



---

## La santé dans le monde : tendances et défis à relever

### Rapport du Secrétariat

1. Pour mieux comprendre les tendances de la santé mondiale et les défis à relever, il faut envisager les buts essentiels des systèmes de santé. Il s'agit notamment :

- d'améliorer l'état de santé de la population;
- de réduire les inégalités en matière de santé;
- de renforcer la réponse aux attentes légitimes;
- d'accroître l'efficacité;
- d'éviter que les coûts des soins de santé ne causent des préjudices financiers;
- de rendre plus équitables le financement et la fourniture des soins de santé.

#### AMELIORER L'ETAT DE SANTE

2. Entre 1950 et 1997, on a observé un allongement sensible de l'espérance de vie dans toutes les Régions de l'OMS. Cette amélioration résulte en grande partie d'une réduction durable de la mortalité de l'enfant dans tous les pays, même les moins avancés.

3. Si les registres de l'état civil ne sont pas complets dans de nombreux pays en développement, les programmes d'enquêtes élargies, comme les enquêtes démographiques et sanitaires, offrent une base empirique solide pour évaluer les tendances de la mortalité de l'enfant dans toutes les régions. Malheureusement, la base empirique est beaucoup plus faible lorsqu'on veut estimer les tendances de la mortalité de l'adulte dans beaucoup de pays en développement. L'incertitude qui caractérise les niveaux et les tendances de la mortalité de l'adulte est donc beaucoup plus grande.

4. Il n'en reste pas moins que, le plus souvent, la mortalité des hommes et des femmes adultes a sensiblement diminué au cours de la deuxième moitié du XX<sup>e</sup> siècle. Il y a toutefois deux exceptions majeures : les niveaux croissants de la mortalité chez les hommes adultes en Europe orientale, et l'augmentation sensible de la mortalité des hommes adultes due à l'infection à VIH en Afrique subsaharienne.

5. Une évaluation globale de l'état de santé doit dépasser le cadre de la mortalité et s'étendre aux issues non fatales. Une notion comme l'espérance de vie ajustée sur l'incapacité qui mesure l'espérance de vie en

bonne santé permet d'aborder une analyse comparative de l'état de santé entre les différentes Régions de l'OMS.

6. Un débat significatif sur les politiques sanitaires à tous les niveaux suppose que l'on dispose de données sur l'ampleur comparative des problèmes de santé - maladies, traumatismes et principaux facteurs de risque. Au niveau mondial, les 10 principales causes de la charge de la maladie (années de vie ajustées sur l'incapacité) en 1995 étaient les infections des voies respiratoires inférieures, les maladies diarrhéiques, les affections survenant au cours de la période périnatale, la dépression majeure unipolaire, les cardiopathies ischémiques, l'infection à VIH, les accidents vasculaires cérébraux, les accidents de la circulation routière, le paludisme et la tuberculose. Les principaux facteurs de risque associés sont la malnutrition, l'approvisionnement en eau et les moyens d'assainissement insuffisants, les pratiques sexuelles à risque, la consommation de tabac, la consommation d'alcool et la pollution de l'air à l'intérieur des habitations.

7. C'est donc à une double charge de maladies et de traumatismes que doivent faire face la plupart des pays à faible revenu et à revenu moyen. Ils restent confrontés aux problèmes épidémiologiques des infections courantes, de la malnutrition et de la santé génésique. Mais, sans avoir entièrement réglé ces problèmes, ils sont déjà touchés par les problèmes émergents des maladies non transmissibles, des nouvelles infections et des traumatismes consécutifs aux accidents et à la violence.

8. Il faudra donc faire face au cours des deux prochaines décennies à des transformations profondes en matière de santé. D'ici 2020, les principales causes de la charge de la maladie seront probablement les cardiopathies ischémiques, la dépression et les accidents de la circulation. Les tendances en matière de santé devraient être dominées par quatre facteurs : le vieillissement de la population mondiale, l'évolution de l'épidémie de VIH, la mortalité et les incapacités liées au tabac, et la diminution de la mortalité de l'enfant par maladies infectieuses.

9. Deux autres questions peuvent avoir une incidence profonde sur l'évolution de la situation. Tout d'abord, d'après l'hypothèse de Barker, les sujets atteints d'insuffisance pondérale à leur naissance qui survivent jusqu'à un âge avancé présentent des taux beaucoup plus élevés de maladies non transmissibles. Si cette hypothèse est fondée, l'épidémie de maladies non transmissibles dans des régions comme l'Asie méridionale va prendre une ampleur bien plus grande. Ensuite, la diminution prévue de la mortalité par maladies transmissibles risque de ne pas être confirmée dans les faits, ou même d'être inversée, si la résistance aux médicaments des principaux agents pathogènes s'étend ou si de nouvelles maladies infectieuses apparaissent.

#### REDUIRE LES INEGALITES EN MATIERE DE SANTE

10. L'état de santé varie dans des proportions très importantes selon les groupes à l'intérieur d'un même pays. Par exemple, l'espérance de vie de groupes différents aux Etats-Unis d'Amérique varie entre 56 et 96 ans. Cet écart de 40 ans dans un même pays fait bien ressortir combien il est important de ne pas se contenter de surveiller une moyenne de l'état de santé sur l'ensemble d'une population. L'ampleur des inégalités en matière de santé varie également d'un pays à l'autre - les inégalités concernant l'espérance de vie étant plus faibles au Japon qu'au Mexique, et au Mexique qu'aux Etats-Unis. Dans la plupart des pays analysés, les écarts sont plus importants pour les hommes que pour les femmes. Pour de nombreuses raisons, les inégalités en matière de santé sont peut-être en train de s'accroître en valeur relative - et peut-être aussi en valeur absolue - dans de nombreux pays.

#### AMELIORER LA REPONSE AUX ATTENTES LEGITIMES

11. Le processus par lequel les deux premiers buts sont atteints doit répondre aux attentes légitimes de la population. Il faut surtout que ce processus préserve les principes fondamentaux du respect de la dignité de la personne humaine et de la participation à la prise de décision.

12. Le concept de “réponse” décrit les efforts faits par les dispensateurs au sein du système de santé pour améliorer la qualité de la relation avec la population. Les résultats attendus de ces efforts sont traduits par le concept plus conventionnel de “satisfaction” éprouvée à l’égard du système de santé. Il s’agit là d’une idée pluridimensionnelle qui englobe la satisfaction éprouvée à l’égard de l’accès, des coûts, de la qualité technique, des relations interpersonnelles et des services. C’est pour cette raison que les moyens de mesure sont complexes et sujets à différentes interprétations.

13. Ces dernières années, on s’est efforcé de comparer les niveaux de satisfaction entre les pays en se fondant sur des instruments normalisés. Ces études font apparaître d’importants écarts entre les pays et dans le temps pour un même pays. Bien qu’elles puissent apporter des éléments utiles, les résultats sont à interpréter avec prudence.

14. Un important défi consiste à trouver de meilleurs moyens de déterminer et de renforcer ces dimensions critiques des résultats des systèmes de santé.

#### ACCROITRE L’EFFICACITE

15. Le problème de l’efficacité consiste à utiliser les ressources disponibles de manière à atteindre au mieux les buts de la société en matière de santé. Près de 9% du produit économique mondial est consacré au secteur de la santé. La part du produit intérieur brut investie dans la santé s’établit entre 2 et 5% dans les pays à faible revenu et atteint 15% aux Etats-Unis. En général, à mesure que le revenu par habitant augmente, la part du PIB consacrée à la santé augmente aussi. A mesure que les pays deviennent plus riches, une part plus importante des ressources totales du secteur de la santé est financée par des sources publiques (recettes de l’Etat, assurances sociales ou autres impôts).

16. Avec quelle efficacité les différents systèmes de santé utilisent-ils ces ressources pour atteindre les buts de l’amélioration de la santé, de la réduction des inégalités en santé et de l’amélioration de la réponse ? S’il serait plus judicieux d’examiner le lien qui existe entre l’espérance de vie en bonne santé et les dépenses du système de santé, les données transnationales ne nous permettent pas de le faire. On peut toutefois établir une comparaison dans le temps concernant le lien entre l’espérance de vie et le revenu par habitant dans les pays, en considérant la situation en 1965 et en 1995. Ce lien illustre les trois façons dont l’amélioration de la santé peut intervenir. A mesure que le revenu par habitant augmente dans un pays, l’amélioration de la santé suit une courbe prévisible. En comparant 1965 et 1995, on observe que, pour un même revenu, on obtient des niveaux plus élevés d’espérance de vie en 1995 qu’en 1965. Ce qui est peut-être plus important pour les pays aujourd’hui, c’est qu’on observe une variation sensible en termes de résultats sanitaires pour un niveau déterminé de revenu en 1995. Il est indispensable de comprendre les facteurs qui contribuent à cette variation pour mettre en place des stratégies efficaces permettant d’améliorer la santé à court terme.

17. L’efficacité relative des systèmes de santé peut être examinée en rapprochant le niveau de l’espérance de vie, pour un revenu déterminé et un niveau d’éducation déterminé, du niveau des dépenses de santé. Pour ce qui est des facteurs clés qui expliquent les différences de résultats, on peut distinguer l’efficacité allocative et l’efficacité technique. L’efficacité allocative consiste à choisir l’association des interventions sanitaires qui permettront d’atteindre le plus d’objectifs concernant l’amélioration de la santé et de réduire au maximum les inégalités sanitaires. L’efficacité technique détermine dans quelle mesure chaque intervention parvient au résultat recherché avec les ressources disponibles.

EVITER LES PREJUDICES FINANCIERS

18. Un but clé pour les systèmes de santé consiste à protéger les individus, les familles et les communautés des préjudices financiers du fait d'interventions sanitaires coûteuses. Il ressort de certaines études que les coûts de la santé peuvent être un important facteur d'appauvrissement aussi bien dans les pays en développement que dans les pays développés. A mesure que les coûts augmentent, les systèmes de santé doivent relever le défi majeur d'une mise en commun appropriée des risques financiers.

RENDRE PLUS EQUITABLES LE FINANCEMENT ET LA FOURNITURE DES SOINS DE SANTE

19. Les systèmes de santé doivent également être équitables, tant en ce qui concerne la fourniture que le financement des soins. Des études dans de nombreux pays ont montré que les groupes défavorisés consacrent une part plus importante de leur revenu aux soins de santé, alors que les dépenses de santé publique dont bénéficient les groupes plus aisés peuvent souvent être plus élevées que celles dont bénéficient les groupes moins favorisés. Un financement et un accès équitables sont des caractéristiques importantes des systèmes de santé qu'il faut surveiller et évaluer.

CONCLUSION

20. Les pays du monde entier cherchent de meilleurs moyens de réglementer, de financer et de fournir les services de santé à une époque où de profondes transformations sociales auront une incidence sur la conception et le succès des nouvelles dispositions prises en matière de soins de santé. Ces modifications touchent le vieillissement de la population, l'urbanisation, la condition de la femme, les nouvelles formes de participation politique, les nouveaux rôles de l'Etat, une innovation technologique intense et le phénomène de la mondialisation.

21. Dans l'application de son propre processus de réforme, l'OMS se prépare au XXI<sup>e</sup> siècle en anticipant les tendances et en relevant les défis.

= = =