



ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE

CONSEIL EXECUTIF
Cent septième session
Point 3.4 de l'ordre du jour provisoire

EB107/7
12 décembre 2000

Partenariats avec les organisations non gouvernementales

Rapport du Secrétariat

1. Il est de plus en plus largement admis que, dans de nombreux pays, la couverture limitée des services de santé est imputable à un manque de capacité de prestation de services, notamment sur le plan des ressources humaines.
2. Les raisons en sont multiples et complexes. La mauvaise collaboration entre intervenants sanitaires en est certainement une. De nombreux pays se sont concentrés exclusivement sur la prestation de services de santé par le secteur public, en acceptant provisoirement une participation du secteur privé. L'organisation de l'action sanitaire et les services de santé ont été extrêmement morcelés. Des interventions sanitaires ont été mises en place indépendamment par les secteurs public et privé.¹ Il y a souvent eu rivalité et confrontation, ce qui a eu des effets préjudiciables sur l'accès de la population à des services de santé de qualité.
3. Les changements politiques et économiques entamés au début des années 80 – transition entre économie planifiée et économie de marché, diminution de l'intervention de l'Etat dans l'économie nationale – ont favorisé le développement du secteur privé.
4. L'organisation des systèmes de santé a considérablement évolué. L'atténuation de la confrontation idéologique entre secteur public et secteur privé dans tous les domaines de la vie économique, sociale et politique a incontestablement contribué à ces changements. Dans le même temps, davantage d'acteurs interviennent dans le domaine de la santé et leur contribution est plus spécialisée (prestation de services, gestion d'établissements de santé, achat de services, financement, répartition des risques, réglementation des systèmes, etc.). Avec le développement du secteur privé, la démocratisation et la décentralisation, cela a donné lieu à différents niveaux de responsabilité et à une plus grande participation de la société civile, et des organisations non gouvernementales en particulier.
5. Les ministères de la santé des pays en développement collaborent de plus en plus avec le secteur privé, à but non lucratif, notamment afin de développer les capacités de prestation de services et d'améliorer l'accès aux soins. On peut citer comme exemples le recours à des dispensateurs privés de services préventifs pour lutter contre la malnutrition à Madagascar et au Sénégal ; le recours à des

¹ Le secteur privé comprend aussi bien des entités à but lucratif qu'à but non lucratif.

praticiens privés et agréés au Bangladesh, en Chine et en Inde pour suivre les cas de tuberculose ; et des accords au Burundi entre le Ministère de la Santé et des organisations religieuses pour la gestion et la prestation de services de santé. On pourrait citer des exemples du même type dans plusieurs autres pays en développement.

6. Le secteur privé doit participer davantage au processus de planification. L'approche sectorielle utilisée en République-Unie de Tanzanie prévoit, par exemple, le recours au secteur privé et à des organisations sanitaires à but non lucratif au sein de l'un de ses principaux comités de réforme gestionnaire.

7. De plus en plus, les programmes de santé envisagent des partenariats pour traiter des problèmes de santé particuliers. Ainsi, les Etats Membres sont encouragés à établir de nouveaux partenariats avec le secteur privé pour accélérer la lutte contre la tuberculose ; un groupe de travail interinstitutions sur la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant est en train d'étudier des modalités de collaboration avec le secteur privé pour utiliser au mieux les ressources ; le projet Faire reculer le paludisme préconise de même l'établissement de partenariats public-privé à tous les niveaux.

8. La transformation progressive des rôles et du statut des organismes et institutions traditionnels, et l'émergence de nouvelles entités – certaines hors de la sphère sanitaire – appellent un type d'interaction différent entre les différents niveaux de l'Etat et les prestataires de soins du secteur privé.

9. Les intervenants du secteur de la santé sont de plus en plus conscients de la nécessité d'établir des partenariats, même entre des parties qui ne travaillaient généralement pas ensemble, mais ils ne savent pas toujours comment s'y prendre. Les relations en sont souvent restées au stade de la consultation, même si, au cours des dix dernières années, de nouveaux mécanismes de partenariat efficaces ont été mis en place par le biais d'accords officiels.

10. La sous-traitance comme méthode d'affectation des ressources ou de gestion et de prestation de services peut améliorer l'efficacité des services de santé si elle s'inscrit dans une politique cohérente, encadrée par l'Etat, et notamment par le ministère de la santé. Pour être efficaces, les politiques supposent la participation des principaux intéressés.

11. Les relations contractuelles caractérisées par des engagements réciproques garantis juridiquement sont de plus en plus répandues. Par le passé, il s'agissait souvent de simples contrats de services pour des activités non médicales – entretien des bâtiments, restauration hospitalière, blanchisserie –, mais, de plus en plus, le but est d'améliorer les services fournis, y compris la gestion d'établissements de santé, la prestation de soins et l'exécution de programmes de santé tels que la lutte antilépreuse ou antituberculeuse, la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant et la lutte contre la malnutrition.

12. Les résultats de nombreuses expériences en matière d'externalisation sont prometteurs, mais on procède souvent au coup par coup sans se préoccuper de la viabilité ou de l'impact sur la santé de la population. Dans certains cas, les arrangements contractuels ne renforcent pas le système de santé, car ils sont axés sur des résultats étroits qui ne s'inscrivent pas dans les objectifs généraux du système. Des arrangements plus complexes supposeraient des accords entre secteur public et secteur privé, organisations non gouvernementales comprises, en vue de gérer et fournir des services au niveau national comme au niveau local ou des programmes.

13. Afin d'accroître au maximum la contribution des dispensateurs de soins privés, organisations non gouvernementales comprises, des capacités essentielles doivent être créées ou renforcées. L'Etat doit être

en mesure d'énoncer une politique claire de collaboration avec le secteur non public afin de gérer convenablement le secteur de la santé, notamment en négociant et en définissant les rôles et responsabilités, en exerçant un contrôle fondé sur des critères d'efficacité agréés, en faisant respecter les termes convenus et en évaluant l'efficacité.

14. Les dispensateurs de soins privés, organisations non gouvernementales comprises, doivent être en mesure d'engager un dialogue politique et stratégique avec les autorités sanitaires, de gérer les ressources (financières et humaines, notamment), d'assurer la qualité des prestations et de remplir les termes du contrat.

15. L'élaboration de politiques relatives à l'administration et à l'utilisation des contrats exige que l'on ait les moyens de les concevoir et de les administrer, capacité que doivent avoir aussi bien les ministères de la santé que les partenaires potentiels, dispensateurs de soins privés compris.

16. En mettant en commun leurs expériences, en constituant des bases de connaissances et en élaborant des cadres d'évaluation critique, les pays se feront une meilleure idée des possibilités et des limites des partenariats.

MESURES A PRENDRE PAR LE CONSEIL EXECUTIF

17. Le Conseil exécutif est invité à prendre note du rapport.

= = =