

COMITÉ RÉGIONAL DE L'AFRIQUE

ORIGINAL : ANGLAIS

Soixantième session
Malabo, Guinée équatoriale, 30 août – 3 septembre 2010

Point 7.5 de l'ordre du jour provisoire

**RENFORCEMENT DES SYSTÈMES DE SANTÉ: AMÉLIORATION DE LA
PRESTATION DE SERVICES DE SANTÉ AU NIVEAU DU DISTRICT, ET DE
L'APPROPRIATION ET DE LA PARTICIPATION COMMUNAUTAIRES**

Rapport du Directeur régional

SOMMAIRE

Paragraphes

CONTEXTE	1–8
ENJEUX ET DÉFIS	9–18
MESURES PROPOSÉES	19–30

CONTEXTE

1. L'Organisation mondiale de la Santé définit le système de santé comme l'ensemble des organisations, des personnes et des mesures qui ont essentiellement pour but de promouvoir, de rétablir et de maintenir la santé.¹ Le système de santé s'articule autour de six piliers étroitement liés : la prestation de services; les personnels de la santé; l'information; les produits, vaccins et technologies médicaux; le financement; et le rôle moteur ou la gouvernance. L'amélioration de la prestation de services requiert des améliorations simultanées dans les autres piliers, à tous les niveaux de mise en œuvre, y compris le niveau du district.

2. Par district, l'on entend «une zone administrative clairement définie, qui englobe une population et où une administration locale, sous une forme ou une autre, assume de nombreuses responsabilités pour le compte de l'administration centrale».² Le district traduit en actions concrètes, à son niveau, les aspirations, politiques, stratégies, et feuilles de route définies par l'administration centrale, et établit entre les populations et le gouvernement un partenariat fondé sur l'obligation mutuelle de rendre compte. Le district de santé est l'unité de l'administration centrale chargée d'assumer, à ce niveau, les responsabilités du ministère de la santé central. Il couvre une superficie suffisante pour justifier les coûts d'investissement et de gestion, mais limitée pour la familiarisation avec les facteurs démographiques et socioéconomiques pertinents. Le district de santé correspond normalement au district administratif et dessert approximativement entre 50 000 et 300 000 personnes.³

3. L'efficacité de l'organisation et de la gestion de la prestation de services au niveau du district dépend, entre autres, de la compétence et de la taille de l'équipe de gestion de la santé de district, ainsi que des équipes de gestion dans les centres de santé, les postes de santé et les communautés. Ces équipes coordonnent la planification, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation de la prestation de services de santé.

4. La Déclaration de Ouagadougou sur les Soins de Santé primaires et les Systèmes de Santé en Afrique,⁴ la Déclaration d'Addis Abeba sur la Santé communautaire,⁵ le Rapport 2008 sur la santé dans le monde - consacré aux soins de santé primaires⁶- et d'autres documents connexes⁷ présentent dans leurs grandes lignes les principes et les approches en matière de renforcement des systèmes de santé. Ils mettent l'accent sur le rôle des communautés et des partenaires dans le développement sanitaire.

¹ OMS, L'affaire de tous: renforcer les systèmes de santé pour de meilleurs résultats sanitaires: Cadre d'action de l'OMS, Genève, Organisation mondiale de la santé, 2007.

² Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, Appui opérationnel aux soins de santé primaires: le rôle du niveau du district dans l'accélération de la santé pour tous les Africains, Brazzaville, Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Afrique, 1987 (AFR/RC37/TD/1, AFR/HFA/2).

³ Au cas où un district est bien plus peuplé, il devrait être scindé en plusieurs districts. Gorgen Helmit et al. The District Health Systems – Experiences and Prospects in Africa, Manual for Public Health Practitioners, Deutsche Gesellschaft für, Postfach 5180.65726 Eschborn, Germany, 2004, page 32.

⁴ OMS, Déclaration de Ouagadougou sur les Soins de Santé primaires et les Systèmes de Santé en Afrique: Améliorer la santé en Afrique au cours du nouveau Millénaire, Brazzaville, Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Afrique, 2008.

⁵ OMS, Déclaration d'Addis Abeba sur la Santé communautaire dans la Région africaine, Brazzaville, Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Afrique, 2006.

⁶ OMS. Rapport sur la santé dans le monde 2008 – Les soins de santé primaires: maintenant plus que jamais, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2008.

⁷ Par exemple: OMS, Cadre de mise en œuvre de la Déclaration de Ouagadougou sur les Soins de Santé primaires et les Systèmes de Santé en Afrique: Améliorer la santé en Afrique au cours du nouveau Millénaire, Brazzaville, Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Afrique, 2009 (AFR/RC59/4).

5. Par communautés, l'on entend «des groupes sociaux, de toute taille, dont les membres résident dans une localité précise, exercent ensemble une autorité, et partagent souvent le même héritage culturel et historique».⁸ Bon nombre de pays ont mis sur pied des structures communautaires pour travailler avec les agents de santé, surtout au premier niveau du système de santé formel. Dans certains pays, ces structures communautaires déterminent l'organisation et le mode de fonctionnement des services de santé. Là où il existe une forte participation des communautés, les taux d'utilisation des services sont plus élevés.⁹ Le traitement à l'ivermectine sous directives communautaires, au titre du Programme de lutte contre l'onchocercose, constitue un exemple patent à cet égard.

6. La Région africaine a fait des progrès dans la promotion et le renforcement de l'engagement communautaire en faveur du développement sanitaire.¹⁰ Toutefois, les rapports entre les communautés et le système formel de soins de santé restent encore très limités. Il est nécessaire de promouvoir et de protéger l'appropriation et la participation communautaires pour permettre aux communautés de bénéficier des progrès réalisés à travers le monde dans le domaine des technologies médicales. Les communautés doivent contribuer à assurer la couverture universelle, l'intégralité et la continuité de services de santé centrés sur les populations, afin d'améliorer les résultats dans le domaine de la santé, notamment dans le cadre des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) liés à la santé.

7. Les progrès vers l'atteinte des objectifs du Millénaire pour le développement sont plus lents que prévu. Six pays seulement (Algérie, Cap-Vert, Érythrée, Malawi, Maurice et Seychelles) sont en bonne voie pour atteindre l'OMD 4.¹¹ Alors que le taux moyen annuel de réduction nécessaire pour atteindre l'OMD 5 dans la Région est d'au moins 5,5 %, ce taux ne s'établissait qu'à 0,1 % par an entre 1990 et 2005.¹² La prévalence des maladies non transmissibles comme le cancer et les maladies cardiovasculaires, ainsi que des accidents de la route, est aussi en hausse.¹³

8. Le présent document fait ressortir les enjeux et les défis tels qu'ils se présentent, et propose des mesures pour améliorer la prestation de services de santé et promouvoir l'implication des communautés.

ENJEUX ET DÉFIS

9. Les districts sont des centres de coordination et de gestion de la planification, de la mise en oeuvre, du suivi et de l'évaluation des politiques de l'administration centrale. Ces actions nécessitent une équipe de gestion de la santé de district compétente en matière de direction et de gouvernance. Toutefois, dans la plupart des pays de la Région africaine, les équipes compétentes au niveau du district sont rares. Il n'existe pas de systèmes formels de développement des compétences en matière de direction et de gouvernance, ou de renforcement des capacités des membres des équipes de gestion au niveau du district, des points de vue quantitatif et qualitatif.

⁸ www.sustainablemeasures.com/Training/.../Cmmunty.html, accessed on 18/02/2010. Copyright © 1998 Maureen Hart. All rights reserved.

⁹ OMS, Santé communautaire dans la Région africaine. Dans *Travaux de la Conférence internationale organisée conjointement par l'ONUSIDA, l'UNESCO, la Banque mondiale et l'OMS sur la Santé communautaire*, Addis Abeba, 20–22 novembre 2006.

¹⁰ OMS, Déclaration d'Addis Abeba sur la Santé communautaire dans la Région africaine, Brazzaville, Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Afrique, 2006.

¹¹ OMS, Vers l'atteinte des objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé: Rapport de situation et perspectives, Brazzaville, Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Afrique, 2009 (AFR/RC59/3).

¹² Nations Unies, Objectifs du Millénaire pour le développement: Rapport 2007, New York, Organisation des Nations Unies, 2007.

¹³ OMS. Rapport sur la santé dans le monde 2008 – Les soins de santé primaires: maintenant plus que jamais, 2008.

10. Dans la Région africaine, la couverture des interventions de santé essentielles est inéquitable et pas universellement accessible. Moins de 50 % des personnes souffrant de maladies courantes reçoivent le traitement nécessaire. Par exemple, 38 % seulement de personnes atteintes de pneumonie et de diarrhée sont effectivement traitées. En outre, 40 % seulement des personnes souffrant du paludisme sont traitées et, en moyenne, 3 % seulement d'entre elles utilisent les associations thérapeutiques à base d'artémisinine, les taux d'utilisation variant de moins de 1 % à 13 %.¹⁴ De même, 29,5 % de mères allaitent leurs bébés exclusivement au sein au cours des six premiers mois.¹⁵ Par ailleurs, l'affectation des ressources privilégie les services curatifs, dont le coût est élevé, négligeant la prévention primaire et la promotion de la santé, qui pourraient pourtant contribuer à prévenir jusqu'à 70 % de la charge de la maladie.¹⁶ Cette tendance s'explique par l'inefficacité des mécanismes de définition des priorités, le faible degré d'intégration, et l'absence d'harmonisation et d'alignement sur un même plan national de développement sanitaire.

11. Les services de santé devraient être centrés sur les populations, c'est-à-dire basés, de façon globale, sur les besoins de santé des individus, notamment les problèmes physiques, émotionnels et sociaux, au-delà même des catégories de maladies. Les services de santé doivent être intégrés et couvrir la promotion de la santé, la prévention, le diagnostic, le traitement, l'orientation/recours, les soins à long terme, et l'action sociale. Ils doivent aussi être continus, avec une prise en charge cohérente, jusqu'à ce que le problème soit résolu ou que le facteur de risque ait disparu.¹⁷ Dans la plupart des districts, les services de santé ne sont encore ni centrés sur les individus, ni continus, ni intégrés. Le concept de soins de santé primaires, en tant que mécanisme de coordination des services de santé offerts à des communautés bien précises, n'est pas institutionnalisé dans les districts. La décentralisation des ressources financières et des autres ressources que doit gérer une équipe de soins de santé primaires à ce niveau n'est pas encore une réalité.

12. L'organisation de la prestation de services de santé nécessite des efforts ciblés et coordonnés. Dans la plupart des pays de la Région, les services de santé, y compris les systèmes d'orientation/recours, ne sont pas organisés de manière à assurer le continuum de soins, l'utilisation efficace des ressources ou la diminution des visites à l'hôpital. La coordination reste insuffisante pour le continuum de soins pour le dépistage du VIH et les conseils; la prévention de la transmission mère-enfant du VIH; les interventions supplémentaires en laboratoire nécessaires pour le VIH; et le traitement antirétroviral. Cette faible coordination rend difficile l'amélioration, en quantité et en qualité, de la supervision intégrée, même entre services connexes.

13. Selon les estimations, 63 % de pays touchés par la crise des ressources humaines pour la santé à travers le monde se trouvent dans la Région africaine.¹⁸ La Région africaine, qui supporte pourtant 24 % de la charge totale des maladies à l'échelle mondiale, n'utilise que 2,3% de tous les personnels de santé du monde.¹⁹ L'augmentation de la production des agents de santé est d'un niveau insuffisant, et les mesures visant à encourager le recrutement, la fidélisation, le perfectionnement et le déploiement approprié et équitable des personnels pour compenser les effets de la crise des ressources humaines pour la santé sont inadéquates.

¹⁴ UNICEF, Compte à rebours vers 2015: suivi des progrès dans la survie de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, New York, Fonds des Nations Unies pour l'Enfance, 2008.

¹⁵ OMS, Statistiques sanitaires mondiales 2009, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2009.

¹⁶ OMS, Rapport sur la santé dans le monde 2008 – Les soins de santé primaires: maintenant plus que jamais, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2008.

¹⁷ OMS, Rapport sur la santé dans le monde 2008 – Les soins de santé primaires: maintenant plus que jamais, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2008.

¹⁸ OMS, Rapport sur la santé dans le monde 2006 – Travailler ensemble pour la santé, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2006.

¹⁹ OMS, Rapport sur la santé dans le monde 2006 – Travailler ensemble pour la santé, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2006.

14. Pour parvenir à la couverture universelle des services de santé essentiels, il convient de préfinancer la santé afin d'éliminer les barrières à l'accès aux services, d'assurer la protection sociale, d'identifier les inégalités et d'atteindre les populations non desservies.²⁰ Bon nombre de pays doivent encore institutionnaliser de solides systèmes de prépaiement qui élimineraient l'appauvrissement des familles dû aux frais à déboursés par les usagers aux points de service.

15. Les infrastructures sanitaires, les médicaments et les technologies sanitaires sont essentiels pour la fourniture de services de santé intégrés et de bonne qualité. L'enjeu consiste à mettre en place et à gérer un système efficace d'approvisionnement, un système de distribution équitable, et une utilisation rationnelle des infrastructures sanitaires, médicaments et autres technologies sanitaires, afin d'améliorer la qualité des services offerts au niveau du district et aux niveaux inférieurs.

16. Au niveau du district, il est très important d'évaluer les progrès réalisés vers l'atteinte des OMD et des autres objectifs nationaux et internationaux. Les méthodes d'évaluation utilisées en ce moment pour ces objectifs sont surtout rétrospectives, d'où un décalage ne permettant pas aux districts de prendre les mesures correctives nécessaires en vue d'une amélioration de la situation. Par exemple, le rapport de 2008 sur le compte à rebours vers l'atteinte des OMD d'ici 2015 s'est basé sur les données de 2005 pour ce qui est de la mortalité maternelle.²¹ Par ailleurs, les mécanismes de renforcement des modes de gestion des informations sanitaires sont inadéquats, si bien que les districts n'arrivent pas, au cours du premier mois de mise en œuvre, à évaluer les progrès accomplis dans la réalisation des objectifs annuels ou à plus long terme. En outre, la collecte et l'analyse des données sont inadéquates et ne permettent donc pas de prendre à temps des décisions efficaces.

17. Le succès de la prestation de services et l'amélioration des systèmes de santé de district se mesurent à l'aune de l'état de santé des communautés dans le district. Les communautés jouent un double rôle: veiller à ce que leurs besoins de santé soient satisfaits par les autorités locales, et contribuer efficacement au développement sanitaire, en adoptant un mode de vie responsable privilégiant les valeurs de la vie de famille afin de promouvoir la santé et de prévenir les maladies. Beaucoup de communautés ne vivent pas dans des milieux favorables à la santé; d'autres communautés sont essentiellement des partenaires passifs au développement sanitaire, dans la mesure où elles sont déconnectées des programmes nationaux de développement.

18. La performance des districts est bonne lorsqu'une pleine décentralisation est mise en œuvre sous forme de dévolution des pouvoirs et responsabilités. Toutefois, dans bon nombre de pays, les districts ne jouissent pas d'une pleine autonomie financière et il ne leur incombe pas la responsabilité du recrutement et du perfectionnement du personnel. En outre, les conditions techniques, politiques et administratives requises ne sont pas réunies au niveau où les pouvoirs doivent être transférés.²² La décentralisation a donc des avantages minimaux au niveau du district, par exemple : la planification et l'organisation participatives; la communication efficace avec les communautés; la gestion et la coordination efficaces des programmes et services à tous les niveaux; une collaboration intersectorielle suffisante, en particulier avec les secteurs de l'agriculture, de l'éducation, de l'approvisionnement en eau, et de l'élimination des déchets; et

²⁰ OMS, Rapport sur la santé dans le monde 2008 – Les soins de santé primaires : maintenant plus que jamais, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2008.

²¹ UNICEF, Compte à rebours vers 2015: suivi des progrès dans la survie de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, New York, Fonds des Nations Unies pour l'Enfance, 2008.

²² Gorgen Helmit et al. The District Health Systems – Experiences and prospects in Africa, Manuel for Public Health Practitioners, Deutsche Gesellschaft für, Postfach 5180.65726 Eschborn, Germany, 2004, page 43.

l'amélioration des services en termes de pertinence, de qualité, de disponibilité et d'acceptation de la part des usagers.

MESURES PROPOSÉES

19. Toutes les mesures proposées sont à mettre en œuvre au niveau du district, sous la conduite et avec l'appui de l'administration centrale. Chaque communauté devrait être un partenaire solide dans la conception, la planification, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation de ces mesures.

20. **Renforcer le leadership des équipes de gestion de la santé au niveau du district :** Il convient de faire en sorte que les systèmes de santé de district soient dotés d'équipes de gestion de la santé techniquement compétentes pour assurer l'administration, au niveau du district, des bureaux chargés de la santé, des hôpitaux, des centres de santé, des postes de santé et des communautés. Les équipes de gestion de la santé dans le district devraient se distinguer de manière exceptionnelle dans la prestation de services, le financement de la santé, l'information, les technologies sanitaires et la gestion des ressources humaines pour la santé. Elles devraient se perfectionner dans le cadre de programmes formels et durables de renforcement des capacités.

21. **Mettre en œuvre un paquet complet de services de santé essentiels :** Le paquet complet de services de santé devrait être basé sur les besoins sanitaires des populations et les barrières à l'amélioration équitable de l'accès aux services et aux ressources disponibles. Ce paquet devrait être considéré comme le minimum pouvant être offert au cours d'une période déterminée. Il est nécessaire de tenir compte des capacités complémentaires des différents niveaux de soins, et de l'équilibre requis entre services de promotion, services préventifs, services curatifs, et services de réadaptation.

22. **Améliorer l'organisation et la gestion de la prestation de services de santé :** Afin de garantir la disponibilité, la qualité et le continuum de soins, et de réduire la fréquence des visites des malades aux hôpitaux, il est nécessaire de recourir à des modèles efficaces de prestation de services favorisant des systèmes d'orientation/recours efficaces et l'intégration des services, à l'exemple de la Prise en Charge intégrée des Maladies de l'Enfant. Il convient d'améliorer, des points de vue qualitatifs et quantitatifs, la supervision intégrée pour continuer à fournir des soins de santé de qualité.

23. **Institutionnaliser le concept de soins de santé primaires comme mécanisme central de coordination:** Des services de santé intégrés et continus, centrés sur les populations, ont besoin d'un mécanisme central de coordination à proximité d'une communauté bien déterminée. Un tel mécanisme central comprendrait une équipe de soins de santé primaires chargée de répondre à tous les besoins sanitaires de la communauté, y compris les services d'orientation/recours. La décentralisation des ressources financières et autres en faveur de ce mécanisme central est un préalable dans le cadre de l'obligation des résultats, ainsi que de l'affectation et de l'utilisation efficaces des ressources.²³

24. **Améliorer l'adéquation des ressources humaines pour la santé et adopter une approche axée sur l'équipe dans l'évaluation des performances :** Il convient d'investir dans la production, le recrutement et la fidélisation des ressources humaines pour la santé, et d'utiliser des critères précis pour répartir équitablement les personnels entre les formations sanitaires publiques, privées et non gouvernementales, selon les nécessités de service. L'approche axée sur l'équipe pour l'évaluation des performances devrait être l'un des moyens de motiver les personnels et d'améliorer leurs compétences, leur réceptivité et leur productivité. L'élaboration et

²³ OMS, Rapport sur la santé dans le monde 2008 – Les soins de santé primaires : maintenant plus que jamais, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2008.

l'utilisation d'algorithmes, ainsi que l'encadrement et la supervision des ressources humaines pour la santé devraient être favorisés et devraient être guidés par un cadre réglementaire solide, qui garantisse le respect des normes et standards en matière de ressources humaines pour la santé, la bonne qualité et le continuum des services.

25. Mettre en place des mécanismes de prépaiement comme l'assurance sociale maladie et le financement des soins de santé par l'impôt : Pour garantir la couverture universelle, il convient d'éliminer l'appauvrissement dû au système des frais excessifs déboursés par les usagers aux points de service, grâce à l'institutionnalisation des mécanismes de prépaiement. Les fonds devraient être mis en commun, quelle qu'en soit l'origine. Les compétences du personnel en matière de gestion financière devraient être renforcées par la promotion de la transparence, de la justification de l'emploi des fonds et de l'exactitude des chiffres.

26. Renforcer les processus d'achat, d'approvisionnement et de distribution, et réduire au minimum le gaspillage des produits : Les pays devraient utiliser des procédures transparentes pour les achats en vue d'optimiser les ressources. Il convient d'institutionnaliser les inventaires réguliers et d'améliorer les procédures de gestion des approvisionnements, afin d'assurer la disponibilité continue des produits médicaux essentiels, ainsi que l'utilisation rationnelle des médicaments essentiels, des produits et des équipements, et d'investir dans le développement et la maintenance des infrastructures.

27. Clarifier les responsabilités du district dans la réalisation des objectifs nationaux et internationaux, et des objectifs du Millénaire pour le développement : Les objectifs nationaux annuels devraient être présentés mensuellement dans chaque district et dans chaque communauté, en tenant compte du bassin démographique. Cette mesure est particulièrement utile pour évaluer les progrès au cours du premier mois de mise en œuvre, et prendre des mesures correctives à temps. En outre, la collecte et l'analyse des données devraient être améliorées pour institutionnaliser la prise de décisions fondée sur des bases factuelles.

28. Donner aux communautés (notamment aux femmes, aux personnes âgées, aux enfants et aux autres couches défavorisées) les moyens de prendre elles-mêmes les mesures appropriées pour la promotion de leur propre santé : En tant que partenaires privilégiés dans le domaine de la santé, les communautés devraient être associées à la planification, à l'organisation, à la gestion et à la prestation des services de santé. Elles devraient inciter les pouvoirs publics à offrir des services de santé de meilleure qualité, ainsi que les informations et les compétences nécessaires dans le domaine de la santé. Les interventions à base communautaire devraient être mises en œuvre essentiellement aux niveaux de la famille et des individus.

29. Créer un environnement favorable à la dévolution des responsabilités du secteur de la santé aux districts : L'assemblée locale et les «districts de santé» devraient disposer de capacités suffisantes pour veiller au transfert harmonieux des responsabilités du niveau central vers les districts, de façon à ce que ceux-ci atteignent leur pleine autonomie financière et assument la responsabilité du recrutement et du perfectionnement du personnel. Les processus politiques et administratifs devraient être renforcés pour garantir l'institutionnalisation effective de la planification et de l'organisation participatives; la communication efficace avec les communautés; la gestion et la coordination efficaces des programmes, des services et des partenaires, y compris le secteur privé, à tous les niveaux; et la coordination de la collaboration intersectorielle, en particulier avec les secteurs de l'agriculture, de l'éducation, de l'approvisionnement en eau, et de l'élimination des déchets.

30. Le Comité régional est invité à examiner le présent document et à approuver les mesures proposées.