

# Glossaire

de la série «Santé pour tous»  
Volumes N° 1 à 8



ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ

GENÈVE

1984

SÉRIE «SANTÉ POUR TOUS», N° 9

ISBN 92 4 280 009 0

© Organisation mondiale de la Santé, 1984

Les publications de l'Organisation mondiale de la Santé bénéficient de la protection prévue par les dispositions du Protocole N° 2 de la Convention universelle pour la Protection du Droit d'Auteur. Pour toute reproduction ou traduction partielle ou intégrale, une autorisation doit être demandée au Bureau des Publications, Organisation mondiale de la Santé, Genève, Suisse. L'Organisation mondiale de la Santé sera toujours très heureuse de recevoir des demandes à cet effet.

Les appellations employées dans cette publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part du Secrétariat de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites.

IMPRIMÉ EN SUISSE

84/6186 - Kundig - 3500

# Table des matières

	<i>Page</i>
Préface .....	5
Introduction .....	9
Explication des termes .....	11
Index .....	37



# Préface

La Conférence internationale sur les soins de santé primaires, réunie à Alma-Ata en 1978, a déclaré : « L'un des principaux objectifs sociaux des gouvernements, des organisations internationales et de la communauté internationale tout entière au cours des prochaines décennies doit être de donner à tous les peuples du monde, d'ici l'an 2000, un niveau de santé qui leur permette de mener une vie socialement et économiquement productive. Les soins de santé primaires sont le moyen qui permettra d'atteindre cet objectif dans le cadre d'un développement empreint d'un véritable esprit de justice sociale ». La Conférence a invité tous les gouvernements à élaborer, au plan national, des politiques, des stratégies et des plans d'actions visant à introduire et à maintenir les soins de santé primaires dans un système national de santé complet et à les coordonner avec l'action d'autres secteurs.

Par la suite, l'OMS a élaboré des principes directeurs pour la formulation de stratégies nationales de la santé pour tous. Puis, sur la base des stratégies nationales, elle a préparé une Stratégie mondiale qui a été adoptée par l'Assemblée mondiale de la Santé en 1981. En 1982, l'Assemblée a approuvé un Plan d'action pour la mise en œuvre de cette Stratégie.

L'élaboration et la mise en œuvre des stratégies nationales exigent l'application d'un processus gestionnaire dont l'un des éléments est l'évaluation basée sur des indicateurs appropriés. L'OMS a donc établi des principes directeurs pour ce processus gestionnaire et elle a ensuite formulé son septième programme général de travail qui représente sa contribution aux efforts fournis par les Etats Membres pour atteindre l'objectif de la santé pour tous.

L'essentiel de la documentation sur ce qui précède a été publié dans la série spéciale « Santé pour tous », qui se compose actuellement des huit volumes suivants :

- N° 1 — *Alma-Ata 1978, Les soins de santé primaires*: déclaration d'Alma-Ata, rapport de la Conférence d'Alma-Ata et Rapport conjoint du Directeur général de l'OMS et du Directeur général du FISE.
- N° 2 — *Formulation de stratégies en vue de l'instauration de la santé pour tous d'ici l'an 2000*: principes directeurs et questions essentielles liées à la formulation des stratégies.
- N° 3 — *Stratégie mondiale de la santé pour tous d'ici l'an 2000*: avec, en toile de fond, les problèmes et tendances de la santé et de la situation socio-économique dans le monde, on y trouve évoqués le contenu des politiques de santé et l'élaboration de systèmes de santé basés sur les soins de santé primaires ainsi que les moyens de favoriser et de soutenir la mise en place de tels systèmes de santé, de mobiliser les ressources nécessaires, d'organiser la coopération inter pays nécessaire, de surveiller et d'évaluer les stratégies sanitaires et de garantir un soutien approprié de la part de l'OMS.
- N° 4 — *Elaboration d'indicateurs pour la surveillance continue des progrès réalisés dans la voie de la santé pour tous d'ici l'an 2000*: liste d'indicateurs possibles et renseignements à recueillir à leur sujet.
- N° 5 — *Le processus gestionnaire pour le développement sanitaire national*: principes directeurs de l'application d'un processus gestionnaire à l'élaboration et à la mise en œuvre des stratégies de la santé pour tous.
- N° 6 — *Évaluation des programmes de santé*: principes directeurs de l'évaluation appliquée au processus gestionnaire pour le développement sanitaire national.

N° 7 — *Plan d'action pour la mise en œuvre de la Stratégie mondiale de la santé pour tous* : contient aussi un index pour les volumes N<sup>os</sup> 1 à 7.

N° 8 — *Septième programme général de travail, pour la période 1984-1989* : premier des trois programmes généraux de travail de l'Organisation Mondiale de la Santé pour la période restant à courir avant la date cible de l'an 2000.



# Introduction

Dans toutes les branches des sciences et des arts, on utilise dans des cas précis des termes qui ont un sens bien particulier en fonction du sujet et du contexte, contrairement aux définitions des dictionnaires généraux. De même, certains termes qui figurent dans les publications énumérées aux pages 6 et 7 ont été utilisés dans le contexte très spécial de l'élaboration et de la mise en œuvre de stratégies en vue de l'instauration de la santé pour tous d'ici l'an 2000. Il est donc possible que tous les lecteurs n'en saisissent pas pleinement le sens et c'est pourquoi on a tenté de les définir dans le glossaire ci-après.

On a voulu regrouper ces termes de façon fonctionnelle et en illustrer les relations au lieu de les présenter sous la forme habituelle d'un glossaire. Ils sont toutefois numérotés pour permettre de s'y référer selon leur ordre d'apparition dans le texte et un index alphabétique figure à la fin du volume, page 37.



# Explication des termes<sup>1</sup>

En 1977, la Trentième Assemblée mondiale de la Santé a décidé que le principal objectif social des gouvernements et de l’OMS au cours des prochaines décennies devait être de faire accéder tous les habitants du monde à un niveau de santé qui leur permette de mener une vie socialement et économiquement productive, objectif communément désigné par la formule «la santé pour tous d’ici l’an 2000». La «santé pour tous» est un processus qui doit conduire à une amélioration progressive de la santé des peuples et non pas un objectif unique et bien délimité. Cette notion sera interprétée différemment par chaque pays selon ses caractéristiques sociales et économiques, l’état de santé et le tableau de morbidité de sa population et le niveau de développement de son système de santé. Toutefois, il est un niveau minimum au-dessous duquel aucun individu ne devrait se trouver dans un pays quelconque ; *tous* les gens de *tous* les pays doivent avoir un niveau de santé qui leur permette de travailler de façon productive et de participer activement à la vie sociale de la communauté dans laquelle ils vivent.

La santé pour tous ne veut pas dire qu’en l’an 2000, les médecins et le personnel infirmier apporteront à tous les habitants de la terre les solutions médicales à leurs maux ou qu’il n’existera plus de malades ni de handicapés. Cela signifie que la santé commence et se trouve favorisée ou compromise à la maison, à l’école et à l’usine, c’est-à-dire là où les gens vivent et travaillent. Ceux-ci vont avoir recours à de meilleures méthodes qu’aujourd’hui pour prévenir la

## 1. Santé pour Tous

---

<sup>1</sup> On trouvera à la page 39, une liste alphabétique de ces termes.

maladie et atténuer les affections et incapacités inévitables et ils s'y prendront mieux pour se développer, vieillir et mourir dans la dignité. Les soins de santé essentiels seront accessibles à tous, individus et familles, sous une forme acceptable et à un prix qu'ils puissent payer, avec leur pleine participation. Les ressources disponibles pour la santé seront équitablement réparties entre tous les habitants et les gens se rendront compte qu'ils ont en eux le pouvoir de façonner leur propre vie et celles des membres de leur famille en se libérant du fardeau des maladies évitables, sachant bien qu'un mauvais état de santé n'a rien d'inéluctable.

## 2. Soins de santé primaires

Comme l'a souligné la conférence d'Alma-Ata, les soins de santé primaires sont le moyen qui permettra d'instaurer la santé pour tous d'ici l'an 2000. **Les soins de santé primaires** sont des soins de santé essentiels rendus accessibles à un coût que le pays et la communauté puissent assumer et fondés sur des méthodes pratiques, scientifiquement valables et socialement acceptables. Tous les membres de la communauté doivent avoir accès et participer aux soins de santé primaires et il convient que les secteurs connexes y jouent un rôle au même titre que celui de la santé. Les soins de santé primaires comprennent au minimum une éducation concernant les problèmes qui se posent ainsi que les méthodes de prévention et de lutte qui leur sont applicables, la promotion de bonnes conditions alimentaires et nutritionnelles, un approvisionnement suffisant en eau saine et des mesures d'assainissement de base, la protection maternelle et infantile, y compris la planification familiale, la prévention et le contrôle des endémies locales, la vaccination contre les grandes maladies infectieuses, le traitement des maladies et lésions courantes et la fourniture de médicaments essentiels.

Les soins de santé primaires sont la cheville ouvrière et le foyer principal du système de santé d'un pays, le principal véhicule des prestations de santé ainsi que le premier échelon

d'un réseau de protection sanitaire qui s'étend de la périphérie au centre et ils font partie intégrante du développement social et économique d'un pays. Leur forme varie selon les caractéristiques politiques, économiques, sociales, culturelles et épidémiologiques de chaque pays. Ils ne peuvent être efficaces que s'ils reposent sur une auto-responsabilité individuelle et collective et sur un **engagement communautaire** maximum, c'est-à-dire sur la participation active de tous les gens qui vivent ensemble au sein d'une organisation sociale quelconque, et si leur planification, leur mise en œuvre et leur contrôle, à l'aide de ressources locales, nationales et autres, sont cohérents.

**3. Engagement communautaire**

Le terme « engagement » est préférable à « participation » car il suppose une identification plus profonde et plus personnelle des membres de la communauté avec les soins de santé primaires. Dans le cadre de l'engagement communautaire, les individus et les familles prennent en charge leur santé et leur bien-être ainsi que ceux de la communauté et deviennent capables de contribuer à leur propre développement et à celui de la communauté. Fait partie de cette responsabilité **l'initiative personnelle en matière de soins (autosoins)**, expression qui implique, de la part des individus, des membres de la famille, des voisins, des amis et des collègues, l'exécution d'actions de santé non organisées ainsi que l'adoption de décisions en rapport avec la santé, et qui englobe l'entretien de la santé, la prévention des maladies, l'autodiagnostic, l'autotraitement y compris l'automédication, et les soins auto-administrés après un contact avec les services de santé.

**4. Participation communautaire**

**5. Initiative personnelle (autosoins)**

L'expression **démarche des soins de santé primaires** est couramment utilisée. Elle désigne simplement la mise en place d'un système de santé conforme à la description du rapport d'Alma-Ata, où les soins de santé primaires sont la cheville ouvrière et le foyer principal du système tout en prenant appui sur lui.

**6. Démarches des soins de santé primaires**

## 7. Services de santé de base

Il convient de distinguer les soins de santé primaires des **services de santé de base** qui sont un réseau d'institutions gérées par les pouvoirs publics dans le cadre du système administratif du pays et qui dispensent aux individus des soins médicaux et des services préventifs essentiels. Ces services sont assurés par un personnel professionnel et non professionnel choisi sans consultation préalable avec la communauté où il travaille, laquelle n'est pas nécessairement engagée dans les mesures prises pour améliorer sa santé. En outre, les services de santé de base partent généralement du centre et s'étendent vers la périphérie; ils ne cherchent pas toujours à définir et à utiliser une technologie sanitaire appropriée, (voir 80 ci-après) et ne s'intéressent pas aux aspects socio-économiques de la santé ni aux actions intersectorielles connexes (voir 19 ci-après).

## 8. Développement des personnels de santé

Pour atteindre dans un pays l'objectif de la santé pour tous d'ici l'an 2000, il est essentiel de disposer d'un effectif suffisant d'agents de santé bien qualifiés. On entend par **développement des personnels de santé** la mise en place de travailleurs de santé suffisamment qualifiés pour répondre aux besoins présents et futurs des services existants ou prévus. Cette activité comporte la planification, la production et la gestion du personnel de santé, c'est-à-dire l'estimation des besoins et l'adoption des mesures requises pour que les agents de santé soient convenablement formés, recrutés et employés, qu'ils reçoivent une rémunération suffisante et que leur soient offertes des perspectives de carrière propres à les maintenir dans le service de santé et dans la communauté.

## 9. Agents de santé communautaires

Pour dispenser les soins de santé primaires, il faut des **agents de santé communautaires**, c'est-à-dire des agents de santé qualifiés qui vivent au sein de la communauté et qui travaillent en équipe avec les autres agents des secteurs de la santé et du développement. Ils représentent le premier point de contact de l'individu avec le système de santé. Les catégories d'agents de santé communautaires varient d'un pays et d'une

communauté à l'autre, selon les besoins et les ressources disponibles pour les satisfaire. Dans de nombreuses sociétés, ces agents émanent de la communauté où ils travaillent et sont choisis par elle. Dans certains pays, ce sont des bénévoles mais normalement, ceux qui travaillent à temps partiel ou à plein temps sont rétribués en espèces ou en nature par la communauté et par les services de santé officiels. Si l'on excepte d'une part, les omnipraticiens et le personnel infirmier et de l'autre, les praticiens de médecine traditionnelle, les agents de santé communautaires entrent dans la catégorie des **personnels auxiliaires**, c'est-à-dire des agents de santé qui n'ont pas une qualification professionnelle complète dans un domaine donné et qui sont supervisés par un agent professionnel. Certains travailleurs auxiliaires ayant des titres et compétences particulières étaient appelés autrefois personnels para-médicaux mais cette expression a été abandonnée. Quels que soient le type et le niveau de leur formation, les agents de santé doivent, à chaque échelon du système de santé, collaborer ensemble lorsque cela est nécessaire au sein d'une **équipe de santé**, laquelle a été définie par un comité d'experts de l'OMS comme un groupe de personnes poursuivant un objectif commun auquel chacun contribue selon ses propres compétences et aptitudes et en coordination avec les fonctions des autres membres de l'équipe.

#### **10. Personnels auxiliaires**

#### **11. Equipe de santé**

On entend par **système de santé** l'ensemble des éléments interdépendants qui contribuent à la santé au foyer, dans les établissements d'enseignement, au travail, dans les lieux publics et dans les communautés, en influant sur l'environnement physique et psychosocial, ainsi que dans le cadre du secteur de la santé et des secteurs connexes. Un système de santé comporte normalement plusieurs niveaux qui vont de la périphérie, connue aussi sous le nom de niveau communautaire ou niveau primaire des soins de santé, au niveau central en passant par les niveaux intermédiaires (district, région ou province). Les niveaux intermédiaires et central exercent les

#### **12. Système de santé**

fonctions du système de santé qui leur sont dévolues selon la structure administrative du pays et assurent également des services et un soutien de plus en plus complexes et spécialisés. Il n'est pas facile de concevoir un tel système aux multiples aspects, de maintenir sa cohésion et de veiller à ce que ses fonctions soient conformes aux politiques adoptées. Le **contrôle social** suppose que les individus et les communautés en cause mènent à bien cette tâche, aux niveaux communautaire et autres, conformément aux traditions politiques, sociales, culturelles et administratives du pays.

**13. Contrôle social**

**14. Système de santé complet**

Un **système de santé complet** comprend tous les éléments requis pour satisfaire la totalité des besoins de la population en matière de santé.

**15. Développement sanitaire**

Le but d'un système de santé est de conduire à bonne fin le **développement sanitaire**, c'est-à-dire l'amélioration suivie

**16. Etat de santé**

et progressive de l'état de santé d'une population. **Etat de santé** est une expression générale qui s'applique à la santé d'un individu, d'un groupe ou d'une population en fonction de normes agréées. (Voir aussi 65 « indicateurs » et 66 « critères » ci-après). L'expression analogue « niveau de santé » désigne généralement un état de santé exprimé en termes

**17. Situation sanitaire**

quantitatifs. **Situation sanitaire** a une acception plus large qu'état de santé; elle tient compte en outre des mesures prises pour améliorer la santé, des ressources consacrées à la santé, de l'appréciation de certains problèmes de santé qui appellent une attention particulière et du degré de prise de conscience, par la population, de sa santé et des moyens de

**18. Tendances sanitaires**

l'améliorer. Les **tendances sanitaires** ne se rapportent pas seulement à la situation sanitaire actuelle mais aussi à ce qui l'a provoquée et aux perspectives futures. Développement sanitaire et développement socio-économique sont deux aspects indissociables, car l'amélioration de la santé entraîne un progrès socio-économique mais en même temps, dépend d'un tel progrès. Le développement sanitaire suppose une

coordination à tous les niveaux entre les activités du secteur de la santé et celles des autres secteurs sociaux et économiques comme l'éducation, l'agriculture, l'industrie, le logement, les travaux publics, l'approvisionnement en eau et les communications, d'où la nécessité d'une **action intersectorielle**, c'est-à-dire une action dans laquelle le secteur de la santé et les autres secteurs connexes concourent à la réalisation d'un objectif commun, les contributions de ces différents secteurs étant étroitement coordonnées. Dans la pratique, action intersectorielle et **action plurisectorielle** sont synonymes, la première insistant peut-être davantage sur la coordination et la deuxième sur la contribution de différents secteurs. Une coordination s'impose également au sein du **secteur de la santé** qui regroupe les ministères et services publics, la sécurité sociale et les systèmes d'assurance-maladie, des organisations bénévoles et des individus et groupes privés qui fournissent des services de santé. La **coordination au sein du secteur de la santé** désigne la collaboration organisée qui doit s'instaurer entre les prestataires de services situés au même niveau ou à des niveaux différents du système de santé, afin que les ressources soient utilisées au mieux, et à l'intérieur des diverses catégories d'agents de santé ainsi qu'entre ces catégories, selon l'accord conclu sur la division du travail.

Tout système de santé a besoin de **ressources sanitaires**, c'est-à-dire de l'ensemble des moyens nécessaires à son fonctionnement : personnels, bâtiments, matériels, fournitures, ressources financières, connaissances et technologie. Ces ressources essentielles, qui sont en principe bien planifiées, organisées et administrées, forment l'**infrastructure des systèmes de santé** qui comprend les services, les installations, les institutions ou établissements et les organisations ainsi que ceux qui les gèrent en vue d'exécuter divers programmes de santé. Elle dispense aux individus, aux familles et aux communautés des soins de santé qui associent des mesures de promotion et

**19. Action intersectorielle**

**20. Action plurisectorielle**

**21. Secteur de la santé**

**22. Coordination au sein du secteur de la santé**

**23. Ressources sanitaires**

**24. Infrastructure des systèmes de santé**

de protection de la santé, de prévention et de traitement des maladies et de réadaptation. Ainsi, le septième programme général de travail (voir 88 ci-après) contient une section pour l'infrastructure des systèmes de santé qui a pour objet la mise en place, le renforcement progressif, l'organisation et la gestion opérationnelle d'une infrastructure des systèmes de santé, y compris le personnel nécessaire, par l'application systématique d'un processus gestionnaire bien défini accompagné de recherches connexes sur les systèmes de santé, l'exécution de programmes de santé nationaux à l'aide de technologies appropriées et le contrôle social du système de santé et de la technologie qu'il utilise.

#### **25. Centre de santé**

L'un des éléments du système de santé est le **centre de santé** qui dispense des soins de santé à une collectivité ou zone bien définie. D'après la définition en usage à l'OMS, le centre de santé est un établissement qui exécute des actions de promotion et de protection de la santé, de prévention, de diagnostic, de traitement et de réadaptation pour des malades ambulatoires et ne dispose que du petit nombre de lits nécessaires pour les urgences et les accouchements. Dans certains pays toutefois, ce terme désigne des établissements dotés de lits et dont le personnel peut ou non comprendre des médecins tandis que dans d'autres, il s'applique à des établissements qui dispensent des soins spécialisés.

#### **26. Orientation/recours**

Les agents de santé communautaires confrontés à des maladies qu'ils sont incapables de diagnostiquer ou de traiter, ou à des problèmes sanitaires ou sociaux qu'ils ne sont pas en mesure de résoudre eux-mêmes peuvent se tourner vers le **système d'orientation/recours**, c'est-à-dire demander un appui ou adresser des malades à une installation, un établissement ou un spécialiste approprié à l'échelon immédiatement supérieur du système de santé, comme le centre de santé ou l'hôpital. Ceux-ci peuvent à leur tour

orienter les patients vers les échelons suivants du système de santé qui sont dotés d'un personnel de plus en plus qualifié et qui peuvent dispenser des soins toujours plus spécialisés dans une gamme plus étendue et faisant appel à une technologie plus avancée qu'à l'échelon périphérique. L'orientation/recours comporte aussi un échange d'informations à deux sens et le retour des malades vers ceux qui les ont accueillis en premier lieu, par exemple du premier niveau d'orientation/recours à l'agent de santé communautaire, avec des informations appropriées sur leur état et des instructions pour leur suivi. En outre, elle suppose que les agents de santé communautaires reçoivent des instructions sur la façon de traiter les problèmes qu'ils n'avaient pu résoudre initialement.

Les services d'orientation/recours dispensent d'abord des **soins de santé secondaires**, plus spécialisés que les soins dispensés à l'échelon le plus périphérique ; il s'agit par exemple, de diagnostic radiographique, de chirurgie générale, de soins aux femmes souffrant de complications de la grossesse ou de l'accouchement et de diagnostic et de traitement des maladies peu fréquentes ou graves. Ce type de soins est dispensé par un personnel qualifié dans des institutions comme les hôpitaux de district ou de province. Les soins encore plus spécialisés, qui nécessitent des installations hautement adaptées et un personnel de santé extrêmement qualifié, par exemple la neurochirurgie ou la chirurgie cardiaque, sont appelés **soins de santé tertiaires**.

La création d'un système de santé permettant à l'ensemble de la population de mener une vie socialement et économiquement productive comprend la promotion et la protection de la santé ainsi que la prévention des maladies, activités qui se chevauchent jusqu'à un certain point. La **promotion de la**

**27. Soins de santé secondaires**

**28. Soins de santé tertiaires.**

**29. Promotion de la santé**

**santé**, concept en pleine évolution, désigne les actions visant à privilégier les modes de vie et les autres facteurs sociaux, économiques, environnementaux et personnels qui contribuent à la santé. Elle consiste à faire mieux prendre conscience des questions de santé et à permettre de faire face aux problèmes de santé en améliorant les connaissances des gens et en leur communiquant des informations valables, à favoriser un régime alimentaire et un exercice physique appropriés ainsi qu'un sommeil suffisant, à donner à chacun une instruction et un emploi conformes à ses capacités physiques et mentales, à mettre à la disposition de tous un logement convenable et des installations d'approvisionnement en eau et d'assainissement adéquates, à améliorer l'environnement physique, économique, culturel, psychologique et social et à fournir un soutien social, par exemple au moyen d'organisations féminines locales. Les activités de promotion de la santé peuvent être décidées et entreprises par des individus, des familles, des communautés, des associations diverses, des agents de santé, l'Etat, des organisations non gouvernementales, ou par plusieurs de ces entités agissant de concert. La **protection sanitaire** suppose une défense contre les dangers qui peuvent menacer la santé, par exemple le port de vêtements conçus pour le mauvais temps ou des mesures destinées à prémunir les ouvriers contre les risques professionnels. La **prévention de la maladie** désigne les mesures qui visent non seulement à empêcher l'apparition de la maladie comme les vaccinations, la lutte antivectorielle ou les activités antitabac, mais aussi à en arrêter les progrès et à en réduire les conséquences. La **prévention primaire** vise à empêcher l'apparition d'une maladie ou de problèmes de santé, comme l'insuffisance pondérale à la naissance, par des mesures telles que l'éducation sanitaire, les vaccinations, l'amélioration de la nutrition, l'amélioration de l'environnement et des soins appropriés aux femmes enceintes. La **prévention secondaire** cherche à stopper ou à retarder l'évolution d'une maladie par le dépistage précoce et un traitement approprié, ou à réduire le risque de rechute et de chronicité, par

**30. Protection  
sanitaire**

**31. Prévention  
de la  
maladie**

**32. Prévention  
primaire**

**33. Prévention  
secondaire**

exemple par des mesures de réadaptation, une chirurgie corrective et la fourniture de prothèses.

Pour améliorer la santé de sa population, chaque gouvernement doit élaborer une **politique nationale de santé**, c'est-à-dire adopter une série de décisions concernant les actions à engager pour atteindre des buts bien définis en rapport avec l'amélioration de la situation sanitaire, un **but** étant le résultat d'ensemble vers lequel on doit tendre, par exemple un environnement favorable à la santé ou des soins de santé primaires accessibles à tous. Une telle politique, qui présuppose la volonté politique d'engager les ressources de la nation pour la réaliser, détermine l'ordre de priorité des buts à atteindre et des grandes orientations à suivre à cette fin. Une politique nationale de santé est généralement exprimée en termes généraux et forme la base de la **stratégie nationale** qui énonce les grandes lignes de l'action requise dans tous les secteurs en cause afin de donner effet à la politique nationale de santé en indiquant les problèmes et les moyens de les résoudre. La stratégie comporte généralement des **programmes** précis à faire exécuter par l'infrastructure du système de santé, par exemple un programme d'éducation sanitaire, le programme étant un ensemble organisé d'activités axées sur des objectifs et cibles bien définis et progressivement plus précis que les buts vers lesquels ils conduisent. Chaque programme de santé devra être assorti d'objectifs et cibles précis, et si possible quantifiés, qui soient en harmonie avec ceux de la stratégie sanitaire nationale. Le programme doit exposer clairement les besoins en personnels de santé, en installations, en technologie, en matériels et en fournitures, les méthodes de surveillance et d'évaluation, le calendrier des activités et les moyens d'assurer une corrélation entre ces divers éléments et les programmes connexes. La définition de tous ces éléments s'appelle **programmation**. (Voir aussi 47 2) et 5) ci-après). Un **objectif** est le résultat final visé par un programme. Ainsi l'objectif de l'éducation

**34. Politique nationale de santé**

**35. But**

**36. Stratégie nationale**

**37. Programme**

**38. Programmation**

**39. Objectif**

peut être défini comme une situation où les gens voudront être en bonne santé, apprendre à le rester, faire ce qu'ils peuvent, individuellement et collectivement, pour conserver cette santé et savoir comment solliciter une aide lorsqu'ils en ont besoin. Une **cible** est un résultat intermédiaire sur la voie de l'objectif qu'un programme cherche à réaliser. Il est plus précis qu'un objectif et on a généralement fixé un délai pour l'atteindre. Par ailleurs, il est plus facile à exprimer en termes quantitatifs. On peut citer, à titre d'exemples, l'approvisionnement en eau potable et l'assainissement de base pour 60% de la population d'ici 1985 afin d'atteindre l'objectif de 100% d'ici 1990, ou la vaccination de 70% des enfants contre six grandes maladies infectieuses d'ici 1986, l'objectif étant une couverture vaccinale totale pour 1990.

#### 40. Cible

#### 41. Plan d'action national

Une fois la stratégie définie, on élabore un **plan d'action national**, vaste plan directeur intersectoriel qui doit permettre d'exécuter la stratégie de manière à atteindre les buts sanitaires nationaux. Ce plan expose, en termes pratiques, les mesures à prendre en application de la stratégie, compte tenu des divers objectifs et cibles ainsi que des programmes prévus pour les atteindre. Sont ainsi définies des mesures politiques, économiques, sociales, législatives, administratives et gestionnaires. Le plan précise les interventions attendues du secteur de la santé ainsi que des autres secteurs intéressés et propose un schéma pour surveiller l'exécution de la stratégie et évaluer son impact. Les plans d'action forment un tout avec les politiques et stratégies sanitaires nationales car il n'y a pas entre elles de ligne de démarcation bien nette. Pour exécuter le plan d'action national ou tout programme qui en relève, chaque gouvernement adopte une ou plusieurs approches, l'**approche** étant un moyen ou une méthode permettant d'atteindre un objectif ou une cible, comme par exemple la promulgation d'une législation appropriée ou la mise sur pied d'une formation adéquate. L'approche consistant à recenser, pour leur consacrer plus de soins, les individus ou groupes qui, pour des

#### 42. Approche

raisons biologiques, environnementales ou socio-économiques, risquent tout particulièrement d'être en mauvaise santé, de contracter une certaine maladie ou de recevoir une attention insuffisante pour leurs problèmes de santé est dite **approche fondée sur la notion de risque**. On l'a définie sommairement comme suit : quelque chose pour tous mais davantage pour ceux qui ont des besoins particuliers, proportionnellement à ces besoins.

**43. Approche fondée sur la notion de risque**

Le but ultime d'un plan d'action national est la mise en place d'un système de santé complet capable de satisfaire tous les besoins sanitaires de la population. L'un des éléments les plus importants d'un tel système est la **lutte contre la maladie** qui est l'ensemble des mesures conçues pour prévenir ou réduire dans toute la mesure du possible l'incidence, la prévalence et les conséquences des maladies, par exemple la lutte antivectorielle, l'élimination ou la réduction de l'influence des facteurs prédisposants de l'environnement, la vaccination et les soins curatifs. Un moyen important de combattre les maladies est l'approvisionnement en **médicaments essentiels** ou substances thérapeutiques indispensables pour le traitement rationnel de la vaste majorité des maladies dans une population donnée. Une liste modèle de ces médicaments énumérant environ 250 substances a été établie et un comité d'experts de l'OMS l'examine régulièrement. Les pays peuvent s'y référer pour établir leurs propres listes en fonction de leurs priorités et de leurs caractéristiques particulières. L'expérience montre qu'environ 30 à 40 médicaments sont suffisants pour les soins de santé primaires dans de nombreux pays, le reste étant utilisé pour les soins de santé secondaires et tertiaires. Ces listes ne signifient nullement que les autres médicaments sont sans intérêt mais simplement que dans une situation donnée, les médicaments qu'elles énumèrent sont les plus nécessaires pour soigner la majorité des habitants d'un pays et devraient, par conséquent, être constamment disponibles en quantité suffisante et sous les formes galéniques appropriées.

**44. Lutte contre la maladie**

**45. Médicaments essentiels**

#### 46. Gestion

La création d'un système de santé capable de dispenser des soins de santé primaires, secondaires et tertiaires à la population entière en vue de la santé pour tous d'ici l'an 2000 suppose un énorme travail de **gestion**, ce terme recouvrant l'ensemble des mesures prises pour planifier, organiser, faire fonctionner et évaluer la totalité des nombreux éléments interdépendants du système. De telles mesures s'imposent pour traduire les politiques en stratégies et les stratégies en plans d'action afin de déterminer les actions nécessaires pour définir et exécuter les programmes de santé ainsi que pour veiller à ce que l'infrastructure du système de santé permette de les mettre en œuvre avec efficacité et efficacité. A cet effet, l'OMS préconise un **processus gestionnaire pour le développement sanitaire national**, c'est-à-dire un processus suivi de planification et de programmation systématiques exécuté en collaboration avec les autres secteurs concernés par l'action de santé. Le processus gestionnaire pour le développement sanitaire national comprend :

#### 47. Processus gestionnaire pour le développement sanitaire national (PGDSN)

- 1) la formulation de politiques et la définition de priorités ;
- 2) une programmation sommaire pour traduire ces politiques en une stratégie assortie d'objectifs et cibles clairement définis ;
- 3) une programmation-budgétisation garantissant que lors de l'allocation des ressources, la préférence est donnée à l'exécution de la stratégie ;
- 4) la préparation, compte tenu de la programmation sommaire et de la programmation-budgétisation, de plans d'action indiquant dans leurs grandes lignes, les mesures à prendre au sein du secteur de la santé et des autres pour exécuter la stratégie ;
- 5) l'élaboration de programmes détaillés (« programmation détaillée ») pour chacun des programmes du plan d'action ;

6) l'exécution des programmes par le truchement de l'infrastructure sanitaire et l'application à cet effet de bonnes méthodes de gestion courante ;

7) la surveillance continue et l'évaluation des programmes, pour veiller à ce qu'ils se déroulent conformément aux plans et à ce que les services et institutions concernés les exécutent de façon efficiente et efficace ;

8) la préparation des programmes révisés nécessaires, en vue d'introduire les modifications ou améliorations éventuellement recommandées à la suite de la surveillance et de l'évaluation ;

9) la mise en place de l'appui informationnel requis pour l'exécution de toutes ces tâches.

Il serait bon, chaque fois que cela est possible, de décentraliser le processus gestionnaire pour le développement sanitaire national en déléguant des pouvoirs et des ressources aux échelons administratifs intermédiaires et locaux. A cet effet, on établira un plan d'action national pour l'ensemble du pays mais aussi, par exemple, des plans provinciaux pour les provinces et des plans locaux pour les communautés locales. L'avantage d'une telle décentralisation est que les échelons intermédiaires sont suffisamment proches de la communauté pour répondre à ses besoins et de l'échelon central pour appliquer les politiques nationales, tandis que les communautés ont plus souvent l'occasion d'être directement impliquées.

L'expression **programmation sanitaire par pays** a été largement utilisée. Il s'agit essentiellement d'évaluer les problèmes de santé du pays dans leur contexte socio-économique, de déterminer les domaines où des changements s'imposent et de formuler des programmes pour l'introduction des changements souhaités. Cette programmation s'inscrit dans le pro-

#### **48. Programmation sanitaire par pays**

**49. Programme national de santé**

cessus gestionnaire pour le développement sanitaire national qui lui a succédé et coïncide en fait avec la programmation sommaire, la programmation-budgétisation et la programmation détaillée (voir 47 ci-dessus). Un **programme national de santé** est simplement l'ensemble coordonné des activités de tous les programmes de santé d'un pays. Cette expression s'est trouvée périmée lors de l'adoption des concepts plus larges que sont les stratégies et les plans d'action.

**50. Programmation budgétisation**

Le processus gestionnaire pour le développement sanitaire national suppose aussi l'établissement de budgets; faute d'argent pour financer les programmes, ceux-ci sont voués à l'échec. La mobilisation des ressources nécessaires pour atteindre les objectifs est appelée **programmation budgétisation** (voir aussi plus haut 47 3)), laquelle diffère de la budgétisation ordinaire en ce que l'accent y est mis sur les résultats à obtenir et non sur des postes budgétaires sans liens entre eux. Les objectifs et cibles des programmes sont clairement définis et, en vue de les atteindre, on regroupe les ressources nécessaires et l'on détermine leurs destinations et leurs sources. Ces dernières peuvent être publiques comme le ministère de la santé ou son équivalent, d'autres ministères, les gouvernements régionaux et locaux, les gouvernements des états dans les pays dotés d'un système fédéral et le régime d'assurance maladie obligatoire, ou privées comme les assurances maladie volontaires, les organismes bénévoles, les contributions communautaires, les employeurs privés et les cotisations individuelles. Il peut en outre y avoir des sources extérieures comme les organisations internationales, les organismes bilatéraux et les institutions philanthropiques.

**51. Gestion des ressources**

**La gestion des ressources**, c'est-à-dire la gestion efficace et efficiente des ressources, revêt une importance capitale lors de l'établissement des budgets programmes; son objet est de garantir l'usage le plus rationnel possible des personnels, des connaissances, des installations et des fonds disponibles pour atteindre les objectifs fixés en tirant un effet optimal

d'un investissement minimum. La mesure dans laquelle un système de santé basé sur les soins de santé primaires peut être mis en place dans un pays et son rythme d'implantation dépendent des ressources disponibles et de la manière dont elles sont utilisées. En matière de gestion des ressources, on doit faire une distinction entre les dépenses d'investissement et les dépenses renouvelables. Dans les systèmes de santé, on peut considérer que les **dépenses d'investissement** sont les dépenses consacrées aux terrains, bâtiments ou matériels et fournitures initiaux nécessaires pour créer ou développer des installations sanitaires comme les centres de santé, les laboratoires et les hôpitaux. En revanche, les **dépenses renouvelables** ou dépenses de fonctionnement couvrent des postes qui reviennent chaque année, par exemple la rémunération des agents de santé et autres personnels, le coût des aliments et autres biens et services, le coût des vaccins, médicaments et autres fournitures, le renouvellement du matériel et l'entretien des bâtiments et du matériel.

Durant toute la phase d'exécution des programmes, il faut surveiller l'utilisation des ressources et l'exécution des activités. Par **surveillance continue** on entend le suivi permanent des activités auquel il est procédé pour s'assurer qu'elles se déroulent conformément au plan (voir aussi 47 7) ci-dessus). La surveillance continue permet de se tenir informé des réalisations, de suivre les mouvements et l'utilisation du personnel, de contrôler les fournitures et le matériel et d'apprécier les dépenses en tenant compte des ressources disponibles. En cas de défaillance, il est possible de prendre immédiatement des mesures correctives. L'information recueillie au cours de la surveillance continue sert à l'évaluation. **L'évaluation**, autre composante essentielle du processus gestionnaire pour le développement sanitaire national (voir également plus haut 47 7)), est l'appréciation systématique de la pertinence, de l'adéquation, de la progression, de l'efficacité, de l'efficacé et de l'impact d'un programme de santé. Un programme est **perti-**

**52. Dépenses d'investissement**

**53. Dépenses renouvelables**

**54. Surveillance continue**

**55. Evaluation**

**56. Pertinence**

57. **Adéquation**

58. **Progression**

59. **Efficiences**

60. **Efficacité**

61. **Impact**

62. **Coûts-  
avantages**

63. **Coûts-  
efficacité**

ment s'il répond aux besoins et s'il est conforme aux politiques et priorités sociales et sanitaires en fonction desquelles il a été conçu. Il est **adéquat** s'il est adapté aux besoins. Sa **progression** est satisfaisante si les activités qui le composent sont exécutées conformément au calendrier prévu. Il est **efficace** si l'on obtient un effort optimal par rapport aux ressources utilisées et il est **efficace** si les résultats obtenus sont conformes aux objectifs et cibles fixés en vue de réduire les dimensions d'un problème ou d'améliorer une situation défavorable. Quant à l'**impact** d'un programme, c'est son effet global sur la situation sanitaire et le développement socio-économique.

Comme il est nécessaire que les pays emploient leurs ressources de façon aussi économique et efficace que possible, l'évaluation doit en principe comporter, une analyse coûts-avantages. Par **coûts-avantages** on entend la relation entre le coût d'une activité et les avantages qui en découlent, et l'analyse coûts-avantages est un moyen de déterminer et de comparer les coûts et avantages d'un programme exprimés en termes financiers. Aussi l'analyse coûts-avantages est-elle rarement aisée dans le cas des programmes de santé car les avantages, s'ils sont souvent évidents, s'expriment difficilement en de tels termes. En outre, les avantages d'un programme peuvent aller au-delà de la réalisation de l'effet souhaité; c'est ainsi qu'un programme conçu pour réduire l'incidence et la prévalence d'une maladie peut avoir des effets additionnels non mesurables en accroissant le bien-être, en augmentant la productivité ou en offrant de nouvelles terres à l'agriculture. L'expression connexe **coûts-efficacité** désigne la relation entre le coût et l'efficacité, le degré d'efficacité étant considéré comme la mesure dans laquelle un programme ou autre activité contribue à la réalisation des objectifs et cibles fixés pour réduire les dimensions d'un problème ou améliorer une situation défavorable. L'analyse coûts-efficacité vise à mesurer le coût relatif des divers moyens d'atteindre un objectif. On uti-

lise aussi l'expression **coûts-efficience** qui ne concerne pas les avantages ou l'efficacité d'un programme mais son efficience, c'est-à-dire la mesure dans laquelle les ressources sont utilisées au mieux, par exemple le volume de services adéquats fournis comparativement à leur coût. Ainsi, pour calculer le rapport coûts-efficience de soins obstétricaux dispensés par un centre de santé, on divise le total des coûts par le nombre d'accouchements qui se sont convenablement déroulés et on compare le résultat à celui que l'on obtiendrait par exemple en divisant le coût total des soins obstétricaux dispensés à l'hôpital le plus proche par le nombre d'accouchements menés à bien.

#### 64. Coûts-efficience

L'évaluation des changements intervenus dans la situation sanitaire est facilitée par l'utilisation d'**indicateurs**, variables qui aident à mesurer ces changements directement ou indirectement et à apprécier dans quelle mesure les objectifs et cibles d'un programme sont atteints. Si le programme vise par exemple à former un certain effectif annuel d'auxiliaires, le nombre d'agents formés chaque année est un indicateur (ou produit) direct. Si l'on se propose encore d'améliorer la santé infantile, on peut utiliser plusieurs indicateurs comme l'état nutritionnel, le développement psychosocial, le taux de vaccination ou les taux de morbidité et de mortalité. Généralement, on s'attache à quantifier les indicateurs mais cela n'est pas toujours possible. En outre, l'évaluation ne peut pas toujours consister simplement à additionner des valeurs numériques. On utilise donc souvent des indicateurs qualitatifs, par exemple pour déterminer l'engagement de la population et la manière dont elle perçoit son état de santé. L'OMS propose quatre catégories d'indicateurs : les indicateurs de la politique sanitaire, les indicateurs sociaux et économiques, les indicateurs des prestations de soins de santé et les indicateurs de l'état de santé qui comprend la qualité de la vie. Il convient de souligner que si les indicateurs aident à déterminer dans quelle mesure les cibles sont atteintes, ils ne constituent pas eux-mêmes des cibles. Les **critères** sont d'autres

#### 65. Indicateurs

#### 66. Critères

aides à l'évaluation; techniques ou sociaux, ce sont des normes qui servent à mesurer quelque chose. Un critère technique de la sécurité de l'eau de boisson sera une certaine norme technique de la pureté de l'eau, tandis qu'un critère social de son adéquation sera l'acceptation de son goût par les personnes auxquelles on la destine.

**67. Reprogram-  
mation**

**68. Appui  
informa-  
tionnel**

**69. Rétro-  
information**

**70. Information  
sanitaire**

S'il ressort de l'évaluation que le programme n'est pas acceptable pour la population à laquelle il s'adresse, ne progresse pas selon le plan établi ou est inefficace, il peut être nécessaire de le réviser, c'est-à-dire procéder à une **reprogrammation**. (Voir aussi 47 8) ci-dessus). La reprogrammation, comme d'ailleurs chacune des autres composantes du processus gestionnaire pour le développement sanitaire national, dépend de l'**appui informationnel** (voir aussi plus haut 47 9)), c'est-à-dire la communication à et par tous les intéressés et l'utilisation constante des informations pertinentes, sensibles et cohérentes dont on a besoin pour formuler, programmer, budgétiser, exécuter, surveiller et évaluer. Les renseignements donnés à ceux qui sont à l'origine de l'information sur l'usage qui en a été fait, les résultats obtenus et les mesures à prendre constituent la **rétro-information**. L'appui informationnel dépend à son tour de l'**information sanitaire** qui est, au sens strict, l'ensemble des informations en rapport avec la santé et qui revêt, par conséquent, des aspects très divers. C'est ainsi qu'en épidémiologie et en statistique sanitaire il peut s'agir d'informations sur la morbidité, la mortalité, la qualité de la vie et leurs déterminants, en éducation sanitaire de l'information fournie au grand public ou à un groupe de population déterminé pour promouvoir ou protéger la santé, en matière d'adoption d'une technologie appropriée pour la santé d'informations sur les résultats de la recherche et dans le cas enfin d'un programme des renseignements qui permettront aux responsables de ce programme de le planifier, de l'exécuter et de décider s'il progresse ou non conformément au plan et s'il a l'impact voulu ou s'il doit être modifié. La col-

lecte et la communication de l'information se heurtent à de sérieux problèmes dans la plupart des pays, notamment dans ceux qui disposent d'un nombre limité d'agents de santé professionnels. La **notification par des non-spécialistes** est la collecte de l'information, son utilisation et sa communication à d'autres niveaux du système de santé par des agents de santé non professionnels.

**71. Notification par des non-spécialistes**

La Déclaration d'Alma Ata se réfère à l'**autoresponsabilité** des individus, des communautés et des autorités nationales en matière de soins de santé primaires. Cette expression désigne l'initiative qu'ils prennent en assumant la responsabilité de leur propre développement sanitaire, en adoptant des mesures qu'ils comprennent et qui leur paraissent acceptables, en connaissant leurs propres moyens et ressources et la manière de s'en servir et en sachant quand et pourquoi ils doivent s'adresser à d'autres pour obtenir appui et coopération. Une distinction doit être faite avec l'**autosuffisance** qui suppose une dépendance exclusive à l'égard de ses propres moyens et ressources.

**72. Autoresponsabilité**

**73. Autosuffisance**

Pour exercer cette autoresponsabilité, les pays peuvent instituer divers mécanismes qui les aideront à préparer et exécuter la politique sanitaire, la stratégie, le plan d'action et les programmes qui les composent. Dans certains pays, il peut être indiqué de créer un **conseil national de la santé** qui donnera des avis aux pouvoirs publics sur les problèmes de santé et les problèmes socio-économiques connexes intéressant l'ensemble du pays. La composition d'un tel conseil variera d'un pays à l'autre selon les circonstances, mais il serait préférable qu'y siègent des spécialistes de la santé et des affaires politiques, économiques et sociales connexes, ainsi que des représentants du grand public. Afin d'aider à concevoir et exécuter les diverses phases du processus gestionnaire pour le développement sanitaire national, les ministères de la santé pourraient désigner des services, institutions, écoles et orga-

**74. Conseil national de la santé**

75. **Centres nationaux pour le développement sanitaire** nisations appropriées comme **centres nationaux pour le développement sanitaire**. Ces derniers donneraient éventuellement des avis sur des questions techniques, diffuseraient des informations et aideraient à coordonner les activités avec celles d'autres secteurs. Dans les cas où ils seraient reliés au sein
76. **Réseau national pour le développement sanitaire** d'une organisation collective, on parlerait de **réseau national pour le développement sanitaire**.
77. **Recherche en matière de santé** Prise au sens large de recherche sur la santé et tous ses aspects, sur les facteurs qui l'influencent et sur les moyens de la promouvoir, de la protéger et de l'améliorer, la **recherche en matière de santé** est un élément essentiel du développement national. Elle englobe donc la recherche médicale et biomédicale portant sur des sujets médicaux très divers et faisant intervenir diverses sciences de la vie comme la biologie moléculaire et la biophysique, la recherche clinique basée sur l'observation et le traitement de malades ou de volontaires, la recherche épidémiologique qui concerne l'étude et la maîtrise des maladies et des situations soupçonnées d'être nocives pour la santé et enfin, la recherche socio-économique et la recherche sur le comportement qui étudient les déterminants socio-économiques, psychologiques et culturels de la santé et de la maladie en vue de promouvoir la première et de prévenir la seconde. Il arrive souvent que pour résoudre un problème de santé, on doive recourir à une forme pluridisciplinaire des types de recherche susmentionnés. La **recherche sur les systèmes de santé**, qui concerne tout ou partie du système de santé (voir 12 ci-dessus), a pour objet de vérifier si ce système est planifié et organisé de façon optimale et si les programmes sont exécutés par l'infrastructure du système de santé avec efficacité et efficacité et au moyen d'une technologie appropriée (voir 80 ci-après). Elle s'effectue souvent dans le cadre du processus gestionnaire pour le développement sanitaire national. La **recherche sur les services de santé** fait partie de la recherche sur les systèmes de santé et, comme son nom l'indique, porte sur la composante « services
78. **Recherche sur les systèmes de santé**
79. **Recherche sur les services de santé**

de santé» de ces systèmes. Cette expression recouvre aussi les recherches entreprises pour instaurer une **technologie appropriée pour la santé**, c'est-à-dire mettre au point des méthodes, procédures, techniques et matériels scientifiquement valables, adaptés aux besoins locaux, acceptables tant pour ceux qui s'en servent que pour ceux qui en bénéficient et pouvant être entretenus et utilisés à un prix qui soit à la portée de la communauté ou du pays. Une part du rôle de l'OMS consiste à appuyer le **transfert de technologies** qui consiste à garantir une large application aux découvertes scientifiques et aux méthodes, procédures, techniques et matériels de nature à favoriser la santé et le développement économique. Cette expression recouvre l'exportation de technologies et leur échange entre pays. L'OMS cherche donc à diffuser des informations utiles sur toutes les formes de technologie sanitaire, à découvrir des technologies adaptées aux conditions sociales et économiques des pays concernés, à s'associer aux efforts déployés par les pays en développement pour accéder à l'autoresponsabilité dans les domaines de la recherche et du développement sanitaires et à promouvoir des recherches collectives auxquelles participent des pays développés et en développement dans des domaines intéressant particulièrement ces derniers, comme les maladies tropicales, les maladies diarrhéiques et la reproduction humaine.

**80. Technologie appropriée pour la santé**

**81. Transfert de technologies**

Comme les pays ne sont pas isolés les uns des autres mais souvent étroitement unis par des liens économiques, politiques et sociaux, l'échec d'une stratégie sanitaire nationale dans un pays peut avoir des effets néfastes sur les stratégies de ses voisins ainsi que sur l'objectif de la santé pour tous d'ici l'an 2000. Des **stratégies régionales**, qui varient largement selon les besoins des pays d'une région donnée, ont donc été formulées pour aider les pays d'une même région à vaincre les obstacles qui entravent l'exécution de leur stratégie sanitaire nationale et à donner effet à des politiques régionales dans le domaine de la santé et dans des domaines

**82. Stratégies régionales de la santé pour tous**

**83. Coopération technique entre pays en développement**

socio-économiques connexes. A cet effet, un échange d'informations et d'expériences est essentiel. Il peut s'inscrire dans la **coopération technique entre pays en développement** (CTPD), c'est-à-dire dans des accords par lesquels les gouvernements de pays en développement s'engagent par exemple à mettre en commun l'expertise et les moyens de formation, à élaborer de concert une technologie appropriée et à échanger des informations et des données d'expérience pouvant contribuer à améliorer la situation sanitaire dans les pays. La CTPD peut être liée à la **coopération économique entre pays en développement** (CEPD) qui, comme son nom l'indique, s'exerce dans le domaine économique. On citera, dans le domaine de la santé, un exemple concernant les médicaments : il s'agit des accords passés entre les gouvernements de pays en développement au sujet, par exemple, du commerce des médicaments, des achats et expéditions groupés de produits en vrac ou du contrôle de la production et de la qualité.

**84. Coopération économique entre pays en développement**

**85. Stratégie mondiale de la santé pour tous**

De même que les stratégies régionales favorisent les stratégies nationales, une **Stratégie mondiale de la santé pour tous** réunit les stratégies régionales et nationales en un système intégré conçu pour favoriser l'élaboration, aux niveaux régional et national, de politiques, stratégies et plans d'action, et pour aider les pays, séparément ou au sein de groupements régionaux, à les préparer et à les appliquer. La Stratégie mondiale, adoptée en 1981 par l'Assemblée mondiale de la santé, expose les grandes lignes d'action qui doivent être adoptées sur les plans national et international par les décideurs et les agents d'exécution du secteur de la santé et des autres secteurs sociaux et économiques pour atteindre l'objectif de la santé pour tous d'ici l'an 2000. La mise en place dans chaque pays d'une infrastructure sanitaire, en commençant par les soins de santé primaires, pour l'exécution de programmes destinés à l'ensemble de la population à l'aide d'une technologie appropriée pour la santé constitue l'élément principal de cette Stratégie. Elle demande que

soient précisées les mesures requises de la part des individus et des familles dans leur foyer, des communautés, des services de santé situés à la périphérie ainsi qu'aux divers niveaux d'orientation-recours et enfin, des autres secteurs. Elle signale les moyens auxquels on peut avoir recours pour instaurer une coordination au sein du secteur de la santé ainsi qu'une action intersectorielle, s'assurer l'appui des agents de santé et des personnels apparentés ainsi que du grand public par la diffusion d'informations appropriées, instituer un processus gestionnaire pour le développement sanitaire national, réorienter la recherche s'il y a lieu, produire et mobiliser toutes les ressources possibles, coopérer avec d'autres pays dans des domaines d'intérêt communs et, pour pouvoir réaliser tout ce qui précède, obtenir un engagement politique et un appui financier. Le contrôle social du système de santé, grâce à un important engagement communautaire, est primordial pour la mise en œuvre de la Stratégie. La Stratégie décrit enfin comment la communauté internationale, et notamment l'OMS, doit soutenir les actions nationales.

L'OMS et d'autres organismes internationaux apportent un soutien technique et gestionnaire aux efforts entrepris aux niveaux national et mondial. Ce soutien consiste notamment à formuler des **principes directeurs**, règles générales sur lesquelles les Etats Membres de l'OMS peuvent se baser, par exemple, pour élaborer et exécuter des politiques, instituer un processus gestionnaire ou organiser des soins de santé primaires dans des communautés. Etant donné que les Etats membres présentent des différences considérables, ces principes directeurs doivent avoir un caractère très général; les Etats Membres peuvent néanmoins s'en inspirer pour préparer des **directives** précisant les mesures à prendre pour exécuter une tâche ou appliquer une politique ainsi que la manière de procéder à cet égard. Les directives sont plus précises et plus détaillées que les principes directeurs dont elles s'inspirent.

## 86. Principes directeurs

## 87. Directives

**88. Programme général de travail de l'OMS**

Le **Programme général de travail** de l'OMS est sa contribution à la mise en œuvre des stratégies et plans d'actions nationaux, régionaux et mondial visant à instaurer la santé pour tous d'ici l'an 2000. Chaque programme porte sur une période de six ans. Le septième programme général de travail pour la période 1984-1989 inclusivement analyse la situation sanitaire dans le monde et définit les objectifs, cibles intermédiaires et approches qui seront adoptés pour aider les Etats Membres de l'OMS à atteindre le but à long terme qu'ils se sont fixé pour l'an 2000. Il comprend des programmes destinés à aider les pays à mettre en place des infrastructures sanitaires du type décrit dans la Stratégie mondiale et exposé sommairement à 24 et à 85 ci-dessus, des programmes concernant la science et la technologie qui portent sur les recherches nécessaires pour déterminer et élaborer une technologie appropriée pour la santé, y compris des démarches sociales et comportementales destinées à remplacer les mesures techniques, des programmes de direction, de coordination et de gestion conçus pour formuler et promouvoir la politique de l'OMS ou qui se rapportent au programme général de l'Organisation et enfin, un appui aux programmes s'exerçant aux niveaux de l'information et de l'organisation ainsi que sur les plans financier, administratif et matériel. Les **programmes à moyen terme**, préparés à partir du programme général de travail, précisent les types d'activités qui devront être entrepris par l'OMS pendant les six années considérées afin d'atteindre les objectifs et cibles du programme général. Les **budgets programmes** biennaux, enfin, donnent le détail des activités du programme à moyen terme ainsi que les budgets correspondants pour chacune des trois périodes biennales couvertes par le programme général de travail.

**89. Programmes à moyen terme**

**90. Budgets programmes de l'OMS**

# **Index**



## INDEX

*Les termes expliqués dans le texte qui précède sont reproduits dans la marge en caractères gras et numérotés dans leur ordre d'apparition. Les numéros correspondants sont donnés ci-après entre parenthèse et en caractères gras après les numéros de page, par ex. Engagement communautaire apparaît à la page 13 et en regard du n° 3.*

- Action intersectorielle, 17, **(19)**
- Action plurisectorielle, 17, **(20)**
- Adéquation, 28, **(57)**
- Agents de santé communautaires, 14-15, **(9)**
- Approche, 22, **(42)**
- Approche fondée sur la notion de risque, 23, **(43)**
- Appui informationnel, 30, **(68)**
- Autoresponsabilité, 31, **(72)**
- Autosuffisance, 31, **(73)**
  
- Budgets programmes de l'OMS, 36, **(90)**
- But, 21, **(35)**
  
- Centres nationaux pour le développement sanitaire, 32, **(75)**
- Centre de santé, 18, **(25)**
- Cible, 22, **(40)**
- Conseil national de la santé, 31, **(74)**
- Contrôle social, 16, **(13)**
- Coopération économique entre pays en développement (CEPD), 34, **(84)**
- Coopération technique entre pays en développement (CTPD), 34, **(83)**
- Coordination au sein du secteur de la santé, 17, **(22)**
- Coûts-avantages, 28, **(62)**
- Coûts-efficacité, 28, **(63)**
- Coûts-efficience, 29, **(64)**
- Critères, 29, **(66)**
  
- Démarche des soins de santé primaires, 13, **(6)**
- Dépenses d'investissement, 27, **(52)**
  
- Dépenses renouvelables, 27, **(53)**
- Développement des personnels de santé, 14, **(8)**
- Développement sanitaire, 16, **(15)**
- Directives, 35, **(87)**
  
- Efficacité, 28, **(60)**
- Efficience, 28, **(59)**
- Engagement communautaire, 13, **(3)**
- Equipe de santé, 15, **(11)**
- Etat de santé, 16, **(16)**
- Evaluation, 27, **(55)**
  
- Gestion, 24, **(46)**
- Gestion des ressources, 26, **(51)**
  
- Impact, 28, **(61)**
- Indicateurs, 29, **(65)**
- Information sanitaire, 30, **(70)**
- Infrastructure des systèmes de santé, 17-18, **(24)**
- Initiative personnelle en matière de soins (autosoins), 13, **(5)**
  
- Lutte contre la maladie, 23, **(44)**
  
- Médicaments essentiels, 23, **(45)**
  
- Notification par des non-spécialistes, 31, **(71)**
  
- Objectif, 21-22, **(39)**
- Orientation/recours, 18-19, **(26)**
  
- Participation communautaire, 13, **(4)**

## INDEX

- Personnels auxiliaires, 15, (10)  
Pertinence, 27-28, (56)  
Plan d'action national, 22, (41)  
Politique nationale de santé, 21, (34)  
Prévention de la maladie, 20, (31)  
Prévention primaire, 20, (32)  
Prévention secondaire, 20, (33)  
Principes directeurs, 35, (86)  
Processus gestionnaire pour le développement  
sanitaire national (PGDSN), 24, (47)  
Programmation-budgétisation, 26, (50)  
Programmation, 21, (38)  
Programmation sanitaire par pays, 25, (48)  
Programme, 21, (37)  
Programmes à moyen terme de l'OMS, 36, (89)  
Programme général de travail de l'OMS, 36, (88)  
Programme national de santé, 26, (49)  
Progression, 28, (58)  
Promotion de la santé, 19-20, (29)  
Protection sanitaire, 20, (30)
- Recherche en matière de santé, 32, (77)  
Recherche sur les services de santé, 32-33, (79)  
Recherche sur les systèmes de santé, 32, (78)
- Reprogrammation, 30, (67)  
Réseau national pour le développement  
sanitaire, 32, (76)  
Ressources sanitaires, 17, (23)  
Rétroinformation, 30, (69)
- Santé pour tous, 11-12, (1)  
Secteur de la santé, 17, (21)  
Services de santé de base, 13-14, (7)  
Situation sanitaire, 16, (17)  
Soins de santé primaires, 12-13, (2)  
Soins de santé secondaires, 19, (27)  
Soins de santé tertiaires, 19, (28)  
Stratégie mondiale de la santé  
pour tous, 34-35, (85)  
Stratégie nationale, 21, (36)  
Stratégie régionale de la santé pour tous, 33, (82)  
Surveillance continue, 27, (54)  
Système de santé complet, 16, (14)  
Système de santé, 15-16, (12)
- Technologie appropriée pour la santé, 33, (80)  
Tendances sanitaires, 16-17, (18)  
Transfert de technologies, 33, (81)