

PN ABY-538
99213

Améliorer la Santé en Afrique

RÉSUMÉ ANALYTIQUE DE LA PUBLICATION DE LA BANQUE MONDIALE

Pour une Meilleure Santé en Afrique



Réalisé par le Projet SARA
de l'Académie pour le développement de l'éducation
avec le soutien conjoint de la Banque mondiale,
département technique de l'Afrique
et de l'Agence des Etats-Unis
pour le développement international, Bureau Afrique

SD / HRD : HHRAA

Améliorer la santé en Afrique

UN RÉSUMÉ ANALYTIQUE DE LA PUBLICATION DE LA BANQUE MONDIALE

Pour une meilleure santé en Afrique

TABLE DES MATIÈRES

- 1 **Pour une meilleure santé en Afrique**
- 2 **Créer un environnement favorable**
- 4 **Revitaliser les systèmes nationaux de soins de santé**
- 5 **L'importance des produits pharmaceutiques et des programmes de médicaments essentiels**
- 7 **Gestion des ressources humaines pour la santé**
- 10 **Gestion de l'infrastructure et de l'équipement**
- 12 **Capacité de gestion et réforme institutionnelle**
- 13 **Coûts et paiements de l'ensemble de base de services de santé**
- 15 **Mobiliser des fonds pour une meilleure santé**
- 18 **Calendrier de changement**

PRÉPARÉ PAR VICTORIA EBIN

Réalisé par le Projet SARA de l'Académie pour le développement de l'éducation avec le soutien conjoint de la Banque mondiale, Département technique de l'Afrique et de l'Agence des États-Unis pour le développement international, Bureau Afrique SD / HRD / HHRAA

AOÛT 1994

Le présent document est un résumé analytique de *Pour une meilleure santé en Afrique*, publié par la Banque mondiale. L'étude originale ainsi que le récapitulatif ont été rédigés par des membres du personnel et des consultants de la Banque mondiale. Les jugements donnés ici ne reflètent pas forcément les vues du Conseil des administrateurs de la Banque mondiale et des gouvernements qu'ils représentent.

Le contrat SARA, géré par l'Académie pour le développement de l'éducation, est un volet du Projet HHRAA du Bureau Afrique (SD/HRD) de l'Agence des Etats-Unis pour le développement international. Avec des sous-traitants Tulane University, JHPIEGO, Macro International, Morehouse School of Medicine, Population Reference Bureau et Porter Novelli, SARA est financé dans le cadre du Contrat AOT-0483-C-2178-00 (numéro de Projet 698-0483).

PHOTO DE COUVERTURE PAR CURT CARNEMARK / BANQUE MONDIALE



Pour une meilleure santé en Afrique

LA SANTÉ EN AFRIQUE¹ s'est améliorée de manière spectaculaire pendant les décennies qui ont suivi l'Indépendance — le taux de mortalité infantile a été diminué d'un tiers et l'espérance de vie s'est rallongée de plus de dix ans. Mais les résultats sanitaires dans les pays africains ont encore du retard par rapport à ceux d'autres pays en développement. La mortalité maternelle est deux fois aussi élevée que dans d'autres pays en développement à faibles revenus. Le paludisme est de plus en plus prévalent et la tuberculose est en train de progresser. Le SIDA/VIH menace de devenir une énorme charge économique et sociale dans certains pays et de surcharger leurs systèmes de soins de santé.

Au-delà des épreuves et des souffrances qu'entraîne une mauvaise santé, l'incidence élevée de maladie obère le développement socioéconomique. Les avantages de l'instruction sont moindres et les activités productives et les diverses entreprises sont diminuées.

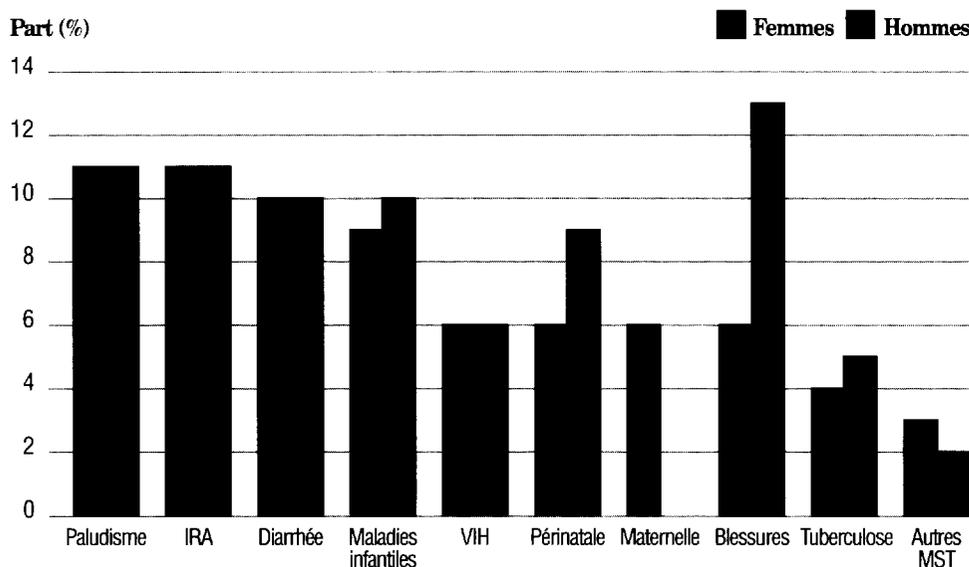
Une meilleure santé aurait probablement un effet puissant sur le progrès économique. Les études ont montré que la productivité pourrait augmenter de 15 pour cent si l'on s'attaquait, d'une manière plus tenace, aux maladies et aux invalidités. La diminution des maladies et des décès

maternels permettrait aux femmes de contribuer davantage à l'économie. Une espérance de vie plus longue rendrait l'instruction plus valide.

La majorité des problèmes de santé en Afrique ne sont pas causés par les maladies qui sont les plus prévalentes dans les pays industrialisés — maladies cardiaques et cancer — exigeant des soins tertiaires intensifs. Les plus grandes menaces à une meilleure santé en Afrique — maladies contagieuses et parasitaires — peuvent être prises en charge essentiellement par des soins primaires et préventifs à faibles coûts. Voir Figure 1.

■ FIGURE 1

La part des grandes maladies dans le fardeau total des maladies et des blessures chez les Africains, 1990



Source : Banque mondiale, *Pour une meilleure santé en Afrique*.

Pour une meilleure santé en Afrique offre des propositions qui amélioreraient très nettement la santé, même aux faibles niveaux de revenus actuels. Ces buts peuvent être atteints partiellement par le biais de l'instruction, surtout celle des filles, et en se concentrant sur des facteurs qui influencent la santé, par exemple, la sécurité alimentaire, une eau de boisson salubre et l'assainissement.

¹ L'Afrique se rapporte à l'Afrique subsaharienne.

Le principe de base de *Pour une meilleure santé en Afrique* est que les pays dont les habitants sont en général en meilleure santé sont ceux qui améliorent la prise en charge de soins de santé au niveau familial et qui garantissent l'accès aux services sanitaires. Cette stratégie a pour fondement de créer un environnement favorable à la santé en conférant aux ménages et aux communautés un plus grand contrôle sur leurs propres services sanitaires.

Certains pays sont déjà en train de prendre des mesures importantes pour créer un contexte favorable à la santé. Mais dans d'autres pays, les progrès ont été entravés par le manque d'engagement de l'Etat face à la santé et par la mauvaise gestion des services sanitaires.

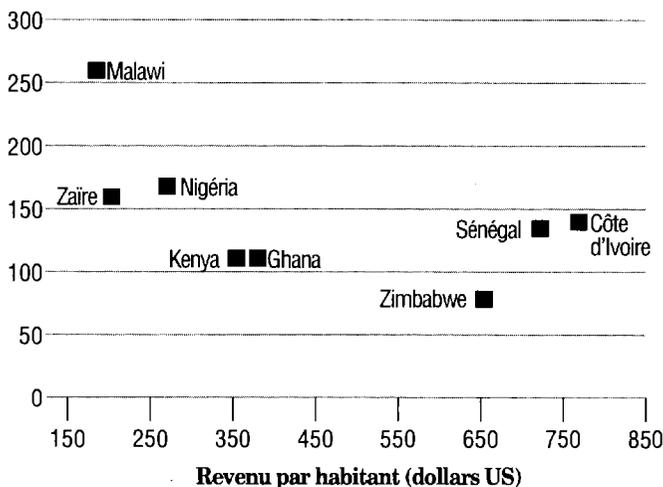
Créer un environnement favorable

LES GOUVERNEMENTS PEUVENT AMÉLIORER LA SANTÉ en dépit des contraintes financières en créant un contexte favorable à la santé. Par exemple, la mortalité infantile au Zimbabwe est d'environ la moitié de celle de la Côte d'Ivoire qui a un revenu par habitant plus élevé. Voir Figure 2.

■ FIGURE 2

Revenu par habitant et mortalité chez les enfants de moins de cinq ans dans huit pays, 1990

Mortalité chez les enfants de moins de cinq ans pour 1 000 naissances vivantes



Source : données de la Banque mondiale.

Une étude de la Fondation Rockefeller sur la manière dont la Chine, le Costa Rica et le Sri Lanka ont amélioré, de manière très sensible, les résultats sanitaires en dépit de faibles revenus par habitant constatait que leur réussite était due à un solide engagement politique en vue d'améliorer les services de nutrition, d'éducation et de santé de base.

Ces pays ont adopté une approche se concentrant sur plusieurs facteurs. Si des revenus accrus peuvent entraîner une consommation accrue de calories, une bonne politique nutritionnelle permet une différence significative en offrant une éducation sur la préparation alimentaire et en facilitant l'accès aux micronutriments critiques. Selon l'UNICEF, un bébé allaité ne court que le vingtième de risque de mourir de maladie diarrhéique que celui nourri au biberon.

L'on a également trouvé qu'une meilleure instruction des femmes était le pivot même de l'amélioration de la santé. Des études faites au Ghana, au Nigéria et au Soudan ont montré que le niveau d'instruction d'une mère comporte l'influence la plus importante pour la santé de son enfant. Une mère avec une instruction au niveau secondaire peut diminuer jusqu'à 50 pour cent la mortalité infantile dans une famille. Les données pour 13 pays africains montrent

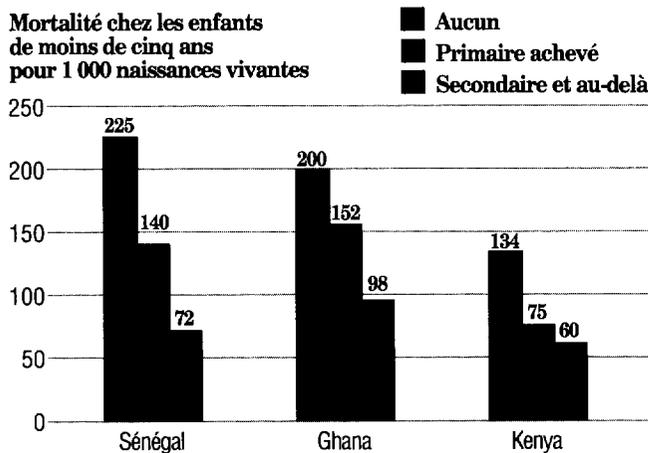
qu'un accroissement de 10 pour cent dans les taux d'alphabétisation des femmes diminuait de quasiment 10 pour cent la mortalité infantile alors que les améliorations dans l'instruction des hommes n'avaient que peu d'influence. Voir Figure 3.

Les programmes d'information des ménages sur la santé jouent également un rôle important en améliorant les connaissances quant aux bonnes pratiques sanitaires. La campagne de loterie Bébé heureux en Gambie a enseigné aux mères à utiliser les sels de réhydratation orale (SRO). Après deux ans, l'utilisation des SRO pour les cas diarrhéiques avait augmenté, passant de 22 pour

cent à 94 pour cent. En Tanzanie, deux millions d'adultes ont suivi le programme radiophonique «Man is Health» éduquant les villageois sur la lutte contre les maladies. Le programme a poussé à la construction de centaines de milliers de latrines et a valu une très nette augmentation dans les ventes des moustiquaires.

■ FIGURE 3

Mortalité chez les enfants de moins de cinq ans et niveau d'instruction des femmes, 1985-1990



Source : données de l'Enquête démographique et de santé.

■ Le fondement de la réforme sanitaire

Les pays peuvent démontrer leur engagement à une meilleure santé en formulant des politiques sanitaires complètes avec des buts opérationnels explicites. Ils doivent également insister sur l'utilisation plus efficace par rapport aux coûts et plus équitable des fonds publics.

Une première étape serait de corriger les inégalités les plus flagrantes — un financement public relativement excessif de soins médicaux curatifs et un soutien public inadéquat pour les soins primaires et préventifs. La mise en place de soins de qualité et de paiements appropriés encouragerait les familles à utiliser les services les plus efficaces par rapport aux coûts dans les centres de santé au lieu de chercher un traitement dans les hôpitaux.

Les stratégies en vue d'améliorer la santé devraient également chercher à encourager les ménages et les

communautés à prendre de bonnes décisions concernant la santé et les soins. La décentralisation des services de santé confèrera plus de pouvoir au personnel sanitaire aux niveaux régional et local et intensifiera le rôle de la communauté dont les membres non seulement sont les bénéficiaires des services mais également des participants actifs au niveau du suivi et de la gestion de ces services.

Une meilleure utilisation du financement des bailleurs de fonds est également partie intégrante de la réforme sanitaire. Les importantes contributions des bailleurs de fonds aux soins de santé en Afrique — environ 20 pour cent des dépenses totales — leur donnent voix au chapitre pour déterminer les politiques et les programmes sanitaires. Dans certains pays, le rôle dominant des bailleurs de fonds a freiné le développement de systèmes sanitaires cohérents au niveau national. Il est temps que les pays africains garantissent les avantages à long terme en construisant de manière durable avec le financement des bailleurs de fonds au sein d'un programme national cohérent de services de soins de santé.

Revitaliser les systèmes nationaux de soins de santé

DANS LA PLUPART DES PAYS AFRICAINS, l'accès aux soins de santé est inégal entre zones rurales et urbaines. Au Nigéria, les trois quarts des formations sanitaires publiques et privées du pays sont situées dans des zones urbaines où n'habite que 30 pour cent de la population. L'état de Lagos a une formation sanitaire pour 200 personnes alors que l'état de Benue en a une pour 129 000 personnes.

Ce déséquilibre géographique a pour pendant un déséquilibre dans les dépenses publiques pour les soins de santé. Souvent, les grands hôpitaux urbains reçoivent plus de la moitié des fonds publics consacrés à la santé et emploient la proportion la plus élevée de personnel hautement qualifié.

Vu le manque d'établissements qui fonctionnent bien dans les zones rurales, les clients tendent à consulter les hôpitaux urbains pour les soins de santé primaires. Bien que la qualité des soins puisse être bonne, ces patients ne reçoivent pas l'attention personnelle et ne peuvent pas faire les visites fréquentes de suivi qui seraient possibles dans un centre rural au niveau local.

En outre, les patients qui viennent consulter ces hôpitaux souffrent souvent de maladies — paludisme, tuberculose, infections respiratoires — qui auraient pu être prises en charge ou évitées par le biais de soins primaires dans des centres de santé ou des hôpitaux de première référence. Au milieu des années 80, par exemple, les principales causes d'admission dans les hôpitaux du Malawi et du Nigéria concernaient les maladies parasitaires et infectieuses.

Les fonctions principales des hôpitaux ne sont pas de fournir des soins primaires. Des consultations extérieures congestionnées et des laboratoires surchargés diminuent l'efficacité de leur véritable but. Utiliser les hôpitaux pour les soins primaires freine le développement de programmes sanitaires communautaires: les ressources vont vers les hôpitaux au lieu d'aller vers la communauté. Autre raison faisant que les hôpitaux ne devraient pas fournir des soins primaires et préventifs: les coûts des soins peuvent être dix à 25 fois plus élevés dans les hôpitaux que dans les centres locaux.

■ Principes d'une approche efficace par rapport aux coûts

L'expérience a montré que des centres de santé qui fonctionnent bien, travaillant avec des hôpitaux de première référence, peuvent gérer la plupart des demandes de soins de santé grâce à un ensemble souple et efficace par rapport aux coûts de services de base.

Les services de soins de santé qui se présentent comme les plus efficaces par rapport aux coûts constituent le pivot de l'ensemble sanitaire de base: soins liés à la grossesse, services de planification familiale, lutte contre les MST, lutte contre la tuberculose, vaccinations et soins pour les graves problèmes de santé des enfants — diarrhée, infections respiratoires aiguës, rougeole, paludisme et malnutrition aiguë.

Si ces interventions sont fournies par des centres de santé qui fonctionnent bien et des hôpitaux de première référence, elles peuvent prendre en charge plus de 90 pour cent des demandes de soins de santé et diminuer de 30 pour cent le fardeau national de maladies.

■ Le système à deux niveaux

Des centres de santé travaillant avec des hôpitaux de première référence peuvent diminuer de manière importante le nombre des admissions hospitalières. A Kasongo, au Zaïre, les taux d'admission des clients venant de zones rurales avec des centres de santé étaient de 50 pour cent inférieurs aux zones sans centres et les patients qui devaient être hospitalisés avaient également un accès plus facile aux soins hospitaliers.

Une plus grande efficacité des centres de santé et des hôpitaux de première référence signifie que les hôpitaux centraux ne livreront plus concurrence avec ces établissements en ce qui concerne la prestation de soins primaires. Une grande partie du financement public pourra être repris des grands hôpitaux qui devraient être financés par le biais du recouvrement des coûts et de l'assurance. Ces hôpitaux pourront donc être responsables de la prestation de soutien technique et de la formation du personnel dans les établissements au niveau local.

■ VIH/SIDA

L'épidémie du VIH/SIDA souligne le besoin urgent de mettre en œuvre des réformes des soins de santé. Le système à deux niveaux peut aider à prendre en charge le fardeau des soins pour les patients séropositifs et les patients atteints du SIDA. Les centres de santé peuvent fournir médicaments, consultations et traitement et, par la suite, les patients peuvent consulter les hôpitaux de première référence lors des étapes ultérieures de la maladie.

L'importance des produits pharmaceutiques et des programmes de médicaments essentiels

UNE ÉTUDE DE L'OMS faite au milieu des années 80 indique qu'environ 60 pour cent de la population de l'Afrique subsaharienne n'a pas un accès régulier aux médicaments dont elle a besoin. Les pénuries de médicaments sont chose courante, surtout dans les établissements publics, et les ruptures de stock sont fréquentes.

La solution aux pénuries de médicaments en Afrique n'est pas d'augmenter le financement mais de remédier au manque d'efficacité et au gaspillage dans le système de santé. Une étude a constaté que les patients dans les formations sanitaires du secteur public ne consomment peut-être que pour 12\$ de médicaments pour cent\$ de recettes fiscales dépensées pour les médicaments. Voir Figure 4.

Le mauvais rendement des dépenses publiques pour les médicaments est dû à plusieurs facteurs. Premièrement, les pays n'utilisent pas de critères efficaces par rapport aux coûts pour choisir les médicaments. Les prix pour différents médicaments en vue de traiter le même état peuvent varier de cinq à dix fois et, dans certains cas, de 130 à 150 fois. Une étude faite au Nigéria constate que les dépenses pour médicaments étaient parfois 30 fois plus élevées que nécessaire car les médecins prescrivaient des médicaments de spécialité à dosage élevé.

Deuxièmement, peu d'efforts sont faits pour quantifier la quantité de médicaments qui sera nécessaire sur une période donnée. Lorsqu'on quantifie les besoins en médicaments, on peut acheter des quantités importantes en faisant des économies très intéressantes.

Troisièmement, les pratiques d'achats non compétitifs augmentent très nettement les prix. Une étude sur les méthodes d'achats au Nigéria constatait qu'en achetant des médicaments génériques plutôt que des noms de marque, on pouvait diminuer 25 pour cent des coûts.

Quatrièmement, la distribution inefficace est un problème répandu au même titre que les faibles pratiques de gestion et d'emmagasiner qui diminuent la durée de conservation des médicaments. Une étude faite au Cameroun constatait que les dépôts médicaux au niveau central

perdaient plus d'un tiers de leurs médicaments suite à une mauvaise pratique d'emmagasiner et à un mauvais contrôle des stocks.

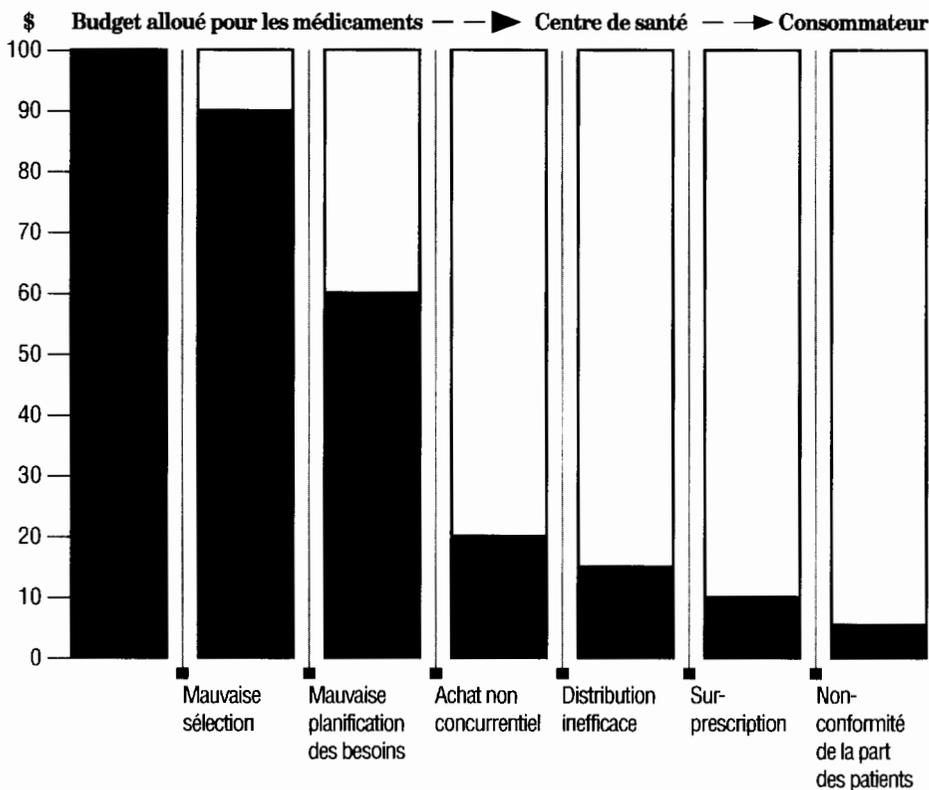
Cinquièmement, l'ordonnance excessive de médicaments renforce encore les inefficacités. Une enquête faite au Mali a constaté que, en moyenne, les médecins prescrivaient dix médicaments avec parfois des doubles emplois. Dans presque tous les cas, un ou deux médicaments auraient suffi. Une autre étude faite à Kivu, au Zaïre, constatait que le coût d'une ordonnance typique était environ égal au revenu d'un mois.

Sixièmement, l'utilisation incorrecte des médicaments par les patients diminue la proportion de médicaments utilisés efficacement. Au Zimbabwe, on a constaté que l'automédication avec la chloroquine pour le paludisme

était courante mais que le médicament était souvent mal utilisé, d'où la conclusion qu'il fallait une meilleure information publique pour assurer l'utilisation efficace des médicaments.

■ FIGURE 4

Inefficacités et pertes dans l'approvisionnement en médicaments, de l'octroi budgétaire au consommateur



Source : Banque mondiale, *Pour une meilleure santé en Afrique*.

■ Rendre les produits pharmaceutiques plus efficaces par rapport aux coûts

Le manque d'efficacité dans l'approvisionnement en médicaments masque le fait qu'on dépense bien plus que nécessaire pour les produits pharmaceutiques. *Pour une meilleure santé en Afrique* montre que la couverture complète en médicaments pourrait être assurée à un coût de 1,60\$ par

habitant. Un ensemble de médicaments essentiels pour les problèmes de santé les plus courants — maladies périnatales, infectieuses et parasitaires — aiderait à diminuer les dépenses pour les médicaments. Une étude a constaté qu'un stock de 30 à 40 médicaments dans un centre de santé bien organisé pouvait être utilisé à un coût d'environ 0,30\$ par traitement.

Des trousseaux préparées à l'avance avec des médicaments choisis attentivement seraient un moyen efficace par rapport aux coûts d'améliorer la distribution des médicaments dans les zones à faibles revenus. Plusieurs pays, tels que le Kenya, la Tanzanie et l'Ouganda utilisent des trousseaux avec des médicaments choisis en fonction des modes d'utilisation.

Un nombre croissant de pays ont également adopté des plans de recouvrement des coûts et d'autofinancement. Au Bénin, les patients payent environ trois fois le coût effectif pour leurs médicaments et les paiements des utilisateurs couvrent 85 pour cent des dépenses de fonctionnement, hors-salaires.

Une autre méthode courante pour encourager l'autofinancement est de demander à un bailleur de fonds de fournir l'approvisionnement initial en médicaments. Ensuite, on peut utiliser les recettes provenant des ventes de médicaments pour remplacer les fournitures et financer d'autres coûts.

■ Rôle des gouvernements nationaux

Les gouvernements devraient encourager la réforme de la politique et mettre en place une entité nationale pour les médicaments, composée de professionnels de la santé et de gestionnaires des ressources, pour superviser la distribution de médicaments et estimer les besoins en médicaments. Le groupe partagerait également la prise de décisions avec des prestataires de services de santé et des utilisateurs aux niveaux communautaire, régional et national.

Ils devraient encourager le secteur non commercial privé, notamment les organisations religieuses et humanitaires pour rendre plus disponibles les produits pharmaceutiques. Au Zaïre, des groupes religieux ont avalisé la mise en place d'un groupe à but non lucratif pour l'achat de produits pharmaceutiques.

Les gouvernements devraient tourner leur attention vers l'éducation, la formation et l'information suffisante en matière d'utilisation de produits pharmaceutiques, tant pour les praticiens que pour les consommateurs.

Gestion des ressources humaines pour la santé

LE NOMBRE DES PRESTATAIRES DE SOINS DE SANTÉ en Afrique a augmenté depuis l'Indépendance mais le continent a moins d'agents de santé par habitant que partout ailleurs dans le monde. De 1980 à 1986, l'Afrique était la seule région où le nombre de médecins pour 10 000 personnes a diminué.

■ Pénurie et sous-utilisation du personnel

Le manque d'agents qualifiés, surtout en ce qui concerne l'analyse des politiques et des programmes sanitaires, la planification et la budgétisation constituent un obstacle à l'adoption d'une approche

par rapport aux coûts. Des taux d'abandon élevés suite aux faibles salaires ont également affaibli les capacités de recherche et de gestion.

Parallèlement, le personnel qualifié n'est pas utilisé de manière appropriée. Les positions administratives de haut niveau tendent à être pourvues par des médecins plutôt que par des

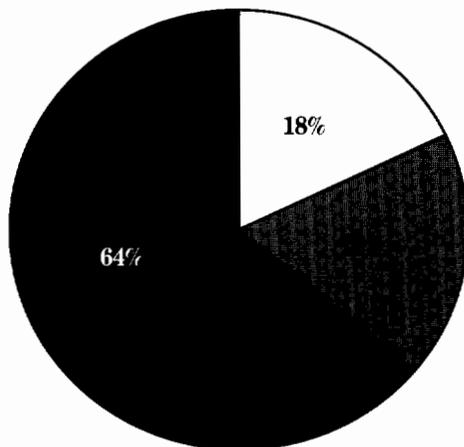
professionnels de la gestion sanitaire. En Ouganda, les médecins travaillant dans les établissements publics sont sous-utilisés et voient un nombre bien moindre de patients que les médecins privés.

Une étude faite au Rwanda a constaté qu'environ 36 pour cent de tous les accouchements se feraient avec l'aide d'un personnel formé si l'on utilisait adéquatement les 500 sages-femmes formées du pays. De fait, 18 pour cent seulement de tous les accouchements ont eu lieu avec l'assistance d'un personnel qualifié. Voir Figure 5.

La sous-utilisation du personnel vient d'une mauvaise planification et d'un manque de coordination entre les besoins sanitaires effectifs et le contenu de la formation. Les secteurs publics au Bénin, à Madagascar, au Mali et au Zaïre n'emploient qu'une fraction de leurs diplômés des écoles de santé. Dans certains cas, il y a un trop grand nombre de spécialistes mais une pénurie d'administrateurs des soins de santé.

■ FIGURE 5

Pénurie et sous-utilisation des ressources humaines dans les services de santé: pourcentage des accouchements avec et sans la présence d'un personnel qualifié, Rwanda, 1985



Accouchements pour lesquels:

- Le personnel formé n'est pas disponible
- Le personnel formé est disponible mais non présent
- Le personnel formé est disponible et présent

Source : données de la Banque mondiale.

■ Arriver à une gestion efficace du personnel des soins de santé

Depuis la Conférence d'Alma Ata de 1978, seuls quelques pays ont formulé des politiques complètes pour le personnel sanitaire. La Tanzanie est un des pays qui a assez bien

réussi à mettre en œuvre des plans pour le personnel sanitaire. La Déclaration d'Arusha de ce pays fixe des objectifs explicites, notamment la formation de 13 000 nouveaux agents de santé de 1972 à 1980. Ces objectifs ont été atteints et, dans certains cas, dépassés. Mais leur planification sur le plan personnel ne prévoyait pas toutes les variables et besoins liés aux effectifs et les ressources actuelles du secteur santé n'arrivent pas à répondre aux normes plus récentes relatives au personnel.

Au fur et à mesure que les systèmes de santé sont décentralisés, le personnel aux niveaux communautaire et local aura plus de pouvoir et devra rendre compte davantage de ses décisions. Bien que beaucoup de choses dépendent des compétences et des personnalités de chacun, des formations et un soutien de supervision donné par le gouvernement pourra grandement bénéficier aux médecins-chefs au niveau local et à leurs équipes.

Au Ghana, le gouvernement a donné aux agents de santé locaux de Tema une rare occasion d'améliorer leurs services de santé. Un responsable médical disposant d'excellentes compétences en leadership a été nommé pour remonter le faible moral du personnel et améliorer la prestation des soins de santé. Il a mis en place un programme de visite des usines à Tema pour discuter avec les ouvriers de leurs problèmes de santé ainsi que de visite de tous les centres de santé. Un groupe

consultatif ponctuel de gestion, composé d'habitants de Tema et d'experts en gestion a commencé à se rencontrer régulièrement. Des réunions mensuelles du personnel avec des cliniciens et des responsables de haut niveau ont été organisées pour discuter des patients, des problèmes du personnel et de la gestion des services de santé. En l'espace de six mois, des améliorations dans la

7 Guérisseurs traditionnels et prestataires de soins de santé modernes

Une plus grande collaboration entre guérisseurs traditionnels et autres prestataires de soins de santé permettrait de renforcer les liens avec la communauté. Plus de 20 pays africains ont mis en place des associations de guérisseurs traditionnels mais une attention plus grande pourrait être accordée à la formation des guérisseurs traditionnels pour renforcer leurs compétences. Par exemple, une formation adéquate pour les accoucheuses traditionnelles leur conférerait un plus grand rôle dans les systèmes de soins de santé communautaires. Au Ghana, au Nigéria et au Zimbabwe, les guérisseurs traditionnels ont appris des pratiques telles la réhydratation par voie orale et la prévention du VIH/SIDA.

prestation des soins de santé ont été notées par le personnel, le Directeur régional de la santé, le Ministère de la Santé et les utilisateurs des hôpitaux. L'identification et l'analyse des problèmes a été une étape essentielle pour appliquer les changements. Des systèmes d'information et des politiques en matière de gestion peuvent aider les prestataires et les clients à identifier les problèmes et à les analyser localement.

D'autres pays ont également fait des progrès concernant la mise en place de systèmes d'information en gestion.

- Au Zaïre, un système d'information a été introduit au milieu des années 80 pour 60 centres de santé, pour moins de 2 pour cent des coûts des soins de santé.
- La Guinée et le Bénin ont revu leurs systèmes d'information en gestion dans le cadre de l'Initiative de Bamako. Bien que le personnel passe un temps considérable à saisir les données sur les patients et les médicaments, la plupart de ses membres voient le système comme une partie importante de l'amélioration de la santé.

8 Rôle du gouvernement national

Au fur et à mesure que les soins de santé deviennent plus diversifiés, les gouvernements devront mettre en place des mécanismes pour compenser adéquatement le personnel sanitaire. La rétention locale des honoraires est l'un des moyens d'assurer un paiement régulier. Certains centres de santé au Congo, au Kenya, en Guinée et au Nigéria utilisent des paiements d'incitations pour financer leurs établissements sanitaires. En Guinée, les ressources mobilisées par les communautés pour payer les incitations varient entre 10 pour cent à presque 50 pour cent de leurs niveaux salariaux normaux.

Les gouvernements devront également organiser des formations pour des agents de soins de santé et d'autres membres communautaires. La formation devrait être multidisciplinaire et adaptée aux besoins communautaires. La gestion du personnel sanitaire en Afrique dépend surtout d'une meilleure supervision au niveau local. Préparer des politiques de personnel et des descriptions de tâches est au cœur de ce travail, exigeant une collaboration authentique entre les Ministères de la Santé, de l'Éducation, des Finances et du Plan et les commissions de la Fonction publique.

Gestion de l'infrastructure et de l'équipement

UNE GRANDE PARTIE DE L'AFRIQUE SUBSAHARIENNE connaît des coûts élevés pour l'infrastructure et l'équipement surtout les pays sahéliens où les coûts de construction sont le double, ou même plus, que ceux dans d'autres pays africains. Voici certains des problèmes les plus courants au niveau de l'infrastructure et de l'équipement :

1. Sous-financement de l'entretien et des réparations, notamment dans le secteur public. Une étude au Nigéria a constaté que les hôpitaux publics dépensaient 5 à 8 pour cent de leur budget pour les coûts hors-personnel, comparé aux dépenses du secteur privé, à hauteur de 17-18 pour cent.
2. Faible priorité accordée au recrutement et à la formation du personnel d'entretien qui aggrave la détérioration de l'infrastructure matérielle surtout dans le secteur public. Voir Figure 6.
3. Déséquilibres entre zones rurales et urbaines. L'argent dépensé pour l'infrastructure a tendance à aller vers l'amélioration des établissements tertiaires dans les zones urbaines, bénéficiant essentiellement à ceux relativement aisés.
4. Faible planification du gouvernement central. Le manque de coordination entre le secteur public, les organisations non gouvernementales et les initiatives communautaires a entraîné une distribution inégale des formations sanitaires.

■ FIGURE 6

Matériel de soins de santé non fonctionnant au Nigéria, 1987

| Article | Centres hospitaliers | Hôpitaux publics universitaires | Centres non gouvernementaux | Centres de soins de santé primaires | Total |
|--|----------------------|---------------------------------|-----------------------------|-------------------------------------|-------|
| Pièces utilisées | 69 | 57 | 78 | 90 | 70 |
| Pièces en panne | 31 | 43 | 23 | 10 | 30 |
| % de matériel en panne pour des durées données | | | | | |
| < 2 ans | 19 | 22 | 33 | 40 | 20 |
| 2-4 ans | 40 | 4 | 67 | 60 | 38 |
| > 4 ans | 41 | 54 | — | — | 42 |

Source : Erinosh 1991.

— Non disponible

Les mêmes facteurs entraînant un mauvais entretien font qu'il est difficile pour les pays africains d'étendre leur infrastructure du secteur santé. En supposant qu'un centre de santé dessert environ 5 000 personnes, le Mali devra augmenter le nombre de ses centres de santé à 242 dans les années 90, c'est-à-dire pratiquement cinq fois l'augmentation effective de 52 pendant les années 80. Voir Figure 7.

Mais certains pays ont continué à développer leurs structures sanitaires communautaires. Le Botswana a augmenté le nombre de ses centres de santé, de 40 à 150 entre 1974 et 1986. En Tanzanie, le nombre de dispensaires s'est accru, passant de 1 847 en 1976 à 2 935 en 1988.

■ Améliorer la gestion de l'infrastructure

L'expérience a montré que les gouvernements peuvent améliorer la gestion de l'infrastructure et de l'équipement, à peu de coûts, en rénovant les équipements et les locaux plutôt qu'en faisant de nouveaux investissements. Lors du choix des locaux et des équipements qui seront rénovés, il

conviendra de donner la priorité aux soins préventifs et primaires.

Dans les établissements tertiaires qui absorbent généralement des proportions importantes des budgets de la santé, les responsables devraient fixer des objectifs spécifiques pour améliorer l'efficacité sans augmenter les dépenses publiques. Par exemple, l'Hôpital national Kenyatta s'est donné des objectifs de performance pour diminuer la durée du séjour hospitalier.

La participation communautaire est capitale

pour la gestion réussie des formations sanitaires et de l'équipement pour les soins de santé. Les études ont montré que les partenariats avec les communautés peuvent encourager les initiatives locales et donner à la communauté un sens d'appartenance. Au Mali, une formule de partage des coûts (50 pour cent au gouvernement et 50 pour cent aux communautés locales) a été adoptée pour payer pour la construction et l'entretien de 120 centres de santé communautaires sur une période de cinq ans.

Le plus grand obstacle à l'amélioration de la technologie pourrait être «la philanthropie de la technologie», à savoir le don non coordonné d'équipement de la part de bailleurs de fonds externes. Des solutions au problème résident dans les «protocoles de don» qui devraient définir le type d'équipement nécessaire en fonction d'un modèle analogue aux listes des médicaments essentiels.

La réalisation des buts de santé en Afrique dépend de l'amélioration de la gestion d'infrastructure. Une des étapes concrètes serait de nommer un haut fonctionnaire du Ministère de la Santé pour qu'il soit responsable de la gestion des formations, de l'équipement et de la technologie. Une autre étape serait de fixer des normes pour les formations sanitaires à différents niveaux du système. Un financement accru pour remettre en état et maintenir l'infrastructure et l'équipement peut être obtenu en imposant des contrôles budgétaires plus stricts aux soins tertiaires.

■ FIGURE 7

Croissance des centres de santé dans certains pays africains choisis et défis futurs

| | NOMBRE EFFECTIF | | NOMBRE NECESSAIRE EN 2000 | |
|--------------|-----------------|------|--------------------------------------|---|
| | 1980 | 1990 | Pour maintenir la couverture de 1990 | Pour atteindre une couverture de 60 pour cent |
| Burkina Faso | 169 | 860 | 1 100 | 1 400 |
| Mali | 470 | 522 | 760 | 1 300 |
| Niger | 240 | 460 | 630 | 1 270 |
| Sénégal | 470 | 690 | 900 | 1 200 |

Source : Banque mondiale 1992a.

Capacité de gestion et réforme institutionnelle

MÊME APRÈS LES RÉFORMES faites dans l'administration publique pendant les années 80, un grand nombre de gouvernements africains sont encore très centralisés, donnant peu d'autonomie aux collectivités locales.

■ Etapes vers la réforme

Dans la décentralisation, les rôles et les responsabilités devraient être clairement définis, les conditions spécifiques à chaque pays évaluées et un calendrier fixé. L'expérience a montré qu'une décentralisation réussie se fonde sur des définitions claires des fonctions à chaque niveau. Dans le cadre du système à deux niveaux, les équipes de santé locales s'occupent de la gestion quotidienne des services de santé et jouent un rôle important en assurant la disponibilité de l'ensemble de base des services de santé.

Les études ont montré que les équipes de santé locales ont une meilleure chance de réussir lorsque le niveau local a l'autorité et la capacité nécessaires pour gérer ses propres ressources. Lorsque la communauté participe, les besoins et les attentes sanitaires sont identifiées plus rapidement et le travail est fait avec une plus grande souplesse. La gestion locale améliore également les systèmes de soins de santé en rendant les prestataires de services responsables face aux clients.

- En Ethiopie, les groupes communautaires ont mobilisé les gens pour les vaccinations, ont suivi les abandons et ont éduqué les gens.
- En Guinée et au Lesotho, des représentants communautaires ont créé des comités de gestion sanitaire pour mettre en place des programmes de nutrition et de santé infantile. Ils ont également concouru à la formulation d'un plan de recouvrement des coûts.
- Au Ghana, des groupes communautaires ont créé des tribunaux environnementaux pour appliquer les réglementations sanitaires qu'ils avaient conçues.

Les réformes institutionnelles demanderont qu'on collabore avec divers autres prestataires sanitaires — privés, non gouvernementaux et volontaires. Les exemples suivants montrent bien les avantages de cette collaboration :

- Au Zaïre, 50 pour cent des 306 zones sanitaires sont gérées par des ONG ou collaborent étroitement avec elles.
- Des groupes féminins cherchent à assurer que les questions de santé de la femme reçoivent l'attention qu'elles méritent. En Ouganda, un groupe d'ONG féminines mettent en œuvre un programme pour diminuer la mortalité maternelle grâce à un financement de la Banque mondiale et d'autres organismes. Au Ghana, l'Association des sages-femmes d'état fournit des services de santé maternelle et de planification familiale et offre des conseils au gouvernement concernant l'amélioration des soins de santé maternelle.

Coûts et paiements de l'ensemble de base de services de santé

■ FIGURE 8

Coûts annuels indicatifs par habitant pour un système de soins de santé au niveau local: ressources

| Type de service | COUTS (\$US) | |
|---|------------------------|----------------------------|
| | Pays à faibles revenus | Pays à revenus plus élevés |
| Soins de santé et formations sanitaires | | |
| Niveau 1 : Centre de santé | 4,60 | 6,72 |
| Dépenses de fonctionnement | 3,78 | 4,84 |
| Dépenses d'investissement | 0,73 | 1,75 |
| Formation en cours d'emploi | 0,09 | 0,13 |
| Niveau 2 : Hôpital local | 3,14 | 4,03 |
| Dépenses de fonctionnement | 1,75 | 2,24 |
| Dépenses d'investissement | 1,35 | 1,73 |
| Formation en cours d'emploi | 0,04 | 0,06 |
| Total, soins de santé et formations sanitaires | 7,74 | 10,75 |
| Interventions intersectorielles | | |
| Eau | 2,56 | 2,19 |
| Assainissement | 1,42 | 1,36 |
| Total, interventions intersectorielles | 3,98 | 3,55 |
| Soutien institutionnel | | |
| Equipe locale de gestion des soins de santé | 0,29 | 0,40 |
| Dépenses de fonctionnement | 0,15 | 0,24 |
| Dépenses d'investissement | 0,13 | 0,16 |
| Formation en cours d'emploi | 0,01 | 0,01 |
| Structure gestion nationale (15 pour 100 du total des coûts des soins de santé) | 0,82 | 1,15 |
| Formation initiale (5 pour 100 du total des coûts des soins de santé) | 0,27 | 0,38 |
| Majoration salariale (15 pour 100 du total des salaires) | 0,12 | 0,14 |
| Total, soutien institutionnel | 1,50 | 2,07 |
| TOTAL COUTS | 13,22 | 16,37 |

NOTE : profil du niveau local : 150 000 habitants, 15 centres de santé (10 000 dans chaque centre).

Source : adapté de la Banque mondiale 1993a.

COMBIEN COUTERA UN NOUVEAU système de soins de santé et comment paiera-t-on pour un nouvel ensemble de base? Au lieu de fonder les estimations sur les dépenses passées, on peut utiliser des approches efficaces par rapport aux coûts pour déterminer les futurs besoins de financement. Deux ensembles de coûts sont présentés ici, l'un pour les pays à faibles revenus et l'autre, en fonction de l'expérience du Zimbabwe, montre comment les coûts augmenteront parallèlement aux revenus, aux salaires et aux prix. Voir Figure 8.

Dans un pays africain à faibles revenus, l'ensemble de base des services de santé peut être fourni pour un coût annuel de 13\$ par habitant. Les 13\$, établis en fonction des coûts dans plusieurs pays africains, comprennent les soins de santé et les formations sanitaires (60%), les interventions intersectorielles (30%) et le soutien institutionnel (10%).

Pour la catégorie à revenus élevés, le Zimbabwe a été choisi comme exemple car son système de soins de santé intègre un grand nombre des éléments de l'approche efficacité-par-rapport-aux-coûts et vise à fournir à tous un ensemble de base de soins de santé. Ces coûts montrent les modèles que des pays à faibles revenus pourront rencontrer à l'avenir.

Au Zimbabwe, le total des coûts n'est que de 24 pour cent plus élevé que celui estimé pour l'Afrique à faibles revenus. Les interventions intersectorielles sont de 11 pour cent plus faibles vu la demande répandue pour l'eau salubre et l'assainissement qui a rendu la prestation de services plus économique. Mais les coûts des soins de santé sont de 39 pour cent plus élevés.

■ Financement public et privé

La première priorité du gouvernement devrait être de financer des biens et services de santé publique efficaces par rapport aux coûts qui auront le plus grand impact possible sur l'environnement favorable à la santé. Ces dépenses sont appelées biens publics car elles tendent à bénéficier à la communauté dans son entier. Voir Figure 9.

■ Côté abordable

L'ensemble de base de services de santé — 13\$ — coûte moins que ce que paye actuellement un tiers de la population en Afrique. Les pays africains à revenus élevés dépensent en moyenne 68\$ par habitant pour les soins de santé. Certains commencent à mettre en place des systèmes de paiements des utilisateurs et à élargir l'assurance pour les soins curatifs. Vu que les dépenses privées sont déjà d'environ 19\$, l'ensemble de base de soins de santé serait abordable. Mais la question qu'il faut se poser est la suivante: est-ce que les autres pays à revenus élevés reçoivent les mêmes bénéfices que ceux très disponibles au Zimbabwe où les mesures efficaces par rapport aux coûts ont été adoptées et où les dépenses par habitant sont de 42\$? De plus, est-ce que le Zimbabwe lui-même peut obtenir plus de services de santé avec les niveaux de dépenses existants en augmentant l'efficacité? Voir

Figure 10.

Les pays à revenus intermédiaires dépensent une moyenne de 16\$ par habitant pour la santé. Dans ces pays, les dépenses privées sont de 7\$ et, vu que le revenu par habitant est quasiment le double de celui des pays à faibles revenus, peut-être les gens payeront davantage surtout si on leur offre un ensemble efficace par rapport aux coûts. Bien qu'il faille plus de ressources et des efforts de réaffectation, l'ensemble de base devrait être abordable.

L'on peut s'inspirer, dans une certaine mesure, de l'exemple du Malawi. Le gouvernement est en train d'augmenter ses dépenses de santé de 0,5 à 1 pour cent par an. En dix ans, les 6\$ disponibles à présent pour la santé pourraient être doublés et cet accroissement pourrait encourager les bailleurs de fonds à une plus grande participation.

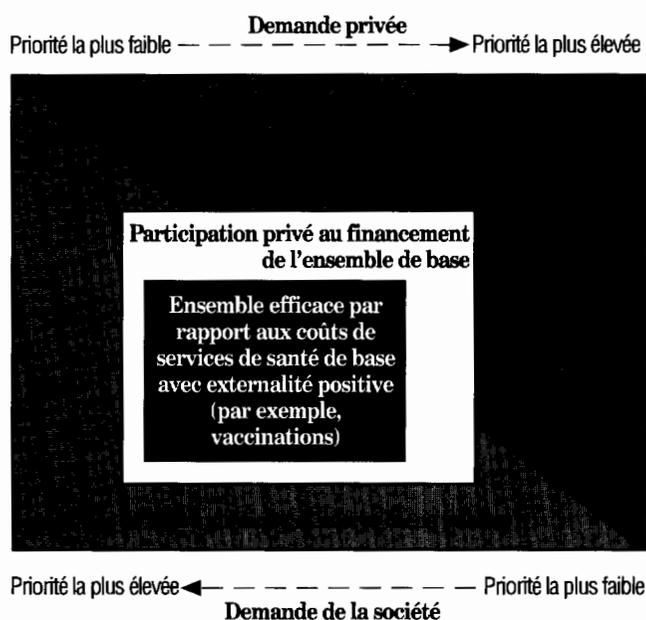
Les pays à faibles revenus devront procéder à une importante réaffectation des ressources et mobiliser des ressources complémentaires importantes pour financer l'ensemble de base. Actuellement, ces pays dépensent environ 8\$ par personne pour la santé comparé au 13\$ estimés pour l'ensemble de base. Environ la moitié de ces 8\$ proviennent de dépenses privées, le gouvernement et les bailleurs de fonds donnant chacun 2\$.

Mais si ces gouvernements augmentent leurs dépenses au niveau des autres pays en développement, leur contribution augmenterait de 2\$ à 5\$. Après avoir montré ce nouvel engagement face à la santé, les gouvernements pourraient ensuite demander aux bailleurs de fonds 2\$ en plus par habitant. Il faudra également mobiliser d'autres ressources privées.

Pour répondre aux besoins fondamentaux de la santé dans l'Afrique à faibles revenus, il faudra trouver environ 1,6 milliard de dollars par an en fonds supplémentaires. Si tous les pays étaient engagés dans des programmes actifs pour une meilleure santé, la part des bailleurs de fonds s'élèverait à environ 650 millions de dollars par an, soit une augmentation d'environ 50 pour cent par rapport à 1990.

■ FIGURE 9

Priorités pour les dépenses publiques et privées de la santé



Source : Banque mondiale, *Pour une meilleure santé en Afrique*.

■ FIGURE 10

Pays africains choisis regroupés par niveau relatif de dépenses pour la santé, 1990

REGROUPEMENT DE PAYS

| | Dépenses élevées | Dépenses moyennes | Dépenses faibles |
|-------------------------------------|-------------------------|--------------------------|-------------------------|
| Caractéristiques du pays | | | |
| Population (millions) | 14,1 | 95,5 | 340,3 |
| PNB moyen par habitant (dollars US) | 757 | 395 | 225 |
| Dépenses par habitant | | | |
| Privé (dollars US) | 19 | 7 | 4 |
| Gouvernement (dollars US) | 40 | 6 | 2 |
| Bailleurs de fonds (dollars US) | 9 | 3 | 2 |
| TOTAL | 68 | 16 | 8 |

NOTE : pays à dépenses élevées : Botswana, Lésoto, Swaziland et Zimbabwe. Pays à dépenses moyennes : Burundi, Cameroun, Gambie, Ghana, Kenya, Libéria, Malawi, Niger, Rwanda, Sénégal et Zambie. Pays à faibles dépenses : Burkina Faso, Ethiopie, Mali, Nigéria, Sierra Léone, Somalie, Ouganda et Zaïre.

Source : Programme des Nations Unies pour le développement et Banque mondiale, 1992 ; Banque mondiale, 1993e.

■ **Rythme de la réforme**

Dans certains cas, les dépenses seront les plus élevées lors des étapes initiales quand les nouvelles formations sanitaires et les services intersectoriels exigeront des investissements. C'est à ce moment là que le soutien des bailleurs de fonds sera capital. Une fois qu'un pays a décidé de fournir tel ensemble de services de base et a détaillé les données financières, un groupe d'experts et de représentants officiels des secteurs public et privé pourraient identifier la division des biens publics et privés. L'étape suivante consisterait à déterminer les rôles des gouvernements, des bailleurs de fonds et des ménages dans les lacunes de financement.

Mobiliser des fonds pour une meilleure santé

LA PART DU GOUVERNEMENT dans les dépenses sanitaires varie grandement sur l'ensemble de l'Afrique. Une étude a constaté une différence de 15 à 20 fois dans les dépenses sanitaires publiques entre pays à revenus élevés et à revenus faibles, chiffre très loin de la différence de presque quatre fois dans les revenus moyens par habitant entre les deux groupes.

A l'évidence, les mauvaises conditions économiques sont un facteur dans les faibles dépenses publiques pour la santé. L'introduction des programmes d'ajustement structurel est une autre raison souvent citée pour la diminution des dépenses de l'Etat. Toutefois, les études ont montré que les dépenses publiques pour la santé restaient les mêmes pendant les années où des prêts d'ajustement structurel étaient débloqués, comparé à d'autres années.

Les gouvernements déterminés à le faire peuvent changer le mode et le niveau des dépenses de santé. Au Lésoto, la santé et le bien-être ont reçu, en 1982-83, environ 6 pour cent du total des dépenses publiques et environ 10 pour cent au début des années 90. Le financement pour

l'éducation a augmenté d'environ 15 pour cent à 20 pour cent. Ces augmentations ont été possibles partiellement par les coupes dans les dépenses militaires, d'environ 24 pour cent à 10 pour cent.

■ Ressources nationales

Lors d'une réunion à Bamako en 1987, l'OMS a adopté une résolution en vue d'introduire un partage communautaire des coûts pour soutenir les soins de santé primaires. Ensuite, l'Initiative de

Bamako a été lancée, qui concerne de un à 50 départements dans 13 pays, environ 1 800 formations sanitaires et environ 20 millions de personnes. Dans presque tous les cas, le prix des médicaments a été fixé de sorte à être un mécanisme de recouvrement des coûts et de financement des services locaux.

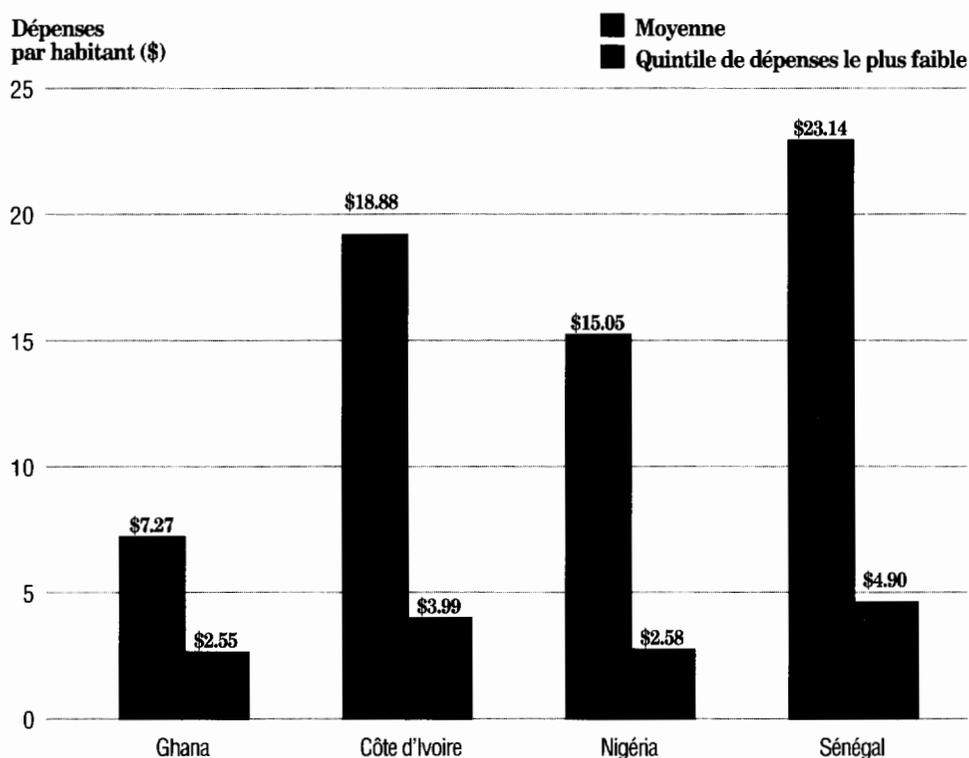
Le partage des coûts dans les centres de santé locaux a des bénéfices très importants. Au Bénin, au Nigéria et en Guinée, environ 40 à 46 pour cent des dépenses de fonctionnement locales, y compris les salaires, sont couvertes par les paiements des utilisateurs. Les pays peuvent mobiliser des fonds en augmentant les tarifs des utilisateurs et en mettant en place des plans de financement communautaire. Voir Figure 11.

Le Ghana a augmenté

les paiements des utilisateurs en 1985, augmentant ainsi les recettes provenant du recouvrement des coûts, de 5,2 pour cent à 12,1 pour cent en l'espace de deux ans. Une partie de ces recettes ont été réinvesties dans le centre de santé pour améliorer la qualité des services. Le plan renforce le système d'aiguillage en rendant les soins curatifs plus chers à l'hôpital qu'au centre de santé.

■ FIGURE 11

Dépenses annuelles des ménages par habitant pour la santé, fin des années 80



Source : Banque mondiale, *Pour une meilleure santé en Afrique*.

1 Les utilisateurs payeront pour des soins de santé de qualité

Une étude au Cameroun comparait deux groupes de centres de santé. Un groupe a fait payer les utilisateurs et a amélioré la qualité des soins. Dans l'autre groupe, aucun changement n'a été fait. Les enquêtes ont montré que les ménages dans les zones où les centres avaient introduit des changements étaient bien plus susceptibles d'utiliser le centre. Contrairement à des études précédentes montrant que les groupes les plus pauvres sont les plus touchés par les paiements pour services, cette étude constatait que les groupes les plus pauvres allaient consulter les services bien plus que le reste de la population.

Pour une meilleure santé en Afrique suggère que les groupes à revenus plus élevés doivent assumer une proportion plus importante des coûts et que les groupes à faibles revenus obtiennent à peu de coûts les soins de santé. Tout le monde devrait payer quelque chose mais certains services de soins de santé primaires seront quasi gratuits.

1 Aide internationale

Depuis 1981, les contributions des bailleurs de fonds aux soins de santé ont augmenté régulièrement. En 1990, elles avaient grimpé à quasiment 2,50\$ par habitant — bien qu'il existe de très grandes variations d'un pays à l'autre.

Aussi bénéfique soit-elle, cette aide a eu aussi certains effets négatifs. Par exemple, des sommes relativement importantes sont allées vers des formations sanitaires urbaines alors que les régions rurales ont reçu peu de fonds. Souvent, l'aide externe a été réservée à des projets qui ne dureraient pas dans le temps — presque chaque pays africain a eu au moins un grand projet tel un hôpital important qui ne fonctionnera jamais comme prévu à cause du manque d'argent pour couvrir les dépenses de fonctionnement.

Parfois, l'aide des bailleurs de fonds a eu l'effet secondaire négatif d'empêcher les pays de se donner des politiques et des programmes sanitaires cohérents au niveau national. Les programmes des bailleurs de fonds tendaient à se concentrer sur les thèmes formulés lors de conférences internationales, ignorant les priorités des pays. Les financiers externes doivent se concentrer sur des programmes à long terme de grande envergure qui soutiennent la réforme sanitaire plutôt que sur un soutien à un projet individuel. De plus, des projets sporadiques et à court terme ne renforcent pas les services de santé de base d'un pays. Vu que les pays à revenus plus élevés occupent une meilleure position pour financer leurs propres programmes pour une meilleure santé, le soutien des bailleurs de fonds devrait aller de plus en plus vers des pays

à faibles revenus qui ont des plans d'action pour améliorer la santé.

Les gouvernements et les bailleurs de fonds doivent être des partenaires en établissant les plans financiers et les ensembles efficaces par rapport aux coûts de services de base. Par exemple, au Ghana, le Ministère de la Santé a organisé un groupe d'assistance locale pour la santé qui se réunit régulièrement avec des bailleurs de fonds pour résoudre les questions de stratégie sanitaire.

Calendrier de changement

CHAQUE PAYS AURA son propre calendrier pour l'exécution des réformes mais la plupart de la restructuration nécessaire peut être divisée en trois périodes de temps :

- Actions à court terme qui sont prioritaires et qui relèvent surtout du domaine public. Il s'agit de formuler les politiques sanitaires, de démarrer la réforme et de travailler avec des ministères pour évaluer la participation des bailleurs de fonds.
- Certaines des actions à moyen terme consistent à soutenir des programmes de formation, à réaffecter des parts plus grandes de fonds aux centres de santé et aux hôpitaux de première référence, à mettre sur pied le partage des coûts et à vérifier que le financement des bailleurs de fonds est utilisé pour renforcer les stratégies nationales.
- Les actions à long terme consistent à élargir progressivement le système de santé et à rendre les systèmes sanitaires davantage autosuffisants.

Le défi que rencontre chaque pays en formulant son propre calendrier se voit bien en comparant les situations de trois pays — l'Ouganda, le Mali et le Botswana.

- L'Ouganda est un exemple typique de plusieurs pays qui, ces dernières années, ont souffert de nombreux problèmes politiques, sociaux et économiques. Peu d'amélioration était notée dans les indicateurs sanitaires, le financement de la santé est en déroute et le système sanitaire est ébranlé. A présent, le gouvernement doit faire face aux besoins urgents de repenser les stratégies sanitaires et le système de santé du pays.
- Le Mali est un exemple typique des quelques pays africains qui ont progressivement amélioré les résultats de la santé, telles l'espérance de vie et la survie infantile en dépit de contraintes financières. Le Ministère de la Santé, aidé par des bailleurs de fonds qui encouragent les soins au niveau local, abandonne progressivement les programmes verticaux pour élargir les soins au niveau local. D'ici 1997, 52 pour cent de la population devrait avoir accès aux soins de santé. Certains des défis que doit relever à présent le gouvernement consistent à augmenter les dépenses sanitaires publiques et à encourager le partage des coûts.
- Au Botswana, la santé s'est améliorée rapidement. L'accès aux services de santé est relativement bon et, il y a quelque temps, le gouvernement décentralisait aux niveaux district et sous-district. Il existe une solide tradition du partage des coûts dans le pays. Les défis que doit relever à présent le Botswana consistent à privatiser ou à arriver à un recouvrement du coût intégral dans les hôpitaux, à encourager les plans d'assurance et à diminuer la participation des bailleurs de fonds.

1 Se donner une plus grande capacité de recherche

Le fait d'améliorer la recherche sanitaire et les capacités de recherche aidera les pays africains à adopter les étapes de réforme proposées dans *Pour une meilleure santé en Afrique* — se donner leurs propres programmes de politiques, identifier des ensembles efficaces par rapport aux coûts, viser les ménages dans le besoin, améliorer la gestion de systèmes décentralisés et suivre les progrès.

1 Recherche sanitaire au Ghana

Le Ministère de la Santé au Ghana a créé un service de recherche sanitaire devant assurer la liaison entre les chercheurs professionnels et le Ministère de la Santé et pour conduire et promouvoir la recherche sur les systèmes sanitaires. Dans les deux ans qui ont suivi son établissement, le service a formulé un plan de recherche et a soutenu plus de 20 projets de recherche achevée et a réalisé des ateliers pour les équipes sanitaires, régionales et locales concernant la rédaction de propositions de recherche et l'analyse de données.

Le programme pour une meilleure santé en Afrique représente une possibilité sans précédent permettant aux africains et aux bailleurs de fonds de travailler ensemble pour mettre fin aux niveaux intolérables de souffrance, de décès prématurés et de gaspillage venant d'une mauvaise santé.

1 Conclusion

Des experts des pays africains peuvent jouer un rôle de premier plan et prendre l'initiative d'un contrat pour une meilleure santé entre les pays africains et la communauté internationale. Un exemple d'un tel contrat serait pour l'Etat de doubler ses ressources pour la santé et d'améliorer leur affectation et, pour le bailleur de fonds, de procéder à une augmentation comparable dans un soutien ciblé.

Un forum pourrait être créé pour garantir la coordination des initiatives internationales pour la formation et la recherche portant sur les systèmes sanitaires. Il pourrait revoir et soutenir les réformes, servir de groupe de soutien pour les ministères de la Santé et autres agents de changement et faciliter l'échange d'expérience quant à des initiatives pour une meilleure santé en Afrique. Un groupe consultatif pour la santé en Afrique, à l'instar des Bailleurs de fonds pour l'éducation en Afrique — groupe qui réunit africains et bailleurs de fonds autour des questions d'instruction — pourrait fournir ce forum aux fins de forger un consensus entre pays africains et leurs partenaires.

Comment se procurer *Pour une Meillure Santé en Afrique*

SI VOUS RESIDEZ AUX ETATS-UNIS:

Remplissez ce bon et renvoyez-le à:

The World Bank
Box 7247-8619
Philadelphia, PA 19170-8619
U.S.A.

Si vous voulez payer par carte de crédit, téléphonez au (202) 473-1155 ou renvoyez par télécopie, le bon ci-joint dûment rempli au (202) 676-0581.

SI VOUS RESIDEZ HORS DES ETATS-UNIS:

Contactez le dépositaire agréé des publications de la Banque mondiale de votre pays qui vous renseignera sur les prix en monnaie locale et les modalités de paiement. (On donne ci-après une liste complète des dépositaires.) Si votre pays n'a pas de dépositaire, renvoyez le bon à l'adresse indiquée pour les Etats-Unis. Les commandes adressées à The World Bank aux Etats-Unis par des clients de pays où il existe un dépositaire seront retournées à l'envoyeur.

| Quantité | Titre | No de commande | Prix unitaire | Total |
|----------|--|----------------|---------------------|-------|
| | Better Health in Africa (broché, anglais) | 12817 | \$14.95 | |
| | Pour une Meilleure Santé en Afrique (broché, français) | 12818 | \$14.95 | |
| | | | Total US\$ | |
| | | | Frais d'envoi* US\$ | |
| | | | Total US\$ | |

**FRAIS D'ENVOI: Ils sont de \$5.00 par commande. En cas d'utilisation de bon de commande, le montant exact des frais d'envoi sera facturé. Pour les envois par avion hors des Etats-Unis, ajouter \$8.00 pour le premier exemplaire et \$6.00 pour chaque exemplaire supplémentaire.*

INDIQUER LE MODE DE PAIEMENT

- Veuillez trouver ci-joint mon chèque à l'ordre de The World Bank
 Veuillez débiter ma carte: VISA MasterCard American Express

NUMERO DE LA CARTE DE CREDIT

DATE D'EXPIRATION

SIGNATURE

- Veuillez m'adresser la facture. (Institutions seulement. Prière de joindre le bon de commande.)

VEUILLEZ TAPER A LA MACHINE OU ECRIRE EN LETTRES MAJUSCULES

NOM

ADRESSE

VILLE

ETAT

CODE POSTAL

PAYS

TELEPHONE

Dépositaires des publications de la Banque mondiale

AFRIQUE DU SUD, BOTSWANA

Pour commandes individuelles:
Oxford University Press Southern
Africa
P.O. Box 1141
Le Cap 8000

Pour abonnements:
International Subscription Service
P.O. Box 41095
Craighall
Johannesburg 2024

ALLEMAGNE

UNO-Verlag
Poppelsdorfer Allee 55
53115 Bonn

ARABIE SAOUDITE, QATAR

Jarir Book Store
P.O. Box 3196
Riyadh 11471

ARGENTINE

Carlos Hirsch, SRL
Galeria Guemes
Florida 165, 4th Floor-Ofc.453/465
133 Buenos Aires

AUSTRALIE, PAPOUSIE- NOUVELLE-GUINEE, FIDJI, ILES SALOMON, VANUATU ET SAMOA-OCIDENTAL

D.A. Information Services
648 Whitehorse Road
Mitcham 3132
Victoria

AUTRICHE

Gerold and Co.
Graben 31
A-1011 Wien

BANGLADESH

Micro Industries Development
Assistance Society (MIDAS)
House 5, Road 16
Dhanmondi R/Area
Dhaka 1209

BELGIQUE

Jean De Lannoy
Av. du Roi 202
1060 Bruxelles

CANADA

Le Diffuseur
151A Boul. de Mortagne
Boucherville, Québec
J4B 5E6

Renouf Publishing Co.

1294 Algoma Road
Ottawa, Ontario
K1B 3W8

CHILE

Invertec IGT S.A.
Av. Santa Maria 6400
Edificio INTEC, Of. 201
Santiago

CHINE

China Financial & Economic
Publishing House
8, Da Fo Si Dong Jie
Beijing

CHYPRE

Center of Applied Research
Cyprus College
6, Diogenes Street, Engomi
P.O. Box 2006
Nicosie

COLOMBIE

Infoenlace Ltda.
Apartado Aereo 34270
Bogota D.E.

COREE, REPUBLIQUE DE

Pan Korea Book Corporation
P.O. Box 101, Kwangwhamun
Séoul

Korean Stock Book Centre

P.O. Box 34
Yeoido
Séoul

COTE D'IVOIRE

Centre d'Édition et de Diffusion
Africaines (CEDA)
04 B.P. 541
Abidjan 04 Plateau

DANEMARK

SamfundsLitteratur
Rosenoerns Allé 11
DK-1970 Frederiksberg C

EGYPTE, REPUBLIQUE

ARABE D'
Al Ahram
Al Galaa Street
Le Caire

The Middle East Observer

41, Sherif Street
Le Caire

ESPAGNE

Mundi-Prensa Libros, S.A.
Castello 37
28001 Madrid

Libreria Internacional AEDOS

Consell de Cent, 391
08009 Barcelone

FINLANDE

Akateeminen Kirjakauppa
P.O. Box 128
SF-00101 Helsinki 10

FRANCE

Publications de la Banque Mondiale
66, avenue d'Iéna
75116 Paris

HONG KONG, MACAO

Asia 2000 Ltd.
46-48 Wyndham Street
Winning Centre
7th Floor
Central Hong Kong

HONGRIE

Foundation for Market Economy
Dombovari Ut 17-19
H-1117 Budapest

INDE

Allied Publishers Private Ltd.
751 Mount Road
Madras-600 002

INDONESIE

Pt. Indira Limited
Jalan Borobudur 20
P.O. Box 181
Jakarta 10320

IRAN

Kowkab Publishers
P.O. Box 19575-511
Téhéran

IRLANDE

Government Supplies Agency
4-5 Harcourt Road
Dublin 2

ISRAEL

Yozmot Literature Ltd.
P.O. Box 56055
Tel Aviv 61560

ITALIE

Licosa Commissionaria Sansoni SPA
Via Duca Di Calabria, 1/1
Casella Postale 552
50125 Florence

JAPON

Eastern Book Service
Hongo 3-Chome, Bunkyo-ku 113
Tokyo

KENYA

Africa Book Service (E.A.) Ltd.
Quaran House, Mfangano Street
P.O. Box 45245
Nairobi

MALAYSIE

University of Malaya Cooperative
Bookshop, Limited
P.O. Box 1127, Jalan Pantai Baru
59700 Kuala Lumpur

MEXIQUE

INFOTEC
Apartado Postal 22-860
14060 Tlalpan, Mexico D.F.

NIGERIA

University Press Limited
Three Crowns Building Jericho
Private Mail Bag 5095
Ibadan

NORVEGE

Narvesen Information Center
Book Department
P.O. Box 6125 Etterstad
N-0602 Oslo 6

NOUVELLE-ZELANDE

EBSCO NZ Ltd.
Private Mail Bag 99914
New Market
Auckland

PAKISTAN

Mirza Book Agency
65, Shahrah-e-Quaid-e-Azam
P.O. Box No. 729
Lahore 54000

PAYS-BAS

De Lindeboom/InOr-Publikaties
P.O. Box 202
7480 AE Haaksbergen

PEROU

Editorial Desarrollo SA
Apartado 3824
Lima 1

PHILIPPINES

International Book Center
Suite 1703, Cityland 10
Condominium Tower 1
Ayala Avenue, H.V. dela Costa
Extension
Makati, Metro Manila

POLOGNE

International Publishing Service
U1. Piekna 31/37
00-677 Varsovie

Pour abonnements:

IPS Journals
U1. Okrezna 3
02-916 Varsovie

PORTUGAL

Livraria Portugal
Rua Do Carmo 70-74
1200 Lisbonne

REPUBLIQUE DOMINICAINE

Editora Taller, C. por A.
Restauración e Isabel la Católica 309
Apartado de Correos 2190 Z-1
Sante-Dominigue

ROYAUME-UNI

Microinfo Ltd.
P.O. Box 3
Alton, Hampshire GU34 2PG
Angleterre

SINGAPOUR, TAIWAN, MYANMAR, BRUNEI

Gower Asia Pacific Pte Ltd.
Golden Wheel Building
41, Kallang Pudding, #04-03
Singapour 1334

SRI LANKA ET MALDIVES

Lake House Bookshop
P.O. Box 244
100, Sir Chittampalam A. Gardiner
Mawatha
Colombo 2

SUEDE

Pour commandes individuelles:
Fritzes Fackboksforetag
Regeringsgatan 12, Box 16356
S-103 27 Stockholm

Pour abonnements:

Wennergren-Willimas AB
P.O. Box 1305
S-171 25 Solna

SUISSE

Pour commandes individuelles:
Librairie Payot
Case postale 3212
CH 1002 Lausanne

Pour abonnements:

Librairie Payot
Service des Abonnements
Case postale 3312
CH 1002 Lausanne

THAÏLANDE

Central Department Store
306 Silom Road
Bangkok

TRINITE-ET-TOBAGO, ANTIGUA- ET-BARBUDA, BARBADE, DOMINIQUE, GRENADÉ, GUYANA, JAMAÏQUE, MONTSERRAT, SAINT KITTS-ET- NEVIS, SAINTE LUCIE, SAINT VINCENT-ET-LES GRENADINES

Systematics Studies Unit
#9 Watts Street
Curepe
Trinité, Antilles