



LA SANTÉ
DANS
LE MONDE :
TENDANCES
ET
ENJEUX



ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ
GENÈVE

LA SANTE DANS LE MONDE : TENDANCES ET ENJEUX

RAPPORT DU SECRÉTARIAT

1. Les résultats obtenus en matière de santé sont très variables dans le monde. Même dans les pays au niveau de revenu comparable, des écarts subsistent. Certains de ces écarts tiennent à la performance des systèmes de santé, les différences au plan de la conception, du contenu et de la gestion des systèmes de santé se traduisant par des écarts au niveau des résultats. Pour améliorer la performance du système, et par conséquent la santé de la population, il est indispensable que les décideurs à tous les niveaux comprennent les raisons de ces écarts.

2. Il ne suffit pas, toutefois, pour améliorer la santé de la population de fournir de plus en plus de services de santé. On peut considérer, par définition, que le système de santé inclut toutes les organisations, les établissements et les ressources qui se consacrent aux actions de santé. Une action de santé est définie comme une mesure, prise soit dans le secteur des services de soins personnels, soit dans le cadre du système des services de santé non personnels, soit au moyen d'une action intersectorielle, principalement destinée à améliorer la santé de la population.

Objectifs des systèmes de santé

3. Cette notion du système de santé élargit la perspective classique qui privilégiait les services de soins de santé personnels. La **Figure 1** situe le système de santé parmi divers systèmes sociaux et les objectifs que les sociétés cherchent à atteindre. Chaque système se définit par rapport à un objectif lié à son activité centrale – pour le système éducatif, il s’agit d’instruire la population, pour le système de santé, d’améliorer la santé.

Fig. 1. **Buts et systèmes sociaux**

Buts sociaux	Systèmes sociaux					
	Education	Santé	Economie	Politique	Culture	Autre
Education						
Santé						
Consommation						
Participation démocratique						
Savoir						
Autre						
Capacité de réaction						
Financement équitable						

WHO 99463

4. Outre ces objectifs qui le définissent, tous les systèmes ont deux objectifs communs, qui apparaissent ici aux deux dernières rangées. Le premier est la capacité de répondre aux attentes légitimes de la population. Les citoyens attendent de leur interaction avec chaque système plus que le simple objectif qui le définit – par exemple, être traité avec dignité et respect.

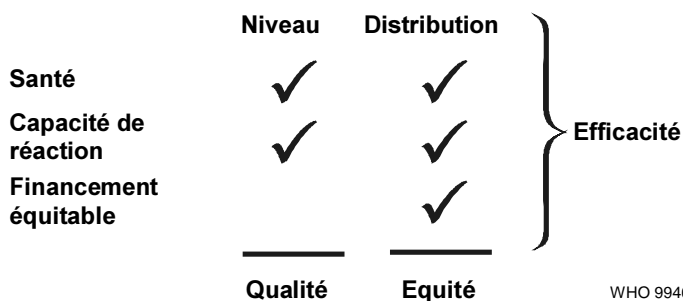
La santé dans le monde : tendances et enjeux

5. Le deuxième est un financement équitable. S'agissant de santé, contrairement à la simple rentabilité commerciale, cet objectif couvre aussi le désir d'éviter l'appauvrissement dû à sa propre maladie ou à celle d'un membre de la famille. Dans le domaine de la santé, l'équité nécessite un certain regroupement des risques.

6. La réalisation de ces objectifs des systèmes de santé a également des effets sur les autres systèmes et vice versa, comme le montrent les différentes colonnes. Par exemple, l'amélioration de la santé qui résulte d'un système de santé peut améliorer les résultats scolaires, stimuler la croissance économique et la participation politique, et vice versa. Le Directeur général a souligné l'importance de ces objectifs intersectoriels dans nombre de ses allocutions sur l'importance de l'amélioration de la santé comme moteur de la croissance économique.

7. Pour permettre aux systèmes de santé d'améliorer la santé, la surveillance de la performance doit être axée sur l'état de santé, la capacité de réaction et l'équité au plan du financement. La **Figure 2** illustre le cadre dans lequel se situent ces trois objectifs. Premièrement, atteindre les objectifs liés à l'état de santé revient à améliorer l'état de santé moyen de la population. De plus, la mauvaise santé affectant de façon disproportionnée certaines couches ou certains groupes de la société, il est également important de réduire les inégalités au plan de la santé.

Fig. 2. **Buts des systèmes de santé**



WHO 99464

La santé dans le monde : tendances et enjeux

8. Deuxièmement, pour ce qui est de la capacité de réaction, de même que pour la santé, l'objectif est double – relever le niveau moyen de la capacité de réaction du système de santé, et réduire les inégalités au plan de la capacité de réaction. Enfin, pour ce qui est du financement équitable et de la protection contre les risques financiers, le principal souci concerne la distribution entre les ménages.

9. Pour compléter ce cadre conceptuel, les objectifs sont traduits en termes de qualité, d'équité et d'efficacité. Il est maintenant possible de mesurer de façon significative ces concepts, souvent jugés essentiels pour surveiller la performance du système de santé – les niveaux de santé de la population et de la capacité de réaction reflétant la qualité, la distribution des trois incluant l'équité et le produit de ces cinq éléments comme une fonction des ressources investies dans le système de santé décrivant l'efficience.

10. Ce cadre conceptuel est la base qui sert à mesurer la performance du système – à savoir si les systèmes de santé ont réussi à atteindre ces objectifs. Dans un premier temps, les paragraphes ci-après examinent les tendances actuelles et futures de l'état de santé, puis la performance du système de santé concernant la réalisation de ces trois objectifs. Enfin, le document traite des déterminants clefs des écarts dans la performance des systèmes de santé.

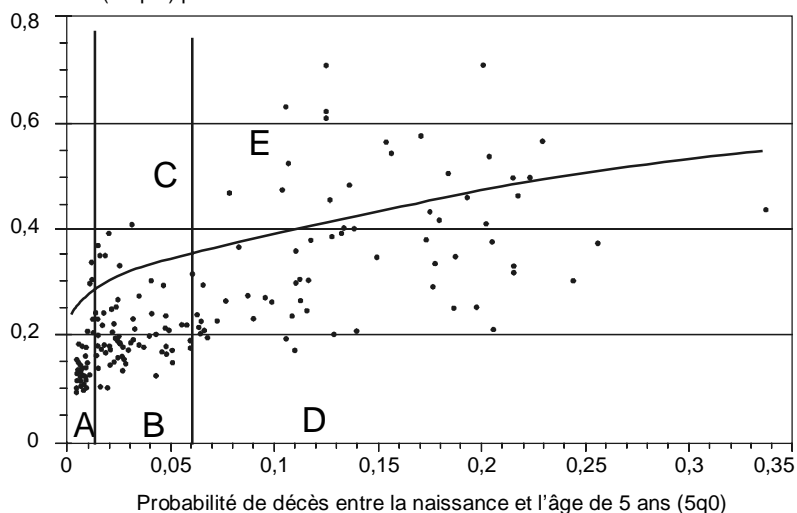
Etat de santé

11. Les données sur la mortalité sont utiles dans un premier temps pour décrire l'état de santé actuel du monde. La **Figure 3** donne la courbe de mortalité pour les personnes de sexe masculin, avec la probabilité de décès entre la naissance et cinq ans (5q0) sur l'axe x et la probabilité de décès entre 15 et 60 ans (45q15) sur l'axe y. La figure indique 45q15 pour les personnes de sexe masculin

parce que la courbe de la mortalité masculine fait apparaître des différences beaucoup plus sensibles entre les pays que la courbe de la mortalité féminine, beaucoup plus étroitement liée aux niveaux de mortalité infantile. Le chiffre obtenu répartit ensuite les pays en cinq catégories.

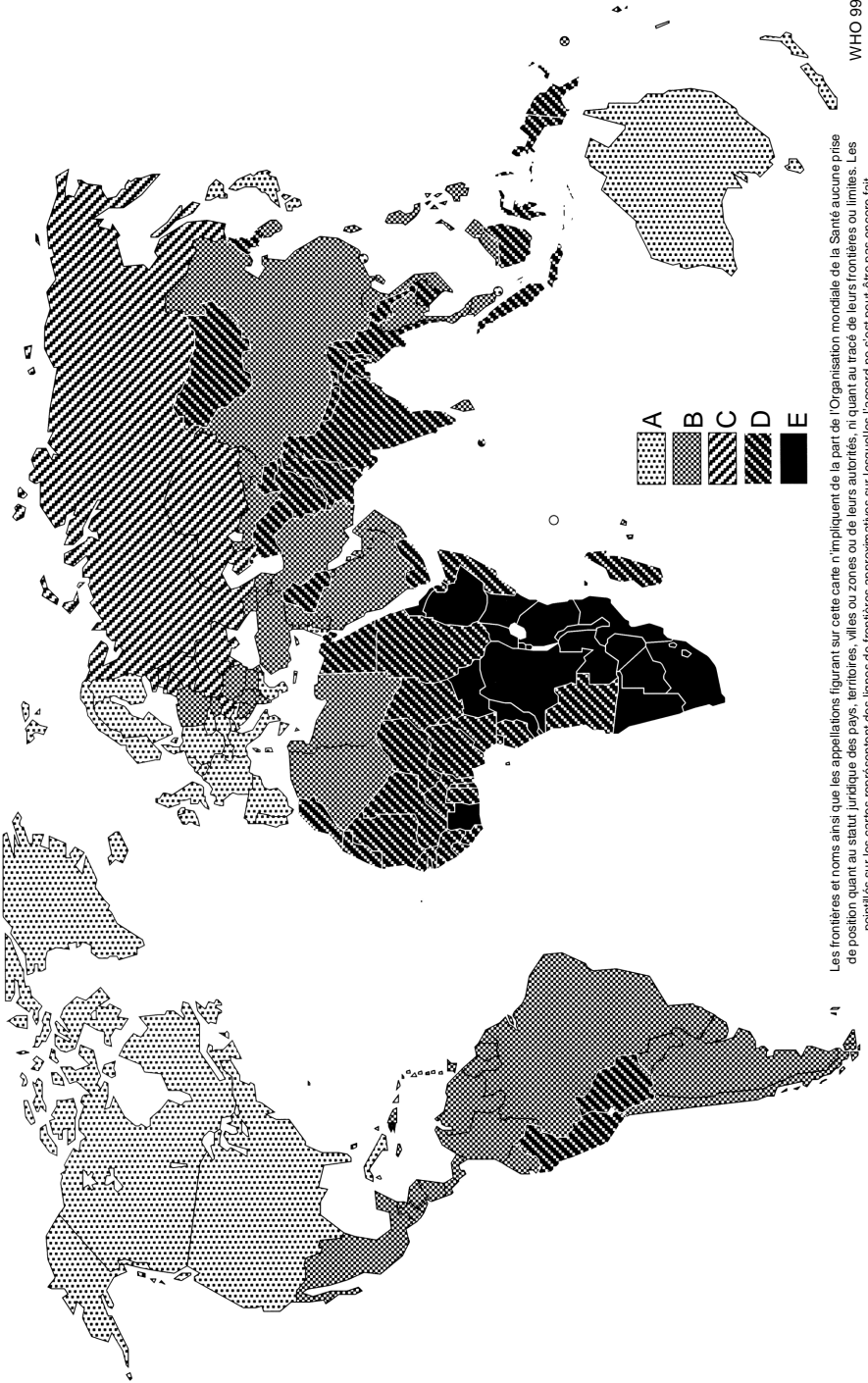
Fig. 3. **Mortalité parmi les enfants et les adultes de sexe masculin, par pays, avec indication des groupes de mortalité [Régions du point de vue de la mortalité]**

Probabilité de décès entre l'âge de 15 et 60 ans (45q15) pour les hommes



12. La carte à la **Figure 4** répartit les pays en cinq régions correspondantes du point de vue de la mortalité. Les pays du groupe A ont de faibles niveaux de mortalité infantile et de mortalité adulte masculine et féminine ; ce sont le Canada et les Etats-Unis d'Amérique, la plupart des pays d'Europe occidentale et centrale, l'Australie, la Nouvelle-Zélande et le Japon. Les pays du groupe B ont des niveaux intermédiaires de mortalité infantile et adulte et ils se situent principalement en Amérique latine, dans la Région de la Méditerranée orientale, dans certaines parties de l'Asie du Sud-Est, plus la Chine.

Fig. 4. Régions du point de vue de la mortalité



Les frontières et noms ainsi que les appellations figurant sur cette carte n'impliquent de la part 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 pointillés sur les cartes représentent des lignes de frontières approximatives sur lesquelles l'accord ne s'est peut-être pas encore fait.

La santé dans le monde : tendances et enjeux

13. Les pays du groupe C ont le même niveau de mortalité infantile que le groupe B, mais des niveaux sensiblement supérieurs de mortalité adulte masculine. Ils se situent tous en Europe orientale et en Asie centrale. Les pays du groupe D, en Asie et en Afrique subsaharienne, ont des niveaux élevés de mortalité infantile et adulte. Les pays du groupe E, qui se situent tous en Afrique subsaharienne, ont des niveaux extrêmement élevés de mortalité adulte masculine et, dans la plupart, des niveaux extrêmement élevés de mortalité féminine, en grande partie imputables au SIDA.

14. En complément de cet instantané de la situation actuelle, les tendances de la mortalité sont aussi importantes pour comprendre la situation sanitaire mondiale. Si la mortalité a diminué dans le monde, tant chez les enfants que chez les adultes, les taux de diminution semblent de plus en plus hétérogènes, la diminution pouvant s'inverser dans certaines des zones les plus pauvres du monde. La **Figure 5**, par exemple, reflète une stagnation de la baisse de la mortalité infantile, avec une valeur de 5q0 en Côte d'Ivoire et en Afrique du Sud.

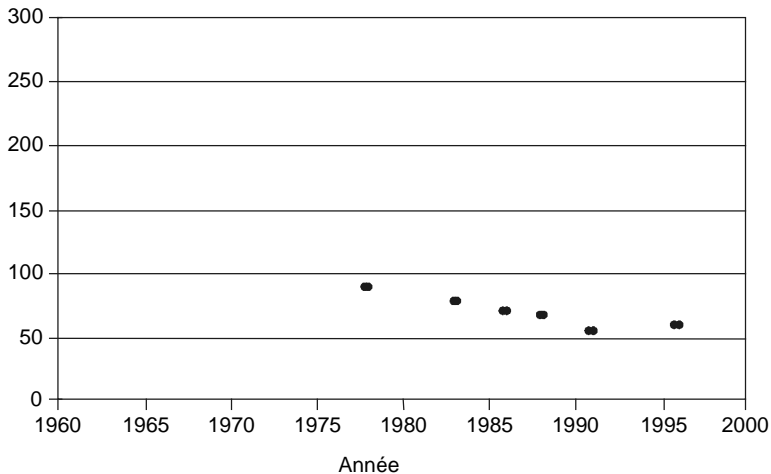
15. La figure donne aussi les tendances de la mortalité infantile pour les deux pays les plus peuplés du monde, la Chine et l'Inde. Bien que les dernières informations disponibles pour la Chine ne soient guère récentes, elles reflètent un ralentissement de la baisse de la mortalité infantile de 1985 à 1990. En Inde, la mortalité infantile continue de baisser, mais assez lentement.

16. Cette hétérogénéité des tendances de la mortalité infantile reflète celle des tendances de la mortalité adulte. La **Figure 6** donne les exemples de quatre pays. Les données provenant de la Fédération de Russie témoignent de l'inversion récente des tendances à la hausse de la mortalité ; aux Etats-Unis, où la mortalité adulte masculine stagnait depuis plus de dix ans, l'amélioration sensible de ces deux dernières années a été imputée à la réduction de la mortalité due au SIDA par les trithérapies. La figure présente

Fig. 5. **Tendances de la mortalité chez les moins de cinq ans, 1960-1996***

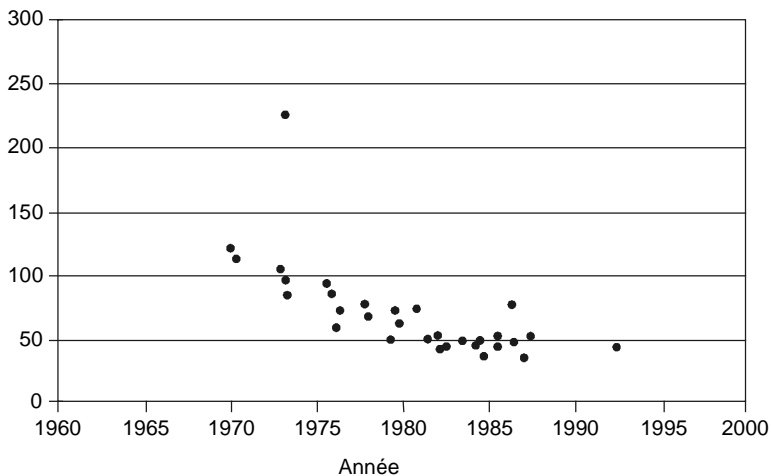
Afrique du Sud

Mortalité parmi les moins de cinq ans (décès pour 1000 naissances)



Chine

Mortalité parmi les moins de cinq ans (décès pour 1000 naissances)

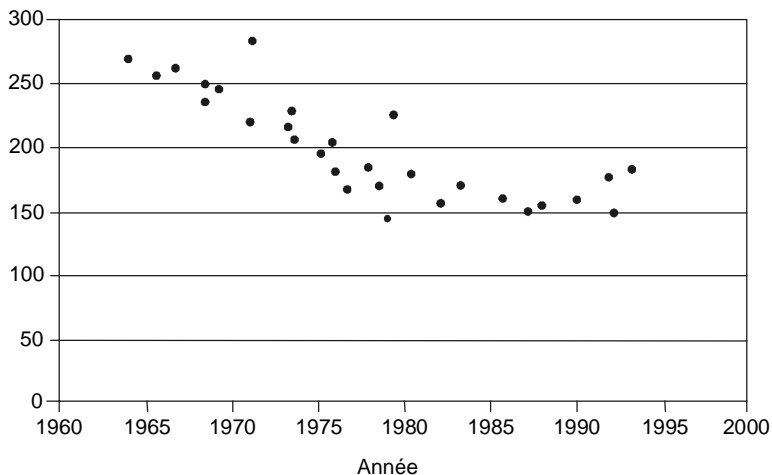


* Des points distincts à certaines dates correspondent à des données provenant de différentes sources.

Fig. 5. **Tendances de la mortalité chez les moins de cinq ans, 1960-1996***

Côte d'Ivoire

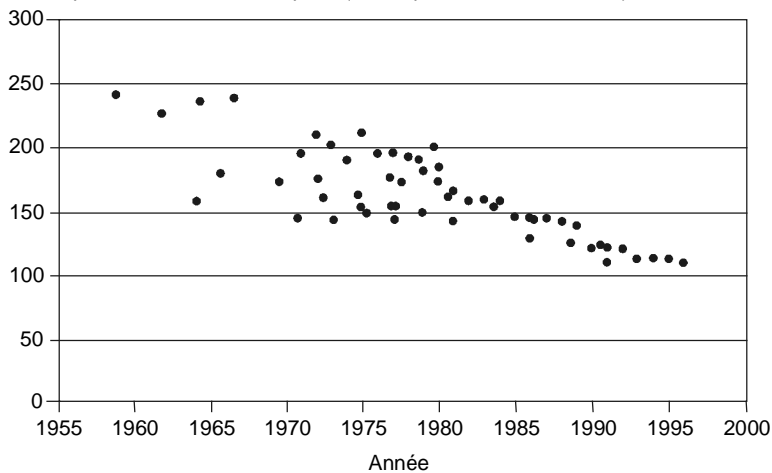
Mortalité parmi les moins de cinq ans (décès pour 1000 naissances)



Année

Inde

Mortalité parmi les moins de cinq ans (décès pour 1000 naissances)



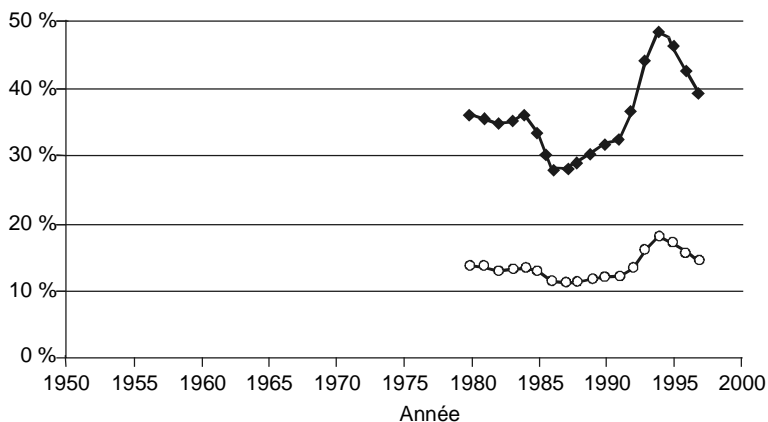
Année

* Des points distincts à certaines dates correspondent à des données provenant de différentes sources.

Fig. 6. Probabilité de décès entre l'âge de 15 et 60 ans, par sexe, dans quelques pays

Fédération de Russie

Probabilité de décès entre 15 et 60 ans



Etats-Unis d'Amérique

Probabilité de décès entre 15 et 60 ans

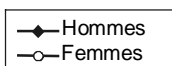
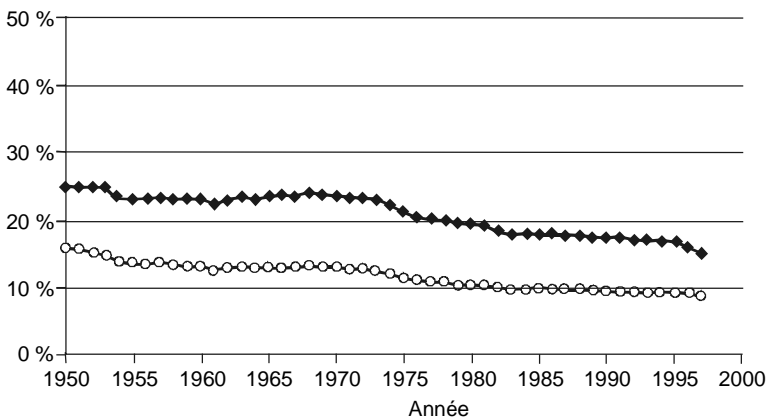
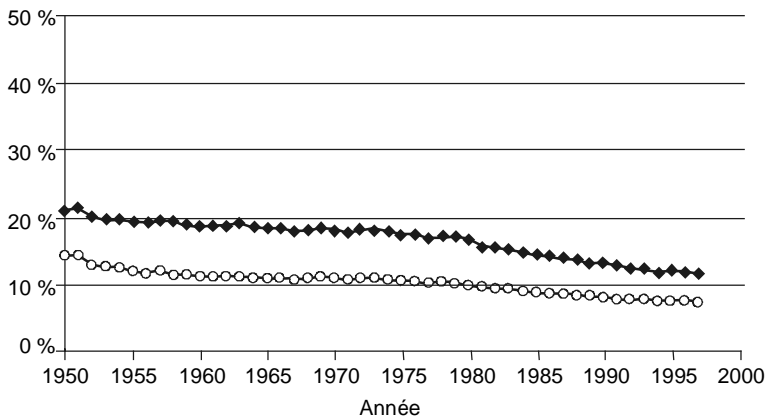


Fig. 6. Probabilité de décès entre l'âge de 15 et 60 ans, par sexe, dans quelques pays

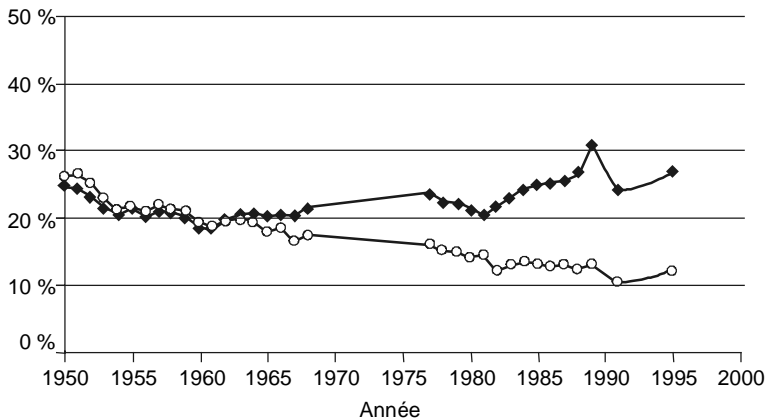
Royaume-Uni

Probabilité de décès entre 15 et 60 ans



Sri Lanka

Probabilité de décès entre 15 et 60 ans



◆ Hommes
○ Femmes

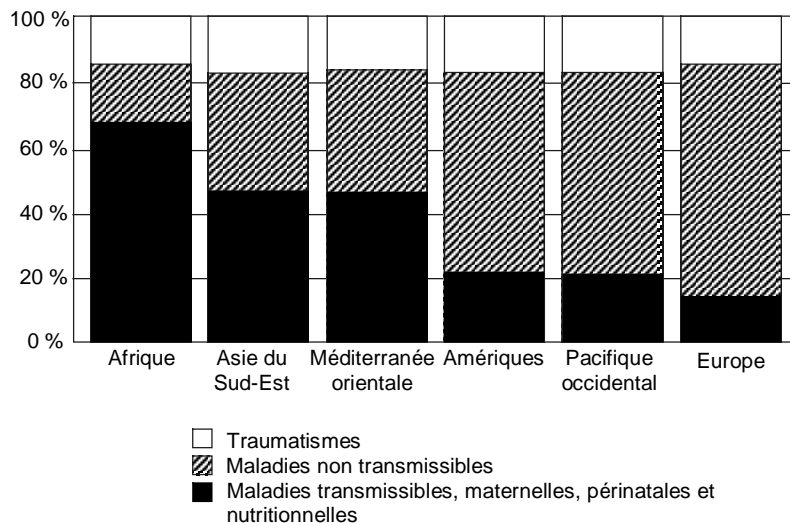
WHO 99457/b

aussi des données provenant du Royaume-Uni où les pourcentages de la mortalité ont baissé de façon spectaculaire ces deux dernières décennies alors que cela n'a pas été le cas dans tous les pays d'Europe, y compris plusieurs pays au revenu élevé. Enfin, la figure présente la courbe au tracé inhabituel de Sri Lanka où, contrairement à la mortalité adulte masculine, la mortalité adulte féminine a amorcé une nette amélioration dans les années 70 et 80, creusant sensiblement l'écart entre les deux sexes au plan de la mortalité.

17. Il est certain que la mortalité n'est pas, à elle seule, une mesure suffisante de la santé ; il faut cerner la totalité de l'expérience de santé de la population, au moyen de ce que l'OMS appelle des mesures résumées de la santé de la population. Deux mesures résumées de la santé de la population sont amplement utilisées dans le rapport annuel de l'OMS sur la santé dans le monde. La première est l'espérance de santé mesurée au moyen de l'espérance de vie ajustée sur l'incapacité. Cette mesure subsume non seulement la mortalité prématurée, mais aussi le temps passé dans des états de santé suboptimaux. La comparaison de l'espérance de vie ajustée sur l'incapacité et de l'espérance de vie permet de mesurer la fraction de la durée de la vie passée dans des états de santé suboptimaux et la gravité de cette perte de santé.

18. De même, les déficits de santé – mesures comparant le niveau de santé atteint dans une population à des buts normatifs pour cette population – informent sur les principales causes, en termes de maladie et de facteurs de risque, de la charge de morbidité. La **Figure 7** montre les déficits de santé pour chaque Région OMS, en termes d'années de vie ajustées sur l'incapacité et répartis en trois grands groupes de causes : maladies transmissibles, maternelles et périnatales ; maladies non transmissibles ; traumatismes.

Fig. 7 Répartition des DALY par cause et par Région de l'OMS, 1998



WHO 99454

19. Dans les Amériques, en Europe et dans le Pacifique occidental, la charge de morbidité due aux maladies non transmissibles dépasse largement celle qui est due aux maladies transmissibles. Dans les Régions de la Méditerranée orientale et de l'Asie du Sud-Est, les maladies transmissibles gagnent en importance et, en Afrique, elles sont les principales responsables de la charge de morbidité. La fraction imputable aux traumatismes, représentée en haut de chaque colonne, varie sensiblement selon les Régions. Le **Tableau 1**, basé sur les estimations de l'OMS pour le *Rapport sur la santé dans le monde, 1999*, montre les 10 principales causes de déficits de santé, là aussi mesurées en termes d'années de vie ajustées sur l'incapacité. Les trois premières sont très meurtrières pour les enfants dans les régions pauvres du monde. La quatrième est le VIH/SIDA, témoignant de l'accroissement spectaculaire de la charge de morbidité due au VIH ces dix dernières années. La cinquième est la dépression majeure unipolaire, soulignant comment cette mesure, qui reflète des problèmes de santé mortels ou non,

La santé dans le monde : tendances et enjeux

débouche sur une manière différente d'évaluer les problèmes de santé, pas exclusivement centrée sur la mortalité. Au sixième rang figurent les cardiopathies ischémiques suivies, en septième position, de l'accident vasculaire cérébral. Le paludisme est la huitième cause responsable de la charge mondiale de morbidité, suivie des accidents de véhicules à moteur et de la tuberculose.

Tableau 1. **Les dix principales causes de DALY, 1998**

Rang d'importance	Cause	% des DALY dans le monde
1	Infections des voies respiratoires inférieures	6,0
2	Affections périnatales	5,8
3	Maladies diarrhéiques	5,3
4	VIH/SIDA	5,1
5	Dépression majeure unipolaire	4,2
6	Cardiopathies ischémiques	3,8
7	Maladies cérébrovasculaires	3,0
8	Paludisme	2,8
9	Accidents de la circulation routière	2,8
10	Tuberculose	2,0

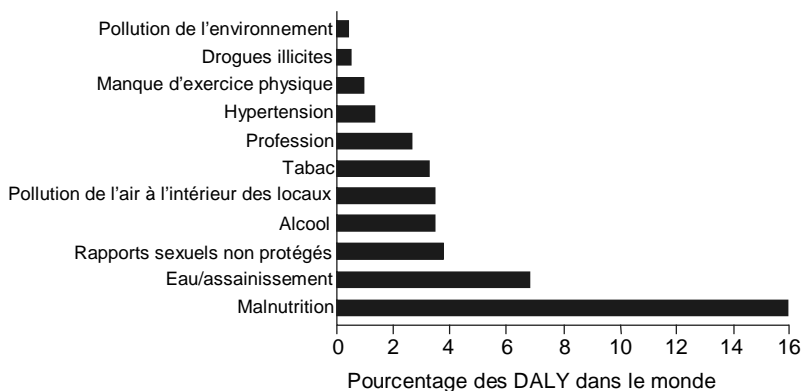
WHO 99466

20. La **Figure 8** classe 11 grands facteurs de risque selon leur responsabilité dans la charge mondiale de morbidité. Les principaux facteurs de risque sont la malnutrition chez les enfants et les mauvaises pratiques liées à l'eau et à l'assainissement, qui correspondent à une charge de morbidité substantielle, en particulier dans les pays les moins avancés. Cinq facteurs de risque – rapports sexuels non protégés, consommation d'alcool, pollution de l'air à l'intérieur des habitations, tabagisme, et expositions professionnelles – sont chacun responsables de 3 à 4 % de la charge mondiale de morbidité. L'alcoolisme est une cause majeure d'incapacité plus que de mortalité. La pollution à l'intérieur des habitations est une cause majeure de décès d'enfants consécutifs à

La santé dans le monde : tendances et enjeux

des infections respiratoires dans les régions pauvres du globe. L'usage du tabac continue de s'étendre, ce qui signifie que son impact mondial sur la morbidité augmentera. Bien que moindres, les expositions professionnelles, l'hypertension, l'inactivité physique, l'usage de drogues illicites et la pollution atmosphérique revêtent une importance particulière dans diverses régions du monde.

Fig. 8. **Charge de morbidité due à certains facteurs de risque, 1995**



WHO 99455

21. Après un rapide survol des tendances des indicateurs de santé et de certaines des sources actuelles de la charge de morbidité tant en termes de maladies que de facteurs de risque, il est important d'envisager l'avenir. De nombreuses décisions stratégiques concernant notamment les investissements en capital humain, les infrastructures physiques, et la recherche et le développement doivent être prises en prévision de défis futurs dans le domaine de la santé. Consciente de l'importance capitale d'adopter des politiques novatrices, l'OMS a énormément investi dans le renforcement de sa capacité à travailler avec les Etats Membres à l'élaboration de scénarios de santé futurs.

22. Le **Tableau 2** illustre un scénario de santé futur pour 2020 élaboré à l'aide de modèles et fondé sur la base de données factuelles sur les niveaux et les tendances des déterminants clefs de la santé, et utilisant les années de vie ajustées sur l'incapacité pour mesurer les déficits de santé prévus. Les principales causes de la charge mondiale de morbidité, d'un schéma dominé par les maladies transmissibles meurtrières pour les enfants pauvres, devraient évoluer en un schéma dominé par les maladies non transmissibles et les traumatismes. Les principales causes prévues sont les cardiopathies ischémiques, la dépression et les accidents de la circulation routière, suivies de l'accident vasculaire cérébral, de la bronchopneumopathie chronique obstructive, puis des infections des voies respiratoires inférieures, de la tuberculose, éventuellement de la guerre, des maladies diarrhéiques et du VIH/SIDA.

Tableau 2. **Les dix principales causes de DALY, 2020**

Rang d'importance	Cause	% des DALY dans le monde
1	Cardiopathies ischémiques	5,9
2	Dépression majeure unipolaire	5,7
3	Accidents de la circulation routière	5,1
4	Maladies cérébrovasculaires	4,4
5	Bronchopneumopathie chronique obstructive	4,1
6	Infections des voies respiratoires inférieures	3,1
7	Tuberculose	3,1
8	Guerre	3,0
9	Maladies diarrhéiques	2,7
10	VIH/SIDA	2,6

WHO 99467

23. Cinq déterminants clefs – ou risques – de changements prévus dans l'état de santé méritent une mention spéciale. Le premier est le tabac – facteur de risque majeur à la fin du XX^e siècle,

et qui le restera probablement pendant une bonne partie du XXI^e. Deuxièmement, le VIH/SIDA, qui restera une cause croissante de mortalité chez les enfants et chez les adultes dans les régions sensibles au cours de ces dix prochaines années. Troisièmement et quatrième, la population mondiale vieillit et l'âge moyen de la population augmente dans toutes les régions du monde. Cette évolution influera profondément sur l'éventail des problèmes de santé qui se poseront et elle résulte de deux déterminants : l'évolution des niveaux de fécondité et l'évolution des niveaux de mortalité.

24. La fécondité mérite d'être mentionnée en particulier, car les projections des Nations Unies indiquent qu'une fécondité déficitaire pourrait devenir la norme dans un nombre croissant de pays. L'évolution de la mortalité se manifeste par des gains d'espérance de vie qui verront le nombre de personnes de 65 ans et plus augmenter de façon spectaculaire. Le cinquième facteur est l'attente d'une diminution future, potentiellement accélérée, de la mortalité infantile à mesure que les progrès scientifiques de la biologie moléculaire se traduiront par des traitements efficaces des maladies transmissibles.

Inégalités au plan de la santé

25. Si importants soient-ils, les niveaux de santé moyens ne permettent pas, à eux seuls, de mesurer la performance des systèmes de santé. Un autre élément d'une importance critique est la répartition de la santé à l'intérieur des pays, c'est-à-dire l'étendue des inégalités en matière de santé.

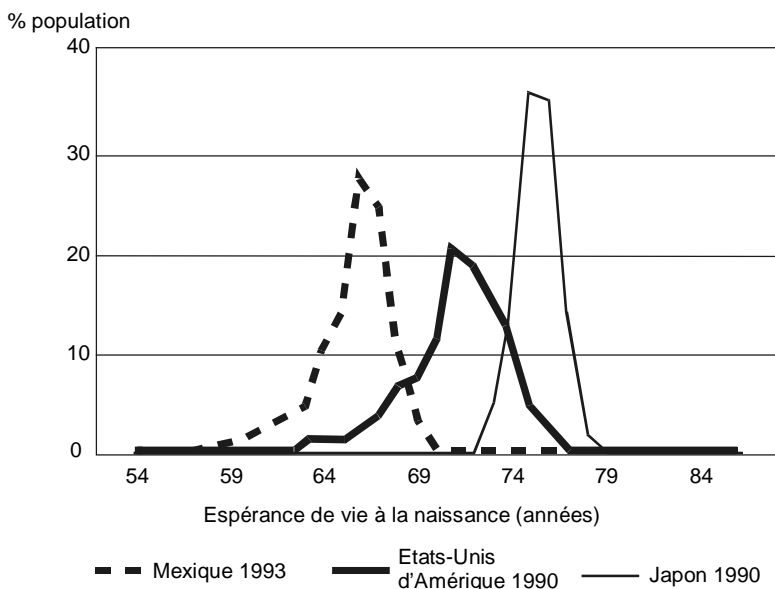
26. Il existe deux manières de mesurer les inégalités au plan de la santé. D'une part, la population d'un pays peut être répartie selon des déterminants tels que le revenu, le niveau d'instruction et l'appartenance ethnique ; les indicateurs de santé clefs tels que le taux de mortalité infantile, l'espérance de vie et la prévalence

d'affections importantes peuvent ensuite être calculés pour chaque groupe et comparés.

27. D'autre part, les écarts peuvent être examinés directement sur une échelle continue pour un indicateur de santé – la mortalité infantile, par exemple, peut être 40 fois plus élevée dans les groupes dont le niveau socio-économique est le plus bas (200 pour 1000 habitants) que dans les groupes dont le niveau socio-économique est le plus élevé (5 pour 1000). Les deux méthodes s'appuient sur la notion selon laquelle les disparités au plan de la santé n'ont d'intérêt que par rapport à une autre composante du bien-être comme le revenu, l'éducation ou la classe sociale. Pour l'OMS, ces disparités au plan de la santé revêtent une importance intrinsèque, pas seulement par rapport à d'autres facteurs socio-économiques, mais simplement parce que la santé est une composante intrinsèque du bien-être. Afin de refléter ce souci pour la santé en tant que telle, l'OMS a encouragé la mise au point de mesures de toute l'ampleur des inégalités au plan de la santé dans une population.

28. Si les deux méthodes exposées précédemment permettent de cerner une partie des inégalités en matière de santé, les contrastes entre petites zones peuvent renseigner davantage. On calcule à cette fin les indicateurs sanitaires relatifs à de petits groupes de population, obtenus par la division d'un pays en entités relativement homogènes de 10 000 habitants, par exemple. La **Figure 9**, basée sur les contrastes entre petites zones pour le Mexique, les Etats-Unis et le Japon, démontre l'étonnante ampleur des inégalités au plan de la santé et la diversité de ces inégalités entre les pays.

Fig. 9. Répartition de la population en fonction de l'espérance de vie moyenne des hommes à la naissance



WHO 99458

29. Le graphique montre la distribution de fréquence de l'espérance de vie masculine, calculée pour de petites zones, pour chacun des trois pays. C'est au Japon que l'espérance de vie moyenne est la plus élevée et au Mexique qu'elle est la plus faible mais, en les rangeant selon le niveau d'inégalité observé dans la distribution, le tableau est différent. Les inégalités en matière de santé au Japon sont faibles, comme en témoignent la hauteur et l'étroitesse relatives de la courbe de distribution, signe que l'espérance de vie des hommes est similaire dans la plupart des zones. Aux États-Unis, en revanche, la courbe de distribution est plus basse et plus large, signe que l'espérance de vie, par petite zone, varie davantage. Sous cet angle, le Mexique est dans une situation intermédiaire, avec une espérance de vie moyenne plus faible qu'aux États-Unis, mais moins d'inégalité.

30. L'OMS a aussi mis au point des méthodes pour mesurer les inégalités au plan des risques de mortalité infantile et trouvé des populations où la mortalité infantile est faible mais les niveaux d'inégalité élevés, et d'autres où la mortalité infantile est élevée et les niveaux d'inégalité intermédiaires ou élevés. Ces deux approches analytiques montrent qu'il est important de ne pas examiner seulement la santé des populations, mais aussi la distribution de la santé à l'intérieur des populations.

Capacité de réaction

31. Ces analyses s'appliquent surtout au premier des trois objectifs énoncés au départ – amélioration de la santé, capacité de réaction et équité. Pour instrumentaliser l'idée de capacité de réaction, il a fallu innover aux plans conceptuel et méthodologique.

32. Au plan conceptuel, la capacité de réaction s'appuie sur deux ensembles de composantes. Le premier, qui inclut le respect de la dignité individuelle, de l'autonomie personnelle en matière de traitement et de la confidentialité, est l'expression de droits fondamentaux de l'être humain. La capacité de réaction comprend aussi un ensemble de composantes liées à la satisfaction vis-à-vis des services, y compris des aspects tels que la rapidité avec laquelle une attention est accordée, l'accès aux réseaux de soutien social, les commodités de base dans les services de soins de santé et un choix de dispensateurs de soins. Les sept composantes mentionnées sont importantes mais, jusqu'à récemment, la mise au point d'instruments pour mesurer la capacité de réaction, qui soient applicables aux différentes cultures et aux différents systèmes de soins de santé, a progressé lentement.

33. Reconnaissant ce besoin, l'OMS, en collaboration avec ses partenaires, s'emploie à élaborer ces instruments. Des enquêtes pilotes ont été entreprises dans un certain nombre de pays. Pour recueillir des informations comparables sur la performance des

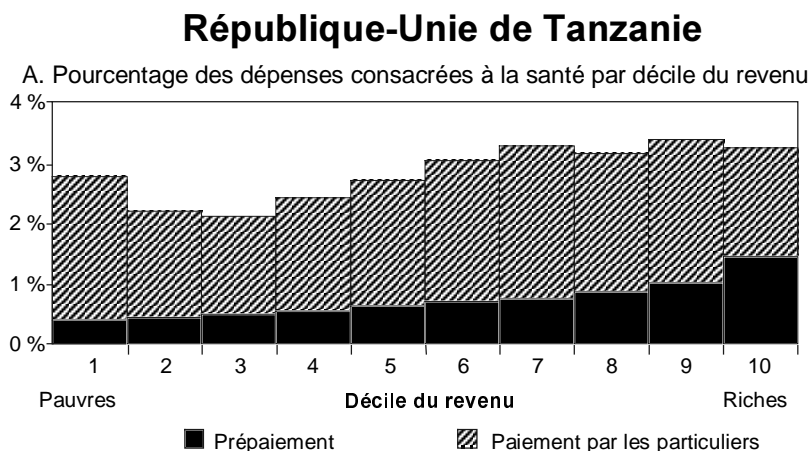
systèmes de santé, des enquêtes auprès d'informateurs clefs ont été utilisées dans ces sept domaines. Pour veiller à ce que les mesures de la capacité de réaction dans les différents pays soient fiables et valables et pour éviter que les pauvres soient souvent plus satisfaits de services de moindre qualité que les riches, la stratégie de mesure, en définitive, associera probablement des enquêtes fondées sur la population et des études d'observation des services de santé dans les établissements de soins.

Financement équitable

34. Le troisième objectif pour les systèmes de santé est celui du financement équitable et de la protection contre les risques financiers, chaque ménage devant prendre à sa charge une part équitable. Une part équitable se définit en fonction des attentes normatives d'un groupe donné concernant le mode de financement des systèmes de santé. Dans tous les pays, néanmoins, un financement équitable recouvre deux aspects critiques : a) mise en commun des risques entre malades et sujets en bonne santé, et b) partage des risques entre les différents niveaux de richesse et de revenu. Le regroupement des risques sous-entend que les contributions de ceux qui sont en bonne santé couvrent le coût des soins de ceux qui sont malades de sorte qu'une personne qui tombe malade n'a pas à supporter le double fardeau de la maladie et du coût financier des soins de santé. Au cours d'une vie, chaque personne aura probablement l'occasion, le jour où elle tombe malade, de bénéficier de la sécurité financière qu'offre la mise en commun des risques. Le partage des risques, bien que du même ordre, repose sur le principe que l'équité n'est pas l'égalité des contributions, quel que soit le niveau de revenu ou de richesse, mais que ceux qui possèdent davantage ont une contribution supérieure. En termes pratiques, l'inclusion de ces notions d'équité dans les systèmes de financement aide à éviter l'appauvrissement des ménages lorsqu'un de leurs membres est malade.

35. C'est ce que démontre la **Figure 10** qui illustre l'importance des dépenses de santé des ménages dans deux pays très différents, la République-Unie de Tanzanie et la Bulgarie. L'échelle de gauche des graphiques supérieurs donne le pourcentage des dépenses non alimentaires consacrées à la santé, par décile croissant du revenu, les plus pauvres à gauche et les plus riches à droite. Les diagrammes à secteurs donnent les mêmes informations, mais rangent les ménages selon le pourcentage des dépenses non alimentaires consacrées à la santé.

Fig. 10a. **Dépenses non alimentaires des ménages consacrées à la santé dans deux pays**



B. Ménages par pourcentage des dépenses consacrées à la santé

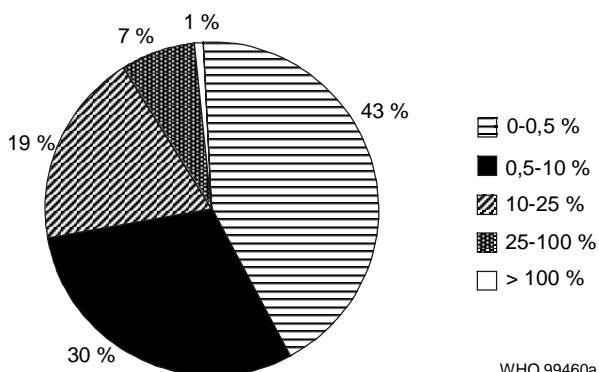
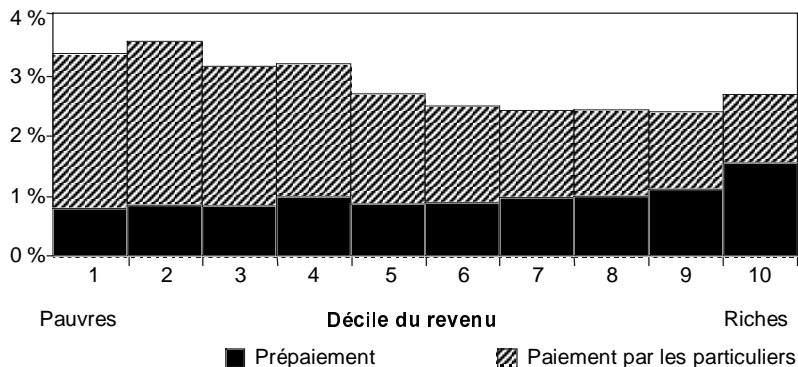


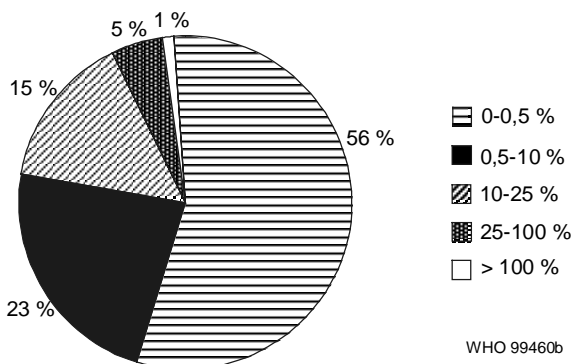
Fig. 10b. **Dépenses non alimentaires des ménages consacrées à la santé dans deux pays**

Bulgarie

A. Pourcentage des dépenses consacrées à la santé par décile du revenu



B. Ménages par pourcentage des dépenses consacrées à la santé



36. Dans les deux pays, une fraction importante des ménages consacrent plus de 25 % de leur revenu disponible à la santé, et un petit nombre y consacre en fait plus de 100 %. Dans le cas des systèmes où les ménages sont contraints de s'appauvrir pour acheter des soins de santé, il est évident que l'objectif du financement équitable n'est pas atteint.

37. La réforme du système de santé peut sensiblement modifier la distribution des dépenses non alimentaires des ménages consacrées à la santé. En Allemagne, par exemple, avant la réforme des cotisations de 1993, chaque caisse d'assurance ajustait ses taux de cotisation en fonction du niveau des risques sanitaires de sa population, d'où un éventail de cotisations allant de 4-5 % du revenu pour certains ménages à 17 % pour d'autres. Les réformes mises en oeuvre pour niveler les risques entre les caisses d'assurance ont accru l'équité, en réduisant les écarts entre les pourcentages du revenu des ménages consacrés aux cotisations.

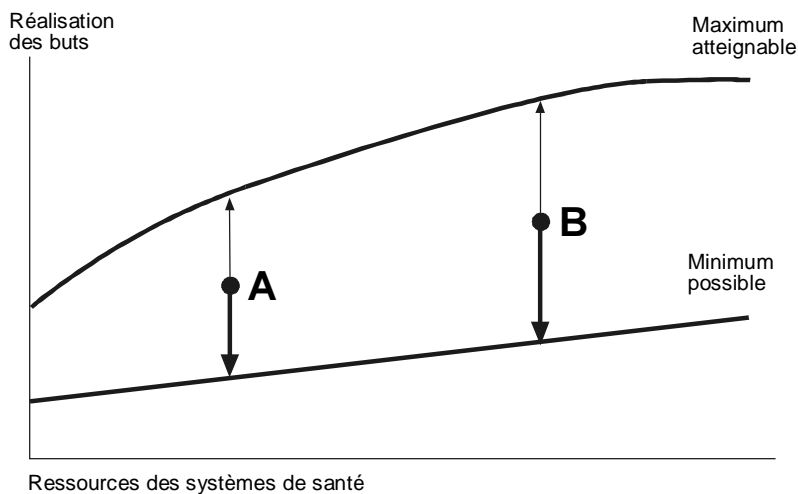
Performance

38. Dans les paragraphes qui précèdent, cette étude couvre le cadre conceptuel pour chacun des trois objectifs des systèmes de santé – amélioration de la santé, capacité de réaction et financement équitable – et elle fait ressortir les problèmes de mesure liés à la mesure de l'entité même et de sa distribution. La performance des systèmes de santé est étroitement liée aux progrès de la réalisation de ces objectifs, mais la notion de performance proposée maintenant déborde le simple niveau de réalisation des objectifs et vise le niveau de réalisation des objectifs par rapport aux ressources disponibles pour la santé.

39. La **Figure 11** illustre ce concept de performance dans deux pays, A et B. L'axe vertical montre le niveau de réalisation pour ce qui est de l'objectif d'amélioration de la santé. L'axe horizontal montre les ressources du système de santé. La ligne inférieure, ou « minimum possible », est le niveau de santé qui serait atteint avec le plus mauvais système de santé possible. La ligne supérieure, ou « maximum possible », est le niveau de santé qui serait atteint avec le meilleur système de santé possible. Dans les limites établies par le maximum et le minimum, la population A, malgré un

niveau de santé inférieur à celui de la population B, bénéficie d'une performance du système équivalente à la population B.

Fig. 11. **Performance : réalisation des buts en fonction des ressources**



WHO 99459

40. En d'autres termes, la performance est mesurée en fonction de ce qui peut être réalisé étant donné les ressources consacrées à la santé. En termes pratiques, pour établir un lien entre la performance et les ressources, il faut s'interroger sur les ressources disponibles pour la santé. Si tous les gouvernements sont familiarisés avec les budgets des ministères de la santé, et souvent avec les budgets de santé qui peuvent relever d'autres ministères, un travail plus approfondi, la comptabilité sanitaire nationale, est nécessaire pour mesurer les ressources disponibles. La comptabilité sanitaire nationale recense toutes les sources de dépenses du système de santé, versements directs, assurances volontaires privées, assurances sociales, fiscalité ou organismes donateurs.

La santé dans le monde : tendances et enjeux

41. En se fondant sur la vaste expérience de l'OCDE (Organisation de Coopération économique et de Développement), l'OMS a encouragé les pays à utiliser la comptabilité nationale. Ce n'est pas là une tâche aisée, car les systèmes de santé sont une grande industrie, qui représente le dixième environ du produit économique mondial. Certes, ces ressources sont très inégalement réparties, l'immense majorité des dépenses étant effectuées dans les pays à haut revenu et une toute petite fraction dans les pays au revenu faible ou moyen, sur lesquels pèse la plus grande partie de la charge mondiale de morbidité.

42. Considérées sous un autre angle, comme une partie des économies nationales, les dépenses de santé oscillent entre 2 %, voire moins, dans certains pays et près de 15 % dans les pays les plus riches. Si les écarts sont importants, la part du revenu national consacré à la santé tend à augmenter à mesure que les pays s'enrichissent.

43. Pourquoi cela revêt-il une telle importance pour l'OMS ? Simplement parce qu'en examinant les différents systèmes de santé et en comparant le niveau de réalisation des objectifs et la quantité des ressources investies, il est possible d'obtenir une évaluation composite de la performance des systèmes. Prenons, par exemple, l'espérance de vie ajustée sur l'incapacité par rapport au niveau des ressources pour la santé. Les écarts entre les pays sont une mesure critique de la santé des populations, car le niveau des ressources pour la santé, quel qu'il soit, reflète l'amélioration plus ou moins sensible de la santé que les systèmes ont réussi à opérer.

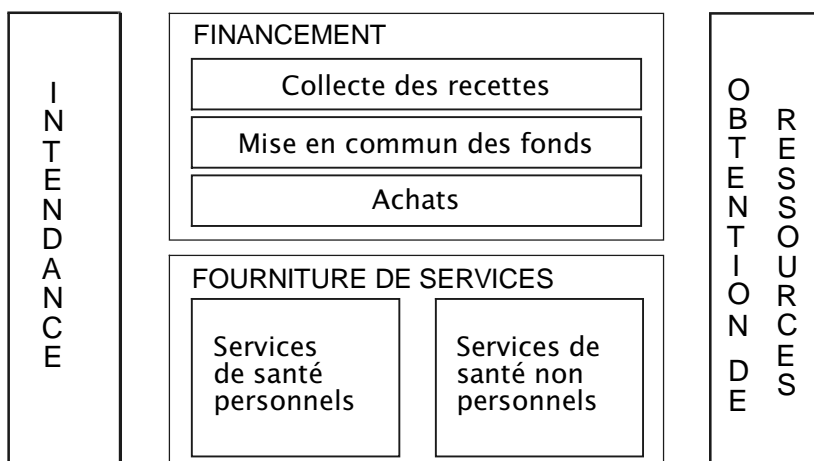
44. L'OMS investit des sommes importantes pour fournir aux pays les instruments dont ils ont besoin pour évaluer la performance des systèmes de santé et pour élaborer des bases de référence devant permettre aux systèmes de santé de comparer leur performance à d'autres dont la situation est comparable. Mais ce n'est là qu'un premier pas, car les différences de performance ne font que

souligner la nécessité de recenser les déterminants et les caractéristiques qui expliquent que certains systèmes fonctionnent mieux que d'autres.

Déterminants de la performance

45. Pourquoi les systèmes de santé sont-ils plus ou moins performants ? Des pays dont le niveau de ressources est comparable obtiennent des résultats sensiblement différents concernant la réalisation des objectifs. En d'autres termes, des pays qui dépensent autant que d'autres parviennent à des niveaux supérieurs de santé, de capacité de réaction et de financement équitable. Les déterminants de la performance peuvent être analysés à plusieurs niveaux, mais la section ci-après porte sur la structure des systèmes de santé et la façon dont les établissements sont organisés pour s'acquitter des fonctions des systèmes de santé. La **Figure 12** recense quatre fonctions clés dans chaque système de santé : intendance, financement, fourniture des services et génération de ressources.

ig. 12. Fonctions des systèmes de santé



WHO 99465

46. Tous les systèmes de santé se posent la même question centrale de savoir comment associer les établissements pour mener à bien ces fonctions. Tout le débat sur la réforme des systèmes de santé a tourné autour de cette question. Quel est le rôle de l'Etat dans chacune de ces fonctions ? Quel est l'équilibre idéal secteur public-secteur privé pour chaque fonction ? Comment sont réparties les responsabilités pour chaque fonction entre les différents niveaux du gouvernement ? Les réponses d'une société à ces questions de politique sont déterminantes pour la performance de son système de santé, d'où l'absolue nécessité de comprendre les fonctions clefs.

47. L'intendance, sur la gauche de la Figure 12, désigne d'ordinaire la réglementation. Toutefois, le concept d'intendance proposé ici étend la notion classique de réglementation – adoption de règles – à deux composantes supplémentaires : assurer que la partie est équitable, par exemple en fournissant aux usagers les informations voulues pour guider leurs décisions dans le système de santé ; et donner des indications stratégiques au système de santé dans son ensemble.

48. La deuxième fonction est le financement – collecte des recettes, mise en commun et allocation des fonds en faveur d'activités de soins spécifiques. La collecte des recettes désigne la mobilisation d'argent provenant des ménages, des entreprises, des gouvernements et des organismes donateurs, et elle utilise divers mécanismes tels que les versements directs, les assurances volontaires, les assurances sociales obligatoires, les impôts généraux, les dons provenant d'organisations non gouvernementales et les transferts provenant d'organisations internationales. Une fois les fonds mobilisés, la deuxième partie de la fonction de financement consiste à rassembler ces recettes en un fonds pour mettre en commun les risques. Certaines formes de financement ne s'accompagnent d'aucune mise en commun, ainsi les versements directs pour chaque acte au moment où les services sont fournis.

49. En revanche, les systèmes d'assurance supposent l'intégration des ressources provenant des cotisations ou des sources individuelles pour mettre en commun et partager les risques parmi la population. Un financement plus équitable suppose une certaine solidarité au plan du financement, laquelle exige la mise en commun des risques – c'est-à-dire que les personnes en bonne santé à un moment donné participent au paiement des soins des personnes qui sont malades. Les données émanant de nombreux systèmes de santé montrent que le paiement par anticipation au moyen des systèmes d'assurances renforce l'équité du financement.

50. Une fois les recettes recueillies et mises en commun, elles sont allouées aux établissements et aux dispensateurs individuels pour la fourniture de services, appelée Achats dans la Figure 12. Les « Achats » désignent ici de façon générale les achats propres à certaines interventions et les dispositions budgétaires globales. La première leçon à retirer des données factuelles disponibles sur les achats est que les systèmes de santé fonctionnent d'autant mieux qu'ils sont engagés dans l'achat actif d'interventions d'un rapport coût/efficacité et d'une acceptabilité avérés. En revanche, des achats ou une budgétisation non structurés reflétant des tendances anciennes ne tiennent pas compte du véritable rapport coût/efficacité ni de l'acceptabilité sociale des interventions, d'où une moindre performance.

51. La troisième fonction du système de santé est la fourniture de services. Elle désigne un ensemble d'éléments – ressources humaines, médicaments et installations – associés dans un processus de production dont les services de santé sont le résultat. Dans la plupart des systèmes de santé, on distingue, d'une part, les services personnels qui s'appliquent aux personnes, que les services soient préventifs, diagnostiques, thérapeutiques ou de réadaptation et, d'autre part, les services non personnels qui s'appliquent aux collectivités – l'éducation de masse, par exemple – ou à des éléments non humains de l'environnement, comme dans l'assainissement.

Cette distinction est importante parce que les questions de politique pertinentes diffèrent pour chaque type de services. Par exemple, les services de santé personnels sont en principe fournis par un ensemble de services publics et privés beaucoup plus étendu que les services de santé non personnels, qui tendent à relever des pouvoirs publics.

52. Enfin, la quatrième fonction du système de santé est la génération de ressources. Les systèmes de santé ne se limitent pas à l'ensemble des établissements qui réglementent, financent ou dispensent les services, mais ils comprennent également un ensemble varié d'organisations qui contribuent à la production de services de santé, en particulier par des ressources humaines, des ressources physiques telles que des établissements et du matériel, et des connaissances. Cet ensemble d'organisations comprend des universités et d'autres établissements d'enseignement, des centres de recherche, des entreprises de construction et un large éventail d'organisations qui produisent des technologies spécifiques telles que des produits, des dispositifs et du matériel pharmaceutiques.

53. La description des quatre fonctions et de la façon dont elles sont associées les unes aux autres à l'intérieur d'un système de santé permet de définir les caractéristiques de son architecture. Certains systèmes ont une forte intégration verticale de sorte que ces organisations, qu'elles relèvent du secteur public ou du secteur privé, assurent plus d'une de ces fonctions. Les systèmes de santé, par exemple, peuvent être intégrés verticalement par le biais du ministère de la santé, qui peut être responsable de l'intendance, du financement, de la fourniture des services et d'au moins certains aspects de la génération de ressources. Une autre architecture possible est celle des systèmes hautement fragmentés de plusieurs pays d'Amérique latine où les organismes de sécurité sociale, le ministère de la santé et le secteur privé coexistent. Le suivi des quatre fonctions et de leur association permet donc de comparer les

systèmes à un moment donné et de comprendre comment les systèmes évoluent au fil du temps.

54. La **Figure 13** donne l'exemple du Chili, en présentant la structure organique du système de santé chilien à cinq époques différentes. La première reflète la situation vers le début du XX^e siècle, tandis que la deuxième fait référence aux réformes initiales qui ont introduit les assurances sociales au Chili ; la troisième à l'unification des organismes publics en un service de santé national ; la quatrième à la fragmentation de la mise en commun des fonds et à l'importante privatisation de la fonction d'achat ; et la cinquième aux tentatives récentes pour accroître le degré de solidarité dans le financement du système de santé. Ces graphiques montrent comment la configuration des fonctions d'intendance, de financement et de fourniture des services ont évolué dans le temps. La Figure 13 décrit l'importance relative des secteurs public et privé pour chaque fonction pendant ces cinq périodes. La forme de cette association fonctionnelle, ainsi qu'il a été dit précédemment, est le déterminant central de la performance du système de santé.

55. Non seulement il est possible de comparer l'évolution dans le temps d'un certain système de santé, mais il est aussi possible de comparer la configuration fonctionnelle de plusieurs systèmes à un moment donné. La **Figure 14** illustre ce type d'approche comparative au moyen d'exemples concernant le Bangladesh, l'Égypte et le Royaume-Uni.

Fig. 13. Evolution du système de santé au Chili

1923

Collecte des recettes	D	IG	VD
Mise en commun	ONG		PMC
Achats			AI
Prestation de services			PP

1924-1952

Collecte des recettes		IG	VD
Mise en commun	AS		PMC
Achats		M S	AI
Prestation de services			PP

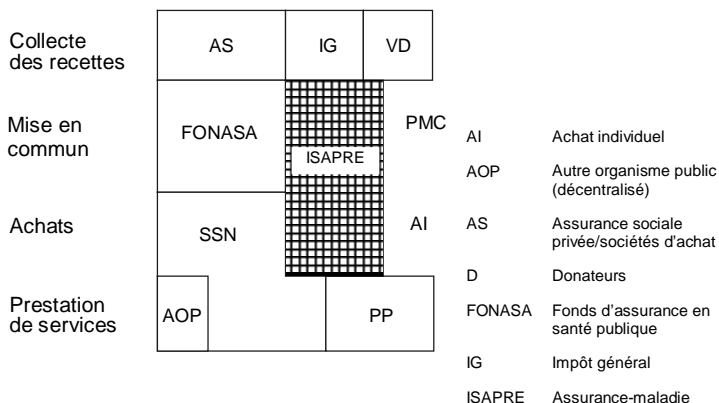
- AI Achat individuel
- AOP Autre organisme public (décentralisé)
- AS Assurance sociale
- D Donateurs
- FONASA Fonds d'assurance en santé publique
- IG Impôt général
- ISAPRE Assurance-maladie privée/sociétés d'achat
- MS Ministère de la santé ou équivalent
- ONG Organisations non gouvernementales
- PMC Pas de mise en commun
- PP Prestataires privés
- SSN Service de santé national
- VD Versements directs

1953-1979

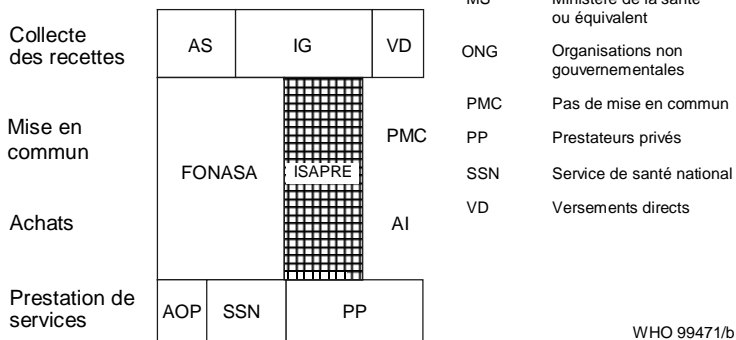
Collecte des recettes		IG	VD
Mise en commun	AS		PMC
Achats		SSN	AI
Prestation de services			PP

Fig. 13. Evolution du système de santé au Chili

1980-1990



1991-1997



WHO 99471/b

Fig. 14. Structure organique des systèmes de santé de trois pays

Bangladesh (1996/97)

Collecte des recettes	IG	D	VD	Autre
Mise en commun	MS	AOP	PMC	
Achats			AI	
Prestation de services	MS		PP	

Egypte (1994/95)

Collecte des recettes	IG	D	AS	VD
Mise en commun	MS	AOP	AS	PMC
Achats				AI
Prestation de services	MS	ME	AOP	AS
				PP

- AdS Autorités de la santé
- AI Achat individuel
- AOP Autre organisme public (décentralisé)

Royaume-Uni (1994/95)

Collecte des recettes	IG	AS	M	A	D	P	
Mise en commun	MS					PMC	
Achats	AdS					G	AI
Prestation de services	SSN				PP		

- AP Assurance privée
- AS Assurance sociale
- D Donateurs
- G Généralistes (censeurs)
- IG Impôt général
- ME Ministère de l'environnement
- MS Ministère de la santé ou équivalent
- PMC Pas de mise en commun
- PP Prestataires privés
- SSN Service de santé national
- VD Versements directs

Principaux défis

56. En articulant et en analysant les quatre fonctions et la façon dont elles sont associées les unes aux autres, on peut non seulement comprendre les déterminants de la performance des systèmes, mais aussi envisager les défis clefs qui se posent pour chaque fonction tandis que les systèmes de santé poursuivent leur réforme. Pour ce qui est de l'intendance, qui est au coeur des débats sur le rôle futur de l'Etat, la principale difficulté est le renforcement de la capacité des ministères de la santé à assurer la direction stratégique du système de santé. De nombreuses initiatives réformatrices visent à modifier le rôle de l'Etat pour qu'il cesse d'être un simple dispensateur de services – souvent faible, de médiocre qualité et coûteux – et renforce sa capacité à régler l'ensemble du système de santé et lui confère une orientation stratégique.

57. Dans le cadre de la fonction de financement, la principale difficulté dans la collecte des recettes consiste à étendre le paiement anticipé, le rôle de financement public ou de financement publiquement délégué étant assuré au niveau central. En cas de mise en commun des fonds, il est essentiel d'élargir le fonds au maximum pour répartir les risques financiers liés aux soins de santé, et réduire ainsi les risques individuels et le spectre de l'appauvrissement dû aux dépenses de santé. Pour les achats, la principale difficulté est d'élaborer et d'appliquer des mécanismes pour l'allocation de ressources aux ensembles d'interventions optimaux. Il reste beaucoup à faire pour renforcer la base de données factuelles qui était le choix des interventions optimales.

58. Comme il est dit plus haut, la distinction entre fourniture de services personnels et non personnels est importante parce que les questions d'orientation et les défis diffèrent. Pour les services de santé non personnels, les principaux défis comprennent une décentralisation accrue là où cela peut améliorer la pertinence des services et la responsabilité vis-à-vis des ressources, et l'amélioration de la capacité gestionnaire à fournir ces services. Une question apparentée est la nécessité de veiller à ce que ces services occupent une place de plus en plus importante dans les nouveaux systèmes de

santé, en particulier lorsque l'Etat réévalue son rôle dans la fourniture des services de soins personnels. Les principales difficultés liées aux services personnels tiennent à la nécessité de trouver le juste degré de concurrence souhaitable de façon à ce que les gains d'efficacité ne renforcent pas les inégalités et ne ralentissent pas davantage la diminution de la charge de morbidité. C'est précisément en raison du développement des services dispensés par le secteur privé qu'augmente parallèlement l'importance de l'intendance en tant que responsabilité essentielle du secteur public.

59. Enfin, pour la génération des ressources, l'une des questions clefs qui se posent est celle de savoir comment faire coïncider au mieux l'offre de ressources et les besoins du système de santé, en particulier dans le cas des ressources humaines pour la santé, pour faire en sorte que les inégalités existantes au plan de la santé ne soient pas aggravées par une mauvaise répartition des professionnels de santé et des agents de santé.

Conclusion

60. Trois objectifs des systèmes de santé sont présentés au début de ce rapport – l'amélioration de la santé, la capacité de réaction et un financement équitable. Chacun de ces objectifs peut être mesuré et suivi et ils fournissent ensemble la base d'une évaluation composite de la performance du système de santé. Après avoir défini comment mesurer la performance, le document examine les différences de performance dans le cadre de quatre fonctions clefs – l'intendance, le financement, la fourniture de services et la génération de ressources – pour décrire l'architecture du système de santé. L'amélioration du système nécessite l'affinement des instruments servant à mesurer la performance et à analyser ses déterminants. A cet effet, l'OMS continue d'investir dans la mise au point d'instruments qui aideront les décideurs à améliorer la performance et, de ce fait, à faire en sorte que les actions des systèmes de santé contribuent à améliorer la santé des populations qu'ils servent.

= = =