



**Comité régional de la  
Méditerranée orientale**

EM/RC53/Tech.Disc.1  
Août 2006

**Cinquante-troisième session**

Original: arabe

**Point 7 a) de l'ordre du jour**

## **Discussions techniques**

### **Le rôle du gouvernement dans le développement sanitaire**

Les gouvernements jouent un rôle important dans le développement sanitaire. Les changements spectaculaires au cours des quatre dernières décennies du XX<sup>e</sup> siècle ont eu une influence considérable et ont entraîné le repositionnement du rôle du gouvernement dans la santé et d'autres secteurs sociaux. Lorsque le marché ne répond pas correctement aux besoins sanitaires des populations, les gouvernements doivent intervenir pour améliorer l'équité et l'efficacité, assumer les fonctions de santé publique et produire des biens publics indispensables qui ont une incidence sur le développement sanitaire. Le Comité régional est invité à examiner des moyens pour renforcer les fonctions des systèmes de santé avec un accent particulier sur la gouvernance, le financement et la prestation de services afin de protéger le rôle social du gouvernement dans le développement sanitaire.

## Sommaire

Résumé d'orientation .....	3
1. Introduction .....	1
2. Évolution du rôle des gouvernements dans le développement sanitaire.....	2
3. Domaines du rôle du gouvernement dans le développement sanitaire.....	4
4. Principaux problèmes rencontrés par les gouvernements dans le développement sanitaire.....	8
5. Évolution du rôle gouvernement dans le développement sanitaire dans la Région de la Méditerranée orientale .....	9
6. Voie à suivre .....	10
7. Conclusions .....	11
8. Recommandations.....	12
Références.....	13

## Résumé d'orientation

Les gouvernements, par le biais des ministères de la Santé et autres ministères et institutions connexes, jouent un rôle important dans le développement sanitaire, en renforçant les systèmes de santé et en produisant des ressources humaines, financières et autres. Cela permet aux systèmes de santé d'atteindre leurs objectifs : améliorer la santé, réduire les inégalités sanitaires, garantir l'équité dans le financement des soins de santé et répondre aux besoins des populations. Le rôle du gouvernement dans le développement sanitaire est bien établi dans le monde et il est illustré par la croissance impressionnante des systèmes de santé, amorcée et développée par les gouvernements, et assurée par un partenariat avec le secteur privé, les organisations non gouvernementales et les œuvres charitables.

Les changements spectaculaires et les problèmes survenus au cours des quatre dernières décennies du XX<sup>e</sup> siècle ont eu une influence considérable et ont entraîné le repositionnement du rôle du gouvernement dans la santé et d'autres secteurs sociaux. Toutefois, le secteur de la santé diffère des autres secteurs, car, pour diverses raisons, le marché ne répond pas correctement aux besoins sanitaires des populations, laissant aux gouvernements des responsabilités particulières dans le développement sanitaire. Face à l'échec du marché, les gouvernements doivent intervenir pour améliorer l'équité et l'efficacité, assumer des fonctions de santé publique importantes et produire des biens publics indispensables qui ont beaucoup d'incidence sur le développement sanitaire. En outre, dans la Région et ailleurs, la santé n'est pas perçue comme un simple bien marchand, mais comme un besoin humain fondamental et un droit social, comme le stipulent un grand nombre de constitutions et traités ratifiés. Cet engagement comporte des rôles et devoirs importants pour les gouvernements, malgré des environnements politiques et sociaux variables.

Les gouvernements dans la Région de la Méditerranée orientale reçoivent des messages contradictoires quant à leurs rôles et responsabilités variables dans le domaine de la santé, notamment par rapport aux politiques de privatisation et à l'évolution vers une économie de marché. Cet article donne des éclaircissements sur le rôle du gouvernement dans le développement sanitaire et tire des leçons sur la nécessité de protéger ce rôle étant donné la hausse de la vulnérabilité dans de nombreux pays de la région. Les réformes politiques doivent viser à s'adapter à de nouveaux changements et problèmes sans éroder le rôle social du gouvernement en gardant à l'esprit les valeurs sociales ainsi que les engagements et obligations au niveau national, régional et international. Des efforts sont nécessaires pour renforcer diverses fonctions du système de santé avec un accent particulier sur la gouvernance, le financement et la prestation de services.



## 1. Introduction

Les gouvernements, par le biais des ministères de la Santé et autres ministères et institutions connexes, jouent un rôle important dans le développement sanitaire, en renforçant les systèmes de santé et en produisant des ressources humaines, financières et autres. Cela permet aux systèmes de santé d'atteindre leurs objectifs : améliorer la santé, réduire les inégalités sanitaires, garantir l'équité dans le financement des soins de santé et répondre aux besoins des populations [1]. Les meilleurs résultats sanitaires ne sont pas attribuables uniquement aux systèmes de santé, comme l'ont montré les informations disponibles, mais également aux déterminants sociaux, économiques, culturels et environnementaux, comme le reflète le cadre conceptuel de l'OMS de la Santé pour tous [2].

Le rôle du gouvernement dans le développement sanitaire est bien établi dans le monde et il est illustré par la croissance impressionnante des systèmes de santé, amorcée et développée par les gouvernements, et assurée par un partenariat avec le secteur privé, les organisations non gouvernementales et les œuvres charitables. Les gouvernements, qui prélèvent des impôts et exploitent les ressources naturelles, ont pour obligation sociale de garantir la sécurité et de faciliter le développement socio-économique, y compris l'éducation et le développement sanitaire.

Les changements spectaculaires et les problèmes survenus au cours des quatre dernières décennies du XX<sup>e</sup> siècle ont eu une influence considérable et ont entraîné le repositionnement du rôle du gouvernement dans la santé et d'autres secteurs sociaux. L'évolution vers la démocratie, la décentralisation et un rôle plus actif de la société civile dans la gouvernance, ainsi qu'une importance croissante du secteur privé dans le développement socio-économique, se sont accompagnées de changements politiques reflétant plus de privatisation, un rôle plus limité du gouvernement dans l'élaboration de politiques, la planification stratégique et la gestion, et un plus grand recours au marché.

Toutefois, le secteur de la santé diffère des autres secteurs, car, pour diverses raisons, le marché ne répond pas correctement aux besoins sanitaires des populations, laissant aux gouvernements des responsabilités particulières dans le développement sanitaire. Face à l'échec du marché, les gouvernements doivent intervenir pour améliorer l'équité et l'efficacité, assumer des fonctions de santé publique importantes et produire des biens publics indispensables qui ont beaucoup d'incidence sur le développement sanitaire.

En outre, dans la Région et ailleurs, la santé n'est pas perçue comme un simple bien marchand, mais comme un besoin humain fondamental et un droit social, comme le stipulent un grand nombre de constitutions et traités ratifiés. Cet engagement comporte des rôles et devoirs importants pour les gouvernements, malgré des environnements politiques et sociaux variables.

Les gouvernements dans la Région de la Méditerranée orientale reçoivent des messages contradictoires quant à leurs rôles et responsabilités variables dans le domaine de la santé. D'un côté, les politiques d'économie de marché favorisent une intervention limitée du gouvernement à la fois dans le financement des soins de santé et la prestation de services. D'un autre côté, certains éléments indiquent que la pauvreté augmente dans la Région, la couverture par la protection sociale ne s'améliore pas et les inégalités face à l'accès aux soins de santé augmentent. Dans cette situation, les gouvernements doivent avoir un rôle plus préventif dans divers domaines, dont la gouvernance, le financement et la prestation de services afin de protéger l'équité et d'autres valeurs sociales.

Ce document de discussion a pour but de donner des éclaircissements sur l'évolution du rôle et de la responsabilité des gouvernements dans le développement sanitaire et met en évidence les problèmes rencontrés dans le monde et dans la Région. Il décrit les principales tendances qui se dessinent dans la Région de la Méditerranée orientale de l'OMS par rapport au rôle du gouvernement dans le développement sanitaire et propose quelques orientations pour l'avenir.

## 2. Évolution du rôle des gouvernements dans le développement sanitaire

Tout au long de l'histoire, les êtres humains et les communautés se sont toujours efforcés de répondre à leurs besoins sanitaires en ayant recours aux médicaments locaux et au savoir des guérisseurs, que ce soit à domicile ou dans de petits locaux. Les chefs religieux ont également joué un rôle important dans la prestation de soins de santé, l'art de la guérison étant souvent étroitement lié à la croyance religieuse. Dans l'Égypte antique, le médecin était un prêtre [3]. En Europe, les hôpitaux et les établissements de santé étaient souvent construits par les églises et les œuvres charitables et certains d'entre eux portent encore le nom de prêtres et d'érudits religieux. Dans l'ancienne société islamique, les chefs religieux créaient des établissements de soins et des hôpitaux, y compris des *bimaristans*, parrainaient des médecins célèbres et ouvraient des écoles de médecine pour former les professionnels de la santé. Les organisations locales, les établissements religieux et les fondations contribuaient au développement de services de santé organisés pendant la période coloniale, quand la couverture par le système de santé moderne était limitée aux dirigeants et à l'élite locale privilégiée dans les grandes villes. Ces services sont encore fournis dans certains pays pour compléter les établissements gouvernementaux défaillants, et se concentrent sur les populations pauvres et défavorisées, en particulier dans les logements insalubres et les zones isolées.

La nécessité d'entraide en cas de maladie ou d'accident fut à l'origine de la création de l'assurance santé en Europe et dans d'autres parties du monde [4]. Les ouvriers d'usine ont créé les premières caisses d'assurance maladie qui plus tard sont devenues l'assurance maladie sous Bismarck en Allemagne, tandis qu'au Royaume-Uni, après la seconde guerre mondiale, Lord Beveridge préconisait l'assurance maladie financée par l'impôt. En France, l'entraide et les sociétés mutuelles ont évolué tout au long du XIX<sup>e</sup> et du XX<sup>e</sup> siècle en un système d'assistance sociale qui, parce qu'il était volontaire, ne couvrait qu'une population limitée [5]. Le Rapport Beveridge a influencé le développement d'un système complet de sécurité sociale en France et dans de nombreux pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) après la seconde guerre mondiale. Dans les pays à faible revenu, où le secteur officiel de l'économie est faible et la couverture du gouvernement est généralement limitée, des programmes d'assurance santé communautaires ont été, et sont encore mis en place pour fournir une protection sociale. Les caisses d'assurance maladie ont été développées pour aider les travailleurs à faire face aux conséquences sociales de la maladie ou d'un accident pour eux-mêmes et leur famille et pour éviter des dépenses catastrophiques dues à une mauvaise santé. Les efforts des individus et des communautés pour garantir l'accès aux services de santé aujourd'hui, comme autrefois, se justifient par la nature imprévisible des maladies et des accidents et leur impact sur la vie et le bien-être.

L'évolution des systèmes de santé modernes après la seconde guerre mondiale a été facilitée par des progrès spectaculaires en matière de technologie biomédicale et d'importantes découvertes, comme les antibiotiques et d'autres systèmes. En France, le gouvernement a pris le contrôle des hôpitaux religieux, dont la gestion a été confiée à des autorités locales dans le cadre de la politique de séparation de l'État et de l'Église [3]. Les gouvernements nationaux ont joué un rôle crucial dans le développement des systèmes de santé, dans le cadre des fonctions souveraines dont la gouvernance, l'infrastructure des systèmes de santé et la formation de la main-d'œuvre nécessaire dans tous les domaines de la médecine et de la santé publique. Dans la plupart des pays de l'OCDE, à l'exception des États-Unis d'Amérique, les gouvernements ont mis en place des écoles de médecine et des grands hôpitaux et la formation du personnel de santé était, et reste, en grande partie subventionnée par les gouvernements, qu'ils soient centraux ou locaux. Cette situation transparait également dans la structure des dépenses de santé dans les pays à revenu élevé, où 70 % ou plus des dépenses de santé viennent de sources de financement publiques. La proportion élevée de financement social et de soins de santé publics s'explique par le niveau de protection sociale qui dans de nombreux pays, à l'exception des États-Unis d'Amérique, est presque universel.

L'adoption d'une économie de marché dans de nombreuses économies développées et en développement n'a pas coïncidé avec un désengagement des gouvernements de leurs responsabilités sociales dans le développement sanitaire. En fait, le rôle du développement sanitaire dans la formation du capital social et la protection de la santé comme un droit humain est admis dans le monde.

Après la première guerre mondiale, les courants politiques mondiaux ont soutenu la tendance vers la notion de santé en tant que droit de l'être humain. Le Traité de Versailles a donné naissance en 1919 à l'Organisation internationale du Travail (OIT) [3] fondée sur le principe de la « paix par la justice sociale » et qui préconise la sécurité sociale contre les différents dangers, dont la maladie et les accidents.

Les Nations Unies ont adopté leur Déclaration Universelle des Droits de l'Homme en 1948, qui stipule que « toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires ; elle a le droit à la sécurité en cas de chômage, de maladie, d'invalidité, de veuvage, de vieillesse ou dans les autres cas de perte de ses moyens de subsistance par suite de circonstances indépendantes de sa volonté ».

La Constitution de l'OMS, adoptée lors de la première Assemblée mondiale de la Santé en 1948, a établi comme objectif « d'amener tous les peuples au niveau de santé le plus élevé possible » et stipule que « les gouvernements ont la responsabilité de la santé de leurs peuples ; ils ne peuvent y faire face qu'en prenant les mesures sanitaires et sociales appropriées ».

En 1968, la proclamation de Téhéran prévoyait la protection de la famille et des enfants. En 1974, la Déclaration universelle pour l'éradication de la faim et de la malnutrition appelait à l'élimination partout dans le monde de la faim et de la malnutrition. En 1975, la Déclaration des droits des personnes handicapées affirmait le droit de ces personnes à une réadaptation complète. En 1975, la Déclaration d'Alma-Ata [6] affirmait que « la santé est...un droit fondamental de l'être humain » et que « l'un des principaux objectifs sociaux des gouvernements, des organisations internationales et de la communauté internationale tout entière au cours des prochaines décennies doit être de donner à tous les peuples du monde, d'ici l'an 2000, un niveau de santé qui leur permette de mener une vie socialement et économiquement productive ».

Ces principes universels ont été soutenus par le Haut Commissaire des Nations Unies aux droits de l'homme à de nombreuses occasions. Selon l'ancien Haut Commissaire Mary Robinson (1997-2002), un monde de réelle sécurité n'est possible que lorsque tous les droits – civils et politiques, économiques, sociaux et culturels – sont garantis pour tous, et les gouvernements du Nord et du Sud doivent élargir leurs raisonnements et leurs politiques afin que leur notion de sécurité aille au-delà de la sécurité des États. Toutes ces déclarations et traités ont eu une influence sur le rôle du gouvernement dans le domaine du développement sanitaire et ont permis de modeler les systèmes de santé, en particulier au niveau de l'élaboration des politiques où les engagements politiques pris aux niveaux national, régional et international sont ajustés.

La situation en ce qui concerne le rôle du gouvernement dans les économies développées est similaire sous de nombreux aspects à celle des pays en développement, en particulier dans la Région de la Méditerranée orientale. Dans de nombreux pays qui étaient autrefois dirigés par des puissances coloniales, la colonisation a eu une influence sur le développement des systèmes de santé et sur le développement sanitaire dans différents aspects, notamment l'organisation de la prestation de services et la formation des ressources humaines pour la santé.

Dans la Région de la Méditerranée orientale, les professionnels de la santé étaient, et sont encore, formés dans des langues différentes, dont l'anglais, le français et l'italien, ce qui a une incidence sur la communication entre les prestataires de soins de santé et les populations servies. Les réseaux d'hôpitaux et d'établissements de santé étaient conçus principalement pour répondre aux besoins des militaires et des fonctionnaires civils des pays coloniaux. Dans certains pays, des hôpitaux étaient créés pour diverses communautés, dont les Français et les Italiens, et pour les musulmans locaux, avec des normes différentes en matière d'équipement biomédical et de personnel. Dans certains pays, les systèmes d'assurance étaient des copies de ceux des dirigeants coloniaux, dans le domaine de l'assurance sociale et de l'assurance privée.

À la veille de l'indépendance, la situation dans la plupart des pays de la Région se caractérisait par de mauvais indicateurs de santé et une pénurie aiguë de ressources humaines pour la santé aggravée par le

départ des professionnels étrangers qualifiés. De ce fait, les systèmes de santé nationaux étaient très dépendants des anciennes puissances coloniales dans le domaine de la formation du personnel de santé et le développement des ressources humaines. Le manque de ressources humaines pour la santé était et reste aggravé par des déséquilibres dans les combinaisons de compétences, une répartition inéquitable à l'intérieur des pays et une migration interne et externe des professionnels.

Le véritable développement du système de santé dans la Région a débuté à la fin des années 1950 et 1960 sous l'impulsion des gouvernements nationaux. Ce développement a été rendu possible par la mise en place de programmes nationaux de développement social et économique qui faisaient de la santé l'une des priorités. De nombreuses constitutions considéraient les soins de santé et la formation comme des droits de l'être humain et les gouvernements étaient chargés de veiller à ce qu'ils soient fournis gratuitement. La plupart des pays ont adopté un système de santé basé sur les impôts où la majeure partie des financements provenait du budget national et les services de santé étaient gratuits au point d'utilisation. Cette situation a permis d'augmenter la couverture par les soins de santé, ce qui a provoqué de meilleurs résultats sanitaires tel que reflété dans l'augmentation de l'espérance de vie et la réduction globale de la morbidité et de la mortalité. Les gouvernements ont contribué au développement de la protection sociale pour différentes catégories de travailleurs, en s'appuyant sur les programmes existants d'assurance financée par les employeurs et en étendant peu à peu leur couverture.

L'engagement national se reflète également dans les politiques en matière d'éducation visant à garantir l'autosuffisance dans le développement des ressources humaines. Des investissements importants ont été faits pour créer des écoles de médecine, des écoles de pharmacie et des écoles d'infirmières et de personnel paramédical dans toute la Région. Il va sans dire que l'analyse des données de séries chronologiques a révélé une corrélation positive entre l'augmentation des ressources humaines pour la santé et l'amélioration des résultats sanitaires. Les établissements de formation ont également été utilisés pour soutenir les activités de recherche dans les divers domaines de la santé, renforcer les normes de santé publiques et lutter contre les maladies endémiques qui étaient répandues dans la plupart des pays de la Région.

La plupart des investissements dans l'infrastructure du système de santé, notamment le personnel de santé et les locaux, restent à la charge des gouvernements. Le nombre d'écoles de médecine dans la Région de la Méditerranée orientale est passé de 18 en 1950 à 252 fin 2005 [7], la plupart ayant été construite par les gouvernements. Toutefois, depuis les années 1980, dans la plupart des pays de la Région, on observe une augmentation régulière de la formation privée des ressources humaines et de l'investissement privé dans les établissements de santé.

L'essor du secteur privé dans les prestations de services et la formation du personnel de santé a été rendu possible par l'implication directe et indirecte des gouvernements. Les gouvernements ont pris des mesures d'incitation pour les investisseurs privés dans plusieurs pays sous la forme de crédits d'impôts et autres facilités. Les ministères de la Santé et de l'Enseignement supérieur ont établi un soutien législatif, des normes et des critères afin d'améliorer la réglementation du développement du secteur privé.

### **3. Domaines du rôle du gouvernement dans le développement sanitaire**

Les ministères de la Santé sont chargés de diriger le développement sanitaire par la mise en place et l'amélioration des principales fonctions du système de santé [1], notamment direction et gouvernance, financement des soins de santé, prestation des services de santé et création des ressources pour le développement sanitaire, dont les ressources humaines pour la santé et la technologie biomédicale. Les efforts sont coordonnés avec d'autres ministères et départements connexes.

#### *Direction et gouvernance*

Les gouvernements sont les gardiens des engagements sociaux et des valeurs tels que la solidarité, la justice sociale et l'équité, qui sont énoncés dans leurs constitutions, les traités ratifiés et les conventions. Dans de nombreuses constitutions dans le monde, et dans la Région de la Méditerranée

orientale, les droits aux soins de santé et à l'éducation sont clairement indiqués et les gouvernements sont chargés de permettre l'accès à ces services sans obstacles financiers et de veiller à ce que la valeur de la santé en tant que droit fondamental de l'être humain soit protégée [3].

Les ministères de la Santé supervisent le développement global des systèmes de santé en utilisant leur fonction de gouvernance, qui implique l'analyse et la formulation des politiques, la réglementation de la prestation de services entre les partenaires, l'élaboration de normes et critères pour l'assurance qualité et la garantie de l'application des politiques et stratégies adoptées. La fonction de gouvernance est soutenue par un système d'information régulier, complété par des enquêtes basées sur la population et par une législation sanitaire conforme aux valeurs éthiques nationales. Le rôle de gouvernance acquiert une importance considérable étant donné la complexité accrue des systèmes de santé et l'évolution des scénarios épidémiologiques et démographiques. Les ministères de la Santé sont chargés d'évaluer la performance des systèmes de santé en termes d'équité, d'amélioration de la qualité ainsi que d'efficacité et de satisfaction de la population quant aux services de santé. L'OMS a conçu plusieurs outils analytiques pour aider les ministères de la Santé à procéder à des évaluations périodiques des performances et élaborer leurs stratégies basées sur les faits.

La nécessité d'une intervention du gouvernement dans les soins de santé s'explique par la spécificité des services de santé qui ne peuvent être laissés au marché uniquement pour la production et la distribution. Les données montrent que le marché a échoué dans le secteur de la santé pour plusieurs raisons, qui sont entre autres l'asymétrie des informations entre les patients et les prestataires de soins de santé, l'existence de biens publics avec des externalités positives, la sélection adverse et le risque moral. Les patients, qui ne sont pas bien informés sur leurs problèmes de santé, comptent sur les professionnels de santé pour prendre des décisions sanitaires et médicales à leur place. Ils sont mal préparés pour évaluer la pertinence des décisions et actions du médecin et se concentrent sur les aspects environnementaux et interpersonnels des services cliniques, les éléments qu'ils sont le plus capables d'évaluer [8]. Certains services sanitaires importants, appelés biens publics, comme la vaccination de masse, les mesures d'hygiène de l'environnement, l'éducation et la promotion de la santé, la surveillance, la lutte contre les maladies transmissibles aux frontières, etc., ne sont pas rentables pour les prestataires privés et sont principalement fournis par les gouvernements.

La surconsommation de services de santé ou « risque moral » survient quand ces services sont gratuits au point d'utilisation et elle est également due à une surproduction de service par les prestataires quand aucun coût n'est supporté par les patients, en particulier ceux qui sont assurés. Ce comportement entraîne la hausse des coûts des soins de santé et nécessite des stratégies et programmes de limitation des coûts qui sont généralement établis par les gouvernements.

La sélection adverse est pratiquée par les assureurs privés qui ne souhaitent pas affilier les personnes âgées, les personnes souffrant de maladie chronique et certains groupes vulnérables qui ont plus besoin de protection sociale. Les gouvernements interviennent généralement pour compenser la réticence du marché à garantir l'affiliation des groupes les plus vulnérables [8]. De même, étant donné la nature imprévisible des maladies et le risque d'appauvrissement pendant la maladie, les gouvernements sont les principaux acteurs dans le développement de programmes de pré-paiement et d'assurances, qu'ils soient sociaux, privés ou un mélange des deux.

#### *Prestation de services de santé*

Dans la plupart des pays de l'OCDE, si le financement des soins de santé est socialisé, la prestation de services de santé est garantie par les prestataires publics et privés et les organisations non gouvernementales. Le rôle du gouvernement est souvent d'orienter le développement sanitaire global en élaborant des politiques de santé et des programmes, en garantissant les fonctions de santé publique essentielles et en réglementant la prestation des services de santé. Dans la plupart des pays de l'OCDE, les gouvernements fournissent les services de santé, y compris les biens publics comme les services de promotion et de prévention et les soins hospitaliers. Si le rôle des hôpitaux privés dans la prestation de services augmente dans ces pays, les hôpitaux publics restent la référence pour les normes de qualité, les tarifs des services, la formation de professionnels de santé de qualité ainsi que la recherche sanitaire et médicale dans divers aspects.

Les ministères de la Santé se chargent de la protection sanitaire et assument cette responsabilité en mettant en place les fonctions de santé publique fondamentales, y compris les systèmes de surveillance et la prestation de biens publics comme les programmes pour la vaccination de masse, la protection de l'environnement, l'enrichissement des produits alimentaires, la sécurité sanitaire des aliments, etc. La prestation des fonctions fondamentales de santé publique devient compliquée en raison de la mondialisation accrue et de son impact sur les modes de vie changeants, dont les habitudes alimentaires et l'augmentation rapide des voyages internationaux et de la technologie de communication.

Afin d'assumer leur fonction de santé publique et de protéger la santé nationale, les gouvernements, par le biais des ministères de la Santé, doivent distribuer les médicaments et vaccins essentiels et soutenir les réseaux de laboratoires. L'accès à des vaccins de qualité et d'un prix abordable utilisés dans les programmes de vaccination nationaux se heurte à plusieurs problèmes, dont des ressources financières limitées, des systèmes d'approvisionnement inadaptés et un manque d'autorités nationales de réglementation efficaces pour mettre en place des critères de qualité et de sécurité. Les gouvernements doivent prendre des décisions stratégiques en termes d'investissement national pour développer l'autonomie et l'autosuffisance dans la technologie médicale, y compris les médicaments et les vaccins.

Les gouvernements interviennent également dans la prestation de services cliniques aux niveaux primaire, secondaire et tertiaire des systèmes de santé. Ces services sont fournis dans les communautés, les lieux de travail et les établissements publics dont les centres de soins, les réseaux de recherche et les hôpitaux. Dans la plupart des pays, les services de santé sont dispensés aux militaires, aux forces de sécurité et aux personnes qui sont à leur charge dans des endroits spéciaux.

Le rôle du gouvernement dans la prestation de services contribue à augmenter l'équité dans l'accès aux soins de santé, en particulier dans les zones rurales et isolées où les prestataires de santé qualifiés, soucieux de leurs revenus, sont en nombre limité. La prestation directe des services de santé par les gouvernements contribue à réglementer le marché à la fois pour la tarification et la quantité des services.

Les hôpitaux et établissements de santé publics sont des endroits de référence pour la formation des ressources humaines et sont souvent les lieux les plus appropriés pour les activités de recherche dans le domaine de la santé, la santé publique et la médecine. Le développement de la recherche biomédicale et sanitaire dépend entièrement du soutien des institutions publiques pour la conception, le financement, la protection des valeurs éthiques et la surveillance de l'impact des activités de recherche sur les résultats sanitaires.

Les gouvernements sont de plus en plus concernés par la gestion de la combinaison public-privé dans la prestation de services de santé, suite aux nombreuses politiques de privatisation active mises en place dans les systèmes de santé axés vers l'aide sociale et visant à augmenter l'offre de services privés. Les deux dernières décennies du XX<sup>e</sup> siècle ont vu des vagues de politiques de santé et réformes des secteurs destinées à améliorer l'efficacité des systèmes de santé et augmenter l'équité face à l'accès aux soins de santé. Par exemple, des réformes ont été conçues pour introduire la pratique privée dans les hôpitaux publics au Royaume-Uni, en Australie et dans certains pays en développement dans le cadre d'un partenariat public-privé. Des règles axées sur le commerce pour la gestion ont été introduites dans les systèmes de prestation de services dominés par le public dans les pays de l'OCDE et ailleurs. Les principaux partenaires, qui comprennent des associations et syndicats de professionnels, ont des attitudes différentes face à ces réformes, allant d'un soutien actif à une désapprobation totale. Les gouvernements et les chercheurs sont également intéressés par l'évaluation de l'impact des politiques de privatisation dans les systèmes de financement et de prestation de santé.

Aux États-Unis, une étude comparant les hôpitaux à but lucratif aux hôpitaux à but non lucratif a révélé des performances identiques [3]. Au Canada, une vaste étude sur les programmes de vaccination a révélé que les établissements publics présentent des avantages par rapport aux établissements privés en ce qui concerne la transparence, la normalisation des procédures, les pratiques de manipulation des vaccins, l'utilisation des ressources humaines, la gestion des dossiers, les coûts, etc. [3]. En Californie,

à la fin des années 1970, sept administrations locales de comté ont confié leurs hôpitaux publics à une gestion privée dans l'espoir d'améliorer l'efficacité. Après plusieurs années d'essai, cinq des sept « contrats de gestion privée » ont été résiliés étant donné que rien n'indiquait une baisse des frais d'exploitation des unités ou une amélioration de l'efficacité [3].

À Cuba, après la révolution de 1959, la transformation brutale du système de santé, passant d'un système dominé par le secteur privé à un système presque totalement public, associée à une nette augmentation de la prestation de services ainsi qu'une amélioration spectaculaire de l'état de santé des Cubains et de plusieurs déterminants sociaux dont l'alphabétisation, est incontestable [3]. Au Chili, la dictature militaire des années 1970 a réduit l'intervention du gouvernement dans la prestation de services et a encouragé la privatisation des soins de santé, ce qui a eu un impact négatif sur l'accès pour les couches défavorisées de la population, bien que l'espérance de vie pour la population globale n'ait pas diminué.

En 1989, une étude générale de la privatisation des services de santé dans le monde a été publiée [8] et concluait que si le principal objectif de la privatisation était d'élargir le choix individuel, « le luxe d'avoir réellement le choix dans le domaine des soins de santé reste limité à un petit groupe de consommateurs privilégiés dans les sociétés industrialisées ». Elle prédisait que la balance pencherait progressivement vers un renforcement du contrôle de l'État, au fur et à mesure que l'on tirerait des leçons conceptuelles et méthodologiques de la privatisation des services de santé, mais que le moment de ce passage dépendrait de forces politiques plus larges dans un monde agité.

#### *Financement des soins de santé*

Les gouvernements jouent un rôle important dans le financement des soins de santé en mobilisant les ressources nécessaires par le biais des budgets publics et autres mécanismes, en regroupant les ressources attribuées au développement sanitaire, en supervisant le processus d'allocation de ressources et en achetant les services de santé de divers prestataires. Les ministères de la Santé sont chargés de protéger l'accès équitable en améliorant la protection des risques financiers, en réduisant les obstacles financiers à l'accès en particulier pour les pauvres et les populations vulnérables et en garantissant l'équité du financement des soins de santé par tous les groupes de revenus. Le financement des soins de santé devient une fonction importante dans les systèmes de santé en raison de la hausse des inégalités dans et entre les pays en matière d'accès, due aux obstacles financiers et à l'absence de protection sociale adaptée.

#### *Développement des ressources humaines*

Étant donné que les ressources humaines constituent les principaux facteurs et atouts dans les systèmes de santé, les gouvernements doivent concevoir des politiques appropriées pour mettre en place des ressources destinées à répondre aux besoins réels des populations, garantir une combinaison équilibrée des compétences, améliorer l'équité dans la répartition des ressources humaines, les gérer correctement et surveiller et évaluer le personnel de santé national. Les gouvernements établissent des critères nationaux pour la formation du personnel de santé et élaborent des systèmes pour l'accréditation des établissements de formation.

Les politiques et stratégies adaptées pour le développement des ressources humaines dépendent du degré de collaboration entre les ministères de la Santé et les ministères de l'Éducation et autres services connexes. Souvent l'absence de coordination entre les divers partenaires se traduit par une répétition des activités et une production inefficace du personnel de santé.

#### *Promotion du caractère central de la santé dans le développement socio-économique*

Les gouvernements jouent un rôle crucial de sensibilisation sur le rôle central de la santé dans le développement social et économique global. Plusieurs études, dont le rapport de la Commission Macroéconomie et Santé, ont révélé l'interaction entre la santé et le développement économique et ont conclu qu'il était nécessaire de développer la collaboration intersectorielle afin d'exploiter les synergies importantes entre santé et développement.

L'accent mis sur les déterminants sociaux de la santé s'est intensifié après la Déclaration d'Alma-Ata, qui avait pour objectif la santé pour tous à travers les soins de santé primaires, et cet accent a été de nouveau affirmé dans les stratégies des Nations Unies pour un développement socio-économique global après les Sommets mondiaux pour le développement social de 1995 et 2000. Les ministères de la Santé et autres ministères connexes de la Région ont pris des mesures pour améliorer les résultats sanitaires en développant les déterminants sociaux et économiques de la santé, comme l'environnement durable, l'alphabétisation, l'éducation et l'autonomisation des femmes et la réduction de la pauvreté.

#### **4. Principaux problèmes rencontrés par les gouvernements dans le développement sanitaire**

Les changements et problèmes survenus au niveau national, régional et international au cours de la seconde moitié du XX<sup>e</sup> siècle ont eu un impact important sur les systèmes de santé, la vitesse de leur développement et les résultats sanitaires. Dans le domaine politique, la démocratisation avec une participation accrue de la société civile à la gouvernance et l'accent mis sur l'administration locale et décentralisée a eu un effet sur la configuration des systèmes de santé dans le monde et dans la Région. L'élaboration de politiques devient plus active et l'organisation et la gestion des prestations de services de santé sont davantage décentralisées dans les provinces voire les communautés. Cette tendance a été renforcée après la Déclaration d'Alma-Ata.

Le principal problème depuis le début des années 1980 réside dans l'évolution vers des économies de marché et une baisse de l'intérêt pour la planification centrale dans le développement social et économique. De nombreuses économies en développement, sous la pression du Fonds monétaire international et de la Banque mondiale, ont mis en place des réformes macroéconomiques prévoyant un ajustement structurel et des programmes de stabilisation, souvent accompagnées de coupes dans les dépenses publiques pour les secteurs sociaux, dont la santé et l'éducation. Des politiques de partage des coûts ont été mises en place afin de compenser la baisse des budgets publics attribués à la santé. Les réformes macroéconomiques ont entraîné des restrictions dans le recrutement de personnel de santé et le remplacement des départs en retraite dans le cadre de politiques et programmes de réduction de la taille du secteur public. La baisse des dépenses publiques de santé a contribué à une privatisation passive, étant donné que les établissements publics manquaient de plus en plus de médicaments nécessaires et de ressources humaines motivées, incitant les usagers du secteur public qui pouvaient se le permettre financièrement à se tourner vers des prestataires privés.

La plupart des systèmes de santé ont également adopté des politiques de privatisation active en prenant des mesures d'incitation pour les investisseurs privés sous la forme de prêts bonifiés et de crédits d'impôt, en particulier dans les régions pauvres et défavorisées. De nombreux systèmes de santé de la Région ont également pris des mesures d'incitation permettant au personnel de santé public d'exercer une activité privée à l'intérieur et à l'extérieur des établissements publics.

Dans le domaine social, les principaux problèmes se traduisent par l'accroissement de la pauvreté, le creusement des disparités dans et entre les pays et l'augmentation de l'exclusion sociale. Près de 3 milliards de personnes vivent avec moins de USD 2 par jour, malgré la hausse du revenu par habitant dans de nombreux pays en développement. Le rapport de revenu moyen au niveau mondial des 20 % de la population les plus riches par rapport aux 20 % les plus pauvres est de 82 pour 1, contre 30 pour 1 en 1960 [9]. La hausse de la vulnérabilité sociale, économique et environnementale est associée à une détérioration de l'état de santé dans les communautés défavorisées et nécessite un rôle plus préventif des gouvernements.

La mondialisation a également eu un impact sur les systèmes de santé, en particulier sur l'accès aux soins de santé. Le conflit sur l'acquisition du traitement antirétroviral à un prix abordable pour les pauvres atteints du SIDA en Afrique du Sud et autres pays en développement illustre certaines de menaces constituées par la mise en place des accords ADPIC (Aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce). La migration des rares ressources humaines des pays du Sud

va encore affaiblir les systèmes de santé suite à l'AGCS (Accord général sur le commerce des services), comme on l'observe dans certaines régions dont l'Afrique.

## **5. Évolution du rôle du gouvernement dans le développement sanitaire dans la Région de la Méditerranée orientale**

Dans la Région de la Méditerranée orientale, les États Membres se sont engagés à protéger les valeurs d'équité et de justice sociale qu'ils ont réaffirmées en ratifiant la Déclaration d'Alma-Ata et en adoptant l'initiative Santé pour tous pour le XXI<sup>e</sup> siècle, qui souligne l'importance de la santé en tant que droit de l'être humain et dans le contexte de la sécurité humaine [10]. Le développement sanitaire est une des priorités sociales et politiques des États Membres comme l'illustrent les programmes des partis politiques impliqués dans les récentes élections présidentielles et législatives qui ont eu lieu dans la Région, et de nombreux programmes de réforme visant à améliorer la performance du système de santé. Toutefois, l'analyse de certaines tendances a révélé des éléments nouveaux qui sont influencés par les changements et problèmes rencontrés par le développement sanitaire dans la Région.

L'analyse des comptes nationaux de la santé a révélé que dans la plupart des pays à revenu faible et à revenu intermédiaire, les dépenses publiques, en pourcentage des dépenses de santé globales, diminuent au fil du temps. Le nouveau profil de financement se caractérise par le fait d'imposer aux ménages et aux communautés une plus grande charge des dépenses de santé et de réduire l'équité dans le financement des soins de santé. Certaines études réalisées dans les pays à revenu intermédiaire ont révélé que 2 % des ménages étaient confrontés à des dépenses catastrophiques en raison d'une mauvaise santé, contraints de dépenser entre 30 et 40 % de leur revenu disponible pour un traitement médical, et à un risque d'appauvrissement lié à une maladie. À l'exception des pays à revenu élevé et producteurs de pétrole, qui représentent seulement 8 % de la population totale de la Région, le niveau de protection sociale est assez limité [11].

Dans les pays à revenu faible, qui constituent la moitié de la population de la Région, la part publique des dépenses totales de santé diminue et représente seulement 20 à 30 %, ce qui soulève de graves inquiétudes quant à l'équité. Le déséquilibre financier dans le financement des soins de santé, selon les recommandations de la Commission Macroéconomie et Santé en ce qui concerne la garantie des services de santé de base, est si important que les Objectifs du Millénaire pour le développement des Nations Unies ont peu de chance d'être atteints sans des efforts concrets pour susciter une solidarité régionale et internationale pour le développement sanitaire.

Les pays à revenu élevé, où l'accès est presque universel, font des efforts pour réduire les dépenses publiques dans la santé en mettant en place des redevances couvrant l'utilisation des services pour les services dispensés dans le domaine public et en concevant des politiques de contribution par des programmes de pré-paiement pour la population expatriée. La double pratique des professionnels travaillant dans le secteur public a contribué à brouiller les limites entre les secteurs privé et public et à former une privatisation passive.

Certains pays sous-traitent les services publics à des prestataires privés, en particulier pour les services auxiliaires et non cliniques, dont la sécurité, le service de restauration, la blanchisserie, etc. Certains services coûteux d'imagerie et de dentisterie sont également confiés à des prestataires privés dans le cadre des politiques de privatisation active. Les ministères de la Santé ne sont pas bien préparés pour gérer la nouvelle combinaison public-privé dans la prestation de santé. La gestion de la combinaison public-privé dans les systèmes de santé devient difficile en raison de certaines faiblesses institutionnelles des ministères de la Santé, en particulier par rapport à la gouvernance et aux outils et instruments de réglementation appropriés. Les fonctions d'analyse et de formulation de politiques ne sont pas assez solides pour permettre l'élaboration de politiques et stratégies basées sur les faits et des interventions et programmes adaptés rentables visant à établir des priorités. L'établissement de critères et l'élaboration de normes pour l'assurance qualité et l'amélioration de la qualité sont également faibles.

Le secteur privé joue un rôle de plus en plus important dans la prestation de services médicaux et la formation des ressources humaines pour la santé. Toutefois, le développement du secteur privé dans la

prestation de services manque souvent de coordination, ce qui entraîne une répétition des dispositifs publics et d'assurance sociale et une hausse des inégalités face à l'accès à des services de santé de qualité.

Le rôle croissant du secteur privé dans la formation du personnel de santé ne s'accompagne pas d'un renforcement du rôle du gouvernement dans l'établissement de normes et critères appropriés pour la production de ressources humaines. Cela soulève des inquiétudes sur la qualité de nouveaux professionnels formés dans les établissements privés et la sécurité de l'emploi pour les jeunes diplômés des écoles privées.

Dans le cadre des perspectives offertes par la mondialisation, plusieurs investisseurs privés cherchent des niches dans les domaines du tourisme médical et sanitaire dans certains pays et prévoient de développer leurs hôpitaux avec une technologie médicale de pointe. Le risque de développement non coordonné pourrait déboucher sur des marchés saturés pour les soins hospitaliers dans la Région, et nécessite un rôle actif des gouvernements dans la réglementation de l'offre de services.

## **6. Voie à suivre**

Le rapport de la Commission Macroéconomie et Santé [12] a fourni des preuves supplémentaires de l'importance des investissements dans la santé et de l'importance du rôle des gouvernements et des institutions internationales pour générer les ressources financières nécessaires pour la santé en utilisant les ressources nationales, en soutenant les stratégies de réduction de la pauvreté destinées à améliorer la croissance économique et en sollicitant la solidarité régionale et internationale. Certains ministères de la Santé de la Région, à l'aide des données sur le retour sur investissement élevé dans la santé et la synergie entre la santé et le développement, parviennent à convaincre les ministres des finances d'allouer des ressources publiques raisonnables au développement sanitaire. Les efforts nationaux pour collecter des dépenses publiques n'ont pas été accompagnés d'une hausse de l'aide publique au développement (APD) malgré l'engagement politique exprimé aux plus hauts niveaux pour atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement. Seuls quelques pays nordiques ont atteint la cible fixée de 0,7 % du PIB alloué à l'aide publique au développement. Afin d'améliorer le développement social dont la santé, le Sommet mondial pour le développement social (1995) a adopté l'initiative 20/20 qui recommandait que 20 % du soutien de l'APD aille au développement social à condition que les gouvernements s'engagent à allouer 20 % de leurs budgets nationaux à ces secteurs sociaux.

Malgré les contraintes financières auxquelles sont confrontés la plupart des pays de la Région, l'engagement de garantir l'équité face à l'accès aux soins de santé est encore présent, au moins dans le discours politique. Toutefois, cet engagement doit être traduit dans les faits en garantissant une part équitable des dépenses de santé des sources publiques et en améliorant la protection sociale. Les pays doivent faire des efforts supplémentaires pour étendre la couverture de l'assurance maladie sociale, privée et communautaire et pour réduire la part des paiements directs dans les dépenses de santé globales. Pour ce faire, un soutien technique de l'OMS et de l'Organisation internationale du Travail est nécessaire afin d'élaborer des politiques et stratégies basées sur les faits pour un financement équitable des soins de santé.

L'utilisation d'outils analytiques élaborés par l'OMS pour améliorer la mesure de l'équité dans le financement des soins de santé devrait fournir aux décideurs des éléments solides pour l'engagement d'un débat politique sur les options de financement des soins de santé et le rôle du gouvernement. Il est essentiel que les partenaires importants dans le développement sanitaire, notamment le secteur privé, les organisations non gouvernementales et les associations professionnelles, contribuent au dialogue politique et des efforts doivent être faits pour nouer des relations avec des partenaires bilatéraux et multilatéraux et des banques de développement régionales et internationales impliquées dans la santé.

La privatisation dans le secteur de la santé va se poursuivre ; en fait le rythme devrait s'accélérer étant donné l'évolution des scénarios politiques et économiques et l'impact de la mondialisation. Par conséquent, les ministères de la Santé doivent être bien préparés pour gérer les nouvelles orientations politiques, notamment en améliorant l'établissement de critères et les fonctions de réglementation. De

toute évidence, à moins que la gouvernance ne soit renforcée, les politiques de privatisation peuvent se solder par une absence de réglementation dans le développement du secteur privé ayant un impact négatif sur l'équité, la qualité des services et l'efficacité globale du système de santé. La vision nationale pour le développement sanitaire, conçue sous la direction du gouvernement, devrait comprendre tous les partenaires, dont le secteur privé et les autres acteurs non gouvernementaux afin d'éviter la répétition, les malentendus et le conflit d'intérêts.

Les ministères de la Santé doivent élaborer la législation et les outils de réglementation pour améliorer la gestion de la combinaison public-privé, en particulier dans la participation ou non aux services de santé non cliniques. Une récente consultation organisée par le Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale en vue d'évaluer les expériences nationales dans la participation aux systèmes de santé [13] a mis en évidence les capacités limitées de la plupart des ministères de la Santé en matière de négociation et un support juridique limité dans l'organisation des dispositions de contrat, la mise en place des contrats signés et la surveillance de ces relations contractuelles. Il faut approfondir les recherches afin de partager les leçons tirées des meilleures pratiques dans ce domaine important dans la Région et au-delà. Une étude menée actuellement par le Bureau régional de l'OMS sur la taille et l'étendue du secteur privé dans la Région devrait donner plus d'informations sur les questions liées à la coordination entre tous les partenaires dans le développement sanitaire de la Région, et les moyens d'améliorer cette coordination.

Étant donné l'échec des marchés dans le domaine de la santé et les responsabilités sociales du gouvernement dans la prestation de services de qualité et à prix abordable et compte tenu des investissements publics importants dans l'infrastructure du système de santé dans la plupart des pays de la Région, les gouvernements, en plus de leur fonction de gouvernance, ont encore un rôle à jouer dans la prestation de services en collaboration avec d'autres partenaires. Afin de garantir l'équité face à l'accès aux soins de santé, les établissements publics dans les zones isolées et rurales, qui restent les principaux prestataires de services pour des millions de personnes de la Région, doivent encore être renforcés. L'octroi des ressources financières et humaines publiques nécessaires à ces établissements va leur permettre d'offrir des services de soins accessibles et abordables. Un système de transparence devrait être élaboré pour évaluer et surveiller l'utilisation efficace des ressources publiques dans le développement sanitaire.

Les ministères de la Santé doivent soulever la question de la hausse des salaires des fonctionnaires étant donné que les établissements publics ne peuvent fonctionner en toute efficacité avec une main-d'œuvre sous-payée et non motivée. Bien que la question ne soit pas liée uniquement aux ministères de la Santé mais à l'ensemble du secteur public, les ministères de la Santé peuvent défendre leur position pour un traitement favorable fondé sur la nature spécifique et vitale des services de santé. Les réformes engagées dans certains pays de la Région, notamment des crédits d'impôts et des avantages sociaux comprenant l'attribution de logements, ont été motivantes pour les professionnels de la santé travaillant à temps plein dans les établissements publics sans modifier la grille de rémunération de tous les fonctionnaires. Certaines de ces réformes visant à autoriser les fonctionnaires à exercer dans le privé afin d'améliorer leurs revenus faussent l'ensemble du système de prestation de service, ce qui crée des inégalités inutiles et engendre des abus de la part des établissements publics et des patients.

## **7. Conclusions**

Les gouvernements jouent un rôle important dans le développement sanitaire à la fois dans les économies développées et en développement étant donné leur mandat social et la nature particulière du marché de la santé. Les gouvernements doivent poursuivre les efforts engagés pour concevoir des systèmes de santé modernes et les adapter aux nouveaux changements et problèmes dans les domaines politique, économique, social et culturel.

Malgré les pressions auxquelles sont exposés les gouvernements dans la gestion des secteurs sociaux, les ministères de la Santé doivent continuer à superviser le développement sanitaire et prôner l'importance de l'investissement dans la santé et de la protection des valeurs sociales d'équité et de solidarité.

Le développement sanitaire doit être coordonné entre l'ensemble des ministères et institutions du gouvernement et avec tous les partenaires, dont les universités, les associations professionnelles, le secteur privé et les organisations de sociétés civiles. Il faut faire des efforts pour promouvoir le caractère central de la santé dans le développement socio-économique global.

Le secteur privé joue un rôle de plus en plus important dans le financement et la prestation de soins de santé. Toutefois, il faut veiller à ce que ces innovations ne se fassent pas aux dépens de l'efficacité du secteur public et s'assurer qu'elles soient mises en place avec un encadrement et une gouvernance solides de la part du gouvernement. La privatisation des prestations de services de santé doit être bien étudiée et dirigée par les ministères de la Santé et autres services associés, en tenant compte des obligations sociales des gouvernements dans le développement sanitaire et des principaux objectifs des systèmes de santé.

L'OMS apportera aux ministères de la Santé le soutien technique nécessaire pour mieux mettre en place leur rôle dans le développement sanitaire par ses fonctions de coopération normatives et techniques, et en encourageant le travail en réseau et l'échange d'expériences ainsi que des modèles de travail dans divers domaines. L'OMS va également promouvoir une culture d'élaboration de politiques et stratégies basées sur les faits ainsi que des forums politiques nationaux et régionaux sur la santé permettant de débattre de questions importantes et d'élaborer des programmes pour d'autres mesures de la recherche à la politique. L'OMS continuera à rappeler aux gouvernements leur engagement à atteindre l'objectif noble et stimulant de la santé pour tous et à mettre en place des stratégies pour atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé.

L'OMS va continuer à aider les États Membres à acquérir et utiliser ses outils analytiques pour évaluer l'équité, l'efficacité et la performance globale du système de santé par le renforcement des capacités, le développement des institutions et la mise à disposition d'un savoir-faire technique. Un intérêt particulier sera accordé au soutien des fonctions de gouvernance, financement et ressources humaines. L'observatoire régional de l'OMS sur les systèmes de santé contribuera à l'évaluation du développement sanitaire dans la Région et à la coopération entre les responsables politiques et les professionnels de la santé afin de régler les problèmes auxquels sont confrontés les systèmes de santé pour atteindre leurs objectifs. La surveillance et l'évaluation du rôle du gouvernement dans le développement sanitaire feront partie des tâches de l'observatoire régional.

## **8. Recommandations**

1. Les gouvernements doivent mettre en avant le rendement économique important de l'investissement dans le développement sanitaire et plaider en faveur du caractère central de la santé dans toutes les initiatives de développement.
2. Les gouvernements doivent continuer à superviser le développement sanitaire afin de protéger les valeurs sociales d'équité et de solidarité conformément aux politiques et stratégies de la santé pour tous qui considèrent la santé comme un droit de l'être humain et non comme un bien marchand.
3. Les gouvernements doivent renforcer leurs capacités de gouvernance, en particulier dans l'élaboration de politiques, la réglementation et la gestion de la combinaison public-privé. Le rôle du gouvernement dans la prestation de services doit être protégé afin de garantir l'accès aux pauvres, aux groupes vulnérables et aux populations rurales et isolées. Un intérêt particulier doit être porté à l'amélioration des conditions de travail pour les professionnels travaillant à plein temps dans les établissements publics.
4. Les gouvernements doivent promouvoir le développement d'observatoires nationaux des systèmes de santé destinés à développer des forums pour évaluer l'équité et la performance du système de santé et pour mieux adapter les réformes politiques aux changements dans les domaines politique, économique et social.

## Références

1. *Rapport sur la santé dans le monde 2000. Pour un système de santé plus performant.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2000.
2. *Plan d'action pour la mise en œuvre de la Stratégie mondiale de la santé pour tous,* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1982 (Série « Santé pour tous » N° 7).
3. Roemer MI. *National health systems of the world, Vol. 1. The countries.* New York, Oxford University Press, 1991.
4. Ashworth W. *A short history of the international economy since 1850.* London; New York, Longman, 1975.
5. Agence pour le Développement et la Coordination des Relations Internationales. *La Protection sociale en France,* Paris, ADECRI, 2005.
6. Déclaration d'Alma-Ata dans : *Les soins de santé primaires. Rapport de la Conférence internationale sur les soins de santé primaires, Alma-Ata (URSS), 6-12 septembre 1978.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1978.
7. Eastern Mediterranean Regional Health Professions Education Directory. World Health Organization, Regional Office for the Eastern Mediterranean website ([www.emro.who.int/hped/](http://www.emro.who.int/hped/) accessed May 2006).
8. Scarpaci JL, ed. *Health services privatization in industrial societies.* New Brunswick, Rutgers University Press, 1989.
9. Health evidence network (HEN). *What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health?* Copenhagen, Regional Office for Europe, 2006 (accessed May 2006).
10. *Santé 21 : politique et stratégie régionales de la Santé pour tous au XXI<sup>e</sup> siècle,* Document technique présenté lors de la quarante-sixième session du Comité régional de la Méditerranée orientale (EM/RC46/5), Le Caire, 20-23 septembre 1999. Alexandrie, Bureau régional OMS de la Méditerranée orientale, 1999.
11. Sabri B. Social health insurance in the region, *Journal of the International Social Security Association,* 2004.
12. *Rapport de la Commission Macroéconomie et Santé.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2004.
13. *The role of contractual arrangements in improving health system performance. Report on a regional meeting, Cairo, 18–20 April 2005.* Cairo, World Health Organization Regional Office for the Eastern Mediterranean, 2005.