

L'OMS ET LES PROCESSUS DE POLITIQUE ET PLANIFICATION SANITAIRES AU NIVEAU DES PAYS

Prof. Denis Porignon et Dr Dheepa Rajan
OMS, Genève
Département des politiques de santé (HPW)

IEMS, Lausanne
Juin 2013

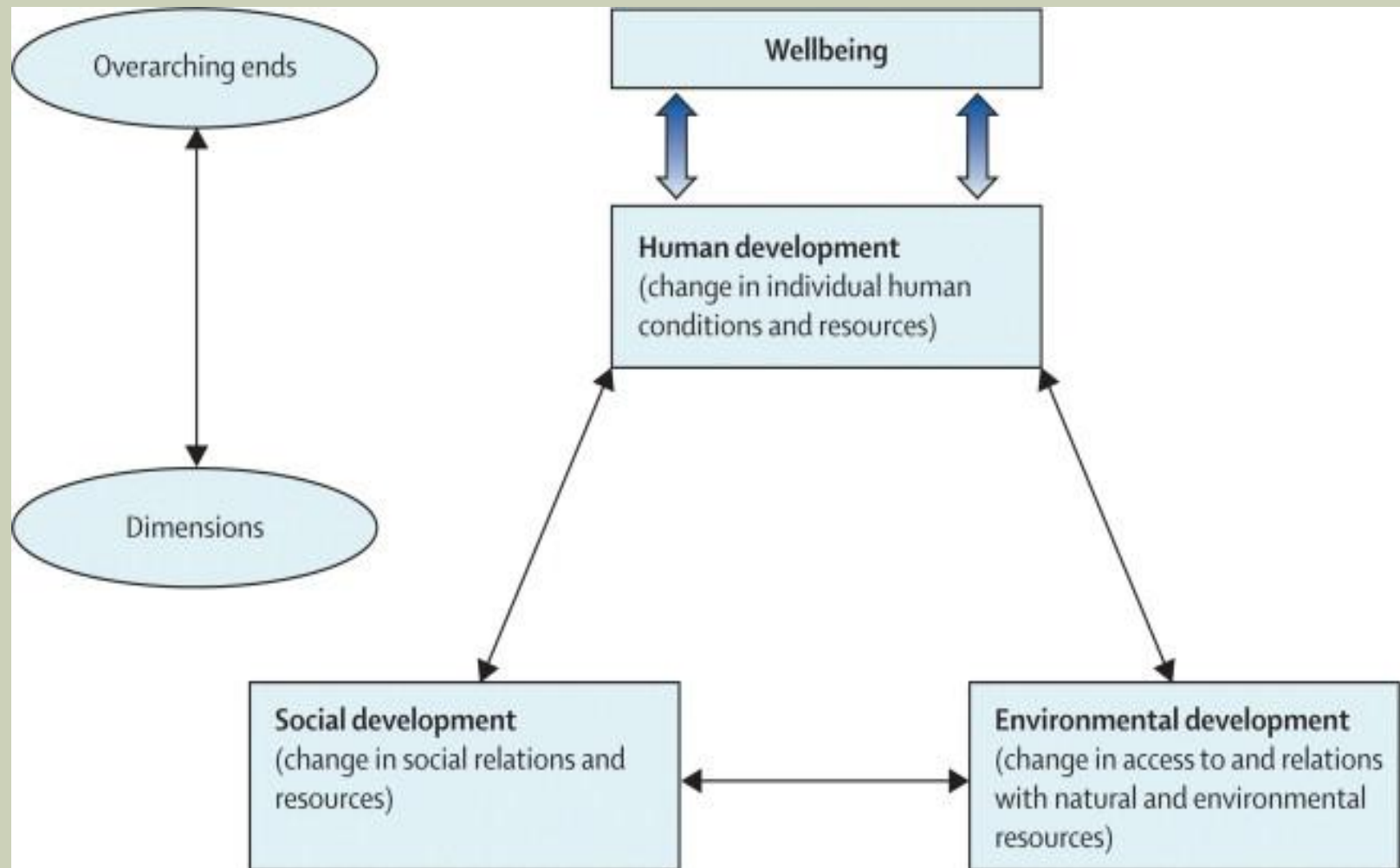
OBJECTIFS DE LA SESSION

- Familiariser les participants avec certains concepts de base utiles pour la compréhension des enjeux locaux et internationaux en matière de politique sanitaire
- Offrir une plateforme de réflexion pour l'intégration des notions d'organisation des systèmes et des services de santé

Documents de référence :

- 1) OMS (2008) *Le rapport sur la Santé dans le Monde "Les soins de santé primaires, maintenant plus que jamais"* Genève (<http://www.who.int/whr/fr/index.html>)
- 2) OMS (2007) *Everybody's Business. Strengthening Health Systems to improve health outcomes* Geneva
- 3) Buse, Mays & Walt (2005) *Making Health Policy* Open University Press

DIMENSIONS OF DEVELOPMENT



Encadré 1

L'étendue du défi social mondial

- 1,4 milliard de personnes vivent encore avec moins de 1,25 dollar E.-U. par jour (Banque mondiale, 2010a).
- 1,75 milliard connaissent une pauvreté multidimensionnelle, notamment en matière de santé, d'opportunités économiques, d'éducation et de standard de vie (PNUD, 2010a).
- 925 millions souffrent de faim chronique (FAO, 2010).
- 2,6 milliards n'ont pas accès à une latrine simple améliorée et 884 millions à une source d'eau salubre améliorée (ONU-HABITAT, 2010).
- 828 millions de personnes dans les pays en développement vivent dans des bidonvilles dépourvus d'infrastructures de base adaptées telles que routes praticables par tous les temps, systèmes d'évacuation des eaux usées et de fourniture d'eau, électricité ou égouts (ONU-HABITAT, 2010).
- 796 millions d'adultes sont analphabètes (UNESCO, 2011).
- 8,8 millions d'enfants de moins de 5 ans meurent chaque année de problèmes de santé largement évitables (OMS, 2010a; UNICEF, 2010a).
- Environ 75 pour cent de la population mondiale n'est pas couverte par une sécurité sociale adaptée (BIT, 2010c).
- 150 millions de personnes subissent chaque année une catastrophe financière, et 100 millions passent au-dessous du seuil de pauvreté lorsqu'elles sont obligées de payer leurs soins de santé (OMS, 2010a).

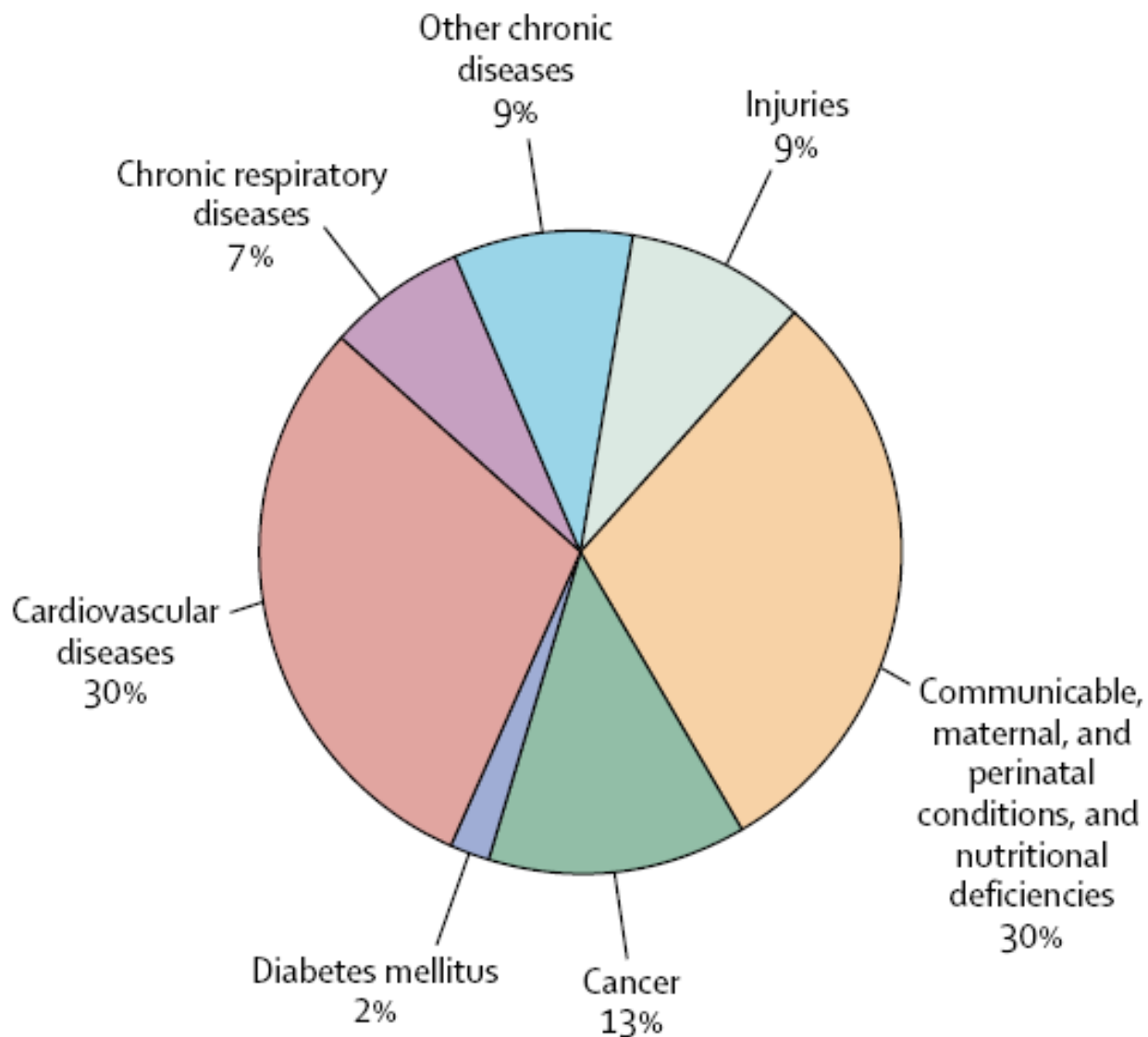
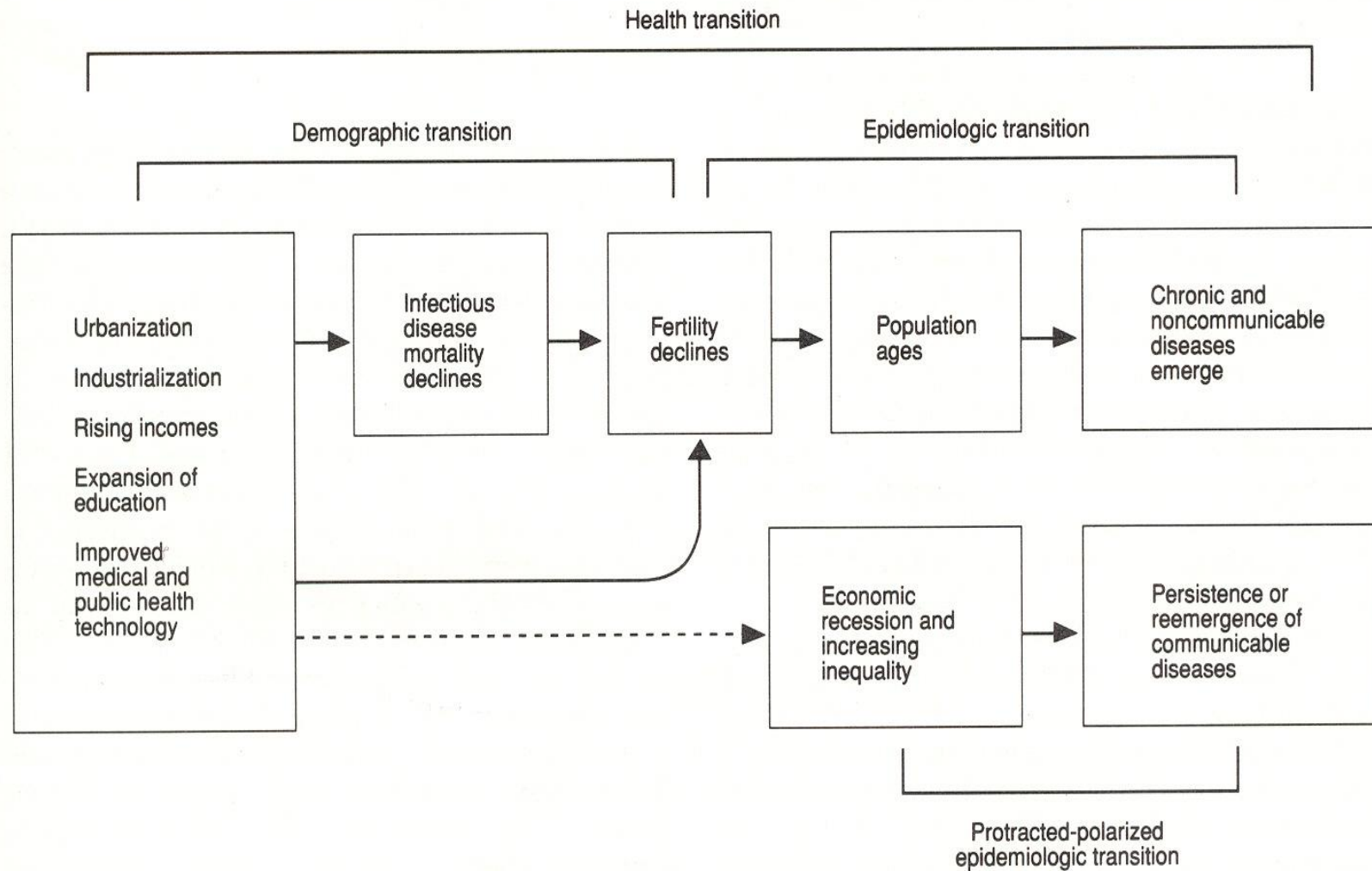
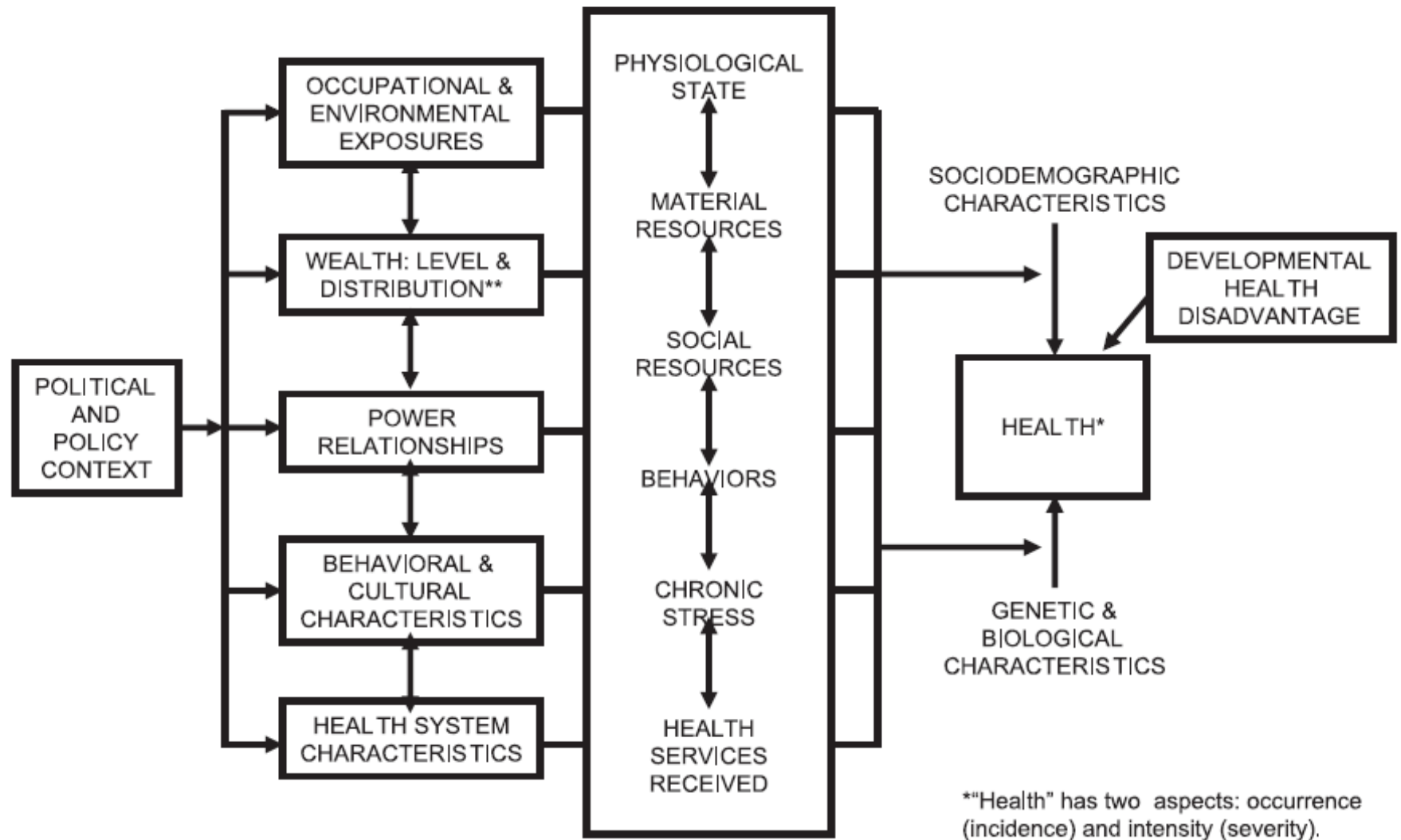


Figure 1: Projected global distribution of total deaths (58 million) by major cause, 2005

Figure 29-1. Relationships among Demographic, Epidemiologic, and Health Transitions



Source: Authors.



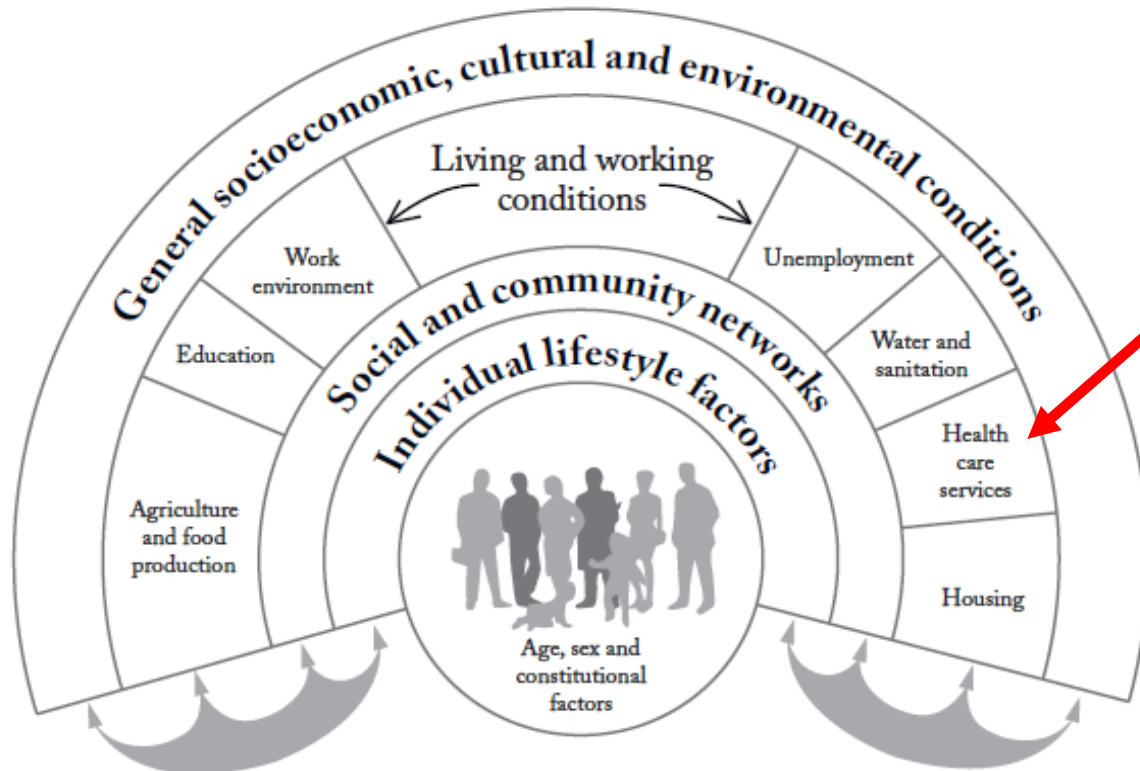
For influences at the community level, there is a spectrum from those that are aggregations from individual-level data to those that are ecological in nature.

Fig. 1. Influences on the health of individuals.

DÉTERMINANTS, FACTEURS INFLUENÇANT

The determinants of the general health of the population can be conceptualized as rainbow-like layers of influence (see Fig. 1).

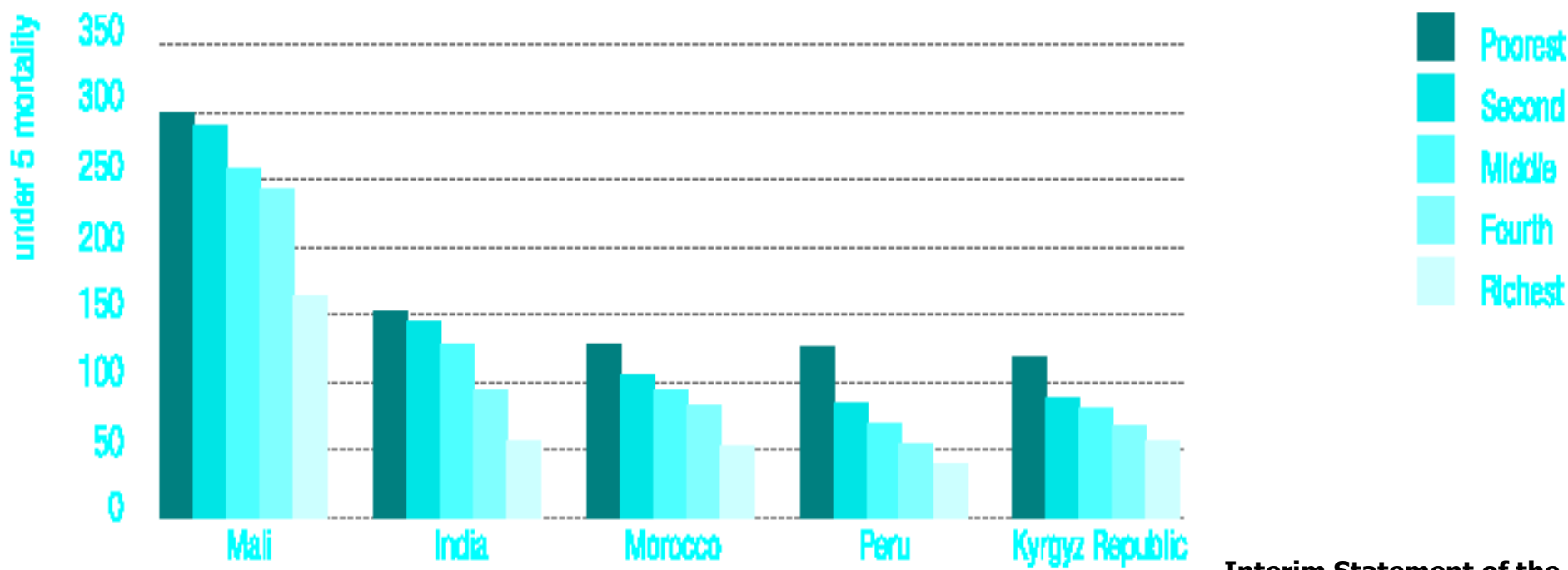
Figure 1. The Main Determinants of Health



Source: Dahlgren and Whitehead, 1993

Les pauvres ont tendances à souffrir de taux de mortalité plus élevés que les riches. Les riches ont un accès meilleur aux services de santé (Inverse care law). Les inégalités sont conditionnées par les déterminants sociaux qui sont autant de contraintes auxquelles doivent faire face les populations

Figure 5: Under-5 mortality (per 1000 live births) by wealth group



Source: Gwatkin et al., 2000.

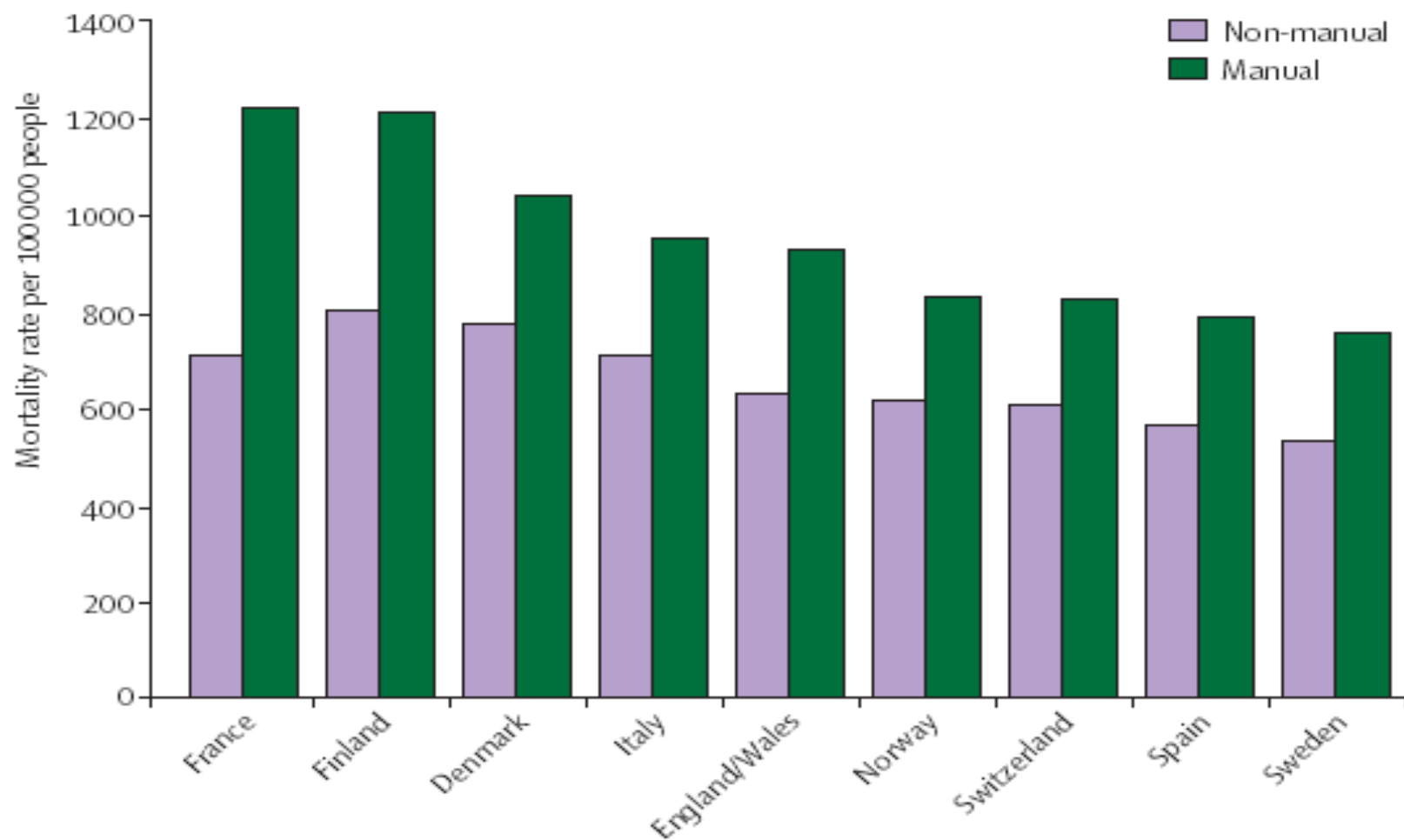


Figure 5: Mortality for non-manual and manual workers in nine European countries

Ranked by absolute level of mortality of manual workers; age groups 45–59. Source: Vagero and Erikson.³⁷



Commission on
Social Determinants of Health

Closing the gap in a generation

2008

Health equity through action on
the social determinants of health



DÉFINITIONS

Santé publique :

« science qui étudie les actions entreprises par la société pour protéger, promouvoir et restaurer la santé des populations à travers des interventions collectives, des interventions individuelles ou des actions sociales »

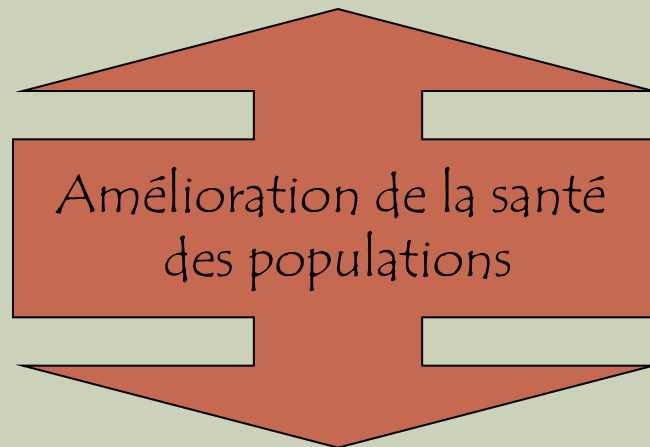
(adapté de Scutchfield, 1997)

Une politique de santé est :

- soit ce que le gouvernement choisi de faire ou de ne pas faire à propos d'un problème de santé et/ou pour l'ensemble de ces problèmes (politique nationale de santé ou PNS)
- l'ensemble des mesures et actions en vue de la résolution d'un problème de santé ou en faveur d'une stratégie (politique en matière de médicaments essentiels)

LA SANTÉ PUBLIQUE COUVRE DONC UN LARGE CHAMPS DE DOMAINES
QUI INTERAGISSENT ENTRE EUX POUR CONTRIBUER À
L'AMÉLIORATION DE LA SANTÉ DE LA POPULATION

La lutte contre la maladie



Priorités = ?

Renforcement des systèmes de santé et
prise en compte des facteurs et déterminants

COMMENT DÉFINIR LES PRIORITÉS ?

- De la simple prise en considération des aspects suivants : importance (gravité-fréquence), vulnérabilité et coûts

$$\text{Priorité} = \frac{\text{Importance x vulnérabilité}}{\text{Coût}}$$

Environnement

A diagram illustrating a formula for priority. It consists of a light brown rectangular box containing the text 'Importance x vulnérabilité' on the top line, 'Priorité = -----' on the middle line, and 'Coût' on the bottom line. To the right of the box, the word 'Environnement' is written in bold black text. A black arrow points from the word 'Environnement' towards the right side of the box.

- A l'introduction des facteurs concernant la demande et les choix de société, les déterminants, la volonté politique, la pression de la communauté internationale,...

CONCEPTS : POLITIQUE SANITAIRE

Les choix politiques en matière d'organisation des sociétés joue un rôle sur les impacts en matière de santé :

-> les régimes à idéologies égalitaires ont une tendance redistributrice plus grande par rapport aux politiques néolibérales

Il existe une argumentation en faveur d'une plus grande efficacité et d'une meilleure équité dans les régions où l'accent est mis sur les SSP :

- réduction de la mortalité
- réduction plus forte de cette mortalité dans les groupes de populations les plus défavorisés (voir B. Starfield)

Des exemples concrets : Sultanat d'Oman, Costa Rica, Cuba, Brésil, Espagne, Turquie, Chili,...

EXEMPLE DU COSTA RICA

TABLE 1—Health and Equity Indicators for Costa Rica, the United States, and Mexico

	Costa Rica	United States	Mexico
GDP per capita, \$ ^a	9 460	34 320	8 430
Health expenditure per capita, \$	562	4 887	544
Infant mortality ^b	9	7	24
Life expectancy at birth ^c	78.0	77.0	73.3
Gini index ^d	46.5	40.8	54.6

Note. GDP = gross domestic product. All data are for 2001 with the exception of the Gini index, which reflects 2000 figures. Data were derived from the United Nations Development Programme.^{5,36}

^aPurchasing power parity.

^bProbability of dying between birth and exactly 1 year of age, expressed per 1000 live births.

^cNumber of years a newborn infant would live if prevailing patterns of age-specific mortality at the time of the infant's birth were to stay the same throughout his or her life.

^dMeasurement of inequality in the distribution of income or consumption within a country, expressed as a percentage. A value of 0 represents perfect equality and a value of 100 represents perfect inequality.

L'ÉVOLUTION DES POLITIQUES SANITAIRES EN 7 POINTS

Depuis 30 ans, l'évolution des politiques sanitaires a été marqué par les étapes suivantes :

Rmq : Avant les indépendances, systèmes de santé calqués sur les modèles des métropoles (hospitalocentrisme, grandes endémies,...)

1. Les SSP

- Valeurs : équité, solidarité, participation,...

2. Les SSP sélectifs

- 1979
- Objectif de réduction de la mortalité
- Focalisé sur qq problèmes (vaccinations, réhydratation orale,...)
- Soutenu par l'Unicef

L'ÉVOLUTION DES POLITIQUES SANITAIRES EN 7 POINTS

Les principales étapes :

3. L' Initiative de Bamako

- 1987
- Recouvrement des coûts basés sur la prestation des services et la vente de médicaments
- Mise en œuvre dans un contexte international d'appauvrissement de la plupart des pays (ASS)

4. Les réformes dans les années 80, le rôle de la Banque mondiale (et l'absence de l'OMS)

- ☐ Orientation libérale au niveau international
- ☐ Ajustement structurel et réduction du poids des secteurs sociaux

L'ÉVOLUTION DES POLITIQUES SANITAIRES EN 7 POINTS

Les principales étapes :

5. Le partenariat Public/Privé (PPP)

- Apport financiers majeurs de grandes fondations (Gates, Rockefeller,...)

6. Les initiatives globales pour la santé (IGS)

- Gavi, Fonds mondial, Clinton Initiative, PEPFAR,...

7. Le grand retour de l'OMS (2000) RSM 2000, 2005, 2006, 2008, 2010

- Rôle important pour le renforcement des systèmes de santé
- Présence importante dans les pays, notamment pour l'élaboration des politiques sanitaires, des plans nationaux de développement sanitaire, de la coordination des partenaires
- IHP+

CONCEPTS : POLITIQUE SANITAIRE

Les principales implications pour les politiques de santé

Les SSP sélectifs : la fragmentation organisée

L'initiative de Bamako : le recouvrement des coûts et la focalisation sur le médicaments MAIS aussi la promotion de la participation

Les années 80 : une tendance vers la privatisation des services de santé, le dégraissage des ministères de la santé et la relative faiblesse du secteur de la santé

Le PPP : une intensification de la fragmentation, un décentrage du pouvoir au sein du secteur de la Santé

Les IGS : tendance à la fragmentation MAIS reconnaissance de la nécessité de renforcer les systèmes de santé (approche diagonale)

QUELS SONT LES DOCUMENTS CLÉS EN MATIÈRE DE POLITIQUE DE SANTÉ ?

Le document stratégique de réduction de la pauvreté (non spécifique santé)

La politique nationale de santé

Le plan national de développement sanitaire

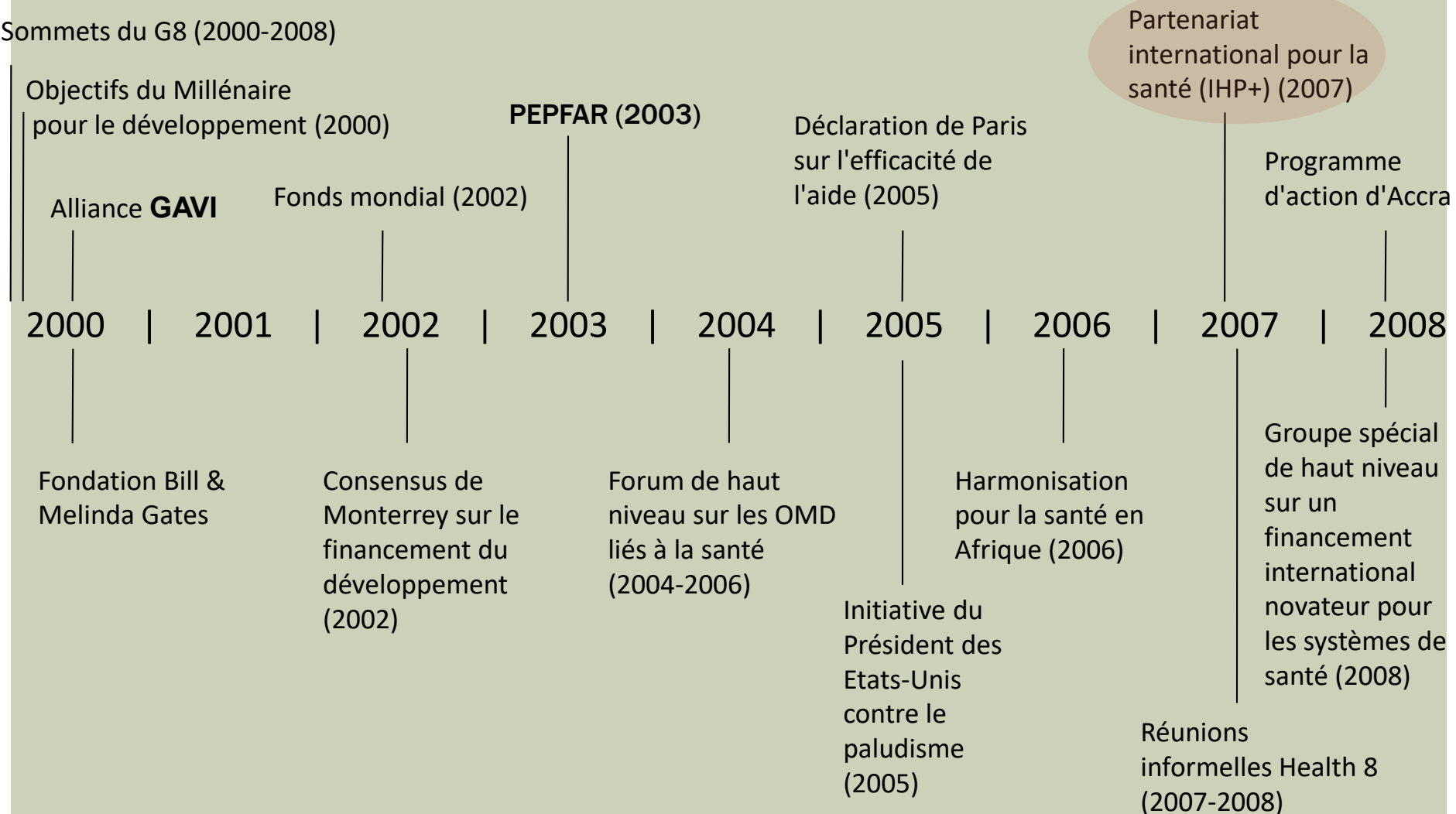
Les paquets minimum et complémentaires des activités

Le cadrage des dépenses à moyen termes

Les politiques/stratégies sous sectorielles (ressources humaines, le médicament, la santé de la reproduction,...)

LA RÉPONSE MONDIALE AUX DÉFIS SANITAIRES EST COMPLEXE : ...EN TERMES DE RÉPONSES

Sommets du G8 (2000-2008)



Chronology of some major international public-health initiatives initiated after the international conference on primary health care, Alma Ata, USSR, 1978

1978		International conference on primary health care, Alma Ata, USSR
1979	WHO	Health For All
	WHO	Selective primary health care
1980	World Bank	Structural adjustment/health-sector reform
1981	WHO	Guinea worm eradication
1983	UNICEF	Growth monitoring, oral rehydration, breastfeeding and immunisation (GOBI)
1985	UNICEF	Growth monitoring, oral rehydration, breastfeeding, immunisation, fertility promotion, feeding programme, and female development (GOBI-FFF)
	UNICEF	Universal programme of immunisation (UPI)
1986	WHO	Special programme on AIDS
1987	WHO, World Bank, UNFPA	Safe motherhood initiative
1988	WHO	Polio eradication initiative
	WHO	Global programme on AIDS (GPA; formerly special programme on AIDS)
1992	WHO, UNICEF	Integrated management of childhood diseases (IMCI)
1997	WHO	Lymphatic filariasis elimination
1998	WHO	Roll Back Malaria campaign
	WHO	Stop tuberculosis campaign



...and Global Alliance for Vaccine and immunization, The Global Fund, PEPFAR, Catalytic Initiative,....

BOX 1 *The eight Millennium Development Goals*

With starting points in 1990, each goal is to be reached by 2015:

1. Eradicate extreme poverty and hunger

Halve the proportion of people living on less than one dollar a day.

Halve the proportion of people who suffer from hunger.

2. Achieve universal primary education

Ensure that boys and girls alike complete primary schooling.

3. Promote gender equality and empower women

Eliminate gender disparity at all levels of education.

4. Reduce child mortality

Reduce by two-thirds the under-five mortality rate.

5. Improve maternal health

Reduce by three-quarters the maternal mortality ratio.

6. Combat HIV/AIDS, malaria, and other diseases

Reverse the spread of HIV/AIDS.

7. Ensure environmental sustainability

Integrate sustainable development into country policies and reverse loss of environmental resources.

Halve the proportion of people without access to potable water.

Significantly improve the lives of at least 100 million slum dwellers.

8. Develop a global partnership for development

Raise official development assistance.

Expand market access.

Three points about the Millennium Development Goals: First, to be enduring, success in reaching the goals must be based on systemwide reforms to support progress. Second, focusing on these outcomes does not imply focusing on education and health services alone. Health and education outcomes depend on too many other factors for that to work—everything from parents' knowledge and behavior, to the ease and safety of reaching a health clinic or school, or the technology available for producing outcomes (see crate 1.1). Third, in countries that have already achieved universal primary completion or low infant and maternal mortality rates, the spirit of the Millennium Development Goals—time-bound, outcome-based targets to focus strategies—remains important.

Cibles

Indicateurs

Objectif 1 : réduire l'extrême pauvreté et de la faim

Cible 1 Réduire de moitié, entre 1990 et 2015, la proportion de la population dont le revenu est inférieur à un dollar par jour

Cible 2 Réduire de moitié, entre 1990 et 2015, la proportion de la population qui souffre de la faim

4. Pourcentage d'enfants (de moins de 5 ans) présentant une insuffisance pondérale
5. Proportion de la population n'atteignant pas le niveau minimal d'apport calorique

Objectif 2 : assurer l'éducation primaire pour tous

Cible 3 D'ici à 2015, donner à tous les enfants, garçons et filles, partout dans le monde, les moyens d'achever un cycle complet d'études primaires

Objectif 3 : promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes

Cible 4 Éliminer les disparités entre les sexes dans les enseignements primaire et secondaire d'ici à 2005 si possible, et à tous les niveaux de l'enseignement en 2015 au plus tard

Objectif 4 : réduire la mortalité des enfants de moins de 5 ans

Cible 5 Réduire de deux tiers, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans

13. Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans
14. Taux de mortalité infantile
15. Proportion d'enfants de 1 an vaccinés contre la rougeole

Objectif 5 : améliorer la santé maternelle

Cible 6 Réduire de trois quarts, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité maternelle

16. Taux de mortalité maternelle
17. Proportion d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié

Objectif 6 : combattre le VIH/SIDA, le paludisme et d'autres maladies

Cible 7 D'ici à 2015, avoir stoppé la propagation du VIH/SIDA et commencé à inverser la tendance actuelle

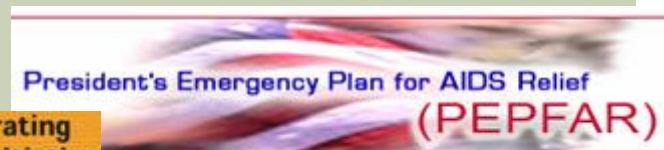
18. Taux de prévalence du VIH parmi les femmes enceintes âgées de 15 à 24 ans
19. Taux d'utilisation de la contraception
20. Taux de scolarisation des orphelins par rapport au taux de scolarisation des autres enfants non orphelins âgés de 10 à 14 ans

Cible 8 D'ici à 2015, avoir maîtrisé le paludisme et d'autres grandes maladies, et avoir commencé à inverser la tendance actuelle

21. Taux de prévalence du paludisme et taux de mortalité lié à cette maladie
22. Proportion de la population vivant dans les zones à risque qui utilise des moyens de protection et des traitements efficaces contre le paludisme
23. Taux de prévalence de la tuberculose et taux de mortalité lié à cette maladie
24. Proportion de cas de tuberculose détectés et soignés dans le cadre DOTS (traitement de brève durée sous surveillance directe)

NEW HEALTH INITIATIVES SINCE 2000...

Stop TB Partnership



Global Alliance to Eliminate Leprosy (GAEL)

Initiative on Public-Private Partnerships for Health



Accelerating Access Initiative

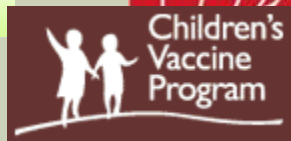
SECURE THE FUTURE®



Medicines for Malaria Venture



GLOBAL ALLIANCE FOR TB DRUG DEVELOPMENT



EMVI

The European Malaria Vaccine Initiative



Global Campaign for MICROBICIDES Hope for African Children Initiative



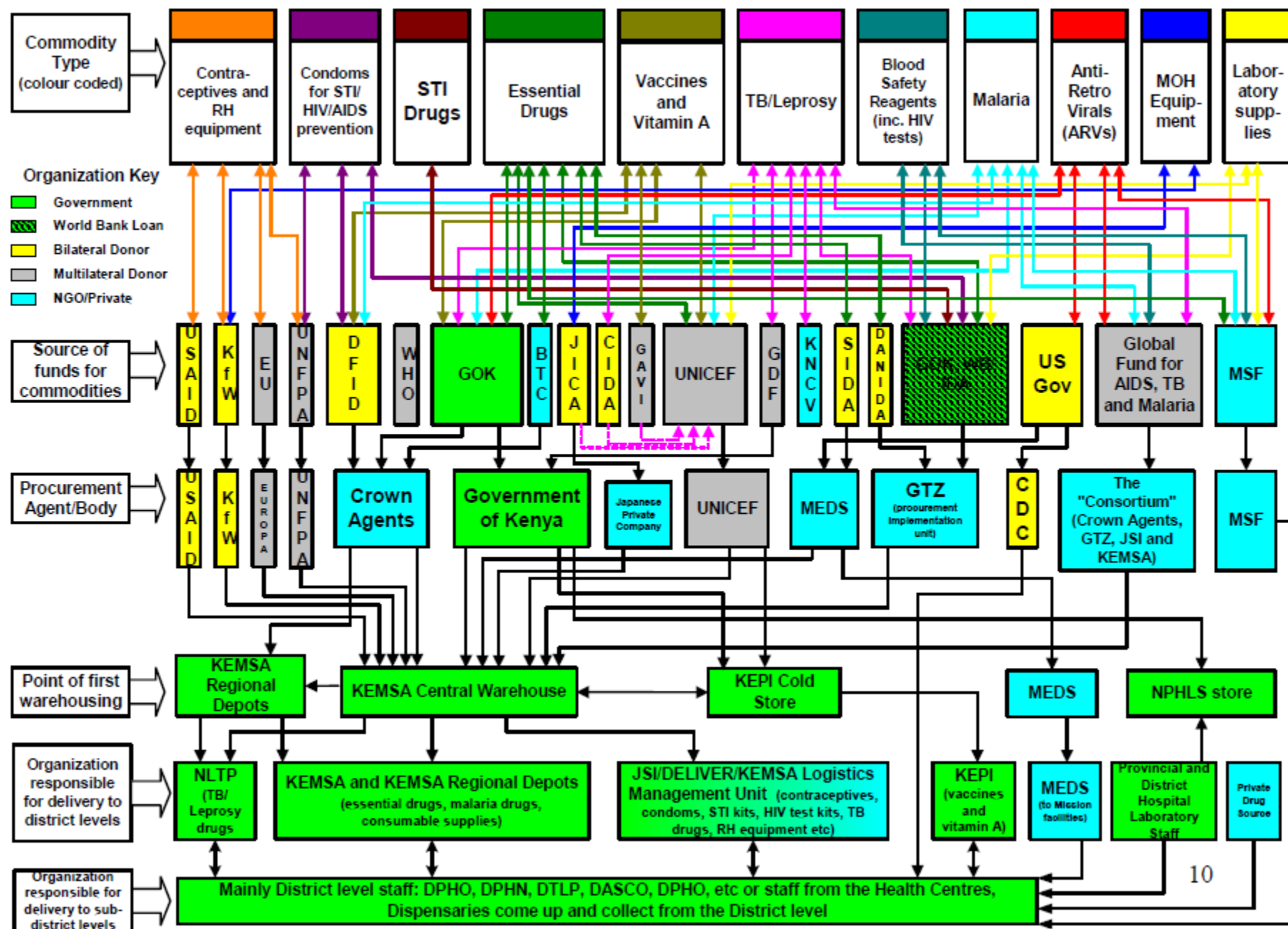
Schistosomiasis Control Initiative

US Presidential Initiative
FIGHTING MALARIA
SAVING LIVES IN AFRICA

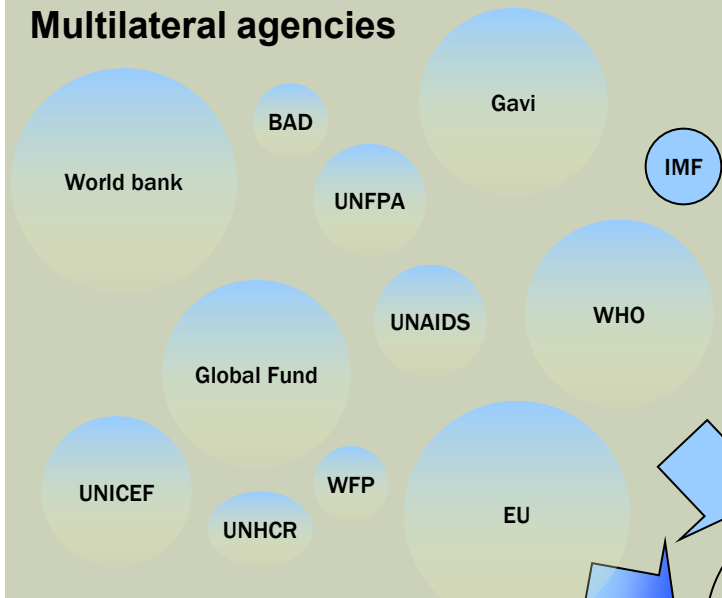


Commodity Logistics System in Kenya (as of April 2004)

Constructed and produced by Steve Kinzett, JSI/Kenya - please communicate any inaccuracies to skinzett@cb.jsikenya.com or telephone 2727210



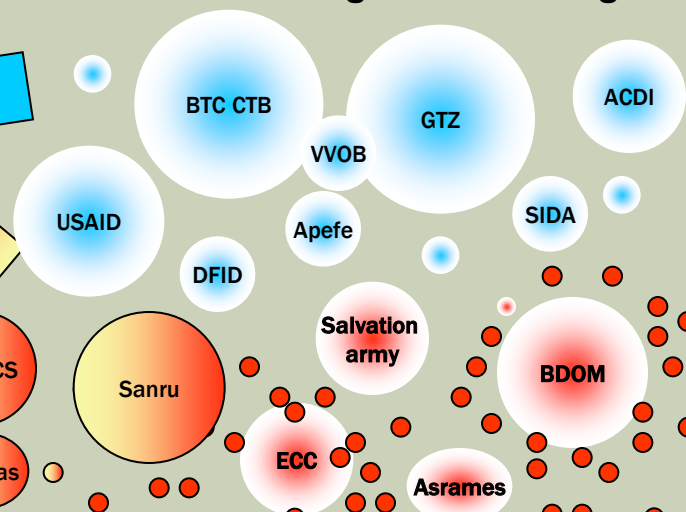
Multilateral agencies



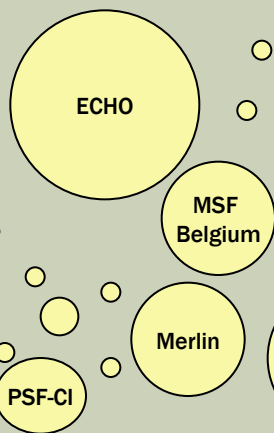
State and Parastatal organisations



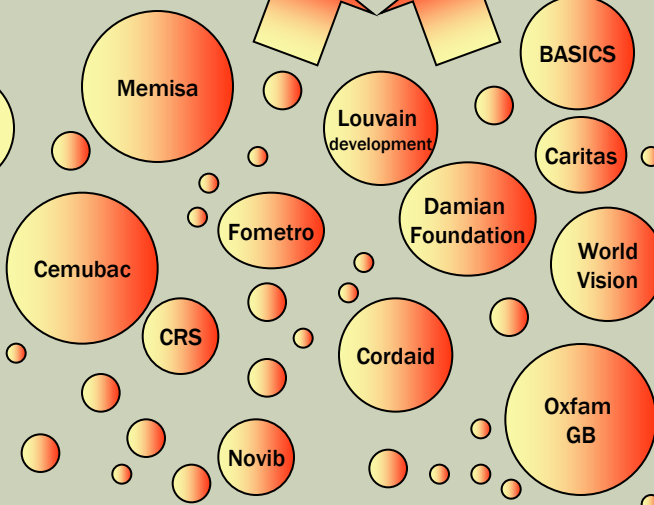
Bilateral Funding / Technical agencies



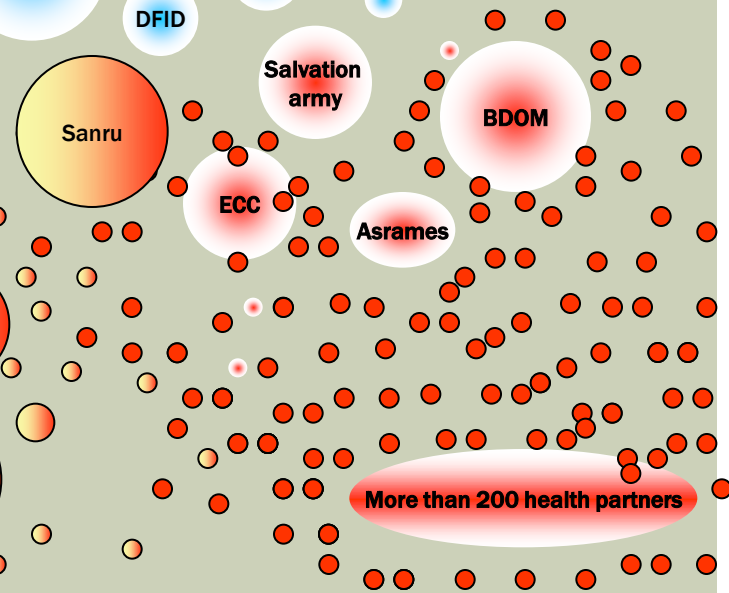
13 Donor Government program coordination committees



INGO's (Emergency)



Int and Nat NGO's (Development and church related)

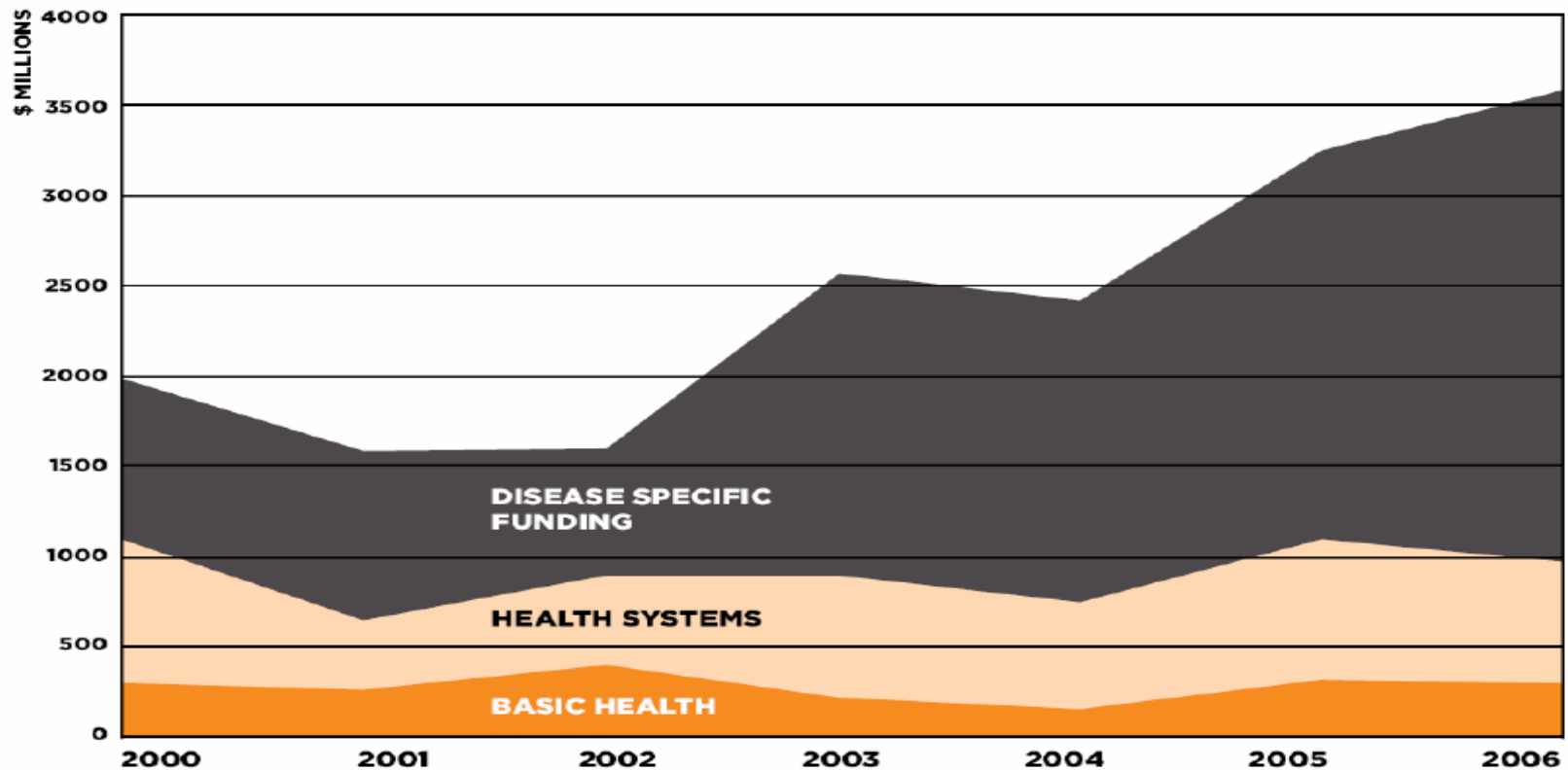


LA RÉPONSE MONDIALE AUX DÉFIS SANITAIRES EST COMPLEXE : ...EN TERMES D'ALLOCATION DES RESSOURCES

**THE
DATA
REPORT
2008**

KEEP THE **G8 PROMISE** TO AFRICA

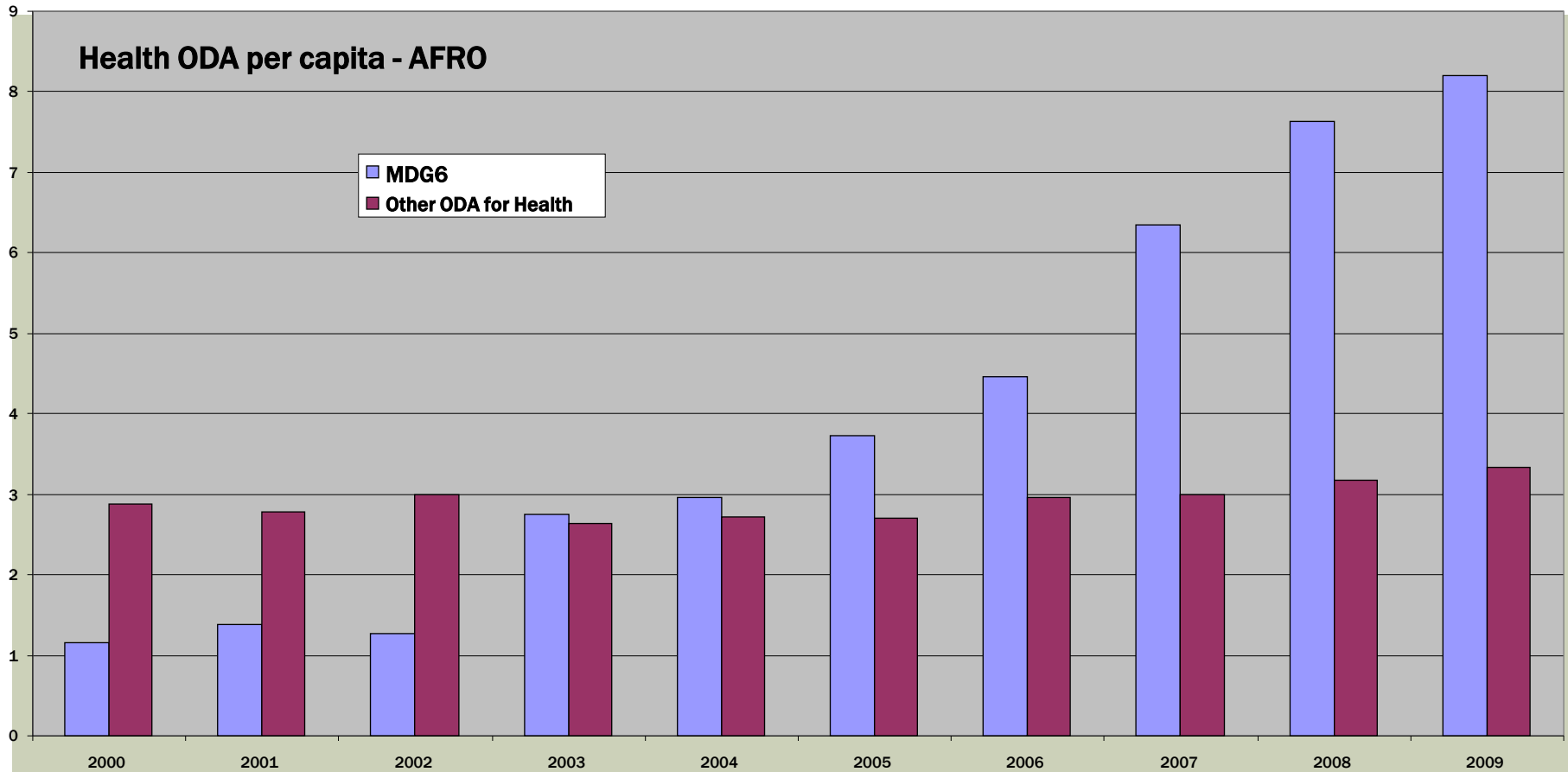
G7 BILATERAL AND MULTILATERAL FUNDING TO HEALTH CATEGORIES

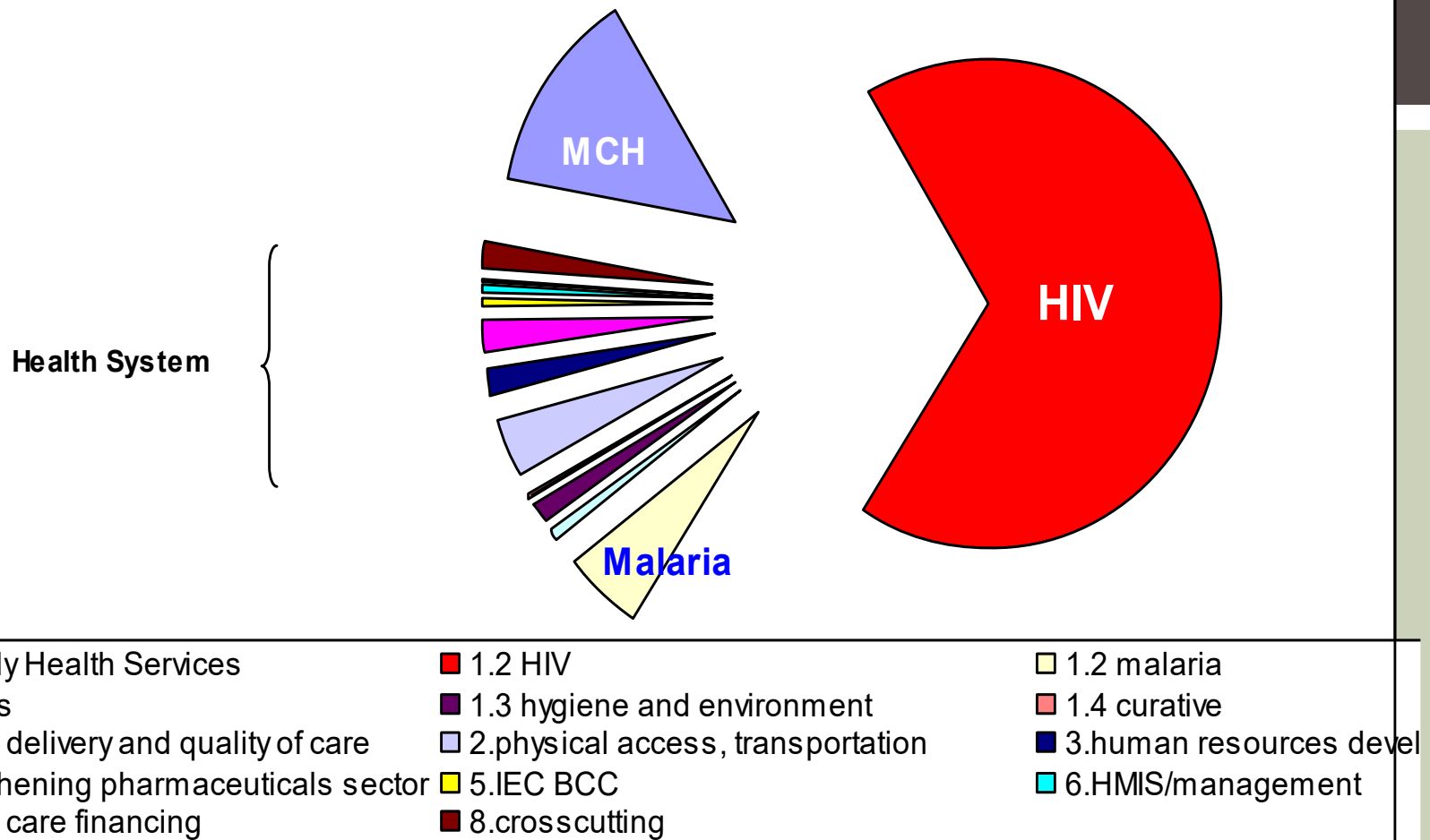


LA SANTÉ COMME RÉVÉLATEUR DE LA COMPLEXITÉ DE L'AIDE INTERNATIONALE

Health ODA per capita - AFRO

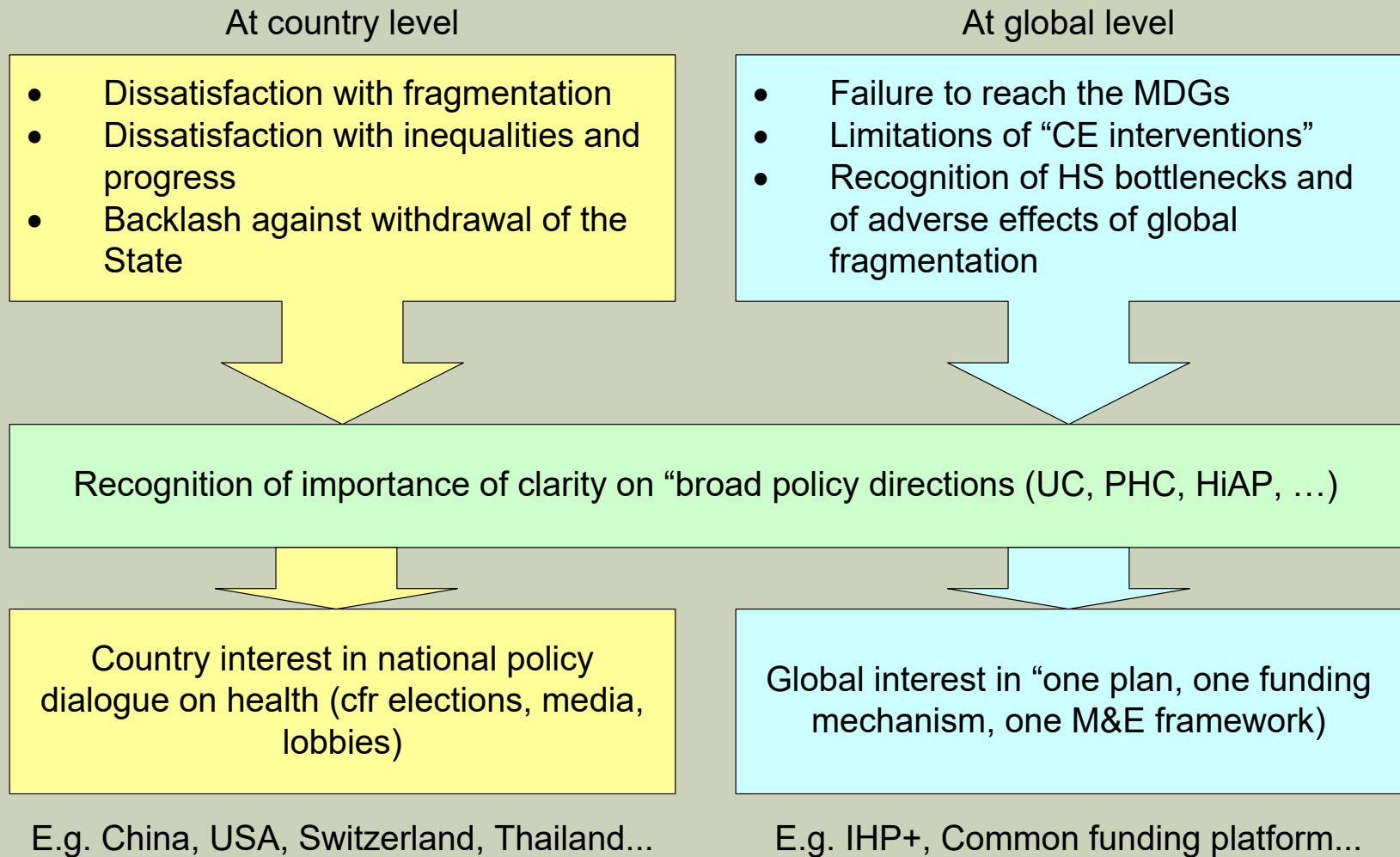
■ MDG6
■ Other ODA for Health





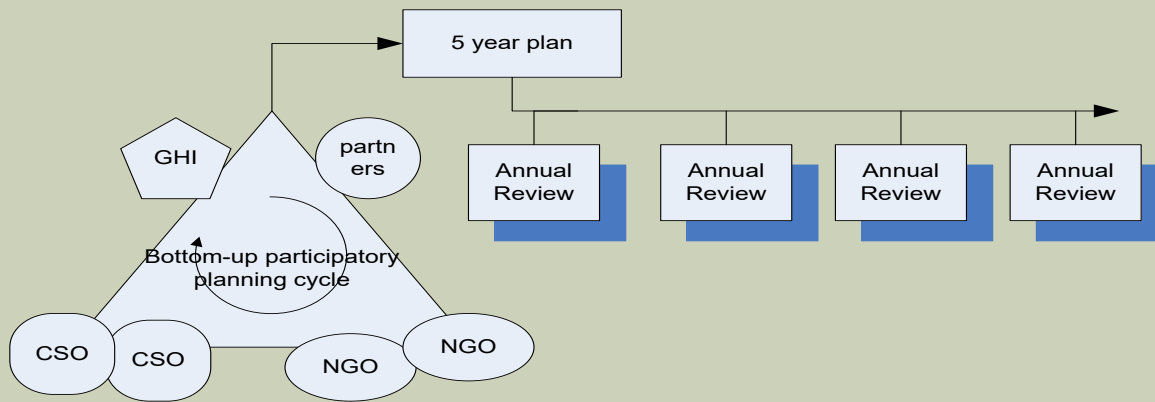
sources : For bilateral and multilateral donors: donor mapping exercise (January 2006); Global Fund from HAPCO/GFATM team and MOH (in disease prevention and control department); PEPFAR from USAID [from the Gavi HSS proposal, Ethiopia, 2007]

LA RÉPONSE MONDIALE AUX DÉFIS SANITAIRES EST COMPLEXE : ...EN TERMES DE PLANIFICATION ET DE GOUVERNANCE

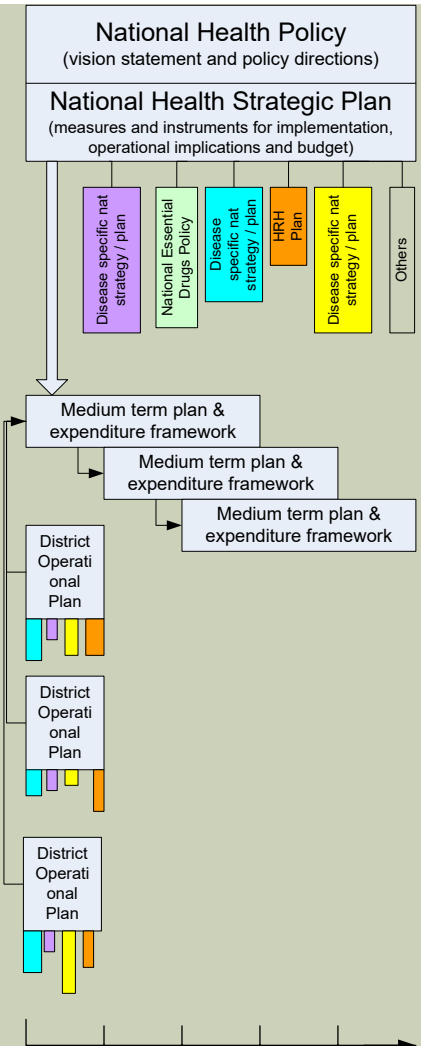
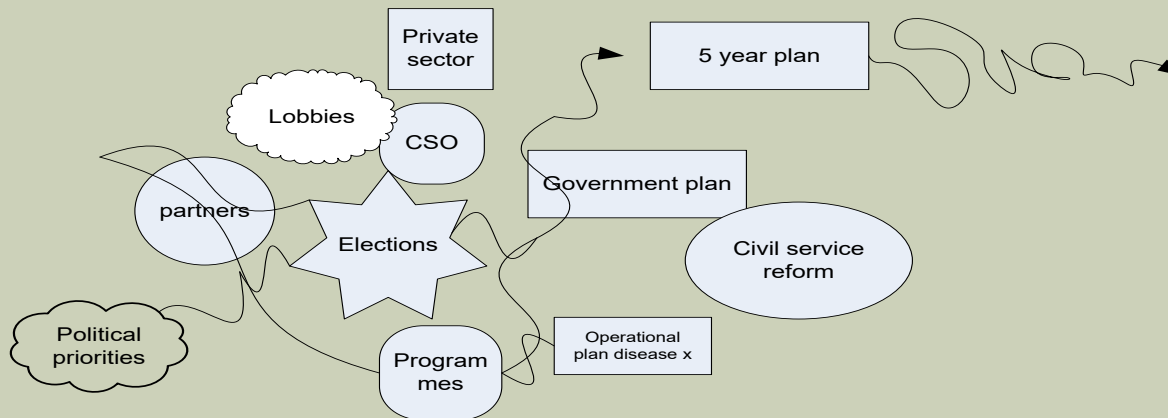


C'EST COMPLIQUÉ: DES PROCESSUS, DES PARAPLUIES ET BEAUCOUP DE CONFUSION TERMINOLOGIQUE

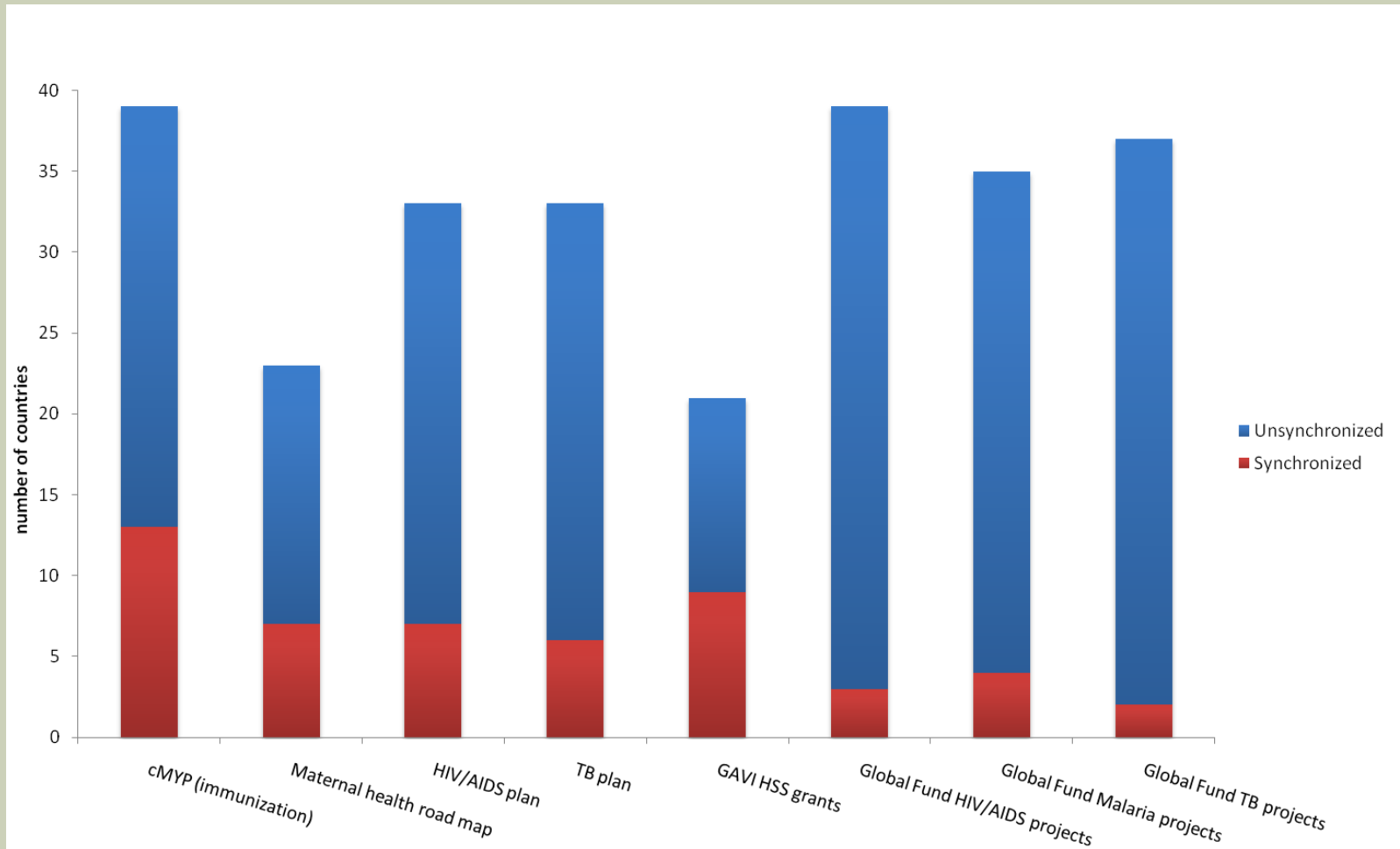
Idealised planning processes



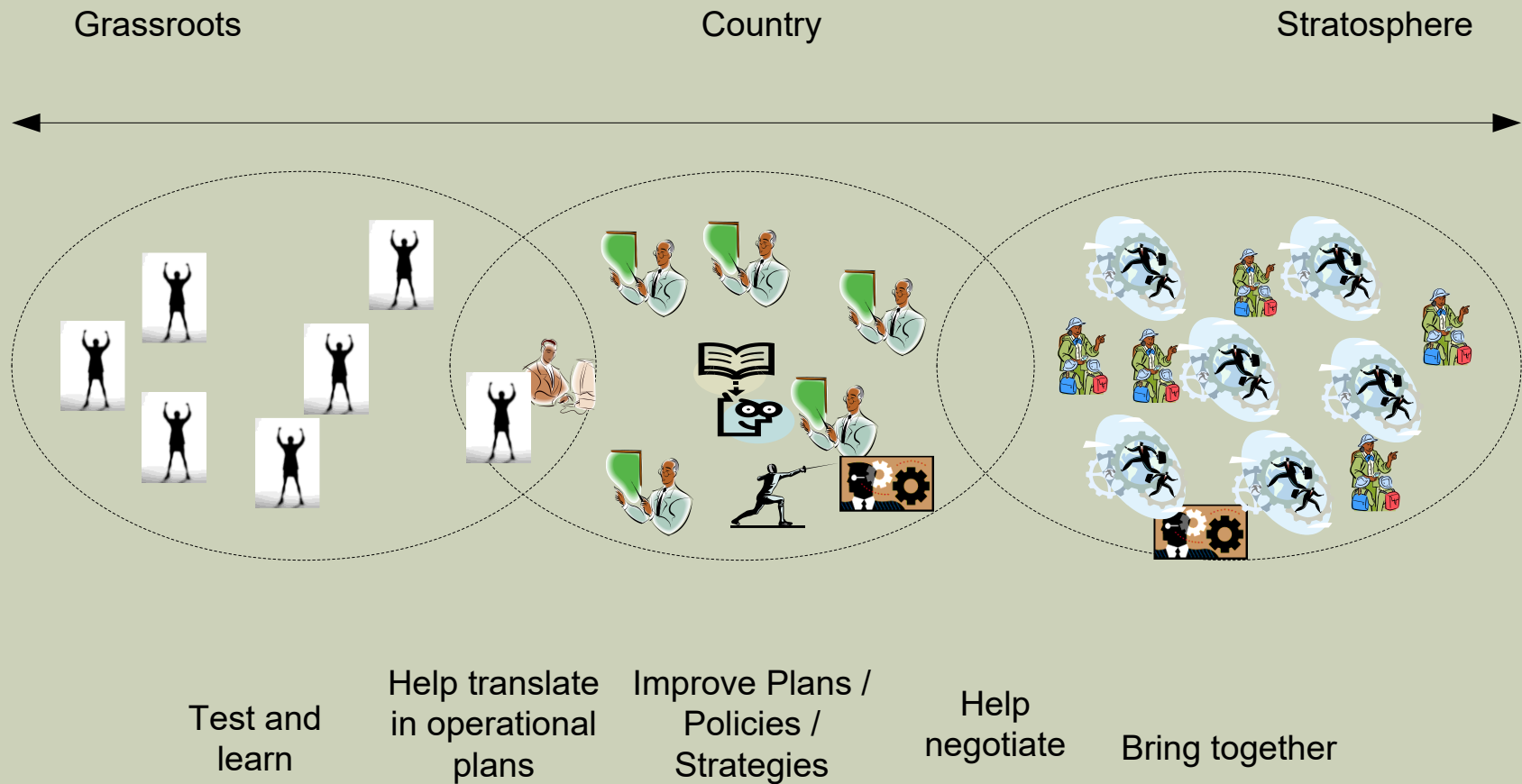
Real-life planning processes



ABSENCE DE SYNCHRONISATION



OÙ FAUT-IL TRAVAILLER?



CE QUE L'OMS DEVRAIT FAIRE

- **Au niveau pays:**
 - Des plans meilleurs: globaux, équilibrés, mis-en-oeuvre, synchronisés, appropriés
 - Des processus meilleurs: inclusifs, orientés vers des résultats
 - Des services intégrés: SSP, CUS, SantéPT
- **A l'interface :**
 - Renforcer la capacité de négociation
- **Au niveau global:**
 - l'effectivité de l'aide et ses conséquences
 - L'importance de la santé dans l'après OMD



MISSION

To act as the directing and coordinating authority on international health work, towards the objective of the attainment by all peoples of the highest possible level of health as a fundamental right.

Principles, values and fundamental approaches	• Equity and social justice • Global solidarity • Gender equality		• Emphasis on countries and populations in greatest need • Due consideration to the economic, social, and environmental determinants of health		• Multilateralism • Science and evidence-based • Public health approach					
WHO's core functions	• Providing leadership • Shaping the research agenda		• Setting norms and standards • Articulating policy options		• Providing technical support and building capacity • Monitoring and health trends					
CATEGORIES	1	Communicable diseases	2	Noncommunicable diseases	3	Health through the life course	4	Health systems	5	Preparedness, surveillance and response
Criteria for priority-setting	• The current health situation • The existence of evidence-based, cost-effective interventions		• Needs of individual countries for WHO support		• Internationally agreed instruments • The comparative advantage of WHO					
PRIORITIES	• HIV/AIDS, tuberculosis, and malaria • Neglected tropical diseases (including vector-borne diseases) • Vaccine-preventable diseases		• Heart disease, cancers, chronic lung diseases, diabetes • Mental disorders • Injuries and disabilities		• Maternal and neonatal health • Sexual and reproductive health • Child and adolescent health • Healthy ageing		• National health policies, strategies, and systems • Integrated service delivery • Regulatory capacity		• Epidemic- and pandemic-prone diseases • Health in humanitarian crises • Environmental health risks • Food safety	
IMPACT	Improved healthy life expectancy									
	Reduced mortality due to HIV, TB, and malaria		Reduced mortality due to NCDs		Reduced maternal and child mortality			Reduced mortality due to epidemics, disasters, and shared health threats		
	Universal health coverage (universal access to key interventions; financial protection)									
CONTRIBUTION OF WHO (illustrative examples)	<u>ILLUSTRATIVE EXAMPLES:</u> • WHO develops, tests and supports countries to implement new, standardized approaches to treatment and service delivery, thereby reaching 15 million people with antiretroviral therapy and reducing childhood infections by 90%, overall infections by 50%, and deaths from tuberculosis among people living with HIV by 50%. • WHO's performance evaluation of commercially available rapid diagnostic tests enables countries to make informed choices on selection, procurement and distribution of rapid diagnostic tests for malaria thereby increasing the percentage of suspected cases that are correctly diagnosed and treated, ensuring more sustainable malaria control, and progress towards a reduction of cases by 75% from 2000 levels.		<u>ILLUSTRATIVE EXAMPLES:</u> • WHO facilitates international agreement on a set of voluntary global targets and a monitoring framework, and establishes systems for reporting, analysis and dissemination of results enabling Member States to track progress in relation to agreed noncommunicable disease goals. • WHO regularly monitors progress in Member State commitments to reduce tobacco consumption, provides technical support for product regulation, pricing and taxation, advises on effective interventions to reduce tobacco use and develops training packages and guidance for countries on incorporating tobacco cessation into primary health care, thereby contributing to reducing tobacco smoking by 30%.		<u>ILLUSTRATIVE EXAMPLES:</u> • WHO's evidence-based policies and strategies are used to support the implementation of high-quality integrated services for pregnant women and newborn infants in countries with the highest burden of maternal and child mortality, using data from strengthened vital registration systems to monitor progress. • WHO promotes evidence-based preventive interventions throughout the life course, commissions research on cost-effective treatment and innovative technical solutions to facilitate independent living, thereby contributing to the health of ageing populations.		<u>ILLUSTRATIVE EXAMPLES:</u> • WHO provides technical support to assess national health financing systems, helps to build capacity to track health expenditures and develops, with national authorities, strategies for extending financial protection, thereby reducing the number of people impoverished through catastrophic health expenditure. • WHO's prequalification of drugs, vaccines and diagnostics lowers prices and thereby increases access to the necessary safe, effective, affordable and high-quality medical products.		<u>ILLUSTRATIVE EXAMPLES:</u> • WHO develops standards for preparedness and response, assesses and provides technical support to address capacity gaps, ensuring that all countries meet minimum capacity requirements dictated by Instruments such as the International Health Regulations (2005) and the Pandemic Influenza Preparedness (PIP) Framework. • A new common operational platform for public health and humanitarian emergencies increases the effectiveness of WHO staff as health cluster managers during outbreaks and enables faster response time and lower death toll when emergencies strike.	
Corporate services / enabling functions (illustrative)	• Legal services • Audit and evaluation • Governing bodies		• Information technology and knowledge management • Budget, finance, accounting • Executive management				• Operations, logistics and security • Communications • Human resources			

