



Renforcement des systèmes de santé dans les pays de la Région de la Méditerranée orientale : défis, priorités et options pour l'action future

Résumé d'orientation

1. Inégalités en matière de santé, exposition accrue aux risques sanitaires, augmentation du coût des soins de santé, et niveaux inacceptablement bas de l'accès à des soins de qualité : tels sont les principaux défis auxquels sont confrontés de nombreux pays dans la Région OMS de la Méditerranée orientale. Pour relever ces défis en vue de parvenir à un meilleur niveau de santé, une couverture universelle, et des politiques de financement de la santé équitables, les gouvernements doivent développer une vision claire et élaborer des stratégies explicites pour leurs systèmes de santé. Le renforcement de ces systèmes figure parmi les cinq priorités stratégiques identifiées par le Bureau régional OMS de la Méditerranée orientale pour les cinq prochaines années. Le présent document vise à faire le point, de concert avec les responsables politiques de la Région, sur les difficultés et les enjeux à partir des meilleures informations disponibles, et à examiner la voie à suivre pour renforcer les systèmes de santé dans la Région. Pour les besoins de ce document, les pays de la Région ont été classés en trois groupes, en fonction des résultats sanitaires pour la population, des performances des systèmes de santé, et du niveau des dépenses de santé. Le groupe 1 comprend les pays qui ont connu un développement socioéconomique et sanitaire considérable au cours des dernières décennies. Le groupe 2 rassemble principalement les pays à revenu intermédiaire qui ont mis en place d'importantes infrastructures de santé publique, mais connaissent des restrictions en termes de ressources. Le groupe 3 est constitué des pays qui rencontrent des difficultés dans l'amélioration des résultats sanitaires pour la population en raison du manque de ressources, de l'instabilité politique et d'autres obstacles complexes au développement.

2. Les maladies non transmissibles sont les principales causes de mortalité dans la Région ; parallèlement, les maladies transmissibles et les troubles nutritionnels restent à l'ordre du jour, et les décès dus à des traumatismes évitables représentent une part importante de la mortalité globale. Durant plusieurs décennies, la Région a été politiquement instable et l'activité économique s'est ralentie dans un certain nombre de pays. Beaucoup d'entre eux se battent aujourd'hui pour le respect des droits de l'homme. Le mouvement sociopolitique pour le changement qui se produit actuellement dans plusieurs pays est susceptible d'avoir des répercussions sur la santé de la population.

3. Les principaux défis qui influent sur les performances des systèmes de santé dans la Région sont les suivants : nécessité d'un engagement politique à haut niveau pour parvenir à une couverture de santé universelle ; renforcement des capacités des ministères de la santé ; réduction de la part des paiements directs ; consolidation de la contribution du secteur privé à la santé publique et à sa réglementation ; formation de personnels de santé équilibrés, qualifiés et motivés, et adoption de modèles de médecine familiale réalisables ; renforcement des systèmes d'information sanitaire ; amélioration de l'accès aux technologies essentielles ; et soutien aux programmes de santé publique prioritaires. Le présent document propose sept priorités pour l'amélioration des performances du système de santé. La première d'entre elles est l'obtention d'une couverture de santé universelle. Parmi les autres priorités figurent la consolidation du leadership et de la gouvernance en matière de santé, le renforcement des systèmes d'information sanitaire, la formation de personnels de santé équilibrés et bien gérés, l'amélioration de l'accès à des services de soins de qualité, la collaboration avec le secteur privé de la santé, et la garantie de l'accès aux technologies essentielles.

4. Ce document propose un ensemble de stratégies et d'options pour chacune de ces priorités. Chaque option comporte deux composantes : ce que peuvent faire les États Membres, et comment l'OMS et ses partenaires peuvent contribuer à leur réussite. Le programme d'action est long et ambitieux, pour les pays aussi bien que pour l'OMS. Les pays devront prendre la direction des opérations et étudier les options proposées pour l'amélioration des performances de leur système de santé, l'élargissement de la protection sociale et financière dans ce domaine, la promotion de l'accès à des technologies et des services de santé de qualité, et le suivi des progrès pour tendre vers une couverture universelle. Parallèlement, l'OMS sait qu'il sera difficile d'être à la hauteur des attentes de ces pays pour le soutien technique requis qu'il lui faudra apporter.

Introduction

5. Inégalités en matière de santé, exposition accrue aux risques sanitaires, augmentation du coût des soins de santé, et niveaux inacceptablement bas de l'accès à des soins de qualité : tels sont les principaux défis auxquels sont confrontés de nombreux pays dans la Région de la Méditerranée orientale de l'OMS. Pour relever ces défis en vue de parvenir à un meilleur niveau de santé, une couverture universelle et des politiques de financement de la santé équitables, les gouvernements doivent développer une vision claire et élaborer des stratégies pour leurs systèmes de santé (1). Le renforcement des systèmes de santé figure parmi les cinq priorités stratégiques identifiées par le Bureau régional OMS de la Méditerranée orientale pour les cinq prochaines années.

6. Ces dernières années, la Région a assisté d'une manière générale l'établissement de réseaux d'infrastructures de santé étendus et modernes, à l'émergence de personnels de santé de plus en plus qualifiés, et à un large déploiement de technologies médicales. Toutefois, la répartition des progrès n'est pas homogène dans la Région ni au sein des pays, et des retards importants subsistent, même dans des pays qui ont réalisé des progrès de santé remarquables au cours de ces trente dernières années. Les enjeux spécifiques en matière de santé diffèrent considérablement d'un pays à l'autre.

7. Les valeurs et principes liés aux soins de santé primaires (2), les quatre domaines de réforme soulignés dans le Rapport sur la santé dans le monde 2008 - couverture universelle, prestation de services, leadership, et réformes des politiques publiques (3) -, et la déclaration du Qatar sur les soins de santé primaires constituent la base, et orientent, le renforcement des systèmes de santé dans la Région de la Méditerranée orientale.¹

8. Ce rapport vise à faire le point, de concert avec les responsables politiques de la Région, sur les difficultés et les enjeux à partir des meilleures informations disponibles, et à examiner la voie à suivre pour renforcer les systèmes de santé dans la Région. Dans ce cadre, ce rapport s'efforce d'entreprendre une analyse systématique des défis, d'identifier les priorités, et de proposer des stratégies et options diverses.

Première partie. Les défis des systèmes de santé dans la Région de la Méditerranée orientale

Cadre d'analyse

9. Ce rapport s'appuie sur la définition des systèmes de santé qui figure dans le Rapport sur la santé dans le monde 2000 : « toutes les activités dont le but essentiel est de promouvoir, restaurer ou entretenir la santé » (4). Dans un autre document, le renforcement des systèmes de santé est défini comme « un ensemble d'initiatives et de stratégies qui renforcent une ou plusieurs fonctions du système de santé, entraînant ainsi une amélioration de la santé par le biais de progrès en termes d'accès, de couverture, de qualité et d'efficacité » (5).

¹ Tous les États Membres de la Région ont souscrit à la Déclaration du Qatar sur les soins de santé primaires lors d'une conférence internationale à Doha au Qatar en novembre 2008.

10. Pour les besoins de ce document, les pays de la Région ont été classés en trois catégories, en fonction des résultats sanitaires pour la population, des performances des systèmes de santé, et du niveau des dépenses de santé. Le *groupe 1* comprend les pays qui ont connu un développement socioéconomique et sanitaire considérables au cours des dernières décennies. Le *groupe 2* rassemble principalement les pays à revenu intermédiaire qui ont mis en place d'importantes infrastructures de santé publique, mais connaissent des restrictions en termes de ressources. Le *groupe 3* est constitué des pays qui rencontrent des difficultés dans l'amélioration des résultats sanitaires pour la population en raison du manque de ressources, de l'instabilité politique et d'autres obstacles complexes au développement.ⁱⁱ Les enjeux auxquels font face chacun de ces trois groupes ont été analysés de manière approfondie, d'après les six éléments constitutifs du système de santé présentés dans le Cadre conceptuel du système de santé de l'OMS (6).

11. L'analyse présentée dans le présent document se fonde sur les meilleures informations disponibles fournies par les pays, et s'appuie sur l'examen de documents relatifs aux systèmes de santé qui ont été soumis au Comité régional au cours des dix dernières années, sur les documents de politique régionaux, les rapports de réunion, les données de l'Observatoire régional de la santé, et la littérature publiée.

Analyse des défis auxquels sont confrontés les systèmes de santé dans la Région

Santé de la population : aperçu

12. En 2012, 8,8 % de la population mondiale (qui compte 7 milliards d'habitants) vivent dans la Région de la Méditerranée orientale. Les pays du groupe 3 représentent 48 % de la population de la Région et les pays du groupe 1, 7 %. Environ 60 % de la population de la Région est âgée de 15 à 59 ans, et un tiers a moins de 15 ans (7). Au début des années 1990, la fécondité totale moyenne était supérieure à 5 enfants par femme. Elle est restée constante dans les pays du groupe 3. Les pays des groupes 1 et 2, par contre, ont fortement progressé en termes de baisse de la fécondité, avec des taux de fécondité respectifs de 2 et 3 enfants par femme (tableau 1). Cette diminution est principalement due à une augmentation des taux de prévalence de la contraception (entre 35 et 50 %) et au recul de l'âge au premier mariage. Pour les pays du groupe 3, le taux de prévalence de la contraception s'élève à 21,5 %, et n'a commencé à augmenter que ces cinq dernières années (8).

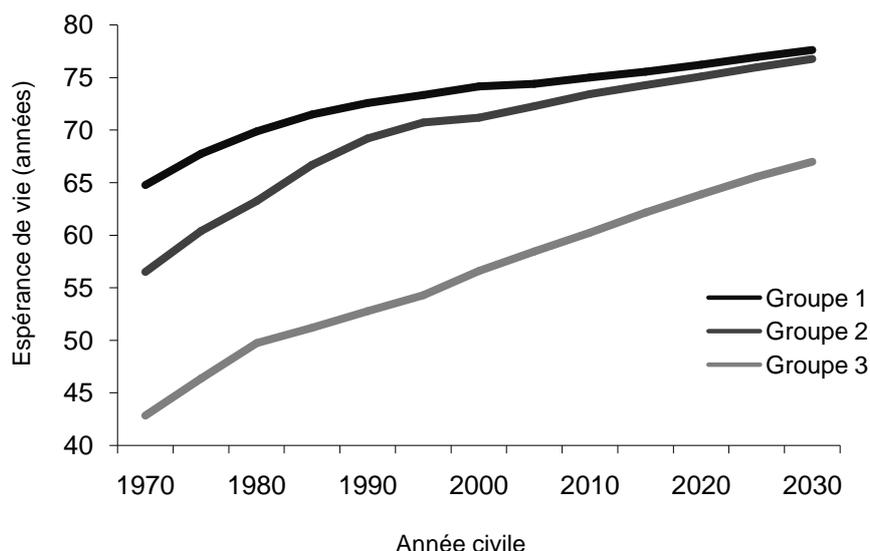
Tableau 1. Évolutions des principaux résultats sanitaires dans la Région de la Méditerranée orientale, entre 1990 et 2010*

Indicateur de l'état de santé	Pays du groupe 1			Pays du groupe 2			Pays du groupe 3		
	1990	2000	2010	1990	2000	2010	1990	2000	2010
Espérance de vie à la naissance (années) (7)	72,6	74,1	75,0	69,2	71,2	73,4	52,8	56,6	60,2
Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes) (9)	24	18	17	115	79	63	750	625	360
Taux de mortalité infantile (pour 1 000 naissances vivantes) (7)	17,5	–	8,5	36,5	–	19	95,5	–	71,5
Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes) (10)	21,5	–	9,5	45,5	–	22	126,5	–	97
Taux de fécondité totale (8)	5,2	3,9	2,2	5,6	3,7	2,9	6,6	6,3	6,0

* Valeurs médianes

– Informations non disponibles

ⁱⁱ Groupe 1 : Arabie saoudite, Bahreïn, Émirats arabes unis, Koweït, Oman, Qatar. Groupe 2 : Égypte, République islamique d'Iran, Iraq, Jordanie, Liban, Libye, Maroc, République arabe syrienne, Territoire palestinien occupé et Tunisie. Groupe 3 : Afghanistan, Djibouti, Pakistan, Somalie, Soudan, Soudan du Sud et Yémen.



Source : (7)

Figure 1. Projection relative à la tendance de l'espérance de vie à la naissance par groupe de pays, entre 1970 et 2030

13. L'espérance de vie à la naissance reste inférieure à 60 ans dans la moitié des pays du groupe 3, mais elle est supérieure à 70 ans dans la plupart des pays du groupe 2 et du groupe 1. L'écart entre les trois groupes concernant l'espérance de vie prévue restera important, malgré une amélioration constante parmi les pays du groupe 3 (tableau 1 et figure 1). La majorité des pays ont rapporté une diminution des taux de mortalité maternelle égale ou supérieure à 50 % entre 1990 et 2010. Toutefois, à moins que des efforts concertés ne soient rapidement mis en œuvre (9), au vu des niveaux encore élevés dans les pays du groupe 3, l'objectif 5 du Millénaire pour le développement - qui vise une diminution de trois quarts d'ici à 2015 - sera sans doute difficile à atteindre, même pour certains pays du groupe 2 et du groupe 1. Le taux de mortalité infantile a baissé sensiblement dans tous les pays du groupe 2 et du groupe 1 entre 1990 et 2010. Par contre, d'après les données actuelles, le rythme prévu de la baisse dans les pays du groupe 3 est inférieur au taux annualisé fixé pour réaliser l'objectif du Millénaire pour le développement d'ici 2015. De même, le taux de mortalité des moins de cinq ans a chuté de plus de la moitié dans les pays des groupes 1 et 2 au cours de la même période, tandis que dans les pays du groupe 3 la baisse n'est pas satisfaisante, et un enfant sur dix meurt encore avant d'avoir atteint l'âge de cinq ans (10).

14. À l'heure actuelle, on estime que plus de 60 % de la charge de morbidité et plus de 50 % de la charge de mortalité dans la Région sont dus aux maladies non transmissibles, et en particulier aux maladies cardio-vasculaires, au diabète, au cancer et aux maladies respiratoires chroniques (11). L'évolution du profil de morbidité dans la Région est influencée négativement par une tendance à la hausse de la prévalence des facteurs de risque pour ces maladies. Le tableau 2 présente le taux brut de mortalité par cause spécifique en 2008, par groupe de maladies principales. Près de trois décès sur quatre dans les pays du groupe 2 et du groupe 1 sont dus à des maladies non transmissibles, contre deux sur cinq dans les pays du groupe 3. Les traumatismes représentent respectivement 15 %, 12,5 % et 9,4 % de la mortalité totale dans les pays du groupe 1, du groupe 2 et du groupe 3.

Tableau 2. Taux bruts de mortalité par cause spécifique (pour 100 000 personnes) dans la Région de la Méditerranée orientale, par cause principale, en 2008

Charge mondiale de morbidité : mortalité par cause principale	Groupe 1		Groupe 2		Groupe 3	
	Taux	%	Taux	%	Taux	%
Affections maternelles transmissibles nutritionnelles, et périnatales	42,9	12,6	84,4	15,5	461,8	48,8
Maladies non transmissibles	245,0	72,2	392,0	72,0	395,5	41,8
Traumatismes	51,5	15,2	67,8	12,5	88,5	9,4
Total	339,4	100,0	544,2	100,0	945,9	100,0

Source : estimations 2008 de l'OMS relatives à la charge mondiale de morbidité de l'OMS

15. Dans les pays du groupe 3, près de la moitié des décès relève de maladies transmissibles. En 2011, 99,8 % des cas de paludisme dans la Région - sur un total de 7 millions - ont été signalés par des pays appartenant au groupe 3. Concernant la tuberculose, les 426 000 cas déclarés par les pays des groupes 3, 2 et 1 se répartissaient respectivement de la manière suivante : 82 %, 16 % et moins de 2 % (12, 13). La Région de la Méditerranée orientale est l'une des deux régions du monde qui enregistre la plus rapide propagation de l'épidémie de VIH. Si les maladies non transmissibles sont de loin les principales causes de mortalité, et si elles prennent rapidement des proportions inquiétantes dans les pays des groupes 1 et 2, les maladies transmissibles restent, quant à elles, un sujet d'actualité et une préoccupation majeure dans le groupe 3. Dans les trois groupes, les décès dus à des traumatismes représentent une part importante de la mortalité globale.

Contexte géopolitique et socioéconomique

16. La Région de la Méditerranée orientale comprend 22 pays, outre le territoire palestinien occupé, et sa population est estimée à 620 millions d'habitants. Malgré leur continuité géographique, leur compatibilité culturelle et leur contexte historique commun, ces pays présentent une grande diversité en termes de profils macroéconomique et de profils de développement, diversité qui se répercute invariablement sur l'état de santé de la population et sur les performances des systèmes de santé.

17. Pendant plusieurs dizaines d'années, la Région a connu une certaine instabilité politique. Ces dix dernières années, au moins dix pays ont subi, ou continuent de subir, crises, conflits internes ou situations d'urgence complexes. La nécessité de faire face à ce genre de situations difficiles renforce la pression qui pèse sur les systèmes de santé déjà entravés en raison d'une mauvaise gouvernance, de l'exode des personnels de santé, des perturbations dans les systèmes d'approvisionnement, de la destruction et de l'abandon des infrastructures de santé, et de la désorganisation inévitable des services afférents. L'afflux d'aide extérieure et la mauvaise coordination des donateurs posent des problèmes supplémentaires.

18. En 2011, l'activité économique s'est brusquement ralentie et le chômage a augmenté dans un certain nombre des pays importateurs de pétrole de la région MOANAPⁱⁱⁱ. Dans ces pays (l'Afghanistan, Djibouti, l'Égypte, la Jordanie, le Liban, le Maroc, le Pakistan et la Tunisie), la croissance est passée de 4,3 % en 2010 à 2,2 % en 2011, tandis que les mouvements sociaux dans certains d'entre eux ont entraîné un recul important du tourisme et des investissements, accentué par une hausse des prix de l'énergie et un ralentissement de la croissance mondiale (14). De nombreux gouvernements ont dû fixer un plafond pour les dépenses de développement des services sociaux, y

ⁱⁱⁱ MOANAP : Moyen-Orient, Afrique du Nord et Pakistan

compris la santé. Afin de maintenir l'intégrité du système de santé publique, les responsables politiques ont introduit des stratégies de maîtrise et de recouvrement des coûts, compromettant ainsi les objectifs d'un financement équitable et d'une protection contre les risques financiers dans le domaine de la santé.

19. Le droit à la santé est consacré comme l'un des droits de l'homme fondamentaux dans nombre de conventions et traités internationaux. Tous les États membres de l'OMS, en tant que signataires de la Constitution de l'OMS, adhèrent aux principes et aux éléments du droit à la santé (15,16), et la plupart des pays ont signé au moins une convention ou un traité international qui considère la santé comme un droit de l'homme. Pourtant, ces aspects ne se retrouvent pas toujours dans les constitutions et politiques nationales, et lorsqu'ils y figurent, leur mise en œuvre est sujette à caution.

20. Le changement climatique risque de déclencher des catastrophes, de les exacerber ou de les intensifier, et d'aggraver les crises humanitaires existantes, posant ainsi à la Région un ensemble de nouvelles difficultés en matière de santé, particulièrement prononcées dans les pays du groupe 3.

21. Enfin, le mouvement sociopolitique pour le changement engagé dans plusieurs pays de la Région est susceptible d'avoir des répercussions sur la santé des populations. Le défi que doivent relever ces pays consiste à mettre en place un processus de réforme de la santé apte à établir un système de santé viable avec un plan de financement solide, à garantir l'égalité de l'accès aux services, et à étendre la couverture géographique (17).

Principaux défis en matière de systèmes de santé

22. Les systèmes de santé dans la Région sont confrontés à de nombreux défis qui, de par leur nature, sont généralement transversaux et concernent la plupart des pays, quel que soit leur développement socioéconomique et sanitaire. Pour parvenir à une couverture de santé universelle, il est essentiel de relever ces défis. Pour de nombreux pays, la nécessité d'une volonté et d'une implication politique à haut niveau, pour tendre vers une couverture universelle s'accompagnant de soins de qualité, constitue la principale gageure. Une fois que cet engagement sera garanti, les responsables politiques devront également tenir compte des défis ci-dessous.

23. Renforcement des capacités des ministères de la santé à élaborer et à évaluer des programmes et des politiques reposant sur des données factuelles, et à réglementer le secteur de la santé. La capacité globale des ministères de la santé à donner des orientations, élaborer des législations et des réglementations, et fixer et faire appliquer les normes varie au sein de la Région. La participation d'autres secteurs que celui de la santé à la conception et à la mise en œuvre d'initiatives et de plans de développement sanitaire est souvent faible et doit être renforcée. Les pays doivent mettre en place des mécanismes efficaces destinés à faciliter l'action multisectorielle, sur la base de l'expérience internationale et des enseignements tirés.

24. Obtention d'un niveau de financement approprié et viable, et réduction de la part des paiements de santé directs dans les pays des groupes 2 et 3. Dans certains pays à faible revenu, la part élevée des paiements directs, effectués par les patients sur le lieu d'administration des soins, représente pas moins de 75 % des dépenses totales de santé. Ce niveau élevé de paiements directs expose les ménages au risque d'une catastrophe financière et à l'appauvrissement, et constitue un obstacle majeur à une évolution vers une couverture de santé universelle et des systèmes de santé équitables dans la plupart des pays.

25. Renforcement de la contribution potentielle du secteur privé de la santé à la santé publique, et réglementation en vue de garantir la qualité et de prévenir les pratiques inadéquates. Le secteur privé rivalise avec le secteur public en termes de prestation de services de soins de santé primaires dans plusieurs pays des groupes 3 et 2. D'après les informations disponibles dans quatre pays, la part des services de consultations externes dans le secteur privé utilisés par la

population varie entre 33 % et 86 %. Dans ces mêmes pays, le pourcentage des services du secteur privé utilisés par le quintile le plus pauvre se situe entre 11 % et 81 %. Toutefois, dans l'ensemble le rôle du secteur non étatique reste mal défini, ses capacités sont mal cernées, les informations sont déficientes et, d'une manière générale, les pratiques ne font pas l'objet d'un suivi. La gamme des services fournis est variable, et dans de nombreux pays les normes restent sujettes à caution, les réglementations sont peu satisfaisantes, et les informations concernant la charge financière qui pèse sur les utilisateurs de ces services sont insuffisantes.

26. Formation de personnels de santé équilibrés, motivés, bien gérés et homogènement répartis, dotés de la gamme de compétences adéquate. La densité générale des effectifs dans la Région est inférieure à la moyenne mondiale de 4 agents de santé qualifiés pour 1 000 habitants. Par ailleurs, huit pays sont considérés comme étant confrontés à une crise des ressources humaines dans le domaine de la santé (18), une situation essentiellement due aux facteurs suivants : insuffisance des mesures à l'entrée, en particulier manque de préparation des personnels par le biais d'investissements stratégiques dans l'enseignement et de pratiques de recrutement efficaces et conformes à l'éthique ; prestations peu satisfaisantes du personnel, en raison de mauvaises pratiques de gestion dans les secteurs public et privé ; et problèmes à la sortie, notamment absence de mesures de gestion de la migration et de l'attrition en vue de réduire les pertes excessives en ressources humaines. Ces éléments sont combinés à des défis de premier plan liés à la gouvernance, à la coordination des parties prenantes, et aux informations et preuves nécessaires pour les prises de décision – autant d'aspects qu'il convient de renforcer.

27. Adoption de modèles de médecine familiale efficaces pour la prestation de soins de santé primaires. De nombreux pays tentent d'établir des programmes de médecine familiale efficaces, en tant que principaux vecteurs de prestation des soins de santé primaires. Toutefois, tous ces pays se heurtent à des obstacles majeurs, notamment manque de médecins de famille, d'infirmières et autres praticiens correctement formés, mauvaise répartition des personnels de santé, et implication insuffisante auprès des hôpitaux pour garantir l'accompagnement et le soutien nécessaires.

28. Renforcement des systèmes d'information sanitaire, notamment les registres d'état civil, surveillance des facteurs de risque et de la morbidité, et performances des systèmes de santé. Les systèmes d'information sanitaire dans la Région sont généralement insuffisants en termes de qualité et de ponctualité des notifications. On constate une répétition et un morcellement de la collecte des données, ainsi qu'une absence de validation rigoureuse au sein des différents programmes. Tous les pays ne possèdent pas de service d'enregistrement des naissances et des décès fiable, et la plupart ne notifient pas les causes des décès de manière précise et exhaustive. La majorité d'entre eux ne disposent pas d'informations ventilées en fonction de l'âge, du sexe, du lieu et/ou du statut socio-économique, et il existe une pénurie de ressources humaines formées dans les domaines de l'épidémiologie et des systèmes d'information sanitaire. Selon l'outil d'évaluation du Réseau de métrologie sanitaire (19, 20), plusieurs pays obtiennent le résultat « pas du tout adapté » ou « non adapté » pour la majorité des six composantes liées aux systèmes d'information sanitaire (19).

29. Amélioration de l'accès aux technologies essentielles et de leur utilisation rationnelle (médicaments, vaccins, produits biologiques et dispositifs médicaux). Plus de 90 % des pays de la Région disposent d'autorités nationales de réglementation^{iv}. Toutefois, leurs prestations sont peu satisfaisantes dans de nombreux pays^v, car elles se concentrent principalement sur la

^{iv} Le terme « autorité nationale de réglementation » recouvre les autorités de réglementation indépendantes, les autorités de réglementation ou les services des ministères de la Santé, et/ou l'exercice de fonctions de réglementation centrales par les ministères de la Santé dans un ou plusieurs domaines des technologies de la santé.

^v Cette information se fonde sur les évaluations des autorités nationales de réglementation de l'OMS, les visites dans les pays et les rapports d'évaluation (<http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s16874e/s16874e.pdf>, consultation en août 2012) réalisés en 2010-2011.

réglementation des médicaments et non sur la réglementation en bonne et due forme des produits biologiques (vaccins, constituants labiles du sang, dérivés du plasma, immunoglobulines), des dispositifs médicaux et des technologies cliniques, notamment des laboratoires. En outre, les autorités de réglementation se révèlent généralement inefficaces dans la gestion de la qualité et la surveillance du secteur privé, de même que dans la protection des biens publics contre les intérêts commerciaux.

30. Soutien apporté aux programmes de santé publique prioritaires, par la maîtrise des obstacles à l'échelle du système. Les mauvaises performances des systèmes de santé représentent une entrave aux programmes qui ciblent les maladies prioritaires, les interventions tout au long du cycle de vie et la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement. Les obstacles à l'échelle du système nuisent à la prestation des services et diminuent les performances des programmes.

31. Préparation des systèmes de santé à faire face aux crises et aux catastrophes, et renforcement de leur résilience en cas de situations d'urgence complexes et prolongées. De nombreux pays sont confrontés à des situations d'urgence complexes et la plupart des systèmes de santé ne sont pas suffisamment préparés pour faire face à de telles situations. On enregistre des insuffisances en matière de collaboration, de coordination et de planification, de communications et d'échange d'informations, d'enseignement et de formation, de législation et de réglementation et de capacités d'intervention rapide des systèmes de santé.

Défis spécifiques en matière de santé, par éléments constitutifs des systèmes de santé

Gouvernance et leadership

32. La gouvernance^{vi} a été évaluée dans plusieurs pays de la Région à partir d'un cadre comprenant 10 principes, dont les plus importants sont les suivants : vision stratégique, participation, respect du droit, responsabilité et transparence (21). Dans les pays du groupe 3, les stratégies et les politiques nationales ne sont pas régulièrement actualisées. Sur les sept pays que compte ce groupe, quatre ont modernisé leurs stratégies nationales, tandis que dans les trois autres la mise à jour est en cours ou reste à effectuer. Les informations et les données requises pour l'élaboration des politiques et la planification stratégique sont insuffisantes. Les consommateurs se retrouvent sans protection en raison d'une législation dépassée, d'un défaut de mise en œuvre des réglementations de santé publique, et de l'absence générale de réglementation dans le secteur privé. Si les pays du groupe 3 bénéficient d'une aide extérieure, la coordination des donateurs et l'efficacité de l'aide restent de véritables gageures, bien que la plupart adhèrent à la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide au développement (22).

33. La décentralisation dans le domaine de la santé est restée sans effet dans plusieurs pays, et ce pour de nombreuses raisons, notamment pour les suivantes : l'engagement politique vacillant ; la résistance - aux niveaux supérieurs - en matière de redistribution de l'autorité et des responsabilités ; le manque de clarté dans l'espace décisionnel octroyé au niveau périphérique, et l'insuffisance de formations et de capacités ; et l'absence d'entité au niveau fédéral pour coordonner les fonctions essentielles, telles que l'élaboration d'un consensus sur les politiques nationales, la réglementation sectorielle ou la coordination des donateurs.

34. Dans les pays du groupe 2, si les données étayant le processus décisionnel sont plus nombreuses, les politiques claires font souvent défaut, et il convient de renforcer considérablement les capacités à élaborer normes et standards et à suivre les progrès. Deux pays n'ont pas mis à jour leurs plans stratégiques de santé ni la législation afférente, et dans les pays où ces plans existent leur

^{vi} La gouvernance est l'exercice de l'autorité politique, économique et administrative dans la gestion des affaires d'un pays à tous les niveaux.

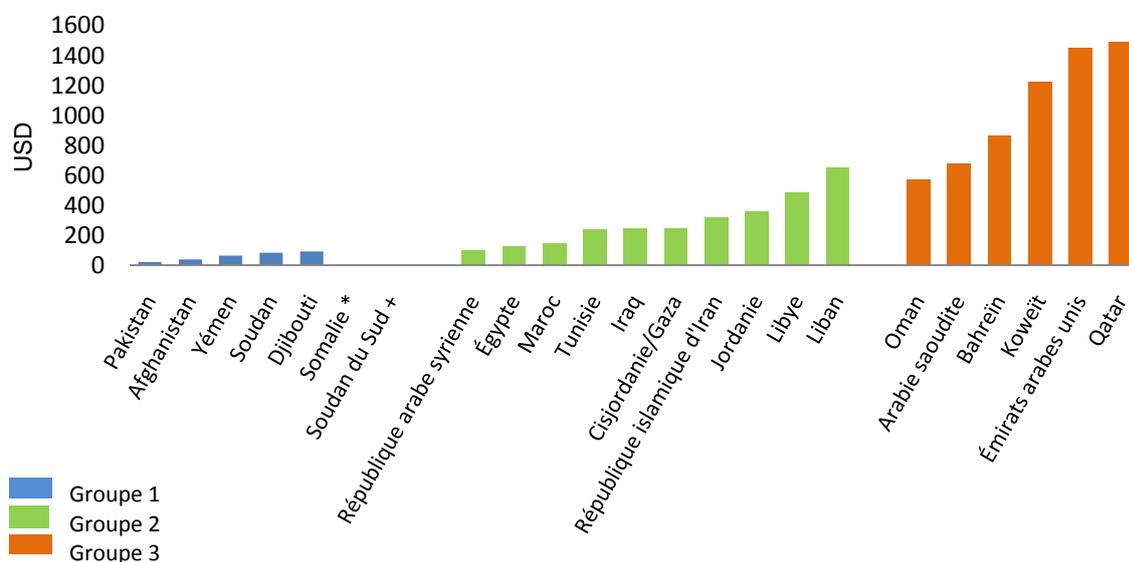
application et leur mise en œuvre restent une gageure. Une véritable culture de la responsabilité, de la transparence et de l'inclusivité doit être développée dans les décisions liées à l'allocation et à la répartition des ressources.

35. La plupart des ministères de la santé dans les pays du groupe 2 – de même que dans le groupe 3 – n'ont pas réussi à réglementer de manière efficace l'expansion du secteur privé de la santé à but lucratif. Dans beaucoup de ces pays, la législation correspondante est inexistante ou obsolète, et les normes n'ont pas été actualisées. Nombre des ministères de la santé s'impliquent de plus en plus aux cotés du secteur non public par le biais d'accords contractuels formels. Des améliorations pourront être obtenues par des accords compétitifs, transparents, bien gérés et permettant d'atteindre les résultats.

36. Dans les pays du groupe 1, le secteur public occupe une place dominante et pourvoie à la plupart des besoins de la population en matière de soins de santé. Tous ces pays disposent de plans stratégiques de santé. Cependant, ces plans se concentrent généralement sur le développement des infrastructures, et n'adoptent pas une démarche multisectorielle permettant de répondre aux problèmes de santé prioritaires, tels que les maladies non transmissibles. Les plans nationaux favorisent les soins curatifs et accordent moins d'importance à la promotion et à la prévention. L'absence de réactivité du système national de santé face aux besoins de la vaste population d'expatriés dans ces pays pose des difficultés majeures.

Financement

37. En 2010, les dépenses totales de santé^{vii} dans la Région ont dépassé 100 milliards de USD ; elles représentaient 1,6 % des dépenses mondiales de santé pour 8,8 % de la population mondiale. La moyenne par habitant des dépenses totales de santé se montait à 183 USD en 2010, contre 4 380 USD dans les pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) (23), avec d'importantes variations entre les trois groupes de pays et en leur sein (figure 2).



Source : (23)

* Données non disponibles

+ Données intégrées à celles du Soudan en 2010

Figure 2. Dépenses de santé totales par habitant, par groupe de pays, en 2010

^{vii} Sauf indication contraire, les données concernant les dépenses de santé dans cette section sont extraites de la base de données sur les dépenses mondiales de santé (<http://apps.who.int/nha/database/>) consultée en juin 2012.

38. En 2010, les pays appartenant au groupe 3 ont dépensé en moyenne moins de 40 USD par habitant dans le domaine de la santé ; sur cette somme, moins d'un tiers provenait de sources publiques générales et plus de 60 % correspondaient à des paiements directs. Dans ces pays, les dépenses publiques générales de santé - qui varient entre 4,4 USD et 59,8 USD par habitant - restent insuffisantes. En l'absence d'une protection sociale adéquate, le financement des soins de santé repose fortement sur les dépenses directes, et représente ainsi une source notable de dépenses de santé catastrophiques et d'appauvrissement.

39. Les pays du groupe 2 ont dépensé plus de 200 USD par habitant dans le domaine de la santé en 2010, dont près de la moitié provenait de sources publiques générales. La part des dépenses directes en pourcentage des dépenses totales de santé varie entre 18,8 et 61,2 % (Figure 3). La plupart des pays de ce groupe possèdent des systèmes de financement mixtes, notamment des systèmes d'assurance santé et à incidence fiscale. Ces dernières années, un nouvel intérêt pour un régime de sécurité sociale a vu le jour, et certains pays s'efforcent actuellement de tendre vers une couverture de santé universelle, en augmentant la part des coûts de santé couverts au moyen de systèmes de prépaiement. Des études d'équité réalisées dans certains pays du groupe 2 ont révélé que non moins de 5 % des ménages se trouvaient en situation de catastrophe financière en raison d'une santé précaire, et que la moitié d'entre eux basculaient dans la pauvreté suite à des paiements de soins de santé (24).

40. Les pays du groupe 1 ont dépensé près de 900 USD par habitant dans le domaine de la santé en 2010 ; plus des deux tiers de ces dépenses provenaient de sources publiques générales. Les dépenses directes - qui varient entre 12 % et 19 % - n'ont pas dépassé 20 % du total des dépenses de santé dans ces pays. Les soins de santé sont financés essentiellement par les recettes du gouvernement, ce qui garantit la couverture de tous les citoyens pour une gamme exhaustive de services de santé. Dans ces pays, la population expatriée est de plus en plus couverte par des systèmes d'assurance privée, dirigés de manière à mobiliser d'autres ressources en vue de couvrir le coût de leurs soins. Entre les pays du groupe 1, et en leur sein, des disparités marquées existent quant à la manière dont les nationaux et les expatriés bénéficient d'une sécurité sociale.

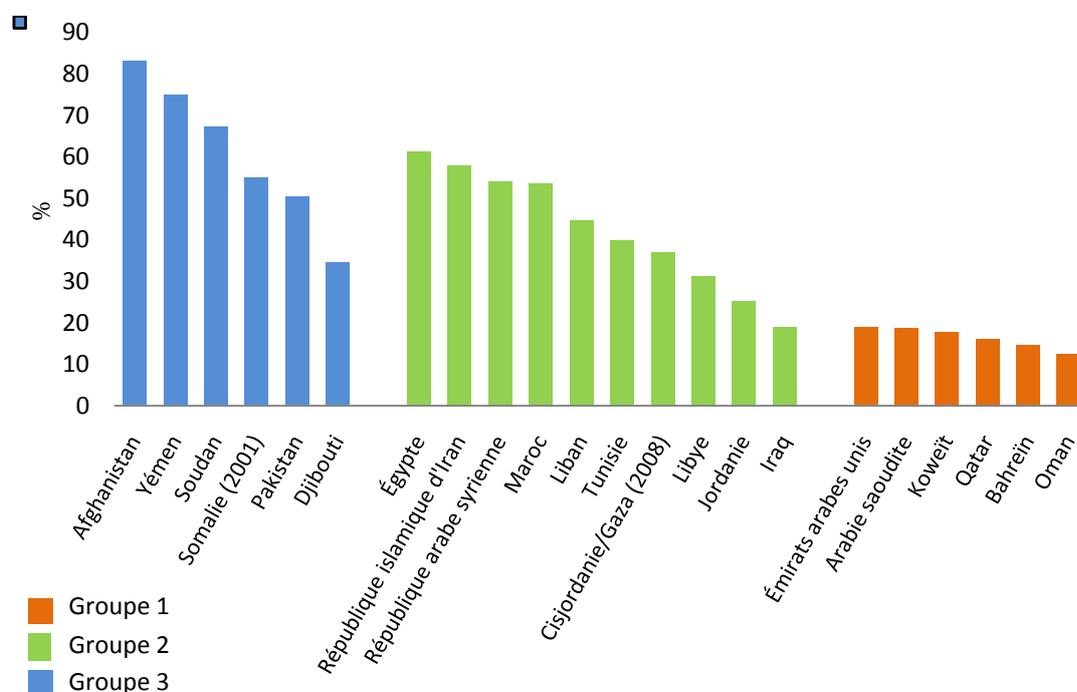
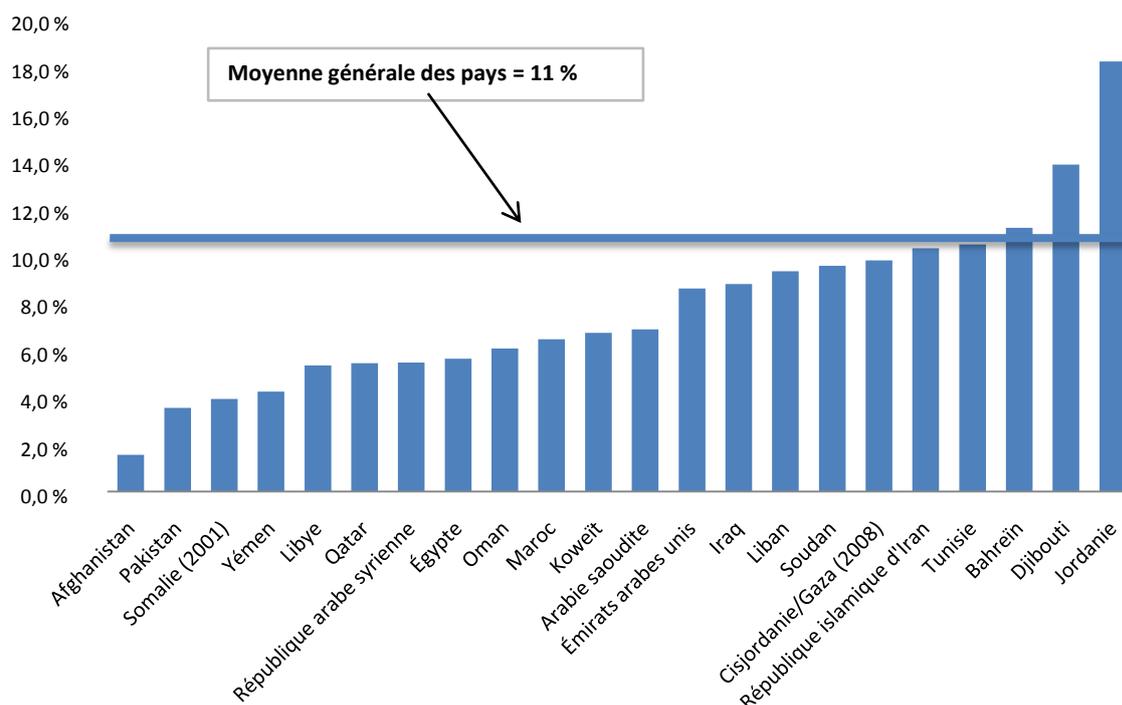


Figure 3. Part des dépenses directes dans le total des dépenses de santé par groupe de pays en 2010

41. La Déclaration d'Abuja, qui cible les pays de l'Union africaine, préconise d'affecter au moins 15 % du budget annuel à la santé (25). À titre de référence, dans la Région de la Méditerranée orientale dans son ensemble, seul un pays a atteint ce but, tandis que deux pays seulement dépassent la moyenne générale par pays, égale à 11 % des dépenses publiques générales de santé (figure 4).

42. Le niveau peu élevé des dépenses publiques de santé n'est pas dû uniquement aux contraintes financières publiques, mais également à la faible priorité accordée à la santé. Cet aspect se reflète dans le pourcentage des dépenses de santé rapporté aux dépenses publiques générales (Figure 4). Dans la plupart des pays de la Région, les dépenses publiques générales représentent une proportion relativement élevée du produit national brut (PIB) (près de 35 %), ce qui indique l'existence d'un espace budgétaire disponible pour l'augmentation des dépenses de santé. Il est difficile de parvenir à une couverture de santé universelle si les dépenses publiques générales en pourcentage du PIB restent inférieures au seuil de 4 à 5 % (26). Jusqu'à présent, seuls quatre pays de la Région ont atteint ce niveau de dépenses.

43. Les donateurs jouent un rôle majeur dans le financement du secteur de la santé pour les pays qui connaissent des situations d'urgence complexes ; ils couvrent notamment pas moins de 32 % des dépenses totales de santé de l'un des pays de la Région. Les ressources externes pour la santé sont souvent imprévisibles et, dans nombre de circonstances, acheminées inefficacement jusqu'à leur utilisation finale.



Source : estimations de l'OMS pour 2010, moyenne générale par pays, y compris les pays de plus 600 000 habitants

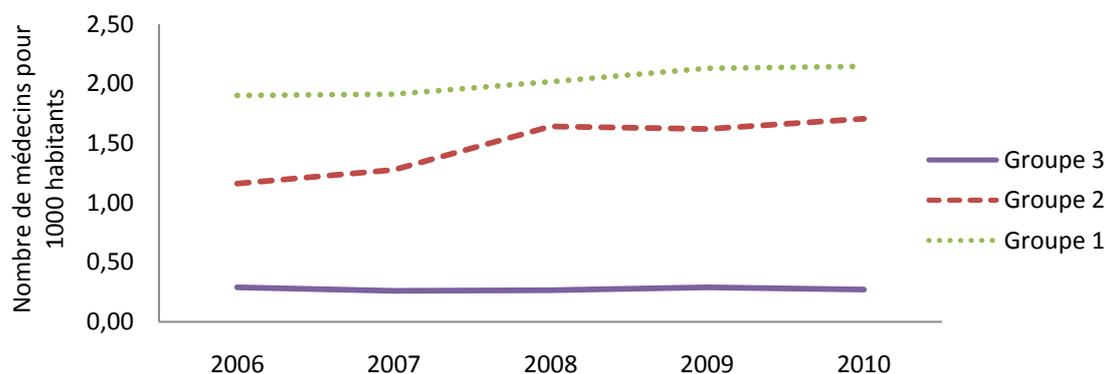
Figure 4. Dépenses publiques générales de santé en pourcentage des dépenses publiques générales, en 2010

44. Dans les pays du groupe 3, le manque d'efficacité du financement de la santé résulte principalement de l'inadéquation de la gamme des compétences, des problèmes d'acquisition, et de l'utilisation de technologies inappropriées pour la fourniture des services de santé. Dans les pays du groupe 2, les déséquilibres de production et d'utilisation des personnels de santé représentent la cause majeure d'inefficacité, en plus des dépenses disproportionnées engagées pour les soins curatifs et hospitaliers, comparées aux soins préventifs et primaires. En outre, l'absence de stratégies d'achat et de mécanismes de paiement des fournisseurs liés à la performance entraîne une fort mauvaise utilisation des ressources de santé dans la Région. Traditionnellement, le secteur public acquiert des prestations de services en recrutant du personnel et en livrant des médicaments, des fournitures et du matériel, mais ne procède pas à des achats stratégiques en vue de garantir les résultats désirés.

45. Presque tous les pays du groupe 2 et plusieurs pays du groupe 3 ont publié au moins une série de comptes nationaux de la santé. Trois pays ont publié plus de trois séries. Quant aux pays du groupe 1, ils ont tous engagé le travail préparatoire requis pour l'élaboration d'une série de comptes nationaux de la santé. D'autres mécanismes d'intervention pour le financement de la santé doivent être mis en œuvre pour permettre l'évaluation du niveau de couverture, en particulier pour la population expatriée dans ces pays. Dans tous les pays, il est nécessaire d'institutionnaliser la production de comptes nationaux de la santé et d'utiliser systématiquement plusieurs outils d'analyse pour orienter les mécanismes de financement et fixer les priorités dans le secteur de la santé.

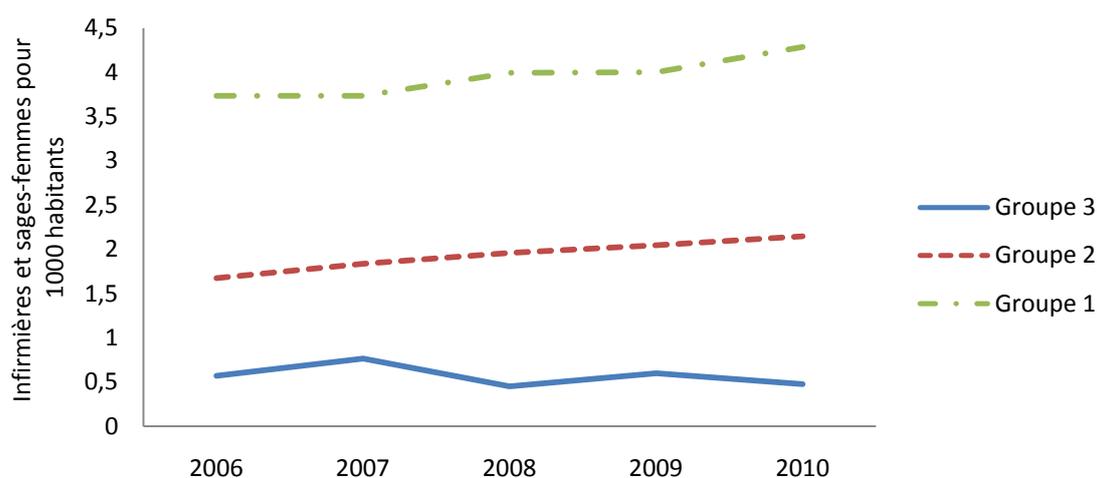
Personnels

46. La plupart des pays du groupe 3 sont classés comme étant en situation de crise en termes de ressources humaines pour la santé. La densité moyenne des personnels de santé (environ 1 pour 1 000) est bien inférieure à la valeur de référence (2,3 pour 1 000). La figure 5 présente l'évolution de la densité des médecins, et la figure 6 celles des infirmières et des sages-femmes dans la Région, pour la période 2006–2010. L'accès restreint à des personnels de santé correctement formés, en particulier dans les zones rurales et les zones urbaines mal desservies, constitue le principal facteur d'incapacité à garantir un accès aux services de soins essentiels et à réaliser les objectifs du Millénaire pour le développement. Le renforcement des effectifs est confronté à des défis de poids dans les domaines de la planification, de la production, du déploiement/de la fidélisation et de la gouvernance. L'utilisation efficace de la réserve restreinte en ressources humaines de santé localement formées exige une consolidation de la gestion du personnel, des environnements de travail favorables, des formations



Source : Bureau régional OMS de la Méditerranée orientale. Observatoire régional de la santé.

Figure 5. Densité de médecins par groupe de pays entre 2006 et 2010



Source : Bureau régional OMS de la Méditerranée orientale. Observatoire régional de la santé.

Figure 6. Densité d'infirmières et de sages-femmes par groupe de pays entre 2006 et 2010

une meilleure productivité, et des approches efficaces de fidélisation des personnels. Les programmes d'enseignement présentent une qualité discutable, en raison de la baisse du soutien apporté aux institutions d'enseignement supérieur. Dans ces pays, l'incapacité à hiérarchiser les investissements dans la production d'une gamme de personnels adéquate - notamment de personnels de santé au niveau communautaire - viable et susceptible de satisfaire les besoins de la population en matière de santé, reste un obstacle majeur au développement des ressources humaines. La nécessité de renforcer les fonctions de réglementation pose un défi supplémentaire, alors que le secteur privé à but lucratif joue un rôle toujours plus important dans la production de personnels.

47. Les pays du groupe 2 présentent un rapport de densité moyenne de personnels de santé d'environ 5,2 pour 1 000 habitants. L'incapacité du système à coordonner et à optimiser la production, le déploiement et la productivité constitue le principal défi, soutenu par la nécessité de renforcer la planification reposant sur des données factuelles, les politiques et réglementations, la coordination nationale, les investissements dans les fonctions de développement et de réglementation des ressources humaines en santé au vu de l'expansion des intervenants non publics. Si la capacité de production est satisfaisante dans de nombreux pays, dans certains d'entre eux le système de santé présente des capacités restreintes en termes d'absorption du personnel produit. Les préoccupations concernant la qualité et l'homogénéité des normes, ainsi que la responsabilité sociale des institutions d'enseignement supérieur, suscitent des efforts pour l'établissement de programmes nationaux d'accréditation dans la plupart de ces pays. Le système de gestion des personnels dans les pays du groupe 2 est inefficace et manque de souplesse. Il repose majoritairement sur des principes de la fonction publique à l'échelle de l'État, fréquemment obsolètes et souvent incapables de faire face aux problèmes de déploiement, d'évolution de carrière et de fidélisation de personnels extrêmement performants et motivés.

48. Les pays du groupe 1 présentent une densité moyenne de personnels de la santé égale à sept agents de santé pour 1 000 habitants - une densité considérée comme satisfaisante et qui soutient avantageusement la comparaison avec la moyenne mondiale des pays à revenu intermédiaire. Toutefois, ces pays continuent de dépendre considérablement des personnels de santé expatriés, dont la proportion - dans le cas des infirmières - peut atteindre jusqu'à 90 % dans certains pays. Les pays du groupe 1 se concentrent désormais sur la capacité de production de personnels, en s'efforçant notamment d'accroître le nombre des institutions de formation, de nationaliser les personnels et d'anticiper les besoins à venir. Parmi les autres défis décisifs pour ces pays figurent la gestion des

personnels, en particulier l'emploi contractuel, le caractère temporaire de la plupart des personnels, l'absence d'évolution de carrière, et la rotation rapide des effectifs. L'écueil de la langue et l'adaptation socioculturelle posent des difficultés supplémentaires.

49. Les défis auxquels sont confrontés les trois groupes de pays dans le secteur de l'enseignement médical et infirmiers sont plus ou moins similaires. Malgré les progrès réalisés par certaines institutions dans la mise à jour des programmes d'enseignement médical et infirmier, la majorité des écoles continuent de suivre les programmes classiques qui, dans l'ensemble, n'ont pas évolué pour se baser sur les compétences. Plusieurs pays ont instauré des programmes de formation en médecine familiale, mais leur portée reste limitée. Les facteurs à l'origine du retard de progression dans ce domaine sont notamment : l'absence de coordination efficace entre les prestataires de service, en particulier les ministères de la santé et les institutions de l'enseignement supérieur ; la capacité institutionnelle limitée à former à grande échelle des médecins de famille, ainsi qu'à convertir le cadre existant des médecins généralistes en médecins de famille par le biais de programmes sur mesure ; et l'incapacité à présenter la médecine familiale comme une carrière attrayante aux yeux des nouveaux diplômés (27, 28). Les principaux obstacles à l'accès à un enseignement infirmier de qualité dans la région sont les suivants : insuffisance des investissements et faible priorité accordée à l'enseignement infirmier ; manque de capacités des écoles d'infirmières en termes de mise à disposition de formateurs et d'infrastructures ; nécessité de poursuivre la mise à jour des programmes d'enseignement infirmier en vue de combler l'écart entre les services et l'enseignement ; limites des capacités institutionnelles à proposer des programmes de formation post-élémentaire ; et place insuffisante accordée aux programmes de formation continue (29).

Information

50. Dans les pays du groupe 3, les obstacles en matière d'information sont nombreux et concernent un large éventail d'aspects. Les différentes composantes du système d'information sanitaire présentent des failles, notamment en termes de ressources, d'indicateurs, de sources et de gestion des données, de produits d'information, et d'utilisation de l'information (19). En outre, le cadre législatif et réglementaire requis pour garantir le fonctionnement du système d'information sanitaire fait parfois défaut. Les ressources (telles que le personnel, le financement, et les technologies de l'information et de la communication) sont peu abondantes, et la coordination reste souvent inadaptée ; ceci entraîne la fragmentation et la fragilité des systèmes de collecte des données – fondés à la fois sur les installations et sur la population –, pour déboucher finalement sur des produits d'information de qualité médiocre en matière de risques sanitaires, de morbidité, de mortalité et de couverture des interventions. Les systèmes d'état civil et de statistiques démographiques et sanitaires se heurtent à des obstacles similaires. Naissances et décès ne sont pas tous enregistrés, et les déclarations de la cause du décès sont inexistantes ou limitées.

51. Les pays du groupe 2 disposent généralement de systèmes d'information sanitaire qui fournissent des produits d'information utiles et adaptés. Néanmoins, des décalages notables perdurent, et la qualité reste souvent un sujet de préoccupation majeur. Les faits montrent qu'en dépit de l'enregistrement presque exhaustif des naissances et des décès, la qualité des statistiques sur les causes de décès produites par les systèmes actuels doit être considérablement améliorée. Des enquêtes sporadiques sont réalisées auprès de la population ; certaines n'utilisent pas les méthodologies standardisées, et d'autres sont effectuées par différentes agences, sans véritable coordination ni planification commune, ce qui entraîne une répétition et une utilisation inefficace des données requises pour l'élaboration des mesures et l'évaluation. Les principales failles restent l'absence d'évaluation correcte des données par le biais d'outils standardisés et fiables pour la qualité et l'analyse. Les produits d'information sont incomplets et sous-exploités par les responsables politiques et les décideurs aux niveaux national et régional.

52. Les pays du groupe 1 sont généralement confrontés à des défis analogues à ceux du groupe 2. Ainsi, les indications disponibles montrent que seule la moitié des pays de ce groupe soumettent régulièrement des informations précises sur la mortalité par cause spécifique, et que les risques sanitaires et les morbidités ne font pas l'objet d'un suivi régulier. En outre, l'une des difficultés majeures concerne la nécessité de moderniser les systèmes d'information sanitaire, par le biais de technologies de l'information et de la communication de pointe privilégiant les données liées aux résultats sanitaires. Dans ce groupe de pays, la proportion de non ressortissants au sein des personnels est élevée, et implique ainsi une rotation importante qui constitue un frein au développement et à la viabilité du système.

Technologies de la santé : médicaments essentiels, vaccins, dispositifs médicaux et diagnostics

53. Dans les pays du groupe 3, les technologies de la santé représentent plus de 50 % de la hausse des dépenses annuelles des ministères de la santé^{viii} ; quoi qu'il en soit, un pourcentage élevé de la population ne bénéficie pas d'un accès régulier aux médicaments essentiels de qualité ni à d'autres produits (30). Dans de nombreux pays, il n'existe pas de systèmes efficaces d'assurance qualité et de surveillance, et la vente de médicaments contrefaits constitue un véritable problème. Les produits médicaux sont importés à 90 %, et souvent utilisés de manière inconséquente (31). En l'absence de politiques gouvernementales ou de capacité de réglementation, les marchés restent avant tout axés sur l'approvisionnement, ce qui explique en partie les raisons pour lesquelles les principaux financements pour les achats sont investis à mauvais escient dans des produits médicaux inappropriés. Les médicaments achetés en tant que médicaments de marque sont en moyenne 2,9 fois plus chers que leurs équivalents génériques (32, 33). Le manque de réglementation des vaccins et autres produits biologiques, en particulier ceux utilisés dans le secteur privé, constitue un obstacle d'envergure pour les pays du groupe 3. Les faiblesses à l'échelle du système - telles que limitation des ressources financières, inadéquation des capacités de production, et absence d'agences d'évaluation des technologies de la santé pour enquêter sur l'innocuité clinique, l'adéquation, l'efficacité et l'utilisation rationnelle des nouvelles technologies - se répercutent sur la gestion des technologies de la santé (34).

54. Dans les pays du groupe 2, les ministères de la santé consacrent jusqu'à 30 % de leur budget à l'achat de produits médicaux (35). Bien qu'il existe des mesures écrites sur ces produits dans la majorité des pays, celles-ci ne sont pas entérinées en bonne et due forme ou ne sont pas mises en œuvre. Ces pays importent entre 60 et 90 % de leurs produits médicaux (36). Dans près de 60 % d'entre eux, il n'existe pas de directives d'achat concernant les dispositifs médicaux (37). Seuls deux pays possèdent une agence d'évaluation des technologies de la santé, destinée à informer les responsables sur l'efficacité et la pertinence d'utilisation des nouvelles technologies.

55. Il est difficile de recueillir des informations relatives à l'accès aux médicaments. En matière d'accès, une enquête menée dans neuf pays des groupes 3 et 2 a fait apparaître que a) la disponibilité des médicaments essentiels variait considérablement entre les pays, et que b) les médicaments étaient généralement plus difficiles à se procurer dans le secteur public que dans le secteur privé (32). La pharmacovigilance se révèle peu efficace en termes de détection, d'examen et de compte-rendu des effets secondaires de la vaccination. Des études portant sur la transparence dans le secteur pharmaceutique, réalisées dans huit pays, ont montré qu'il n'existe pas de politiques de gestion des conflits d'intérêt et que plusieurs fonctions majeures des systèmes pharmaceutiques présentent des vulnérabilités (38).

^{viii} L'OMS définit les « technologies de la santé » de la manière suivante : « l'application de connaissances et de compétences organisées sous forme de dispositifs, de médicaments, de vaccins, de procédés et de systèmes mis au point pour résoudre un problème de santé et améliorer la qualité de la vie ». Technologies de la santé et produits médicaux sont utilisés de manière interchangeable.

56. Dans les pays du groupe 1, les dépenses par habitant pour l'achat de produits médicaux sont deux fois plus élevées que dans les pays du groupe 2 (39). Néanmoins, la mauvaise répartition et la surabondance des produits achetés entraînent une flambée des coûts de distribution et une inégalité d'accès au sein de la population. Selon les informations disponibles, le retour sur investissement pour les dispositifs médicaux de pointe achetés au niveau national est peu élevé en moyenne dans les pays des groupes 1 et 2, notamment en raison d'achats impropres, de la trop grande sophistication des produits achetés, de leur mauvaise utilisation, et de l'absence d'un véritable entretien correctif et préventif (40). De nombreux planificateurs sanitaires nationaux n'ont pas encore pris la pleine mesure de concepts tels que modes opératoires normalisés ou évaluation et gestion des technologies de la santé. Les utilisations abusives et les erreurs médicales liées aux technologies de la santé constituent des sujets de préoccupation majeure dans ces pays. Malgré les avantages des achats en vrac dans les pays du groupe 1, la demande élevée en produits médicaux sophistiqués a débouché sur une montée en flèche des coûts de fourniture des soins de santé.

Prestation de services

57. Dans les pays du groupe 3, l'accès aux services de soins de santé primaires demeure un véritable défi en raison de l'absence d'infrastructures de santé ou de leur destruction, de l'inaccessibilité physique, ou de l'insécurité. D'après des rapports fournis par certains États Membres, l'accès aux services de santé locaux varie entre 24 et 97 %. Trois pays du groupe 3 se trouvent dans des phases différentes de mise en œuvre d'un ensemble essentiel de services. Jusqu'à présent, ils ne satisfont pas aux normes de qualité optimales prévues dans les protocoles et les directives de traitement.

58. Le ratio de lits d'hôpitaux par habitant varie entre 4 et 14 pour 10 000 habitants. Les hôpitaux absorbent entre 50 et 80 % du total des dépenses publiques de santé (41). Parmi les facteurs associés aux mauvaises performances de ces établissements figurent la gestion inefficace des ressources financières et humaines, la participation financière des patients et l'absence de protection pour les pauvres, l'inadéquation de l'orientation-recours et du soutien en matière de soins de santé primaires, le manque d'autonomie réelle des hôpitaux, et le niveau médiocre de la qualité et de la sécurité des soins. Dans l'un des pays, la prévalence des effets secondaires chez les patients hospitalisés a été estimée à 18 % (42), mais cette même information fait défaut pour d'autres pays du groupe 3.

59. Dans les pays du groupe 2, plus de 80 % des habitants disposeraient d'un accès physique aux services de soins de santé primaires. Néanmoins, qualité et accessibilité financière demeurent les principaux obstacles. Quatre de ces pays ont élaboré et mis en œuvre un ensemble essentiel de services de santé. Les problèmes de premier plan en matière de soins de santé primaires concernent la qualité, l'utilisation et la capacité à faire face à l'évolution de la charge de morbidité et des besoins spécifiques de la population vieillissante. Dans certains pays, nombre des services sont fournis par le secteur privé et restent, dans une large mesure, non réglementés.

60. Le ratio de lits d'hôpitaux pour la population varie entre 5 et 37 pour 10 000 habitants. Parmi les obstacles à la prestation des soins hospitaliers figurent le manque de coordination avec d'autres niveaux du système de santé, le sous-financement et la dépendance accrue à la participation financière des patients, le dysfonctionnement des systèmes d'orientation-recours, et la gestion inadaptée des ressources. Selon une étude récente sur la sécurité des patients, jusqu'à 14 % des hospitalisations dans les pays du groupe 2 sont associées à des effets secondaires (42). Malgré des progrès encourageants dans certains pays, beaucoup n'ont pas encore élaboré de programmes d'accréditation nationaux, qui permettraient d'améliorer la qualité des soins administrés aux patients.

61. Dans les pays du groupe 1, l'accès aux services de soins de santé primaires ne pose aucun problème. Par contre, un problème crucial subsiste : le manque d'attention accordée par les programmes de soins de santé primaires à la qualité, la sécurité, au rapport coût-efficacité, à l'utilisation, et la capacité à faire face aux évolutions en termes de charge de morbidité et de besoins spécifiques de la population vieillissante.

62. Il existe un réseau perfectionné d'hôpitaux du secteur public, avec un ratio de lits d'hôpitaux par habitant allant de 11 à 21 pour 10 000 habitants. Pour la prestation de services, ce réseau s'appuie sur des personnels expatriés. Nombre de ces établissements recourent à une technologie onéreuse et doivent faire face à une croissance rapide des coûts. La nécessité de réduire les frais hospitaliers, par le biais d'une gestion efficace, d'une utilisation rationnelle des technologies, et du recours aux soins à domicile, en transférant certaines disciplines du cadre tertiaire aux services périphériques, reste un enjeu de premier plan. Dans ces pays, la dépendance à l'égard des systèmes d'accréditation à caractère commercial et l'absence de systèmes nationaux ou régionaux de normes relatives aux soins de santé constituent des écueils majeurs.

Soutien du système de santé aux programmes de santé publique et aux urgences complexes

63. Au niveau mondial et dans la Région, il apparaît de plus en plus clairement que les mauvaises performances des systèmes de santé nationaux créent des difficultés d'envergure pour tous les programmes qui ciblent les maladies prioritaires, les interventions tout au long du cycle de la vie et la réalisation des OMD. Les obstacles à l'échelle du système^{ix} nuisent à la prestation des services et à la bonne exécution des programmes. Face à ces difficultés, de nombreuses initiatives mondiales - telles que l'alliance GAVI et le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme - ont créé des possibilités de financement pour le renforcement des systèmes de santé qui couvrent actuellement sept pays de la Région.

Deuxième partie. Priorités et Options pour le renforcement des systèmes de santé dans la Région de la Méditerranée orientale

64. L'analyse figurant dans la première partie de ce rapport fait apparaître des failles importantes et un large éventail de difficultés, qui se répercutent sur les performances des systèmes de santé dans tous les pays de la Région. Nombre de ces difficultés sont communes à tous les pays, mais leur expression et les moyens de les résoudre diffèrent sans doute d'un groupe à l'autre. Pour permettre aux pays de relever ces défis, la seconde partie du présent document propose un ensemble limité de sept priorités essentielles (encadré 1) sur lesquelles les responsables politiques des États Membres devront se pencher tout particulièrement. Dans ces sept domaines prioritaires, il convient de prendre des mesures stratégiques afin de constituer des systèmes de santé nationaux renforcés et capables de s'adapter.

Encadré 1. Priorités pour le renforcement des systèmes de santé dans la Région de la Méditerranée orientale

1. Progression vers une couverture de santé universelle.
2. Consolidation du leadership et de la gouvernance en matière de santé.
3. Renforcement des systèmes d'information sanitaire.
4. Promotion d'une répartition équilibrée et d'une bonne gestion des personnels de santé.
5. Amélioration de l'accès à des services de soins de santé de qualité.
6. Collaboration avec le secteur privé de la santé.
7. Garantie de l'accès aux technologies essentielles : médicaments essentiels, vaccins, dispositifs médicaux et diagnostics.

^{ix} Les obstacles à l'échelle du système sont les facteurs qui échappent au contrôle des programmes de santé publique, tels que les programmes de vaccination ou de nutrition, et qui se répercutent sur la bonne exécution des programmes.

Stratégies et options pour le renforcement des systèmes de santé : un effort de collaboration entre les pays et l'OMS

65. Ci-dessous figurent les options et mesures stratégiques qu'il est recommandé aux États Membres d'examiner pour chacune des priorités susmentionnées. Le Comité régional est invité à formuler des observations sur les mesures préconisées. L'OMS devra collaborer étroitement avec d'autres partenaires pour soutenir les États Membres. Par conséquent, il est également demandé au Comité régional d'émettre des avis sur les contributions proposées par l'OMS et ses partenaires.

1. Progression vers une couverture de santé universelle

Ce que peuvent faire les États Membres

66. Établir un conseil de santé multisectoriel de haut niveau, rassemblant des représentants des autres ministères du secteur public, des organisations non gouvernementales, du secteur privé de la santé et d'autres parties prenantes pour préparer une feuille de route en vue de parvenir à une couverture de santé universelle.

67. Élargir les programmes de prépaiement reposant sur les recettes publiques générales ou les programmes d'assurance-maladie afin de fournir une protection contre le risque financier à la population, progressant ainsi sur la voie de la couverture de santé universelle.

68. Constituer ou renforcer, dans les ministères de la santé ou les bureaux centraux des statistiques, les services d'économie de la santé chargés d'effectuer régulièrement une analyse des comptes nationaux de santé et des enquêtes sur les dépenses et l'utilisation des services de santé.

69. Entreprendre une évaluation des dépenses de santé pour faire le point sur la contribution du secteur public, afin d'engager et de maintenir le dialogue avec les ministères des finances et de la planification, et de mobiliser des fonds supplémentaires provenant de sources intérieures, notamment par des approches de financement novatrices, telles que des taxes sur les produits du tabac et les aliments malsains (aliments riches en sucre, par exemple).

70. Envisager des achats stratégiques et des mécanismes incitatifs de paiement des prestataires (paiement par capitation pour les soins primaires et paiement par cas pour les soins hospitaliers, par exemple) afin d'influencer le comportement des prestataires et des utilisateurs ; et les évaluer en vue de cerner leurs répercussions sur l'efficacité et l'équité dans le secteur de la santé.

Comment l'OMS peut apporter son soutien

71. Faire le point sur l'expérience internationale et les enseignements tirés des pays qui sont parvenus à une couverture de santé universelle ; examiner le rôle des conseils de santé de haut niveau d'après les expériences existantes et échanger, avec les pays, des informations relatives aux meilleures pratiques.

72. Renforcer les compétences des personnels travaillant dans les services d'économie de la santé, pour entreprendre l'analyse des comptes nationaux de santé ainsi que des enquêtes sur les dépenses et l'utilisation des services dans ce secteur.

73. Collaborer avec des partenaires, tels que la Banque mondiale, pour aider les pays à réaliser des évaluations des dépenses de santé.

74. Rassembler et échanger des informations sur les meilleures pratiques et les expériences en matière de financement novateurs, notamment les taxes sur les alcools ou taxes d'accise sur le tabac et les aliments malsains.

75. Élaborer une note d'information précisant le concept et les aspects opérationnels des « achats stratégiques » ; rassembler et diffuser des exemples réussis d'achats stratégiques et de méthodes novatrices de paiement des prestataires.

2. Consolidation du leadership et de la gouvernance en matière de santé

Ce que peuvent faire les États Membres

76. Établir des services de planification et de politique de la santé au sein des ministères de la santé, et/ou les renforcer, en consolidant les compétences des personnels, notamment en termes d'analyse des politiques reposant sur des bases factuelles, de détermination des priorités, de calcul des coûts et d'étude du rapport coût/efficacité ; et élaborer et superviser la mise en œuvre de politiques nationales et de plans stratégiques.

77. Examiner et actualiser à jour les lois sur la santé publique, et renforcer les moyens du service responsable des aspects réglementaires du secteur de la santé, par la mise en application de lois qui ciblent les problèmes de santé publique, protègent les consommateurs, et réglementent les prestataires et les centres de santé (homologation, certification et accréditation).

78. Élaborer un cadre à partir d'un ensemble d'indicateurs bien définis afin de superviser les performances du système de santé, et publier un rapport annuel évaluant les performances de ce secteur, notamment l'obtention de résultats.

Comment l'OMS peut apporter son soutien

79. Consolider le savoir-faire au sein de l'OMS et développer les capacités des personnels, pour soutenir les pays et faire le point sur les politiques nationales de santé en termes de processus et de contenu.

80. Accroître les moyens du personnel national en matière de compétences et d'outils de planification et d'analyse des politiques de santé, notamment pour la détermination des priorités, l'évaluation des options, et l'analyse du rapport coût/efficacité et des parties prenantes.

81. Constituer un réseau d'experts internationaux forts d'une certaine expérience dans l'évaluation et l'élaboration de lois sur la santé publique.

82. Mettre au point des orientations techniques relatives à un cadre de base et à un ensemble d'indicateurs pour les performances du système de santé.

3. Renforcement des systèmes d'information sanitaire

Ce que peuvent faire les États Membres

83. Analyser l'état actuel du système d'information sanitaire national et ses composantes majeures (suivi des risques de santé et de la morbidité, enregistrement des statistiques de mortalité par cause spécifique, et évaluation des capacités et des performances du système de santé), en collaboration avec des partenaires privilégiés, tels que l'Office central des statistiques, les services de l'état civil, le ministère de l'intérieur, et le ministère de la justice ; élaborer un plan destiné à combler les lacunes et à renforcer les domaines nécessitant davantage de contributions et de soutien.

84. Entreprendre périodiquement des enquêtes de santé dans des pays pour lesquels celles-ci ne sont pas institutionnalisées ; privilégier l'évaluation des facteurs de risque, de la morbidité et de la réactivité des systèmes de santé, ainsi que celle d'autres domaines liés à la santé.

Comment l'OMS peut apporter son soutien

85. Élaborer des orientations techniques et un plan régional afin de consolider les systèmes d'information sanitaire dans les pays, conjointement avec d'autres partenaires régionaux, tels que les Commissions économiques et sociales des Nations Unies, le Réseau de métrologie sanitaire, et les institutions internationales et régionales concernées, en accordant une attention particulière au renforcement des capacités en épidémiologie et en information sanitaire.

86. Concevoir un cadre de maîtres instructeurs, et proposer aux personnels nationaux des possibilités de formation sur certains aspects essentiels des processus et de statistiques de l'état civil d'enregistrement des faits d'état civil, notamment la certification médicale des décès et le codage selon la classification internationale des maladies (CIM).

87. Soutenir les États Membres en établissant des projets en utilisant communautaires pour l'enregistrement des naissances, des décès et des causes de décès, de l'enregistrement par sondage des faits d'état civil avec autopsie verbale – une mesure temporaire qui permettra d'améliorer les statistiques, notamment dans les lieux où naissances et décès ne sont pas enregistrés par les autorités nationales.

88. Mettre au point une méthodologie d'enquête standard pour la réalisation périodique d'enquêtes de santé dans les pays, et former du personnel local pour mener de telles enquêtes.

89. Aider à adapter l'enquête aux besoins spécifiques des pays, et contribuer à l'analyse des données et à la préparation des rapports finaux.

4. Promotion d'une répartition équilibrée et d'une bonne gestion des personnels de santé

Ce que peuvent faire les États Membres

90. Réaliser une analyse détaillée de la situation actuelle des personnels de santé et élaborer des plans exhaustifs dans ce domaine - en adéquation avec les plans sanitaires nationaux -, qui couvrent la production, la formation et la fidélisation des personnels de santé, en collaboration avec le ministère de l'enseignement supérieur, les établissements universitaires et d'autres partenaires.

91. Coopérer avec des établissements de l'enseignement supérieur pour faire le point sur l'état actuel de la production et de la formation des médecins de famille ; et concevoir des plans concrets à courte et moyenne échéances pour combler les lacunes en termes de qualité et de nombre de praticiens de médecine générale.

92. Introduire des mesures permettant d'améliorer la fidélisation, la motivation et les performances des personnels, en élaborant des programmes d'incitation axés sur les résultats, prévoyant des indemnités partielles, le partage des frais et un meilleur environnement de travail, des programmes de formation continue et des possibilités d'évolution de carrière pour réduire le déséquilibre entre zones urbaines et zones rurales et la « fuite des cerveaux ».

93. Lancer des programmes d'accréditation pour les établissements d'enseignement supérieur et/ou renforcer les programmes existants, en vue de proposer des programmes de formation de haute qualité pour tous les cadres des personnels de santé.

Comment l'OMS peut apporter son soutien

94. Concevoir des outils efficaces permettant d'aider les États Membres à faire des prévisions fiables pour les différents cadres de personnels, et à consolider les capacités techniques des services de planification dans les ministères de la santé.

95. Examiner les expériences régionales et internationales en matière de programmes de formation en médecine familiale, et diffuser les meilleures pratiques pour augmenter la production de

professionnels des soins de santé primaires correctement formés, notamment par le biais de programmes relais à court terme destinés à couvrir les pénuries sévères dans un délai satisfaisant.

96. Aider les pays à concevoir et analyser des programmes de formation axés sur les compétences, pour les programmes relais et ceux de formation à long terme.

97. Rassembler et diffuser des informations sur les meilleures pratiques concernant les programmes d'incitation axés sur les résultats qui ont contribué à améliorer la prestation des services de santé dans les zones difficiles d'accès.

98. Mettre au point, adapter et analyser des normes permettant d'établir des programmes d'accréditation pour différentes catégories d'établissements de formation.

5. Collaboration avec le secteur privé de la santé pour atteindre les objectifs de santé publique

Ce que peuvent faire les États Membres

99. Réaliser des études cartographiques des centres et des prestataires privés de soins de santé pour recueillir des informations sur la répartition, l'utilisation et la qualité des soins, et le coût des services, en vue de garantir qu'ils sont enregistrés et homologués par les organismes de réglementation adéquats.

100. Analyser et mettre à jour les lois et règlement appropriés, et envisager des mesures d'incitation pour modifier le comportement des prestataires privés, en reconnaissant les résultats de qualité, en fournissant des médicaments essentiels pour les problèmes de santé prioritaires, et en proposant des possibilités de formation continue.

Comment l'OMS peut apporter son soutien

101. Concevoir et valider des outils d'évaluation pour la cartographie des prestataires privés, soutenir la mise à jour des lois et des normes liées à la qualité des soins dispensés par les prestataires privés, et renforcer les capacités des agences d'accréditation et des ministères de la santé à mettre en œuvre des mécanismes permettant d'améliorer la qualité des soins et la protection des consommateurs.

102. Échanger les informations disponibles concernant l'impact de l'externalisation des services de santé sur l'accès, la qualité, le rapport coût-efficacité et l'équité.

6. Garantie de l'accès aux technologies essentielles : médicaments essentiels, vaccins, dispositifs médicaux et diagnostics

Ce que peuvent faire les États Membres

103. Renforcer les autorités de réglementation nationales en les dotant du personnel et des ressources adéquats pour garantir la qualité, la sécurité et l'efficacité, et élargir leur domaine d'activité en vue de couvrir toutes les technologies de la santé, notamment les médicaments, les vaccins, les dispositifs médicaux et les diagnostics.

104. Faciliter l'accès aux médicaments essentiels et aux autres technologies, en suivant leur disponibilité dans les centres de soins de santé primaires et en adoptant des démarches visant à rendre plus abordables les médicaments essentiels, telles qu'énumérées ci-dessus.

105. Établir des priorités en s'appuyant sur l'évaluation des technologies de la santé, et notamment sur l'efficacité clinique, ainsi que sur les impacts économiques, sociaux et éthiques de l'utilisation des médicaments, des vaccins et des dispositifs médicaux.

Comment l'OMS peut apporter son soutien

106. Élaborer une note d'information portant sur le concept d'autorités nationales de réglementation, leurs fonctions et les aspects organisationnels, et partager avec les pays des modèles d'autorités nationales de réglementation fonctionnant de façon satisfaisante.

107. Soutenir la mise à jour des listes de médicaments essentiels, de dispositifs et d'autres technologies pour les hôpitaux et les centres de soins primaires, en fonction des besoins et des priorités des pays.

108. Contribuer à l'élaboration, la promotion et la diffusion de lignes directrices cliniques reposant sur des bases factuelles indépendantes, pour les situations communes.

109. Aider les pays à renforcer leurs capacités dans le domaine de l'évaluation des technologies de la santé, et ce pour l'ensemble des technologies (médicaments, vaccins et dispositifs biologiques et médicaux).

7. Amélioration de l'accès à des services de soins de santé de qualité

Ce que peuvent faire les États Membres

110. Mettre au point un ensemble essentiel de services de santé au niveau des soins primaires, et étudier différentes options pour sa mise en œuvre, moyennant un réseau intégré de centres de soins de santé primaires, des agents de santé communautaires, d'externalisation auprès des organisations non-gouvernementales, ou une combinaison de ces éléments.

111. Évaluer les performances des hôpitaux du secteur public et concevoir un plan d'action pour améliorer la qualité, la sécurité et l'efficacité des services fournis.

112. Améliorer la qualité et la sécurité des patients dans les hôpitaux, par le lancement d'un programme à l'échelle nationale, la sélection d'hôpitaux au cours de la première phase, l'estimation de la prévalence des événements indésirables, ainsi que l'évaluation des obstacles et l'introduction de mesures pour en venir à bout.

113. Améliorer la qualité et la sécurité des soins dans les centres de santé en mettant au point des programmes d'accréditation nationaux ou régionaux.

Comment l'OMS peut apporter son soutien

114. Élaborer des orientations techniques pour la conception d'un ensemble essentiel de services de soins de santé primaires ; apporter un soutien aux programmes pilotes de mise en œuvre de cet ensemble essentiel de services, avant le passage à l'échelle supérieure.

115. Établir une stratégie régionale qui identifie les difficultés et les priorités pour les hôpitaux ; concevoir ou adapter des outils efficaces et fiables permettant d'évaluer les performances des hôpitaux ; contribuer à la mise en œuvre de programmes de formation pour les directeurs d'hôpital, en coordination avec les centres collaborateurs de l'OMS et d'autres partenaires de l'OMS.

116. Aider à mesurer la prévalence des événements indésirables dans les hôpitaux, en particulier les niveaux de morbidité et de mortalité associés à ces événements indésirables, et favoriser l'utilisation de manuels sur l'évaluation de la sécurité du patient, afin d'identifier les faiblesses systémiques et d'élaborer des plans pour les surmonter.

117. Fournir les meilleurs éléments d'appréciation sur l'efficacité des programmes d'accréditation, pour l'amélioration de la qualité des soins ; examiner les normes d'accréditation existantes, évaluer leur faisabilité et former des experts régionaux capables de superviser les programmes d'accréditation nationaux.

Conclusion

118. Au cours des périodes de stabilité comme dans les situations d'urgence, il est avéré que des systèmes de santé performants jouent un rôle majeur dans la promotion de la santé des populations et de la santé individuelle. Par ailleurs, les systèmes de santé sont des vecteurs permettant aux programmes axés sur une maladie spécifique d'atteindre leurs objectifs. Malgré les progrès tangibles réalisés dans la Région de la Méditerranée orientale, on constate toujours des disparités en termes de santé de la population et d'accès aux soins. Les inégalités en matière de santé, l'exposition accrue aux risques sanitaires, l'augmentation du coût des soins, et les niveaux inacceptables de l'accès à des soins de qualité dans la Région nécessitent le renforcement des systèmes de santé nationaux, pour permettre un accès universel à un ensemble exhaustif de services de qualité (concernant notamment la prévention, la promotion, le traitement et la réadaptation), tout en garantissant une protection sociale et financière en matière de santé.

119. Afin de relever les défis auxquels sont confrontés les systèmes de santé, le présent document identifie un ensemble de priorités décisives qui sont soumises à l'examen des États Membres. Pour chacune de ces priorités, une série de stratégies et d'options est proposée. Chaque option comporte deux composantes : ce que peuvent faire les États Membres, et comment l'OMS et ses partenaires peuvent contribuer à leurs efforts. Le programme est long et ambitieux, pour les pays tout comme pour l'OMS, et les options devront être adaptées aux besoins spécifiques des différents pays. Il est urgent que ces pays prennent la direction des opérations et étudient les mesures appropriées pour améliorer les performances de leur système de santé, élargir la protection sociale et financière dans ce domaine, promouvoir l'accès à des services de santé et des technologies de qualité ; et superviser les progrès pour tendre vers une couverture universelle. Parallèlement, l'OMS sait qu'il sera difficile d'être à la hauteur des attentes de ces pays pour ce qui est du soutien technique requis.

Références

1. *L'avenir de la santé dans la Région OMS de la Méditerranée orientale : renforcer le rôle de l'OMS*. Le Caire, Bureau régional OMS de la Méditerranée orientale, 2012.
2. *Les soins de santé primaire : 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.
3. *Rapport sur la santé dans le monde 2008 : les soins de santé primaires - maintenant plus que jamais*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2008.
4. *Rapport sur la santé dans le monde 2000 : Pour un système de santé plus performant*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2000.
5. *Sustaining health gains – building systems. Health systems report to Congress*. Washington DC, Agence américaine pour le développement international, octobre 2009.
6. *Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes. A framework for action*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2007.
7. Nations Unies, Département des affaires économiques et sociales, Division de la population. *World Population Prospects: The 2010 Revision*, édition sur CD-ROM, 2011. Consultable sur <http://esa.un.org/unpd/wpp/index.htm>
8. WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean. Regional Health Observatory , Women and Reproductive Health, Contraceptive prevalence (%). Available at: <http://rho.emro.who.int/rhodata/>
9. *Trends in maternal mortality: 1990 to 2010. WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank estimates*. Geneva, World Health Organization, 2012.
10. *Levels and trends in child mortality, report 2011*. Estimates developed by the UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation,
11. WHO global burden of disease death estimates 2008. Available at http://www.who.int/gho/mortality_burden_disease/global_burden_disease_death_estimates_sex_2008.xls, accessed 31 August 2012.
12. *Global tuberculosis control 2011* (Rapport 2011 sur la lutte contre la tuberculose dans le monde : résumé d'orientation en français) Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2011.
13. *World malaria report 2011* (Rapport sur le paludisme dans le monde : résumé en français) Genève. Organisation mondiale de la Santé, 2011.
14. *Perspectives économiques régionales. Mise à jour. Département Moyen-Orient et Asie centrale*. Fonds monétaire international, avril 2012. Consultable à l'adresse suivante : <http://www.imf.org/external/french/pubs/ft/reo/2012/mcd/mena-update0412f.pdf>
15. Préambule de la Constitution de l'OMS, 1946.
16. Conseil économique et social des Nations unies. *Observation générale n° 14 (2000). Le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint (article 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels)*.
17. Dowton SB. Health Reconstruction after the Arab Spring – Libya: an emerging opportunity. *Dowton Consulting International*. Consultable à l'adresse suivante <http://www.dowton.com/journal/2011/09/health-reconstruction-after-the-arab-spring-libya-an-emerging-opportunity-2/>. Consulté le 14 juillet 2012.
18. *Rapport sur la santé dans le monde 2006 – Travailler ensemble pour la santé*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2006.
19. *Framework and standards for country health information systems*. Second edition. Geneva, Health Metrics Network and World Health Organization, 2008.
20. *Assessing the national health information system: an assessment tool, version 4.00*. Geneva, Health Metrics Network and World Health Organization, 2008.

21. Siddiqi S et al. Framework for assessing governance of the health system in developing countries: gateway to good governance. *Health Policy*, 2009, 90:13–25.
22. *Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide au développement et programme d'action d'Accra*. OCDE, 2008. Consultable sur http://www.oecd.org/développement/efficacité_de_laide/34579826.pdf
23. *WHO Global health expenditure atlas 2011*. Geneva, World Health Organization, 2012.
24. Sabri B, Elidrissi Z, Mataria A. Health care financing in the Arab World: the bottleneck of the right to health. In Jabbour S et al, eds. *Public health in the Arab world*. Cambridge, Cambridge University Press, 2012.
25. *Déclaration d'Abuja sur le VIH/sida, la tuberculose et autres maladies infectieuses connexes*. Sommet africain sur le VIH/SIDA, la tuberculose et autres maladies infectieuses connexes, Abuja, Nigeria, 24–27 avril 2001. Consultable à l'adresse suivante http://www.un.org/ga/aids/pdf/abuja_declaration.pdf
26. *Rapport sur la santé dans le monde 2010. Le financement des systèmes de santé : le chemin vers une couverture universelle*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2010.
27. Abdulrazak A et al. Development of family medicine in the Middle East. *Family Medicine*, 2007, 39(10):736–41.
28. Hamad B. *Community-based education in Gezira, Sudan*. Document commandé par l'OMS pour la rencontre internationale sur l'éducation communautaire, Genève, novembre 1986.
29. *La promotion du développement des soins infirmiers et obstétricaux dans la Région de la Méditerranée orientale*. Document technique présenté lors de la cinquante-cinquième session du Bureau régional OMS de la Méditerranée orientale. Le Caire, Bureau régional OMS de la Méditerranée orientale, 2008 (Document EM/RC55/5).
30. Pammolli F et al. *Medical devices: competitiveness and impact on public health expenditure*. Rapport d'étude pour la Commission européenne. Rome, CERM – Competitiveness, Markets and Regulation, 2005. Consultable sur http://www.cermlab.it/_documents/MD_Report.pdf
31. *Health technologies: the backbone of health services*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003.
32. *Medicine prices, availability, affordability and price components: A synthesis report of medicine price surveys undertaken in selected countries of WHO Eastern Mediterranean Region*. Cairo, WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean, 2008.
33. *Prix et accessibilité des médicaments dans la Région de la Méditerranée orientale*. Document technique présenté lors de la cinquante-quatrième session du Bureau régional OMS de la Méditerranée orientale. Le Caire, Bureau régional OMS de la Méditerranée orientale, 2007 (Document EM/RC54/Tech.Disc.1).
34. *Le matériel et les dispositifs médicaux dans les systèmes et les services de soins de santé contemporains*. Document technique présenté lors de la cinquante-troisième session du Bureau régional OMS de la Méditerranée orientale. Le Caire, Bureau régional OMS de la Méditerranée orientale, 2006 (Document EM/RC53/Tech.Disc.2).
35. Khatib R, Mirza Z, Mataria A. Access to essential medicines: impediments and the way forward. In: Jabbour S et al, eds. *Public health in the Arab world*. Cambridge, Cambridge University press, 2012:413–25.
36. Parker PM. *The 2003–2008 world outlook for medical equipment*. États-Unis, Icon Group Ltd, 2003.
37. *Baseline country survey on medical devices 2010*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2011. Disponible sur http://www.who.int/medical_devices/countries/en/. Consultation en juin 2012.

38. *Measuring transparency to improve good governance in the public pharmaceutical sector.* Cairo, WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean, 2009.
39. Tawfik B. *Health care technology management: strategies and draft policies for the Ministry of Health and Population.* Cairo, Egyptian-Swiss Radiology Project (ESRP) Report, 2005.
40. Barnum H, Kutzin J, eds. *Public hospitals in developing countries. Resource use, cost, financing.* Baltimore, John Hopkins University Press, 1993.
41. Wilson RM et al. Patient safety in developing countries: retrospective estimation of scale and nature of harm to patients in hospital. *British Medical Journal*, 2012, 344:e832.