

NATIONS UNIES
CONSEIL
ECONOMIQUE
ET SOCIAL



#62589
Distr.
LIMITÉE

E/CN.14/SDP/22
26 septembre 1963

FRANCAIS
Original: ANGLAIS

COMMISSION ECONOMIQUE POUR L'AFRIQUE
Réunion d'experts sur l'incorporation des
programmes de développement social dans la
planification intégrale du développement.
Addis Ababa, 9-18 octobre 1963

LA PLANIFICATION SANITAIRE NATIONALE
ET SA PLACE DANS LE DEVELOPPEMENT ECONOMIQUE

(Présenté par l'Organisation mondiale de la santé)

Table des matières

	<u>Paragraphes</u>
I. Introduction - La planification - Ses tendances actuelles et ses origines	1 - 5
II. Principes de planification valables pour le développement économique comme dans le domaine de la santé	6 - 10
III. Application de ces principes à la planification sanitaire	11
IV. Les Enquêtes - Intérêt immédiat et extension possible	12 - 13
V. Détermination des priorités	14 - 17
VI. Plans à long terme et plans à court terme - Incidences financières	18 - 20
VII. Consultations - Décisions - Centralisation et décentralisation - Plans et projets	21 - 23
VIII. Évaluation	24
IX. Activités récentes des gouvernements et de l'OMS en matière de planification sanitaire	25 - 28

SUPPLEMENT

LA PLANIFICATION SANITAIRE NATIONALE ET
SA PLACE DANS LE DEVELOPPEMENT ECONOMIQUE ^{1/}

INTRODUCTION - LA PLANIFICATION - SES TENDANCES ACTUELLES ET SES
ORIGINES

1. La "planification", entendue comme la préparation de plans en vue du développement économique, culturel et social d'un pays, n'est plus aujourd'hui un simple mot évoquant de lointaines possibilités. Elle est en soi un véritable processus dynamique, dont l'objectif est d'élaborer, puis de mettre en oeuvre la politique et la stratégie qui vont, sinon déterminer positivement, du moins influencer l'allure, l'orientation et le résultat final du développement. Planifier, ce doit être tenir compte, aussi bien lorsqu'on examine la situation existante que lorsqu'on projette cette situation dans l'avenir, de toutes les ressources humaines et matérielles du pays, de ses activités agricoles, industrielles et commerciales, de son état sanitaire et de ses moyens éducatifs.

2. Il n'est guère de pays avancé qui ait pu, dans notre monde moderne, échapper à la nécessité de planifier. Chacun l'a fait en fonction de ses doctrines politiques et économiques. Et même lorsque la ligne politique était la même, les méthodes ont parfois divergé. En URSS et en Tchécoslovaquie, par exemple, les systèmes ne sont pas identiques en tous points; de même, la France, l'Inde et le Royaume-Uni envisagent différemment le problème de leur avenir économique.

3. Il n'est donc pas étonnant que les peuples des nouveaux Etats d'Afrique, d'Asie et d'Amérique cherchent eux aussi à planifier leur développement dans un esprit également prospectif. Il est peu probable qu'ils puissent désormais se satisfaire de la politique de "laissez-faire" qui était en faveur au dix-neuvième siècle et dont, selon toute probabilité, ils ont déjà fait l'expérience. A certaines époques, ils

^{1/} Texte de Sir John Charles, K.C.B., M.D., F.R.C.P., D.P.H., Consultant de l'OMS.

auraient sans doute constaté qu'avec ce régime leur développement économique ne pouvait, dans le meilleur des cas, que marcher au même rythme que l'expansion démographique et, pour peu que les circonstances soient défavorables, se laisser distancer très sensiblement par elle. S'ils manifestent un intérêt aussi vif pour les possibilités que leur ouvre la planification et pour ses avantages, c'est parce qu'ils désirent progresser à la même allure que les autres Etats nouveaux et parce qu'ils sont animés du dynamisme engendré par l'acquisition de l'indépendance et de l'égalité politique dans les affaires mondiales. Ils savent que les progrès scientifiques et techniques considérables de ces vingt dernières années et les doctrines économiques modernes leur offrent la possibilité d'organiser leur effort de manière à tirer des ressources humaines et naturelles dont ils disposent le maximum de profit. On aurait néanmoins tort de penser que leur seul mobile est la recherche de la prospérité. Il ressort implicitement de ce qu'on a parfois appelé le "socialisme africain" que l'homme ne doit pas seulement "avoir" davantage mais "être" davantage, c'est-à-dire être en meilleure santé, plus instruit et mieux en mesure de s'adapter, s'il le faut, à de nouveaux changements.

4. La notion de développement planifié de l'économie générale d'un pays est relativement récente, mais les efforts pour organiser à l'échelon national les services de santé publique remontent à une date beaucoup plus ancienne. Nous n'en citerons pour exemples que l'ouvrage monumental que le Bavarois Johann Peter Frank a rédigé entre 1779 et 1819 sur l'organisation de la médecine, puis, dans un domaine voisin, la tentative de l'Anglais Edwin Chadwick qui se proposait, sur la base d'une étude approfondie et détaillée des conditions existantes de travail et de logement, de remédier au déplorable état sanitaire du début de la période victorienne. On peut songer aussi, dans un tout autre domaine, à la clairvoyance de Bismarck, qui fut l'initiateur d'un véritable système d'assurance destiné à protéger les travailleurs contre les conséquences économiques de la maladie. Les premiers efforts en vue d'une planification sanitaire générale furent ceux de l'URSS, de l'Inde, de la République Arabe Unie et de la Tchécoslovaquie, qui présentaient en outre le mérite d'être complètement intégrés à la planification globale du développement national.

Depuis lors, nombre de pays ont suivi la même voie - dont Ceylan, l'Iran, l'Indonésie, la Finlande, la Rhodésie, la Mauritanie - tantôt en s'attaquant à la planification générale des services de santé, tantôt en se limitant à un secteur déterminé, comme l'équipement hospitalier ou l'éradication d'une ou de plusieurs maladies définies.

5. Sur le terrain beaucoup plus vaste de la planification appliquée au développement économique, culturel et social, ce sont surtout les économistes qui ont été mis à contribution. Ils ont parfois élaboré des coefficients mathématiques complexes, donné le jour à une science nouvelle: l'économétrie, créé des modèles macro-économiques et abondamment alimenté les calculatrices électroniques. Ainsi se sont édifiées des conceptions fort éloignées de la notion d'expansion nécessairement graduelle, au point que dans certains milieux on en est venu à nourrir l'impression que la planification était en quelque sorte une garantie de succès.

Mais, comme toute activité humaine, la "planification" est faillible et elle doit compter avec le risque de catastrophes naturelles - inondations ou tremblements de terre - les crises financières, l'opposition des tenants de la tradition, l'insuffisance de l'équipement, ou encore avec l'apathie et avec l'opportunisme des politiciens.

II. PRINCIPES DE PLANIFICATION VALABLES POUR LE DEVELOPPEMENT ECONOMIQUE COMME DANS LE DOMAINE DE LA SANTE

6. Il est un point sur lequel l'économiste pourrait prêter à critique. On note une tendance - particulièrement marquée en ce qui concerne les services de santé, un peu moins nette dans le domaine de la nutrition, mais sensible, aussi dans l'enseignement à presque tous les niveaux - à considérer que les résultats dans ces domaines sont pratiquement acquis de nos jours. On s'est penché récemment sur la question de la valeur économique de l'individu - question qui avait déjà été soulevée il y a près de quatre siècles - et il semble que l'on comprenne mieux que la collectivité a intérêt à sauver de jeunes vies, augmentant ainsi pour les années à venir son potentiel de main-d'oeuvre, et à réduire l'incidence des

maladies transmissibles, des incapacités évitables et de l'absentéisme. Mais il est encore des économistes qui, sans être pour autant inhumains, se plaignent que l'efficacité des services de santé rend plus difficile la tâche du planificateur. Ce qui les préoccupe, c'est l'accroissement démographique qui en résulte avec, pour corollaire, la difficulté d'employer et de nourrir ce surplus de population.

7. On constate toutefois une ressemblance fondamentale entre les méthodes qu'appliquent l'économiste et le planificateur de la santé lorsqu'ils cherchent à résoudre leurs problèmes respectifs. L'économiste a d'abord besoin de ce qu'il appelle un "inventaire" du pays qu'il étudie, inventaire à partir duquel, de concert avec ses collègues experts en agriculture, en développement industriel, en transports, en exploitation minière, etc., il mettra au point un plan complexe mais coordonné. Il leur faut à cet effet un système permanent de rassemblement de faits de toute espèce et un organe de diffusion régulière des données. Ils contribuent à la mise au point de techniques nouvelles pour l'acquisition de ces renseignements et leur soif d'informations factuelles s'intensifie à mesure qu'on l'étanche.

8. Une fois rassemblées, les données doivent être mises à la portée de tous ceux qu'intéresse le processus de planification, c'est-à-dire non seulement des experts déjà nommés, mais aussi des administrations nationales, des milieux dirigeants et, de façon générale, de l'ensemble de la population. Autrement dit, elles doivent être "communiquées", c'est-à-dire publiées pour pouvoir frapper l'attention d'esprits non prévenus. Il va de soi qu'il convient d'évaluer la sûreté des faits enregistrés et, au besoin, de les assortir des réserves appropriées afin d'en renforcer l'authenticité. En parlant de données ainsi traitées, on peut faire des "projections", élaborer une tactique d'ensemble pour la campagne d'expansion envisagée, puis établir les avant-projets.

Mais l'avant-projet et le plan lui-même doivent permettre une certaine souplesse d'exécution et laisser place à de continuelles adaptations. Le Dr S.R. Sen, de l'Indian Planning Commission, a fort

justement défini la planification comme "un exercice d'approximations successives".

9. Il importe qu'un gouvernement, avant d'aborder le travail concret de planification, se soit formé une vaste idée des objectifs ultimes de son développement économique et social. Il doit, sinon résoudre immédiatement, du moins considérer les questions de centralisation ou de décentralisation. Il doit aussi décider auquel de ses services seront dévolues la planification, puis l'exécution du plan. Les possibilités d'action en ce sens sont évidemment nombreuses : création d'un ministère spécial ou d'une haute commission composée de ministres, de fonctionnaires et d'experts dotés de pouvoirs exécutifs ou de fonctions de coordination, ou encore d'une commission spéciale de planification constituée en marge de l'administration gouvernementale et pourtant responsable devant elle. Les recommandations formulées par l'un ou l'autre de ces organes fourniraient les éléments nécessaires à la décision finale, qui serait prise à l'échelon le plus élevé de l'exécutif.

Enfin vient la minute de vérité, le moment où le plan entre en application et où le "combat" s'engage. Au bout d'un certain temps, les résultats favorables s'annoncent ou les faiblesses se révèlent. Assez rapidement, on s'apercevra peut-être d'un aspect important, à savoir les difficultés auxquelles donne parfois lieu un calendrier trop systématique s'il a été établi sans égard aux retards inhérents à toute activité humaine.

10. La planification doit être considérée pour une grande part comme une expérience de laboratoire; c'est, au fond, de la recherche appliquée. En tant que telle, elle comporte la plupart des démarches qui caractérisent toute pensée ou action scientifique; rassembler et classer systématiquement des faits et des observations et leurs rapports réciproques, contrôler les données ainsi obtenues, élaborer une hypothèse ou un plan en fonction de ces données, vérifier l'hypothèse par l'expérimentation ou par tout autre procédé, la réviser si nécessaire, en donner communication et la discuter, en faire l'application, enfin en analyser et en évaluer les résultats.

Ces principes, le planificateur sanitaire s'y conforme également. Mais s'ils sont communs à la planification sanitaire et à la planification économique et s'ils doivent servir la même fin et viser le même objectif, en quoi diffèrent-ils ?

III. APPLICATION DE CES PRINCIPES A LA PLANIFICATION SANITAIRE

11. La différence réside probablement dans le fait que le planificateur sanitaire aborde les problèmes avec une optique moins théorique et plus pragmatique. Par formation, il est accoutumé simultanément à deux choses : d'une part, envisager des solutions graduelles, comprenant des étapes successives pour résoudre certaines situations et, d'autre part, agir concrètement et sur l'heure en cas d'urgence. Ce n'est pas qu'il soit nécessairement plus accessible à des considérations humanitaires que l'économiste. Mais dans son double rôle d'homme d'action et de théoricien, c'est l'action qui prédomine. L'application à l'administration de la santé publique des grandes règles de travail qui ont été esquissées au paragraphe 10 et reconnues communes au planificateur sanitaire et à l'économiste, a récemment été étudiée dans un rapport du Comité d'experts de l'Administration de la Santé publique - La Planification des services de santé publique ^{1/}, document dont les participants ont eu communication. Comme le rapport traite de ces principes, on s'abstiendra ici d'entrer dans le détail des diverses étapes de la préparation d'un plan. Elles se résument comme suit : enquêtes d'information, établissement des priorités, buts et objectifs, consultation et coordination, rédaction des plans, mise en application et enfin analyse et évaluation. Mais il n'est peut-être pas sans intérêt, à propos de certaines d'entre elles, de présenter quelques observations et quelques commentaires qui feront apparaître des points de vue nouveaux et plus

^{1/}Organisation mondiale de la santé, ser. rapp. techn., 215.

actuels. On a aussi obtenu certains renseignements sur l'usage plus intensif qui est fait de la planification dans la préparation des programmes nationaux de santé et, dans une certaine mesure, sur les avantages économiques que l'on peut raisonnablement attribuer à l'aménagement sanitaire d'un pays. On donnera enfin quelques indications sur les facilités qui peuvent être offertes pour l'établissement de plans nationaux de santé et dont pourraient vouloir profiter certains pays en voie de développement.

IV. LES ENQUÊTES - INTERET IMMEDIAT ET EXTENSION POSSIBLE

12. Le rassemblement systématique et précis des principaux faits et données nécessaires ne peut être pratiqué que dans une fraction très limitée - à peine 15 pour cent peut-être - des pays figurant dans l'Annuaire statistique de l'Organisation des Nations Unies. Pour ceux-là, il existe un service organisé et étendu permettant, à tous les échelons de l'administration, le rassemblement, la corrélation et l'analyse des statistiques démographiques et sanitaires, ainsi que la tenue des fichiers et la publication de tableaux synoptiques. Ailleurs, l'enregistrement des faits s'opère parfois selon une technique simplifiée et plus sommaire, mais souvent les données de base nécessaires à la planification ne peuvent être réunies qu'au moyen d'enquêtes approfondies. Deux techniques modernes sont à signaler dans ce domaine. La première se pratique par questionnaires rétrospectifs à long terme - l'enquêteur s'efforçant d'obtenir de chaque personne interrogée des renseignements sur certains faits peu susceptibles d'avoir été oubliés - par exemple le nombre d'enfants mis au monde par les femmes de plus de 15 ans. La seconde est celle de l'enquête rétrospective à court terme portant seulement, par exemple, sur les circonstances et la nature des maladies survenues en l'espace de quelques mois; mais pour ce type d'événements récents, qui n'ont été ni graves ni durables, des souvenirs sont souvent vagues et erronés.

13. Il devient manifeste que des techniques de ce genre permettent de constituer progressivement un système rudimentaire mais permanent de rassemblement des données démographiques et des statistiques d'état civil. Au début, un tel système sera plus efficace s'il est confié à un seul responsable. Ce dernier devra s'installer, par exemple, dans un centre de santé desservant une population locale relativement stable, et il opérera essentiellement par tournées à domicile, prenant personnellement contact avec les familles. On pourrait aussi élargir le système en installant l'enquêteur dans les locaux de l'hôpital, où il compléterait ses informations personnelles à l'aide des dossiers hospitaliers. Il est intéressant de noter à cet égard que dans des collectivités locales de Finlande un simple système de registres paroissiaux où sont notés les faits concernant les naissances, les décès, les mariages et l'alphabétisation a permis de suivre certains aspects de la situation démographique et sanitaire durant une période de près de 300 ans.

D'autres questions seront à examiner, notamment l'intérêt que pourrait présenter un système d'enquêtes à des fins multiples : renseignements d'ordre collectif sur l'état sanitaire, les activités éducatives, la productivité agricole, la situation économique des familles, etc.

Dans certains domaines généraux, par exemple lorsqu'il s'agit de développement communautaire, un tel système a ses avantages, mais si l'on se place du point de vue plus restreint de l'information suivie sur la situation sanitaire et les problèmes qu'elle pose, il y a sans doute lieu de lui préférer des enquêtes spéciales, surtout si elles sont menées dans plusieurs régions d'un pays. On peut ainsi, en faisant une synthèse de ces enquêtes pour un certain nombre d'années, ce qui permet de compenser les lacunes des interrogatoires et les insuffisances des méthodes de relevés, obtenir non seulement un relevé continu des événements, mais aussi les éléments de base sur lesquels on pourra édifier un système national complet de rassemblement et de traitement des statistiques démographiques et sanitaires.

V. DETERMINATION DES PRIORITES

14. Après avoir rassemblé les données de base, il convient de prendre une décision en ce qui concerne les besoins immédiats et futurs de la collectivité en matière de services de santé. Il y a là une question de politique générale qui ne peut être fixée que par les gouvernements et pour laquelle on doit prendre en considération l'ordre d'urgence non seulement des activités possibles en matière de santé, mais de tous les secteurs où une mobilisation des ressources du pays est demandée. La priorité relative à donner aux services de santé, à l'enseignement, au développement agricole et industriel et aux transports pose des problèmes majeurs et qui ne peuvent être traités ici; nous pouvons cependant formuler quelques considérations qui sont importantes pour le choix des priorités entre les problèmes de santé eux-mêmes.

15. Le rapport déjà cité du Comité d'experts de l'Administration de la Santé publique (la planification des services de santé publique) énumère brièvement ces considérations générales. On en trouvera l'essentiel ci-après, avec quelques observations complémentaires :

- a) mettre l'accent sur la prévention (ce qui ne doit pas nuire à la création ou à l'extension des services curatifs et préventifs);
- b) prévoir des services à l'intention des personnes qui se livrent à un travail productif. Il conviendrait même de faire la différence entre les besoins des divers types de main-d'oeuvre productive, par exemple entre les travailleurs de l'industrie lourde et ceux de l'industrie légère. Il est souhaitable que toutes organisations industrielles ou agricoles assurant ou se proposant de créer des services de santé examinent leur place dans le cadre général des services de santé et obtiennent des directives à ce sujet et qu'elles prennent les mesures nécessaires pour éviter à leurs employés les risques particuliers

auxquels ils peuvent être exposés;^{1/}

- c) prévoir des services à l'intention de groupes vulnérables (les mères et les enfants par exemple);
- d) faire porter les activités entreprises sur la promotion de la santé du nombre maximum de personnes;
- e) prendre des mesures en vue d'améliorer l'état de nutrition de la population.

16. Le questionnaire qui avait été établi en vue du Deuxième Rapport sur la situation sanitaire dans le monde^{2/} invitait les pays à indiquer la nature des problèmes de santé qu'ils n'avaient pu résoudre. D'après les réponses, les pays se répartissent en trois grands groupes :

- 1) ceux qui ne connaissent pratiquement plus de problèmes résiduels;
- 2) ceux qui ne signalent que des problèmes peu nombreux, qui du reste diffèrent du tout au tout selon qu'il s'agit de pays avancés ou de pays en voie de développement;
- 3) ceux qui doivent faire face à de multiples difficultés et qui souvent ont mentionné jusqu'à dix et douze problèmes.

Le premier groupe comprend exclusivement des pays développés et certains des problèmes résiduels qui les préoccupent paraissent somme tout bénins, bien que considérés localement ils puissent incontestablement s'avérer pénibles et éventuellement dangereux, comme par exemple l'hydatidose canine.

Au troisième groupe appartiennent nombre de pays en voie de développement, dont la situation sanitaire apparaît complexe et presque insurmontable.

1/ Org. mond. santé, sér. rapp. techn., 246

2/ Actes off. Org. mond. santé, 122

Le deuxième groupe comprend à la fois des pays développés (et des Etats nouveaux; parmi ces derniers, beaucoup possèdent déjà des services en partie organisés, notamment dans le domaine statistique, ce qui leur a permis de se faire une juste idée de leurs besoins.

Il est intéressant de comparer les ordres de priorité caractéristiques respectivement élaborés par ces deux types de pays.

Dans un pays représentatif du groupe "développé", les problèmes de santé, par ordre d'importance décroissante, sont indiqués comme suit: cancer, gériatrie, maladies dégénératives et chroniques, troubles mentaux et accidents.

Pour la majorité des nouveaux Etats (compte tenu du fait que la plupart sont situés dans la zone tropicale), les problèmes majeurs, toujours par ordre d'importance décroissante, sont les suivants: paludisme, tuberculose, bilharziose, carences nutritionnelles et hygiène du milieu. Viennent ensuite la lèpre, le pian et certaines autres endémies, l'hygiène de la maternité et de l'enfance et - problème qui a été fort rarement signalé - la pénurie de personnel et d'équipement.

17. Il n'est pas absolument superflu de rappeler ici que les propositions de l'Organisation mondiale de la santé concernant les activités prioritaires de la Décennie pour le développement (1960-1970) sont dans leurs grandes lignes les suivantes :

- 1) établir des plans nationaux de santé publique;
- 2) concentrer les efforts sur l'enseignement et la formation professionnelle;
- 3) fixer pour chaque pays des objectifs précis en prenant comme base de référence certains indices de sa situation sanitaire actuelle;
- 4) consacrer à la santé une proportion accrue des ressources nationales (en crédits et en personnel).

Les indices et les objectifs proposés sont définis comme suit:

- a) déterminer le niveau actuel de la mortalité infantile et s'exercer à l'abaisser dans les proportions voulues;

- b) déterminer l'incidence des principales maladies transmissibles et s'efforcer de les combattre ou de les éliminer;
- c) déterminer le niveau nutritionnel de la population et mettre en oeuvre un programme propre à le relever;
- d) mettre en place les installations essentielles d'assainissement - adduction d'eau potable, évacuation des matières usées, etc. - pour un pourcentage déterminé de la population.

On a là un aperçu des besoins mondiaux en matière de santé et aussi, compte tenu des modifications requises par les conditions locales, une indication du niveau minimal d'où partiront les opérations, ainsi que des impératifs particuliers auxquels sont soumis les habitants des régions tropicales; on peut considérer que cette énumération reflète l'idéal sanitaire des pays en voie d'expansion, à ceci près que dans le détail l'ordre de priorité variera nécessairement dans chaque cas.

VI PLANS A LONG TERME ET PLANS A COURT TERME - INCIDENCES FINANCIERES

18. Une fois les activités prioritaires définies aussi précisément que possible, il faut fixer des objectifs successifs, ce qui en somme revient à déterminer les modalités de la planification, qu'il s'agisse de prévisions à long ou à court terme. La tendance est double: planifier, "prospectivement" à dix ou même vingt ans d'échéance et, concurremment, envisager l'ensemble des buts et des objectifs à atteindre. C'est ce qu'on appelle parfois la planification "en perspective". Mais cette méthode suppose une planification plus concrète à plus brève échéance - généralement cinq ans - et ces plans quinquennaux eux-mêmes sont sujets à des révisions annuelles au moment de l'examen du budget. En outre, chacun subit ordinairement les adaptations que dicte la réussite ou, éventuellement, un échec partiel du plan précédent.

19. Les objectifs qui peuvent être fixés sont, dans certains cas, des projets à long terme, par exemple la fourniture de soins médicaux gratuits à toute la population (mesure dont la mise au point a exigé au Royaume-Uni, soit dit en passant, 36 ans d'efforts à dater de la Loi de 1912 sur

l'assurance-maladie nationale), contrôle ou éradication des maladies transmissibles (la lutte antipaludique en est un exemple notoire), approvisionnement en eau et installation du tout-à-l'égout dans les agglomérations de 2.000 habitants ou plus, et surtout formation du personnel. La fixation d'une date pour la réalisation de ce dernier objectif semble devoir être particulièrement compliquée par la diversité des niveaux à envisager : enseignement primaire, secondaire, technique et professionnel.

20. Ces objectifs à long terme et les plans successifs qui permettront de les atteindre imposent de lourds prélèvements sur le programme d'investissements de chaque pays. Certaines des réalisations envisagées sont coûteuses, notamment les hôpitaux, les établissements d'enseignement médical ou paramédical, la construction des barrages pour constituer des réserves d'eau et en régulariser la distribution, les travaux d'assainissement et la construction de logements. Elles entrent en compétition avec les autres besoins du pays - en matière de développement industriel, d'expansion agricole, de fourniture d'énergie, d'exploitation des ressources naturelles, de constructions portuaires, de transport et d'éducation. Or, l'orientation du développement dépend essentiellement des allocations de crédits. On a pu s'en rendre compte dans l'Europe d'après-guerre où, dans un pays dont la préoccupation essentielle était la reconstruction économique, l'ordre de priorité a été le suivant : construction de logements, relèvement et expansion industrielle, établissements scolaires et universitaires, installations sanitaires et réseau routier.

Pour les pays en voie d'expansion, la planification à long terme varie en fonction de considérations propres à chaque territoire, mais il n'est pas d'exemple où elle ne soit dominée par la mise en place d'installations de production qui faciliteront son développement et créeront les conditions nécessaires à un essor continu. Le programme d'investissements tend donc à porter essentiellement sur les secteurs de l'économie qui peuvent favoriser ce développement et, ceci étant, on ne doit pas s'étonner de voir différer la construction des coûteux hôpitaux modernes. C'est en cédant sur ce point que le planificateur de santé publique pourra, en

contre-partie, faire admettre à l'économiste que certains investissements plus modestes dans le domaine de la santé publique peuvent être rapidement productifs. Un centre de santé - quelque sommaire ou perfectionné qu'il soit - peut, s'il est installé dans une position stratégique, constituer un foyer de rayonnement non seulement pour les soins curatifs, mais aussi pour les services d'hygiène maternelle et infantile et l'éducation sanitaire, en même temps qu'il offre la possibilité de créer un premier système de rassemblement de données statistiques.

En ce qui concerne les dépenses renouvelables à imputer chaque année au budget national, par exemple les frais afférents à la lutte contre les maladies transmissibles, aux campagnes de masse contre des maladies comme le pian, la tuberculose et la variole, à la protection maternelle et infantile, à l'éducation sanitaire, à la gestion des centres de santé, etc., la situation est sans doute moins délicate. Lorsque l'ordre des priorités a été fixé et que l'on a la preuve que ces services sont profitables à la santé publique, les crédits nécessaires ont plus de chance d'être approuvés.

VII. CONSULTATIONS - DECISIONS - CENTRALISATION ET DECENTRALISATION - PLANS ET PROJETS

21. L'élaboration de ce programme implique au départ des décisions de principe quant à la répartition des fonds nationaux. C'est en étudiant de près les renseignements qui pourront être obtenus de source officielle que l'on peut se faire une idée précise du mode de répartition des crédits, mais c'est là un domaine sur lequel l'observateur étranger aura plus souvent l'occasion d'exercer sa sagacité que de travailler sur des données précises, difficiles à obtenir. Les décisions dépendent parfois de facteurs imprévisibles, souvent politiques, et sont dictées par des circonstances qui échappent totalement aux administrés.

22. Quoi qu'il en soit, et même si le citoyen ordinaire ne connaît pas toujours les motifs qui inspirent certaines décisions, il n'y a aucune raison de ne pas l'associer davantage à l'élaboration de la politique appliquée en la matière. Dans les pays socialistes, le "consommateur" collabore depuis de nombreuses années à l'établissement des directives

générales et notamment à la création et à l'extension des services de santé. On admet maintenant de façon générale que cette procédure a ses avantages, à la fois parce qu'elle permet de mieux répondre aux vœux de la population et parce qu'elle est un moyen d'éducation. Les pays en voie d'expansion devraient, dans la mesure du possible et compte tenu des nécessités techniques, s'assurer que les citoyens collaborent à la planification et surtout que les projets envisagés leur sont communiqués. Il va de soi que l'ampleur de ces consultations et la façon de les organiser seront subordonnées aux conditions locales. Outre qu'il faudra consulter d'autres départements ministériels, certains groupes devront pouvoir participer aux discussions, surtout le corps médical et le personnel de santé, les organisations non gouvernementales et des représentants des collectivités locales. Sans doute, la prise de contact avec cette dernière catégorie de participants et l'agrément des représentants appropriés soulèveront des difficultés. Mais celles-ci devront être résolues, car aucun service ne peut vraiment réussir - et la réussite se mesure au nombre d'utilisateurs - s'il ne bénéficie pas de la participation active, intéressée et enthousiaste de la population bénéficiaire. Sur le plan pratique, il ne faut pas oublier qu'une consultation est une demande d'avis ou de conseil et qu'elle n'implique pas l'acceptation inconditionnelle de cet avis ou conseil; elle n'est pas davantage l'équivalent d'une négociation. En résumé, une consultation bien conçue est en quelque sorte un moyen d'établir une communication et un échange d'idées qui non seulement fera mieux comprendre l'objectif du plan élaboré, mais en facilitera l'exécution lorsqu'il sera mis en oeuvre.

23. Lorsque toutes les données ont été rassemblées, que toutes les méthodes de travail possibles ont été inventoriées et que les consultations nécessaires ont eu lieu, on passe à la rédaction du plan, tâche qui requiert des qualifications d'ordre technique, rédactionnel et même juridique. La rédaction ne peut avoir lieu que lorsqu'on a eu communication des décisions gouvernementales concernant les principales modalités administratives. Parmi celles-ci, une des plus importantes concerne la place relative qui doit être attribuée à la centralisation ou à la décentralisation administrative à l'échelon régional. Le choix à cet égard peut être facilité par

l'étude de données recueillies à des sources très diverses. Ces données portent notamment sur la fréquentation des centres de santé locaux et des hôpitaux, l'incidence comparée des maladies transmissibles, l'importance des agglomérations et des villages et leur rôle en tant que centres d'action sociale, ainsi que sur les lignes de communication et les principaux foyers d'attraction démographique.

Dans une étude récente consacrée à ce problème, l'auteur signalait que nombre de pays, après avoir pratiqué pendant fort longtemps la centralisation, s'orientaient maintenant vers une régionalisation ou une décentralisation de certaines fonctions, alors que d'autres qui pratiquaient jusqu'ici des formes moins strictes d'organisation s'orientent en sens opposé. Il est certain que dans ce domaine, comme dans beaucoup d'autres, il faut compter avec la mode.

VIII. EVALUATION

24. C'est également le moment de la rédaction du plan qui est le plus favorable à la prise d'une autre décision : comment évaluer le fonctionnement du plan et ses résultats ? L'évaluation doit porter à la fois sur l'efficacité organique des activités et sur la question primordiale des dépenses encourues ; en d'autres termes, elle doit déterminer la rentabilité des capitaux investis. Le travail d'évaluation suppose l'existence d'un système de rassemblement de toutes les données pertinentes, telles que : statistiques démographiques et sanitaires, effectifs du personnel hospitalier, fiches d'entrée et d'admission à l'hôpital, listes d'attente et nombre d'élèves sortis des établissements de formation professionnelle. Dans certains pays industrialisés, il existe des organisations complexes et perfectionnées qui sont en quelque sorte des systèmes "incorporés" de rassemblement statistique et qui fournissent un volume considérable de renseignements à l'administration nationale. Il n'en reste pas moins que même lorsqu'un pays dispose d'un système d'évaluation d'une efficacité incontestable, il est souvent difficile

d'obtenir une réponse immédiate à des questions très précises telles que celle-ci: quelle est la valeur économique de la médecine préventive ou des services organisés de santé publique? D'ordinaire on ne peut que faire valoir, en termes assez généraux, l'abaissement du taux de mortalité infantile, la diminution de l'incidence des maladies transmissibles, l'amélioration de l'état de nutrition, la réduction du temps de travail perdu pour maladie, l'accroissement de l'espérance de vie ou de la disparition à peu près totale d'une maladie comme la diphtérie. L'économiste a tendance à considérer ces données comme insuffisantes, mais on peut raisonnablement lui opposer que ce qu'on pourrait appeler la science de l'économie médicale est une discipline nouvelle et encore peu rodée. Une organisation en voie de formation comme celle dont il a été question au paragraphe 12, avec ses techniques perfectionnées (d'échantillonnage notamment) pourrait permettre d'organiser des enquêtes contrôlées. On aurait là un moyen d'apprécier par comparaison, dans des collectivités rurales et dans des collectivités urbaines par exemple, ou dans les diverses régions d'un même pays, les effets respectifs de certains programmes de santé. Mais il est trop tôt encore. On pourra toutefois consulter utilement une étude récemment parue dans une publication de l'Organisation mondiale de la santé ^{1/} sur le coût et le financement des services de santé dans six pays.

IX. ACTIVITÉS RÉCENTES DES GOUVERNEMENTS ET DE L'OMS EN MATIÈRE DE PLANIFICATION SANITAIRE

25. En décrivant brièvement certains aspects de la planification qui relèvent à la fois de la compétence de l'administrateur des services de santé et de celle de l'économiste, on a voulu montrer dans quel sens s'orientaient aujourd'hui les préoccupations du planificateur sanitaire.

Sans prétendre illustrer par là les résultats de la planification sanitaire, on peut néanmoins donner une idée du rôle essentiel qui est désormais reconnu à cette branche, non seulement dans les pays développés, mais aussi dans ceux qui amorcent leur évolution.

26. Le Premier Rapport sur la situation sanitaire dans le monde, qui couvrait la période 1954-1956,^{1/} définissait la planification à long terme comme "une innovation qui finira par devenir partie intégrante des fonctions normales dévolues aux administrations sanitaires nationales". Il citait à l'appui l'exemple de pays engagés dans cette forme d'activité, notamment l'Inde, le Soudan, l'Egypte, l'Ethiopie, l'Afghanistan, l'URSS et la Tchécoslovaquie, liste qui était évidemment incomplète même à l'époque. Le Deuxième Rapport sur la situation sanitaire dans le monde, qui porte sur les années 1957-1960, a ajouté de nouveaux noms à cette liste: Rhodésie, Mauritanie, Finlande, Turquie, Yougoslavie, Ceylan, Cambodge et Corée. Mais on apprend constamment que les administrations nationales sont de plus en plus nombreuses à pratiquer la planification globale ou partielle de leurs services de santé. Certains plans sont indiqués comme remontant jusqu'à 1950, d'autres sont d'origine plus récente. Parmi les pays qui considèrent aujourd'hui la planification dans le domaine de la santé comme une des attributions essentielles de l'Etat, on peut citer l'Iran, le Portugal, la Birmanie et le Tanganyika.

27. Mais l'effort de planification ne se limite pas aux tentatives spontanées et délibérées des divers pays pour élaborer des plans nationaux de santé publique, soit à titre distinct, soit en tant que partie intégrante d'un plan général de développement économique, culturel et social. La Quinzième Assemblée mondiale de la santé, tenue à Genève en mai 1962, a elle-même étudié très longuement et attentivement la question du maintien de l'assistance aux Etats ayant récemment accédé à l'indépendance.

^{1/} Actes off. Org. mond. santé, 94

notamment pour les aider à élaborer des plans sanitaires nationaux et à accélérer l'enseignement et la formation professionnelle de leur personnel national, ainsi que pour leur fournir éventuellement une assistance opérationnelle. Elle a en outre autorisé le Directeur général à mettre en oeuvre un programme accéléré d'assistance conçu dans cet esprit. ^{1/}

Elle a d'autre part constaté que ces activités nécessiteraient un supplément considérable de fonds et qu'il conviendrait de prendre les mesures nécessaires pour les obtenir en faisant appel, si possible, à l'Assemblée générale des Nations Unies pour qu'elle ouvre des crédits au titre du Programme élargi, du Fonds spécial et de l'OPEX. Enfin, elle n'a pas manqué d'envisager la possibilité de contributions nationales au Fonds bénévole pour la promotion de la Santé.

28. Le terrain est donc tout préparé pour une expansion considérable de la planification sanitaire dans les pays nouveaux. Mais cette forme d'activité, qui devra dans toute la mesure du possible être associée à la planification nationale, est nécessairement subordonnée à une condition préalable, qui est la coopération du planificateur, de l'économiste et de l'Etat.

^{1/}Actes off. Org. mond. santé, 118, Résolution WHA15.22.

SUPPLÉMENT AU DOCUMENT SUR LA PLANIFICATION SANITAIRE
NATIONALE PRÉSENTÉ PAR L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ ^{1/}

1. Le document que complète le présent supplément s'inspirait de certaines considérations sur la planification économique et sociale qui avaient été émises pendant les débats de la Conférence des Nations Unies sur les applications de la science et de la technique réunie à Genève en février 1963. Il s'appuyait aussi sur les recommandations du Quatrième Comité d'experts de l'administration de la santé publique, ^{2/} ainsi que sur des renseignements figurant dans le Premier et le Deuxième Rapports sur la situation sanitaire dans le monde. ^{3/ 4/} C'était une étude d'ensemble, énonçant des principes d'application générale, qui ne portait pas particulièrement sur l'Afrique et ne traitait qu'incidemment de la planification sanitaire dans les États africains.

2. On ne cherchera pas non plus ici à présenter une étude approfondie du problème de la planification sanitaire en Afrique. Les territoires de ce continent relèvent de trois des bureaux régionaux de l'Organisation mondiale de la santé : le Bureau de l'Europe, dont la compétence s'étend à une partie du littoral méditerranéen et à la région qui borde l'Atlantique au nord-ouest, le Bureau de la Méditerranée orientale, qui comprend la République Arabe Unie (Province d'Égypte), le Soudan et la Somalie, et enfin le Bureau de l'Afrique, auquel ressortit approximativement toute l'Afrique au sud du Sahara. Quant à la Commission économique pour l'Afrique, elle coiffe tous ces pays africains, dont la plupart commencent à ressentir les effets de son dynamisme en matière de planification.

^{1/} Texte de Sir John A. Charles, K.C.B., M.D., F.R.C.P., D.P.H., consultant de l'OMS.

^{2/} Org. mond. santé sér. rapp. techn., 1961, 215

^{3/} Actes off. Org. mond. santé, 94

^{4/} Actes off. Org. mond. santé, 122

3. Lorsque cette Commission s'est réunie à Addis-Abéba, en octobre 1962, elle a été saisie de plans généraux de développement économique pour le Ghana, la Guinée, la Haute-Volta, le Mali, le Maroc, le Nigéria, la République Arabe Unie, le Sénégal, le Soudan et la Tunisie. En outre, il existe pour quelques autres pays - Sierra Leone, Tanganyika, Ouganda, Mauritanie, Ile Maurice, Nyassaland et Rhodésie du Nord - un certain nombre d'éléments (rapports des commissions locales, rapports de la Banque internationale, par exemple) sur la base desquels il serait possible d'élaborer des plans généraux.

4. Telle est la situation générale. Dans le domaine particulier de la santé, le tableau est moins complet. Les pays africains n'ont pas tous entrepris la planification systématique de leurs services de santé. Du moins des plans véritables - ou, sinon, les éléments sur lesquels on pourrait se baser utilement pour en élaborer - sont-ils disponibles pour un certain nombre de pays : Ghana, Nigéria, Ouganda, République Arabe Unie, Rhodésie et Nyassaland, Sierra Leone, Soudan et Tanganyika. On sait d'autre part qu'en application d'une résolution de la Quinzième Assemblée mondiale de la santé (mai 1962) ^{1/} des planificateurs et le personnel auxiliaire nécessaire seront mis à la disposition de divers Etats : Gabon, Niger, Mali, Sierra Leone et Libéria (avec la collaboration de l'AID des Etats-Unis d'Amérique). Ces spécialistes fourniront leur concours aux gouvernements intéressés et travailleront vraisemblablement en liaison avec les commissions générales de planification ou tous autres organismes nationaux comparables. A l'heure actuelle, la durée d'affectation de ces équipes est limitée à une année environ, mais à considérer l'exemple de certains pays comme l'Inde où la planification fait désormais partie des attributions ordinaires de l'administration nationale, on constate qu'il ne suffit pas d'établir un plan, ni même une série de plans, mais qu'il faut prévoir aussi des révisions et des évaluations périodiques.

5. Le document de base se référait déjà au Deuxième Rapport sur la situation sanitaire dans le monde (1957-1960) ainsi qu'à l'énumération des principaux problèmes de santé publique qui avait été demandée aux divers pays. Pour certains Etats et territoires africains (car tous n'ont pas répondu au questionnaire), on a obtenu une abondante documentation statistique et autre sur la question de la planification. On trouvera ci-après un aperçu des grands problèmes de santé publique tels qu'ils ont été définis par les administrations nationales.

Pays et territoires africains compris dans la Région OMS de l'Europe

Le seul pays qui ait fourni une réponse est le Maroc. Les six principaux problèmes sanitaires qu'il signale sont le trachome, la tuberculose, le paludisme, la morbidité maternelle et infantile, la nutrition et l'hygiène du milieu.

Pays et territoires africains de la Région OMS de la Méditerranée orientale

Ont communiqué des réponses la République Arabe Unie, la Somalie française et le Soudan. Pour l'ensemble de ces trois pays, les deux grands problèmes (mentionnés par deux d'entre eux) sont la tuberculose et le paludisme; viennent ensuite en bonne place la bilharziose, les ophtalmies et les maladies transmissibles.

Pays et territoires de la Région OMS de l'Afrique

Des réponses ont été reçues de 19 pays ^{1/} et de 14 territoires. ^{2/} D'après ces 33 réponses, l'ordre d'importance des grands problèmes de santé publique s'établit comme suit (dans chaque cas, le nombre des pays ayant mentionné la maladie est signalé entre parenthèses): paludisme (22), tuberculose (17), onchocercose (16), bilharziose (12), helminthiases (12), lèpre (10), pian (9), maladies vénériennes (6), gastro-entérite (4), variole (4), trypanosomiase (4).

^{1/} Afrique du Sud, Cameroun, Congo(Brazzaville), Dahomey, Gabon, Ghana, Libéria, Madagascar, Mauritanie, Niger, Nigéria, Ouganda, République centrafricaine, Rwanda et Burundi, Sierra Leone, Tanganyika, Tchad et Togo.

^{2/} Angola, Basutoland, Bechuanaland, Cap Vert, Comores, Fédération de Rhodésie et du Nyassaland, Guinée portugaise, Kenya, Maurice (île), Mozambique, Réunion, Sainte-Hélène, São Tomé et Príncipe, Swaziland.

Outre ces maladies transmissibles, quatre pays ont cité comme grands problèmes de santé publique l'hygiène du milieu et la pénurie de personnel de santé et trois d'entre eux ont ajouté l'accroissement démographique.

Ces listes font apparaître certaines des activités prioritaires désignées par les pays eux-mêmes et elles indiquent que l'un des objectifs de la planification devra être de combattre ou d'éliminer les maladies transmissibles.

6. Le tableau général des difficultés sanitaires de l'Afrique diffère profondément, de toute évidence, de celui de la région européenne, qui connaît surtout des problèmes de maladies cardio-vasculaires, de cancer, de lésions vasculaires du système nerveux central, d'affections des voies respiratoires et d'accidents. Au surplus, l'Europe est caractérisée par une grande diversité dans les régimes médico-administratifs appliqués à la lutte contre ces affections. En Afrique, la situation est plus simple. Si, sur le plan purement technique, les méthodes d'attaque contre les maladies ne varient guère, il n'en est pas de même sur le plan administratif où l'on distingue deux grands systèmes d'administration médicale. Ceux-ci ont été hérités des deux anciennes puissances métropolitaines (France et Royaume-Uni) dont ils reflètent les tendances respectives en matière de théorie et de pratique administratives générales. Leur influence est encore sensible et leur utilité, ainsi que les difficultés qu'ils soulèvent parfois ont été discutées lors d'un séminaire qui s'est réuni à Léopoldville en février/mars 1963 pour examiner les problèmes administratifs urgents des pays africains. On peut certainement trouver moyen d'élaborer, en s'inspirant de ces deux systèmes, un régime proprement africain, tant pour l'administration générale des services que pour leur fonctionnement.

7. Il reste encore à signaler deux aspects de ce que l'on pourrait appeler l'état de carence de l'Afrique. Ce sont, d'une part, le faible effectif de médecins par rapport au nombre d'habitants - ceci dans tous les pays africains sauf la République Arabe Unie et la République Sudafricaine - et, d'autre part, le nombre moyen de lits d'hôpitaux (ou de leur équivalent) par millier d'habitants. En 1960, on comptait en

moyenne un médecin pour 2.568 habitants dans la République Arabe Unie et un pour 1.880 dans la République Sud-Africaine. Mais, ailleurs, des chiffres de l'ordre de 1 pour 20.000 étaient fréquents et l'on connaît même des régions où ils descendaient à 1 pour 63.000 et même 1 pour 83.000. Ce faible effectif de médecins va presque toujours de pair avec une pénurie générale de personnel de santé. Dans l'ensemble des pays africains, les lits d'hôpitaux sont peu nombreux, mais on a relevé toutefois, pour l'année 1960, des taux de 9 et 6,6 pour 1.000 habitants en Somalie française et au Gabon, respectivement. Ailleurs, la moyenne s'établissait à environ 1,8 pour 1.000, mais elle était souvent inférieure à 1 pour 1.000.

8. Ce sont donc là trois domaines où la planification sanitaire doit être particulièrement active; lutte contre les maladies, création d'installations appropriées (centres de santé, dispensaires, hôpitaux) et, enfin, constitution d'un cadre de personnel convenablement formé et ouverture ou extension des établissements de formation nécessaires. Dans tout effort de planification sanitaire, on doit cependant se garder de céder à certaines tentations ou à certaines tendances et notamment d'élaborer des plans dont la réalisation imposerait de tels prélèvements sur les futures ressources financières du pays qu'ils procèdent d'un optimisme exagéré. Il ne faut pas oublier non plus que les dépenses de capital envisagées, même lorsqu'elles sont possibles, nécessiteront ultérieurement une augmentation correspondante du budget d'entretien, ainsi qu'un effectif de personnel dépassant toutes les disponibilités immédiates. Il importe de souligner à quel point la planification exige du réalisme et du sens pratique et combien on a avantage à rechercher au départ un certain nombre de points focaux autour desquels il sera possible, par la suite, de grouper des services de santé mieux conçus, plus vastes et plus nombreux. En d'autres termes, il est souvent plus sage de procéder lentement et régulièrement, par approximations successives, et en utilisant les ressources dont on est assuré de disposer, que de se lancer dans des plans de grande envergure qui risquent de ne pas pouvoir être menés à terme en l'espace de dix ou même de vingt ans.