enregistrée dans un pays et celle qui l'aurait été en l'absence d'un système de santé moderne en état de fonctionner, compte tenu des autres déterminants non sanitaires du système influant sur la santé qui sont représentés par le degré d'instruction. Le dénominateur du rapport est la différence entre l'EVCI maximum possible qui aurait pu être obtenue avec les dépenses de santé par habitant observées dans chaque pays et l'EVCI correspondant à l'absence d'un système de santé fonctionnant de façon satisfaisante. On a utilisé des méthodes économétriques pour estimer l'EVCI maximum à un niveau donné de dépenses de santé et autres facteurs non sanitaires du système au moyen d'une analyse de la production de pointe, et la relation entre l'espérance de vie et le capital humain au début du siècle pour estimer l'EVCI minimum à laquelle on pouvait s'attendre pour chaque pays (compte tenu du degré d'instruction actuel) en l'absence d'un système de santé efficace. Le détail des données, méthodes et résultats est indiqué ailleurs.³¹ Le Tableau 10 de l'annexe donne pour chaque pays les intervalles d'incertitude de la valeur absolue de la performance et du rang.

La performance globale des systèmes de santé a été mesurée par un procédé similaire qui consiste à rapporter les résultats d'ensemble du système de santé à ses dépenses. On a estimé la réalisation maximum de l'ensemble des objectifs à l'aide d'un modèle de la production de pointe qui rapporte les résultats d'ensemble du système de santé aux dépenses de santé et autres déterminants non sanitaires du système représentés par le degré d'instruction. Les résultats de cette analyse ont été en grande partie invariants par rapport aux caractéristiques du modèle. On trouvera de plus amples détails dans le document technique correspondant.³²

RÉFÉRENCES

- ¹ Murray CJL, Frenk J. A WHO Framework for assessing health system performance. *Bulletin of the World Health Organization*, 2000, **78** (sous presse).
- ² Evans DE, Bendib L, Tandon A, Lauer J, Ebener S, Hutubessy R, Asada Y, Murray CJL. *Estimates of income per capita, literacy, educational attainment, absolute poverty, and income Gini coefficients for The World Health Report 2000*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2000 (GPE Discussion Paper N° 7).
- ³ Hill K, Rohini PO, Mahy M, Jones G. *Trends in child mortality in the developing world: 1960 to 1996*. New York, Fonds des Nations Unies pour l'Enfance, 1999.
- ⁴ *World population prospects: the 1998 revision*. New York, Nations Unies, 1999.
- ⁵ Murray CJL, Lopez AD, Ahmad O, Salomon J. *WHO system of model life tables*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2000 (GPE Discussion Paper No. 8).
- ⁶ Lopez AD, Salomon J, Ahmad O, Murray CJL. *Life tables for 191 countries: data, methods and results*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2000 (GPE Discussion Paper No. 9).
- ⁷ Salomon J, Murray CJL. *Methods for life expectancy and disability-adjusted life expectancy uncertainty analysis*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2000 (GPE Discussion Paper No. 10).
- ⁸ Salomon J, Gakidou EE, Murray CJL. *Methods for modelling the HIV/AIDS epidemics in sub-Saharan Africa*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2000 (GPE Discussion Paper No. 3).
- ⁹ Murray CJL, Lopez AD. *The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Cambridge, MA, Harvard School of Public Health, Organisation mondiale de la Santé et Banque mondiale, 1996 (Global Burden of Disease and Injury Series, Vol. 1).
- ¹⁰ Salomon J, Murray CJL. *Compositional models for mortality by age, sex and cause*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2000 (GPE Discussion Paper No. 11).
- ¹¹ Lozano R, Murray CJL, Lopez AD, Satoh T. *Miscoding and misclassification of ischaemic heart disease mortality*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2000 (GPE Discussion Paper No. 12).

- ¹² Boschi-Pinto C, Murray CJL, Lopez AD, Lozano R. *Cancer survival by site for 14 regions of the world*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2000 (GPE Discussion Paper No. 13).
- ¹³ Murray CJL, Salomon J, Mathers C. *A critical review of summary measures of population health*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2000 (GPE Discussion Paper No. 2).
- ¹⁴ Murray CJL, Lopez AD. Progress and directions in refining the global burden of disease approach: response to Williams. *Health Economics*, 2000, 9: 69-82.
- ¹⁵ Moesgaard-Iburg K, Murray CJL, Salomon J. *Expectations for health distorts: self-reported and physician-assessed health status compared to observed health status*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2000 (GPE Discussion Paper No. 14).
- ¹⁶ Sadana R, Mathers C, Lopez A, Murray CJL. *Comparative analysis of more than 50 household surveys on health status*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2000 (GPE Discussion Paper No. 15).
- ¹⁷ Mathers C, Sadana R, Salomon J, Murray CJL, Lopez AD. *Estimates of DALE for 191 countries: methods and results*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2000 (GPE Discussion Paper No. 16).
- ¹⁸ Gakidou EE, Murray CJL, Frenk J. Defining and measuring health inequality: an approach based on the distribution of health expectancy [Définir et mesurer les inégalités de santé : approche basée sur la distribution de l'espérance de santé]. *Bulletin of the World Health Organization*, 2000, 78(1): 42-45 (résumé en français).
- ¹⁹ Lopez AD, Murray CJL, Ferguson B, Tamaskovic L. *Life expectancy for small areas in selected countries*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2000 (GPE Discussion Paper No. 17).
- ²⁰ Gakidou EE, King G. *Using an extended beta-binomial model to estimate the distribution of child mortality risk*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2000 (GPE Discussion Paper No. 18).
- ²¹ Gakidou EE, Murray CJL. *Estimates of the distribution of child survival in 191 countries*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2000 (GPE Discussion Paper No. 19).
- ²² Gakidou EE, Frenk J, Murray CJL. *Measuring preferences on health system performance assessment*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2000 (GPE Discussion Paper No. 20).
- ²³ de Silva A, Valentine N. *Measuring responsiveness: results of a key informants survey in 35 countries*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2000 (GPE Discussion Paper No. 21).
- ²⁴ Valentine N, de Silva A, Murray CJL. *Estimates of responsiveness level and distribution for 191 countries: methods and results*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2000 (GPE Discussion Paper No. 22).
- ²⁵ Darby C, Valentine N, Murray CJL. *WHO strategy on measuring responsiveness*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2000 (GPE Discussion Paper No. 23).
- ²⁶ Murray CJL, Knaul F, Musgrove P, Xu K, Kawabata K. *Defining and measuring fairness of financial contribution*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2000 (GPE Discussion Paper No. 24).
- ²⁷ Xu K, Lydon P, Ortiz de Iturbide J, Musgrove P, Knaul F, Kawabata K, Florez CE, John J, Wibulpolprasert S, Waters H, Tansel A. *Analysis of the fairness of financial contribution in 21 countries*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2000 (GPE Discussion Paper No. 25).
- ²⁸ Xu K, Murray CJL, Lydon P, Ortiz de Iturbide J. *Estimates of the fairness of financial contribution for 191 countries*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2000 (GPE Discussion Paper No. 26).
- ²⁹ Poullier JP, Hernández P. *Estimates of National health accounts. Aggregates for 191 countries in 1997*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2000 (GPE Discussion Paper No. 27).
- ³⁰ Murray CJL, Frenk J, Tandon A, Lauer J. *Overall health system achievement for 191 countries*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2000 (GPE Discussion Paper No. 28).
- ³¹ Evans D, Tandon A, Murray CJL, Lauer J. *The comparative efficiency of national health systems in producing health: an analysis of 191 countries*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2000 (GPE Discussion Paper No. 29).
- ³² Tandon A, Murray CJL, Lauer J, Evans D. *Measuring overall health system performance for 191 countries*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2000 (GPE Discussion Paper No. 30).

Tableau 1 de l'annexe Résultats et performance du système de santé dans l'ensemble des Etats Membres, avec les rangs de classement d'après huit mesures, estimations pour 1997

Etats Membres	REALISATION DES OBJECTIFS						Dépenses de santé par habitant en dollars internationaux	PERFORMANCE	
	Santé		Réactivité		Equité de la contribution financière	Réalisation globale des objectifs		D'après les effets sur le niveau de santé	Performance globale du système de santé
	Niveau (EVCI)	Distribution	Degré	Distribution					
Afghanistan	168	182	181 – 182	172 – 173	103 – 104	183	184	150	173
Afrique du Sud	160	128	73 – 74	147	142 – 143	151	57	182	175
Albanie	102	129	136	117	173 – 174	86	149	64	55
Algérie	84	110	90 – 91	50 – 52	74 – 75	99	114	45	81
Allemagne	22	20	5	3 – 38	6 – 7	14	3	41	25
Andorre	10	25	28	39 – 42	33 – 34	17	23	7	4
Angola	165	178	177	188	103 – 104	181	164	165	181
Antigua-et-Barbuda	48	58	47 – 48	39 – 42	116 – 120	71	43	123	86
Arabie saoudite	58	70	67	50 – 52	37	61	63	10	26
Argentine	39	60	40	3 – 38	89 – 95	49	34	71	75
Arménie	41	63	92	111 – 112	181	81	102	56	104
Australie	2	17	12 – 13	3 – 38	26 – 29	12	17	39	32
Autriche	17	8	12 – 13	3 – 38	12 – 15	10	6	15	9
Azerbaïdjan	65	99	130 – 131	125	116 – 120	103	162	60	109
Bahamas	109	67	18	3 – 38	138 – 139	64	22	137	94
Bahreïn	61	72	43 – 44	3 – 38	61	58	48	30	42
Bangladesh	140	125	178	181	51 – 52	131	144	103	88
Barbade	53	36	39	3 – 38	107	38	36	87	46
Bélarus	83	46	76 – 79	45 – 47	84 – 86	53	74	116	72
Belgique	16	26	16 – 17	3 – 38	3 – 5	13	15	28	21
Belize	94	95	105 – 107	90	146	104	88	34	69
Bénin	157	132	175 – 176	160	140 – 141	143	171	136	97
Bhoutan	138	158	163	137 – 138	89 – 95	144	135	73	124
Bolivie	133	118	151 – 153	178	68	117	101	142	126
Bosnie-Herzégovine	56	79	108 – 110	124	82 – 83	79	105	70	90
Botswana	187	146	76 – 79	111 – 112	89 – 95	168	85	188	169
Brésil	111	108	130 – 131	84 – 85	189	125	54	78	125
Brunéi Darussalam	59	42	24	3 – 38	89 – 95	37	32	76	40
Bulgarie	60	53	161	2	170	74	96	92	102
Burkina Faso	178	137	174	164	173 – 174	159	173	162	132
Burundi	179	154	171	168	114	161	186	171	143
Cambodge	148	150	137 – 138	137 – 138	183	166	140	157	174
Cameroun	156	160	156	183	182	163	131	172	164
Canada	12	18	7 – 8	3 – 38	17 – 19	7	10	35	30
Cap-Vert	118	123	154	134 – 135	89 – 95	126	150	55	113
Chili	32	1	45	103	168	33	44	23	33
Chine	81	101	88 – 89	105 – 106	188	132	139	61	144
Chypre	25	31	11	44	131 – 133	28	39	22	24
Colombie	74	44	82	93 – 94	1	41	49	51	22
Comores	146	143	157 – 160	153 – 155	79 – 81	137	165	141	118
Congo	150	142	137 – 138	151	162	155	122	167	166
Costa Rica	40	45	68	86 – 87	64 – 65	45	50	25	36
Côte d'Ivoire	155	181	157 – 160	153 – 155	116 – 120	157	153	133	137
Croatie	38	33	76 – 79	83	108 – 111	36	56	57	43
Cuba	33	41	115 – 117	98 – 100	23 – 25	40	118	36	39
Danemark	28	21	4	3 – 38	3 – 5	20	8	65	34
Djibouti	166	169	170	140	3 – 5	170	163	163	157
Dominique	26	35	84 – 86	77 – 78	99 – 100	42	70	59	35
Egypte	115	141	102	59	125 – 127	110	115	43	63
El Salvador	87	115	128	128 – 129	176	122	83	37	115
Emirats arabes unis	50	62	30	1	20 – 22	44	35	16	27
Equateur	93	133	76 – 79	182	88	107	97	96	111
Erythrée	169	167	186	169 – 170	108 – 111	176	187	148	158
Espagne	5	11	34	3 – 38	26 – 29	19	24	6	7
Estonie	69	43	66	69	145	48	60	115	77

Etats Membres	REALISATION DES OBJECTIFS						Dépenses de santé par habitant en dollars internationaux	PERFORMANCE	
	Santé		Réactivité		Équité de la contribution financière	Réalisation globale des objectifs		D'après les effets sur le niveau de santé	Performance globale du système de santé
	Niveau (EVCI)	Distribution	Degré	Distribution					
Etats-Unis d'Amérique	24	32	1	3 – 38	54 – 55	15	1	72	37
Ethiopie	182	176	179	179 – 180	138 – 139	186	189	169	180
Ex-République yougoslave de Macédoine	64	85	111	95	116 – 120	89	106	69	89
Fédération de Russie	91	69	69 – 72	86 – 87	185	100	75	127	130
Fidji	106	71	57 – 58	73 – 74	54 – 55	78	87	124	96
Finlande	20	27	19	3 – 38	8 – 11	22	18	44	31
France	3	12	16 – 17	3 – 38	26 – 29	6	4	4	1
Gabon	144	136	118 – 119	101 – 102	84 – 86	141	95	143	139
Gambie	143	155	165 – 167	157	149	153	158	109	146
Géorgie	44	61	165 – 167	141	105 – 106	76	125	84	114
Ghana	149	149	132 – 135	146	74 – 75	139	166	158	135
Grèce	7	6	36	3 – 38	41	23	30	11	14
Grenade	49	82	63 – 64	84 – 85	147	68	67	49	85
Guatemala	129	106	115 – 117	159	157	113	130	99	78
Guinée	167	166	168 – 169	130 – 131	76 – 78	172	159	160	161
Guinée-Bissau	170	177	184	174	122 – 123	180	156	156	176
Guinée équatoriale	152	151	143	118	134	152	129	174	171
Guyana	98	126	114	105 – 106	45 – 47	116	109	104	128
Haïti	153	152	157 – 160	172 – 173	163	145	155	139	138
Honduras	92	119	129	163	178	129	100	48	131
Hongrie	62	40	62	58	105 – 106	43	59	105	66
Iles Cook	67	92	65	89	45 – 47	88	61	95	107
Iles Marshall	121	120	98 – 99	134 – 135	20 – 22	119	80	140	141
Iles Salomon	127	117	132 – 135	120	17 – 19	108	134	20	80
Inde	134	153	108 – 110	127	42 – 44	121	133	118	112
Indonésie	103	156	63 – 64	70	73	106	154	90	92
Iran (République islamique d')	96	113	100	93 – 94	112 – 113	114	94	58	93
Iraq	126	130	103 – 104	114	56 – 57	124	117	75	103
Irlande	27	13	25	3 – 38	6 – 7	25	25	32	19
Islande	19	24	15	3 – 38	12 – 15	16	14	27	15
Israël	23	7	20 – 21	3 – 38	38 – 40	24	19	40	28
Italie	6	14	22 – 23	3 – 38	45 – 47	11	11	3	2
Jamahiriya arabe libyenne	107	102	57 – 58	76	12 – 15	97	84	94	87
Jamaïque	36	87	105 – 107	73 – 74	115	69	89	8	53
Japon	1	3	6	3 – 38	8 – 11	1	13	9	10
Jordanie	101	83	84 – 86	53 – 57	49 – 50	84	98	100	83
Kazakhstan	122	52	90 – 91	60 – 61	167	62	112	135	64
Kenya	162	135	144	142	79 – 81	142	152	178	140
Kirghizistan	123	122	124	96	171	135	146	134	151
Kiribati	125	121	120 – 121	122	16	123	103	144	142
Koweït	68	54	29	3 – 38	30 – 32	46	41	68	45
Lesotho	171	164	145 – 147	148 – 149	89 – 95	173	123	186	183
Lettonie	82	56	69 – 72	53 – 57	164 – 165	67	77	121	105
Liban	95	88	55	79 – 81	101 – 102	93	46	97	91
Libéria	181	191	175 – 176	176	84 – 86	187	181	176	186
Lituanie	63	48	80 – 81	45 – 47	131 – 133	52	71	93	73
Luxembourg	18	22	3	3 – 38	2	5	5	31	16
Madagascar	172	168	168 – 169	179 – 180	116 – 120	167	190	173	159
Malaisie	89	49	31	62	122 – 123	55	93	86	49
Malawi	189	187	162	152	89 – 95	182	161	187	185
Maldives	130	134	98 – 99	101 – 102	51 – 52	128	76	147	147
Mali	183	180	187 – 188	187	150 – 151	178	179	170	163
Malte	21	38	43 – 44	3 – 38	42 – 44	31	37	2	5
Maroc	110	111	151 – 153	67 – 68	125 – 127	94	99	17	29
Maurice	78	77	56	3 – 38	124	90	69	113	84

Tableau 1 de l'annexe Résultats et performance du système de santé dans l'ensemble des Etats Membres, avec les rangs de classement d'après huit mesures, estimations pour 1997

Etats Membres	REALISATION DES OBJECTIFS						Dépenses de santé par habitant en dollars internationaux	PERFORMANCE	
	Santé		Réactivité		Equité de la contribution financière	Réalisation globale des objectifs		D'après les effets sur le niveau de santé	Performance globale du système de santé
	Niveau (EVCI)	Distribution	Degré	Distribution					
Mauritanie	158	163	165 – 167	123	153	169	141	151	162
Mexique	55	65	53 – 54	108 – 109	144	51	55	63	61
Micronésie (Etats fédérés de)	104	112	112	128 – 129	23 – 25	111	81	110	123
Monaco	9	30	14	3 – 38	42 – 44	18	12	12	13
Mongolie	131	148	46	91	97	136	145	138	145
Mozambique	180	190	189 – 190	175	38 – 40	185	160	168	184
Myanmar	139	162	151 – 153	158	190	175	136	129	190
Namibie	177	173	113	156	125 – 127	165	66	189	168
Nauru	136	51	42	39 – 42	17 – 19	75	42	166	98
Népal	142	161	185	166 – 167	186	160	170	98	150
Nicaragua	117	96	140	139	164 – 165	101	104	74	71
Niger	190	184	189 – 190	184	160 – 161	188	185	177	170
Nigéria	163	188	149	177	180	184	176	175	187
Nioué	85	100	126	145	35 – 36	102	127	108	121
Norvège	15	4	7 – 8	3 – 38	8 – 11	3	16	18	11
Nouvelle-Zélande	31	16	22 – 23	3 – 38	23 – 25	26	20	80	41
Oman	72	59	83	49	56 – 57	59	62	1	8
Ouganda	186	138	187 – 188	165	128 – 130	162	168	179	149
Ouzbékistan	100	144	105 – 107	71	131 – 133	109	120	112	117
Pakistan	124	183	120 – 121	115	62 – 63	133	142	85	122
Palaos	112	66	52	39 – 42	30 – 32	63	47	125	82
Panama	47	93	59	88	76 – 78	70	53	67	95
Papouasie-Nouvelle-Guinée	145	157	150	119	71 – 72	150	137	146	148
Paraguay	71	57	97	133	177	73	91	52	57
Pays-Bas	13	15	9	3 – 38	20 – 22	8	9	19	17
Pérou	105	103	172	161	184	115	78	119	129
Philippines	113	50	49	48	128 – 130	54	124	126	60
Pologne	45	5	50	65	150 – 151	34	58	89	50
Portugal	29	34	38	53 – 57	58 – 60	32	28	13	12
Qatar	66	55	26 – 27	3 – 38	70	47	27	53	44
République arabe syrienne	114	107	69 – 72	79 – 81	142 – 143	112	119	91	108
République centrafricaine	175	189	183	191	166	190	178	164	189
République de Corée	51	37	35	43	53	35	31	107	58
République démocratique du Congo	174	174	142	169 – 170	169	179	188	185	188
République démocratique populaire lao	147	147	145 – 147	143 – 144	159	154	157	155	165
République de Moldova	88	64	123	107	148	91	108	106	101
République dominicaine	79	97	95	72	154	66	92	42	51
République populaire démocratique de Corée	137	145	139	130 – 131	179	149	172	153	167
République tchèque	35	19	47 – 48	45 – 47	71 – 72	30	40	81	48
République-Unie de Tanzanie	176	172	157 – 160	150	48	158	174	180	156
Roumanie	80	78	73 – 74	67 – 68	79 – 81	72	107	111	99
Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord	14	2	26 – 27	3 – 38	8 – 11	9	26	24	18
Rwanda	185	185	145 – 147	143 – 144	58 – 60	171	177	181	172
Sainte-Lucie	54	86	84 – 86	82	66 – 67	87	86	54	68
Saint-Kitts-et-Nevis	86	91	53 – 54	3 – 38	136 – 137	98	51	122	100
Saint-Marin	11	9	32	3 – 38	30 – 32	21	21	5	3
Saint-Vincent-et-Grenadines	43	89	103 – 104	98 – 100	99 – 100	92	90	38	74
Samoa	97	81	80 – 81	98 – 100	33 – 34	82	121	131	119
Sao Tomé-et-Principe	132	139	148	126	66 – 67	138	167	117	133
Sénégal	151	105	118 – 119	104	87	118	143	132	59
Seychelles	108	73	75	75	64 – 65	83	52	83	56
Sierra Leone	191	186	173	186	191	191	183	183	191
Singapour	30	29	20 – 21	3 – 38	101 – 102	27	38	14	6
Slovaquie	42	39	60	63 – 64	96	39	45	88	62
Slovénie	34	23	37	53 – 57	82 – 83	29	29	62	38

Etats Membres	REALISATION DES OBJECTIFS						Dépenses de santé par habitant en dollars internationaux	PERFORMANCE	
	Santé		Réactivité		Equité de la contribution financière	Réalisation globale des objectifs		D'après les effets sur le niveau de santé	Performance globale du système de santé
	Niveau (EVI)	Distribution	Degré	Distribution					
Somalie	173	179	191	190	136 – 137	189	191	154	179
Soudan	154	159	164	148 – 149	160 – 161	148	169	149	134
Sri Lanka	76	80	101	77 – 78	76 – 78	80	138	66	76
Suède	4	28	10	3 – 38	12 – 15	4	7	21	23
Suisse	8	10	2	3 – 38	38 – 40	2	2	26	20
Suriname	77	94	87	79 – 81	172	105	72	77	110
Swaziland	164	140	108 – 110	110	156	164	116	184	177
Tadjikistan	120	124	125	136	112 – 113	127	126	145	154
Tchad	161	175	181 – 182	185	58 – 60	177	175	161	178
Thaïlande	99	74	33	50 – 52	128 – 130	57	64	102	47
Togo	159	170	155	162	152	156	180	159	152
Tonga	75	84	61	97	108 – 111	85	73	114	116
Trinité-et-Tobago	57	75	141	108 – 109	69	56	65	79	67
Tunisie	90	114	94	60 – 61	108 – 111	77	79	46	52
Turkménistan	128	131	88 – 89	113	121	130	128	152	153
Turquie	73	109	93	66	49 – 50	96	82	33	70
Tuvalu	119	116	132 – 135	153 – 155	26 – 29	120	151	128	136
Ukraine	70	47	96	63 – 64	140 – 141	60	111	101	79
Uruguay	37	68	41	53 – 57	35 – 36	50	33	50	65
Vanuatu	135	127	127	132	62 – 63	134	132	120	127
Venezuela (République bolivarienne du)	52	76	69 – 72	92	98	65	68	29	54
Viet Nam	116	104	51	121	187	140	147	130	160
Yémen	141	165	180	189	135	146	182	82	120
Yougoslavie	46	90	115 – 117	116	158	95	113	47	106
Zambie	188	171	132 – 135	171	155	174	148	190	182
Zimbabwe	184	98	122	166 – 167	175	147	110	191	155

Source: Tableaux de l'annexe 5–10.

Tableau 2 de l'annexe Indicateurs de base pour l'ensemble des Etats Membres

Etats Membres	ESTIMATIONS RELATIVES A LA POPULATION							
	Population totale (000)	Taux d'accroissement annuel (%)	Rapport de dépendance économique (pour 100)		Pourcentage de la population âgée de 60 ans et plus		Taux de fécondité global	
			1990	1999	1990	1999	1990	1999
1 Afghanistan	21 923	4,5	89	86	5,0	4,9	6,9	6,7
2 Afrique du Sud	39 900	1,8	69	63	5,3	5,7	3,7	3,2
3 Albanie	3 113	-0,6	62	56	7,8	9,0	2,9	2,4
4 Algérie	30 774	2,4	84	69	5,5	5,7	4,6	3,7
5 Allemagne	82 178	0,4	45	47	20,4	22,7	1,4	1,3
6 Andorre	75	4,3	48	47	19,0	21,7	1,5	1,3
7 Angola	12 479	3,4	99	102	4,8	4,6	7,2	6,6
8 Antigua-et-Barbuda	67	0,6	63	58	9,1	9,7	2,0	1,7
9 Arabie saoudite	20 899	3,0	80	77	4,0	4,6	6,6	5,6
10 Argentine	36 577	1,3	65	60	12,9	13,3	2,9	2,6
11 Arménie	3 525	-0,1	56	51	10,0	12,9	2,4	1,7
12 Australie	18 705	1,1	49	49	15,5	16,1	1,9	1,8
13 Autriche	8 177	0,7	48	47	20,1	19,9	1,5	1,4
14 Azerbaïdjan	7 697	0,8	61	57	8,0	10,6	2,7	2,0
15 Bahamas	301	1,9	58	56	6,6	7,7	2,6	2,6
16 Bahreïn	606	2,4	51	49	3,8	4,7	3,8	2,7
17 Bangladesh	126 947	1,7	90	64	4,9	5,1	4,3	3,0
18 Barbade	269	0,5	57	48	15,3	13,8	1,7	1,5
19 Bélarus	10 274	0,0	51	49	16,5	19,1	1,8	1,4
20 Belgique	10 152	0,2	50	51	20,7	21,6	1,6	1,6
21 Belize	235	2,6	93	80	6,2	6,0	4,4	3,5
22 Bénin	5 937	2,7	106	96	4,8	4,3	6,6	5,7
23 Bhoutan	2 064	2,2	85	88	6,0	6,2	5,8	5,4
24 Bolivie	8 142	2,4	81	78	5,8	6,1	4,9	4,2
25 Bosnie-Herzégovine	3 839	-1,3	43	41	10,4	14,7	1,7	1,4
26 Botswana	1 597	2,5	93	81	3,6	4,0	5,1	4,2
27 Brésil	167 988	1,4	64	53	6,7	7,6	2,7	2,2
28 Brunéi Darussalam	322	2,5	59	56	4,1	5,0	3,2	2,7
29 Bulgarie	8 279	-0,6	50	48	19,1	21,2	1,7	1,2
30 Burkina Faso	11 616	2,8	101	100	4,4	4,2	7,3	6,4
31 Burundi	6 565	2,1	95	97	4,8	4,0	6,8	6,1
32 Cambodge	10 945	2,6	73	80	4,8	4,8	5,0	4,5
33 Cameroun	14 693	2,8	94	90	5,6	5,5	5,9	5,2
34 Canada	30 857	1,2	47	47	15,5	16,7	1,7	1,6
35 Cap-Vert	418	2,3	93	80	7,0	6,6	4,3	3,5
36 Chili	15 019	1,5	57	56	9,0	10,0	2,6	2,4
37 Chine	1 273 640	1,0	50	47	8,6	10,0	2,2	1,8
38 Chypre	778	1,5	58	54	14,8	15,6	2,4	2,0
39 Colombie	41 564	1,9	68	61	6,3	6,8	3,1	2,7
40 Comores	676	2,8	98	83	4,1	4,3	6,0	4,7
41 Congo	2 864	2,9	96	98	5,3	4,9	6,3	5,9
42 Costa Rica	3 933	2,9	69	61	6,4	7,3	3,2	2,8
43 Côte d'Ivoire	14 526	2,5	101	88	4,4	4,6	6,3	4,9
44 Croatie	4 477	-0,1	47	47	17,1	20,5	1,7	1,6
45 Cuba	11 160	0,5	46	45	11,7	13,4	1,7	1,6
46 Danemark	5 282	0,3	48	49	20,4	20,0	1,6	1,7
47 Djibouti	629	2,2	85	81	4,8	5,4	6,0	5,2
48 Dominique	71	-0,1	63	58	9,1	9,7	2,2	1,9
49 Egypte	67 226	2,0	78	67	6,0	6,3	4,2	3,2
50 El Salvador	6 154	2,1	82	69	6,5	7,1	3,7	3,1
51 Emirats arabes unis	2 398	2,5	47	45	2,4	4,7	4,2	3,3
52 Equateur	12 411	2,1	76	64	6,1	6,8	3,8	3,0
53 Erythrée	3 719	2,8	88	89	4,4	4,6	6,2	5,6
54 Espagne	39 634	0,1	50	46	19,2	21,6	1,4	1,1
55 Estonie	1 412	-1,2	51	46	17,2	19,4	1,9	1,3

	PROBABILITE DE DECES (pour 1000)								ESPERANCE DE VIE A LA NAISSANCE (années)			
	Avant l'âge de 5 ans				Entre 15 ans et 59 ans							
	Garçons		Filles		Hommes		Femmes		Hommes		Femmes	
	1999	Intervalles d'incertitude	1999	Intervalles d'incertitude	1999	Intervalles d'incertitude	1999	Intervalles d'incertitude	1999	Intervalles d'incertitude	1999	Intervalles d'incertitude
1	279	243 – 317	249	214 – 286	348	315 – 379	326	298 – 350	45,3	42,7 – 47,8	47,2	44,5 – 49,9
2	85	76 – 92	67	60 – 74	601	562 – 641	533	493 – 575	47,3	45,4 – 49,0	49,7	47,7 – 51,8
3	61	51 – 73	49	40 – 60	175	159 – 191	84	74 – 94	65,1	63,7 – 66,4	72,7	71,3 – 73,9
4	50	40 – 63	48	38 – 58	139	122 – 157	118	103 – 134	68,2	66,7 – 69,7	68,8	67,3 – 70,2
5	6	6 – 7	5	5 – 5	136	128 – 144	67	64 – 70	73,7	73,3 – 74,2	80,1	79,9 – 80,4
6	5	3 – 8	5	3 – 8	129	108 – 154	54	43 – 68	75,4	73,9 – 76,6	82,2	81,0 – 83,3
7	209	190 – 238	192	173 – 216	427	395 – 457	375	347 – 405	46,3	44,0 – 48,4	49,1	46,9 – 51,1
8	22	19 – 24	20	18 – 23	173	161 – 185	100	96 – 104	71,4	70,3 – 72,5	76,8	76,0 – 77,8
9	21	19 – 23	20	18 – 23	131	124 – 136	107	99 – 116	71,0	70,6 – 71,6	72,6	71,9 – 73,4
10	23	20 – 27	20	17 – 22	178	173 – 183	92	88 – 96	70,6	70,2 – 71,1	77,8	77,3 – 78,3
11	19	13 – 26	16	11 – 23	166	147 – 187	81	67 – 97	72,3	71,0 – 73,4	77,1	75,7 – 78,4
12	7	6 – 7	5	5 – 6	94	91 – 98	53	49 – 58	76,8	76,5 – 77,1	82,2	81,6 – 82,8
13	6	5 – 7	6	5 – 7	131	120 – 143	66	62 – 69	74,4	73,7 – 75,0	80,4	80,0 – 80,7
14	32	26 – 40	25	20 – 31	217	198 – 238	101	89 – 115	67,8	66,4 – 69,0	75,3	74,1 – 76,4
15	24	20 – 28	21	18 – 25	239	223 – 256	129	118 – 141	67,0	66,0 – 67,9	73,6	72,7 – 74,5
16	23	19 – 25	20	18 – 23	137	125 – 147	99	92 – 107	70,6	69,9 – 71,5	73,6	72,9 – 74,3
17	113	101 – 129	116	103 – 133	300	283 – 317	259	242 – 278	57,5	56,0 – 58,7	58,1	56,3 – 59,5
18	11	11 – 12	10	7 – 14	169	142 – 200	91	77 – 104	72,7	70,4 – 75,2	77,8	76,3 – 79,5
19	16	12 – 21	11	8 – 14	375	341 – 412	126	110 – 142	62,4	60,7 – 63,9	74,6	73,5 – 75,5
20	9	8 – 9	6	5 – 7	121	117 – 126	62	53 – 71	74,5	74,1 – 74,9	81,3	80,9 – 81,7
21	30	26 – 35	25	21 – 30	200	186 – 214	119	108 – 132	69,6	68,6 – 70,6	75,0	73,8 – 75,9
22	157	141 – 174	148	134 – 165	381	350 – 409	338	310 – 365	51,3	49,5 – 53,4	53,3	51,3 – 55,3
23	113	101 – 128	114	102 – 130	258	243 – 269	214	202 – 228	59,6	58,5 – 60,8	60,8	59,3 – 62,1
24	91	81 – 101	81	75 – 88	281	264 – 297	245	231 – 258	60,7	59,6 – 62,0	62,2	61,3 – 63,2
25	22	19 – 25	17	15 – 20	158	146 – 170	99	91 – 109	71,2	70,3 – 72,0	75,0	74,1 – 75,8
26	99	92 – 106	97	92 – 102	786	767 – 804	740	718 – 761	39,5	38,5 – 40,5	39,3	38,2 – 40,4
27	47	38 – 57	42	33 – 51	295	272 – 318	157	142 – 174	63,7	62,1 – 65,1	71,7	70,3 – 73,0
28	12	9 – 14	9	7 – 11	153	139 – 167	94	84 – 105	74,5	73,7 – 75,2	79,8	79,1 – 80,4
29	21	19 – 23	16	15 – 18	242	233 – 253	98	94 – 102	67,4	66,9 – 68,0	74,7	74,4 – 75,1
30	182	159 – 206	171	151 – 197	532	493 – 573	486	448 – 528	44,1	41,8 – 46,4	45,7	43,2 – 48,1
31	170	148 – 197	166	144 – 193	582	509 – 653	546	473 – 620	43,2	39,8 – 46,6	43,8	40,0 – 47,5
32	138	127 – 149	129	113 – 148	394	377 – 414	323	306 – 343	52,2	50,9 – 53,3	55,4	53,6 – 56,9
33	123	109 – 136	120	106 – 132	477	439 – 520	419	384 – 462	49,9	47,8 – 52,1	52,0	49,7 – 54,2
34	6	5 – 7	5	4 – 6	104	98 – 109	59	55 – 64	76,2	75,8 – 76,5	81,9	81,5 – 82,3
35	55	50 – 60	50	46 – 54	228	205 – 248	126	110 – 142	64,2	62,9 – 65,8	71,8	70,2 – 73,6
36	11	9 – 13	8	7 – 10	132	119 – 146	66	61 – 70	73,4	71,9 – 74,9	79,9	79,2 – 80,7
37	35	29 – 43	40	33 – 48	170	158 – 182	125	115 – 135	68,1	67,3 – 68,9	71,3	70,4 – 72,2
38	9	6 – 12	8	6 – 11	102	89 – 117	57	48 – 67	74,8	73,8 – 75,7	78,8	77,9 – 79,5
39	31	28 – 34	26	24 – 28	221	207 – 235	128	120 – 136	68,1	67,2 – 69,0	74,1	73,3 – 74,9
40	113	100 – 124	92	83 – 103	323	293 – 352	295	269 – 321	56,0	54,3 – 57,9	58,1	56,5 – 59,8
41	112	99 – 127	102	89 – 119	415	378 – 453	378	342 – 413	53,6	51,5 – 55,8	55,2	53,0 – 57,4
42	13	9 – 17	14	11 – 19	121	106 – 137	79	68 – 90	74,2	73,1 – 75,1	78,9	77,8 – 79,8
43	145	132 – 161	124	114 – 139	524	495 – 553	497	467 – 525	47,2	45,5 – 49,0	48,3	46,7 – 50,2
44	9	7 – 11	7	5 – 8	194	180 – 209	76	67 – 84	69,3	68,7 – 69,9	77,3	76,8 – 77,8
45	10	9 – 11	8	6 – 10	143	132 – 155	99	86 – 114	73,5	72,4 – 74,7	77,4	76,2 – 78,5
46	7	5 – 9	6	5 – 6	138	125 – 152	89	82 – 97	72,9	72,2 – 73,7	78,1	77,6 – 78,7
47	169	154 – 202	162	147 – 190	556	513 – 596	524	483 – 563	45,0	42,5 – 47,0	45,0	42,6 – 47,2
48	9	8 – 10	7	6 – 8	123	115 – 131	55	54 – 57	74,0	73,0 – 75,1	80,2	79,4 – 81,2
49	74	66 – 84	72	63 – 81	187	176 – 202	148	133 – 164	64,2	63,1 – 65,1	65,8	64,4 – 67,2
50	42	38 – 46	35	31 – 40	238	224 – 252	144	133 – 154	66,9	65,9 – 67,8	73,0	72,0 – 73,9
51	19	16 – 23	16	15 – 18	117	106 – 127	80	74 – 86	72,2	71,4 – 73,0	75,6	74,9 – 76,4
52	40	36 – 44	33	30 – 36	200	186 – 214	144	134 – 153	67,4	66,4 – 68,3	70,3	69,5 – 71,1
53	144	133 – 159	134	121 – 146	520	481 – 556	514	477 – 548	46,6	44,8 – 48,5	46,5	44,7 – 48,3
54	6	6 – 7	6	5 – 8	129	117 – 144	54	48 – 61	75,3	74,0 – 76,4	82,1	81,5 – 82,7
55	12	8 – 15	11	7 – 16	341	308 – 377	120	100 – 143	64,4	62,8 – 65,9	75,3	73,9 – 76,5

Tableau 2 de l'annexe Indicateurs de base pour l'ensemble des Etats Membres

Etats Membres	ESTIMATIONS RELATIVES A LA POPULATION								
	Population totale (000)	Taux d'accroissement annuel (%)	Rapport de dépendance économique (pour 100)		Pourcentage de la population âgée de 60 ans et plus		Taux de fécondité global		
			1990	1999	1990	1999	1990	1999	
									1999
56	Etats-Unis d'Amérique	276 218	0,9	52	52	16,6	16,4	2,0	2,0
57	Ethiopie	61 095	2,7	94	96	4,7	4,5	6,8	6,2
58	Ex-République yougoslave de Macédoine	2 011	0,6	51	49	11,5	14,4	2,2	2,1
59	Fédération de Russie	147 196	-0,1	49	45	16,0	18,3	1,8	1,4
60	Fidji	806	1,2	70	57	5,3	7,1	3,1	2,7
61	Finlande	5 165	0,4	49	49	18,5	19,7	1,7	1,7
62	France	58 886	0,4	52	53	19,1	20,5	1,8	1,7
63	Gabon	1 197	2,8	76	84	9,2	8,7	5,1	5,3
64	Gambie	1 268	3,6	82	77	4,8	5,1	5,9	5,1
65	Géorgie	5 006	-1,0	51	53	15,0	18,1	2,2	1,9
66	Ghana	19 678	3,0	93	87	4,6	4,9	6,0	5,0
67	Grèce	10 626	0,4	49	49	20,0	23,6	1,5	1,3
68	Grenade	93	0,3	63	58	9,1	9,7	4,1	3,6
69	Guatemala	11 090	2,7	97	90	5,1	5,3	5,6	4,8
70	Guinée	7 360	2,8	97	89	4,3	4,4	6,3	5,4
71	Guinée-Bissau	1 187	2,2	85	88	6,6	6,4	6,0	5,6
72	Guinée équatoriale	442	2,6	87	90	6,4	6,1	5,9	5,5
73	Guyana	855	0,8	60	53	5,9	6,2	2,6	2,3
74	Haïti	8 087	1,8	93	81	5,8	5,5	5,4	4,3
75	Honduras	6 316	2,9	93	83	4,5	5,1	5,1	4,1
76	Hongrie	10 076	-0,3	51	47	19,0	19,7	1,8	1,3
77	Iles Cook	19	0,6	70	66	5,6	6,6	4,0	3,4
78	Iles Marshall	62	3,4	76	72	4,6	5,1	6,1	5,4
79	Iles Salomon	430	3,3	94	86	4,3	4,7	5,7	4,7
80	Inde	998 056	1,8	69	63	6,9	7,5	3,8	3,0
81	Indonésie	209 255	1,5	65	55	6,3	7,3	3,1	2,5
82	Iran (République islamique d')	66 796	1,9	96	72	5,7	6,3	4,9	2,7
83	Iraq	22 450	2,4	89	81	4,5	4,8	5,9	5,1
84	Irlande	3 705	0,6	63	49	15,1	15,2	2,1	1,9
85	Islande	279	1,0	55	54	14,6	14,9	2,2	2,1
86	Israël	6 101	3,0	68	61	12,4	13,1	3,0	2,6
87	Italie	57 343	0,1	45	48	21,1	23,9	1,3	1,2
88	Jamahiriyah arabe libyenne	5 471	2,4	91	71	4,1	5,1	4,9	3,7
89	Jamaïque	2 560	0,9	74	63	10,0	9,3	2,8	2,4
90	Japon	126 505	0,3	44	46	17,4	22,6	1,6	1,4
91	Jordanie	6 482	3,8	100	82	4,8	4,5	5,8	4,7
92	Kazakhstan	16 269	-0,3	60	54	9,6	11,2	2,8	2,2
93	Kenya	29 549	2,6	109	87	4,5	4,4	6,1	4,2
94	Kirghizistan	4 669	0,7	74	71	8,3	8,9	3,8	3,1
95	Kiribati	82	1,4	76	72	4,6	5,1	4,9	4,2
96	Koweït	1 897	-1,3	61	58	2,1	3,4	3,6	2,8
97	Lesotho	2 108	2,3	83	79	6,2	6,4	5,1	4,7
98	Lettonie	2 389	-1,3	50	48	17,7	20,0	1,9	1,3
99	Liban	3 236	2,7	67	64	8,1	8,3	3,3	2,6
100	Libéria	2 930	1,4	98	87	4,7	4,5	6,8	6,2
101	Lituanie	3 682	-0,2	50	49	16,1	18,3	1,9	1,4
102	Luxembourg	426	1,3	44	48	18,9	19,4	1,6	1,7
103	Madagascar	15 497	3,2	82	90	5,1	4,4	6,2	5,3
104	Malaisie	21 830	2,3	67	63	5,8	6,5	3,8	3,1
105	Malawi	10 640	1,5	100	99	4,3	4,2	7,3	6,6
106	Maldives	278	2,9	99	89	5,4	5,4	6,4	5,2
107	Mali	10 960	2,4	101	101	4,8	5,5	7,1	6,4
108	Malte	386	1,0	51	47	14,7	16,3	2,0	1,9
109	Maroc	27 867	1,7	74	60	6,1	6,7	3,8	2,9
110	Maurice	1 150	0,9	54	47	8,3	8,9	2,2	1,9

	PROBABILITE DE DECES (pour 1000)								ESPERANCE DE VIE A LA NAISSANCE (années)			
	Avant l'âge de 5 ans				Entre 15 ans et 59 ans							
	Garçons		Filles		Hommes		Femmes		Hommes		Femmes	
	1999	Intervalles d'incertitude	1999	Intervalles d'incertitude	1999	Intervalles d'incertitude	1999	Intervalles d'incertitude	1999	Intervalles d'incertitude	1999	Intervalles d'incertitude
56	8	8 – 8	8	7 – 8	148	139 – 157	85	83 – 87	73,8	73,0 – 74,6	79,7	79,4 – 80,0
57	188	171 – 207	177	162 – 194	596	556 – 641	545	505 – 591	41,4	39,3 – 43,5	43,1	40,8 – 45,3
58	27	21 – 34	23	18 – 29	165	149 – 184	95	83 – 108	69,8	68,6 – 70,8	74,1	73,0 – 75,0
59	24	19 – 30	19	14 – 24	352	326 – 378	131	116 – 147	62,7	61,3 – 63,9	74,0	72,8 – 75,0
60	25	14 – 42	19	11 – 31	247	194 – 307	141	106 – 186	64,0	61,0 – 66,4	69,2	66,6 – 71,3
61	5	4 – 5	4	4 – 5	148	145 – 150	59	55 – 64	73,4	72,9 – 73,8	80,7	80,1 – 81,4
62	7	6 – 8	5	4 – 6	146	141 – 151	59	56 – 62	74,9	74,4 – 75,3	83,6	83,1 – 84,1
63	94	81 – 109	85	73 – 99	397	366 – 431	336	306 – 368	54,6	52,5 – 56,6	57,5	55,4 – 59,6
64	103	94 – 114	93	85 – 102	351	321 – 378	295	270 – 319	56,0	54,3 – 57,8	58,9	57,4 – 60,6
65	20	14 – 27	16	11 – 22	209	184 – 237	85	70 – 102	69,4	67,8 – 70,9	76,7	75,3 – 77,9
66	118	102 – 135	109	95 – 126	376	339 – 413	343	309 – 378	54,2	51,8 – 56,4	55,6	53,2 – 57,7
67	8	7 – 9	7	6 – 7	117	113 – 120	50	47 – 52	75,5	75,3 – 75,7	80,5	80,1 – 80,9
68	27	24 – 30	22	20 – 25	206	192 – 220	109	105 – 113	69,1	68,1 – 70,2	75,9	75,1 – 76,8
69	58	53 – 63	44	40 – 48	326	307 – 343	223	210 – 237	60,2	59,2 – 61,1	64,7	63,9 – 65,6
70	217	201 – 230	193	180 – 208	413	379 – 443	369	338 – 395	46,2	44,4 – 48,1	48,9	47,2 – 50,8
71	207	190 – 236	196	175 – 215	457	423 – 489	411	380 – 440	45,0	42,7 – 47,0	47,0	45,0 – 49,0
72	146	129 – 164	131	115 – 145	384	350 – 413	309	281 – 334	51,4	49,4 – 53,5	55,4	53,6 – 57,4
73	75	66 – 84	58	51 – 65	242	227 – 256	153	142 – 164	65,6	64,3 – 66,9	72,2	71,1 – 73,3
74	120	110 – 135	111	101 – 126	481	459 – 503	360	341 – 382	50,6	49,1 – 51,7	55,1	53,4 – 56,3
75	42	38 – 46	37	33 – 42	219	205 – 233	168	157 – 180	68,2	67,2 – 69,2	70,8	69,8 – 71,8
76	12	9 – 15	10	9 – 12	292	263 – 325	127	123 – 131	66,3	64,9 – 67,6	75,1	74,5 – 75,7
77	29	27 – 32	24	23 – 26	154	142 – 166	101	94 – 107	69,2	68,3 – 70,2	73,3	72,4 – 74,2
78	60	56 – 66	51	48 – 55	227	209 – 245	175	163 – 186	64,0	63,2 – 64,9	67,1	66,4 – 67,9
79	49	45 – 53	47	43 – 50	274	256 – 292	227	215 – 239	62,0	61,4 – 62,7	64,0	63,5 – 64,5
80	97	84 – 110	104	91 – 118	275	261 – 289	217	205 – 229	59,6	58,4 – 60,6	61,2	59,9 – 62,3
81	63	53 – 70	53	49 – 58	240	224 – 257	197	183 – 210	66,6	65,3 – 67,9	69,0	67,9 – 70,1
82	48	41 – 55	42	36 – 48	160	143 – 178	129	120 – 139	66,8	65,5 – 68,0	67,9	67,1 – 68,6
83	67	60 – 79	54	50 – 61	243	220 – 259	208	190 – 220	61,6	60,4 – 62,8	62,8	62,1 – 63,7
84	7	5 – 9	6	4 – 8	116	101 – 133	67	56 – 78	73,3	72,4 – 74,2	78,3	77,4 – 79,0
85	5	4 – 7	3	2 – 4	81	71 – 91	54	45 – 61	76,1	74,8 – 77,4	80,4	78,9 – 81,9
86	8	7 – 8	7	7 – 8	101	97 – 105	59	52 – 67	76,2	75,6 – 76,8	79,9	79,5 – 80,4
87	6	6 – 7	5	5 – 6	109	102 – 116	51	46 – 55	75,4	75,1 – 75,6	82,1	81,9 – 82,3
88	39	32 – 49	35	27 – 43	192	169 – 215	141	121 – 161	65,0	63,7 – 66,3	67,0	65,7 – 68,4
89	29	25 – 32	25	21 – 30	135	123 – 146	99	90 – 110	75,2	74,2 – 76,4	77,4	76,4 – 78,4
90	5	5 – 6	5	4 – 5	95	92 – 99	48	46 – 49	77,6	77,3 – 77,8	84,3	83,9 – 84,7
91	29	24 – 36	25	21 – 30	172	160 – 191	132	125 – 148	66,3	65,1 – 66,9	67,5	66,5 – 68,0
92	48	39 – 58	36	29 – 44	407	389 – 424	177	161 – 193	58,8	57,6 – 59,9	69,9	68,7 – 71,0
93	100	89 – 112	99	87 – 110	591	545 – 634	546	500 – 592	47,3	45,1 – 49,5	48,1	45,6 – 50,5
94	73	61 – 87	68	56 – 81	293	271 – 316	152	139 – 168	61,6	60,0 – 63,0	69,0	67,4 – 70,4
95	62	57 – 67	58	54 – 62	276	257 – 295	196	184 – 208	61,4	60,7 – 62,1	65,5	64,8 – 66,2
96	19	15 – 23	17	14 – 21	119	106 – 134	83	74 – 94	71,9	70,9 – 72,8	75,2	74,2 – 76,1
97	147	130 – 164	134	119 – 151	604	549 – 653	565	510 – 615	44,1	41,6 – 46,7	45,1	42,4 – 47,9
98	21	14 – 32	16	11 – 22	349	307 – 393	131	111 – 155	63,6	61,3 – 65,5	74,6	73,0 – 75,9
99	31	24 – 37	25	19 – 32	172	150 – 195	136	116 – 160	66,2	65,0 – 67,5	67,3	65,8 – 68,5
100	214	195 – 240	196	176 – 218	513	480 – 544	461	433 – 491	42,5	40,4 – 44,5	44,9	42,9 – 46,8
101	16	12 – 21	9	7 – 12	284	254 – 317	95	83 – 109	67,0	65,2 – 68,6	77,9	76,9 – 78,8
102	6	5 – 9	6	4 – 9	139	126 – 151	69	66 – 72	74,5	73,7 – 75,4	81,4	80,4 – 82,5
103	179	163 – 198	157	141 – 172	486	457 – 515	440	410 – 467	45,0	43,2 – 46,7	47,7	45,9 – 49,4
104	15	13 – 17	13	11 – 15	172	159 – 188	125	115 – 137	67,6	66,8 – 68,3	69,9	69,2 – 70,5
105	222	207 – 248	215	196 – 233	664	631 – 689	618	587 – 643	37,3	35,4 – 39,0	38,4	36,7 – 40,1
106	90	81 – 102	86	76 – 98	214	198 – 228	208	194 – 223	63,3	62,1 – 64,5	62,6	61,3 – 63,8
107	240	222 – 260	229	214 – 249	500	468 – 529	432	401 – 459	41,3	39,5 – 43,2	44,0	42,2 – 45,8
108	9	7 – 13	6	4 – 8	94	81 – 108	45	38 – 54	75,7	74,7 – 76,5	80,8	80,0 – 81,5
109	69	63 – 76	61	54 – 67	177	161 – 197	139	127 – 153	65,0	63,7 – 66,2	66,8	65,6 – 67,9
110	26	17 – 39	15	10 – 21	247	211 – 284	116	99 – 134	66,7	64,7 – 68,6	74,1	72,8 – 75,1

Tableau 2 de l'annexe Indicateurs de base pour l'ensemble des Etats Membres

Etats Membres	ESTIMATIONS RELATIVES A LA POPULATION								
	Population totale (000)	Taux d'accroissement annuel (%)	Rapport de dépendance économique (pour 100)		Pourcentage de la population âgée de 60 ans et plus		Taux de fécondité global		
			1990	1999	1990	1999	1990	1999	
111	Mauritanie	2 598	2,8	93	88	4,9	4,9	6,0	5,4
112	Mexique	97 365	1,8	74	62	5,9	6,8	3,4	2,7
113	Micronésie (Etats fédérés de)	116	2,1	76	72	4,6	5,1	5,1	4,6
114	Monaco	33	1,2	48	49	19,7	21,3	1,7	1,7
115	Mongolie	2 621	1,9	84	65	5,8	5,8	4,1	2,5
116	Mozambique	19 286	3,5	91	93	5,2	5,1	6,5	6,1
117	Myanmar	45 059	1,2	66	50	6,4	7,4	3,2	2,3
118	Namibie	1 695	2,6	87	83	5,7	5,9	5,4	4,8
119	Nauru	11	1,9	76	72	4,6	5,1	4,6	4,0
120	Népal	23 385	2,5	87	82	5,7	5,5	5,3	4,3
121	Nicaragua	4 938	2,9	96	86	4,4	4,6	5,0	4,3
122	Niger	10 400	3,3	101	103	4,0	4,0	7,6	6,7
123	Nigéria	108 945	2,5	93	87	4,5	4,9	6,0	5,0
124	Nioué	2	-2,0	70	66	5,6	6,6	3,2	2,7
125	Norvège	4 442	0,5	54	54	21,0	19,7	1,8	1,9
126	Nouvelle-Zélande	3 828	1,5	53	53	15,3	15,5	2,1	2,0
127	Oman	2 460	3,6	95	89	3,8	4,1	7,0	5,7
128	Ouganda	21 143	2,8	104	109	4,0	3,2	7,1	7,0
129	Ouzbékistan	23 942	1,7	82	74	6,5	6,9	4,1	3,3
130	Pakistan	152 331	2,8	85	83	4,7	4,9	5,8	4,9
131	Palaos	19	2,5	76	72	4,6	5,1	2,9	2,5
132	Panama	2 812	1,8	67	59	7,3	8,0	3,0	2,6
133	Papouasie-Nouvelle-Guinée	4 702	2,3	75	72	4,7	5,0	5,1	4,5
134	Paraguay	5 358	2,7	84	77	5,4	5,3	4,7	4,1
135	Pays-Bas	15 735	0,6	45	47	17,3	18,3	1,6	1,5
136	Pérou	25 230	1,8	73	63	6,1	7,1	3,7	2,9
137	Philippines	74 454	2,3	78	68	5,3	5,6	4,1	3,5
138	Pologne	38 740	0,2	54	47	14,9	16,3	2,0	1,5
139	Portugal	9 873	0,0	51	47	19,0	20,8	1,6	1,4
140	Qatar	589	2,2	40	40	2,0	4,4	4,4	3,6
141	République arabe syrienne	15 725	2,7	102	81	4,4	4,7	5,7	3,9
142	République centrafricaine	3 550	2,1	90	87	6,2	5,9	5,5	4,8
143	République de Corée	46 480	0,9	45	39	7,7	10,2	1,7	1,7
144	République démocratique du Congo	50 335	3,4	100	104	4,6	4,4	6,7	6,3
145	République démocratique populaire lao	5 297	2,7	87	90	5,0	5,2	6,5	5,6
146	République de Moldova	4 380	0,0	57	51	12,8	14,1	2,4	1,7
147	République dominicaine	8 364	1,8	68	61	5,6	6,6	3,3	2,7
148	République populaire démocratique de Corée	23 702	1,6	45	49	6,7	7,9	2,2	2,0
149	République tchèque	10 262	0,0	51	44	17,7	18,0	1,8	1,2
150	République-Unie de Tanzanie	32 793	2,8	96	93	4,1	4,1	6,1	5,3
151	Roumanie	22 402	-0,4	51	46	15,7	18,6	1,9	1,2
152	Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord	58 744	0,2	54	54	20,9	20,9	1,8	1,7
153	Rwanda	7 235	0,4	100	92	4,1	3,9	6,8	6,0
154	Sainte-Lucie	152	1,4	63	58	9,1	9,7	2,6	2,3
155	Saint-Kitts-et-Nevis	39	-0,9	63	58	9,1	9,7	2,8	2,4
156	Saint-Marin	26	1,4	48	47	19,0	21,7	1,8	1,5
157	Saint-Vincent-et-Grenadines	113	0,8	63	58	9,1	9,7	2,3	1,9
158	Samoa	177	1,1	80	75	5,2	6,2	4,7	4,4
159	Sao Tomé-et-Principe	144	2,2	105	105	6,7	6,7	6,7	6,1
160	Sénégal	9 240	2,6	94	90	4,7	4,2	6,3	5,4
161	Seychelles	77	1,1	61	61	9,5	9,5	2,3	2,0
162	Sierra Leone	4 717	1,9	88	89	5,1	4,8	6,5	5,9
163	Singapour	3 522	1,7	37	41	8,4	10,3	1,7	1,7
164	Slovaquie	5 382	0,3	55	46	14,8	15,3	2,0	1,4
165	Slovénie	1 989	0,4	45	43	17,1	18,8	1,5	1,3

	PROBABILITE DE DECES (pour 1000)								ESPERANCE DE VIE A LA NAISSANCE (années)			
	Avant l'âge de 5 ans				Entre 15 ans et 59 ans							
	Garçons		Filles		Hommes		Femmes		Hommes		Femmes	
	1999	Intervalles d'incertitude	1999	Intervalles d'incertitude	1999	Intervalles d'incertitude	1999	Intervalles d'incertitude	1999	Intervalles d'incertitude	1999	Intervalles d'incertitude
111	189	174 – 204	168	157 – 180	367	335 – 396	312	284 – 336	49,5	47,8 – 51,6	53,0	51,3 – 54,8
112	26	19 – 36	23	18 – 28	194	176 – 214	109	102 – 116	71,0	69,7 – 72,2	77,1	76,4 – 77,9
113	44	40 – 48	31	29 – 34	194	179 – 209	137	128 – 145	66,4	65,6 – 67,4	70,1	69,3 – 70,9
114	9	5 – 15	7	4 – 10	146	118 – 178	59	46 – 73	74,7	72,8 – 76,4	83,6	82,2 – 84,7
115	123	103 – 144	104	88 – 123	263	245 – 278	181	169 – 193	58,9	57,2 – 60,7	64,8	63,2 – 66,3
116	196	170 – 225	189	164 – 218	580	523 – 633	514	454 – 571	41,8	39,1 – 44,7	44,0	41,1 – 47,4
117	142	131 – 157	126	112 – 142	253	235 – 268	231	221 – 243	58,4	57,0 – 59,8	59,2	57,8 – 60,3
118	113	101 – 126	112	100 – 124	682	614 – 741	649	578 – 711	43,3	40,3 – 46,3	43,0	39,7 – 46,5
119	19	18 – 21	15	14 – 17	511	493 – 528	260	250 – 270	56,4	56,2 – 56,6	63,3	62,9 – 63,6
120	119	105 – 134	107	95 – 119	297	276 – 317	274	256 – 291	57,3	55,8 – 58,8	57,8	56,5 – 59,3
121	50	46 – 54	44	40 – 48	239	224 – 254	163	152 – 173	64,8	63,8 – 65,7	68,8	67,9 – 69,7
122	331	310 – 355	339	318 – 363	470	436 – 502	362	329 – 393	37,2	35,3 – 39,1	40,6	38,6 – 42,7
123	173	152 – 199	170	148 – 196	473	435 – 513	429	393 – 468	46,8	44,4 – 49,1	48,2	45,6 – 50,6
124	33	19 – 57	30	17 – 53	185	144 – 234	149	113 – 193	68,3	64,8 – 71,1	70,9	67,4 – 73,5
125	6	5 – 7	5	4 – 6	109	99 – 115	60	57 – 64	75,1	74,8 – 75,4	82,1	81,6 – 82,6
126	9	8 – 10	7	6 – 8	125	116 – 133	74	70 – 79	73,9	73,5 – 74,4	79,3	78,8 – 79,9
127	18	16 – 20	18	16 – 19	135	122 – 150	94	90 – 100	70,4	69,4 – 71,5	73,8	73,2 – 74,2
128	165	151 – 180	153	142 – 167	622	590 – 649	592	559 – 618	41,9	40,4 – 43,5	42,4	40,9 – 44,2
129	48	38 – 60	38	30 – 49	227	206 – 247	137	121 – 155	65,8	64,2 – 67,1	71,2	69,8 – 72,5
130	100	90 – 109	98	92 – 111	194	173 – 216	147	131 – 161	62,6	61,1 – 64,2	64,9	62,1 – 66,1
131	23	21 – 25	16	15 – 17	236	222 – 251	132	125 – 139	64,5	63,9 – 65,1	69,7	69,1 – 70,3
132	35	30 – 40	32	28 – 36	163	152 – 175	116	107 – 125	72,6	71,6 – 73,6	75,8	74,9 – 76,8
133	129	114 – 139	106	92 – 123	377	358 – 395	325	306 – 345	53,4	52,2 – 54,7	56,6	54,9 – 58,0
134	37	33 – 42	33	28 – 37	200	191 – 209	132	122 – 142	69,6	68,9 – 70,3	74,1	73,1 – 75,0
135	7	7 – 7	6	5 – 6	103	97 – 109	66	62 – 70	75,0	74,9 – 75,2	81,1	80,5 – 81,7
136	52	48 – 56	45	42 – 48	224	210 – 239	159	149 – 168	65,6	64,6 – 66,6	69,1	68,3 – 69,9
137	48	44 – 52	41	36 – 46	232	218 – 246	147	137 – 158	64,1	63,3 – 64,9	69,3	68,5 – 70,2
138	13	13 – 14	11	10 – 11	242	219 – 268	88	83 – 92	67,9	66,5 – 69,1	76,6	76,0 – 77,2
139	9	7 – 10	7	5 – 8	162	152 – 171	64	60 – 68	72,0	71,3 – 72,7	79,5	79,1 – 79,9
140	19	16 – 22	19	17 – 21	122	110 – 128	89	85 – 96	71,6	71,1 – 72,7	74,6	74,0 – 75,2
141	44	35 – 55	40	32 – 49	198	176 – 222	140	121 – 160	64,6	63,1 – 65,9	67,1	65,6 – 68,5
142	153	138 – 166	143	129 – 155	608	572 – 645	555	520 – 593	43,3	41,4 – 45,2	44,9	42,8 – 46,9
143	12	8 – 16	10	8 – 13	215	181 – 253	92	76 – 111	69,2	67,4 – 70,7	76,3	75,1 – 77,4
144	170	155 – 185	153	141 – 167	515	483 – 543	482	449 – 509	45,1	43,5 – 46,7	46,5	45,0 – 48,3
145	143	127 – 163	126	112 – 145	341	321 – 361	302	284 – 323	54,0	52,2 – 55,6	56,6	54,7 – 58,1
146	20	16 – 25	17	13 – 21	293	274 – 313	146	132 – 162	64,8	63,8 – 65,7	71,9	71,0 – 72,7
147	52	48 – 58	46	42 – 51	177	164 – 189	147	141 – 150	71,4	70,2 – 72,6	72,8	72,5 – 73,3
148	100	91 – 109	99	91 – 109	305	291 – 319	229	214 – 244	58,0	57,0 – 58,9	60,6	59,5 – 61,8
149	6	5 – 8	5	4 – 6	173	160 – 188	73	65 – 82	71,3	70,7 – 71,9	78,2	77,6 – 78,7
150	157	143 – 170	148	134 – 161	568	542 – 597	525	500 – 553	44,4	42,9 – 46,0	45,6	44,0 – 47,2
151	29	27 – 32	22	20 – 24	285	248 – 325	119	114 – 125	65,1	64,5 – 65,7	73,5	72,9 – 74,0
152	7	7 – 7	6	5 – 6	111	108 – 113	67	66 – 69	74,7	74,4 – 75,0	79,7	79,4 – 80,0
153	189	172 – 206	163	149 – 178	602	526 – 662	581	506 – 642	41,2	38,6 – 44,5	42,3	39,4 – 45,7
154	27	24 – 31	19	16 – 21	209	195 – 223	114	111 – 117	68,9	67,9 – 70,0	74,9	74,2 – 75,6
155	34	30 – 38	28	24 – 32	272	255 – 288	160	155 – 164	65,0	64,2 – 65,9	71,2	70,7 – 71,8
156	7	4 – 12	6	4 – 9	109	86 – 136	51	40 – 64	75,3	73,6 – 76,8	82,0	80,8 – 83,1
157	28	25 – 31	26	22 – 29	170	158 – 183	118	114 – 122	71,9	70,7 – 73,2	75,2	74,4 – 76,0
158	28	25 – 30	25	23 – 27	217	203 – 231	126	119 – 134	65,4	64,7 – 66,1	70,7	70,0 – 71,5
159	82	79 – 85	51	49 – 52	241	208 – 277	212	186 – 240	62,1	59,9 – 64,5	64,9	63,1 – 66,7
160	134	121 – 149	126	114 – 140	362	334 – 390	308	283 – 334	53,5	51,6 – 55,5	56,2	54,3 – 58,1
161	21	21 – 22	12	12 – 12	234	205 – 266	131	114 – 149	64,9	63,3 – 66,4	70,5	69,2 – 71,8
162	326	298 – 367	298	271 – 336	599	569 – 627	557	527 – 584	33,2	30,7 – 35,2	35,4	33,0 – 37,5
163	4	3 – 6	3	2 – 4	126	110 – 144	67	58 – 77	75,1	74,0 – 76,0	80,8	79,9 – 81,5
164	12	10 – 14	10	8 – 12	216	202 – 231	84	78 – 94	68,9	68,2 – 69,5	76,7	76,0 – 77,2
165	6	4 – 7	4	3 – 5	171	157 – 185	66	59 – 74	71,6	71,0 – 72,2	79,5	78,9 – 80,0

Tableau 2 de l'annexe Indicateurs de base pour l'ensemble des Etats Membres

Etats Membres	ESTIMATIONS RELATIVES A LA POPULATION								
	Population totale (000)	Taux d'accroissement annuel (%)	Rapport de dépendance économique (pour 100)		Pourcentage de la population âgée de 60 ans et plus		Taux de fécondité global		
			1990	1999	1990	1999	1990	1999	
			1999	1990-1999	1990	1999	1990	1999	1990	1999
166	Somalie	9 672	2,5	102	101	4,3	3,9	7,3	7,2
167	Soudan	28 883	2,0	85	76	4,5	5,1	5,2	4,5
168	Sri Lanka	18 639	1,0	61	50	8,0	9,5	2,4	2,1
169	Suède	8 892	0,4	56	56	22,8	22,3	2,0	1,6
170	Suisse	7 344	0,8	45	47	19,1	19,3	1,5	1,5
171	Suriname	415	0,4	68	58	6,8	8,0	2,7	2,2
172	Swaziland	980	3,0	95	85	4,3	4,4	5,4	4,6
173	Tadjikistan	6 104	1,6	89	83	6,2	6,7	4,9	4,0
174	Tchad	7 458	2,9	96	96	5,6	5,3	6,6	5,9
175	Thaïlande	60 856	1,0	57	46	6,7	8,5	2,3	1,7
176	Togo	4 512	2,8	95	96	5,1	4,8	6,6	5,9
177	Tonga	98	0,3	70	66	5,6	6,6	4,7	4,0
178	Trinité-et-Tobago	1 289	0,7	66	48	8,7	9,4	2,4	1,6
179	Tunisie	9 460	1,7	72	58	6,6	8,4	3,6	2,5
180	Turkménistan	4 384	2,0	79	74	6,2	6,5	4,3	3,5
181	Turquie	65 546	1,7	65	52	7,1	8,4	3,2	2,4
182	Tuvalu	11	2,8	70	66	5,6	6,6	3,4	2,9
183	Ukraine	50 658	-0,3	51	48	18,5	20,7	1,8	1,4
184	Uruguay	3 313	0,7	60	60	16,4	17,1	2,5	2,4
185	Vanuatu	186	2,5	91	83	5,4	4,9	4,9	4,2
186	Venezuela (République bolivarienne du)	23 706	2,2	72	64	5,7	6,5	3,5	2,9
187	Viet Nam	78 705	1,9	77	65	7,2	7,5	3,8	2,5
188	Yémen	17 488	4,7	106	102	4,1	3,8	7,6	7,4
189	Yougoslavie	10 637	0,5	49	50	15,2	18,4	2,1	1,8
190	Zambie	8 976	2,4	107	99	3,9	3,4	6,2	5,4
191	Zimbabwe	11 529	1,7	89	80	4,3	4,2	5,0	3,7

	PROBABILITE DE DECES (pour 1000)								ESPERANCE DE VIE A LA NAISSANCE (années)			
	Avant l'âge de 5 ans				Entre 15 ans et 59 ans				Hommes		Femmes	
	Garçons		Filles		Hommes		Femmes					
	1999	Intervalles d'incertitude	1999	Intervalles d'incertitude	1999	Intervalles d'incertitude	1999	Intervalles d'incertitude	1999	Intervalles d'incertitude	1999	Intervalles d'incertitude
166	206	174 – 245	196	173 – 235	522	482 – 556	487	451 – 522	44,0	41,4 – 46,5	44,7	41,8 – 46,9
167	117	97 – 147	103	86 – 127	396	364 – 427	350	319 – 380	53,1	50,7 – 55,1	54,7	52,4 – 56,6
168	25	21 – 29	19	16 – 22	269	254 – 280	141	131 – 152	65,8	65,2 – 66,7	73,4	72,5 – 74,2
169	5	3 – 6	4	4 – 5	89	79 – 99	60	56 – 63	77,1	76,6 – 77,7	81,9	81,3 – 82,4
170	6	4 – 9	6	4 – 8	111	96 – 126	58	49 – 69	75,6	74,6 – 76,6	83,0	82,0 – 83,9
171	34	30 – 39	27	23 – 32	220	206 – 235	134	123 – 145	68,1	67,1 – 69,2	73,6	72,6 – 74,5
172	107	94 – 119	97	85 – 110	612	556 – 660	568	510 – 618	45,8	43,4 – 48,5	46,8	44,0 – 49,8
173	69	61 – 79	59	51 – 69	234	218 – 251	149	137 – 162	65,1	63,8 – 66,4	70,1	68,7 – 71,3
174	184	159 – 213	165	143 – 192	439	406 – 472	386	356 – 416	47,3	44,8 – 49,6	50,1	47,6 – 52,4
175	40	35 – 45	27	24 – 30	261	244 – 277	181	171 – 189	66,0	64,9 – 67,0	70,4	69,8 – 71,1
176	142	124 – 161	122	108 – 138	480	436 – 517	441	399 – 478	48,9	46,7 – 51,3	50,8	48,6 – 53,3
177	29	26 – 31	23	21 – 25	167	155 – 180	103	97 – 110	68,3	67,4 – 69,2	72,8	72,0 – 73,7
178	10	7 – 13	7	5 – 10	217	196 – 240	140	123 – 159	68,7	67,6 – 69,6	73,4	72,4 – 74,3
179	36	31 – 41	31	26 – 35	158	146 – 169	128	114 – 141	67,0	66,3 – 67,8	67,9	67,0 – 69,0
180	83	62 – 108	77	58 – 102	293	257 – 330	173	148 – 201	61,0	58,3 – 63,3	65,3	62,7 – 67,6
181	45	42 – 50	42	39 – 46	180	168 – 191	157	148 – 167	69,7	68,8 – 70,6	69,9	69,1 – 70,8
182	45	41 – 49	32	30 – 34	238	221 – 254	204	194 – 214	63,9	63,2 – 64,7	65,5	65,0 – 66,1
183	16	14 – 20	12	10 – 15	326	311 – 341	121	110 – 132	64,4	63,6 – 65,1	74,4	73,7 – 75,0
184	20	18 – 23	16	13 – 19	184	171 – 194	88	80 – 95	70,5	69,8 – 71,4	77,8	77,2 – 78,6
185	64	59 – 70	57	53 – 61	333	313 – 353	239	226 – 252	58,7	58,2 – 59,3	63,0	62,5 – 63,6
186	22	21 – 24	23	19 – 26	163	151 – 176	94	84 – 105	70,9	70,0 – 71,9	76,2	74,9 – 77,3
187	39	36 – 44	31	28 – 35	225	211 – 239	153	142 – 163	64,7	63,9 – 65,5	68,8	68,1 – 69,6
188	113	101 – 137	108	92 – 127	288	259 – 314	257	234 – 281	57,3	55,0 – 58,9	58,0	56,1 – 59,7
189	29	25 – 32	22	20 – 26	153	143 – 165	90	83 – 99	71,8	70,9 – 72,6	76,4	75,4 – 77,1
190	174	160 – 190	163	149 – 178	729	690 – 765	682	640 – 721	38,0	36,0 – 39,9	39,0	36,7 – 41,2
191	122	108 – 134	113	101 – 125	730	683 – 773	710	663 – 754	40,9	38,6 – 43,2	40,0	37,5 – 42,5

Tableau 3 de l'annexe Décès par cause, sexe et strate de mortalité dans les Régions OMS^a, estimations pour 1999

Causes ^b	SEXE						AFRIQUE		AMERIQUES		
	Deux sexes		Hommes		Femmes		Strates de mortalité		Strates de mortalité		
							Fortes chez l'enfant, fortes chez l'adulte	Fortes chez l'enfant, très fortes chez l'adulte	Très faibles chez l'enfant, très faibles chez l'adulte	Faibles chez l'enfant, faibles chez l'adulte	Fortes chez l'enfant, fortes chez l'adulte
Population (000)	5 961 628		3 002 288		2 959 340		286 350	330 085	318 235	424 932	69 898
	(000)	% du total	(000)	% du total	(000)	% du total	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)
Total des décès	55 965	100	29 158	100	26 807	100	4 381	6 055	2 641	2 490	556
I. Affections transmissibles, périnatales, maternelles et nutritionnelles	17 380	31,1	8 734	30,0	8 645	32,2	2 931	4 429	185	519	175
Maladies infectieuses et parasitaires	9 986	17,8	5 178	17,8	4 809	17,9	1 933	3 290	60	195	81
Tuberculose	1 669	3,0	1 003	3,4	666	2,5	128	229	2	36	21
MST, hormis VIH	178	0,3	83	0,3	95	0,4	38	36	0	3	0
Syphilis	153	0,3	83	0,3	69	0,3	33	31	0	3	0
Chlamydie	16	0,0	0	0,0	16	0,1	3	3	0	0	0
Gonococcie	9	0,0	0	0,0	9	0,0	2	2	0	0	0
VIH/SIDA	2 673	4,8	1 302	4,5	1 371	5,1	458	1 696	19	45	17
Maladies diarrhéiques	2 213	4,0	1 119	3,8	1 094	4,1	371	394	2	49	23
Maladies de l'enfance	1 554	2,8	798	2,7	755	2,8	373	367	0	20	1
Coqueluche	295	0,5	157	0,5	138	0,5	67	66	0	14	0
Poliomyélite	2	0,0	1	0,0	1	0,0	0	0	0	0	0
Diphthérie	4	0,0	2	0,0	2	0,0	0	0	0	0	0
Rougeole	875	1,6	451	1,5	424	1,6	258	256	0	1	0
Tétanos	377	0,7	188	0,6	189	0,7	47	44	0	5	0
Méningite	171	0,3	90	0,3	81	0,3	19	22	1	11	2
Hépatite	124	0,2	74	0,3	50	0,2	17	20	5	5	2
Paludisme	1 086	1,9	553	1,9	532	2,0	481	472	0	2	0
Maladies tropicales	171	0,3	94	0,3	77	0,3	43	51	0	23	0
Trypanosomiase	66	0,1	37	0,1	30	0,1	29	35	0	0	0
Maladie de Chagas	21	0,0	11	0,0	10	0,0	0	0	0	21	0
Schistosomiase	14	0,0	8	0,0	6	0,0	3	3	0	2	0
Leishmaniose	57	0,1	32	0,1	25	0,1	6	8	0	0	0
Filariose lymphatique	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0	0	0	0
Onchocercose	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0	0	0	0
Lèpre	3	0,0	2	0,0	1	0,0	0	0	0	1	0
Dengue	13	0,0	6	0,0	7	0,0	0	0	0	0	0
Encéphalite japonaise	6	0,0	3	0,0	3	0,0	0	0	0	0	0
Trachome	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0	0	0	0
Infections à nématodes intestinaux	16	0,0	8	0,0	7	0,0	2	3	0	2	2
Ascaridose	3	0,0	2	0,0	2	0,0	1	1	0	0	0
Trichocéphalose	2	0,0	1	0,0	1	0,0	0	1	0	0	0
Ankylostomiase	7	0,0	4	0,0	3	0,0	1	1	0	1	0
Infections des voies respiratoires	4 039	7,2	2 046	7,0	1 993	7,4	492	594	101	159	39
Infections des voies respiratoires inférieures	3 963	7,1	2 013	6,9	1 950	7,3	486	587	101	157	37
Infections aiguës des voies respiratoires supérieures	47	0,1	23	0,1	24	0,1	3	3	0	2	2
Otite moyenne	20	0,0	9	0,0	11	0,0	3	4	0	0	0
Affections maternelles	497	0,9	0	0,0	497	1,9	102	153	0	12	6
Affections périnatales	2 356	4,2	1 273	4,4	1 084	4,0	319	296	15	103	35
Carences nutritionnelles	493	0,9	236	0,8	257	1,0	85	95	9	50	13
Malnutrition protéino-énergétique	272	0,5	133	0,5	139	0,5	52	58	4	34	9
Carence en iode	9	0,0	6	0,0	4	0,0	1	1	0	0	0
Avitaminose A	61	0,1	30	0,1	31	0,1	17	20	0	0	0
Anémie	133	0,2	60	0,2	73	0,3	14	16	5	16	4

Causes ^b	MEDITERRANEE ORIENTALE		EUROPE			ASIE DU SUD-EST		PACIFIQUE OCCIDENTAL	
	Strates de mortalité		Strates de mortalité			Strates de mortalité		Strates de mortalité	
	Faible chez l'enfant, faible chez l'adulte	Forte chez l'enfant, forte chez l'adulte	Très faible chez l'enfant, très faible chez l'adulte	Faible chez l'enfant, faible chez l'adulte	Faible chez l'enfant, forte chez l'adulte	Faible chez l'enfant, faible chez l'adulte	Forte chez l'enfant, forte chez l'adulte	Frès faible chez l'enfant, très faible chez l'adulte	Faible chez l'enfant, faible chez l'adulte
<i>Population (000)</i>	<i>136 798</i>	<i>348 468</i>	<i>410 233</i>	<i>215 276</i>	<i>246 336</i>	<i>288 750</i>	<i>1 219 492</i>	<i>152 882</i>	<i>1 513 894</i>
	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)
Total des décès	900	3 318	4 084	1 817	3 156	1 944	12 326	1 115	11 182
I. Affections transmissibles, périnatales, maternelles et nutritionnelles	132	1 364	240	184	107	574	5 025	120	1 396
Maladies infectieuses et parasitaires	60	697	53	72	52	266	2 651	19	558
Tuberculose	13	99	6	19	35	152	571	4	355
MST, hormis VIH	0	19	0	0	0	1	80	0	2
Syphilis	0	18	0	0	0	0	65	0	2
Chlamydie	0	0	0	0	0	0	10	0	0
Gonococcie	0	0	0	0	0	0	5	0	0
VIH/SIDA	0	29	7	4	4	36	324	1	33
Maladies diarrhéiques	28	272	2	25	3	27	951	1	66
Maladies de l'enfance	12	179	0	11	2	26	516	2	45
Coqueluche	2	35	0	4	1	2	93	2	10
Poliomyélite	0	0	0	0	0	0	1	0	0
Diptérie	0	0	0	0	0	0	3	0	0
Rougeole	8	89	0	4	0	18	223	0	17
Tétanos	1	54	0	3	1	6	196	0	18
Méningite	3	22	2	4	3	10	59	0	13
Hépatite	0	4	4	1	0	4	31	5	26
Paludisme	0	44	0	0	0	10	59	0	16
Maladies tropicales	1	8	0	1	0	1	40	0	2
Trypanosomiase	0	2	0	0	0	0	0	0	0
Maladie de Chagas	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Schistosomiase	1	1	0	1	0	1	0	0	2
Leishmaniose	0	3	0	0	0	0	40	0	0
Filariose lymphatique	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Onchocercose	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Lèpre	0	0	0	0	0	0	2	0	0
Dengue	0	0	0	0	0	0	12	0	0
Encéphalite japonaise	0	0	0	0	0	0	1	0	4
Trachome	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Infections à nématodes intestinaux	0	1	0	0	0	1	5	0	1
Ascarirose	0	0	0	0	0	0	1	0	0
Trichocéphalose	0	0	0	0	0	0	1	0	0
Ankylostomiase	0	0	0	0	0	0	3	0	0
Infections des voies respiratoires	37	306	166	73	36	108	1 415	96	418
Infections des voies respiratoires inférieures	37	301	164	60	33	106	1 382	95	417
Infections aiguës des voies respiratoires supérieures	0	3	2	13	3	1	14	1	0
Otite moyenne	0	2	0	0	0	1	10	0	0
Affections maternelles	3	36	1	2	1	14	144	0	21
Affections périnatales	26	287	11	34	17	180	671	2	361
Carences nutritionnelles	6	38	9	4	1	16	143	1	21
Malnutrition protéino-énergétique	3	23	3	1	0	7	73	1	4
Carence en iode	0	1	0	0	0	0	6	0	0
Avitaminose A	0	5	0	0	0	0	19	0	0
Anémie	1	7	6	2	1	7	47	0	3

Tableau 3 de l'annexe Décès par cause, sexe et strate de mortalité dans les Régions OMS^a, estimations pour 1999

Causes ^b	SEXE						AFRIQUE		AMERIQUES		
	Deux sexes		Hommes		Femmes		Strates de mortalité		Strates de mortalité		
							Forte chez l'enfant, forte chez l'adulte	Forte chez l'enfant, très forte chez l'adulte	Très faible chez l'enfant, très faible chez l'adulte	Faible chez l'enfant, faible chez l'adulte	Forte chez l'enfant, forte chez l'adulte
Population (000)	5 961 628		3 002 288		2 959 340		286 350	330 085	318 235	424 932	69 898
	(000)	% du total	(000)	% du total	(000)	% du total	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)
II. Affections non transmissibles	33 484	59,8	17 039	58,4	16 445	61,3	1 074	1 226	2 283	1 648	324
Tumeurs malignes	7 065	12,6	3 915	13,4	3 150	11,7	234	289	632	335	65
Bouche et oropharynx	282	0,5	185	0,6	97	0,4	5	6	11	10	1
Oesophage	381	0,7	250	0,9	131	0,5	19	25	16	13	1
Estomac	801	1,4	489	1,7	312	1,2	21	27	19	42	12
Côlon/rectum	509	0,9	263	0,9	246	0,9	6	6	76	24	2
Foie	589	1,1	410	1,4	179	0,7	44	56	6	6	3
Pancréas	194	0,3	102	0,4	91	0,3	6	8	32	6	2
Trachée/bronches/poumon	1 193	2,1	860	2,9	333	1,2	14	16	180	41	5
Mélanome et autres tumeurs malignes de la peau	74	0,1	38	0,1	36	0,1	2	3	3	3	0
Sein	467	0,8	0	0,0	467	1,7	12	15	56	27	5
Col de l'utérus	237	0,4	0	0,0	237	0,9	24	32	6	18	6
Corps de l'utérus	79	0,1	0	0,0	79	0,3	1	1	9	10	0
Ovaires	105	0,2	0	0,0	105	0,4	4	4	15	3	2
Prostate	255	0,5	255	0,9	0	0,0	14	18	45	22	2
Vessie	138	0,2	100	0,3	39	0,1	8	10	16	6	0
Lymphome	295	0,5	170	0,6	125	0,5	13	15	47	15	4
Leucémie	268	0,5	142	0,5	127	0,5	7	8	27	15	4
Autres néoplasmes	102	0,2	53	0,2	49	0,2	2	2	9	10	2
Diabète sucré	777	1,4	335	1,2	441	1,6	18	20	74	98	44
Troubles nutritionnels et endocriniens	306	0,5	155	0,5	151	0,6	22	24	27	54	11
Affections neuropsychiatriques	911	1,6	473	1,6	438	1,6	38	43	120	44	13
Dépression unipolaire majeure	1	0,0	1	0,0	1	0,0	0	0	0	0	0
Trouble affectif bipolaire	5	0,0	2	0,0	3	0,0	0	0	0	0	0
Psychoses	18	0,0	9	0,0	9	0,0	0	0	1	0	0
Epilepsie	95	0,2	61	0,2	35	0,1	11	13	2	6	2
Syndrome de dépendance alcoolique	60	0,1	52	0,2	8	0,0	0	1	6	10	3
Maladie d'Alzheimer et autres démences	271	0,5	98	0,3	173	0,6	2	2	60	5	0
Maladie de Parkinson	84	0,2	42	0,1	42	0,2	1	2	14	0	0
Sclérose en plaques	17	0,0	7	0,0	10	0,0	0	0	3	1	0
Toxicomanie	5	0,0	5	0,0	1	0,0	0	0	0	0	0
Troubles anxieux et post-traumatiques	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0	0	0	0
Troubles obsessionnels compulsifs	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0	0	0	0
Trouble panique	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0	0	0	0
Maladies des organes des sens	2	0,0	1	0,0	2	0,0	0	1	0	0	0
Glaucome	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0	0	0	0
Cataractes	1	0,0	0	0,0	1	0,0	0	0	0	0	0
Maladies cardio-vasculaires	16 970	30,3	8 059	27,6	8 911	33,2	447	488	1 086	760	96
Cardiopathie rhumatismale	376	0,7	154	0,5	222	0,8	17	18	6	6	2
Cardiopathie ischémique	7 089	12,7	3 556	12,2	3 533	13,2	153	159	551	294	41
Maladie cérébrovasculaire	5 544	9,9	2 530	8,7	3 014	11,2	153	180	187	207	24
Cardiopathie inflammatoire	454	0,8	238	0,8	216	0,8	17	17	30	12	2
Affections des voies respiratoires	3 575	6,4	1 897	6,5	1 678	6,3	104	122	162	121	19
Bronchopneumopathie chronique obstructive	2 660	4,8	1 420	4,9	1 240	4,6	50	59	118	39	5
Asthme	186	0,3	92	0,3	94	0,4	9	10	6	6	2

Causes ^b	MEDITERRANEE ORIENTALE		EUROPE			ASIE DU SUD-EST		PACIFIQUE OCCIDENTAL	
	Strates de mortalité		Strates de mortalité			Strates de mortalité		Strates de mortalité	
	Faible chez l'enfant, faible chez l'adulte	Forte chez l'enfant, forte chez l'adulte	Très faible chez l'enfant, très faible chez l'adulte	Faible chez l'enfant, faible chez l'adulte	Faible chez l'enfant, forte chez l'adulte	Faible chez l'enfant, faible chez l'adulte	Forte chez l'enfant, forte chez l'adulte	Frès faible chez l'enfant, très faible chez l'adulte	Faible chez l'enfant, faible chez l'adulte
<i>Population (000)</i>	<i>136 798</i>	<i>348 468</i>	<i>410 233</i>	<i>215 276</i>	<i>246 336</i>	<i>288 750</i>	<i>1 219 492</i>	<i>152 882</i>	<i>1 513 894</i>
	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)
II. Affections non transmissibles	709	1 609	3 642	1 479	2 655	1 089	6 281	920	8 542
Tumeurs malignes	74	200	1 066	248	480	283	886	336	1 937
Bouche et oropharynx	2	14	25	7	16	12	113	6	53
Oesophage	2	10	28	7	15	9	59	12	166
Estomac	4	14	71	26	75	39	73	56	322
Côlon/rectum	3	7	140	22	57	10	28	43	84
Foie	4	13	24	7	2	33	39	34	319
Pancréas	3	5	51	9	3	6	13	20	27
Trachée/bronches/poumon	12	21	209	50	99	44	75	61	366
Mélanome et autres tumeurs malignes de la peau	1	1	7	4	1	14	2	3	31
Sein	1	12	91	15	36	23	91	13	70
Col de l'utérus	4	12	8	8	11	10	51	3	44
Corps de l'utérus	1	1	16	4	11	3	6	3	11
Ovaires	1	4	25	4	1	5	20	5	11
Prostate	2	7	70	8	12	2	29	10	13
Vessie	3	6	36	7	1	4	16	6	19
Lymphome	9	18	53	11	13	8	48	14	27
Leucémie	5	14	36	10	14	10	53	9	55
Autres néoplasmes	1	3	27	3	4	5	10	9	14
Diabète sucré	16	38	87	28	21	37	143	17	136
Troubles nutritionnels et endocriniens	9	20	24	7	4	14	3	9	77
Affections neuropsychiatriques	15	47	152	24	33	41	150	20	171
Dépression unipolaire majeure	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Trouble affectif bipolaire	0	0	0	0	0	0	4	0	0
Psychoses	0	1	1	0	0	2	9	0	4
Epilepsie	1	6	6	4	4	5	19	1	16
Syndrome de dépendance alcoolique	0	1	12	3	1	4	7	1	9
Maladie d'Alzheimer et autres démences	1	5	77	2	1	20	41	8	46
Maladie de Parkinson	1	2	20	1	0	2	12	4	26
Sclérose en plaques	0	0	4	1	2	0	5	0	1
Toxicomanie	0	0	4	0	0	0	0	0	0
Troubles anxieux et post-traumatiques	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Troubles obsessionnels compulsifs	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Trouble panique	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Maladies des organes des sens	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Glaucome	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Cataractes	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Maladies cardio-vasculaires	462	907	1 802	981	1 841	428	3 752	392	3 527
Cardiopathie rhumatismale	11	28	11	14	15	12	116	3	117
Cardiopathie ischémique	196	405	823	372	968	160	2 078	121	767
Maladie cérébrovasculaire	116	212	471	255	623	193	804	166	1 952
Cardiopathie inflammatoire	20	41	26	22	25	13	144	7	80
Affections des voies respiratoires	42	114	201	62	124	104	473	55	1 871
Bronchopneumopathie chronique obstructive	28	61	144	41	90	46	249	22	1 708
Asthme	4	10	12	5	9	20	34	7	50

Tableau 3 de l'annexe Décès par cause, sexe et strate de mortalité dans les Régions OMS^a, estimations pour 1999

Causes ^b	SEXE						AFRIQUE		AMERIQUES		
	Deux sexes		Hommes		Femmes		Strates de mortalité		Strates de mortalité		
							Forte chez l'enfant, forte chez l'adulte	Forte chez l'enfant, très forte chez l'adulte	Très faible chez l'enfant, très faible chez l'adulte	Faible chez l'enfant, faible chez l'adulte	Forte chez l'enfant, forte chez l'adulte
Population (000)	5 961 628		3 002 288		2 959 340		286 350	330 085	318 235	424 932	69 898
	(000)	% du total	(000)	% du total	(000)	% du total	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)
Maladies de l'appareil digestif	2 049	3,7	1 241	4,3	808	3,0	96	114	93	137	47
Ulcère peptique	266	0,5	161	0,6	105	0,4	6	8	6	11	3
Cirrhose du foie	909	1,6	614	2,1	294	1,1	32	39	30	62	28
Appendicite	43	0,1	27	0,1	16	0,1	1	2	1	2	1
Maladies de l'appareil génito-urinaire	900	1,6	497	1,7	403	1,5	57	63	52	48	15
Néphrite/néphrose	697	1,2	372	1,3	325	1,2	39	41	29	35	12
Hypertrophie bénigne de la prostate	45	0,1	45	0,2	0	0,0	3	4	1	1	0
Maladies de la peau	61	0,1	27	0,1	34	0,1	10	13	4	4	1
Maladies ostéomusculaires	107	0,2	37	0,1	69	0,3	6	8	12	7	2
Arthrite rhumatoïde	19	0,0	7	0,0	12	0,0	1	1	2	0	0
Arthrose	1	0,0	0	0,0	1	0,0	0	0	0	0	0
Anomalies congénitales	652	1,2	348	1,2	304	1,1	39	40	14	29	8
Affections de la cavité buccale	1	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0	0	0	0
Caries dentaires	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0	0	0	0
Maladie périodontale	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0	0	0	0
Édentation	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0	0	0	0
III. Traumatismes	5 101	9,1	3 385	11,6	1 716	6,4	376	400	172	322	58
Non intentionnels	3 412	6,1	2 284	7,8	1 128	4,2	224	232	113	183	35
Accidents de la circulation	1 230	2,2	908	3,1	323	1,2	91	97	48	87	13
Empoisonnements	257	0,5	170	0,6	87	0,3	15	16	12	3	1
Chutes	347	0,6	206	0,7	142	0,5	9	11	20	17	4
Incendies	258	0,5	111	0,4	147	0,5	16	13	4	4	1
Noyades	447	0,8	294	1,0	153	0,6	42	37	4	18	3
Autres traumatismes non intentionnels	865	1,5	589	2,0	276	1,0	51	58	24	51	12
Intentionnels	1 689	3,0	1 101	3,8	588	2,2	152	168	59	140	22
Auto-infligés	893	1,6	545	1,9	348	1,3	32	37	38	21	3
Homicide et violence	527	0,9	392	1,3	135	0,5	65	72	21	107	14
Fait de guerre	269	0,5	164	0,6	105	0,4	55	59	0	12	6

^a Voir la liste des Etats Membres par Région OMS et par strate de mortalité.^b La somme des estimations relatives à des causes spécifiques peut ne pas correspondre aux chiffres de groupes de causes en raison de l'omission de catégories résiduelles.

Causes ^b	MEDITERRANEE ORIENTALE		EUROPE			ASIE DU SUD-EST		PACIFIQUE OCCIDENTAL	
	Strates de mortalité		Strates de mortalité			Strates de mortalité		Strates de mortalité	
	Faible chez l'enfant, faible chez l'adulte	Forte chez l'enfant, forte chez l'adulte	Très faible chez l'enfant, très faible chez l'adulte	Faible chez l'enfant, faible chez l'adulte	Faible chez l'enfant, forte chez l'adulte	Faible chez l'enfant, faible chez l'adulte	Forte chez l'enfant, forte chez l'adulte	Frès faible chez l'enfant, très faible chez l'adulte	Faible chez l'enfant, faible chez l'adulte
Population (000)	136 798	348 468	410 233	215 276	246 336	288 750	1 219 492	152 882	1 513 894
	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)
Maladies de l'appareil digestif	38	105	186	77	101	102	426	45	483
Ulcère peptique	1	10	18	6	13	20	71	5	88
Cirrhose du foie	10	42	69	41	51	45	248	15	196
Appendicite	0	3	1	0	1	1	24	0	7
Maladies de l'appareil génito-urinaire	41	71	59	36	26	45	191	26	171
Néphrite/néphrose	36	61	39	30	11	36	167	23	137
Hypertrophie bénigne de la prostate	0	3	2	1	3	1	18	0	8
Maladies de la peau	1	4	8	1	2	5	4	1	3
Maladies ostéomusculaires	1	3	18	2	4	10	5	5	24
Arthrite rhumatoïde	0	0	4	0	0	2	4	2	2
Arthrose	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anomalies congénitales	9	97	12	11	15	22	238	4	115
Affections de la cavité buccale	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Caries dentaires	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Maladie périodontale	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Edentation	0	0	0	0	0	0	0	0	0
III. Traumatismes	59	346	201	154	395	281	1 020	76	1 241
Non intentionnels	51	241	141	102	240	199	794	48	809
Accidents de la circulation	30	90	45	39	46	123	231	16	274
Empoisonnements	7	19	6	11	70	7	32	1	56
Chutes	3	24	48	12	16	18	64	8	94
Incendies	3	23	3	5	12	7	148	2	18
Noyades	4	28	4	10	25	16	94	6	154
Autres traumatismes non intentionnels	4	56	34	24	71	29	224	15	213
Intentionnels	7	105	60	52	155	82	226	28	432
Auto-infligés	5	30	54	21	91	36	135	27	363
Homicide et violence	1	37	5	7	50	11	71	1	66
Fait de guerre	1	38	1	23	15	35	20	0	4

Tableau 4 de l'annexe Charge de morbidité en années de vie corrigées de l'incapacité (AVCI) par cause, sexe et strate de mortalité dans les Régions OMS^a, estimations pour 1999

Causes ^b	SEXE						AFRIQUE		AMERIQUES		
	Deux sexes		Hommes		Femmes		Strates de mortalité		Strates de mortalité		
							Forte chez l'enfant, forte chez l'adulte	Forte chez l'enfant, très forte chez l'adulte	Très faible chez l'enfant, très faible chez l'adulte	Faible chez l'enfant, faible chez l'adulte	Forte chez l'enfant, forte chez l'adulte
<i>Population (000)</i>	<i>5 961 628</i>		<i>3 002 288</i>		<i>2 959 340</i>		<i>286 350</i>	<i>330 085</i>	<i>318 235</i>	<i>424 932</i>	<i>69 898</i>
	(000)	% du total	(000)	% du total	(000)	% du total	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)
TOTAL D'AVCI	1 438 154	100	751 600	100	686 555	100	158 439	214 921	38 627	70 969	16 346
I. Affections transmissibles, périnatales, maternelles et nutritionnelles	615 105	42,8	296 674	39,5	318 431	46,4	110 969	162 607	2 851	16 073	6 371
Maladies infectieuses et parasitaires	353 779	24,6	175 376	23,3	178 463	26,0	73 124	120 024	1 307	7 360	2 918
Tuberculose	33 287	2,3	19 030	2,5	14 257	2,1	3 158	5 563	16	627	471
MST, hormis VIH	19 747	1,4	6 686	0,9	13 060	1,9	3 780	4 068	155	917	136
Syphilis	6 081	0,4	3 558	0,5	2 523	0,4	1 587	1 602	2	104	7
Chlamydirose	7 969	0,6	944	0,1	7 024	1,0	1 046	1 187	135	557	87
Gonococcie	5 686	0,4	2 181	0,3	3 504	0,5	1 147	1 278	17	255	41
VIH/SIDA	89 819	6,2	42 623	5,7	47 196	6,9	15 778	58 671	563	1 628	621
Maladies diarrhéiques	72 063	5,0	36 413	4,8	35 650	5,2	11 867	12 454	102	1 642	770
Maladies de l'enfance	54 638	3,8	27 986	3,7	26 652	3,9	12 864	12 878	10	477	46
Coqueluche	10 905	0,8	5 662	0,8	5 243	0,8	2 460	2 477	10	173	6
Poliomyélite	1 725	0,1	946	0,1	779	0,1	55	224	0	126	26
Diptérie	151	0,0	75	0,0	76	0,0	13	11	0	2	0
Rougeole	29 838	2,1	15 328	2,0	14 510	2,1	8 762	8 701	0	23	8
Tétanos	12 020	0,8	5 975	0,8	6 045	0,9	1 574	1 465	0	154	6
Méningite	9 824	0,7	4 661	0,6	5 164	0,8	1 685	1 935	54	529	139
Hépatite	2 790	0,2	1 689	0,2	1 101	0,2	544	628	70	83	59
Paludisme	44 998	3,1	22 758	3,0	22 240	3,2	18 600	18 238	0	53	23
Maladies tropicales	12 966	0,9	8 443	1,1	4 523	0,7	3 289	3 824	0	781	89
Trypanosomiase	2 048	0,1	1 111	0,1	937	0,1	917	1 074	0	0	1
Maladie de Chagas	676	0,0	400	0,1	277	0,0	0	0	0	624	53
Schistosomiase	1 932	0,1	1 174	0,2	758	0,1	755	882	0	122	11
Leishmaniose	1 983	0,1	1 200	0,2	782	0,1	113	143	0	27	23
Filariose lymphatique	4 918	0,3	3 777	0,5	1 141	0,2	852	982	0	7	1
Onchocercose	1 085	0,1	623	0,1	461	0,1	508	575	0	2	0
Lèpre	476	0,0	253	0,0	223	0,0	37	42	0	52	8
Dengue	465	0,0	220	0,0	245	0,0	11	13	0	0	0
Encéphalite japonaise	1 046	0,1	519	0,1	527	0,1	0	0	0	0	0
Trachome	1 239	0,1	336	0,0	903	0,1	207	227	0	0	0
Infections à nématodes intestinaux	2 653	0,2	1 351	0,2	1 303	0,2	400	460	1	169	124
Ascarirose	505	0,0	253	0,0	252	0,0	94	108	0	13	30
Trichocéphalose	481	0,0	284	0,0	197	0,0	92	106	0	113	42
Ankylostomiase	1 699	0,1	869	0,1	830	0,1	189	217	0	153	20
Infections des voies respiratoires	101 127	7,0	50 852	6,8	50 275	7,3	15 352	17 419	566	2 480	1 158
Infections des voies respiratoires inférieures	96 682	6,7	48 891	6,5	47 792	7,0	14 858	16 871	500	2 315	1 054
Infections aiguës des voies respiratoires supérieures	1 600	0,1	784	0,1	816	0,1	108	106	11	49	70
Otite moyenne	2 183	0,2	985	0,1	1 198	0,2	346	402	32	102	20
Affections maternelles	26 101	1,8	0	0,0	26 101	3,8	4 954	7 571	49	861	297
Affections périnatales	89 508	6,2	48 911	6,5	40 597	5,9	12 351	11 746	576	3 707	1 283
Carences nutritionnelles	44 539	3,1	21 478	2,9	23 062	3,4	5 189	5 848	353	1 665	715
Malnutrition protéino-énergétique	13 578	0,9	6 826	0,9	6 752	1,0	2 731	3 073	43	617	264
Carence en iode	1 032	0,1	597	0,1	435	0,1	107	112	9	37	8

Causes ^b	MEDITERRANEE ORIENTALE		EUROPE			ASIE DU SUD-EST		PACIFIQUE OCCIDENTAL	
	Strates de mortalité		Strates de mortalité			Strates de mortalité		Strates de mortalité	
	Faible chez l'enfant, faible chez l'adulte	Forte chez l'enfant, forte chez l'adulte	Très faible chez l'enfant, très faible chez l'adulte	Faible chez l'enfant, faible chez l'adulte	Faible chez l'enfant, forte chez l'adulte	Faible chez l'enfant, faible chez l'adulte	Forte chez l'enfant, forte chez l'adulte	Frès faible chez l'enfant, très faible chez l'adulte	Faible chez l'enfant, faible chez l'adulte
<i>Population (000)</i>	<i>136 798</i>	<i>348 468</i>	<i>410 233</i>	<i>215 276</i>	<i>246 336</i>	<i>288 750</i>	<i>1 219 492</i>	<i>152 882</i>	<i>1 513 894</i>
	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)
TOTAL D'AVCI	20 895	101 688	48 999	36 484	50 868	56 604	355 876	15 235	252 204
I. Affections transmissibles, périnatales, maternelles et nutritionnelles	5 858	52 472	2 861	6 515	3 620	21 762	168 893	942	53 311
Maladies infectieuses et parasitaires	2 337	26 485	1 230	2 614	1 672	9 672	85 629	304	19 105
Tuberculose	225	2 035	47	450	761	3 453	10 648	26	5 806
MST, hormis VIH	103	899	192	252	273	1 159	7 566	69	180
Syphilis	7	641	2	2	2	17	2 050	1	58
Chlamydie	68	182	167	198	216	686	3 292	60	85
Gonococcie	27	74	21	51	54	454	2 221	8	37
VIH/SIDA	10	2 162	519	108	98	1 102	7 764	28	767
Maladies diarrhéiques	977	9 146	111	875	145	1 057	28 960	43	3 912
Maladies de l'enfance	399	6 161	12	390	75	989	18 460	23	1 852
Coqueluche	83	1 332	11	143	43	88	3 546	16	517
Poliomyélite	6	13	0	1	0	94	1 001	0	178
Diptérie	1	10	0	1	0	4	106	0	2
Rougeole	273	3 020	1	147	0	611	7 697	6	588
Tétanos	35	1 786	1	99	31	192	6 110	0	566
Méningite	156	1 316	74	227	137	818	1 749	11	994
Hépatite	8	101	41	14	2	106	600	56	479
Paludisme	47	2 727	2	0	0	323	2 748	0	2 235
Maladies tropicales	52	333	0	16	0	256	4 018	0	308
Trypanosomiase	0	56	0	0	0	0	0	0	0
Maladie de Chagas	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Schistosomiase	34	64	0	15	0	18	0	0	30
Leishmaniose	14	196	0	0	0	15	1 452	0	0
Filariose lymphatique	3	8	0	0	0	222	2 566	0	278
Onchocercose	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Lèpre	3	7	0	0	0	31	287	0	9
Dengue	0	1	0	0	0	3	437	0	0
Encéphalite japonaise	0	1	0	0	0	47	171	0	828
Trachome	68	169	0	0	0	23	39	0	505
Infections à nématodes intestinaux	46	103	0	2	1	239	989	0	119
Ascaridose	19	24	0	0	0	5	181	0	31
Trichocéphalose	0	3	0	0	0	1	119	0	5
Ankylostomiase	26	67	0	0	0	157	705	0	166
Infections des voies respiratoires	980	9 936	724	1 987	798	3 014	35 130	401	11 183
Infections des voies respiratoires inférieures	921	9 625	645	1 435	637	2 904	33 746	372	10 798
Infections aiguës des voies respiratoires supérieures	10	114	24	502	122	28	405	12	40
Otite moyenne	40	166	36	28	25	73	624	14	276
Affections maternelles	704	2 016	54	215	182	624	7 109	15	1 451
Affections périnatales	1 134	10 621	454	1 269	647	6 362	26 353	91	12 914
Carences nutritionnelles	704	3 415	400	430	322	2 194	14 672	131	8 502
Malnutrition protéino-énergétique	39	1 196	36	93	47	366	4 837	16	218
Carence en iode	28	109	9	13	9	2	354	3	233

Tableau 4 de l'annexe Charge de morbidité en années de vie corrigées de l'incapacité (AVCI) par cause, sexe et strate de mortalité dans les Régions OMS^a, estimations pour 1999

Causes ^b	SEXE						AFRIQUE		AMERIQUES		
	Deux sexes		Hommes		Femmes		Strates de mortalité		Strates de mortalité		
							Forte chez l'enfant, forte chez l'adulte	Forte chez l'enfant, très forte chez l'adulte	Très faible chez l'enfant, très faible chez l'adulte	Faible chez l'enfant, faible chez l'adulte	Forte chez l'enfant, forte chez l'adulte
Population (000)	5 961 628		3 002 288		2 959 340		286 350	330 085	318 235	424 932	69 898
	(000)	% du total	(000)	% du total	(000)	% du total	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)
Avitaminose A	108	0,0	55	0,0	53	0,0	18	21	0	5	1
Anémie	26 272	1,8	11 729	1,6	14 544	2,1	1 511	1 708	282	920	422
II. Affections non transmissibles	621 742	43,2	322 583	42,9	299 159	43,6	30 080	33 601	31 085	43 789	8 035
Tumeurs malignes	84 500	5,9	46 145	6,1	38 355	5,6	3 277	3 903	5 689	4 107	818
Bouche et oropharynx	3 993	0,3	2 725	0,4	1 268	0,2	78	93	120	127	10
Oesophage	3 921	0,3	2 518	0,3	1 403	0,2	200	255	138	134	8
Estomac	8 683	0,6	5 395	0,7	3 288	0,5	267	332	160	437	127
Côlon/rectum	5 182	0,4	2 707	0,4	2 474	0,4	77	88	663	257	21
Foie	7 819	0,5	5 720	0,8	2 099	0,3	670	851	61	63	35
Pancréas	1 788	0,1	1 014	0,1	774	0,1	68	82	245	67	23
Trachée/bronches/poumon	11 628	0,8	8 347	1,1	3 281	0,5	149	166	1 509	425	47
Mélanome et autres tumeurs malignes de la peau	749	0,1	393	0,1	355	0,1	33	41	35	35	3
Sein	6 529	0,5	3	0,0	6 525	1,0	174	221	636	386	64
Col de l'utérus	3 354	0,2	0	0,0	3 354	0,5	302	384	94	282	83
Corps de l'utérus	860	0,1	0	0,0	860	0,1	14	16	72	133	3
Ovaires	1 439	0,1	0	0,0	1 439	0,2	53	62	145	41	26
Prostate	1 736	0,1	1 736	0,2	0	0,0	94	120	296	152	14
Vessie	1 207	0,1	925	0,1	282	0,0	69	85	135	49	4
Lymphome	4 538	0,3	2 831	0,4	1 707	0,2	313	333	431	224	61
Leucémie	5 522	0,4	2 985	0,4	2 538	0,4	177	180	265	330	88
Autres néoplasmes	1 366	0,1	733	0,1	633	0,1	42	44	82	164	36
Diabète sucré	15 070	1,0	6 972	0,9	8 098	1,2	411	446	1 628	1 596	625
Troubles nutritionnels et endocriniens	14 667	1,1	7 998	1,1	6 669	1,0	1 725	1 755	757	3 386	588
Affections neuropsychiatriques	158 721	11,0	77 771	10,3	80 950	11,8	7 466	8 554	9 424	14 538	2 508
Dépression unipolaire majeure	59 030	4,1	20 956	2,8	38 074	5,5	2 662	3 027	2 623	4 240	646
Trouble affectif bipolaire	16 368	1,1	8 340	1,1	8 028	1,2	765	873	665	1 172	181
Psychoses	12 054	0,8	5 675	0,8	6 380	0,9	260	298	851	1 228	191
Epilepsie	7 634	0,5	4 502	0,6	3 132	0,5	841	1 024	153	577	209
Syndrome de dépendance alcoolique	18 743	1,3	16 512	2,2	2 231	0,3	982	1 131	1 863	3 762	656
Maladie d'Alzheimer et autres démences	10 002	0,7	4 166	0,6	5 836	0,9	173	193	1 141	577	82
Maladie de Parkinson	1 587	0,1	705	0,1	882	0,1	33	41	217	29	4
Sclérose en plaques	1 568	0,1	687	0,1	881	0,1	51	58	120	98	16
Toxicomanie	5 657	0,4	4 486	0,6	1 171	0,2	209	239	563	1 048	165
Troubles anxieux et post-traumatiques	2 197	0,2	837	0,1	1 360	0,2	109	126	108	162	27
Troubles obsessionnels compulsifs	11 703	0,8	5 074	0,7	6 630	1,0	541	621	573	839	133
Trouble panique	5 493	0,4	1 838	0,2	3 654	0,5	254	290	273	388	60
Maladies des organes des sens	12 005	0,8	5 390	0,7	6 614	1,0	1 142	1 239	41	588	80
Glaucome	3 021	0,2	1 190	0,2	1 830	0,3	227	245	28	90	12
Cataractes	8 942	0,6	4 184	0,6	4 757	0,7	909	988	12	487	66
Maladies cardio-vasculaires	157 185	10,9	81 848	10,9	75 337	11,0	5 731	6 198	7 273	7 891	1 001
Cardiopathie rhumatismale	7 755	0,5	3 311	0,4	4 444	0,6	481	523	54	116	33
Cardiopathie ischémique	58 981	4,1	32 792	4,4	26 189	3,8	1 632	1 737	3 298	2 915	381
Maladie cérébrovasculaire	49 856	3,5	24 738	3,3	25 118	3,7	1 712	1 974	1 410	2 208	243
Cardiopathie inflammatoire	8 894	0,6	4 915	0,7	3 979	0,6	423	401	382	291	47

Causes ^b	MEDITERRANEE ORIENTALE		EUROPE			ASIE DU SUD-EST		PACIFIQUE OCCIDENTAL	
	Strates de mortalité		Strates de mortalité			Strates de mortalité		Strates de mortalité	
	Faible chez l'enfant, faible chez l'adulte	Forte chez l'enfant, forte chez l'adulte	Très faible chez l'enfant, très faible chez l'adulte	Faible chez l'enfant, faible chez l'adulte	Faible chez l'enfant, forte chez l'adulte	Faible chez l'enfant, faible chez l'adulte	Forte chez l'enfant, forte chez l'adulte	Frès faible chez l'enfant, très faible chez l'adulte	Faible chez l'enfant, faible chez l'adulte
Population (000)	136 798	348 468	410 233	215 276	246 336	288 750	1 219 492	152 882	1 513 894
	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)
Avitaminose A	5	15	0	0	0	6	25	0	12
Anémie	607	1 835	337	308	257	1 749	8 462	111	7 764
II. Affections non transmissibles	12 568	38 471	41 818	25 387	36 827	22 973	133 563	12 626	150 920
Tumeurs malignes	920	3 053	9 181	3 084	5 597	4 275	13 575	2 882	24 139
Bouche et oropharynx	32	205	294	108	222	212	1 592	62	838
Oesophage	12	122	246	73	156	93	854	98	1 530
Estomac	47	186	534	286	826	515	1 008	462	3 496
Côlon/rectum	41	95	1 133	254	617	142	385	397	1 013
Foie	37	171	187	65	15	530	432	289	4 413
Pancréas	29	59	384	96	26	76	213	151	269
Trachée/bronches/poumon	112	225	1 774	550	1 062	501	909	448	3 752
Mélanome et autres tumeurs malignes de la peau	4	11	77	41	10	146	12	27	275
Sein	7	181	954	198	492	411	1 510	173	1 122
Col de l'utérus	26	149	103	104	154	176	813	36	647
Corps de l'utérus	6	15	122	55	124	54	63	31	151
Ovaires	19	69	233	59	14	95	369	61	192
Prostate	16	44	455	71	119	15	183	68	88
Vessie	24	43	312	76	16	45	118	45	186
Lymphome	167	397	458	208	201	163	1 034	117	431
Leucémie	118	375	345	203	213	262	1 431	102	1 434
Autres néoplasmes	24	67	181	49	69	88	226	69	226
Diabète sucré	293	905	1 176	876	769	716	3 212	303	2 115
Troubles nutritionnels et endocriniens	492	1 324	568	506	246	670	194	200	2 256
Affections neuropsychiatriques	3 231	8 429	12 611	6 430	7 425	8 651	28 704	4 164	36 585
Dépression unipolaire majeure	1 312	3 227	3 376	1 964	2 297	3 104	12 165	1 255	17 132
Trouble affectif bipolaire	377	929	844	526	590	860	3 520	307	4 758
Psychoses	399	985	1 061	554	599	1 047	2 520	381	1 681
Epilepsie	44	289	337	343	373	534	1 509	68	1 333
Syndrome de dépendance alcoolique	73	198	2 562	1 192	1 140	926	1 386	714	2 159
Maladie d'Alzheimer et autres démences	61	205	1 737	427	649	473	1 590	580	2 113
Maladie de Parkinson	17	45	310	38	33	57	259	82	421
Sclérose en plaques	28	76	145	58	145	65	469	14	226
Toxicomanie	258	628	788	359	385	406	118	258	234
Troubles anxieux et post-traumatiques	53	132	131	78	84	112	461	48	566
Troubles obsessionnels compulsifs	271	667	718	423	471	607	2 444	261	3 132
Trouble panique	121	299	343	198	226	291	1 108	127	1 514
Maladies des organes des sens	257	625	61	33	48	839	4 521	24	2 506
Glaucome	29	71	41	15	22	262	857	16	1 105
Cataractes	227	547	19	17	26	575	3 664	7	1 400
Maladies cardio-vasculaires	4 367	10 399	10 254	8 726	15 010	4 815	42 692	2 584	30 243
Cardiopathie rhumatismale	251	687	80	299	244	362	2 730	21	1 874
Cardiopathie ischémique	1 484	3 588	4 757	2 986	7 113	1 732	20 133	721	6 505
Maladie cérébrovasculaire	1 041	2 277	2 857	2 727	5 584	2 041	8 639	1 160	15 982
Cardiopathie inflammatoire	381	932	283	557	470	299	3 314	81	1 034

Tableau 4 de l'annexe Charge de morbidité en années de vie corrigées de l'incapacité (AVCI) par cause, sexe et strate de mortalité dans les Régions OMS^a, estimations pour 1999

Causes ^b	SEXE						AFRIQUE		AMERIQUES		
	Deux sexes		Hommes		Femmes		Strates de mortalité		Strates de mortalité		
							Forte chez l'enfant, forte chez l'adulte	Forte chez l'enfant, très forte chez l'adulte	Très faible chez l'enfant, très faible chez l'adulte	Faible chez l'enfant, faible chez l'adulte	Forte chez l'enfant, forte chez l'adulte
Population (000)	5 961 628		3 002 288		2 959 340		286 350	330 085	318 235	424 932	69 898
	(000)	% du total	(000)	% du total	(000)	% du total	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)
Affections des voies respiratoires	70 017	4,9	36 038	4,8	33 980	4,9	3 177	3 647	2 587	3 189	428
Bronchopneumopathie chronique obstructive	38 156	2,7	20 635	2,7	17 521	2,6	809	891	1 267	869	86
Asthme	12 881	0,9	6 898	0,9	5 983	0,9	972	1 129	492	678	144
Maladies de l'appareil digestif	36 829	2,6	23 809	3,2	13 020	1,9	1 966	2 316	1 023	2 388	740
Ulcère peptique	5 061	0,4	3 295	0,4	1 766	0,3	149	198	59	156	40
Cirrhose du foie	16 254	1,1	11 300	1,5	4 953	0,7	518	625	474	1 190	453
Appendicite	1 222	0,1	776	0,1	446	0,1	40	48	16	33	10
Maladies de l'appareil génito-urinaire	16 085	1,1	9 619	1,3	6 466	0,9	1 208	1 358	392	837	242
Néphrite/néphrose	10 997	0,8	5 837	0,8	5 159	0,8	749	806	178	479	165
Hypertrophie bénigne de la prostate	2 447	0,2	2 447	0,3	0	0,0	165	194	79	184	26
Maladies de la peau	855	0,1	495	0,1	359	0,1	177	217	20	45	13
Maladies ostéomusculaires	20 918	1,5	7 783	1,0	13 134	1,9	709	806	1 526	2 903	427
Arthrite rhumatoïde	4 051	0,3	1 114	0,1	2 937	0,4	70	87	359	573	85
Arthrose	15 820	1,1	6 270	0,8	9 550	1,4	544	605	1 087	2 224	314
Anomalies congénitales	36 557	2,5	19 562	2,6	16 995	2,5	3 180	3 257	633	1 764	438
Affections de la cavité buccale	4 928	0,3	2 487	0,3	2 440	0,4	172	200	180	846	148
Caries dentaires	4 622	0,3	2 334	0,3	2 288	0,3	157	182	166	824	146
Maladie périodontale	301	0,0	150	0,0	150	0,0	16	18	14	19	3
Edentation	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0	0	0	0
III. Traumatismes	201 307	14,0	132 343	17,6	68 965	10,0	17 389	18 714	4 691	11 107	1 940
Non intentionnels	152 464	10,6	101 190	13,5	51 275	7,5	11 843	12 683	2 943	6 483	1 320
Accidents de la circulation	39 573	2,8	29 416	3,9	10 157	1,5	3 011	3 207	1 612	2 901	429
Empoisonnements	6 457	0,4	4 132	0,5	2 325	0,3	449	498	270	86	30
Chutes	30 950	2,2	20 068	2,7	10 882	1,6	993	1 150	419	1 414	312
Incendies	10 483	0,7	4 042	0,5	6 441	0,9	725	540	105	148	32
Noyades	12 987	0,9	8 583	1,1	4 404	0,6	1 356	1 156	108	532	95
Autres traumatismes non intentionnels	20 573	1,4	14 093	1,9	6 480	0,9	1 436	1 646	360	1 221	294
Intentionnels	48 843	3,4	31 153	4,1	17 690	2,6	5 545	6 031	1 749	4 624	620
Auto-infligés	25 095	1,7	14 876	2,0	10 220	1,5	1 821	1 961	966	1 006	130
Homicide et violence	15 308	1,1	10 818	1,4	4 490	0,7	1 969	2 170	627	3 000	338
Fait de guerre	8 439	0,6	5 460	0,7	2 980	0,4	1 755	1 900	155	617	151

^a Voir la liste des Etats Membres par Région OMS et par strate de mortalité.

^b La somme des estimations relatives à des causes spécifiques peut ne pas correspondre aux chiffres de groupes de causes en raison de l'omission de catégories résiduelles.

Causes ^b	MEDITERRANEE ORIENTALE		EUROPE			ASIE DU SUD-EST		PACIFIQUE OCCIDENTAL	
	Strates de mortalité		Strates de mortalité			Strates de mortalité		Strates de mortalité	
	Faible chez l'enfant, faible chez l'adulte	Forte chez l'enfant, forte chez l'adulte	Très faible chez l'enfant, très faible chez l'adulte	Faible chez l'enfant, faible chez l'adulte	Faible chez l'enfant, forte chez l'adulte	Faible chez l'enfant, faible chez l'adulte	Forte chez l'enfant, forte chez l'adulte	Frès faible chez l'enfant, très faible chez l'adulte	Faible chez l'enfant, faible chez l'adulte
Population (000)	136 798	348 468	410 233	215 276	246 336	288 750	1 219 492	152 882	1 513 894
	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)
Affections des voies respiratoires	1 047	3 345	2 911	1 461	2 472	3 133	12 409	754	29 456
Bronchopneumopathie chronique obstructive	460	1 187	1 441	688	1 323	970	5 385	186	22 593
Asthme	324	852	587	370	438	1 008	2 290	242	3 356
Maladies de l'appareil digestif	525	2 355	1 806	1 310	1 843	2 140	9 991	436	7 988
Ulcère peptique	15	264	133	121	290	374	1 751	38	1 473
Cirrhose du foie	138	834	979	672	888	922	5 132	203	3 227
Appendicite	2	111	16	18	33	36	760	4	95
Maladies de l'appareil génito-urinaire	605	1 574	405	694	433	838	4 170	177	3 154
Néphrite/néphrose	466	1 167	200	507	192	586	3 380	107	2 014
Hypertrophie bénigne de la prostate	55	152	120	52	78	102	523	48	670
Maladies de la peau	5	72	28	11	35	76	107	5	42
Maladies ostéomusculaires	223	580	2 078	1 466	1 898	967	2 159	823	4 353
Arthrite rhumatoïde	48	123	502	295	364	108	299	196	943
Arthrose	169	418	1 508	1 151	1 481	777	1 833	599	3 111
Anomalies congénitales	463	5 446	616	646	890	1 171	10 889	210	6 955
Affections de la cavité buccale	188	489	218	165	180	248	1 077	79	737
Caries dentaires	183	475	199	154	167	233	970	72	694
Maladie périodontale	5	13	17	10	12	16	108	6	43
Edentation	0	0	0	0	0	0	0	0	0
III. Traumatismes	2 469	10 745	4 320	4 582	10 421	11 869	53 420	1 667	47 974
Non intentionnels	2 199	8 260	2 994	3 352	6 548	9 523	46 653	1 086	36 577
Accidents de la circulation	881	2 298	1 423	1 355	1 589	4 377	7 460	414	8 615
Empoisonnements	172	529	140	277	1 396	188	977	21	1 424
Chutes	254	1 318	785	624	906	1 515	13 742	201	7 316
Incendies	81	688	57	150	271	275	6 806	28	579
Noyades	109	672	78	274	610	486	2 654	68	4 789
Autres traumatismes non intentionnels	104	1 176	436	571	1 447	735	5 408	143	5 595
Intentionnels	270	2 484	1 326	1 230	3 873	2 346	6 768	581	11 397
Auto-infligés	206	868	1 089	599	2 200	1 207	4 123	513	8 407
Homicide et violence	27	688	182	217	1 240	413	1 771	62	2 601
Fait de guerre	37	928	55	414	432	726	874	6	389

Tableau 5 de l'annexe Résultats sanitaires (niveau et distribution de la santé) dans l'ensemble des Etats Membres, estimations pour 1997 et 1999

Rangs	Etats Membres	NIVEAU ^a								
		Espérance de vie corrigée de l'incapacité (années)								
		Population totale à la naissance	Hommes				Femmes			
			A la naissance	Intervalles d'incertitude	A l'âge de 60 ans	Intervalles d'incertitude	A la naissance	Intervalles d'incertitude	A l'âge de 60 ans	Intervalles d'incertitude
1	Japon	74,5	71,9	71,6 - 72,3	17,5	17,3 - 18,1	77,2	76,9 - 78,0	21,6	21,3 - 22,4
2	Australie	73,2	70,8	70,5 - 71,3	16,8	16,6 - 17,3	75,5	75,2 - 76,2	20,2	19,9 - 20,9
3	France	73,1	69,3	69,0 - 69,7	16,8	16,5 - 17,4	76,9	76,5 - 77,8	21,7	21,4 - 22,7
4	Suède	73,0	71,2	70,9 - 71,8	16,8	16,5 - 17,3	74,9	74,4 - 75,7	19,6	19,4 - 20,5
5	Espagne	72,8	69,8	69,1 - 70,6	16,8	16,4 - 17,6	75,7	75,3 - 76,6	20,1	19,8 - 21,0
6	Italie	72,7	70,0	69,7 - 70,5	16,2	16,0 - 16,8	75,4	75,0 - 76,2	19,9	19,6 - 20,7
7	Grèce	72,5	70,5	70,2 - 70,9	16,9	16,6 - 17,3	74,6	74,2 - 75,2	18,8	18,6 - 19,5
8	Suisse	72,5	69,5	69,0 - 70,2	16,0	15,7 - 16,7	75,5	75,0 - 76,5	20,6	20,3 - 21,6
9	Monaco	72,4	68,5	67,5 - 69,6	16,4	15,9 - 17,2	76,3	75,6 - 77,3	21,5	21,1 - 22,5
10	Andorre	72,3	69,3	68,6 - 70,2	16,3	15,9 - 17,0	75,2	74,6 - 76,2	20,0	19,6 - 20,9
11	Saint-Marin	72,3	69,5	68,6 - 70,5	15,7	15,3 - 16,5	75,0	74,4 - 76,0	19,6	19,2 - 20,5
12	Canada	72,0	70,0	69,7 - 70,5	16,0	15,8 - 16,6	74,0	73,6 - 74,9	18,9	18,6 - 19,8
13	Pays-Bas	72,0	69,6	69,3 - 70,1	15,4	15,3 - 16,0	74,4	74,0 - 75,3	19,7	19,4 - 20,6
14	Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord	71,7	69,7	69,4 - 70,1	15,7	15,5 - 16,2	73,7	73,5 - 74,4	18,6	18,3 - 19,2
15	Norvège	71,7	68,8	68,5 - 69,3	15,1	15,0 - 15,7	74,6	74,2 - 75,3	19,7	19,4 - 20,6
16	Belgique	71,6	68,7	68,4 - 69,2	15,8	15,6 - 16,4	74,6	74,2 - 75,3	19,6	19,3 - 20,4
17	Autriche	71,6	68,8	68,4 - 69,4	15,2	15,0 - 15,8	74,4	74,1 - 75,1	18,7	18,4 - 19,4
18	Luxembourg	71,1	68,0	67,6 - 68,7	15,8	15,2 - 16,8	74,2	73,7 - 75,2	19,7	19,0 - 21,0
19	Islande	70,8	69,2	68,6 - 70,1	14,9	14,2 - 15,9	72,3	71,7 - 73,4	17,0	16,4 - 18,3
20	Finlande	70,5	67,2	66,9 - 67,7	14,5	14,2 - 15,0	73,7	73,4 - 74,4	18,5	18,3 - 19,3
21	Malte	70,5	68,4	67,9 - 69,2	14,8	14,5 - 15,6	72,5	72,0 - 73,4	17,3	17,0 - 18,2
22	Allemagne	70,4	67,4	67,1 - 67,9	14,3	14,1 - 14,9	73,5	73,2 - 74,1	18,5	18,2 - 19,1
23	Israël	70,4	69,2	68,9 - 69,7	15,6	15,3 - 16,3	71,6	71,2 - 72,4	16,9	16,7 - 17,8
24	Etats-Unis d'Amérique	70,0	67,5	67,0 - 68,1	15,0	14,7 - 15,7	72,6	72,2 - 73,3	18,4	18,1 - 19,2
25	Chypre	69,8	68,7	68,2 - 69,4	15,9	15,6 - 16,6	70,9	70,4 - 71,7	17,3	17,0 - 18,1
26	Dominique	69,8	67,2	66,2 - 68,2	15,0	14,3 - 15,6	72,3	71,0 - 73,4	17,9	17,2 - 18,7
27	Irlande	69,6	67,5	67,0 - 68,2	13,9	13,6 - 14,6	71,7	71,2 - 72,5	16,6	16,3 - 17,4
28	Danemark	69,4	67,2	66,8 - 67,9	14,2	13,9 - 14,8	71,5	71,2 - 72,2	17,2	16,9 - 18,0
29	Portugal	69,3	65,9	65,6 - 66,6	14,0	13,7 - 14,6	72,7	72,4 - 73,4	17,7	17,3 - 18,5
30	Singapour	69,3	67,4	66,9 - 68,2	14,4	14,1 - 15,2	71,2	70,7 - 72,2	16,8	16,5 - 17,8
31	Nouvelle-Zélande	69,2	67,1	66,8 - 67,6	14,4	14,1 - 15,0	71,2	70,8 - 72,0	17,0	16,8 - 17,9
32	Chili	68,6	66,0	65,2 - 67,0	14,3	13,6 - 15,3	71,3	70,9 - 72,2	17,8	17,3 - 18,8
33	Cuba	68,4	67,4	66,8 - 68,1	15,4	14,9 - 16,1	69,4	68,9 - 70,3	16,1	15,8 - 16,9
34	Slovénie	68,4	64,9	64,6 - 65,4	12,7	12,6 - 13,4	71,9	71,5 - 72,6	16,8	16,5 - 17,6
35	République tchèque	68,0	65,2	64,9 - 65,7	12,7	12,6 - 13,2	70,8	70,5 - 71,5	16,4	16,2 - 17,1
36	Jamaïque	67,3	66,8	65,5 - 68,0	18,9	18,1 - 19,7	67,9	66,5 - 69,3	18,2	17,3 - 19,1
37	Uruguay	67,0	64,1	63,1 - 65,0	15,3	14,8 - 15,8	69,9	68,8 - 71,0	18,3	17,6 - 19,0
38	Croatie	67,0	63,3	63,1 - 63,8	11,4	11,3 - 11,9	70,6	70,3 - 71,3	16,0	15,8 - 16,7
39	Argentine	66,7	63,8	63,5 - 64,3	14,7	14,4 - 15,3	69,6	69,2 - 70,3	18,1	17,8 - 19,0
40	Costa Rica	66,7	65,2	64,6 - 66,0	14,2	13,9 - 15,0	68,1	67,5 - 69,1	16,6	16,2 - 17,6
41	Arménie	66,7	65,0	64,4 - 65,9	14,5	14,2 - 15,5	68,3	67,6 - 69,3	15,5	15,1 - 16,5
42	Slovaquie	66,6	63,5	63,2 - 64,0	12,7	12,6 - 13,1	69,7	69,4 - 70,3	16,0	15,9 - 16,7
43	Saint-Vincent-et-Grenadines	66,4	65,0	63,8 - 66,2	15,9	15,2 - 16,7	67,8	66,4 - 69,0	16,7	15,9 - 17,5
44	Géorgie	66,3	63,1	62,2 - 64,0	13,8	13,5 - 14,6	69,4	68,7 - 70,3	16,6	16,2 - 17,4
45	Pologne	66,2	62,3	61,6 - 63,0	12,5	12,1 - 13,1	70,1	69,7 - 70,7	16,6	16,4 - 17,3
46	Yougoslavie	66,1	64,2	63,1 - 65,3	15,1	14,4 - 15,7	68,1	66,9 - 69,2	17,5	16,8 - 18,1
47	Panama	66,0	64,9	63,6 - 66,1	17,3	16,4 - 18,1	67,2	65,9 - 68,5	17,4	16,5 - 18,3
48	Antigua-et-Barbuda	65,8	63,4	62,0 - 64,6	14,4	13,7 - 15,2	68,3	66,9 - 69,6	16,8	15,9 - 17,6
49	Grenade	65,5	62,4	61,1 - 63,6	14,1	13,5 - 14,8	68,5	67,2 - 69,7	16,9	16,2 - 17,7
50	Emirats arabes unis	65,4	65,0	64,0 - 65,9	11,7	10,9 - 12,5	65,8	64,6 - 67,0	12,6	11,8 - 13,5

				DISTRIBUTION ^b			
Années de vie en incapacité attendues à la naissance		Pourcentage de la durée de vie vécue en incapacité		Egalité de la survie des enfants ^c			
Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Rangs	Etats Membres	Indices	Intervalles d'incertitude
5,7	7,1	7,3	8,4	1	Chili	0,999	0,999 - 0,999
6,0	6,7	7,8	8,1	2	Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord	0,999	0,999 - 0,999
5,6	6,7	7,5	8,0	3	Japon	0,999	0,999 - 0,999
5,9	7,0	7,7	8,5	4	Norvège	0,999	0,999 - 0,999
5,5	6,4	7,3	7,7	5	Pologne	0,999	0,999 - 0,999
5,4	6,7	7,1	8,2	6	Grèce	0,979	0,962 - 0,996
5,0	5,9	6,7	7,4	7	Israël	0,979	0,961 - 0,996
6,1	7,5	8,1	9,1	8	Autriche	0,978	0,959 - 0,996
6,2	7,3	8,3	8,7	9	Saint-Marin	0,978	0,961 - 0,995
6,1	7,0	8,0	8,5	10	Suisse	0,978	0,959 - 0,996
5,8	7,0	7,7	8,6	11	Espagne	0,978	0,960 - 0,996
6,2	7,8	8,1	9,6	12	France	0,978	0,961 - 0,996
5,4	6,7	7,2	8,2	13	Irlande	0,978	0,960 - 0,995
5,0	6,0	6,7	7,5	14	Italie	0,978	0,960 - 0,996
6,3	7,6	8,4	9,2	15	Pays-Bas	0,978	0,960 - 0,995
5,8	6,7	7,8	8,2	16	Nouvelle-Zélande	0,978	0,961 - 0,996
5,6	6,0	7,5	7,4	17	Australie	0,977	0,959 - 0,996
6,5	7,2	8,7	8,8	18	Canada	0,977	0,959 - 0,995
6,8	8,1	9,0	10,0	19	République tchèque	0,977	0,958 - 0,995
6,2	7,0	8,4	8,6	20	Allemagne	0,977	0,959 - 0,995
7,3	8,3	9,6	10,3	21	Danemark	0,977	0,958 - 0,996
6,3	6,6	8,6	8,3	22	Luxembourg	0,977	0,958 - 0,995
7,1	8,3	9,3	10,4	23	Slovénie	0,977	0,958 - 0,995
6,3	7,0	8,6	8,8	24	Islande	0,976	0,954 - 0,996
6,1	7,9	8,2	10,0	25	Andorre	0,975	0,953 - 0,996
6,8	8,0	9,2	10,0	26	Belgique	0,975	0,956 - 0,994
5,8	6,6	8,0	8,4	27	Finlande	0,975	0,952 - 0,996
5,7	6,6	7,9	8,4	28	Suède	0,975	0,953 - 0,996
6,1	6,8	8,4	8,6	29	Singapour	0,971	0,946 - 0,995
7,7	9,6	10,2	11,8	30	Monaco	0,970	0,946 - 0,994
6,8	8,1	9,2	10,2	31	Chypre	0,968	0,944 - 0,993
7,4	8,6	10,1	10,8	32	Etats-Unis d'Amérique	0,966	0,950 - 0,983
6,2	8,0	8,4	10,3	33	Croatie	0,962	0,932 - 0,992
6,7	7,6	9,4	9,6	34	Portugal	0,959	0,928 - 0,993
6,3	7,5	8,8	9,5	35	Dominique	0,953	0,917 - 0,990
8,4	9,5	11,2	12,3	36	Barbade	0,947	0,906 - 0,988
6,4	7,9	9,1	10,2	37	République de Corée	0,947	0,906 - 0,989
6,0	6,6	8,7	8,6	38	Malte	0,946	0,903 - 0,989
6,8	8,2	9,6	10,6	39	Slovaquie	0,945	0,902 - 0,988
9,0	10,8	12,1	13,7	40	Hongrie	0,941	0,894 - 0,987
7,3	8,8	10,1	11,4	41	Cuba	0,938	0,890 - 0,987
5,4	7,0	7,8	9,1	42	Brunéi Darussalam	0,936	0,886 - 0,986
6,8	7,4	9,5	9,8	43	Estonie	0,934	0,883 - 0,985
6,3	7,3	9,1	9,5	44	Colombie	0,912	0,873 - 0,952
5,6	6,5	8,2	8,5	45	Costa Rica	0,906	0,835 - 0,979
7,6	8,2	10,6	10,8	46	Bélarus	0,905	0,834 - 0,979
7,8	8,6	10,7	11,4	47	Ukraine	0,905	0,833 - 0,979
8,0	8,5	11,2	11,1	48	Lituanie	0,903	0,830 - 0,978
6,7	7,4	9,7	9,7	49	Malaisie	0,901	0,825 - 0,978
7,3	9,8	10,0	13,0	50	Philippines	0,892	0,856 - 0,928

Tableau 5 de l'annexe Résultats sanitaires (niveau et distribution de la santé) dans l'ensemble des Etats Membres, estimations pour 1997 et 1999

Rangs	Etats Membres	NIVEAU ^a								
		Espérance de vie corrigée de l'incapacité (années)								
		Population totale à la naissance	Hommes				Femmes			
			A la naissance	Intervalles d'incertitude	A l'âge de 60 ans	Intervalles d'incertitude	A la naissance	Intervalles d'incertitude	A l'âge de 60 ans	Intervalles d'incertitude
51	République de Corée	65,0	62,3	61,6 - 63,1	12,1	11,6 - 12,7	67,7	66,7 - 68,7	15,2	14,5 - 15,8
52	Venezuela (République bolivarienne du)	65,0	62,9	62,4 - 63,6	13,4	13,1 - 14,2	67,1	66,5 - 68,1	15,7	15,2 - 16,7
53	Barbade	65,0	62,4	61,2 - 63,8	14,5	13,8 - 15,8	67,6	66,9 - 68,7	16,6	15,8 - 17,9
54	Sainte-Lucie	65,0	62,4	61,1 - 63,6	14,1	13,5 - 14,8	67,6	66,4 - 68,7	15,8	15,2 - 16,5
55	Mexique	65,0	62,4	61,6 - 63,3	14,7	14,4 - 15,6	67,6	67,1 - 68,5	16,8	16,4 - 17,9
56	Bosnie-Herzégovine	64,9	63,4	62,3 - 64,5	13,3	12,7 - 14,1	66,4	65,2 - 67,5	15,3	14,5 - 15,9
57	Trinité-et-Tobago	64,6	62,8	62,2 - 63,5	12,0	11,8 - 12,6	66,4	65,9 - 67,1	13,9	13,7 - 14,6
58	Arabie saoudite	64,5	65,1	64,3 - 65,9	12,7	12,1 - 13,4	64,0	62,6 - 65,2	12,8	12,2 - 13,5
59	Brunéi Darussalam	64,4	63,4	63,0 - 64,5	12,4	12,0 - 13,6	65,4	64,7 - 66,9	12,6	11,9 - 14,4
60	Bulgarie	64,4	61,2	60,8 - 61,6	12,2	12,0 - 12,7	67,7	67,4 - 68,3	15,1	14,8 - 15,7
61	Bahreïn	64,4	63,9	63,0 - 64,8	11,6	11,0 - 12,3	64,9	63,8 - 66,0	12,6	11,8 - 13,3
62	Hongrie	64,1	60,4	59,6 - 61,2	11,7	11,4 - 12,3	67,9	67,5 - 68,5	15,5	15,3 - 16,3
63	Lituanie	64,1	60,6	59,7 - 61,6	13,4	13,1 - 14,2	67,5	66,9 - 68,3	16,2	15,9 - 17,0
64	Ex-République yougoslave de Macédoine	63,7	61,8	61,2 - 62,6	11,7	11,4 - 12,5	65,6	65,1 - 66,5	13,5	13,2 - 14,3
65	Azerbaïdjan	63,7	60,6	59,9 - 61,4	12,7	12,4 - 13,5	66,7	66,1 - 67,7	15,7	15,4 - 16,7
66	Qatar	63,5	64,2	63,4 - 65,1	10,8	10,1 - 11,4	62,8	61,2 - 64,3	10,2	8,9 - 11,3
67	Iles Cook	63,4	62,2	61,0 - 63,4	12,2	11,5 - 12,8	64,5	63,1 - 65,9	13,7	13,0 - 14,5
68	Koweït	63,2	63,0	61,6 - 64,3	11,1	10,2 - 12,0	63,4	61,6 - 65,1	11,8	10,6 - 12,9
69	Estonie	63,1	58,1	57,3 - 59,0	11,2	10,9 - 11,9	68,1	67,4 - 69,0	15,8	15,5 - 16,6
70	Ukraine	63,0	58,5	58,1 - 59,0	11,5	11,4 - 12,0	67,5	67,1 - 68,0	15,5	15,3 - 16,1
71	Paraguay	63,0	60,7	59,2 - 62,0	14,2	13,3 - 15,1	65,3	63,9 - 66,7	16,0	15,1 - 17,0
72	Oman	63,0	61,8	60,8 - 62,8	10,6	9,9 - 11,3	64,1	62,8 - 65,3	12,1	11,2 - 12,8
73	Turquie	62,9	64,0	62,9 - 65,0	16,2	15,5 - 16,8	61,8	60,6 - 63,0	15,2	14,6 - 15,9
74	Colombie	62,9	60,3	60,2 - 61,5	13,5	12,7 - 14,2	65,5	64,2 - 66,7	15,4	14,6 - 16,2
75	Tonga	62,9	61,4	60,2 - 62,6	11,5	10,9 - 12,2	64,3	62,9 - 65,6	13,3	12,6 - 14,1
76	Sri Lanka	62,8	59,3	58,3 - 60,3	12,7	12,1 - 13,4	66,3	65,2 - 67,4	16,0	15,4 - 16,7
77	Suriname	62,7	60,2	58,9 - 61,4	14,4	13,8 - 15,2	65,2	64,0 - 66,5	15,5	14,6 - 16,3
78	Maurice	62,7	59,0	57,9 - 60,2	10,2	9,8 - 11,2	66,3	65,7 - 67,3	13,5	13,2 - 14,4
79	République dominicaine	62,5	62,1	60,7 - 63,6	17,1	16,1 - 18,2	62,9	61,8 - 63,7	16,1	15,2 - 16,8
80	Roumanie	62,3	58,8	58,4 - 59,2	12,0	11,8 - 12,6	65,8	65,4 - 66,5	14,6	14,3 - 15,3
81	Chine	62,3	61,2	60,7 - 62,0	11,6	11,3 - 12,3	63,3	62,8 - 64,2	13,5	13,2 - 14,4
82	Lettonie	62,2	57,1	55,9 - 58,2	11,4	11,0 - 12,2	67,2	66,4 - 68,2	15,9	15,5 - 16,7
83	Bélarus	61,7	56,2	55,4 - 57,1	10,1	9,8 - 10,8	67,2	66,7 - 68,0	15,1	14,8 - 15,9
84	Algérie	61,6	62,5	61,4 - 63,5	12,9	12,3 - 13,6	60,7	59,4 - 62,0	12,0	11,3 - 12,6
85	Nioué	61,6	61,0	59,2 - 62,6	12,2	11,7 - 13,3	62,2	60,4 - 63,8	13,2	12,7 - 15,2
86	Saint-Kitts-et-Nevis	61,6	58,7	57,4 - 59,9	12,8	12,2 - 13,3	64,4	63,2 - 65,6	14,3	13,7 - 15,0
87	El Salvador	61,5	58,6	57,4 - 59,7	13,9	13,1 - 14,6	64,5	63,2 - 65,7	15,8	14,9 - 16,6
88	République de Moldova	61,5	58,5	58,0 - 59,0	10,7	10,6 - 11,2	64,5	64,0 - 65,2	13,0	12,8 - 13,7
89	Malaisie	61,4	61,3	60,2 - 62,1	9,7	9,2 - 10,2	61,6	60,5 - 62,7	9,7	9,1 - 10,3
90	Tunisie	61,4	62,0	61,2 - 62,9	11,2	10,8 - 11,7	60,7	59,7 - 61,8	10,3	9,8 - 10,8
91	Fédération de Russie	61,3	56,1	55,4 - 56,9	10,5	10,3 - 11,2	66,4	65,8 - 67,2	14,9	14,6 - 15,7
92	Honduras	61,1	60,0	58,8 - 61,2	15,0	14,2 - 15,7	62,3	61,1 - 63,5	14,4	13,5 - 15,1
93	Equateur	61,0	59,9	58,9 - 60,9	12,6	11,9 - 13,2	62,1	61,1 - 63,3	12,9	12,3 - 13,7
94	Belize	60,9	58,5	56,9 - 60,1	13,6	12,7 - 14,4	63,3	61,5 - 65,0	15,2	14,3 - 16,2
95	Liban	60,6	61,2	60,2 - 62,2	10,1	9,6 - 10,6	60,1	58,8 - 61,2	9,2	8,7 - 9,7
96	Iran (République islamique d')	60,5	61,3	60,2 - 62,3	11,9	11,3 - 12,5	59,8	58,6 - 61,1	10,9	10,2 - 11,6
97	Samoa	60,5	58,7	57,5 - 59,8	9,5	9,0 - 10,1	62,3	60,9 - 63,6	12,3	11,7 - 13,0
98	Guyana	60,2	57,1	55,8 - 58,6	15,4	14,5 - 16,4	63,3	61,9 - 64,7	16,8	15,8 - 17,8
99	Thaïlande	60,2	58,4	57,1 - 59,6	13,7	12,9 - 14,5	62,1	60,9 - 63,3	13,9	13,1 - 14,7
100	Ouzbékistan	60,2	58,0	57,4 - 58,8	11,5	11,3 - 12,2	62,3	61,6 - 63,1	13,4	13,1 - 14,3
101	Jordanie	60,0	60,7	59,8 - 61,5	9,5	9,1 - 10,0	59,3	58,2 - 60,4	8,9	8,5 - 9,4
102	Albanie	60,0	56,5	55,8 - 57,4	10,1	9,9 - 10,9	63,4	62,7 - 64,4	13,9	13,6 - 14,7

				DISTRIBUTION ^b			
Années de vie en incapacité attendues à la naissance		Pourcentage de la durée de vie vécue en incapacité		Egalité de la survie des enfants ^c			
Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Rangs	Etats Membres	Indices	Intervalles d'incertitude
6,4	8,3	9,3	10,9	51	Nauru	0,884	0,797 - 0,972
8,1	9,0	11,4	11,8	52	Kazakhstan	0,880	0,877 - 0,989
10,3	10,2	14,2	13,1	53	Bulgarie	0,877	0,786 - 0,970
6,5	7,3	9,4	9,8	54	Koweït	0,876	0,784 - 0,971
8,6	9,6	12,2	12,4	55	Qatar	0,874	0,781 - 0,969
7,9	8,6	11,0	11,5	56	Lettonie	0,872	0,776 - 0,967
5,9	7,0	8,5	9,5	57	Paraguay	0,871	0,821 - 0,917
5,8	8,7	8,2	12,0	58	Antigua-et-Barbuda	0,861	0,759 - 0,963
10,9	14,3	14,6	18,0	59	Oman	0,861	0,757 - 0,964
6,3	7,1	9,3	9,4	60	Argentine	0,859	0,756 - 0,962
6,8	8,7	9,7	11,8	61	Géorgie	0,859	0,755 - 0,963
5,9	7,2	9,0	9,6	62	Emirats arabes unis	0,858	0,749 - 0,964
6,4	10,4	9,5	13,3	63	Arménie	0,858	0,756 - 0,962
8,0	8,5	11,4	11,5	64	République de Moldova	0,858	0,757 - 0,962
7,2	8,6	10,6	11,4	65	Mexique	0,858	0,810 - 0,906
7,4	11,8	10,3	15,8	66	Palaos	0,858	0,755 - 0,962
7,0	8,8	10,1	12,0	67	Bahamas	0,857	0,753 - 0,961
8,9	11,9	12,4	15,8	68	Uruguay	0,856	0,730 - 0,969
6,3	7,2	9,8	9,5	69	Fédération de Russie	0,852	0,746 - 0,960
5,8	6,9	9,1	9,3	70	Arabie saoudite	0,847	0,736 - 0,958
8,9	8,8	12,9	11,8	71	Fidji	0,846	0,737 - 0,957
8,6	9,7	12,2	13,1	72	Bahrein	0,845	0,734 - 0,956
5,7	8,1	8,2	11,6	73	Seychelles	0,845	0,734 - 0,957
7,8	8,6	11,5	11,6	74	Thaïlande	0,845	0,786 - 0,908
6,8	8,6	10,0	11,8	75	Trinité-et-Tobago	0,844	0,774 - 0,915
6,5	7,1	9,9	9,7	76	Venezuela (République bolivarienne du)	0,840	0,726 - 0,953
7,9	8,3	11,6	11,3	77	Maurice	0,837	0,723 - 0,952
7,7	7,7	11,6	10,4	78	Roumanie	0,837	0,722 - 0,953
9,2	9,9	12,9	13,6	79	Bosnie-Herzégovine	0,834	0,720 - 0,950
6,4	7,6	9,8	10,4	80	Sri Lanka	0,833	0,716 - 0,949
6,9	8,0	10,2	11,2	81	Samoa	0,830	0,710 - 0,948
6,5	7,4	10,2	9,9	82	Grenade	0,829	0,711 - 0,949
6,2	7,3	9,9	9,9	83	Jordanie	0,824	0,704 - 0,945
5,7	8,1	8,4	11,7	84	Tonga	0,823	0,702 - 0,946
7,3	8,7	10,7	12,2	85	Ex-République yougoslave de Macédoine	0,821	0,700 - 0,944
6,3	6,8	9,7	9,5	86	Sainte-Lucie	0,818	0,696 - 0,940
8,3	8,5	12,4	11,6	87	Jamaïque	0,811	0,686 - 0,936
6,3	7,4	9,7	10,3	88	Liban	0,810	0,685 - 0,938
6,3	8,3	9,4	11,9	89	Saint-Vincent-et-Grenadines	0,808	0,682 - 0,934
5,0	7,2	7,4	10,6	90	Yougoslavie	0,807	0,682 - 0,936
6,6	7,6	10,5	10,3	91	Saint-Kitts-et-Nevis	0,806	0,679 - 0,935
8,2	8,5	12,0	12,0	92	Iles Cook	0,805	0,662 - 0,942
7,5	8,2	11,1	11,6	93	Panama	0,804	0,675 - 0,936
11,1	11,6	15,9	15,5	94	Suriname	0,798	0,668 - 0,929
5,1	7,2	7,7	10,7	95	Belize	0,796	0,665 - 0,927
5,5	8,1	8,2	11,9	96	Nicaragua	0,796	0,755 - 0,839
6,7	8,4	10,2	11,9	97	République dominicaine	0,789	0,723 - 0,854
8,4	8,9	12,9	12,3	98	Zimbabwe	0,785	0,718 - 0,856
7,6	8,3	11,6	11,8	99	Azerbaïdjan	0,784	0,649 - 0,920
7,7	8,9	11,7	12,6	100	Nioué	0,783	0,649 - 0,921
5,6	8,2	8,4	12,1	101	Chine	0,782	0,648 - 0,918
8,6	9,3	13,3	12,8	102	Jamahiriya arabe libyenne	0,782	0,647 - 0,919

Tableau 5 de l'annexe Résultats sanitaires (niveau et distribution de la santé) dans l'ensemble des Etats Membres, estimations pour 1997 et 1999

Rangs	Etats Membres	NIVEAU ^a								
		Espérance de vie corrigée de l'incapacité (années)								
		Population totale à la naissance	Hommes				Femmes			
	A la naissance	Intervalles d'incertitude	A l'âge de 60 ans	Intervalles d'incertitude	A la naissance	Intervalles d'incertitude	A l'âge de 60 ans	Intervalles d'incertitude		
103	Indonésie	59,7	58,8	57,5 - 60,1	16,3	15,3 - 17,2	60,6	59,3 - 61,8	15,8	15,0 - 16,6
104	Micronésie (Etats fédérés de)	59,6	58,7	57,2 - 60,0	11,1	10,4 - 11,8	60,6	59,0 - 62,0	11,5	10,7 - 12,4
105	Pérou	59,4	58,0	56,9 - 59,0	12,3	11,7 - 13,0	60,8	59,6 - 62,0	13,1	12,3 - 13,9
106	Fidji	59,4	57,7	56,1 - 59,1	8,3	8,0 - 9,1	61,1	59,8 - 62,3	9,8	9,5 - 10,8
107	Jamahiriya arabe libyenne	59,3	59,7	58,7 - 60,7	9,7	9,2 - 10,2	58,9	57,6 - 60,2	9,3	8,7 - 10,0
108	Seychelles	59,3	56,4	55,7 - 57,3	8,6	8,3 - 9,4	62,1	61,5 - 63,0	11,7	11,4 - 12,4
109	Bahamas	59,1	56,7	55,1 - 58,1	11,3	10,5 - 12,1	61,6	59,9 - 63,4	13,0	12,0 - 14,0
110	Maroc	59,1	58,7	57,9 - 59,6	11,5	11,0 - 12,0	59,4	58,4 - 60,4	11,4	10,8 - 12,0
111	Brésil	59,1	55,2	54,4 - 56,1	11,8	11,5 - 12,7	62,9	62,2 - 63,9	14,8	14,4 - 15,8
112	Palaos	59,0	57,4	56,1 - 58,5	8,0	7,5 - 8,5	60,7	59,2 - 61,9	9,7	9,1 - 10,4
113	Philippines	58,9	57,1	56,0 - 58,1	10,3	9,7 - 10,9	60,7	59,4 - 61,9	12,4	11,6 - 13,1
114	République arabe syrienne	58,8	58,8	57,7 - 59,9	9,7	9,2 - 10,2	58,9	57,6 - 60,2	10,0	9,4 - 10,6
115	Egypte	58,5	58,6	57,7 - 59,5	11,8	11,2 - 12,2	58,3	57,1 - 59,6	11,7	11,1 - 12,4
116	Viet Nam	58,2	56,7	55,6 - 57,9	9,7	9,1 - 10,4	59,6	58,4 - 60,9	10,8	10,1 - 11,5
117	Nicaragua	58,1	56,4	55,3 - 57,4	11,1	10,4 - 11,8	59,9	58,7 - 61,1	12,5	11,7 - 13,2
118	Cap-Vert	57,6	54,6	53,0 - 56,2	11,4	10,6 - 12,3	60,6	58,8 - 62,4	15,3	14,2 - 16,4
119	Tuvalu	57,4	57,1	55,7 - 58,3	10,3	9,7 - 10,9	57,6	56,2 - 58,8	9,4	8,8 - 10,0
120	Tadjikistan	57,3	55,1	53,5 - 56,5	12,3	11,4 - 13,2	59,4	57,9 - 60,9	15,6	14,7 - 16,4
121	Iles Marshall	56,8	56,0	54,4 - 57,4	10,7	10,0 - 11,4	57,6	55,9 - 59,0	11,1	10,3 - 12,0
122	Kazakhstan	56,4	51,5	50,9 - 52,2	8,8	8,7 - 9,5	61,2	60,8 - 62,0	13,1	12,8 - 13,9
123	Kirghizistan	56,3	53,4	52,6 - 54,2	9,6	9,4 - 10,4	59,1	58,3 - 60,1	12,4	12,1 - 13,3
124	Pakistan	55,9	55,0	53,8 - 56,3	11,3	10,5 - 12,1	56,8	54,6 - 57,9	12,6	11,9 - 13,2
125	Kiribati	55,3	53,9	52,4 - 55,3	9,4	8,7 - 10,1	56,6	55,0 - 58,0	11,0	10,3 - 11,7
126	Iraq	55,3	55,4	54,4 - 56,4	9,2	8,7 - 9,8	55,1	53,9 - 56,2	8,2	7,6 - 8,8
127	Iles Salomon	54,9	54,5	53,0 - 55,8	8,8	8,2 - 9,5	55,3	53,7 - 56,7	9,2	8,6 - 9,9
128	Turkménistan	54,3	51,9	50,6 - 53,3	9,0	8,7 - 10,0	56,7	55,3 - 58,0	10,9	10,6 - 11,8
129	Guatemala	54,3	52,1	51,1 - 53,1	9,1	8,6 - 9,8	56,4	55,4 - 57,5	10,1	9,5 - 10,7
130	Maldives	53,9	54,4	53,0 - 55,9	12,1	11,3 - 13,0	53,3	51,8 - 54,7	11,5	10,8 - 12,2
131	Mongolie	53,8	51,3	49,7 - 52,7	11,8	11,0 - 14,4	56,3	54,7 - 57,7	14,3	13,4 - 15,1
132	Sao Tomé-et-Principe	53,5	52,1	51,1 - 53,3	11,4	11,1 - 12,5	54,8	53,8 - 55,8	11,7	11,4 - 12,6
133	Bolivie	53,3	52,5	51,3 - 53,7	11,6	10,9 - 12,3	54,1	52,8 - 55,2	11,2	10,6 - 11,9
134	Inde	53,2	52,8	52,1 - 53,5	10,6	10,4 - 11,3	53,5	52,8 - 54,3	12,1	11,8 - 12,8
135	Vanuatu	52,8	51,3	49,8 - 52,7	8,0	7,4 - 8,6	54,4	52,8 - 55,8	9,2	8,5 - 9,8
136	Nauru	52,5	49,8	48,7 - 50,9	3,6	3,1 - 4,0	55,1	53,8 - 56,2	5,9	5,4 - 6,4
137	République populaire démocratique de Corée	52,3	51,4	49,8 - 53,1	9,6	8,7 - 10,6	53,1	51,3 - 55,0	11,6	10,7 - 12,6
138	Bhoutan	51,8	51,4	50,0 - 52,7	11,4	10,7 - 12,0	52,2	50,7 - 53,6	12,6	12,0 - 13,3
139	Myanmar	51,6	51,4	50,0 - 52,6	12,5	11,7 - 13,3	51,9	50,5 - 53,2	12,3	11,6 - 12,9
140	Bangladesh	49,9	50,1	48,7 - 51,3	9,9	9,2 - 10,5	49,8	48,3 - 51,2	10,5	9,8 - 11,1
141	Yémen	49,7	49,7	48,1 - 51,1	8,5	7,9 - 9,2	49,7	48,2 - 51,1	8,2	7,5 - 8,8
142	Népal	49,5	49,4	48,1 - 50,7	10,3	9,6 - 10,9	49,5	48,2 - 50,9	10,0	9,4 - 10,7
143	Gambie	48,3	47,2	46,3 - 48,2	9,9	9,3 - 10,6	49,4	48,4 - 50,4	11,7	11,2 - 12,4
144	Gabon	47,8	46,6	45,4 - 47,6	10,3	9,8 - 10,8	49,0	47,8 - 50,1	12,3	11,8 - 12,8
145	Papouasie-Nouvelle-Guinée	47,0	45,5	44,3 - 46,8	8,2	7,5 - 8,9	48,5	47,1 - 49,8	8,7	8,0 - 9,4
146	Comores	46,8	46,1	45,1 - 47,1	8,9	8,3 - 9,6	47,5	46,5 - 48,5	9,8	9,4 - 10,4
147	République démocratique populaire lao	46,1	45,0	43,5 - 46,5	8,9	8,0 - 9,7	47,1	45,5 - 48,6	8,8	7,9 - 9,6
148	Cambodge	45,7	43,9	42,6 - 45,1	7,4	6,6 - 8,2	47,5	46,1 - 48,9	9,3	8,7 - 10,0
149	Ghana	45,5	45,0	43,8 - 46,2	9,9	9,3 - 10,6	46,0	44,8 - 47,2	10,2	9,6 - 10,8
150	Congo	45,1	44,3	43,1 - 45,5	10,7	10,0 - 11,3	45,9	44,6 - 47,1	12,8	12,2 - 13,4
151	Sénégal	44,6	43,5	42,5 - 44,5	8,8	8,1 - 9,5	45,6	44,6 - 46,7	11,3	10,6 - 11,9
152	Guinée équatoriale	44,1	42,8	41,7 - 43,9	9,4	8,9 - 10	45,4	44,4 - 46,6	11,0	10,5 - 11,7
153	Haiti	43,8	42,4	41,0 - 43,6	7,4	6,8 - 8,0	45,2	43,7 - 46,7	8,0	7,3 - 8,7
154	Soudan	43,0	42,6	41,2 - 43,7	5,6	5,1 - 6,0	43,5	42,1 - 44,6	6,0	5,6 - 6,5
155	Côte d'Ivoire	42,8	42,2	41,2 - 43,3	11,9	11,5 - 12,5	43,3	42,3 - 44,4	12,7	12,2 - 13,2

				DISTRIBUTION ^b			
Années de vie en incapacité attendues à la naissance		Pourcentage de la durée de vie vécue en incapacité		Egalité de la survie des enfants ^c			
Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Rangs	Etats Membres	Indices	Intervalles d'incertitude
7,8	8,4	11,7	12,2	103	Pérou	0,779	0,745 - 0,812
7,8	9,5	11,7	13,5	104	Viet Nam	0,779	0,643 - 0,918
7,6	8,2	11,6	11,9	105	Sénégal	0,773	0,713 - 0,831
6,3	8,1	9,8	11,7	106	Guatemala	0,764	0,716 - 0,813
5,3	8,1	8,2	12,1	107	République arabe syrienne	0,764	0,624 - 0,905
8,4	8,4	13,0	11,9	108	Brésil	0,762	0,702 - 0,823
10,3	12,0	15,4	16,3	109	Turquie	0,759	0,616 - 0,902
6,4	7,4	9,8	11,0	110	Algérie	0,753	0,607 - 0,897
8,5	8,8	13,3	12,3	111	Maroc	0,748	0,685 - 0,809
7,1	9,0	11,0	13,0	112	Micronésie (Etats fédérés de)	0,747	0,602 - 0,893
7,1	8,7	11,0	12,5	113	Iran (République islamique d')	0,745	0,600 - 0,891
5,8	8,2	8,9	12,3	114	Tunisie	0,744	0,678 - 0,817
5,6	7,5	8,8	11,4	115	El Salvador	0,741	0,596 - 0,887
8,0	9,2	12,3	13,3	116	Tuvalu	0,732	0,584 - 0,881
8,4	8,9	13,0	13,0	117	Iles Salomon	0,728	0,585 - 0,873
9,6	11,2	15,0	15,5	118	Bolivie	0,725	0,661 - 0,792
6,8	7,9	10,6	12,1	119	Honduras	0,723	0,575 - 0,873
10,1	10,6	15,5	15,2	120	Iles Marshall	0,712	0,562 - 0,866
7,9	9,5	12,4	14,2	121	Kiribati	0,706	0,556 - 0,860
7,2	8,7	12,3	12,4	122	Kirghizistan	0,699	0,545 - 0,856
8,2	9,9	13,3	14,3	123	Cap-Vert	0,694	0,543 - 0,848
7,6	8,2	12,1	12,6	124	Tadjikistan	0,694	0,540 - 0,850
7,4	8,9	12,1	13,6	125	Bangladesh	0,692	0,626 - 0,763
6,2	7,7	10,0	12,2	126	Guyana	0,691	0,537 - 0,846
7,5	8,7	12,2	13,7	127	Vanuatu	0,686	0,537 - 0,837
9,1	8,6	14,9	13,2	128	Afrique du Sud	0,685	0,531 - 0,840
8,1	8,3	13,4	12,8	129	Albanie	0,684	0,536 - 0,832
8,9	9,3	14,0	14,9	130	Iraq	0,684	0,535 - 0,832
7,7	8,5	13,0	13,1	131	Turkménistan	0,684	0,528 - 0,843
10,0	10,1	16,1	15,5	132	Bénin	0,680	0,594 - 0,763
8,3	8,1	13,6	13,1	133	Equateur	0,679	0,590 - 0,772
6,8	7,7	11,3	12,5	134	Maldives	0,671	0,518 - 0,826
7,4	8,6	12,7	13,7	135	Kenya	0,660	0,595 - 0,723
6,6	8,1	11,6	12,9	136	Gabon	0,656	0,501 - 0,810
6,6	7,6	11,3	12,5	137	Burkina Faso	0,654	0,576 - 0,731
8,2	8,7	13,8	14,2	138	Ouganda	0,653	0,572 - 0,732
7,1	7,4	12,1	12,4	139	Sao Tomé-et-Principe	0,650	0,500 - 0,803
7,4	8,3	12,9	14,3	140	Swaziland	0,645	0,489 - 0,801
7,6	8,3	13,2	14,3	141	Egypte	0,643	0,598 - 0,688
7,9	8,3	13,7	14,3	142	Congo	0,635	0,480 - 0,792
8,8	9,5	15,7	16,1	143	Comores	0,633	0,521 - 0,753
8,0	8,5	14,6	14,8	144	Ouzbékistan	0,632	0,530 - 0,731
7,8	8,1	14,7	14,3	145	République populaire démocratique de Corée	0,631	0,478 - 0,785
9,9	10,6	17,7	18,3	146	Botswana	0,624	0,472 - 0,776
9,0	9,5	16,6	16,7	147	République démocratique populaire lao	0,624	0,464 - 0,789
8,3	7,9	15,8	14,2	148	Mongolie	0,624	0,467 - 0,784
9,2	9,6	16,9	17,2	149	Ghana	0,610	0,513 - 0,711
9,3	9,3	17,4	16,9	150	Cambodge	0,606	0,450 - 0,763
10,0	10,6	18,7	18,8	151	Guinée équatoriale	0,604	0,448 - 0,762
8,6	9,9	16,7	17,9	152	Haiti	0,602	0,500 - 0,704
8,2	9,8	16,2	17,8	153	Inde	0,601	0,578 - 0,622
10,5	11,2	19,8	20,5	154	Burundi	0,599	0,490 - 0,699
5,1	5,0	10,8	10,3	155	Gambie	0,599	0,446 - 0,755

Tableau 5 de l'annexe Résultats sanitaires (niveau et distribution de la santé) dans l'ensemble des Etats Membres, estimations pour 1997 et 1999

		NIVEAU ^a								
		Espérance de vie corrigée de l'incapacité (années)								
Rangs	Etats Membres	Population totale à la naissance	Hommes				Femmes			
			A la naissance	Intervalles d'incertitude	A l'âge de 60 ans	Intervalles d'incertitude	A la naissance	Intervalles d'incertitude	A l'âge de 60 ans	Intervalles d'incertitude
156	Cameroun	42,2	41,5	40,4 - 42,5	9,6	9,0 - 10,2	43,0	41,8 - 44,2	11,9	11,3 - 12,5
157	Bénin	42,2	41,9	40,9 - 42,9	9,6	9,0 - 10,3	42,6	41,5 - 43,6	10,6	9,9 - 11,2
158	Mauritanie	41,4	40,2	39,2 - 41,2	9,2	8,6 - 9,9	42,5	41,5 - 43,5	11,0	10,3 - 11,7
159	Togo	40,7	40,0	38,8 - 41,3	9,5	8,8 - 10,1	41,4	40,1 - 42,6	11,0	10,5 - 11,6
160	Afrique du Sud	39,8	38,6	37,7 - 39,5	6,8	6,4 - 7,3	41,0	39,9 - 42,1	9,3	8,9 - 9,8
161	Tchad	39,4	38,6	37,2 - 39,8	9,2	8,6 - 9,9	40,2	38,8 - 41,5	10,6	10,0 - 11,2
162	Kenya	39,3	39,0	37,9 - 40,2	9,2	8,6 - 13,4	39,6	38,4 - 41,0	12,0	11,5 - 12,5
163	Nigéria	38,3	38,1	36,9 - 39,2	8,7	8,1 - 9,4	38,4	37,1 - 39,6	10,1	9,5 - 10,7
164	Swaziland	38,1	37,8	36,5 - 39,0	8,1	7,7 - 8,6	38,4	36,9 - 39,9	9,5	9,0 - 10,0
165	Angola	38,0	37,0	35,7 - 38,1	8,9	8,3 - 9,6	38,9	37,7 - 40,0	10,8	10,1 - 11,4
166	Djibouti	37,9	37,7	36,2 - 38,8	6,9	6,4 - 7,4	38,1	36,6 - 39,3	7,9	7,6 - 8,2
167	Guinée	37,8	37,0	36,1 - 38,0	8,5	7,9 - 9,2	38,5	37,5 - 39,5	9,6	9,0 - 10,3
168	Afghanistan	37,7	36,7	34,9 - 38,5	7,9	7,0 - 8,8	38,7	36,9 - 40,5	7,9	7,2 - 8,7
169	Erythrée	37,7	38,5	37,6 - 39,5	8,2	7,6 - 8,7	36,9	35,9 - 37,9	7,9	7,4 - 8,4
170	Guinée-Bissau	37,2	36,8	35,6 - 37,9	9,1	8,5 - 13,4	37,5	36,4 - 38,6	10,0	9,4 - 10,6
171	Lesotho	36,9	36,6	35,3 - 38,0	9,9	9,3 - 10,4	37,2	35,7 - 38,7	11,3	10,8 - 11,9
172	Madagascar	36,6	36,5	35,5 - 37,4	6,7	6,1 - 7,2	36,8	35,7 - 37,7	6,6	6,0 - 7,2
173	Somalie	36,4	35,9	34,4 - 37,2	6,1	5,6 - 6,5	36,9	35,3 - 38,1	7,5	7,2 - 7,9
174	République démocratique du Congo	36,3	36,4	35,5 - 37,3	7,3	6,8 - 7,9	36,2	35,4 - 37,3	7,8	7,3 - 8,4
175	République centrafricaine	36,0	35,6	34,6 - 36,7	8,8	8,3 - 9,3	36,5	35,3 - 37,7	10,6	10,1 - 11,1
176	République-Unie de Tanzanie	36,0	35,9	35,1 - 36,8	7,8	7,2 - 8,4	36,1	35,2 - 37,1	9,2	8,7 - 9,8
177	Namibie	35,6	35,8	34,3 - 37,4	9,8	9,3 - 10,4	35,4	33,8 - 37,4	12,1	11,5 - 12,6
178	Burkina Faso	35,5	35,3	34,1 - 36,6	7,9	7,3 - 8,5	35,7	34,4 - 37,0	9,1	8,5 - 9,8
179	Burundi	34,6	34,6	33,0 - 36,2	7,6	6,9 - 8,3	34,6	32,8 - 36,3	9,4	8,8 - 10,0
180	Mozambique	34,4	33,7	32,3 - 35,3	8,3	7,7 - 8,9	35,1	33,5 - 36,9	10,7	10,1 - 11,4
181	Libéria	34,0	33,8	32,7 - 34,9	7,3	6,7 - 8,0	34,2	33,1 - 35,3	8,3	7,7 - 8,9
182	Ethiopie	33,5	33,5	32,5 - 34,5	7,5	7,0 - 8,1	33,5	32,3 - 34,7	8,6	8,0 - 9,2
183	Mali	33,1	32,6	31,6 - 33,7	7,7	7,1 - 8,3	33,5	32,5 - 34,5	9,0	8,4 - 9,7
184	Zimbabwe	32,9	33,4	32,3 - 34,5	8,8	8,3 - 9,4	32,4	31,3 - 33,7	10,1	9,6 - 10,6
185	Rwanda	32,8	32,9	31,6 - 34,3	6,9	6,2 - 7,6	32,7	31,3 - 34,3	7,4	6,9 - 8,1
186	Ouganda	32,7	32,9	32,1 - 33,9	6,2	5,6 - 6,9	32,5	31,6 - 33,5	7,4	6,8 - 8,0
187	Botswana	32,3	32,3	31,7 - 32,9	6,1	5,6 - 6,6	32,2	31,6 - 33,0	9,7	9,3 - 10,0
188	Zambie	30,3	30,0	28,9 - 30,9	7,6	6,9 - 8,3	30,7	29,5 - 31,7	10,7	10,1 - 11,4
189	Malawi	29,4	29,3	28,3 - 30,2	6,8	6,2 - 7,5	29,4	28,4 - 30,4	8,3	7,7 - 8,9
190	Niger	29,1	28,1	27,1 - 29,0	6,6	5,8 - 7,4	30,1	29,0 - 31,1	9,6	8,8 - 10,6
191	Sierra Leone	25,9	25,8	24,5 - 26,8	6,0	5,4 - 6,7	26,0	24,8 - 27,1	6,0	5,3 - 6,7

^a 1999.

^b 1997.

^c Les chiffres en italiques sont basés sur des estimations.

Années de vie en incapacité attendues à la naissance				DISTRIBUTION ^b			
				Pourcentage de la durée de vie vécue en incapacité		Egalité de la survie des enfants ^c	
Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Rangs	Etats Membres	Indices	Intervalles d'incertitude
8,4	9,0	16,9	17,3	156	Indonésie	0,599	0,562 - 0,637
9,4	10,7	18,4	20,1	157	Papouasie-Nouvelle-Guinée	0,599	0,446 - 0,754
9,3	10,5	18,8	19,7	158	Bhoutan	0,598	0,445 - 0,752
8,9	9,4	18,2	18,6	159	Soudan	0,595	0,525 - 0,666
8,7	8,8	18,4	17,6	160	Cameroun	0,593	0,503 - 0,690
8,7	9,9	18,4	19,8	161	Népal	0,586	0,513 - 0,663
8,4	8,5	17,7	17,6	162	Myanmar	0,579	0,426 - 0,733
8,7	9,7	18,5	20,2	163	Mauritanie	0,573	0,415 - 0,732
8,0	8,4	17,5	17,9	164	Lesotho	0,570	0,418 - 0,724
9,3	10,2	20,0	20,7	165	Yémen	0,558	0,492 - 0,626
7,3	7,0	16,2	15,5	166	Guinée	0,549	0,392 - 0,707
9,2	10,4	19,9	21,2	167	Erythrée	0,544	0,390 - 0,702
8,5	8,4	18,9	17,9	168	Madagascar	0,544	0,459 - 0,630
8,2	9,6	17,5	20,6	169	Djibouti	0,543	0,389 - 0,698
8,2	9,5	18,1	20,2	170	Togo	0,535	0,463 - 0,603
7,5	8,0	17,0	17,7	171	Zambie	0,535	0,448 - 0,633
8,5	10,9	19,0	22,9	172	République-Unie de Tanzanie	0,530	0,448 - 0,611
8,2	7,8	18,6	17,4	173	Namibie	0,529	0,430 - 0,629
8,7	10,3	19,3	22,1	174	République démocratique du Congo	0,527	0,374 - 0,683
7,7	8,4	17,7	18,7	175	Tchad	0,520	0,368 - 0,675
8,5	9,5	19,1	20,8	176	Ethiopie	0,510	0,358 - 0,665
7,5	7,6	17,4	17,7	177	Guinée-Bissau	0,510	0,357 - 0,665
8,8	10,0	19,9	21,9	178	Angola	0,509	0,357 - 0,664
8,6	9,2	19,9	21,1	179	Somalie	0,495	0,341 - 0,650
8,1	8,9	19,3	20,3	180	Mali	0,489	0,428 - 0,556
8,7	10,7	20,4	23,8	181	Côte d'Ivoire	0,472	0,395 - 0,549
7,9	9,5	19,1	22,1	182	Afghanistan	0,470	0,317 - 0,625
8,7	10,5	21,0	23,8	183	Pakistan	0,460	0,395 - 0,526
7,5	7,6	18,4	18,9	184	Niger	0,457	0,374 - 0,540
8,4	9,6	20,3	22,6	185	Rwanda	0,437	0,356 - 0,526
9,0	9,9	21,4	23,4	186	Sierra Leone	0,433	0,278 - 0,591
7,2	7,1	18,2	18,0	187	Malawi	0,378	0,266 - 0,492
8,0	8,3	21,1	21,3	188	Nigéria	0,336	0,262 - 0,410
8,0	9,0	21,3	23,3	189	République centrafricaine	0,301	0,198 - 0,406
9,0	10,5	24,3	25,8	190	Mozambique	0,261	0,171 - 0,358
7,4	9,5	22,4	26,7	191	Libéria	0,245	0,136 - 0,364

Tableau 6 de l'annexe Réactivité des systèmes de santé (degré et distribution) dans l'ensemble des Etats Membres, indices OMS, estimations pour 1999^a

NIVEAU				DISTRIBUTION			
Rangs	Etats Membres	Indices	Intervalles d'incertitude	Rangs	Etats Membres	Indices	Intervalles d'incertitude
1	Etats-Unis d'Amérique	8,10	7,32 - 8,96	1	Emirats arabes unis	1,000	1,000 - 1,000
2	Suisse	7,44	6,79 - 8,13	2	Bulgarie	0,996	0,994 - 0,997
3	Luxembourg	7,37	6,73 - 8,06	3-38	Argentine	0,995	0,992 - 0,997
4	Danemark	7,12	6,55 - 7,73	3-38	Australie	0,995	0,993 - 0,997
5	Allemagne	7,10	6,52 - 7,72	3-38	Autriche	0,995	0,993 - 0,997
6	Japon	7,00	6,43 - 7,61	3-38	Bahamas	0,995	0,992 - 0,997
7-8	Canada	6,98	6,44 - 7,54	3-38	Bahreïn	0,995	0,992 - 0,997
7-8	Norvège	6,98	6,40 - 7,60	3-38	Barbade	0,995	0,993 - 0,997
9	Pays-Bas	6,92	6,38 - 7,49	3-38	Belgique	0,995	0,993 - 0,997
10	Suède	6,90	6,35 - 7,47	3-38	Brunéi Darussalam	0,995	0,993 - 0,997
11	Chypre	6,88	6,76 - 7,00	3-38	Canada	0,995	0,993 - 0,997
12-13	Australie	6,86	6,34 - 7,40	3-38	Danemark	0,995	0,993 - 0,997
12-13	Autriche	6,86	6,31 - 7,45	3-38	Finlande	0,995	0,993 - 0,997
14	Monaco	6,85	6,32 - 7,44	3-38	France	0,995	0,993 - 0,997
15	Islande	6,84	6,31 - 7,42	3-38	Allemagne	0,995	0,993 - 0,997
16-17	Belgique	6,82	6,29 - 7,39	3-38	Grèce	0,995	0,993 - 0,997
16-17	France	6,82	6,27 - 7,42	3-38	Islande	0,995	0,993 - 0,997
18	Bahamas	6,77	6,28 - 7,29	3-38	Irlande	0,995	0,993 - 0,997
19	Finlande	6,76	6,26 - 7,29	3-38	Israël	0,995	0,993 - 0,997
20-21	Israël	6,70	6,22 - 7,22	3-38	Italie	0,995	0,993 - 0,997
20-21	Singapour	6,70	6,16 - 7,25	3-38	Japon	0,995	0,993 - 0,997
22-23	Italie	6,65	6,13 - 7,20	3-38	Koweït	0,995	0,993 - 0,997
22-23	Nouvelle-Zélande	6,65	6,18 - 7,15	3-38	Luxembourg	0,995	0,993 - 0,997
24	Brunéi Darussalam	6,59	6,11 - 7,07	3-38	Malte	0,995	0,993 - 0,997
25	Irlande	6,52	6,03 - 7,02	3-38	Maurice	0,995	0,992 - 0,997
26-27	Qatar	6,51	6,02 - 7,00	3-38	Monaco	0,995	0,993 - 0,997
26-27	Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord	6,51	6,01 - 7,05	3-38	Pays-Bas	0,995	0,993 - 0,997
28	Andorre	6,44	5,97 - 6,93	3-38	Nouvelle-Zélande	0,995	0,993 - 0,997
29	Koweït	6,34	5,84 - 6,82	3-38	Norvège	0,995	0,993 - 0,997
30	Emirats arabes unis	6,33	6,24 - 6,41	3-38	Qatar	0,995	0,993 - 0,997
31	Malaisie	6,32	6,21 - 6,42	3-38	Saint-Kitts-et-Nevis	0,995	0,993 - 0,997
32	Saint-Marin	6,30	5,84 - 6,79	3-38	Saint-Marin	0,995	0,993 - 0,997
33	Thaïlande	6,23	6,11 - 6,35	3-38	Singapour	0,995	0,993 - 0,997
34	Espagne	6,18	5,74 - 6,63	3-38	Espagne	0,995	0,992 - 0,997
35	République de Corée	6,12	5,99 - 6,24	3-38	Suède	0,995	0,993 - 0,997
36	Grèce	6,05	5,63 - 6,48	3-38	Suisse	0,995	0,993 - 0,997
37	Slovénie	6,04	5,62 - 6,48	3-38	Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord	0,995	0,993 - 0,997
38	Portugal	6,00	5,58 - 6,44	3-38	Etats-Unis d'Amérique	0,995	0,993 - 0,997
39	Barbade	5,98	5,57 - 6,41	39-42	Andorre	0,994	0,992 - 0,996
40	Argentine	5,93	5,53 - 6,34	39-42	Antigua-et-Barbuda	0,994	0,992 - 0,996
41	Uruguay	5,87	5,47 - 6,28	39-42	Nauru	0,994	0,992 - 0,996
42	Nauru	5,83	5,41 - 6,25	39-42	Palaos	0,994	0,992 - 0,996
43-44	Bahreïn	5,82	5,38 - 6,24	43	République de Corée	0,992	0,990 - 0,994
43-44	Malte	5,82	5,42 - 6,24	44	Chypre	0,991	0,988 - 0,994
45	Chili	5,81	5,41 - 6,21	45-47	Bélarus	0,987	0,984 - 0,990
46	Mongolie	5,79	5,67 - 5,92	45-47	République tchèque	0,987	0,984 - 0,990
47-48	Antigua-et-Barbuda	5,78	5,37 - 6,17	45-47	Lituanie	0,987	0,984 - 0,990
47-48	République tchèque	5,78	5,38 - 6,19	48	Philippines	0,986	0,982 - 0,987
49	Philippines	5,75	5,64 - 5,87	49	Oman	0,983	0,979 - 0,987
50	Pologne	5,73	5,61 - 5,85	50-52	Algérie	0,982	0,977 - 0,985

NIVEAU				DISTRIBUTION			
Rangs	Etats Membres	Indices	Intervalles d'incertitude	Rangs	Etats Membres	Indices	Intervalles d'incertitude
51	Viet Nam	5,70	5,59 - 5,81	50-52	Arabie saoudite	0,982	0,978 - 0,986
52	Palaos	5,69	5,27 - 6,09	50-52	Thaïlande	0,982	0,973 - 0,990
53-54	Mexique	5,66	5,25 - 6,07	53-57	Jordanie	0,981	0,976 - 0,985
53-54	Saint-Kitts-et-Nevis	5,66	5,26 - 6,06	53-57	Lettonie	0,981	0,977 - 0,985
55	Liban	5,61	5,20 - 6,01	53-57	Portugal	0,981	0,977 - 0,985
56	Maurice	5,57	5,15 - 5,96	53-57	Slovénie	0,981	0,977 - 0,985
57-58	Fidji	5,53	5,10 - 5,93	53-57	Uruguay	0,981	0,977 - 0,985
57-58	Jamahiriya arabe libyenne	5,53	5,10 - 5,93	58	Hongrie	0,980	0,976 - 0,985
59	Panama	5,52	5,11 - 5,90	59	Egypte	0,979	0,968 - 0,988
60	Slovaquie	5,51	5,37 - 5,66	60-61	Kazakhstan	0,976	0,972 - 0,981
61	Tonga	5,49	5,07 - 5,89	60-61	Tunisie	0,976	0,971 - 0,981
62	Hongrie	5,47	5,36 - 5,59	62	Malaisie	0,975	0,965 - 0,983
63-64	Grenade	5,46	5,04 - 5,85	63-64	Slovaquie	0,973	0,968 - 0,978
63-64	Indonésie	5,46	5,35 - 5,57	63-64	Ukraine	0,973	0,968 - 0,978
65	Iles Cook	5,45	5,05 - 5,85	65	Pologne	0,970	0,964 - 0,976
66	Estonie	5,44	5,04 - 5,84	66	Turquie	0,969	0,964 - 0,974
67	Arabie saoudite	5,40	4,97 - 5,78	67-68	Maroc	0,967	0,960 - 0,973
68	Costa Rica	5,39	4,99 - 5,77	67-68	Roumanie	0,967	0,961 - 0,972
69-72	Lettonie	5,37	4,97 - 5,77	69	Estonie	0,963	0,957 - 0,968
69-72	Fédération de Russie	5,37	4,97 - 5,76	70	Indonésie	0,961	0,948 - 0,973
69-72	République arabe syrienne	5,37	4,94 - 5,76	71	Ouzbékistan	0,960	0,953 - 0,965
69-72	Venezuela (République bolivarienne du)	5,37	4,98 - 5,75	72	République dominicaine	0,959	0,952 - 0,966
73-74	Roumanie	5,35	4,96 - 5,76	73-74	Fidji	0,956	0,950 - 0,962
73-74	Afrique du Sud	5,35	5,21 - 5,49	73-74	Jamaïque	0,956	0,950 - 0,962
75	Seychelles	5,34	4,94 - 5,73	75	Seychelles	0,955	0,948 - 0,961
76-79	Bélarus	5,32	4,92 - 5,72	76	Jamahiriya arabe libyenne	0,953	0,947 - 0,960
76-79	Botswana	5,32	5,15 - 5,49	77-78	Dominique	0,949	0,942 - 0,955
76-79	Croatie	5,32	4,93 - 5,71	77-78	Sri Lanka	0,949	0,941 - 0,956
76-79	Equateur	5,32	5,15 - 5,49	79-81	Liban	0,947	0,940 - 0,954
80-81	Lituanie	5,31	4,90 - 5,71	79-81	Suriname	0,947	0,940 - 0,953
80-81	Samoa	5,31	4,88 - 5,72	79-81	République arabe syrienne	0,947	0,940 - 0,954
82	Colombie	5,30	4,92 - 5,68	82	Sainte-Lucie	0,946	0,938 - 0,953
83	Oman	5,27	4,85 - 5,65	83	Croatie	0,945	0,939 - 0,952
84-86	Dominique	5,25	4,86 - 5,64	84-85	Brésil	0,944	0,942 - 0,968
84-86	Jordanie	5,25	4,83 - 5,63	84-85	Grenade	0,944	0,937 - 0,951
84-86	Sainte-Lucie	5,25	4,84 - 5,63	86-87	Costa Rica	0,943	0,936 - 0,950
87	Suriname	5,23	4,82 - 5,62	86-87	Fédération de Russie	0,943	0,936 - 0,950
88-89	Chine	5,20	4,79 - 5,58	88	Panama	0,939	0,932 - 0,946
88-89	Turkménistan	5,20	4,78 - 5,59	89	Iles Cook	0,938	0,929 - 0,946
90-91	Algérie	5,19	4,77 - 5,57	90	Belize	0,937	0,929 - 0,944
90-91	Kazakhstan	5,19	4,80 - 5,58	91	Mongolie	0,934	0,916 - 0,952
92	Arménie	5,18	4,77 - 5,57	92	Venezuela (République bolivarienne du)	0,933	0,925 - 0,941
93	Turquie	5,16	4,74 - 5,53	93-94	Colombie	0,931	0,923 - 0,939
94	Tunisie	5,15	4,75 - 5,52	93-94	Iran (République islamique d')	0,931	0,923 - 0,939
95	République dominicaine	5,14	4,74 - 5,51	95	Ex-République yougoslave de Macédoine	0,926	0,915 - 0,935
96	Ukraine	5,13	4,72 - 5,52	96	Kirghizistan	0,925	0,915 - 0,933
97	Paraguay	5,12	4,74 - 5,50	97	Tonga	0,921	0,910 - 0,932
98-99	Maldives	5,11	4,69 - 5,49	98-100	Cuba	0,920	0,909 - 0,930
98-99	Iles Marshall	5,11	4,70 - 5,52	98-100	Saint-Vincent-et-Grenadines	0,920	0,911 - 0,929
100	Iran (République islamique d')	5,10	4,71 - 5,48	98-100	Samoa	0,920	0,908 - 0,930
101	Sri Lanka	5,08	4,69 - 5,47	101-102	Gabon	0,919	0,909 - 0,928
102	Egypte	5,06	4,94 - 5,17	101-102	Maldives	0,919	0,909 - 0,928

Tableau 6 de l'annexe Réactivité des systèmes de santé (degré et distribution) dans l'ensemble des Etats Membres, indices OMS, estimations pour 1999^a

NIVEAU				DISTRIBUTION			
Rangs	Etats Membres	Indices	Intervalles d'incertitude	Rangs	Etats Membres	Indices	Intervalles d'incertitude
103-104	Iraq	5,05	4,63 - 5,43	103	Chili	0,918	0,902 - 0,933
103-104	Saint-Vincent-et-Grenadines	5,05	4,66 - 5,43	104	Sénégal	0,914	0,889 - 0,928
105-107	Belize	5,03	4,63 - 5,40	105-106	Chine	0,911	0,899 - 0,922
105-107	Jamaïque	5,03	4,65 - 5,41	105-106	Guyana	0,911	0,900 - 0,921
105-107	Ouzbékistan	5,03	4,62 - 5,42	107	République de Moldova	0,910	0,899 - 0,919
108-110	Bosnie-Herzégovine	5,02	4,64 - 5,40	108-109	Mexique	0,909	0,888 - 0,924
108-110	Inde	5,02	4,61 - 5,41	108-109	Trinité-et-Tobago	0,909	0,894 - 0,925
108-110	Swaziland	5,02	4,61 - 5,40	110	Swaziland	0,908	0,897 - 0,918
111	Ex-République yougoslave de Macédoine	5,01	4,62 - 5,40	111-112	Arménie	0,905	0,891 - 0,917
112	Micronésie (Etats fédérés de)	5,00	4,60 - 5,38	111-112	Botswana	0,905	0,877 - 0,932
113	Namibie	4,99	4,62 - 5,37	113	Turkménistan	0,899	0,886 - 0,912
114	Guyana	4,98	4,58 - 5,36	114	Iraq	0,898	0,883 - 0,912
115-117	Cuba	4,97	4,57 - 5,36	115	Pakistan	0,897	0,883 - 0,909
115-117	Guatemala	4,97	4,81 - 5,12	116	Yougoslavie	0,895	0,882 - 0,907
115-117	Yougoslavie	4,97	4,59 - 5,36	117	Albanie	0,894	0,878 - 0,910
118-119	Gabon	4,96	4,57 - 5,32	118	Guinée équatoriale	0,892	0,877 - 0,906
118-119	Sénégal	4,96	4,83 - 5,09	119	Papouasie-Nouvelle-Guinée	0,891	0,875 - 0,906
120-121	Kiribati	4,95	4,54 - 5,35	120	Iles Salomon	0,890	0,875 - 0,903
120-121	Pakistan	4,95	4,54 - 5,32	121	Viet Nam	0,884	0,870 - 0,900
122	Zimbabwe	4,94	4,82 - 5,05	122	Kiribati	0,883	0,864 - 0,901
123	République de Moldova	4,92	4,54 - 5,30	123	Mauritanie	0,882	0,840 - 0,919
124	Kirghizistan	4,91	4,51 - 5,29	124	Bosnie-Herzégovine	0,881	0,866 - 0,895
125	Tadjikistan	4,90	4,49 - 5,29	125	Azerbaïdjan	0,878	0,863 - 0,893
126	Nioué	4,87	4,48 - 5,25	126	Sao Tomé-et-Principe	0,877	0,857 - 0,895
127	Vanuatu	4,85	4,46 - 5,22	127	Inde	0,876	0,856 - 0,895
128	El Salvador	4,84	4,47 - 5,22	128-129	El Salvador	0,874	0,854 - 0,892
129	Honduras	4,82	4,45 - 5,19	128-129	Micronésie (Etats fédérés de)	0,874	0,858 - 0,889
130-131	Azerbaïdjan	4,81	4,43 - 5,19	130-131	République populaire démocratique de Corée	0,873	0,852 - 0,892
130-131	Brésil	4,81	4,68 - 4,94	130-131	Guinée	0,873	0,842 - 0,902
132-135	Ghana	4,80	4,69 - 4,92	132	Vanuatu	0,872	0,854 - 0,887
132-135	Iles Salomon	4,80	4,40 - 5,18	133	Paraguay	0,871	0,848 - 0,892
132-135	Tuvalu	4,80	4,40 - 5,18	134-135	Cap-Vert	0,866	0,847 - 0,882
132-135	Zambie	4,80	4,40 - 5,18	134-135	Iles Marshall	0,866	0,848 - 0,882
136	Albanie	4,79	4,39 - 5,17	136	Tadjikistan	0,864	0,845 - 0,881
137-138	Cambodge	4,77	4,37 - 5,15	137-138	Bhoutan	0,861	0,840 - 0,881
137-138	Congo	4,77	4,39 - 5,15	137-138	Cambodge	0,861	0,836 - 0,884
139	République populaire démocratique de Corée	4,76	4,36 - 5,14	139	Nicaragua	0,860	0,840 - 0,878
140	Nicaragua	4,75	4,36 - 5,11	140	Djibouti	0,858	0,834 - 0,880
141	Trinité-et-Tobago	4,73	4,60 - 4,86	141	Géorgie	0,855	0,835 - 0,874
142	République démocratique du Congo	4,72	4,34 - 5,10	142	Kenya	0,852	0,830 - 0,871
143	Guinée équatoriale	4,71	4,33 - 5,07	143-144	République démocratique populaire lao	0,850	0,778 - 0,912
144	Kenya	4,67	4,28 - 5,05	143-144	Rwanda	0,850	0,824 - 0,875
145-147	République démocratique populaire lao	4,62	4,23 - 5,00	145	Nioué	0,848	0,824 - 0,871
145-147	Lesotho	4,62	4,23 - 4,99	146	Ghana	0,847	0,811 - 0,882
145-147	Rwanda	4,62	4,22 - 5,01	147	Afrique du Sud	0,844	0,811 - 0,869
148	Sao Tomé-et-Principe	4,61	4,21 - 4,99	148-149	Lesotho	0,842	0,818 - 0,863
149	Nigéria	4,60	4,22 - 4,98	148-149	Soudan	0,842	0,818 - 0,863
150	Papouasie-Nouvelle-Guinée	4,59	4,18 - 4,96	150	République-Unie de Tanzanie	0,836	0,808 - 0,862
151-153	Bolivie	4,58	4,46 - 4,70	151	Congo	0,834	0,780 - 0,881
151-153	Maroc	4,58	4,20 - 4,94	152	Malawi	0,831	0,804 - 0,855
151-153	Myanmar	4,58	4,21 - 4,95	153-155	Comores	0,830	0,801 - 0,856
154	Cap-Vert	4,56	4,17 - 4,92	153-155	Côte d'Ivoire	0,830	0,804 - 0,857
155	Togo	4,54	4,16 - 4,91	153-155	Tuvalu	0,830	0,804 - 0,856

NIVEAU				DISTRIBUTION			
Rangs	Etats Membres	Indices	Intervalles d'incertitude	Rangs	Etats Membres	Indices	Intervalles d'incertitude
156	Cameroun	4,50	4,13 - 4,87	156	Namibie	0,828	0,802 - 0,854
157-160	Comores	4,46	4,06 - 4,83	157	Gambie	0,825	0,797 - 0,850
157-160	Côte d'Ivoire	4,46	4,08 - 4,83	158	Myanmar	0,822	0,785 - 0,856
157-160	Haiti	4,46	4,10 - 4,84	159	Guatemala	0,812	0,787 - 0,837
157-160	République-Unie de Tanzanie	4,46	4,06 - 4,84	160	Bénin	0,811	0,776 - 0,843
161	Bulgarie	4,43	4,30 - 4,57	161	Pérou	0,808	0,793 - 0,850
162	Malawi	4,42	4,03 - 4,80	162	Togo	0,803	0,771 - 0,835
163	Bhoutan	4,35	3,96 - 4,72	163	Honduras	0,800	0,757 - 0,841
164	Soudan	4,34	3,96 - 4,71	164	Burkina Faso	0,799	0,751 - 0,847
165-167	Gambie	4,33	3,95 - 4,70	165	Ouganda	0,796	0,751 - 0,818
165-167	Géorgie	4,33	4,18 - 4,48	166-167	Népal	0,792	0,757 - 0,825
165-167	Mauritanie	4,33	3,97 - 4,69	166-167	Zimbabwe	0,792	0,747 - 0,814
168-169	Guinée	4,29	3,92 - 4,64	168	Burundi	0,790	0,750 - 0,825
168-169	Madagascar	4,29	3,92 - 4,65	169-170	République démocratique du Congo	0,783	0,743 - 0,817
170	Djibouti	4,28	3,87 - 4,66	169-170	Erythrée	0,783	0,743 - 0,822
171	Burundi	4,25	3,86 - 4,64	171	Zambie	0,781	0,739 - 0,816
172	Pérou	4,24	4,12 - 4,36	172-173	Afghanistan	0,776	0,729 - 0,819
173	Sierra Leone	4,23	3,86 - 4,61	172-173	Haiti	0,776	0,726 - 0,823
174	Burkina Faso	4,18	4,06 - 4,31	174	Guinée-Bissau	0,762	0,703 - 0,818
175-176	Bénin	4,14	3,75 - 4,50	175	Mozambique	0,758	0,703 - 0,810
175-176	Libéria	4,14	3,77 - 4,50	176	Libéria	0,753	0,680 - 0,822
177	Angola	4,10	3,74 - 4,46	177	Nigéria	0,746	0,696 - 0,792
178	Bangladesh	4,07	3,94 - 4,20	178	Bolivie	0,745	0,723 - 0,768
179	Ethiopie	4,00	3,62 - 4,38	179-180	Ethiopie	0,733	0,665 - 0,797
180	Yémen	3,98	3,61 - 4,35	179-180	Madagascar	0,733	0,665 - 0,798
181-182	Afghanistan	3,96	3,57 - 4,33	181	Bangladesh	0,728	0,699 - 0,756
181-182	Tchad	3,96	3,59 - 4,31	182	Equateur	0,723	0,709 - 0,821
183	République centrafricaine	3,94	3,57 - 4,30	183	Cameroun	0,710	0,564 - 0,827
184	Guinée-Bissau	3,89	3,52 - 4,26	184	Niger	0,690	0,591 - 0,781
185	Népal	3,83	3,69 - 3,98	185	Tchad	0,688	0,573 - 0,792
186	Erythrée	3,75	3,36 - 4,13	186	Sierra Leone	0,686	0,595 - 0,771
187-188	Mali	3,74	3,36 - 4,13	187	Mali	0,685	0,601 - 0,763
187-188	Ouganda	3,74	3,61 - 3,87	188	Angola	0,683	0,549 - 0,797
189-190	Mozambique	3,73	3,34 - 4,12	189	Yémen	0,673	0,489 - 0,820
189-190	Niger	3,73	3,35 - 4,12	190	Somalie	0,621	0,440 - 0,772
191	Somalie	3,69	3,31 - 4,07	191	République centrafricaine	0,414	0,006 - 0,733

^a Les chiffres en italiques sont basés sur des estimations.

Tableau 7 de l'annexe Équité de la contribution financière aux systèmes de santé dans l'ensemble des Etats Membres, indices OMS, estimations pour 1997^a

Rangs	Etats Membres	Indices	Intervalles d'incertitude
1	Colombie	0,992	0,990 – 0,994
2	Luxembourg	0,981	0,967 – 0,992
3 – 5	Belgique	0,979	0,964 – 0,991
3 – 5	Djibouti	0,979	0,965 – 0,990
3 – 5	Danemark	0,979	0,964 – 0,991
6 – 7	Irlande	0,978	0,965 – 0,989
6 – 7	Allemagne	0,978	0,964 – 0,989
8 – 11	Norvège	0,977	0,962 – 0,990
8 – 11	Japon	0,977	0,961 – 0,990
8 – 11	Finlande	0,977	0,961 – 0,990
8 – 11	Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord	0,977	0,963 – 0,988
12 – 15	Autriche	0,976	0,959 – 0,991
12 – 15	Jamahiriya arabe libyenne	0,976	0,961 – 0,988
12 – 15	Suède	0,976	0,959 – 0,990
12 – 15	Islande	0,976	0,961 – 0,988
16	Kiribati	0,975	0,959 – 0,987
17 – 19	Iles Salomon	0,974	0,959 – 0,987
17 – 19	Nauru	0,974	0,958 – 0,987
17 – 19	Canada	0,974	0,959 – 0,986
20 – 22	Iles Marshall	0,973	0,957 – 0,986
20 – 22	Pays-Bas	0,973	0,959 – 0,985
20 – 22	Emirats arabes unis	0,973	0,958 – 0,985
23 – 25	Nouvelle-Zélande	0,972	0,956 – 0,985
23 – 25	Cuba	0,972	0,957 – 0,984
23 – 25	Micronésie (Etats fédérés de)	0,972	0,956 – 0,985
26 – 29	Espagne	0,971	0,956 – 0,984
26 – 29	France	0,971	0,956 – 0,983
26 – 29	Tuvalu	0,971	0,954 – 0,984
26 – 29	Australie	0,971	0,956 – 0,983
30 – 32	Saint-Marin	0,970	0,953 – 0,984
30 – 32	Koweït	0,970	0,955 – 0,982
30 – 32	Palaos	0,970	0,954 – 0,983
33 – 34	Andorre	0,969	0,952 – 0,984
33 – 34	Samoa	0,969	0,953 – 0,982
35 – 36	Nioué	0,968	0,952 – 0,982
35 – 36	Uruguay	0,968	0,950 – 0,983
37	Arabie saoudite	0,965	0,950 – 0,978
38 – 40	Suisse	0,964	0,948 – 0,979
38 – 40	Israël	0,964	0,949 – 0,978
38 – 40	Mozambique	0,964	0,948 – 0,977
41	Grèce	0,963	0,946 – 0,978
42 – 44	Monaco	0,962	0,941 – 0,980
42 – 44	Inde	0,962	0,949 – 0,966
42 – 44	Malte	0,962	0,940 – 0,980
45 – 47	Guyana	0,961	0,952 – 0,968
45 – 47	Iles Cook	0,961	0,945 – 0,975
45 – 47	Italie	0,961	0,935 – 0,981
48	République-Unie de Tanzanie	0,959	0,956 – 0,968
49 – 50	Turquie	0,958	0,941 – 0,973
49 – 50	Jordanie	0,958	0,942 – 0,973
51 – 52	Bangladesh	0,956	0,955 – 0,961
51 – 52	Maldives	0,956	0,939 – 0,972
53	République de Corée	0,955	0,931 – 0,974

Rangs	Etats Membres	Indices	Intervalles d'incertitude
54 – 55	Etats-Unis d'Amérique	0,954	0,929 – 0,974
54 – 55	Fidji	0,954	0,938 – 0,969
56 – 57	Iraq	0,952	0,932 – 0,970
56 – 57	Oman	0,952	0,935 – 0,967
58 – 60	Tchad	0,951	0,927 – 0,972
58 – 60	Rwanda	0,951	0,920 – 0,975
58 – 60	Portugal	0,951	0,932 – 0,968
61	Bahreïn	0,950	0,933 – 0,966
62 – 63	Vanuatu	0,949	0,932 – 0,965
62 – 63	Pakistan	0,949	0,941 – 0,967
64 – 65	Seychelles	0,948	0,923 – 0,969
64 – 65	Costa Rica	0,948	0,921 – 0,970
66 – 67	Sainte-Lucie	0,947	0,929 – 0,965
66 – 67	Sao Tomé-et-Principe	0,947	0,922 – 0,968
68	Bolivie	0,946	0,928 – 0,964
69	Trinité-et-Tobago	0,945	0,926 – 0,962
70	Qatar	0,944	0,924 – 0,962
71 – 72	République tchèque	0,943	0,894 – 0,981
71 – 72	Papouasie-Nouvelle-Guinée	0,943	0,906 – 0,971
73	Indonésie	0,942	0,918 – 0,963
74 – 75	Algérie	0,941	0,916 – 0,963
74 – 75	Ghana	0,941	0,910 – 0,966
76 – 78	Guinée	0,940	0,919 – 0,958
76 – 78	Sri Lanka	0,940	0,910 – 0,964
76 – 78	Panama	0,940	0,908 – 0,966
79 – 81	Comores	0,939	0,913 – 0,962
79 – 81	Roumanie	0,939	0,912 – 0,961
79 – 81	Kenya	0,939	0,917 – 0,959
82 – 83	Slovénie	0,938	0,887 – 0,977
82 – 83	Bosnie-Herzégovine	0,938	0,890 – 0,976
84 – 86	Libéria	0,937	0,911 – 0,960
84 – 86	Gabon	0,937	0,911 – 0,960
84 – 86	Bélarus	0,937	0,878 – 0,980
87	Sénégal	0,936	0,914 – 0,954
88	Equateur	0,935	0,912 – 0,955
89 – 95	Bhoutan	0,934	0,904 – 0,960
89 – 95	Botswana	0,934	0,909 – 0,957
89 – 95	Brunéi Darussalam	0,934	0,890 – 0,968
89 – 95	Malawi	0,934	0,909 – 0,957
89 – 95	Argentine	0,934	0,899 – 0,963
89 – 95	Lesotho	0,934	0,882 – 0,975
89 – 95	Cap-Vert	0,934	0,908 – 0,957
96	Slovaquie	0,933	0,864 – 0,981
97	Mongolie	0,932	0,881 – 0,972
98	Venezuela (République bolivarienne du)	0,931	0,898 – 0,960
99 – 100	Dominique	0,930	0,895 – 0,960
99 – 100	Saint-Vincent-et-Grenadines	0,930	0,895 – 0,960
101 – 102	Singapour	0,929	0,880 – 0,967
101 – 102	Liban	0,929	0,899 – 0,954
103 – 104	Angola	0,928	0,900 – 0,953
103 – 104	Afghanistan	0,928	0,890 – 0,958
105 – 106	Hongrie	0,927	0,875 – 0,970

Tableau 7 de l'annexe Équité de la contribution financière aux systèmes de santé dans l'ensemble des Etats Membres, indices OMS, estimations pour 1997^a

Rangs	Etats Membres	Indices	Intervalles d'incertitude
105 – 106	Géorgie	0,927	0,876 – 0,969
107	Barbade	0,926	0,890 – 0,957
108 – 111	Croatie	0,925	0,869 – 0,970
108 – 111	Tunisie	0,925	0,896 – 0,949
108 – 111	Erythrée	0,925	0,896 – 0,951
108 – 111	Tonga	0,925	0,896 – 0,950
112 – 113	Tadjikistan	0,923	0,871 – 0,966
112 – 113	Iran (République islamique d')	0,923	0,890 – 0,951
114	Burundi	0,922	0,876 – 0,958
115	Jamaïque	0,921	0,861 – 0,923
116 – 120	Madagascar	0,919	0,889 – 0,946
116 – 120	Azerbaïdjan	0,919	0,863 – 0,964
116 – 120	Côte d'Ivoire	0,919	0,879 – 0,952
116 – 120	Antigua-et-Barbuda	0,919	0,882 – 0,952
116 – 120	Ex-République yougoslave de Macédoine	0,919	0,867 – 0,963
121	Turkménistan	0,918	0,859 – 0,966
122 – 123	Guinée-Bissau	0,917	0,854 – 0,966
122 – 123	Malaisie	0,917	0,881 – 0,948
124	Maurice	0,916	0,885 – 0,945
125 – 127	Namibie	0,915	0,884 – 0,944
125 – 127	Egypte	0,915	0,848 – 0,966
125 – 127	Maroc	0,915	0,878 – 0,945
128 – 130	Thaïlande	0,913	0,913 – 0,926
128 – 130	Philippines	0,913	0,880 – 0,943
128 – 130	Ouganda	0,913	0,875 – 0,946
131 – 133	Lituanie	0,912	0,857 – 0,958
131 – 133	Chypre	0,912	0,870 – 0,946
131 – 133	Ouzbékistan	0,912	0,858 – 0,957
134	Guinée équatoriale	0,911	0,877 – 0,942
135	Yémen	0,910	0,870 – 0,944
136 – 137	Somalie	0,909	0,855 – 0,952
136 – 137	Saint-Kitts-et-Nevis	0,909	0,867 – 0,945
138 – 139	Bahamas	0,906	0,863 – 0,944
138 – 139	Ethiopie	0,906	0,863 – 0,942
140 – 141	Bénin	0,905	0,868 – 0,938
140 – 141	Ukraine	0,905	0,849 – 0,952
142 – 143	République arabe syrienne	0,904	0,856 – 0,944
142 – 143	Afrique du Sud	0,904	0,822 – 0,967
144	Mexique	0,903	0,880 – 0,905
145	Estonie	0,902	0,846 – 0,949
146	Belize	0,901	0,856 – 0,941
147	Grenade	0,900	0,853 – 0,940
148	République de Moldova	0,898	0,841 – 0,946
149	Gambie	0,897	0,854 – 0,935
150 – 151	Mali	0,896	0,846 – 0,940
150 – 151	Pologne	0,896	0,838 – 0,946
152	Togo	0,895	0,853 – 0,933
153	Mauritanie	0,893	0,840 – 0,938
154	République dominicaine	0,892	0,842 – 0,934
155	Zambie	0,891	0,881 – 0,917
156	Swaziland	0,890	0,797 – 0,962
157	Guatemala	0,889	0,797 – 0,959
158	Yougoslavie	0,886	0,827 – 0,939

Rangs	Etats Membres	Indices	Intervalles d'incertitude
159	République démocratique populaire lao	<i>0,885</i>	<i>0,814 – 0,943</i>
160 – 161	Soudan	<i>0,883</i>	<i>0,802 – 0,946</i>
160 – 161	Niger	<i>0,883</i>	<i>0,822 – 0,933</i>
162	Congo	<i>0,881</i>	<i>0,827 – 0,926</i>
163	Haïti	<i>0,875</i>	<i>0,814 – 0,925</i>
164 – 165	Nicaragua	<i>0,874</i>	<i>0,812 – 0,894</i>
164 – 165	Lettonie	<i>0,874</i>	<i>0,805 – 0,931</i>
166	République centrafricaine	<i>0,872</i>	<i>0,761 – 0,958</i>
167	Kazakhstan	<i>0,867</i>	<i>0,803 – 0,921</i>
168	Chili	<i>0,864</i>	<i>0,771 – 0,937</i>
169	République démocratique du Congo	<i>0,857</i>	<i>0,786 – 0,918</i>
170	Bulgarie	<i>0,856</i>	<i>0,839 – 0,873</i>
171	Kirghizistan	<i>0,854</i>	<i>0,853 – 0,894</i>
172	Suriname	<i>0,853</i>	<i>0,774 – 0,917</i>
173 – 174	Albanie	<i>0,851</i>	<i>0,765 – 0,921</i>
173 – 174	Burkina Faso	<i>0,851</i>	<i>0,775 – 0,915</i>
175	Zimbabwe	<i>0,850</i>	<i>0,746 – 0,932</i>
176	El Salvador	<i>0,846</i>	<i>0,755 – 0,918</i>
177	Paraguay	<i>0,842</i>	<i>0,827 – 0,848</i>
178	Honduras	<i>0,834</i>	<i>0,728 – 0,917</i>
179	République populaire démocratique de Corée	<i>0,829</i>	<i>0,752 – 0,893</i>
180	Nigéria	<i>0,827</i>	<i>0,726 – 0,907</i>
181	Arménie	<i>0,822</i>	<i>0,707 – 0,913</i>
182	Cameroun	<i>0,821</i>	<i>0,719 – 0,907</i>
183	Cambodge	<i>0,814</i>	<i>0,676 – 0,916</i>
184	Pérou	<i>0,805</i>	<i>0,792 – 0,820</i>
185	Fédération de Russie	<i>0,802</i>	<i>0,776 – 0,836</i>
186	Népal	<i>0,714</i>	<i>0,696 – 0,732</i>
187	Viet Nam	<i>0,643</i>	<i>0,632 – 0,672</i>
188	Chine	<i>0,638</i>	<i>0,472 – 0,774</i>
189	Brésil	<i>0,623</i>	<i>0,620 – 0,683</i>
190	Myanmar	<i>0,582</i>	<i>0,306 – 0,793</i>
191	Sierra Leone	<i>0,468</i>	<i>0,000 – 0,853</i>

^a Les chiffres en italiques sont basés sur des estimations.

Tableau 8 de l'annexe Quelques indicateurs des comptes nationaux de la santé pour l'ensemble des Etats Membres, estimations pour 1997^a

Etats Membres	DEPENSES DE SANTE (%)							DEPENSES DE SANTE PAR HABITANT (US \$)				
	Total des dépenses de santé en % du PIB	Dépenses publiques en % du total des dépenses de santé	Dépenses privées en % du total des dépenses de santé	Paiements directs en % du total des dépenses de santé	Dépenses financées par l'impôt et autres dépenses publiques en % des dépenses de santé	Dépenses de sécurité sociale en % des dépenses publiques de santé	Dépenses publiques de santé en % du total des dépenses publiques	Total des dépenses au taux de change officiel	Paiements directs au taux de change officiel	Total des dépenses en dollars internationaux	Dépenses publiques en dollars internationaux	Paiements directs en dollars internationaux ^b
Afghanistan	3,2	40,6	59,4	59,4	100	...	...	2	1	28	11	17
Afrique du Sud	7,1	46,5	53,5	46,3	100	...	9,8	268	124	396	184	183
Albanie	3,5	77,7	22,3	22,3	82,5	17,5	9,5	26	6	63	49	14
Algérie	3,1	50,8	49,2	49,2	100	...	4,9	44	22	122	62	60
Allemagne	10,5	77,5	22,5	11,3	23,4	76,6	14,7	2 713	306	2 365	1 832	267
Andorre	7,5	86,7	13,3	13,3	100	...	38,5	1 368	182	1 216	1 055	162
Angola	3,6	59,6	40,4	40,4	100	...	18,2	...	...	47	28	19
Antigua-et-Barbuda	6,4	57,3	42,7	39,3	100	...	16,0	775	305	598	343	235
Arabie saoudite	3,5	80,2	19,8	6,3	100	...	9,4	260	27	332	297	35
Argentine	8,2	57,5	42,5	32,6	39,6	60,4	21,6	676	220	823	473	268
Arménie	7,9	41,5	58,5	58,5	100	...	13,1	36	21	152	63	89
Australie	7,8	72,0	28,0	16,6	100	...	15,5	1 730	287	1 601	1 153	266
Autriche	9,0	67,3	32,7	23,6	12,4	87,6	11,9	2 277	536	1 960	1 320	462
Azerbaïdjan	2,9	79,3	20,7	20,7	100	...	13,3	20	4	48	38	10
Bahamas	5,9	49,9	50,1	46,4	100	...	13,7	785	364	1 230	614	571
Bahreïn	4,4	58,5	41,5	37,7	100	...	9,6	478	180	539	315	204
Bangladesh	4,9	46,0	54,0	54,0	100	...	9,1	13	7	70	32	38
Barbade	7,3	62,5	37,5	34,6	100	...	13,7	596	206	814	509	281
Bélarus	5,9	82,6	17,4	17,4	100	...	10,0	78	14	253	209	44
Belgique	8,0	83,2	16,8	14,7	18,7	81,3	13,2	1 918	282	1 738	1 446	255
Belize	4,7	51,6	48,4	48,3	100	...	8,2	176	85	212	109	103
Bénin	3,0	47,2	52,8	52,8	100	...	5,7	12	6	39	18	21
Bhoutan	7,0	46,2	53,8	53,8	100	...	10,1	14	8	82	38	44
Bolivie	5,8	59,1	41,0	33,8	42,7	57,3	10,4	59	20	153	90	52
Bosnie-Herzégovine	7,6	92,6	7,5	7,5	100	...	...	77	6	145	135	11
Botswana	4,2	61,0	39,0	36,4	100	...	5,9	132	48	219	133	80
Brésil	6,5	48,7	51,3	45,6	100	...	9,4	319	145	428	208	195
Brunéï Darussalam	5,4	40,6	59,4	59,4	100	...	4,5	...	...	857	348	509
Bulgarie	4,8	81,9	18,1	16,9	99,9	0,1	10,0	59	10	193	158	33
Burkina Faso	4,2	30,9	69,1	69,1	100	...	5,3	8	6	37	12	26
Burundi	4,0	35,6	64,4	64,4	19,2	80,8	6,6	6	4	26	9	17
Cambodge	7,2	9,4	90,6	90,6	100	...	7,0	21	19	73	7	66
Cameroun	5,0	20,1	79,9	79,9	100	...	0,7	31	24	86	17	69
Canada	8,6	72,0	28,0	17,0	98,9	1,1	15,3	1 783	304	1 836	1 322	313
Cap-Vert	2,8	63,8	36,2	36,2	100	...	4,2	34	12	60	38	22
Chili	6,1	49,0	51,0	48,6	24,0	76,0	13,5	315	153	581	285	282
Chine	2,7	24,9	75,1	75,1	100	...	5,5	20	15	74	18	55
Chypre	5,9	38,8	61,2	63,1	7,9	92,1	5,6	648	408	731	256	461
Colombie	9,3	54,5	45,6	25,9	62,5	37,5	17,2	247	64	507	276	131
Comores	4,5	68,2	31,8	31,8	100	...	8,7	14	4	47	32	15
Congo	5,0	36,6	63,4	63,4	100	...	4,6	58	37	101	37	64
Costa Rica	8,7	77,1	23,0	22,3	16,2	83,8	20,1	226	50	489	377	109
Côte d'Ivoire	3,2	38,4	61,6	61,6	100	...	3,3	23	14	57	22	35
Croatie	8,1	79,7	20,3	20,3	2,4	97,6	22,3	352	71	410	327	83
Cuba	6,3	87,5	12,5	12,5	100	...	10,0	131	16	109	96	14
Danemark	8,0	84,3	15,7	15,7	100	...	12,9	2 574	403	1 940	1 636	304
Djibouti	2,8	72,9	27,1	27,1	100	...	5,7	23	6	48	35	13
Dominique	6,0	65,0	35,0	31,9	100	...	10,3	282	90	286	186	91
Egypte	3,7	27,0	73,1	73,1	100	...	3,3	44	32	118	32	86
El Salvador	7,0	37,2	62,8	62,8	48,5	51,5	21,2	182	114	228	85	143
Emirats arabes unis	4,2	35,4	64,6	3,8	100	...	12,6	900	42	816	262	38
Equateur	4,6	52,8	47,2	38,8	59,4	40,6	8,9	75	29	186	98	72
Erythrée	3,4	55,7	44,3	44,3	100	...	3,4	6	3	24	13	11

Etats Membres	DEPENSES DE SANTE (%)							DEPENSES DE SANTE PAR HABITANT (US \$)				
	Total des dépenses de santé en % du PIB	Dépenses publiques en % du total des dépenses de santé	Dépenses privées en % du total des dépenses de santé	Paiements directs en % du total des dépenses de santé	Dépenses financées par l'impôt et autres dépenses publiques en % des dépenses publiques de santé	Dépenses de sécurité sociale en % des dépenses publiques de santé	Dépenses publiques de santé en % du total des dépenses publiques	Total des dépenses au taux de change officiel	Paiements directs au taux de change officiel	Total des dépenses en dollars internationaux	Dépenses publiques en dollars internationaux	Paiements directs en dollars internationaux ^b
Espagne	8,0	70,6	29,4	20,4	12,8	87,2	13,3	1 071	218	1 211	855	247
Estonie	6,4	78,9	21,2	21,2	8,4	91,6	10,5	204	43	346	273	73
Etats-Unis d'Amérique	13,7	44,1	55,9	16,6	57,9	42,1	18,5	4 187	696	3 724	1 643	619
Ethiopie	3,8	36,2	63,8	63,8	100	...	6,1	4	3	20	7	13
Ex-République yougoslave de Macédoine	6,1	84,8	15,2	15,2	100	...	15,6	120	18	141	119	21
Fédération de Russie	5,4	76,8	23,2	23,2	100	...	22,9	158	37	251	193	58
Fidji	4,2	69,2	30,8	30,8	100	...	8,3	115	35	214	148	66
Finlande	7,6	73,7	26,3	19,3	80,4	19,6	10,7	1 789	345	1 539	1 134	297
France	9,8	76,9	23,1	20,4	3,3	96,7	13,8	2 369	482	2 125	1 634	433
Gabon	3,0	66,5	33,5	33,5	100	...	6,2	138	46	196	130	66
Gambie	4,5	45,9	54,1	54,1	100	...	7,3	12	6	52	24	28
Géorgie	4,4	8,6	91,4	91,4	100	...	3,4	45	41	94	8	86
Ghana	3,1	47,0	53,0	53,0	100	...	6,9	11	6	45	21	24
Grèce	8,0	65,8	34,2	31,7	64,8	35,2	12,6	905	287	964	634	306
Grenade	6,3	46,6	53,4	49,2	100	...	10,2	305	150	298	139	147
Guatemala	2,4	62,5	37,5	29,9	53,7	46,3	12,2	41	12	87	55	26
Guinée	3,5	57,2	42,8	42,8	100	...	9,7	19	8	52	30	22
Guinée-Bissau	5,7	75,6	24,4	24,4	100	...	38,8	13	3	54	41	13
Guinée équatoriale	3,5	57,2	42,9	42,9	100	...	7,9	40	17	89	51	38
Guyana	5,1	79,1	21,0	19,7	100	...	11,1	45	9	130	103	26
Haïti	4,6	33,6	66,4	62,5	100	...	13,8	18	11	55	18	34
Honduras	7,5	36,0	64,0	60,1	74,6	25,5	13,0	59	35	156	56	94
Hongrie	5,3	84,9	15,1	15,1	58,9	41,1	9,2	236	36	372	316	56
Iles Cook	7,4	76,7	23,3	23,3	100	...	8,6	389	91	345	264	80
Iles Marshall	9,0	74,3	25,7	25,7	100	...	13,1	253	65	238	177	61
Iles Salomon	3,2	99,3	0,7	0,7	100	...	5,2	19	...	83	83	1
Inde	5,2	13,0	87,0	84,6	100	...	3,9	23	19	84	11	71
Indonésie	1,7	36,8	63,2	47,4	100	...	3,0	18	8	56	21	26
Iran (République islamique d')	4,4	42,8	57,2	57,2	83,0	17,1	7,2	108	62	200	86	114
Iraq	4,2	58,9	41,1	41,1	100	...	...	251	103	110	65	45
Irlande	6,2	77,3	22,7	...	100	...	17,1	1 326	...	1 200	928	...
Islande	7,9	83,8	16,2	16,2	68,8	31,2	18,9	2 149	347	1 757	1 473	284
Israël	8,2	75,0	25,0	19,1	66,3	33,7	12,8	1 385	264	1 402	1 051	267
Italie	9,3	57,1	42,9	41,8	100	...	10,5	1 855	774	1 824	1 042	762
Jamahiriya arabe libyenne	3,4	54,2	45,8	45,8	100	...	2,7	296	136	221	120	102
Jamaïque	6,0	56,5	43,5	23,3	100	...	8,9	149	35	212	120	49
Japon	7,1	80,2	19,9	19,9	15,3	84,7	16,2	2 373	471	1 759	1 410	349
Jordanie	5,2	67,2	32,8	32,8	100	...	8,5	59	19	178	119	58
Kazakhstan	3,9	63,6	36,4	36,4	57,6	42,4	10,3	62	22	127	81	46
Kenya	4,6	64,1	35,9	35,9	100	...	11,2	17	6	58	37	21
Kirghizistan	4,0	69,6	30,4	30,4	95,3	4,7	9,7	15	5	66	46	20
Kiribati	9,9	99,3	0,7	0,7	100	...	14,0	122	1	152	151	1
Koweït	3,3	87,4	12,6	12,6	100	...	8,4	572	72	605	529	76
Lesotho	5,6	72,6	27,4	27,4	100	...	12,4	28	8	100	73	27
Lettonie	6,1	61,0	39,0	39,0	48,3	51,7	9,0	140	54	246	150	96
Liban	10,1	29,6	70,4	53,8	100	...	7,8	461	248	563	167	303
Libéria	3,0	66,7	33,3	33,3	100	...	6,7	31	10	33	22	11
Lituanie	6,4	75,7	24,3	24,3	18,7	81,3	11,4	167	40	273	207	66
Luxembourg	6,6	91,4	8,6	7,2	17,1	83,0	13,0	2 580	185	1 985	1 815	142
Madagascar	2,1	53,8	46,2	46,2	100	...	6,6	5	2	18	10	8
Malaisie	2,4	57,6	42,4	42,4	100	...	5,1	110	46	202	116	85
Malawi	5,8	59,2	40,8	36,7	100	...	13,3	15	5	49	29	18
Maldives	8,2	63,9	36,1	36,1	100	...	11,0	107	39	248	159	90

Tableau 8 de l'annexe Quelques indicateurs des comptes nationaux de la santé pour l'ensemble des Etats Membres, estimations pour 1997^a

Etats Membres	DEPENSES DE SANTE (%)							DEPENSES DE SANTE PAR HABITANT (US \$)				
	Total des dépenses de santé en % du PIB	Dépenses publiques en % du total des dépenses de santé	Dépenses privées en % du total des dépenses de santé	Paiements directs en % du total des dépenses de santé	Dépenses financées par l'impôt et autres dépenses publiques en % des dépenses de santé	Dépenses de sécurité sociale en % des dépenses publiques de santé	Dépenses publiques de santé en % du total des dépenses publiques	Total des dépenses au taux de change officiel	Paiements directs au taux de change officiel	Total des dépenses en dollars internationaux	Dépenses publiques en dollars internationaux	Paiements directs en dollars internationaux ^b
Mali	4,2	45,8	54,2	48,7	100	...	7,9	10	5	34	15	16
Malte	6,3	58,9	41,1	38,0	1,5	98,5	8,9	551	209	755	445	287
Maroc	5,3	40,7	59,3	59,3	48,8	51,2	6,5	66	39	159	65	95
Maurice	3,5	52,9	47,1	47,1	100	...	7,7	129	61	288	152	136
Mauritanie	5,6	30,3	69,7	69,7	100	...	6,6	24	17	73	22	51
Mexique	5,6	41,0	59,1	52,9	26,4	73,6	6,0	240	127	421	172	222
Micronésie (Etats fédérés de)	7,4	92,3	7,8	7,8	100	...	46,3	242	19	234	216	18
Monaco	8,0	62,5	37,5	37,5	26,0	74,0	...	1 264	474	1 799	1 124	675
Mongolie	4,3	82,0	18,0	4,9	84,7	15,3	13,3	16	1	69	56	3
Mozambique	5,8	71,3	28,7	19,6	100	...	9,3	5	1	50	36	10
Myanmar	2,6	12,6	87,4	87,4	100	...	3,7	100	88	78	10	69
Namibie	7,5	51,7	48,3	48,3	100	...	10,2	153	74	312	161	150
Nauru	5,0	99,0	1,0	1,0	100	...	9,1	593	6	602	596	6
Népal	3,7	26,0	74,0	74,0	100	...	5,3	8	6	41	11	30
Nicaragua	8,0	53,3	46,7	39,9	80,1	20,0	13,0	35	14	150	80	60
Niger	3,5	46,6	53,4	53,4	100	...	6,0	5	3	27	13	14
Nigéria	3,1	28,2	71,8	71,8	100	...	5,4	30	22	35	10	25
Nioué	5,7	87,6	12,4	12,4	100	...	...	91	11	92	81	11
Norvège	6,5	82,0	18,0	18,0	100	...	12,1	2 283	412	1 708	1 400	308
Nouvelle-Zélande	8,2	71,7	28,3	22,0	100	...	12,7	1 416	312	1 393	999	307
Oman	3,9	54,5	45,5	35,9	...	...	5,6	370	133	334	182	120
Ouganda	4,1	35,1	64,9	48,2	100	...	9,9	14	9	44	17	27
Ouzbékistan	4,2	80,9	19,1	19,1	100	...	10,3	24	5	109	88	21
Pakistan	4,0	22,9	77,1	77,1	100	...	2,9	17	13	71	16	55
Palaos	6,0	90,0	10,0	10,0	100	...	15,0	552	55	559	503	56
Panama	7,5	74,0	26,0	26,0	44,5	55,5	20,7	238	62	449	332	117
Papouasie-Nouvelle-Guinée	3,1	77,6	22,4	22,4	100	...	7,5	36	8	77	59	17
Paraguay	5,6	35,6	64,4	55,4	49,8	50,2	14,6	106	59	206	73	114
Pays-Bas	8,8	70,7	29,3	16,8	100	...	12,7	2 041	343	1 911	1 351	321
Pérou	5,6	39,7	60,3	50,2	44,2	55,8	13,0	149	75	246	98	123
Philippines	3,4	48,5	51,5	49,1	100	...	7,2	40	19	100	48	49
Pologne	6,2	71,6	28,4	28,4	100	...	10,1	229	65	392	281	111
Portugal	8,2	57,5	42,5	40,9	100	...	10,8	845	345	1 060	609	433
Qatar	6,5	57,5	42,5	42,5	100	...	7,6	1 042	443	1 105	635	470
République arabe syrienne	2,5	33,6	66,4	66,4	100	...	2,9	151	101	109	37	72
République centrafricaine	2,9	68,9	31,1	31,1	100	...	6,4	8	3	34	23	11
République de Corée	6,7	37,8	62,3	43,0	72,1	27,9	12,4	700	301	862	325	371
République démocratique du Congo	3,7	0,9	99,1	90,1	100	...	0,1	...	...	22	1	20
République démocratique populaire lao	3,6	62,7	37,3	37,3	100	...	8,6	13	5	53	33	20
République de Moldova	8,3	75,1	24,9	24,9	100	...	12,4	35	9	133	100	33
République dominicaine	4,9	38,5	61,5	36,8	73,0	27,0	10,5	91	33	202	78	74
République populaire démocratique de Corée	3,0	83,7	16,4	16,4	100	...	...	37	6	39	33	6
République tchèque	7,6	92,3	7,7	7,7	17,6	82,4	15,9	391	30	640	591	50
République-Unie de Tanzanie	4,8	60,7	39,3	39,3	100	...	27,2	12	5	36	22	14
Roumanie	3,8	60,3	39,8	39,8	100	...	6,7	59	23	136	82	54
Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord	5,8	96,9	3,1	3,1	100	...	14,3	1 303	40	1 193	1 156	37
Rwanda	4,3	50,1	49,9	49,9	100	...	17,7	13	7	35	18	18
Sainte-Lucie	4,0	65,1	34,9	32,2	100	...	9,0	211	68	218	142	70
Saint-Kitts-et-Nevis	6,0	51,5	48,5	44,7	100	...	10,4	404	181	489	252	219
Saint-Marin	7,5	73,5	26,5	26,5	33,3	66,7	15,0	2 257	598	1 301	956	345

Etats Membres	DEPENSES DE SANTE (%)							DEPENSES DE SANTE PAR HABITANT (US \$)				
	Total des dépenses de santé en % du PIB	Dépenses publiques en % du total des dépenses de santé	Dépenses privées en % du total des dépenses de santé	Paiements directs en % du total des dépenses de santé	Dépenses financées par l'impôt et autres dépenses publiques en % des dépenses publiques de santé	Dépenses de sécurité sociale en % des dépenses publiques de santé	Dépenses publiques de santé en % du total des dépenses publiques	Total des dépenses au taux de change officiel	Paiements directs au taux de change officiel	Total des dépenses en dollars internationaux	Dépenses publiques en dollars internationaux	Paiements directs en dollars internationaux ^a
Saint-Vincent-et-Grenadines	5,9	66,5	31,4	33,5	100	...	9,5	211	68	210	138	67
Samoa	3,8	88,9	11,1	11,1	100	...	9,1	47	5	108	96	12
Sao Tomé-et-Principe	4,0	75,0	25,0	25,0	100	...	4,3	13	3	45	34	11
Sénégal	4,5	55,7	44,3	44,3	100	...	13,2	23	10	71	40	32
Seychelles	5,9	76,2	23,8	23,8	100	...	8,4	424	101	470	358	112
Sierra Leone	4,9	9,7	90,3	90,3	100	...	3,1	11	10	31	3	28
Singapour	3,1	35,8	64,2	64,2	100	...	5,5	876	563	750	268	481
Slovaquie	8,6	81,8	18,2	18,2	0,3	99,7	14,1	311	57	574	470	105
Slovénie	9,4	80,8	19,2	10,2	13,0	87,0	16,6	857	87	996	805	101
Somalie	1,5	71,4	28,6	28,6	100	...	...	11	3	11	8	3
Soudan	3,5	20,9	79,1	79,1	100	...	9,6	13	10	43	9	34
Sri Lanka	3,0	45,4	54,7	51,8	100	...	5,2	25	13	77	35	40
Suède	9,2	78,0	22,0	22,0	100	...	11,5	2 456	540	1 943	1 516	427
Suisse	10,1	69,3	30,7	29,7	22,1	77,9	13,3	3 564	1 057	2 644	1 833	784
Suriname	7,6	34,0	66,0	66,0	100	...	5,0	114	75	257	87	169
Swaziland	3,4	72,3	27,7	27,7	100	...	8,2	49	13	118	86	33
Tadjikistan	7,6	87,8	12,2	12,2	100	...	39,6	11	1	94	82	11
Tchad	4,3	79,3	20,7	20,7	100	...	13,2	7	1	35	28	7
Thaïlande	5,7	33,0	67,0	65,4	88,7	11,3	10,2	133	92	327	108	214
Togo	2,8	42,8	57,2	57,2	100	...	4,3	9	5	34	15	20
Tonga	7,8	46,0	54,0	54,0	100	...	13,2	141	76	257	118	139
Trinité-et-Tobago	4,3	58,6	41,4	38,2	100	...	8,8	197	75	325	190	124
Tunisie	5,4	41,7	58,3	53,0	59,6	40,4	7,2	111	59	239	100	127
Turkménistan	4,3	86,0	14,0	14,0	100	...	13,9	24	3	90	77	13
Turquie	3,9	74,0	26,0	23,3	65,1	34,9	10,9	118	27	231	171	54
Tuvalu	5,9	91,5	8,5	8,5	100	...	12,7	813	69	59	54	5
Ukraine	5,6	75,5	24,5	24,5	100	...	9,6	54	13	128	96	31
Uruguay	10,0	20,3	79,7	21,4	89,0	11,0	6,0	660	141	849	172	182
Vanuatu	3,3	64,3	35,8	35,8	100	...	9,6	47	17	85	55	30
Venezuela (République bolivarienne du)	3,9	67,4	32,6	32,6	66,6	33,4	10,5	150	49	298	201	97
Viet Nam	4,8	20,0	80,0	80,0	100	...	4,4	17	14	65	13	52
Yémen	3,4	37,9	62,1	62,1	100	...	3,3	12	7	33	12	20
Yougoslavie	4,5	64,8	35,2	35,2	100	...	...	127	28	127	98	28
Zambie	5,9	38,2	61,8	42,4	100	...	9,7	27	11	64	34	25
Zimbabwe	6,2	43,4	56,6	38,2	100	...	10,2	46	24	130	62	67

^a Les caractères normaux correspondent à des données complètes tout à fait fiables.

Les caractères en italiques correspondent à des données incomplètes d'une fiabilité bonne à moyenne.

Les caractères en grisé correspondent à des données incomplètes d'une fiabilité moyenne à faible.

Le tableau n'indique que des dépenses calculées et des ordres de grandeur. Toutes les estimations sont préliminaires. Comme pour la comptabilité de tout système, les « données de la première phase » sont sujettes à d'importantes modifications au cours des stades ultérieurs du processus de développement du système.

^b Les dépenses directes en dollars internationaux ne comprennent pas les primes d'assurance-maladie volontaires et les autres dépenses privées.

... Données non disponibles ou sans objet.

Tableau 9 de l'annexe Résultats globaux du système de santé dans l'ensemble des Etats Membres, indices OMS, estimations pour 1997

Rangs	Intervalles d'incertitude	Etats Membres	Indices	Intervalles d'incertitude
1	1	Japon	93,4	92,6-94,3
2	2 - 8	Suisse	92,2	91,2-93,3
3	2 - 6	Norvège	92,2	91,4-93,1
4	2 - 11	Suède	92,0	91,1-93,0
5	2 - 11	Luxembourg	92,0	91,0-93,0
6	3 - 11	France	91,9	91,0-92,9
7	4 - 14	Canada	91,7	90,8-92,6
8	4 - 15	Pays-Bas	91,6	90,7-92,5
9	6 - 13	Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord	91,6	90,9-92,3
10	6 - 18	Autriche	91,5	90,5-92,4
11	7 - 21	Italie	91,4	90,5-92,2
12	7 - 19	Australie	91,3	90,4-92,2
13	7 - 18	Belgique	91,3	90,2-92,3
14	8 - 20	Allemagne	91,3	90,4-92,2
15	7 - 24	Etats-Unis d'Amérique	91,1	89,9-92,3
16	10 - 23	Islande	91,0	90,0-92,1
17	9 - 23	Andorre	91,0	90,1-92,0
18	9 - 23	Monaco	91,0	90,0-92,0
19	12 - 23	Espagne	91,0	90,1-91,8
20	13 - 24	Danemark	90,9	90,0-91,8
21	12 - 24	Saint-Marin	90,9	90,0-91,7
22	13 - 25	Finlande	90,8	89,8-91,7
23	17 - 25	Grèce	90,5	89,7-91,3
24	18 - 26	Israël	90,5	89,6-91,3
25	20 - 26	Irlande	90,2	89,3-91,1
26	22 - 26	Nouvelle-Zélande	90,1	89,3-91,0
27	26 - 30	Singapour	88,9	87,4-90,3
28	27 - 31	Chypre	88,6	87,4-89,6
29	27 - 32	Slovénie	87,9	86,5-89,2
30	28 - 33	République tchèque	87,8	86,9-88,7
31	29 - 32	Malte	87,7	86,9-88,5
32	29 - 32	Portugal	87,6	86,3-88,9
33	30 - 42	Chili	86,0	84,6-87,2
34	33 - 37	Pologne	85,8	85,0-86,6
35	33 - 37	République de Corée	85,7	83,4-87,7
36	35 - 41	Croatie	85,1	83,8-86,4
37	34 - 40	Brunéi Darussalam	84,9	83,4-86,3
38	34 - 41	Barbade	84,9	83,7-86,0
39	35 - 43	Slovaquie	84,7	83,0-86,0
40	38 - 41	Cuba	84,2	83,5-85,0
41	37 - 45	Colombie	83,8	82,6-84,9
42	39 - 46	Dominique	83,4	82,0-84,6
43	39 - 47	Hongrie	83,4	82,2-84,4
44	42 - 50	Emirats arabes unis	82,8	81,8-83,7
45	42 - 48	Costa Rica	82,5	81,7-83,4
46	44 - 52	Koweït	82,3	81,2-83,3
47	43 - 52	Qatar	82,2	81,2-83,2
48	44 - 55	Estonie	81,7	80,2-83,1
49	46 - 56	Argentine	81,6	80,4-82,7
50	46 - 63	Uruguay	81,2	79,7-82,8
51	45 - 60	Mexique	81,1	79,2-82,7
52	48 - 60	Lituanie	81,0	79,5-82,5
53	49 - 62	Bélarus	81,0	80,0-82,0

Rangs	Intervalles d'incertitude	Etats Membres	Indices	Intervalles d'incertitude
54	48 - 61	Philippines	80,9	79,6-82,0
55	48 - 59	Malaisie	80,8	79,2-82,2
56	46 - 65	Trinité-et-Tobago	80,8	79,2-82,5
57	45 - 64	Thaïlande	80,7	78,8-82,5
58	53 - 61	Bahrein	80,4	79,3-81,3
59	54 - 62	Oman	80,2	79,2-81,1
60	53 - 66	Ukraine	80,1	78,5-81,5
61	55 - 63	Arabie saoudite	80,0	79,0-80,9
62	55 - 81	Kazakhstan	79,0	76,7-81,1
63	61 - 70	Palaos	78,8	77,8-79,8
64	60 - 78	Bahamas	78,6	77,2-80,0
65	62 - 74	Venezuela (République bolivarienne du)	78,5	77,4-79,6
66	58 - 90	République dominicaine	78,1	76,0-80,3
67	63 - 88	Lettonie	78,0	76,2-79,9
68	63 - 86	Grenade	77,9	76,8-78,9
69	64 - 84	Jamaïque	77,9	76,4-79,4
70	65 - 85	Panama	77,9	76,9-78,8
71	64 - 84	Antigua-et-Barbuda	77,9	76,6-79,1
72	65 - 82	Roumanie	77,8	75,9-79,5
73	60 - 90	Paraguay	77,8	76,5-79,0
74	66 - 85	Bulgarie	77,6	76,9-78,4
75	69 - 83	Nauru	77,6	75,6-79,6
76	66 - 89	Géorgie	77,5	76,6-78,4
77	62 - 92	Tunisie	77,5	76,4-78,5
78	69 - 86	Fidji	77,4	76,0-78,7
79	67 - 90	Bosnie-Herzégovine	77,3	75,8-78,7
80	70 - 89	Sri Lanka	77,3	76,1-78,3
81	64 - 105	Arménie	77,0	76,0-77,9
82	73 - 91	Samoa	76,9	75,9-78,0
83	74 - 90	Seychelles	76,8	75,8-77,8
84	75 - 91	Jordanie	76,7	74,2-79,2
85	74 - 94	Tonga	76,7	75,6-77,8
86	65 - 101	Albanie	76,7	73,7-79,2
87	75 - 93	Sainte-Lucie	76,7	75,5-77,9
88	72 - 101	Iles Cook	76,5	74,4-78,1
89	76 - 97	Ex-République yougoslave de Macédoine	76,4	74,9-77,7
90	79 - 97	Maurice	76,2	75,0-77,3
91	78 - 99	République de Moldova	76,1	74,6-77,6
92	82 - 100	Saint-Vincent-et-Grenadines	75,9	74,5-77,1
93	84 - 100	Liban	75,7	74,5-76,9
94	76 - 104	Maroc	75,7	73,8-77,5
95	82 - 104	Yougoslavie	75,5	73,7-77,2
96	88 - 104	Turquie	75,4	74,1-76,6
97	87 - 103	Jamahiriya arabe libyenne	75,3	73,9-76,5
98	90 - 107	Saint-Kitts-et-Nevis	74,8	73,2-76,2
99	95 - 110	Algérie	74,4	73,6-75,2
100	96 - 107	Fédération de Russie	74,3	72,9-75,8
101	92 - 110	Nicaragua	74,2	72,7-75,5
102	96 - 110	Nioué	74,1	72,6-75,4
103	95 - 112	Azerbaïdjan	74,0	72,1-75,7
104	96 - 112	Belize	74,0	71,7-76,5
105	93 - 113	Suriname	73,9	72,7-75,0

Tableau 9 de l'annexe Résultats globaux du système de santé dans l'ensemble des Etats Membres, indices OMS, estimations pour 1997

Rangs	Intervalles d'incertitude	Etats Membres	Indices	Intervalles d'incertitude
106	98 - 110	Indonésie	73,8	71,8-75,8
107	87 - 114	Equateur	73,8	72,3-75,3
108	99 - 113	Iles Salomon	73,7	70,8-76,5
109	88 - 117	Ouzbékistan	73,5	71,6-75,4
110	95 - 114	Egypte	73,5	71,8-74,9
111	106 - 116	Etats fédérés de Micronésie	72,4	70,9-73,8
112	105 - 117	République arabe syrienne	72,4	70,7-74,0
113	102 - 123	Guatemala	72,3	70,7-73,9
114	106 - 118	Iran (République islamique d')	72,0	69,5-74,2
115	110 - 120	Pérou	71,5	70,3-72,7
116	111 - 125	Guyana	71,0	69,0-72,5
117	112 - 125	Bolivie	70,7	69,1-72,5
118	113 - 126	Sénégal	70,5	68,9-72,1
119	115 - 127	Iles Marshall	70,3	68,6-71,6
120	115 - 127	Tuvalu	70,2	68,6-71,6
121	117 - 124	Inde	70,1	69,3-71,0
122	114 - 133	El Salvador	69,6	67,1-71,9
123	117 - 131	Kiribati	69,5	67,7-70,9
124	120 - 133	Iraq	69,0	67,4-70,6
125	118 - 133	Bésil	68,9	67,1-70,4
126	122 - 137	Cap-Vert	68,3	66,1-70,1
127	121 - 136	Tadjikistan	68,3	66,2-70,1
128	124 - 136	Maldives	68,0	66,2-69,5
129	121 - 140	Honduras	67,8	66,0-69,8
130	124 - 139	Turkménistan	67,7	64,9-70,4
131	122 - 138	Bangladesh	67,6	65,8-69,4
132	118 - 145	Chine	67,5	65,2-69,6
133	124 - 138	Pakistan	67,3	63,0-70,9
134	128 - 139	Vanuatu	67,1	64,7-69,1
135	128 - 140	Kirghizistan	67,0	65,2-68,5
136	125 - 141	Mongolie	67,0	65,2-68,5
137	123 - 145	Comores	66,4	63,4-69,6
138	132 - 143	Sao Tomé-et-Principe	65,9	64,0-67,6
139	127 - 145	Ghana	65,8	63,2-68,6
140	133 - 142	Viet Nam	65,8	64,6-66,9
141	138 - 148	Gabon	64,5	62,7-66,2
142	137 - 147	Kenya	64,3	62,4-66,0
143	136 - 150	Bénin	64,2	61,5-66,6
144	141 - 153	Bhoutan	63,1	61,1-64,8
145	138 - 157	Haiti	62,8	59,7-66,2
146	140 - 160	Yémen	62,3	59,7-64,8
147	141 - 159	Zimbabwe	62,3	59,1-65,3
148	141 - 158	Soudan	62,3	59,4-65,0
149	142 - 159	République populaire démocratique de Corée	62,2	59,5-64,4
150	144 - 159	Papouasie-Nouvelle-Guinée	62,0	59,7-63,8
151	146 - 164	Afrique du Sud	61,0	58,4-63,1
152	151 - 164	Guinée équatoriale	60,2	58,0-61,9
153	150 - 165	Gambie	60,2	58,1-62,5
154	147 - 168	République démocratique populaire lao	60,1	57,9-62,1
155	151 - 165	Congo	60,1	57,9-62,2
156	149 - 165	Togo	60,0	57,3-62,5
157	148 - 165	Côte d'Ivoire	60,0	57,7-62,1
158	148 - 166	République-Unie de Tanzanie	60,0	58,0-62,1

Rangs	Intervalles d'incertitude	Etats Membres	Indices	Intervalles d'incertitude
159	149 - 170	Burkina Faso	59,4	57,5-61,4
160	151 - 168	Népal	59,3	56,4-62,1
161	149 - 170	Burundi	59,3	56,4-62,1
162	152 - 169	Ouganda	59,3	56,4-62,1
163	148 - 173	Cameroun	59,1	54,9-62,8
164	152 - 172	Swaziland	59,0	56,7-61,3
165	149 - 170	Namibie	58,8	55,7-61,3
166	153 - 175	Cambodge	58,2	54,3-61,3
167	157 - 173	Madagascar	57,8	55,3-60,2
168	161 - 173	Botswana	57,4	55,5-58,9
169	162 - 174	Mauritanie	57,2	55,0-59,2
170	163 - 175	Djibouti	56,8	54,9-58,4
171	162 - 177	Rwanda	56,5	54,1-58,9
172	167 - 176	Guinée	56,3	53,9-58,3
173	164 - 177	Lesotho	56,0	54,0-57,7
174	163 - 180	Zambie	55,6	53,0-58,4
175	162 - 190	Myanmar	53,7	51,3-56,0
176	173 - 183	Erythée	53,7	51,5-55,5
177	172 - 183	Tchad	53,6	46,7-59,2
178	174 - 183	Mali	53,3	50,9-55,6
179	176 - 186	République démocratique du Congo	52,6	49,7-55,7
180	175 - 186	Guinée-Bissau	52,4	49,8-54,8
181	176 - 186	Angola	52,4	49,7-54,6
182	173 - 187	Malawi	52,3	49,5-54,7
183	177 - 186	Afghanistan	52,1	49,8-54,0
184	176 - 188	Nigéria	51,7	48,5-54,7
185	178 - 189	Mozambique	50,6	48,2-53,2
186	182 - 189	Ethiopie	50,5	47,8-53,3
187	179 - 189	Libéria	50,4	48,0-52,4
188	180 - 189	Niger	50,1	47,0-53,4
189	183 - 189	Somalie	49,4	46,1-52,4
190	184 - 190	République centrafricaine	45,9	39,0-52,0
191	191	Sierra Leone	35,7	23,7-43,8

Tableau 10 de l'annexe Performance des systèmes de santé dans l'ensemble des Etats Membres, indices OMS, estimations pour 1997

PERFORMANCE EN MATIERE DE NIVEAU DE SANTE					PERFORMANCE GLOBALE				
Rangs	Intervalles d'incertitude	Etats Membres	Indices	Intervalles d'incertitude	Rangs	Intervalles d'incertitude	Etats Membres	Indices	Intervalles d'incertitude
1	1 - 5	Oman	0,992	0,975 - 1,000	1	1 - 5	France	0,994	1,000 - 1,000
2	1 - 4	Malte	0,989	0,968 - 1,000	2	1 - 5	Italie	0,991	1,000 - 1,000
3	2 - 7	Italie	0,976	0,957 - 0,994	3	1 - 6	Saint-Marin	0,988	0,973 - 1,000
4	2 - 7	France	0,974	0,953 - 0,994	4	2 - 7	Andorre	0,982	0,966 - 0,997
5	2 - 7	Saint-Marin	0,971	0,949 - 0,988	5	3 - 7	Malte	0,978	0,965 - 0,993
6	3 - 8	Espagne	0,968	0,948 - 0,989	6	2 - 11	Singapour	0,973	0,947 - 0,998
7	4 - 9	Andorre	0,964	0,942 - 0,980	7	4 - 8	Espagne	0,972	0,959 - 0,985
8	3 - 12	Jamaïque	0,956	0,928 - 0,986	8	4 - 14	Oman	0,961	0,938 - 0,985
9	7 - 11	Japon	0,945	0,926 - 0,963	9	7 - 12	Autriche	0,959	0,946 - 0,972
10	8 - 15	Arabie saoudite	0,936	0,915 - 0,959	10	8 - 11	Japon	0,957	0,948 - 0,965
11	9 - 13	Grèce	0,936	0,920 - 0,951	11	8 - 12	Norvège	0,955	0,947 - 0,964
12	9 - 16	Monaco	0,930	0,908 - 0,948	12	10 - 15	Portugal	0,945	0,931 - 0,958
13	10 - 15	Portugal	0,929	0,911 - 0,945	13	10 - 16	Monaco	0,943	0,929 - 0,957
14	10 - 15	Singapour	0,929	0,909 - 0,942	14	13 - 19	Grèce	0,933	0,921 - 0,945
15	13 - 17	Autriche	0,914	0,896 - 0,931	15	12 - 20	Islande	0,932	0,917 - 0,948
16	13 - 23	Emirats arabes unis	0,907	0,883 - 0,932	16	14 - 21	Luxembourg	0,928	0,914 - 0,942
17	14 - 22	Maroc	0,906	0,886 - 0,925	17	14 - 21	Pays-Bas	0,928	0,914 - 0,942
18	16 - 23	Norvège	0,897	0,878 - 0,914	18	16 - 21	Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord	0,925	0,913 - 0,937
19	17 - 24	Pays-Bas	0,893	0,875 - 0,911	19	14 - 22	Irlande	0,924	0,909 - 0,939
20	15 - 31	Iles Salomon	0,892	0,863 - 0,920	20	17 - 24	Suisse	0,916	0,903 - 0,930
21	18 - 26	Suède	0,890	0,870 - 0,907	21	18 - 24	Belgique	0,915	0,903 - 0,926
22	19 - 28	Chypre	0,885	0,865 - 0,898	22	14 - 29	Colombie	0,910	0,881 - 0,939
23	19 - 30	Chili	0,884	0,864 - 0,903	23	20 - 26	Suède	0,908	0,893 - 0,921
24	21 - 28	Royaume-Uni	0,883	0,866 - 0,900	24	16 - 30	Chypre	0,906	0,879 - 0,932
25	18 - 32	Costa Rica	0,882	0,859 - 0,898	25	22 - 27	Allemagne	0,902	0,890 - 0,914
26	21 - 31	Suisse	0,879	0,860 - 0,891	26	22 - 32	Arabie saoudite	0,894	0,872 - 0,916
27	21 - 31	Islande	0,879	0,861 - 0,897	27	23 - 33	Emirats arabes unis	0,886	0,861 - 0,911
28	23 - 30	Belgique	0,878	0,860 - 0,894	28	26 - 32	Israël	0,884	0,870 - 0,897
29	23 - 33	Venezuela (République bolivarienne du)	0,873	0,853 - 0,891	29	18 - 39	Maroc	0,882	0,834 - 0,925
30	23 - 37	Bahreïn	0,867	0,843 - 0,890	30	27 - 32	Canada	0,881	0,868 - 0,894
31	28 - 35	Luxembourg	0,864	0,847 - 0,881	31	27 - 33	Finlande	0,881	0,866 - 0,895
32	29 - 38	Irlande	0,859	0,840 - 0,870	32	28 - 34	Australie	0,876	0,861 - 0,891
33	27 - 40	Turquie	0,858	0,835 - 0,878	33	22 - 43	Chili	0,870	0,816 - 0,918
34	25 - 48	Belize	0,853	0,821 - 0,884	34	32 - 36	Danemark	0,862	0,848 - 0,874
35	33 - 40	Canada	0,849	0,832 - 0,864	35	31 - 41	Dominique	0,854	0,824 - 0,883
36	32 - 42	Cuba	0,849	0,830 - 0,866	36	33 - 40	Costa Rica	0,849	0,825 - 0,871
37	30 - 49	El Salvador	0,846	0,817 - 0,873	37	35 - 44	Etats-Unis d'Amérique	0,838	0,817 - 0,859
38	28 - 52	Saint-Vincent-et-Grenadines	0,845	0,812 - 0,876	38	34 - 46	Slovénie	0,838	0,813 - 0,859
39	35 - 43	Australie	0,844	0,826 - 0,861	39	36 - 44	Cuba	0,834	0,816 - 0,852
40	36 - 44	Israël	0,841	0,825 - 0,858	40	36 - 48	Brunéi Darussalam	0,829	0,808 - 0,849
41	39 - 47	Allemagne	0,836	0,819 - 0,852	41	38 - 45	Nouvelle-Zélande	0,827	0,815 - 0,840
42	33 - 54	République dominicaine	0,834	0,806 - 0,863	42	37 - 48	Bahreïn	0,824	0,804 - 0,845
43	37 - 53	Egypte	0,829	0,811 - 0,849	43	39 - 53	Croatie	0,812	0,782 - 0,837
44	41 - 50	Finlande	0,829	0,812 - 0,844	44	41 - 51	Qatar	0,812	0,793 - 0,831
45	38 - 55	Algérie	0,829	0,808 - 0,850	45	41 - 52	Koweït	0,810	0,790 - 0,830
46	41 - 55	Tunisie	0,824	0,803 - 0,844	46	41 - 53	Barbade	0,808	0,779 - 0,834
47	38 - 58	Yougoslavie	0,824	0,798 - 0,848	47	36 - 59	Thaïlande	0,807	0,759 - 0,852
48	40 - 61	Honduras	0,820	0,793 - 0,844	48	43 - 54	République tchèque	0,805	0,781 - 0,825
49	37 - 63	Grenade	0,819	0,789 - 0,850	49	42 - 55	Malaisie	0,802	0,772 - 0,830
50	42 - 59	Uruguay	0,819	0,794 - 0,842	50	45 - 59	Pologne	0,793	0,762 - 0,819
51	41 - 64	Colombie	0,814	0,787 - 0,843	51	38 - 67	République dominicaine	0,789	0,735 - 0,845
52	42 - 65	Paraguay	0,813	0,785 - 0,842	52	41 - 67	Tunisie	0,785	0,741 - 0,832
53	43 - 64	Qatar	0,813	0,786 - 0,839	53	47 - 62	Jamaïque	0,782	0,754 - 0,809

PERFORMANCE EN MATIERE DE NIVEAU DE SANTE					PERFORMANCE GLOBALE				
Rangs	Intervalles d'incertitude	Etats Membres	Indices	Intervalles d'incertitude	Rangs	Intervalles d'incertitude	Etats Membres	Indices	Intervalles d'incertitude
54	43 - 69	Sainte-Lucie	0,809	0,781-0,837	54	50 - 64	Venezuela (République bolivarienne du)	0,775	0,745-0,803
55	41 - 70	Cap-Vert	0,808	0,776-0,842	55	41 - 75	Albanie	0,774	0,709-0,834
56	47 - 64	Arménie	0,806	0,785-0,823	56	51 - 63	Seychelles	0,773	0,747-0,797
57	51 - 61	Croatie	0,805	0,789-0,821	57	47 - 77	Paraguay	0,761	0,714-0,806
58	48 - 65	Iran (République islamique d')	0,805	0,783-0,827	58	55 - 67	République de Corée	0,759	0,740-0,776
59	45 - 73	Dominique	0,804	0,774-0,833	59	50 - 78	Sénégal	0,756	0,711-0,800
60	49 - 67	Azerbaïdjan	0,803	0,781-0,820	60	53 - 73	Philippines	0,755	0,720-0,789
61	52 - 65	Chine	0,800	0,782-0,813	61	52 - 74	Mexique	0,755	0,719-0,789
62	55 - 66	Slovénie	0,797	0,781-0,813	62	54 - 73	Slovaquie	0,754	0,721-0,781
63	56 - 73	Mexique	0,789	0,771-0,808	63	49 - 81	Egypte	0,752	0,707-0,798
64	55 - 76	Albanie	0,789	0,766-0,808	64	50 - 80	Kazakhstan	0,752	0,699-0,802
65	61 - 72	Danemark	0,785	0,769-0,801	65	55 - 80	Uruguay	0,745	0,702-0,782
66	57 - 80	Sri Lanka	0,783	0,761-0,807	66	59 - 74	Hongrie	0,743	0,713-0,768
67	57 - 80	Panama	0,783	0,759-0,807	67	53 - 81	Trinité-et-Tobago	0,742	0,695-0,784
68	56 - 83	Koweït	0,782	0,753-0,808	68	59 - 75	Sainte-Lucie	0,740	0,717-0,765
69	61 - 78	Ex-République yougoslave de Macédoine	0,781	0,761-0,796	69	58 - 81	Belize	0,736	0,697-0,772
70	59 - 83	Bosnie-Herzégovine	0,780	0,754-0,803	70	60 - 81	Turquie	0,734	0,698-0,764
71	65 - 76	Argentine	0,779	0,762-0,794	71	58 - 83	Nicaragua	0,733	0,696-0,770
72	67 - 78	Etats-Unis d'Amérique	0,774	0,758-0,789	72	64 - 84	Bélarus	0,723	0,691-0,750
73	61 - 86	Bhoutan	0,773	0,748-0,797	73	65 - 82	Lituanie	0,722	0,690-0,750
74	63 - 84	Nicaragua	0,772	0,750-0,793	74	63 - 83	Saint-Vincent-et-Grenadines	0,722	0,686-0,754
75	65 - 84	Iraq	0,770	0,752-0,791	75	66 - 81	Argentine	0,722	0,695-0,747
76	67 - 85	Brunéï Darussalam	0,768	0,749-0,787	76	68 - 84	Sri Lanka	0,716	0,692-0,740
77	61 - 88	Suriname	0,768	0,740-0,798	77	68 - 85	Estonie	0,714	0,684-0,741
78	66 - 88	Brésil	0,767	0,745-0,787	78	57 - 99	Guatemala	0,713	0,642-0,774
79	70 - 84	Trinité-et-Tobago	0,767	0,750-0,780	79	70 - 88	Ukraine	0,708	0,674-0,734
80	72 - 83	Nouvelle-Zélande	0,766	0,750-0,780	80	68 - 93	Iles Salomon	0,705	0,664-0,739
81	73 - 83	République tchèque	0,765	0,749-0,779	81	70 - 92	Algérie	0,701	0,669-0,730
82	66 - 91	Yémen	0,761	0,733-0,789	82	75 - 88	Palaos	0,700	0,679-0,719
83	72 - 88	Seychelles	0,759	0,739-0,778	83	75 - 88	Jordanie	0,698	0,675-0,720
84	73 - 91	Géorgie	0,758	0,736-0,776	84	75 - 91	Maurice	0,691	0,665-0,719
85	73 - 89	Pakistan	0,757	0,738-0,777	85	74 - 96	Grenade	0,689	0,652-0,723
86	75 - 92	Malaisie	0,751	0,731-0,771	86	76 - 93	Antigua-et-Barbuda	0,688	0,657-0,718
87	77 - 92	Barbade	0,749	0,730-0,770	87	79 - 96	Jamahiriya arabe libyenne	0,683	0,655-0,707
88	85 - 92	Slovaquie	0,742	0,729-0,757	88	69 - 111	Bangladesh	0,675	0,618-0,732
89	84 - 94	Pologne	0,742	0,723-0,758	89	83 - 107	Ex-République yougoslave de Macédoine	0,664	0,630-0,695
90	79 - 98	Indonésie	0,741	0,715-0,766	90	84 - 106	Bosnie-Herzégovine	0,664	0,632-0,694
91	85 - 99	République arabe syrienne	0,733	0,712-0,755	91	85 - 104	Liban	0,664	0,638-0,688
92	89 - 96	Bulgarie	0,733	0,717-0,747	92	85 - 107	Indonésie	0,660	0,632-0,689
93	89 - 103	Lituanie	0,724	0,705-0,742	93	83 - 110	Iran (République islamique d')	0,659	0,620-0,693
94	89 - 104	Jamahiriya arabe libyenne	0,723	0,699-0,746	94	87 - 108	Bahamas	0,657	0,625-0,687
95	89 - 105	Iles Cook	0,722	0,696-0,746	95	87 - 107	Panama	0,656	0,627-0,686
96	89 - 104	Equateur	0,721	0,700-0,742	96	90 - 106	Fidji	0,653	0,630-0,674
97	91 - 105	Liban	0,719	0,697-0,740	97	78 - 123	Béni	0,647	0,573-0,710
98	93 - 107	Népal	0,714	0,691-0,736	98	94 - 107	Nauru	0,647	0,630-0,664
99	93 - 107	Guatemala	0,714	0,691-0,735	99	92 - 110	Roumanie	0,645	0,624-0,666
100	94 - 107	Jordanie	0,711	0,689-0,732	100	90 - 113	Saint-Kitts-et-Nevis	0,643	0,611-0,678
101	97 - 104	Ukraine	0,711	0,695-0,726	101	92 - 114	République de Moldova	0,639	0,600-0,672
102	93 - 111	Thaïlande	0,710	0,682-0,736	102	94 - 113	Bulgarie	0,639	0,617-0,660
103	93 - 109	Bangladesh	0,709	0,684-0,735	103	91 - 117	Iraq	0,637	0,597-0,669
104	92 - 115	Guyana	0,704	0,672-0,738	104	86 - 126	Arménie	0,630	0,566-0,682
105	101 - 111	Hongrie	0,698	0,682-0,714	105	94 - 118	Lettonie	0,630	0,589-0,665

Tableau 10 de l'annexe Performance des systèmes de santé dans l'ensemble des Etats Membres, indices OMS, estimations pour 1997

PERFORMANCE EN MATIERE DE NIVEAU DE SANTE					PERFORMANCE GLOBALE				
Rangs	Intervalles d'incertitude	Etats Membres	Indices	Intervalles d'incertitude	Rangs	Intervalles d'incertitude	Etats Membres	Indices	Intervalles d'incertitude
106	102 - 111	République de Moldova	0,696	0,680 - 0,710	106	94 - 120	Yougoslavie	0,629	0,586 - 0,664
107	100 - 113	République de Corée	0,694	0,674 - 0,711	107	95 - 121	Iles Cook	0,628	0,583 - 0,664
108	93 - 121	Nioué	0,693	0,650 - 0,731	108	94 - 120	République arabe syrienne	0,628	0,589 - 0,661
109	103 - 116	Gambie	0,687	0,671 - 0,704	109	93 - 122	Azerbaïdjan	0,626	0,582 - 0,665
110	100 - 121	Micronésie (Etats fédérés de)	0,684	0,656 - 0,717	110	91 - 123	Suriname	0,623	0,571 - 0,671
111	107 - 117	Roumanie	0,682	0,668 - 0,696	111	88 - 125	Equateur	0,619	0,565 - 0,684
112	107 - 119	Ouzbékistan	0,681	0,662 - 0,700	112	105 - 118	Inde	0,617	0,599 - 0,638
113	105 - 120	Maurice	0,679	0,657 - 0,702	113	95 - 127	Cap-Vert	0,617	0,561 - 0,664
114	105 - 121	Tonga	0,677	0,651 - 0,704	114	103 - 121	Géorgie	0,615	0,583 - 0,642
115	107 - 119	Estonie	0,677	0,657 - 0,694	115	94 - 130	El Salvador	0,608	0,544 - 0,667
116	109 - 119	Bélarus	0,676	0,657 - 0,692	116	106 - 121	Tonga	0,607	0,582 - 0,632
117	109 - 121	Sao Tomé-et-Principe	0,671	0,651 - 0,691	117	92 - 134	Ouzbékistan	0,599	0,532 - 0,668
118	112 - 120	Inde	0,670	0,654 - 0,683	118	86 - 139	Comores	0,592	0,509 - 0,689
119	111 - 123	Pérou	0,665	0,643 - 0,686	119	114 - 126	Samoa	0,589	0,564 - 0,612
120	108 - 123	Vanuatu	0,665	0,639 - 0,689	120	92 - 140	Yémen	0,587	0,497 - 0,672
121	115 - 125	Lettonie	0,655	0,631 - 0,677	121	114 - 129	Nioué	0,584	0,549 - 0,614
122	114 - 127	Saint-Kitts-et-Nevis	0,650	0,621 - 0,679	122	109 - 132	Pakistan	0,583	0,541 - 0,626
123	115 - 131	Antigua-et-Barbuda	0,641	0,606 - 0,678	123	114 - 131	Micronésie (Etats fédérés de)	0,579	0,543 - 0,610
124	120 - 133	Fidji	0,632	0,600 - 0,662	124	111 - 136	Bhoutan	0,575	0,520 - 0,618
125	121 - 131	Palaos	0,632	0,606 - 0,656	125	111 - 136	Brésil	0,573	0,526 - 0,619
126	122 - 131	Philippines	0,630	0,608 - 0,653	126	112 - 135	Bolivie	0,571	0,526 - 0,615
127	124 - 131	Fédération de Russie	0,623	0,606 - 0,638	127	118 - 138	Vanuatu	0,559	0,512 - 0,594
128	123 - 134	Tuvalu	0,618	0,594 - 0,644	128	119 - 140	Guyana	0,554	0,504 - 0,593
129	124 - 137	Myanmar	0,612	0,584 - 0,641	129	122 - 138	Pérou	0,547	0,517 - 0,577
130	125 - 136	Viet Nam	0,611	0,587 - 0,634	130	126 - 136	Fédération de Russie	0,544	0,527 - 0,563
131	127 - 139	Samoa	0,602	0,579 - 0,626	131	115 - 145	Honduras	0,544	0,471 - 0,611
132	128 - 138	Sénégal	0,601	0,584 - 0,620	132	114 - 147	Burkina Faso	0,543	0,472 - 0,611
133	129 - 139	Côte d'Ivoire	0,598	0,580 - 0,617	133	124 - 144	Sao Tomé-et-Principe	0,535	0,482 - 0,575
134	128 - 140	Kirghizistan	0,598	0,575 - 0,620	134	119 - 151	Soudan	0,524	0,447 - 0,594
135	129 - 138	Kazakhstan	0,598	0,581 - 0,615	135	118 - 150	Ghana	0,522	0,452 - 0,596
136	129 - 139	Bénin	0,596	0,576 - 0,616	136	130 - 145	Tuvalu	0,518	0,481 - 0,551
137	127 - 142	Bahamas	0,593	0,564 - 0,624	137	124 - 149	Côte d'Ivoire	0,517	0,463 - 0,572
138	132 - 144	Mongolie	0,581	0,555 - 0,607	138	120 - 152	Haiti	0,517	0,439 - 0,595
139	134 - 143	Haiti	0,580	0,561 - 0,599	139	129 - 149	Gabon	0,511	0,456 - 0,553
140	131 - 144	Iles Marshall	0,579	0,549 - 0,609	140	130 - 148	Kenya	0,505	0,461 - 0,549
141	137 - 145	Comores	0,570	0,550 - 0,590	141	133 - 147	Iles Marshall	0,504	0,469 - 0,534
142	137 - 145	Bolivie	0,567	0,544 - 0,590	142	135 - 150	Kiribati	0,495	0,455 - 0,529
143	139 - 146	Gabon	0,559	0,538 - 0,579	143	125 - 157	Burundi	0,494	0,411 - 0,572
144	138 - 148	Kiribati	0,554	0,525 - 0,581	144	125 - 162	Chine	0,485	0,375 - 0,567
145	140 - 148	Tadjikistan	0,551	0,523 - 0,580	145	134 - 154	Mongolie	0,483	0,429 - 0,531
146	141 - 149	Papouasie-Nouvelle-Guinée	0,546	0,520 - 0,572	146	135 - 154	Gambie	0,482	0,427 - 0,533
147	144 - 154	Maldives	0,524	0,496 - 0,555	147	138 - 154	Maldives	0,477	0,430 - 0,516
148	146 - 153	Erythrée	0,521	0,504 - 0,538	148	137 - 159	Papouasie-Nouvelle-Guinée	0,467	0,400 - 0,522
149	146 - 154	Soudan	0,519	0,496 - 0,543	149	136 - 158	Ouganda	0,464	0,404 - 0,526
150	146 - 155	Afghanistan	0,517	0,488 - 0,547	150	138 - 159	Népal	0,457	0,400 - 0,516
151	147 - 153	Mauritanie	0,517	0,501 - 0,533	151	143 - 157	Kirghizistan	0,455	0,410 - 0,490
152	145 - 158	Turkménistan	0,513	0,479 - 0,546	152	142 - 158	Togo	0,449	0,398 - 0,501
153	147 - 156	République populaire démocratique de Corée	0,510	0,485 - 0,536	153	143 - 161	Turkménistan	0,443	0,390 - 0,490
154	148 - 157	Somalie	0,506	0,480 - 0,530	154	147 - 163	Tadjikistan	0,428	0,381 - 0,470
155	152 - 160	République démocratique populaire lao	0,489	0,466 - 0,510	155	143 - 167	Zimbabwe	0,427	0,352 - 0,497
156	154 - 162	Guinée-Bissau	0,481	0,462 - 0,499	156	145 - 166	République-Unie de Tanzanie	0,422	0,368 - 0,479
157	153 - 162	Cambodge	0,481	0,460 - 0,501	157	149 - 168	Djibouti	0,414	0,355 - 0,459
158	153 - 162	Ghana	0,479	0,457 - 0,500	158	152 - 170	Erythrée	0,399	0,339 - 0,446

PERFORMANCE EN MATIERE DE NIVEAU DE SANTE					PERFORMANCE GLOBALE				
Rangs	Intervalles d'incertitude	Etats Membres	Indices	Intervalles d'incertitude	Rangs	Intervalles d'incertitude	Etats Membres	Indices	Intervalles d'incertitude
159	155 - 164	Togo	0,472	0,452-0,492	159	149 - 170	Madagascar	0,397	0,329-0,463
160	157 - 164	Guinée	0,469	0,455-0,483	160	155 - 166	Viet Nam	0,393	0,366-0,420
161	156 - 165	Tchad	0,465	0,444-0,487	161	155 - 170	Guinée	0,385	0,334-0,425
162	157 - 166	Burkina Faso	0,463	0,441-0,483	162	154 - 172	Mauritanie	0,384	0,328-0,431
163	158 - 167	Djibouti	0,457	0,434-0,479	163	156 - 176	Mali	0,361	0,284-0,429
164	160 - 166	République centrafricaine	0,454	0,436-0,470	164	150 - 181	Cameroun	0,357	0,246-0,458
165	159 - 167	Angola	0,453	0,433-0,473	165	157 - 178	République démocratique populaire lao	0,356	0,298-0,410
166	162 - 168	Nauru	0,444	0,424-0,464	166	160 - 176	Congo	0,354	0,302-0,401
167	164 - 170	Congo	0,433	0,411-0,454	167	157 - 180	République populaire démocratique de Corée	0,353	0,278-0,414
168	164 - 172	Mozambique	0,424	0,399-0,450	168	158 - 180	Namibie	0,340	0,268-0,413
169	167 - 171	Ethiopie	0,418	0,400-0,435	169	164 - 179	Botswana	0,338	0,288-0,373
170	168 - 172	Mali	0,410	0,393-0,426	170	158 - 180	Niger	0,337	0,266-0,416
171	168 - 174	Burundi	0,403	0,374-0,435	171	163 - 180	Guinée équatoriale	0,337	0,277-0,384
172	169 - 174	Cameroun	0,399	0,375-0,421	172	161 - 182	Rwanda	0,327	0,268-0,389
173	170 - 174	Madagascar	0,394	0,378-0,410	173	164 - 181	Afghanistan	0,325	0,262-0,376
174	172 - 175	Guinée équatoriale	0,377	0,355-0,400	174	161 - 184	Cambodge	0,322	0,234-0,392
175	174 - 176	Nigéria	0,353	0,331-0,375	175	164 - 182	Afrique du Sud	0,319	0,251-0,374
176	175 - 178	Libéria	0,337	0,318-0,355	176	164 - 183	Guinée-Bissau	0,314	0,239-0,375
177	176 - 178	Niger	0,323	0,306-0,340	177	166 - 184	Swaziland	0,305	0,234-0,369
178	176 - 178	Kenya	0,320	0,298-0,343	178	167 - 183	Tchad	0,303	0,231-0,363
179	179 - 180	Ouganda	0,280	0,264-0,295	179	167 - 186	Somalie	0,286	0,199-0,369
180	179 - 180	République-Unie de Tanzanie	0,279	0,260-0,298	180	173 - 185	Ethiopie	0,276	0,215-0,326
181	181 - 185	Rwanda	0,240	0,214-0,265	181	172 - 186	Angola	0,275	0,198-0,343
182	181 - 185	Afrique du Sud	0,232	0,209-0,251	182	170 - 186	Zambie	0,269	0,204-0,339
183	181 - 185	Sierra Leone	0,230	0,213-0,247	183	174 - 186	Lesotho	0,266	0,205-0,319
184	181 - 186	Swaziland	0,229	0,205-0,255	184	170 - 187	Mozambique	0,260	0,186-0,339
185	182 - 187	République démocratique du Congo	0,217	0,198-0,235	185	171 - 188	Malawi	0,251	0,174-0,332
186	183 - 188	Lesotho	0,211	0,187-0,236	186	180 - 189	Libéria	0,200	0,117-0,282
187	186 - 188	Malawi	0,196	0,181-0,211	187	183 - 189	Nigéria	0,176	0,094-0,251
188	187 - 189	Botswana	0,183	0,172-0,194	188	185 - 189	République démocratique du Congo	0,171	0,100-0,232
189	185 - 189	Namibie	0,183	0,152-0,214	189	179 - 190	République centrafricaine	0,156	0,000-0,306
190	185 - 190	Zambie	0,112	0,095-0,129	190	175 - 191	Myanmar	0,138	0,000-0,311
191	191	Zimbabwe	0,080	0,057-0,103	191	190 - 191	Sierra Leone	0,000	0,000-0,079

LISTE DES ETATS MEMBRES PAR RÉGION OMS ET PAR STRATE DE MORTALITÉ

Région africaine (AFR)

Afrique du Sud – forte chez l'enfant, très forte chez l'adulte

Algérie – forte chez l'enfant, forte chez l'adulte

Angola – forte chez l'enfant, forte chez l'adulte

Bénin – forte chez l'enfant, forte chez l'adulte

Botswana – forte chez l'enfant, très forte chez l'adulte

Burkina Faso – forte chez l'enfant, forte chez l'adulte

Burundi – forte chez l'enfant, très forte chez l'adulte

Cameroun – forte chez l'enfant, forte chez l'adulte

Cap-Vert – forte chez l'enfant, forte chez l'adulte

Comores – forte chez l'enfant, forte chez l'adulte

Congo – forte chez l'enfant, très forte chez l'adulte

Côte d'Ivoire – forte chez l'enfant, très forte chez l'adulte

Erythrée – forte chez l'enfant, très forte chez l'adulte

Ethiopie – forte chez l'enfant, très forte chez l'adulte

Gabon – forte chez l'enfant, forte chez l'adulte

Gambie – forte chez l'enfant, forte chez l'adulte

Ghana – forte chez l'enfant, forte chez l'adulte

Guinée – forte chez l'enfant, forte chez l'adulte

Guinée-Bissau – forte chez l'enfant, forte chez l'adulte

Guinée équatoriale – forte chez l'enfant, forte chez l'adulte

Kenya – forte chez l'enfant, très forte chez l'adulte

Lesotho – forte chez l'enfant, très forte chez l'adulte

Libéria – forte chez l'enfant, forte chez l'adulte

Madagascar – forte chez l'enfant, forte chez l'adulte

Malawi – forte chez l'enfant, très forte chez l'adulte

Mali – forte chez l'enfant, forte chez l'adulte

Maurice – forte chez l'enfant, forte chez l'adulte

Mauritanie – forte chez l'enfant, forte chez l'adulte

Mozambique – forte chez l'enfant, très forte chez l'adulte

Namibie – forte chez l'enfant, très forte chez l'adulte

Niger – forte chez l'enfant, forte chez l'adulte

Nigéria – forte chez l'enfant, forte chez l'adulte

Ouganda – forte chez l'enfant, très forte chez l'adulte

République centrafricaine – forte chez l'enfant, très forte chez l'adulte

République démocratique du Congo – forte chez l'enfant, très forte chez l'adulte

République-Unie de Tanzanie – forte chez l'enfant, très forte chez l'adulte

Rwanda – forte chez l'enfant, très forte chez l'adulte

Sao Tomé-et-Principe – forte chez l'enfant, forte chez l'adulte

Sénégal – forte chez l'enfant, forte chez l'adulte

Seychelles – forte chez l'enfant, forte chez l'adulte

Sierra Leone – forte chez l'enfant, forte chez l'adulte

Swaziland – forte chez l'enfant, très forte chez l'adulte

Tchad – forte chez l'enfant, forte chez l'adulte

Togo – forte chez l'enfant, forte chez l'adulte

Zambie – forte chez l'enfant, très forte chez l'adulte

Zimbabwe – forte chez l'enfant, très forte chez l'adulte

Région des Amériques (AMR)

Antigua-et-Barbuda – faible chez l'enfant, faible chez l'adulte

Argentine – faible chez l'enfant, faible chez l'adulte

Bahamas – faible chez l'enfant, faible chez l'adulte

Barbade – faible chez l'enfant, faible chez l'adulte

Belize – faible chez l'enfant, faible chez l'adulte

Bolivie – forte chez l'enfant, forte chez l'adulte

Bésil – faible chez l'enfant, faible chez l'adulte

Canada – très faible chez l'enfant, très faible chez l'adulte

Chili – faible chez l'enfant, faible chez l'adulte

Colombie – faible chez l'enfant, faible chez l'adulte

Costa Rica – faible chez l'enfant, faible chez l'adulte

Cuba – très faible chez l'enfant, très faible chez l'adulte

Dominique – faible chez l'enfant, faible chez l'adulte

El Salvador – faible chez l'enfant, faible chez l'adulte

Equateur – forte chez l'enfant, forte chez l'adulte

Etats-Unis d'Amérique – très faible chez l'enfant, très faible chez l'adulte

Grenade – faible chez l'enfant, faible chez l'adulte

Guatemala – forte chez l'enfant, forte chez l'adulte

Guyana – faible chez l'enfant, faible chez l'adulte

Haïti – forte chez l'enfant, forte chez l'adulte

Honduras – faible chez l'enfant, faible chez l'adulte

Jamaïque – faible chez l'enfant, faible chez l'adulte

Mexique – faible chez l'enfant, faible chez l'adulte

Nicaragua – forte chez l'enfant, forte chez l'adulte

Panama – faible chez l'enfant, faible chez l'adulte

Paraguay – faible chez l'enfant, faible chez l'adulte

Pérou – forte chez l'enfant, forte chez l'adulte

République dominicaine – faible chez l'enfant, faible chez l'adulte

Sainte-Lucie – faible chez l'enfant, faible chez l'adulte

Saint-Kitts-et-Nevis – faible chez l'enfant, faible chez l'adulte

Saint-Vincent-et-Grenadines – faible chez l'enfant, faible chez l'adulte

Suriname – faible chez l'enfant, faible chez l'adulte

Trinité-et-Tobago – faible chez l'enfant, faible chez l'adulte

Uruguay – faible chez l'enfant, faible chez l'adulte

Venezuela (République bolivarienne du) – faible chez l'enfant, faible chez l'adulte

Région de la Méditerranée orientale (EMR)

Afghanistan – forte chez l'enfant, forte chez l'adulte

Arabie saoudite – faible chez l'enfant, faible chez l'adulte

Bahreïn – faible chez l'enfant, faible chez l'adulte

Chypre – faible chez l'enfant, faible chez l'adulte

Djibouti – forte chez l'enfant, forte chez l'adulte

Egypte – forte chez l'enfant, forte chez l'adulte

Emirats arabes unis – faible chez l'enfant, faible chez l'adulte

Iran (République islamique d') – faible chez l'enfant, faible chez l'adulte

Iraq – forte chez l'enfant, forte chez l'adulte

Jamahiriya arabe libyenne – faible chez l'enfant, faible chez l'adulte

Jordanie – faible chez l'enfant, faible chez l'adulte

Koweït – faible chez l'enfant, faible chez l'adulte

Liban – faible chez l'enfant, faible chez l'adulte

Maroc – forte chez l'enfant, forte chez l'adulte

Oman – faible chez l'enfant, faible chez l'adulte

Pakistan – forte chez l'enfant, forte chez l'adulte
Qatar – faible chez l'enfant, faible chez l'adulte
République arabe syrienne – faible chez l'enfant, faible chez l'adulte
Somalie – forte chez l'enfant, forte chez l'adulte
Soudan – forte chez l'enfant, forte chez l'adulte
Tunisie – faible chez l'enfant, faible chez l'adulte
Yémen – forte chez l'enfant, forte chez l'adulte

Région européenne (EUR)

Albanie – faible chez l'enfant, faible chez l'adulte
Allemagne – très faible chez l'enfant, très faible chez l'adulte
Andorre – très faible chez l'enfant, très faible chez l'adulte
Arménie – faible chez l'enfant, faible chez l'adulte
Autriche – très faible chez l'enfant, très faible chez l'adulte
Azerbaïdjan – faible chez l'enfant, faible chez l'adulte
Bélarus – faible chez l'enfant, forte chez l'adulte
Belgique – très faible chez l'enfant, très faible chez l'adulte
Bosnie-Herzégovine – faible chez l'enfant, faible chez l'adulte
Bulgarie – faible chez l'enfant, faible chez l'adulte
Croatie – très faible chez l'enfant, très faible chez l'adulte
Danemark – très faible chez l'enfant, très faible chez l'adulte
Espagne – très faible chez l'enfant, très faible chez l'adulte
Estonie – faible chez l'enfant, forte chez l'adulte
Ex-République yougoslave de Macédoine – faible chez l'enfant, faible chez l'adulte
Fédération de Russie – faible chez l'enfant, forte chez l'adulte
Finlande – très faible chez l'enfant, très faible chez l'adulte
France – très faible chez l'enfant, très faible chez l'adulte
Géorgie – faible chez l'enfant, faible chez l'adulte
Grèce – très faible chez l'enfant, très faible chez l'adulte
Hongrie – faible chez l'enfant, forte chez l'adulte
Irlande – très faible chez l'enfant, très faible chez l'adulte
Islande – très faible chez l'enfant, très faible chez l'adulte
Israël – très faible chez l'enfant, très faible chez l'adulte
Italie – très faible chez l'enfant, très faible chez l'adulte
Kazakhstan – faible chez l'enfant, forte chez l'adulte
Kirghizistan – faible chez l'enfant, faible chez

l'adulte
Lettonie – faible chez l'enfant, forte chez l'adulte
Lituanie – faible chez l'enfant, forte chez l'adulte
Luxembourg – très faible chez l'enfant, très faible chez l'adulte
Malte – très faible chez l'enfant, très faible chez l'adulte
Monaco – très faible chez l'enfant, très faible chez l'adulte
Norvège – très faible chez l'enfant, très faible chez l'adulte
Ouzbékistan – faible chez l'enfant, faible chez l'adulte
Pays-Bas – très faible chez l'enfant, très faible chez l'adulte
Pologne – faible chez l'enfant, faible chez l'adulte
Portugal – très faible chez l'enfant, très faible chez l'adulte
République de Moldova – faible chez l'enfant, forte chez l'adulte
République tchèque – très faible chez l'enfant, très faible chez l'adulte
Roumanie – faible chez l'enfant, faible chez l'adulte
Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord – très faible chez l'enfant, très faible chez l'adulte
Saint-Marin – très faible chez l'enfant, très faible chez l'adulte
Slovaquie – faible chez l'enfant, faible chez l'adulte
Slovénie – très faible chez l'enfant, très faible chez l'adulte
Suède – très faible chez l'enfant, très faible chez l'adulte
Suisse – très faible chez l'enfant, très faible chez l'adulte
Tadjikistan – faible chez l'enfant, faible chez l'adulte
Turkménistan – faible chez l'enfant, faible chez l'adulte
Turquie – faible chez l'enfant, faible chez l'adulte
Ukraine – faible chez l'enfant, forte chez l'adulte
Yougoslavie – faible chez l'enfant, faible chez l'adulte

Région de l'Asie du Sud-Est (SEAR)

Bangladesh – forte chez l'enfant, forte chez l'adulte
Bhoutan – forte chez l'enfant, forte chez l'adulte
Inde – forte chez l'enfant, forte chez l'adulte
Indonésie – faible chez l'enfant, faible chez l'adulte
Maldives – forte chez l'enfant, forte chez l'adulte
Myanmar – forte chez l'enfant, forte chez l'adulte

Népal – forte chez l'enfant, forte chez l'adulte
République populaire démocratique de Corée – forte chez l'enfant, forte chez l'adulte
Sri Lanka – faible chez l'enfant, faible chez l'adulte
Thaïlande – faible chez l'enfant, faible chez l'adulte

Région du Pacifique occidental (WPR)

Australie – très faible chez l'enfant, très faible chez l'adulte
Brunéi Darussalam – très faible chez l'enfant, très faible chez l'adulte
Cambodge – faible chez l'enfant, faible chez l'adulte
Chine – faible chez l'enfant, faible chez l'adulte
Fidji – faible chez l'enfant, faible chez l'adulte
Iles Cook – faible chez l'enfant, faible chez l'adulte
Iles Marshall – faible chez l'enfant, faible chez l'adulte
Iles Salomon – faible chez l'enfant, faible chez l'adulte
Japon – très faible chez l'enfant, très faible chez l'adulte
Kiribati – faible chez l'enfant, faible chez l'adulte
Malaisie – faible chez l'enfant, faible chez l'adulte
Micronésie (Etats fédérés de) – faible chez l'enfant, faible chez l'adulte
Mongolie – faible chez l'enfant, faible chez l'adulte
Nauru – faible chez l'enfant, faible chez l'adulte
Nioué – faible chez l'enfant, faible chez l'adulte
Nouvelle-Zélande – très faible chez l'enfant, très faible chez l'adulte
Palaos (les) – faible chez l'enfant, faible chez l'adulte
Papouasie-Nouvelle-Guinée – faible chez l'enfant, faible chez l'adulte
Philippines – faible chez l'enfant, faible chez l'adulte
République de Corée – faible chez l'enfant, faible chez l'adulte
République démocratique populaire lao – faible chez l'enfant, faible chez l'adulte
Samoa – faible chez l'enfant, faible chez l'adulte
Singapour – très faible chez l'enfant, très faible chez l'adulte
Tonga – faible chez l'enfant, faible chez l'adulte
Tuvalu – faible chez l'enfant, faible chez l'adulte
Vanuatu – faible chez l'enfant, faible chez l'adulte
Viet Nam – faible chez l'enfant, faible chez l'adulte

REMERCIEMENTS

Groupes consultatifs du Siège

Anarfi Asamoah-Baah
James Banda
Jamie Bartram
Rafael Bengoa
Andrew Cassels
David Evans
Pamela Hartigan
Hans Hogerzeil
Katja Janovosky
Sergio Spinaci
Jim Tulloch
Eva Wallstam
Hilary Wild
Derek Yach

Groupe régional de référence

Daniel López Acuña, AMRO
Alastair Dingwall, WPRO
Josep Figueras, EURO
Martin Mckee, EURO
Abdel Aziz Saleh, EURO
U Than Sein, SEARO
Leonard Tapsoba, AFRO

Groupes de travail

Démographie générale

Omar Ahmad
Alan Lopez
Doris Ma Fat
Christopher Murray
Joshua Salomon

Causes de décès

Christina Biller
Cynthia Boschi Pinto
Mie Inoue
Alan Lopez
Rafael Lozano
Christopher Murray
Eduardo Sabate
Joshua Salomon
Toshihiko Satoh
Lana Tomaskovic

Charge de morbidité

Cynthia Boschi Pinto
Somnath Chatterji
Brodie Ferguson
Mie Inoue
Alan Lopez
Rafael Lozano
Colin Mathers
Christopher Murray
Anthony Rodgers
Eduardo Sabate
Toshihiko Satoh

Lana Tomaskovic
Bedirhan Üstün
Voranuch Wangsuphachart

Espérance de vie corrigée de l'incapacité

Brodie Ferguson
Alan Lopez
Colin Mathers
Christopher Murray
Ritu Sadana
Joshua Salomon

Inégalités de santé

Brodie Ferguson
Julio Frenk
Emmanuela Gakidou
Gary King
Christopher Murray
Lana Tomaskovic

Réactivité

Charles Darby
Amala de Silva
Kei Kawabata
Christopher Murray
Nicole Valentine

Équité de la contribution financière

Carmen Elisa Florez
Jürgen John
Kei Kawabata
Felicía Knaul
Patrick Lydon
Christopher Murray
Philip Musgrove
Juan Pabo Ortiz de Iturbide
Wibulpolprasert Suwit
Aysit Tansel
Hugh Waters
Ke Xu

Préférences en matière de système de santé

Julio Frenk
Emmanuela Gakidou
Christopher Murray

Comptes de la santé et profits nationaux

Dominique Freire
Patricia Hernández
Catharina Hjortsberg
Chandika Indikadahena
Jack Langenbrunner
Jean-Pierre Poullier
Phyllida Travis
Naoko Watanabe

Analyse de la performance

Lydia Bendib
David Evans
Jeremy Lauer
Christopher Murray
Ajay Tandon

Données économiques de base

Yukiko Asada
Lydia Bendib
Steeve Ebener
David Evans
Raymond Hutubessy
Jeremy Lauer
Christopher Murray
Tessa Tan-Torres Edejer
Ajay Tandon

Autres coauteurs

Gabriella Covino
Dan Wikler
Marie Windsor-Leutke

Participants à la réunion consultative d'experts des systèmes de santé

(Genève, décembre 1999)
Walid Ammar
(Ministère de la Santé, Liban)
Anders Anell
(Institut d'Economie de la Santé, Suède)
Peter Berman
(Harvard School of Public Health, Etats-Unis d'Amérique)
Jonathan Broomberg
(Praxis Capital, Afrique du Sud)
Richard Feachem
(Rédacteur en chef, Bulletin de l'OMS)
Toshihiko Hasegawa
(Institut de Gestion des Services de Santé, Japon)
William Hsiao
(Harvard School of Public Health, Etats-Unis d'Amérique)
Jeremy Hurst
(Organisation de Coopération et de Développement économiques, France)
Barbara McPake
(London School of Hygiene and Tropical Medicine, Royaume-Uni)
Abdelhay Mechbal
(Bureau régional OMS de la Méditerranée orientale)
Ingrid Petersson
(Office de l'Assurance nationale suédoise, Suède)

Alexander Preker
(Banque mondiale, Etats-Unis d'Amérique)
Neelam Sekhri Feachem
(Healthcare Redesign Group of Companies, Etats-Unis d'Amérique)
Suwit Wibulpolprasert
(Ministère de la Santé publique, Thaïlande)
Beatriz Zurita
(Fondation mexicaine de la Santé, Mexique)

Participants à la réunion d'informateurs clés

(Genève, décembre 1999)
Jeannette Aguirre de Abruzeze (Bolivie)
Robert Basaza (Ouganda)
Aleksandra Banaszewska (Pologne)
Edgar Barillas (Guatemala)
Gilbert Buckle (Ghana)
Vung Nguyen Dang (Viet Nam)
Charles Darby (Etats-Unis d'Amérique)
Jose de Noronha (Brésil)
Damani de Silva (Sri Lanka)
Orkhon Dontor (Mongolie)
Andras Fogarsi (Hongrie)
Samy Gadalla (Egypte)
Zora Gerova (Slovaquie)
David Gzirshvili (Géorgie)
Jorge Hermida (Equateur)
Gilbert Hiawalyer (Papouasie-Nouvelle-Guinée)
Pimonpan Isarabhakdi (Thaïlande)
Saroj Jayasinghe (Sri Lanka)
Mohd.Ab.Kadar bin Marikar (Malaisie)
Shereen Khan (Bangladesh)
Shixue Li (Chine)
Marilyn Lorenzo (Philippines)
Gillian Moalosi (Botswana)
Ok Ryun Moon (République de Corée)
Grace Murindwa (Ouganda)
Lipika Nanda (Inde)
Kai Hong Phua (Singapour)
Bhojraj Pokharel (Népal)
Andreas Polynikis (Chypre)
Farba Sall (Sénégal)
Dragomira Shuleva (Bulgarie)
Agus Suwandono (Indonésie)
Karl Theodore (Trinité-et-Tobago)
Martin Valdivia (Pérou)
Marcos Vergara (Chili)
Gohar Wajid (Emirats arabes unis)
David Whittaker (Afrique du Sud)
Yazoume Ye (Burkina Faso)
Thomas Zigora (Zimbabwe)
Beatriz Zurita (Mexique)

INDEX

Les numéros de pages **en gras** indiquent les références principales.

- Accessibilité 26
 Accidents de la route 7, 120, 133
 Accoucheuse qualifiées 51 de la six milliardième personne xiii, 3
 Achats stratégiques xix, 111, **120–123**, 158–159
 Activités diagnostiques 58
 Administrateurs généraux 57
 Administration générale xi, xv, 27, 49, **135–160**
 amélioration de la performance du système de santé 156–160
 décisions d'investissement 103
 définition 135
 défis à l' 154–156
 financement de la santé 128, 129, 156, 159–160
 internationale 93, 96, 151
 problèmes courants 136–138
 rétrécissement du champ visuel 137
 tâches de base 139–149
 discernement et connaissance 147–150
 formulation de la politique de santé 139–141
 mise en oeuvre 151–154
 réglementation et règles 141–147
 Afghanistan 32
 Afrique 7, 16, 56, 140
 financement de la santé 111
 inégalités face à la santé 32
 performance des systèmes de santé 44–45, 46–47
 prestation de service 64
 ressources humaines 90
 Afrique du Sud 75, 123
 caractéristiques des ressources pour la santé 99
 développement du système de santé 15, 16
 réactivité au système de santé 37
 réglementation du système d'assurance 93, 143
 Agents de santé (*voir aussi* Infirmières; Médecins généralistes)
 autoréglementation 145, 153
 collecte d'information 149
 équilibre numérique 89, 90
 exode des 89, 92, 136
 faire face aux problèmes 89
 formation, voir Formation
 génération 87
 mélange des ressources 87–89, 90–91
 motivation 89, 90
 plaintes au sujet des 33
 répartition 89, 90
 salaires et avantages 89, 90
 substitution parmi les 88
 Agents de santé communautaire 15–16
 Allemagne 14, 125, 159
 Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination (GAVI) 95
 Amérique latine
 égalité dans la santé 31–32
 systèmes de santé 15, 16, 50
 Angola 87, 110
 Années de vie corrigée de l'incapacité (AVCI) 30, 31, 167, 192–197
 Antibiotiques 10, 60, 92
 Application des règles, assurer l' **141–147**
 Apports, systèmes de santé (*voir aussi* Ressources, soins de santé)
 85–87
 Approche intégrée de la maladie chez l'enfant 60, 72
 Approches sectorielles (APS) 96, 110, 139, 154
 Arabie saoudite 91
 Argentine 20, 73
 administration publique générale 147, 157
 financement de la santé, 117, 119, 122, 124, 127
 Arménie 77
 Arrangements quasi-contractuels 123
 Asie
 prestation de service 65, 75, 78
 systèmes de santé 15, 16
 Assainissement 12
 Assemblée mondiale de la Santé, 53e (Mai 2000) xii
 Assistants de santé 89
 Associations médicales 145
 Assurance (*voir aussi* Assurance –maladie; Assurance sociale)
 xix–xx, 70
 échecs 41, 63
 évolution 14–15, 19–20
 fonctions, système 110
 régulation 69
 Assurance sociale 125
 au travail xix, 14, 15, 110–111
 collecte 110–111
 évolution 14–15
 obligatoire 110
 Assurance–maladie 110
 évolution 13–15, 20
 liée au travail xix–xx, 14, 15, 113
 privée, *voir* assurance–maladie privée
 problèmes d'organisation 126
 Assurance–maladie privée
 incitations internes et externes 127, 128, 129
 réglementation 142–144, 156, 136
 volontaire 109, 110, 112, 124–125

- Attente, répondre aux – des patients, voir Réactivité
- Attraction
 «personnalité», de politiques spécifiques 141
 «régulateur» 146
 prise de décision financière 128
- Australie 33, 34
- Autonomie
 malade 35
 classement par pays, 36, 37
 différences zones urbaines–zones rurales 36–38
 organisations des financements de la santé 125, 127
 prestataires 74, 75, 76–77, 138
 responsables des achats 138
- Autoréglementation 145, 148, 153
- Autriche 149
- AVCL, voir : Années de vie corrigée de l'incapacité
- Bahreïn 78
- Bangladesh
 financement de la santé 40, 89, 110, 116
 fonction administration générale 137, 140, 145
 prestation de service 57, 66, 76, 77
- Banque mondiale 59, 93, 95
- Bâtiments hospitaliers 86
- Bélarus 76, 149
- Belgique 14
- Besoins, répondre aux 18, 19
- Bolivie 110
- Bosnie–Herzégovine 3, 70
- Botswana 88
- Brésil 64, 117, 157
 financement équitable 40, 42
 lutte antipaludique 10
 prestation de service 73
 réactivité au système de santé 37
- British Medical Association 151
- Budgets 65–66
 budget détaillé 123
 dans les interactions prestataires–consommateurs 121
 fonctionnement, ressources pour 95–96
 planification des investissements 100
 soins de santé primaires 18
- Bulgarie 40, 42
- Bureaucraties hiérarchiques 70–71, 73–74, 77
 changement des modèles d'investissement 101–102, 103
 contrôle du financement de la santé 129
- Burkina Faso 76, 87, 140
- Caisses (exclusion des) 119
 fractionnement 117–118
 importantes 117, 118
- Caisses de mise en commun des ressources au niveau communautaire 118, 119–120, 124
 incitations 127, 128
- Cambodge 87, 89, 91, 140
- Canada 74, 91, 149, 153
- Cancer 167, 188–189, 194–195
- Capitation 122–124
 risque ajusté 128
- Caractéristiques, ressources pour la santé 96–99
- Carences nutritionnelles 186–187, 192–193
- Cataracte 70
- Catastrophes 66
- Ceintures de sécurité 7
- Centres tertiaires 17
- Charte, des patients 149
- Chili
 administration générale publique 143
 développement du système de santé 13, 14, 18
 financement du système de santé 111, 116, 124–126
 fonctionnement du système de santé 44, 50
 inégalité de l'espérance de vie 33, 34
 réactivité du système de santé 37
- Chine 40, 90
 administration générale publique 142, 158
 réforme du système de santé 16, 17, 19
- Choix des prestataires 36, 37, 122
- Chypre 37
- Citoyens 57
- Co-investissements 94
- Colombie 20, 66, 157
 financement équitable 41
 financement de la santé 115, 117, 120, 125
 fonctionnement du système de santé 43–44, 49
- Colonies, anciennes 16
- Communication dans la réglementation 146
 pour l'administration générale 151, 152, 153
- Compartimentation service de santé 77
 mise en commun des ressources 114–115
- Comptes d'épargne–maladie 114
- Comptes nationaux de la santé (CNS) xviii, 102–103, 171
 Etats Membres 214–217
 instruments de l'administration générale 156, 158
- Concertation 151, 152
- Conférence d'Alma-Ata (1978) 17
- Confidentialité 35, 149
 classement des pays 36, 37
 différences zones urbaines–zones rurales 36–38
- Connaissance avancées dans la 10, 11, 12, 92–93
 investissement dans la 94, 95
- Consommateurs 56–57, 153–154
- Consommation 111
 allocation de fonds 119
 corruption et 138
 passifs 112
 stratégiques xviii, 112, 120–123, 158
 unités 121
- Contrats
 personnels 92
 prestataires 70, 71, 75, 121, 123
- Contributeurs (au financement) 57
- Coordination 151
- Corruption xv, 138
- Costa Rica 15, 16, 77
 financement de la santé 117, 124, 130
- Coût–efficacité
 critères additionnels 62–64
 dans la définition de priorités 58–62
 mauvais usage 61–62
 pauvreté et 5
 prévention de la mortalité infantile 11
- Coûts (voir aussi Dépenses)
 confinement
 incitations des prestataires 121, 123
 techniques 65–66
 du travail 87
 interventions sur la santé 61
 investissement en capital 86–87
 récurrents 85, 86–87, 95–96, 158
- Croatie 72, 76
- Cuba 16, 40, 142

- Danemark 14, 149
 caractéristiques des ressources pour la santé 96, 97
 prestation de service 71
- Décentralisation 73, 78, 104, 158
 mise en commun des ressources et 114
- Décès, *voir* Mortalité
- Délais d'attente 31
- Demande, réponse à la 18, 19
- Dépenses (*voir aussi* Coûts)
 directes *voir* Paiements directs
 non alimentaires 39, 41
 nourriture 39–40
 santé, *voir* Dépenses de santé,
- Dépenses alimentaires 40
- Dépenses de santé
 caractéristiques des ressources 96, 97
 fonctionnement du système de santé et 43–49, 171, 222–225
 global 7, 109
 impact sur la santé 10
 ménages, évaluation de l'équitabilité des 38–43, 148
 per capita 99, 214–217
 statistiques nationales 43, 171, 214–217
- Dépenses renouvelables 85, 86, 95
- Différences ethniques, répartition des ressources 96
- Dignité, respect pour la 27, 36, 37
 différences zones urbaines–zones rurales 33–35
- Distribution par âge, personnels de santé 88
- Docteurs, *voir* Généralistes
- Donateurs
 administration générale rôle 154
 approches menées sur l'ensemble du secteur 95–96, 154
 contributions financières 110
 décentralisation et 104
- Données épidémiologiques 64–65
- Droits des patients 4, 149, 150, 155
- Droits du propriétaire 128
- Eau, saine 12
- Economies d'échelle 115, 117, 121
- Economies de marché, transition vers les 18–20
- Education sanitaire 60
- Education sanitaire 71–73
- Efficience
 conflit avec l'équité 64–65
 financement de la santé et 128
- Egypte 37, 72
 administration générale publique 144, 158
 caractéristiques des ressources pour la santé 97
- Emulation entre prestataires 156–158
 financement de la santé 116
 regroupement 118–120, 126
 ressources humaines 88, 89, 90
- Entretien 86, 95
- Epidémie de grippe 100–101
- Epidémies 66
- Equateur 37, 110
- Equité xi, 25, 28
 dans l'index des résultats d'ensemble 43, 44
 dans les méthodes de collecte du revenu 109–110, 113–114
- Equité (*voir aussi* Inégalités) en conflit avec l'efficience 62–63
 dans l'index des résultats d'ensemble 43
 financement de la santé et 130
 subventionnements croisés pour augmenter l'114–115
- Erreurs, médicales 11
- Erythrée 110
- Espérance de vie corrigée de l'incapacité (EVCI) 30–31, 167
 dans l'index des performances d'ensemble 45–46, 171–172, 222–225
 dans l'index des résultats d'ensemble 43, 44
 dérivation 28
 liée à l'espérance de vie 30, 31
 ressources disponibles et 41, 42–43
 statistiques 176–183
- Espérance de vie
 dépense de santé et 47
 élévation pendant le 20^e siècle 3
 inégalités dans l' 31–34
 rapport avec l'EVCI 30, 32
 statistiques 178–185
- Etats communistes 15, 19, 20
- Etats-Unis d'Amérique (USA) 7, 11, 92
 administration générale publique 138, 142–143, 149, 159
 caractéristiques des ressources pour la santé 97–99
 financement de la santé 114, 120, 125, 159
Health Maintenance Organizations 20, 70, 77, 122–123
 incitation des prestataires 66
 inégalité dans l'espérance de vie 33, 34
 niveau d'accomplissement du système de santé 43
- Etendue des pouvoirs de décision
 organisations de financement de la santé 125–126
 organisations de prestataires 73
- Ethiopie 56, 72, 140, 142
- Europe 58, 64
 centrale et de l'Est 10, 19, 72, 76
 de l'Ouest 10
 égalité dans la santé 30
- EVCI, *voir* Espérance de vie corrigée de l'incapacité
- Exode des cerveaux, personnel qualifié 89
- Exposition du marché
 organismes de financement de la santé 126, 128
 prestataires de service 74, 76
- Facteurs institutionnels, dans le financement de la santé 113, 124–125
- «Facturation informelle» xvi, 89, 138
- Fédération de Russie
 financement équitable 40
 ressources des soins de santé 93, 101
- Fédération internationale de l'Industrie du Médicament (FIIM) 95
- Fidji 91
- Fièvre jaune 13, 95
- Financement équitable 9, 25–26, 28, 112
 classement par pays 210–213
 mesures 29–30, 38–43
 mesures récapitulatives (index) 41–42, 169–170
 pondération 43
- Financement, systèmes de santé xi, xix–xx, 49, 109–130
 cotisants 57, 58
 effet sur l'équité et l'efficience 130
 équité de la distribution, *voir* Financement équitable
 fonctions 109–111
 objectif 109
 réformes 18–19
 réglementation 119, 120, 128, 142–144, 158
 établissement de priorités 62, 63
 organisations 110
 formes 124–125
 incitations 125–130
 prépaiement et collecte 110–113
 protection du risque 9, 26, 38
 administration générale 121, 127, 129, 157, 159–160

- achats stratégiques 120–123
- répartition des risques et subventionnement des pauvres 114–120
- Finlande 76, 103, 149, 152
- Fonctions, système de santé xi, 8–9, 25–27
 - améliorer le fonctionnement et 48–50
 - relations aux objectifs 27
- Fondation Bill et Melinda Gates (programme de vaccination des enfants) 95
- Fondation Rockefeller 95
- Formation xviii, 86, 90, 91–92
 - administration générale 158
 - déséquilibres 89
 - investissement dans la 87, 95
- Formation continue 86, 91
- France 12, 138, 149, 157
- Frontières 46–47

- Gabon 58
- Gambie 110
- Géorgie 37, 149
- Ghana
 - cadre politique de santé 139–140
 - financement de la santé 110, 123
 - prestation de service 64, 77
 - ressources 89, 96
- Gouvernance 128, 129
- Gouvernements (*voir aussi* Ministère de la Santé) 7
 - fonctionnement du système de santé et 154–156
 - organisation du service 71–72
 - partenariats avec les donateurs 96
 - rôle de l'administration générale xiv, 49, 135–136, 150
- Gratuité des services 113
- Grèce 35, 142, 149
- Guatemala 16
- Guérisseurs 5
- Guerres 14–15
- Guinée 61, 149
- Guinée équatoriale 56
- Guinée-Bissau 91
- Guyane 40

- Health Maintenance Organizations* (Organisations de soins intégrés) 20, 70, 77–79, 122–123
- Hong Kong 149
- Hongrie 91, 111
 - réactivité au système de santé 37
 - prestation de services 73, 77, 78
- Hôpitaux 71–73
 - changement des modèles d'investissement 101
 - coûts de fonctionnement 96
 - dans les pays à bas revenu 17
 - erreurs médicales 11
 - évolution historique 13, 14
 - incitations à l'organisation 74–75
 - investissement public et privé 95–96
 - investissements de capital dans les 86
 - privés, réglementation 144
 - semi-autonomes 73
- Hygiène 11, 12

- Imposition, généralités 109–110, 112
- Incapacité 31
 - survivre sans 31
- Incidence d'une maladie par cause, sexe et strate de mortalité 167, 192–197
- caractéristiques 57
- fixation de priorités et 59, 62
- mesures récapitulatives 31
- pauvreté et 5
- Incitations
 - agents de santé 90
 - définition 69
 - organismes de financement de la santé 125–130
- Incitations fiscales 142
- Inde
 - administration générale publique 12, 137, 138, 144
 - évolution du système de santé 15, 16
 - financement de la santé 110, 123
 - financement équitable 40–41, 42
 - prestation de service 70, 75
- Independent Practice Associations* (Associations de cabinets médicaux indépendants) 20, 122
- Indonésie 16, 37, 73, 110
- Industrie pharmaceutique 156
- Inégalités dans la santé, *voir* Santé, répartition de la population
 - au niveau de l'espérance de vie 31–34
 - réduction des 28–29, 62–63
- Infirmiers 89, 91, 92, 99
- Infirmiers praticiens 17
- Information xvii, 6, 156
 - pour l'administration générale 147–150
 - collecte 147–148
 - dissémination 148–149
 - ressources nécessaires 148–150
 - stratégies pour améliorer 151–153
 - pour l'établissement de priorités 64–65
 - sur l'utilisation des ressources 102–103
- Institutions 69
- Instruction (*voir aussi* Formation) continue 86, 90–91
 - des ressources humaines 86
 - système 5, 25, 153
 - fonctionnement du système de santé 45–46
 - investissement du système de santé 87
- Intégration service de santé 6, 49–50, 77–79
 - verticale 77–79
 - virtuelle 77–79
- Intelligence, *voir* Information
- Intérêts à défendre 100
 - alignement des 73–77
 - formes institutionnelles et 74–75
 - interne contre externe 126, 127
 - mécanismes de réglementation 142
 - médecin 89, 90
 - pour regrouper les caisses 118
 - prestataire 68–77, 122
- Intervalle d'incertitude 29, 166, 171
- Interventions en santé maternelle 60
- Interventions sanitaires 56–57
 - choix des 58–65, 120
 - clinique 58
 - combinaisons 60
 - critères de coût-efficacité 58–61
 - critères supplémentaires 62–64
 - définition 69
 - essentielle, de base, fondamentales 66
 - éventail 58
 - information nécessaire 64–65
 - santé publique 58
- Investissement 49, 86
 - co-investissements 94, 152

- effets des investissements antérieurs 95–96
 politique centrale et décisions 103
 public et privé 95
 ratios de dépenses 76–77
 réorganiser les 100–102
- Investissements xviii, 86, 87, 157
 humaines, *voir* Ressources humaines
 production publique et privée 95–96
 ratios d'investissement 87–88
 sur la durée d'une vie économique 87
- Iran, République islamique d' 16
- Irlande 149
- Islande 149
- Israël 149
- Jamaïque 40, 91, 92
- Japon 90, 157, 159
 résultats du système de santé 43–44
 évolution du système de santé 14, 15
 inégalités dans l'espérance de vie 31, 34
- Kazakhstan 89
- Kenya 87, 110, 138, 152
- Kirghizistan 38, 40
- Laboratoires centraux de santé publique 72
 étendue de l'utilisation 90
 investissement dans 95
- Lits, hôpital
 caractéristiques des ressources 96, 97, 98, 99
 changement des structures des investissements 100–101
- Lituanie 149
- Lutte contre les moustiques 10, 14
- Main d'oeuvre 87
- Malades, incitations pour protéger les 127
- Maladie cardiovasculaire 167, 188–189, 194–195
- Maladies infectieuses, *voir* Maladies transmissibles
- Maladies non transmissibles 60, 188–191, 194–197
- Maladies sexuellement transmissibles 60
- Maladies transmissibles 6, 58, 62
 fardeau de la maladie 192–193
 statistiques sur la mortalité 186–187
- Malaisie 19, 68
- Mali 76, 87, 140
- Malnutrition 6, 64
- Marchés intérieurs 125
 dans la prestation de service 69, 71
- Maroc 72
- Matériel 86
 acquisition de xix, 90
 administration générale 158
 étendue de l'utilisation 90
 production publique et privée 90
- Matériels et produits renouvelables 85
 dans les caractéristiques des ressources 96
 production 93
- Maternité, sans risques 59
- Mauritanie 56
- Mauvaise santé
 pauvreté et 5
 poids économique 7
- Mécanismes de contrôle, dans le financement de la santé 128
- Médecine chinoise, traditionnelle 13
- Médecine générale 18
- Médecine traditionnelle 13
- Médecins 87–90
 consultations privées 89, 138
 dans le secteur public 89, 92
 dans les zones rurales 90, 91, 92, 100
 équilibre numérique 90, 91, 101
 financement de la santé et 130
 incitations pour les 89, 90
 incompétence/pratiques dangereuses 138
 réglementation 145–146
 spécialistes 78, 79
- Médecins assistants 17
- Médecins généralistes 73, 75
 autoresponsabilité financière 20, 122
- Médecins spécialistes 88, 89
- Média, 152
- Médicaments essentiels 146, 150
- Médicaments, *voir* Prescriptions
- Médications (produits pharmaceutiques) 5
 administration générale publique 145, 150, 158
 allocation de ressources pour les 92
 dans les caractéristiques des ressources 96, 96–99
 de marque par opposition aux génériques 90, 97
 erreurs dans l'utilisation de 11
 production publique et privée 93–94
 utilisation excessive 79
- Ménage, poids du financement de la santé 39–43, 148
- Mesures obligatoires, non financement, *voir* Non-financement des mesures obligatoires
- Mexique 13, 17, 66
 caractéristiques des ressources pour la santé 86–88
 financement de la santé 121
 financement équitable 40, 42
 inégalités dans l'espérance de vie 33, 34
- Micro-achat 121
- Ministère de la Santé fonctions de financement 110, 125
 incitations 125, 127, 129
- Ministère des Finances 110, 125
 incitations 125, 127, 129
- Ministre de la Santé 141
- Mise en commun des ressources financières xix, 110–111, 114–120, 155
 compétition 118–119, 125
 efficacité et équité 130
 parmi les prestataires 123, 124
 participation obligatoire 119, 143
- Missions religieuses 145
- Mongolie 138
- Mortalité (*voir aussi* Mortalité chez les adultes; Mortalité infantile, avant l'âge de 5 ans) 30
 par cause sexe 30, 186–191
 évitable 10
 strates 27, 166, 226–227
 taux, en déclin 11–12
- Mortalité adulte 30, 166
 inégalités 32–33, 34
 statistiques 180–185
 strates 32, 166, 226–227
- Mortalité infantile, chez les moins de 5 ans 30, 166
 prestation de service et 64
 prévention coût-efficacité 11
 répartition (index d'égalité) 32–34, 168, 198–205
 statistique 178–185
 strates 30, 166, 226–227
- Motivation, agents de santé 88, 89
- Mozambique 87, 110, 140, 142
- Myanmar 137

- National Health Service* (UK) 14, 50, 66, 70, 122, 151
- Népal 56, 88, 89
 financement équitable 40
 réactivité au système de santé 34
- Nicaragua 64, 110, 124
 financement équitable 40
- Niger 16
- Nigéria 137
- Non-financement des mesures obligatoires
 organismes de financement de la santé 127
 prestataires de service 74
- Norvège 49, 149
 évolution du système de santé 14, 15
 inégalité dans l'espérance de vie 33, 34
 prestation de service 66, 72
- Nouvelle-Zélande 15, 144, 153
 financement de la santé 19–20, 122
 prestation de services 66, 75, 77
- Objectifs, système de santé xi, 8–9, **25–28**
 acquisition, *voir* Acquisition, système de santé
 mesurer les réalisations **29–43**
 rapports entre les fonctions 27
- Oman 91
- Oregon, Etats-Unis 66, 148
- Organisation internationale du Travail 7
- Organisation mondiale de la Santé (OMS) 93, 95
- Organisation panaméricaine de la Santé 27
- Organismes 68–69
 de financement de la santé, *voir* Financement,
 système de santé, organisations services de santé, *voir* Services
 de santé, organisation
- Organismes de sécurité sociale 125
 implications dans l'administration générale 153
 incitations 128, 129, 130
- Organismes professionnels 145, 153
- Orientation du patient
 classement des pays 36, 37
 éléments 32
- Ouganda 78, 90, 110, 140
 fonctionnement du système de santé 44
 réactivité au système de santé 37
- Paiements liés au diagnostic 122
- Paiements progressifs 38–39
- Paiements régressifs 39
- Pakistan 32, 64, 110
 financement équitable 40, 42
 système de santé, fonctionnement 44
- Paludisme 72, 93
 lutte 10, 59, 60
 vaccin 93
- Papouasie Nouvelle-Guinée 110, 123
- Paraguay 40
- Parties prenantes 153
- Partis politiques 141
- Patients 56–57
 attentes, réactivité aux, *voir* Dignité, droits 5, 149, 155
- Pauvres xiv, 4–5
 améliorer l'accès pour les 18
 charge de la maladie 6, 57
 impact du ticket modérateur 113
 incitations pour protéger les 127
 responsabilités vis-à-vis des 9
 subventionnement xix–xx, **114–120**
- Pauvreté 4–6
 besoins inexprimés 18
 mauvaise santé, coût-efficacité et 6
- Pays à faible revenu 8
 déséquilibre dans les ressources pour les soins de santé 87
 développement du système de santé 16
 financement de la santé xix–xx, 113, 118, 159
 prestation de services 66
- Pays à revenu élevé, *voir* Pays développés
- Pays à revenus moyens 7
 amélioration des systèmes de santé 157
 caractéristiques des ressources pour la santé 96–99
 financement de la santé xx, 113, 118, 157
- Pays développés évolution des systèmes de santé 13–15
 caractéristiques des ressources pour la santé 96–97
 financement de la santé 159–160
 santé primaire 18
- Pays en développement
 financement de la santé 110, 113, 123
 fixation de priorités 59
 régulation du système de santé 145–146
 soins de santé primaires 17–18
- Pays industrialisés, *voir* Pays développés
- Pays islamiques, *Hisba* system 140
- Pays-Bas 14, 66
 administration générale publique 145, 149
 financement de la santé 115, 117, 125
- Performance systèmes de santé (*voir aussi* Acquisition, systèmes de santé) xiii, 20–21, **25–50**
 amélioration **48–50, 156–160**
 indicateurs principaux xi–xii, **44–48**, 171–172, 174–177, 222–225
 limites inférieures 45, 47
 limites supérieures 44–45
 possibilités d'amélioration xiv–xvi, 11
 responsabilité des gouvernements 155–156
- Pérou 40, 65
- Pharmaciens 88
- Philippines 64, 76, 92
- Planification familiale 60
- Politique de santé, nationale xvi, 138–141
 cadres 138, **139–141**
 dans le financement de la santé 120, 128
 tendances 138
 utilisation des ressources 90, 103
- Pologne 77, 137
- Populations 57
 pourcentage des + de 60 ans 178–185
 statistiques 178–185
 taux de croissance 178–185
- Populations indigènes, exclusion 16
- Portugal 138, 149
- Pouvoir monopsonne 120
- Prépaiement xix–xx, 111–114, 136
 administration générale publique 159
 équité 39, 40–43, 42 111–112
 liés au risque 39, 36, 126
 mécanismes de collecte **111–113**
 rationnement des soins de santé et 66
- Prépaiements (*voir aussi* Paiements directs) xix, 95–96, 159
 injustice 39–43, 111–114
 niveau de revenu et 110
- Pressions 100
- Prestataires 56, 57, **68–77**
 acheter aux 120–122
 administration générale 136, 141

- choix des 36, 37, 122
- collecte d'information 148
- comme organismes de mise en commun des ressources 123, 124
- compétition entre 156–157
- décisions d'investissement 103
- identifier le meilleur 121
- incitations, *voir* Incitations, prestataires
- indépendant des utilisateurs 78, 125
- instruments de paiement 112
- mécanismes de paiement 122
- micro-gestion 121
- non gouvernementaux, importance 136
- organisations 70–71
- Prestation de services, *voir* Services de santé, prestation
- Prévention, maladie 6, 59
 - incitations au prestataire 122
- Priorités/établissement de 65–68, 68–69
 - administration générale 157–158
 - coûts récurrents 87, 95
 - dans les caractéristiques des ressources 96, 96–99
 - définition xvii, 58–65, 68, 148, 157
 - prix pour 92
 - stratégies réussies 91
 - substitution parmi 88
- Prix, apports 92
- Produits pharmaceutiques, *voir* Médications
- Programme élargi de Vaccination (PEV) 91
- Programme mondial pour l'évaluation des systèmes de santé 165
- Promotion 153
- Promotion de la santé 5

- Qualité de l'environnement 36
 - différences zones urbaines–zones rurales 36
 - notation des pays 36, 37

- Rapidité de la prise en charge 35
 - évaluation des pays 37, 38
 - différences zones urbaines–zones rurales 36
- Rapport de dépendance économique 178–185
- Rationnement, systèmes de santé 65–68, 157
 - approches 65–68
 - prolongé des soins 66, 67
 - ticket modérateur 113
- Réactivité (aux attentes des utilisateurs) 9, 25–26, 56
 - administration générale rôle 149, 150
 - composants 33–35
 - cotation d'éléments individuels 35–38, 42
 - dans l'index des résultats d'ensemble 43, 44
 - incitation des prestataires 122
 - mesurer les résultats 33–38, 169
- répartition
 - classement des pays 206–209
 - mesure 29, 35–38, 169–170
 - pondération 39
 - résultats d'ensemble 26
 - classements des pays 206–209
 - mesures 29, 33–38
 - pondération 39
- Recherche et développement 86, 95, 155, 158
 - partage xix, 24, 110–111, 114–120
 - redistribution 115
 - sélection 120, 128
- Réforme, système de santé 16–20

- Réglementations (et règles) 50, 68–69, 141–147
 - droits des patients 149
 - faire appliquer les 141–147
 - financement de la santé 118, 119, 128, 142–144, 157
 - leçons pour le développement 145–146
 - nécessité de communication 146–147
 - non-application xv, 137–138
 - promotion et restriction 142–143
 - ressources nécessaires 142
 - secteur privé 68–69, 142–147
 - services publics efficaces et 145–146
- Règles, *voir* Réglementations (et règles)
- Rémunération à l'acte (*voir aussi* Paiements directs) 78, 112, 151
 - illicite xvi, 89, 122, 37
- République de Corée 19, 37, 115, 159
- République démocratique populaire lao 110
- République tchèque 72, 77
- République–Union de Tanzanie 16, 92
 - administration générale publique 123, 125, 133
 - financement de la santé 110
 - financement équitable 40, 42
- Réseaux de protection sociale, accès aux 35–38
- Respect pour les personnes 35, 36
 - différences zones urbaines–zones rurales 36–38
- Responsabilité organisations de financement de la santé, 126, 127
 - prestataires de service 73, 74, 76
- Responsabilité financière
 - organisations de financement de la santé 126, 127
 - prestataires de service 73
- Ressources humaines (capital) (*voir aussi* Agents de santé) 86, 87–92
 - déséquilibres xvii–xix, 87–89
 - fonctionnement du système de santé et 44–47
 - investissement dans les 86, 87, 95
- Ressources, soins de santé 7, 85–103
 - avancées dans la connaissance/technologie et 92–93
 - changer les modèles d'investissement 100–102
 - défis/solutions futurs 102–104
 - dosage des ressources xvii–xix, 85–87
 - effets des investissements antérieurs 95–96
 - génération xi, 49, 157–158
 - humaines, *voir* Ressources humaines
 - performance en relation avec 44–48
 - pour collecte/utilisation d'information 149–150
 - pour la réglementation 144
 - production publique et privée 93–95
 - profils 96–99
 - rationnement 65–66, 101, 157
- Résultats, système de santé 25
 - classements par pays 218–221
 - évaluation, 20, 25–51
 - indice général (index) 44, 169, 174–177
 - mesures individuelles 29–32, 165, 174–177
 - poids des éléments individuels 39
 - ressources disponibles et 41, 43–44
- Revenu
 - croissance, impact sur la santé 12–13
 - financement direct et 111
 - mise en commun des risques et 114–115
- Revenus
 - collecte 109–110, 111–114
 - équité et efficience 130
 - mise en commun des ressources, *voir* Mise en commun des ressources
- Révolution industrielle 13–14

- Risques
 - facteurs de 64, 65
 - myopie 136–137
 - prépaiements liés aux 38–40, 125
 - protection, financière 9, 26, 39
 - rétrécissement du champ visuel 137
 - rôle xvii, **133–161**
- Roumanie 40
- Royaume-Uni 12, 14, 101
 - administration générale publique 138, 144, 157
 - caractéristiques des ressources pour la santé 97–99
 - financement de la santé 20, 111, 116, 117, 122
 - National Health Service*, voir *National Health Service*
 - prestataire de service 66, 71, 74, 77
 - réactivité au système de santé 35, 149
- Russie 14
- Saint-Marin 149
- Santé
 - Actions
 - affectant indirectement la santé 5
 - définies xiii–xiv
 - acteurs, dans les secteurs autres que ceux de la santé 136, 138
 - dans l'index des résultats d'ensemble 41–44
 - impact des systèmes de santé sur 10–13
 - mesurer la réalisation des objectifs **29–33**
 - niveau moyen (situation) 29
 - dépenses de santé et 45–48, 171, 222–225
 - mesurer 29–31, 167–169
 - mesures récapitulatives 29–30
 - pondération 43
 - ressources disponibles et 45, 46–48
 - tableaux 174–205
 - répartition dans la population (égalité) 29
 - caractéristiques uniques 4
 - en tant qu'objectif primaire 10, 25, 26
 - mesure 27, 30–33, 167–169
 - pondération 43
 - tableaux 174–177, 198–205
- Santé publique
 - écoles 91
 - financement 112
 - laboratoires, centraux 71–73
- Scanners d'imagerie à résonance magnétique (IRM) 97, 98
- Secteur privé xvi–xvii, 70
 - administration générale 136–137, 153, 156
 - administration générale dans le 153
 - financement du 111
 - perte du personnel formé au 89, 92
 - production de ressources 93–95
 - ratios d'investissement 87
 - réglementation 68–69, 142–147
- Secteur public
 - contrôle du financement de la santé 128
 - exode du personnel qualifié 89, 92
 - financement 15, 63, 111–114
 - fort, comme instrument de réglementation 145–146
 - inégalité d'accès 18
 - production de ressources 93–95
- Sécurité de l'environnement 5
- Sécurité routière 5, 7
- Segmentation, du système de santé 50
- Sélection
 - adverse 119
 - comportement 119
 - risque 119, 129
- Sénégal 75, 140
- Services ambulatoires
 - investissement dans les 94
 - réglementation 143
 - systèmes d'incitation organisationnels, 76
- Services de santé 5, 6
 - choix des interventions **58–65**
 - critères supplémentaires 62–64
 - critère coût-efficacité 58–62
 - information nécessaire 64–65
 - modèles d'organisation 71–73
 - concentrés 71–73
 - dispersés 71
 - formes 70–71
 - hybride 73
 - intégration 77–79
 - lacunes 55–56
 - organisation 68–79
 - personnes impliquées 56–58
 - prestataires, voir Prestataires
 - prestation xi, xvi–xvii, 48, **53–79**
 - amélioration 156–157
 - incitations pour les prestataires 122
 - rationnement, voir rationnement, soins de santé
- SIDA, voir VIH/SIDA
- Singapour 19, 74, 114
- Six milliardième personne xiii, 3
- Soins à domicile 5
- Soins d'urgence 127
- Soins de santé primaires xiv, 16
 - égalité d'accès 18
 - groupes 123
 - interventions et populations couvertes 17–18
 - tenue du budget dans les 19
- Soins intégrés 17
- Sous-traitance 75
- Sri Lanka 16, 96
 - prestations de services 73
 - réglementation du secteur privé 144
- Stratégie de la «Santé pour Tous» 17
- Substitution, des ressources humaines 87, 89
- Subventionnements croisés 114–115
- Subventions xix–xx, 74, **114–120**
- Suède 12, 15
 - caractéristiques des ressources pour la santé 97–98
 - fonctionnement du système de santé 44
 - public administration générale 148, 153
 - prestation de services 66, 77
- Suisse 138
- Système *Hisba*, pays islamiques 140–141
- Systèmes d'orientation-recours 17
- Systèmes de santé «Virtuels» 77, 151
- Systèmes de santé
 - acquisition, voir acquisition
 - systèmes de santé définition xiii, **5–8**
 - évolution xiii–xiv, **13–15**
 - fonctions, voir Fonctions, système de santé
 - importance **10–13**
 - objectifs voir Objectifs, système de santé
 - performance, voir Performance, système de santé
 - réforme **16–20**
- Tabac lutte contre le 60, 152
 - maladie provoquée par le 46
- Taux de fécondité, total 178–185

- Technologie,
 avancées en 10, 92–93, 104
 caractéristiques des ressources pour la santé 96–99
 dans les zones rurales 99
 disparité croissante dans l'utilisation 93
 médicale xviii–xix, 86
- Thaïlande 75, 90, 123
 administration générale publique 142, 152
 caractéristiques des ressources pour la santé 99
- Ticket modérateur 113
- Tomodensitométrie (TD), scanners de 97, 98
- Traumatismes 60, 167, 190–191, 196–197
- Tuberculose 60, 72, 93
- Tunisie 138
- Turquie 70, 72
- UNICEF 95
- Union soviétique, ex 77
 évolution du système de santé, 14, 15, 17
 réactivité au système de santé 33
 ressources des soins de santé 93, 101
- Universalisme
 classique 15
 nouvel xiv, 18
- Uruguay 149
- Utilisateurs 120–123
 décisions d'investissement 103
 importants 121
 indépendants des prestataires 78, 125
 rôle de l'administration générale 135–136
- Vaccin contre l'Hépatite B 95
- Vaccin *Haemophilus influenzae* type b (Hib) 95
- Vaccination 10, 32, 60, 95
- Vaccins 92, 93, 158
- Validité xi, 26
 dans l'index des résultats d'ensemble 43, 44
- Véhicules à moteur
 accidents 6, 137, 152
 entretien 95
 gaz d'échappement 12
- Vie privée, droit à l'intimité de la – et au respect des patients 149
- Viet Nam 37, 64
 administration générale publique 137, 140
 financement équitable 39–42
- VIH/SIDA
 disponibilité du traitement 93, 143
 épidémie 30, 47, 65–66, 166
 prévention 60
 programmes de lutte contre le 72
- World development report* 59
- Yougoslavie, ex 16
- Zambie 59, 76
 administration générale publique 140, 152
 financement de la santé 115
 financement équitable 40–42
- Zimbabwe 110, 123
- Zones rurales (*voir aussi* différences zones urbaines–zones rurales)
 ressources humaines 89, 91, 92, 100
- Zones urbaines–zones rurales (différences) (*voir aussi* Zones rurales)
 du système de santé (développement) 12
 réactivité du système de santé 33
 répartition des ressources 97–98

Dans le *Rapport sur la santé dans le monde, 2000*, des spécialistes analysent l'influence croissante des systèmes de santé sur la vie quotidienne des gens dans le monde entier. Ils tiennent compte, comme on ne l'avait encore jamais fait, du rôle de chacun de nous dans le système de santé en tant que prestataire et usager des services, contributeur financier, agent de santé et citoyen participant à une gestion responsable.

Les systèmes de santé sont l'interface indispensable entre les interventions destinées à sauver des vies et à améliorer la qualité de vie et les personnes qui en ont besoin. Si les systèmes de santé sont inefficaces, l'effet de ces interventions sera faible, voire nul. Toute initiative visant à améliorer la santé ou à mieux utiliser les ressources doit par conséquent accorder une priorité absolue aux systèmes de santé.

Les systèmes de santé ont énormément contribué au cours des dernières décennies à améliorer l'état de santé de la majeure partie de la population mondiale. A l'aube du XXI^e siècle, ils nous offrent les moyens de contribuer dans une plus large mesure encore au bien-être des gens, et en particulier des pauvres.

Mais on ne s'est guère penché jusqu'à présent sur les raisons complexes qui font que la performance des systèmes de santé est bonne ou mauvaise. Pourquoi, avec les mêmes ressources, certains réussissent-ils là où d'autres échouent ? La performance est-elle régie uniquement par les lois de l'offre et de la demande ou obéit-elle aussi à une autre logique ? Pourquoi les usagers sont-ils si souvent mécontents des services, même dans les pays riches où ils bénéficient des derniers progrès ? Quand des améliorations s'imposent, de quels outils dispose-t-on pour mesurer la performance et les résultats ?

Ce sont là quelques-unes des nombreuses questions abordées dans ce rapport. A partir de diverses expériences et en utilisant toute une gamme d'outils analytiques, le rapport retrace l'évolution des systèmes de santé, dégage leurs différentes caractéristiques et définit un ensemble cohérent de fonctions et de buts communs.

Fondant son analyse sur ces éléments, le rapport innove en présentant un indice de performance des systèmes de santé qui tient compte de trois buts fondamentaux : améliorer le niveau et la distribution de la santé, faire en sorte que le système réponde mieux aux attentes légitimes de la population et garantir l'équité des contributions financières. Comme il le montre de manière convaincante, une bonne performance dépend surtout de la prestation de services de grande qualité, mais pas uniquement : les systèmes de santé doivent aussi protéger les citoyens contre les risques financiers de la maladie et répondre à leurs attentes en respectant leur dignité.

Il explique ensuite que, pour atteindre ces buts, tout système doit être capable d'exercer quatre grandes fonctions : prestation de services, production de ressources, financement et administration générale. Les chapitres consacrés à chacune de ces fonctions développent de nouvelles théories et donnent des conseils pratiques sur la façon d'évaluer la performance et de l'améliorer dans la limite des ressources disponibles.

Le Rapport sur la santé dans le monde, 2000 vise ainsi à nourrir un débat fécond sur les moyens de mieux mesurer la performance des systèmes de santé et, sur cette base, de définir une nouvelle orientation offrant des garanties de succès. En présentant sous un nouvel éclairage les facteurs du fonctionnement des systèmes de santé, l'OMS espère aussi aider les responsables à examiner le problème dans toute sa complexité, à évaluer toutes les options et à faire des choix judicieux.

