
Conférence internationale sur le fédéralisme Mont-Tremblant, octobre 1999

Article de référence

DÉCENTRALISATION ET ÉQUITÉ EN MATIÈRE DE SANTÉ : UN ÉQUILIBRE À ATTEINDRE

Adetokunbo O. Lucas, M.D.

Professeur adjoint de santé internationale à l'École de santé publique, Boston (É.-U.)

Les changements dans le secteur de la santé ont pris deux directions diamétralement opposées. D'une part, on observe de fortes tendances vers l'accroissement de la centralisation. Au niveau national, les problèmes croissants auxquels font face les services de santé forcent les gouvernements à faire preuve de plus de fermeté dans la définition d'objectifs nationaux ainsi que de stratégies visant à les atteindre. D'autre part, on se rend de plus en plus compte que les services de santé gérés centralement ont tendance à être trop éloignés et ne sont pas suffisamment souples pour s'adapter aux situations locales. Divers facteurs favorisent la collaboration internationale dans le domaine de la santé, à savoir les suivants : la crainte de la propagation des maladies infectieuses, la compassion suscitée par les populations touchées par des épidémies, et les avantages mutuels à tirer d'une action régionale et mondiale coordonnée.

Au cours de ce siècle, la santé de la population à l'échelle du globe s'est considérablement améliorée. Grâce aux remarquables progrès de la technologie médicale et des services cliniques, on a pu mettre au point des traitements et des remèdes qui auraient été considérés miraculeux il y a à peine quelques décennies. L'éradication de la variole est un véritable exploit. La poliomyélite a été éliminée de l'hémisphère occidental, et le reste du monde a entrepris un programme destiné à éradiquer l'infection de la planète. Par ailleurs, les mesures de protection de l'environnement, les changements survenus dans les comportements et les interventions spécifiques au moyen de vaccins et de médicaments ont permis de maîtriser d'autres maladies courantes.

Les progrès rapides des technologies de la santé, les demandes et les attentes croissantes des populations et le coût croissant des soins de santé mettent à l'épreuve les gouvernements tant des pays industrialisés que des pays en développement. Face à ces changements extraordinaires et aux défis qu'ils posent, les gouvernements entreprennent des réformes dans le secteur de la santé. Pour pouvoir répondre aux besoins et aux demandes de leurs populations, ils restructurent les systèmes de prestation des soins et de rémunération des services (Banque mondiale, 1993). L'un des principaux objectifs de ces réformes consiste à promouvoir l'équité dans l'intérêt de la justice sociale.

Ces réformes ont pour caractéristique commune la décentralisation de la planification et de la gestion des services de santé. Il est devenu de plus en plus évident que les gouvernements ne peuvent gérer de façon efficiente la prestation des soins à partir de leurs bureaux centraux. Les ministères centraux de la Santé peuvent établir des objectifs nationaux, tout en déléguant la responsabilité de la gestion détaillée des services à des autorités périphériques - - gouvernements provinciaux ou d'État, administrations municipales et locales. Les détails exacts de la décentralisation varient d'un pays à l'autre.

Malgré les énormes différences qui existent au niveau des services de santé entre les pays riches et industrialisés et les pays les moins avancés, il vaut la peine d'examiner les questions d'intérêt commun en ce qui concerne l'équité. Même si certains détails techniques ne sont pas directement comparables, l'expérience acquise dans certains pays peut être utile à d'autres. Habituellement, dans le contexte du transfert de technologie, l'information est transmise en majeure partie par les pays industrialisés aux

pays en développement. Toutefois, les pays industrialisés ont appris des pays en développement et adopté certaines de leurs stratégies innovatrices et rentables de prestations de soins de santé, par exemple les soins ambulatoires aux patients atteints de tuberculose et les soins communautaires aux malades mentaux (Dawson et coll., 1966; Jegede, 1981; Lambo, 1965).

Dans le présent document, on présente un tour d'horizon de la décentralisation dans le secteur de la santé. On examine les facteurs qui favorisent cette tendance et on évalue d'un oeil critique les avantages prévus et les problèmes découlant de la décentralisation, en mettant particulièrement l'accent sur la question de l'équité. On se concentrera sur les questions suivantes :

- Pourquoi décentraliser?
- Modèles de décentralisation
- Conditions essentielles la décentralisation
- Promotion de l'équité dans les services de santé décentralisés

Pourquoi décentraliser?

Les arguments ne manquent pas en faveur de la décentralisation des services. Dans les États fédéraux, la délégation de la responsabilité des soins de santé à des autorités périphériques fait partie de l'entente politique globale quant à la répartition des pouvoirs entre le gouvernement central et les administrations régionales. Cependant, mises à part les considérations politiques, et même dans les pays dotés d'un gouvernement unitaire, il y a de bonnes raisons pour que les gouvernements centraux transfèrent aux autorités périphériques les fonctions d'élaboration et de planification des politiques et de prise de décisions en matière de santé. La décentralisation facilite la conception des mécanismes les plus efficaces permettant de faire face aux trois importants défis du système de santé : la diversité, la complexité et le changement.

Diversité

L'un des points communs à la plupart des pays dans le domaine de la santé est la grande diversité qui caractérise les tendances épidémiologiques dans les maladies et l'état de santé des divers groupes et collectivités. Plusieurs facteurs viennent expliquer cette diversité au niveau de l'état de santé et des tendances :

- facteurs géographiques, écologiques et environnementaux;
- facteurs économiques, sociaux, comportementaux et culturels;
- profils démographiques;
- services de santé - - qualité, accessibilité.

Les facteurs géographiques, écologiques et environnementaux influent sur les tendances épidémiologiques et la répartition des maladies à cause non seulement de leurs effets physiques directs sur les gens, mais également de leurs effets indirects sur les agents et vecteurs de maladies infectieuses. Ces différences sont particulièrement évidentes dans les pays de grande superficie, qui comportent plusieurs zones climatiques, ou dans les pays où les différences d'altitude sont marquées. L'[encadré 1](#) illustre certains des effets de la géographie sur le profil sanitaire de différentes régions du Nigéria.

Encadré 1

Nigéria : géographie et santé

La République fédérale du Nigéria comporte plusieurs zones climatiques, allant de la mangrove humide du delta du Niger et de la forêt tropicale humide, dans le sud, aux steppes qui bordent le désert du Sahara le long de la frontière nord, en passant par la savane herbeuse.

Le profil sanitaire du pays reflète cette diversité écologique, par exemple :

- Epidémies périodiques de méningite cérébro-spinale se limitant à la zone où les précipitations annuelles varient entre 300 et 1 100 mm.
- Forme d'infection onchocercarienne typique de la savane, qui provoque une cécité partielle dans la partie nord du pays.
- Trypanosomiase et autres maladies transmises par un vecteur qui empêche l'élevage du bétail dans le sud -- cause contribuant à une carence protéo-calorique.
- Plian qui est répandu dans la zone de la forêt tropicale du sud.



Outre les différences qui résultent des divers milieux écologiques naturels, certaines activités humaines, en particulier les projets de développement de grande envergure, ont d'importantes conséquences sur la santé. Les modifications de l'écologie locale (lacs artificiels, aménagements hydro-agricoles et autres projets de génie agricole) et la pollution du sol, de l'eau et de l'air due à des installations industrielles et à des activités similaires peuvent avoir un effet profond sur les tendances épidémiologiques locales et contribuer, de ce fait, à la diversité au niveau de l'état de santé de la population dans les différentes parties du pays.

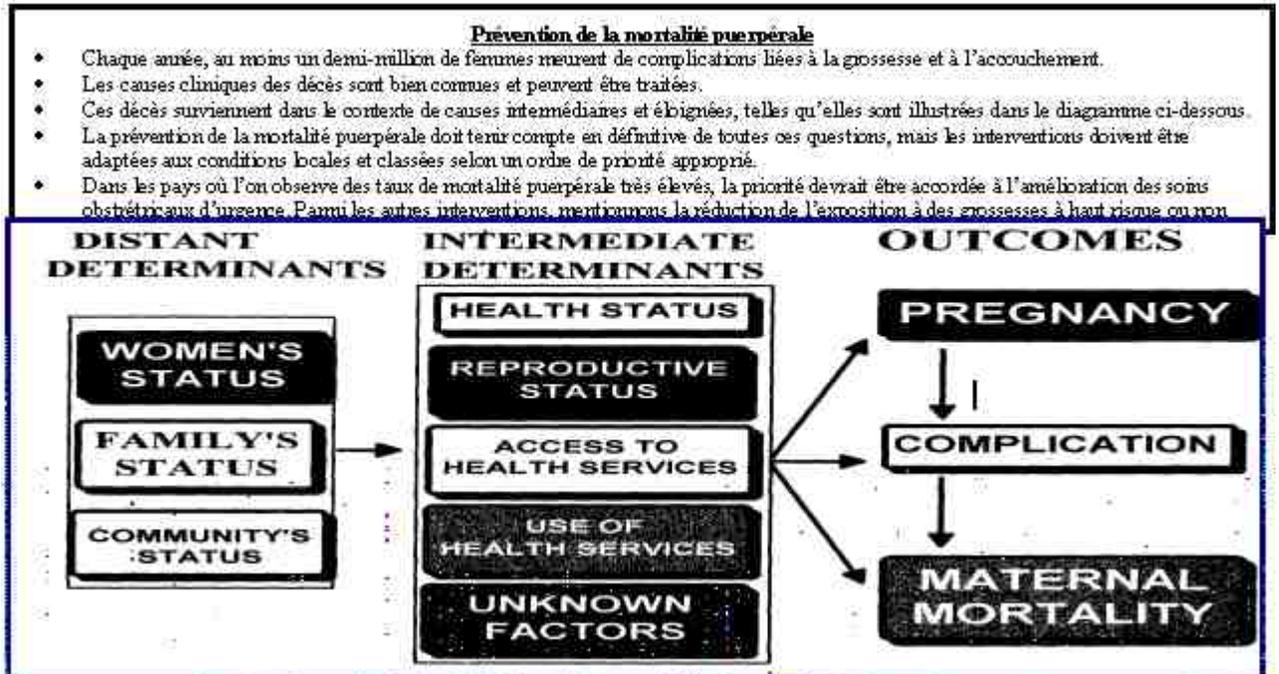
La diversité sociale et culturelle a également un effet sur les tendances dans la santé et les maladies. De plus, pour pouvoir fonctionner de façon optimale, le système de prestation des soins doit être adapté aux cultures locales.

Les variations au niveau des emplois, de l'âge au mariage et de la situation familiale, des croyances et pratiques religieuses, des habitudes alimentaires, de la consommation d'alcool et de l'usage du tabac et d'autres caractéristiques du mode de vie viennent également expliquer les écarts relevés sur le plan de l'état de santé. Dans un pays comme le Nigéria, les 200 groupes linguistiques représentent une grande diversité culturelle parmi les différents groupes ethniques. Dans les Amériques et en Australasie, soulignons le cas particulier des populations autochtones qui sont exclues jusqu'à un certain point des grands programmes de développement et de services. Dans leurs « réserves », ils représentent souvent des nations à l'intérieur d'autres nations, et leur profil sanitaire révèle souvent leur degré de marginalisation.

Variations démographiques : Les variations dans les profils sanitaires des collectivités s'expliquent en partie par les différences dans la répartition des populations selon l'âge et le sexe. Les pays développés connaissent une transition démographique en raison de la baisse du taux de natalité et de l'espérance de vie plus longue. La proportion de personnes âgées augmente de façon régulière depuis quelques décennies, ce qui a pour effet d'accroître la demande de services médicaux et sociaux. Les services de santé doivent s'adapter à cette transition démographique et, plus particulièrement, aux nouvelles tendances dans les besoins en matière de santé des populations vieillissantes. Des changements démographiques du même ordre se produisent dans les pays en développement.

Dans certains pays, les migrations internes sélectives faussent les profils démographiques, par exemple l'émigration généralisée des hommes adultes des collectivités rurales qui vont travailler dans des zones urbaines industrielles de leur pays ou des États environnants. Dans d'autres pays, les personnes retraitées s'installent dans des régions plus chaudes, par exemple la Floride aux États-Unis et Bornemouth au Royaume-Uni.

Encadré 2



Complexité

Les progrès techniques et scientifiques ont largement contribué à accroître la complexité des soins de santé. L'éventail de plus en plus grand de méthodes prophylactiques, diagnostiques et thérapeutiques exige une gamme de plus en plus grande de programmes spécifiques et de spécialistes, de nouvelles catégories d'employés de soutien ainsi qu'un équipement et une infrastructure de haute technologie. L'[encadré 2](#) illustre l'interaction complexe des facteurs médicaux et non médicaux qui contribuent à perpétuer les taux élevés de mortalité puerpérale observés dans les pays en développement. Il donne également une idée de l'ensemble des interventions requises pour réduire la mortalité puerpérale (McCarthy et Maine, 1992). On ne doit cependant pas s'en tenir aux interventions strictement médicales, car on prend maintenant de plus en plus conscience des effets importants de facteurs non médicaux sur la santé. La contribution directe du secteur de la santé ne suffit donc pas; il faut la compléter par une action intersectorielle, regroupant, par exemple, les secteurs suivants :

- agriculture (sécurité alimentaire et nutrition);
- éducation (en particulier l'éducation des femmes);
- services d'approvisionnement en eau et d'assainissement;
- main-d'œuvre et industrie (santé des travailleurs, pollution).

En raison de l'interaction complexe de facteurs médicaux et non médicaux dans la dynamique de la santé et des maladies, la conception et la gestion des programmes de santé doivent être basées sur une analyse critique. Plutôt que de se contenter d'interventions prédéterminées et standardisées, les autorités sanitaires régionales et locales devraient entreprendre des analyses critiques des besoins et des possibilités avant de planifier leurs services de santé.

Changement

Dans le cadre de la prestation des soins de santé, il faut constamment réagir aux changements qui surviennent dans la situation en matière de santé au niveau local, évaluer les nouvelles connaissances et techniques scientifiques, et en tirer profit. Vu que les problèmes de santé courants sont maîtrisés (maladies infantiles courantes et maladies transmissibles), le profil sanitaire dans les pays

industrialisés et dans les pays en développement les plus avancés est dominé par les maladies chroniques (cancers, maladies cardiovasculaires, diabète, etc.). Dans les pays les moins avancés, on observe un profil mixte qui se caractérise par la persistance de maladies infectieuses aggravées par la malnutrition et l'émergence de maladies chroniques, notamment chez l'élite urbaine (Frenk et coll., 1989). Il subsiste toutefois la menace constante de l'apparition de nouvelles infections et de la recrudescence de vieilles maladies qui étaient auparavant maîtrisées, comme en témoignent les exemples récents du VIH/sida et de la tuberculose (Institute of Medicine, 1992). Outre cette lente transition épidémiologique qui s'est produite sur une période relativement longue, des changements plus rapides surviennent sous la forme d'épidémies et d'autres problèmes graves, tels que les catastrophes naturelles (inondations, sécheresse, etc.). Ces changements ne se produisent ni de façon uniforme ni au même rythme dans les différentes parties du pays. La surveillance des tendances en matière de santé dans les collectivités locales permet d'obtenir de l'information utile pouvant aider les autorités sanitaires à mieux intervenir face aux changements dans un contexte local.

Modèles de décentralisation

Bien que l'idée de la décentralisation des services de santé ait fait son chemin au cours des dernières années, le modèle idéal de répartition des fonctions entre les différents niveaux de gouvernement ne fait pas l'unanimité. Certaines variations sont attribuables au type de gouvernement (fédéral ou unitaire); mais d'autres facteurs (tels que la taille du pays, les systèmes politiques, etc.) influent également sur les décisions relatives à la décentralisation [voir les exemples des pays européens (Diderichsen, 1999; Koivusalo, 1999; Pollock, 1999; Leys, 1999; Reverte-Cejudo, D. et Sanchez-Bayle, M., 1999) et du Canada (Armstrong et Armstrong, 1999)]. Dans le présent document, on analyse un modèle simple de gestion des services de santé à trois niveaux :

- soins de santé primaires par le biais de services communautaires et d'hôpitaux de premier recours locaux;
- services de coordination au niveau de la province ou de l'État dans certaines régions géographiques définies du pays; et
- ministère de la Santé, gouvernement central.

Dans cette section, on passera brièvement en revue les fonctions qui peuvent être déléguées aux gouvernements provinciaux et aux administrations locales ainsi que leurs relations entre eux et avec le gouvernement central.

Soins de santé primaires

La responsabilité des soins de santé communautaires est habituellement déléguée aux administrations locales ou municipales. Dans les pays développés, les soins de santé primaires sont fournis par un médecin, avec le soutien d'infirmières et d'autres membres du personnel paramédical. Le but est de fournir des soins de santé globaux et des services sociaux connexes par l'intermédiaire d'établissements communautaires et d'hôpitaux de premier recours. Dans les pays en développement, l'ensemble de services qui étaient fournis à ce niveau était appelé auparavant « services de santé de base ». Par la suite, ces services ont été classés selon huit éléments de soins de santé primaires, tels qu'ils ont été définis lors de la Conférence d'Alma-Ata (OMS, 1978) (tableau 1). Le modèle habituel prend la forme d'un réseau de services communautaires qui reçoivent un appui approprié d'hôpitaux de premier recours. Ces hôpitaux se chargent des problèmes difficiles dont ne peuvent s'occuper efficacement les centres de santé et autres établissements communautaires. Dans les pays les moins avancés, les infirmières et d'autres membres du personnel non médical jouent un rôle important dans les soins de santé primaires. Les fonctions assumées par le secteur public dépendent du degré de participation du secteur privé, qu'il s'agisse d'organisations à but lucratif ou sans but lucratif (organisations non gouvernementales). Indépendamment des particularités des services de soins primaires, deux questions se posent :

- Dans quelle mesure l'administration locale a-t-elle le pouvoir de définir les politiques et

stratégies locales en matière de soins de santé?

- Dans quelle mesure les collectivités participent-elles à la prise de décisions?

Les principaux organismes internationaux ont des points de vue très divergents sur la question de l'autonomie des autorités locales en matière d'organisation des services de santé. D'un côté, il y a l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et sa conception des soins de santé primaires. Comme le propose l'OMS, les soins de santé intégrés au niveau du district devraient inclure tous les fournisseurs de soins, tant publics que privés, et tous les systèmes de santé (modernes et traditionnels, conventionnels et non conventionnels). Le modèle préconisé définit le district comme la plus petite unité de planification des soins de santé, qui repose sur les services communautaires fournis par des centres de santé et d'autres établissements dispensant des soins ambulatoires, ainsi que par l'hôpital de premier recours (OMS, 1987). Le modèle de l'OMS est un modèle global, fondé sur la collaboration de tous les intéressés : le secteur public qui est représenté par l'administration locale, le secteur privé, c'est-à-dire les organisations à but lucratif et sans but lucratif, et des représentants dignes de foi de la société civile. L'OMS espère que le consensus qui résultera de l'interaction de ces intéressés aboutira à l'élaboration de programmes de santé réalistes qui seront adaptés à la culture, qui seront durables et qui pourront croître et s'étendre au fur et à mesure que la collectivité se développera.

Tableau 1: Éléments des soins de santé primaires

| Élément | Commentaire |
|---|---|
| 1. Éducation | Concernant les problèmes de santé courants et les méthodes visant à les prévenir. |
| 2. Approvisionnement alimentaire suffisant et bonne alimentation | Les aliments devraient être fournis en quantités suffisantes, être abordables et contenir une proportion équilibrée d'éléments nutritifs. |
| 3. Approvisionnement suffisant en eau potable et système d'assainissement de base | Approvisionnement sûr et suffisant en eau et élimination des déchets selon des critères hygiéniques. |
| 4. Soins de santé pour la mère et l'enfant, y compris planification familiale | Attention spéciale accordée aux besoins des groupes mal desservis au sein de la population. |
| 5. Immunisation contre les principales maladies infectieuses | Faire en sorte que les programmes d'immunisation fournissent une couverture universelle. |
| 6. Prévention des maladies endémiques au niveau local | Recours à des mesures appropriées, y compris contrôle des vecteurs et des réservoirs animaux. |
| 7. Traitement approprié des maladies et blessures courantes | Traitement curatif des maladies et blessures courantes, y compris problèmes de santé mentale. |
| 8. Distribution des médicaments essentiels | Veiller à ce que les médicaments essentiels soient disponibles et abordables. |

D'un autre côté, selon certains critiques, l'approche de l'OMS est trop vaste et, par conséquent, irréaliste. Ils proposent à la place des « soins de santé primaires sélectifs », c'est-à-dire une stratégie visant à fournir un nombre limité d'interventions dont l'efficacité et la rentabilité ont été prouvées, par exemple la vaccination et la pharmacothérapie de masse dans le cas d'infections endémiques (Walsh et Warren, 1979; Warren, 1988). Au lieu d'accorder aux autorités locales le droit de définir les priorités et stratégies à leur niveau, on les obligerait à se conformer à un programme national établi par le gouvernement central, qui engloberait une liste limitée d'interventions bien définies et rentables. Des soins de santé primaires sélectifs risqueraient de recréer simplement des programmes verticaux dans le cadre desquels les praticiens dans le domaine n'auraient qu'à effectuer à l'aveuglette des interventions standardisées. Un compromis acceptable consisterait à se servir du programme GOBI-FFF (1) de l'UNICEF, et de programmes cliniques et de santé publique comme composantes de base des soins de santé primaires.

Autorités provinciales ou d'État

Dans les États fédéraux, la responsabilité des services de santé est habituellement déléguée aux

autorités provinciales qui servent d'intermédiaires entre le gouvernement central et les autorités sanitaires locales. Les autorités provinciales élaborent des politiques et des programmes régionaux dans le contexte des politiques et des plans nationaux généraux. Elles appuient, supervisent et coordonnent les services de santé locaux et fournissent des services, tels que ceux d'hôpitaux spécialisés, qui ne peuvent être mis en oeuvre dans certaines administrations locales. Encore une fois, il convient de se demander dans quelle mesure les autorités provinciales peuvent concevoir de façon autonome les services et comment elles établissent un rapport avec le secteur privé et la société civile pour élaborer leurs stratégies et leurs plans.

Gouvernement central

Dans le cadre de services de santé décentralisés, le gouvernement central conserve certaines fonctions clés pouvant comprendre les suivantes :

- établissement des objectifs nationaux;
- prestation de services ultra-spécialisés, y compris la recherche;
- surveillance nationale des maladies;
- intervention d'urgence en cas de catastrophes naturelles et d'épidémies importantes;
- établissement de normes;
- relations internationales;
- homologation des médicaments;
- agrément des programmes de formation.

Des protocoles définissent les relations officielles des diverses autorités sanitaires. Toutefois, les interactions devraient idéalement témoigner d'une collaboration à l'égard de l'atteinte de l'objectif commun.

Conditions essentielles à la décentralisation

La décentralisation est une caractéristique commune de la réforme que de nombreux pays ont actuellement entreprise. La réforme peut inclure d'autres éléments tels que divers changements structuraux, de nouveaux mécanismes de financement des soins, la redéfinition des relations avec le secteur privé et d'autres changements en profondeur. La structure des services décentralisés comporte bien des différences. Cependant, abstraction faite de détails précis, certaines questions importantes doivent être examinées :

- autonomie
- ressources financières
- ressources professionnelles et techniques
- système d'information
- autres secteurs liés à la santé
- relations avec les autres fournisseurs de soins

Autonomie

Le degré d'autonomie dont jouissent les services transférés varie beaucoup d'un pays à l'autre. Dans les États fédéraux, l'autorité constitutionnelle peut accorder aux gouvernements provinciaux une plus grande autonomie que celle qui est accordée aux autorités sanitaires régionales dans les États unitaires. Dans ces États, les autorités sanitaires provinciales et locales assument généralement la responsabilité de mettre en oeuvre des services sous la direction du gouvernement central tout en disposant de peu de pouvoir pour apporter des changements aux programmes.

Ressources financières

La décentralisation des services de santé s'accompagne normalement d'un transfert de ressources du

gouvernemental central aux autorités périphériques. Les subventions du gouvernement central peuvent représenter la majeure partie des ressources dont disposent les autorités sanitaires locales. Certaines autorités sanitaires complètent les fonds centraux par des recettes provenant de taxes locales et de frais d'utilisation. En général, les autorités locales qui peuvent réunir des fonds en imposant des taxes et en conservant les recettes provenant des frais d'utilisation ont tendance à jouir d'une plus grande autonomie au niveau de la prise de décisions et de l'adaptation des politiques de santé aux besoins locaux.

Systemes d'information

Une information à jour est un outil essentiel pour la gestion des services de santé. Elle permet de déterminer les besoins, de concevoir les services et de surveiller le rendement ainsi que les changements dans l'état de santé. Idéalement, les données devraient être désagrégées non seulement selon les indicateurs démographiques types (âge, sexe, état civil), mais également selon des variables pouvant être pertinentes au niveau local (p. ex., groupe ethnique, race, religion, etc.).

Ressources professionnelles et techniques

Les ressources professionnelles et techniques locales sont un élément important des systèmes de santé décentralisés. Pour que les services transférés fonctionnent efficacement, les autorités sanitaires périphériques doivent disposer de ressources appropriées afin de planifier, mettre en oeuvre et surveiller les services. En particulier, elles doivent pouvoir être en mesure de rassembler et d'analyser des données pertinentes qui serviront de base à la planification et à la surveillance.

Les pays industrialisés dont les autorités locales sont en place depuis longtemps disposent souvent d'une telle expertise, ce qui n'est pas le cas de nombreux pays en développement qui ont entamé un processus visant à se donner de tels moyens. De toute façon, même dans les pays les plus avancés, on a parfois besoin des ressources des autorités régionales et du gouvernement central pour combler les lacunes au niveau local.

Autres secteurs liés à la santé

Une action intersectorielle s'impose compte tenu des effets bien connus des facteurs socioéconomiques et environnementaux sur la santé. Les politiques nationales dans des secteurs comme l'éducation, l'agriculture, l'aide sociale et l'environnement se concrétisent par des mesures prises par les autorités provinciales et locales. La décentralisation de ces secteurs connexes faciliterait l'interaction avec le secteur de la santé. Le [tableau 3](#) donne un aperçu des pouvoirs transférés aux assemblées régionales qui ont récemment été créées au Royaume-Uni.

Tableau 3 : Pouvoirs des nouvelles assemblées écossaises et galloises

| Pouvoirs | Ecosse | Pays de Galles |
|---|---------------|-----------------------|
| Santé | Oui | Oui |
| Éducation et formation | Oui | Oui |
| Administration locale, travail social et logement | Oui | Oui |
| Développement économique et transport | Oui | Oui |
| Lois et affaires intérieures | Oui | Non |
| Environnement | Oui | Oui |
| Agriculture, pêches et forêts | Oui | Oui |
| Sports et arts | Oui | Oui |
| Recherche et statistiques | Oui | Non |

(Source : Pollock, 1999)

Relations avec d'autres fournisseurs de soins de santé

En plus du secteur public, d'autres organisations fournissent des soins de santé : des organismes privés à but lucratif et sans but lucratif. Dans les pays en développement, les guérisseurs traditionnels jouent encore un rôle prépondérant dans ce domaine. Dans les pays industrialisés, le rôle des praticiens des médecines douces croît de plus en plus. Les services de santé locaux ont un lien hiérarchique avec les autorités régionales et centrales qui fournissent un appui en complétant les ressources locales afin qu'elles puissent s'occuper des urgences et des interventions à long terme. Ces services doivent entretenir des rapports de consultation avec d'autres autorités sanitaires locales, en particulier celles qui desservent les régions avoisinantes. En partageant leur information et leur expérience, les services locaux peuvent consolider leurs programmes; de même, en partageant des ressources, ils peuvent réaliser des économies d'échelle.

Promotion de l'équité dans les services de santé décentralisés

« Les inégalités flagrantes dans la situation sanitaire des peuples, aussi bien entre pays développés et pays en développement qu'à l'intérieur même des pays, sont politiquement, socialement et économiquement inacceptables et constituent de ce fait un sujet de préoccupation commun à tous les pays. »
Déclaration d'Alma-Ata, OMS (1978)

Le sens du terme « équité »

Bien que, dans le contexte de la santé, l'équité soit intuitivement associée à la notion de justice, ce terme est utilisé pour traduire des concepts connexes mais non identiques. Les différentes définitions se rattachent à trois questions principales :

- état de santé
- répartition des ressources
- accès aux services et utilisation des services

État de santé : Les inégalités au niveau de l'état de santé sont un phénomène répandu, et elles sont considérées comme une preuve suffisante, à première vue, des inégalités dans le système de soins de santé (Murray, 1999). On observe des inégalités importantes dans l'état de santé, même dans les pays industrialisés les mieux nantis, où il existe depuis longtemps des services de santé nationaux conçus pour assurer une couverture universelle. Par exemple, le National Health Service a été mis sur pied au Royaume-Uni il y a 50 ans; pourtant, d'importantes inégalités dans l'état de santé persistent dans les différentes régions du pays ([tableau 2](#)) (Black et coll., 1999; Pollock, 1999). On observe généralement une forte association entre, d'une part, un état de santé médiocre, tel que défini par des indicateurs comme l'espérance de vie, l'incidence de maladies et blessures aiguës et la prévalence de maladies et invalidités chroniques, et, d'autre part, la pauvreté et d'autres indicateurs de privation sociale (Kennedy et coll., 1996; Whitehead, 1999). Le sous-groupe qui jouit du niveau de santé le plus élevé représente l'objectif à atteindre.

Tableau 2 : Certains indicateurs de la pauvreté et d'une mauvaise santé au Royaume-Uni

| Nation | Produit intérieur brut (£/habitant) 1995 | Chômage % | Taux de mortalité par 100 000 h | | | | |
|-----------------|--|-----------|---------------------------------|------------------|--------|----------------|---------------|
| | | | Toutes les causes | Cancer du poumon | | Cancer du sein | Cancer du col |
| | | | | Hommes | Femmes | | |
| Angleterre | 10 324 | 6,9 | 1 041 | 77 | 42 | 61 | 6,5 |
| Pays de Galles | 8 440 | 8,4 | 1 096 | 74 | 39 | 61 | 6,8 |
| Écosse | 9 873 | 8,5 | 1 212 | 103 | 64 | 63 | 7,3 |
| Irlande du Nord | 8 410 | 7,5 | 1 142 | 81 | 40 | 59 | 3,3 |

(Source : Pollock 1999)

Répartition des ressources : Le concept d'équité s'applique aussi à la répartition des ressources entre les différents segments de la population. Dans une optique morale et éthique, l'équité en matière de répartition vise à partager les ressources publiques de façon juste (Taipale, 1999). La formule la plus simple consisterait en une répartition uniforme par habitant. Néanmoins, s'il existe déjà des écarts importants au niveau de l'état de santé, une répartition égale aurait tendance à perpétuer ces inégalités. Certains observateurs attirent l'attention sur la fonction de redistribution de l'État, qui consiste à retirer des ressources aux plus nantis pour les redistribuer aux personnes et familles à faible revenu afin de combler leurs besoins; c'est ce qu'on appelle l'« équité verticale ».

Accès et utilisation : L'équité signifie aussi, dans un autre ordre d'idée, que l'égalité des chances de recevoir des soins devrait être offerte à tous. Selon le principe de ce qu'on appelle l'« égalité horizontale », des personnes qui se trouvent dans des situations semblables devraient être traitées de la même manière. Dans la pratique, le but consiste à assurer l'égalité d'accès. L'accès est souvent défini en fonction de la disponibilité des services et de leur couverture géographique; cependant, l'expérience montre que l'accès potentiel (c.-à-d. services offerts à l'intérieur d'une région géographique) ne correspond pas nécessairement à l'accès réel mesuré en fonction de l'utilisation des services.

On observe souvent, dans la répartition géographique des établissements de santé, des disparités marquées entre les régions, entre les zones urbaines et les zones rurales, entre les zones rurales, et à l'intérieur des zones urbaines (Phillips, 1990). Pour mesurer les disparités, on utilise les ratios différentiels du nombre de personnes par établissement (lits d'hôpital, infirmières et médecins). La distribution des centres de santé et d'autres établissements par rapport à la population (distance que les gens doivent parcourir pour s'y rendre) sert également à indiquer la répartition inégale des ressources. Dans certains pays industrialisés, la distribution de tels établissements de base est encore pertinente (Knapp et coll., 1999), mais la disponibilité de services spécialisés peut être encore plus appropriée (Adam et coll., 1998).

Le lien entre la décentralisation et l'équité n'est pas automatique. Des inégalités peuvent être observées tant dans les services décentralisés que dans les services gérés par le gouvernement central. Des cas extrêmes d'inégalités ont été relevés dans des systèmes décentralisés, comme par exemple en Afrique du Sud, durant l'apartheid, lorsque l'élite blanche avait accès à la plupart des soins de santé modernes et de haute qualité qui étaient comparables à ceux offerts dans la majorité des pays industrialisés nantis. Par ailleurs, les services décentralisés dans le Bantoustan étaient de bien plus piètre qualité que ceux qui étaient fournis dans les pays les moins avancés (Reid et Giddy, 1998).

L'optimisation de l'équité dans les services décentralisés exige que l'on porte attention à plusieurs questions importantes, à savoir les suivantes :

1. Engagement politique
2. Formulation des politiques

3. Répartition des ressources
4. Action intersectorielle
5. Participation de la collectivité
6. Système d'information
7. Surveillance de l'équité

Engagement politique

L'engagement politique du gouvernement est essentiel à la promotion de l'équité dans le domaine de la santé. L'objectif de l'équité en matière de santé cadre bien avec la philosophie politique des États-providence qui ont pour but évident d'offrir une couverture universelle prévoyant des soins de santé complets pour l'ensemble de la population « du berceau à la tombe ». Dans de tels pays, la question n'est pas de savoir si l'État devrait appliquer le principe de l'équité à la santé, mais plutôt comment atteindre cet objectif dans la pratique. La situation est plus complexe lorsque la scène politique est dominée par une idéologie de marché libre, l'entrepreneuriat individuel et les forces du marché. L'[encadré 3](#) illustre les approches différentes adoptées par deux gouvernements britanniques pour résoudre le problème des inégalités dans l'état de santé.

Encadré 3

Inégalités sur le plan de l'état de santé : l'exemple britannique.

Au cours des deux dernières décennies, les autorités britanniques ont fait faire deux études importantes sur les inégalités dans le domaine de la santé. Ces études sont les suivantes :

1. **Le rapport Black :** [TRADUCTION] « Il y a vingt ans, le secrétaire d'État aux services sociaux du dernier gouvernement travailliste a nommé Sir Douglas Black à la présidence d'un groupe de travail chargé d'examiner l'information sur des inégalités dans le domaine de la santé et de proposer des politiques et des recherches à la suite de cet examen. » Publié en 1980, ce rapport a attiré l'attention sur les inégalités en matière de santé au Royaume-Uni et sur leurs déterminants. Les auteurs du rapport ont formulé des recommandations d'une grande portée mettant l'accent sur le soulagement de la pauvreté [TRADUCTION] « Le rapport a été accueilli froidement par le nouveau gouvernement conservateur. » (George Davey Smith, Jeremy N. Morris et Mary Shaw, *BMJ* 1998;317:1465-1466 (23 novembre))
2. **Le rapport Acheson :** [TRADUCTION] « Le rapport Acheson de 1998 fait écho aux conclusions du rapport Black de 1980 selon lesquelles les inégalités sur le plan de la santé s'accroissent de façon régulière et les différences au niveau des difficultés matérielles constituent l'une des principales causes de cette tendance. » Le groupe Acheson fait valoir l'importance d'adopter des politiques qui « augmentent le revenu des plus pauvres ». Le gouvernement travailliste actuel, dirigé par Tony Blair, oriente ses réformes sociales et économiques en se fondant sur les recommandations du rapport Acheson.

Department of Health and Social Security. Inequalities in health: report of a research working group. London: DHSS, 1980 (rapport Black).

Report of the independent inquiry into inequalities in health. London: Stationery Office, 1998.

L'engagement politique est également indispensable pour corriger des inégalités qui résultent de la discrimination fondée sur le sexe, la race, le groupe ethnique et la religion. Les inégalités au niveau de l'état de santé témoignent de la marginalisation des groupes défavorisés. La probabilité de mourir entre l'âge de 16 et 60 ans est deux fois plus élevée chez les Américains de race noire que chez les Américains de race blanche (Murray, 1990) (voir [tableau 4](#)). Une analyse plus récente des données des États-Unis révèle des écarts importants dans la mortalité et la longévité selon le sexe, la race, la richesse et le lieu géographique (Murray et coll., 1998).

Tableau 4 : Probabilité de décès entre 15 ans et de 60 ans (pourcentage)

| GROUPE | HOMMES | FEMMES |
|----------------------------|--------|--------|
| Américains de race blanche | 16 | 9 |
| Américains de race noire | 30,3 | 16 |
| Japonais | 11 | 5,6 |

La situation critique des populations autochtones dans les Amériques et en Australasie est un cas particulier. L'engagement à l'égard de la promotion d'un statut socio-économique et politique égal pour les populations autochtones diffère grandement d'un gouvernement national à l'autre. Dans les cas extrêmes, l'érosion des droits fondamentaux de ces populations frisent le génocide.

En Australie, les travailleurs de la santé se préoccupent beaucoup du piètre état de santé des aborigènes. Des études et des analyses ont été entreprises dans le but d'améliorer la situation (Gracey, 1998; Leeder, 1998; Mooney et Wiseman, 1998; Morgan et Allen, 1998; Rousham et Gracey, 1998).

[TRADUCTION]

« Les taux de mortalité toutes causes confondues chez les Maoris de Nouvelle-Zélande et les Autochtones d'Amérique ont considérablement chuté depuis le début des années 70. Des taux de mortalité comparables chez les aborigènes d'Australie et les insulaires du détroit de Torres, en 1990-1994, étaient équivalents ou supérieurs aux taux observés vingt ans plus tôt chez les Maoris et les Autochtones d'Amérique, c'est-à-dire 1,9 fois supérieurs au taux de mortalité relevé chez les Maoris, 2,4 fois supérieurs à celui relevé chez les Autochtones d'Amérique, et 3,2 fois supérieurs à celui relevé chez tous les Australiens. (Ring et Firman, 1998) »

2. Formulation des politiques

Lorsqu'on étudie des options stratégiques, il serait bon d'examiner d'un oeil critique les répercussions attendues de l'option choisie sur l'équité et de mettre en place des mécanismes de mesures de ces répercussions sur la santé. La formulation des politiques en matière de santé doit tenir compte de diverses contraintes, dont les demandes croissantes des populations à l'égard d'un plus grand nombre de services, la volonté d'améliorer au maximum la santé des populations desservies et la nécessité de limiter les coûts. Les réformes dans le secteur de la santé visent à améliorer l'efficacité, l'efficacités, la rentabilité et l'équité. Il n'est pas toujours facile de concilier ces objectifs. Par exemple, la prestation de soins aux populations vivant dans des régions éloignées est relativement coûteuse et est moins rentable que les services offerts dans les zones urbaines où la population est dense. Toutefois, par soucis d'équité, les services de santé devraient être offerts aux populations mal desservies même dans les collectivités éloignées.

Il convient également de se pencher sur les répercussions des politiques macro-économiques sur la santé. Par exemple, sous la pression d'organismes de financement internationaux, certains pays en développement ont mis en place des programmes d'ajustement structurels, et diminué de façon marquée l'investissement public dans la santé et les autres secteurs sociaux. L'UNICEF et d'autres organismes ont attiré l'attention sur les conséquences négatives du PAS sur la santé des enfants.

On reconnaît de plus en plus le rôle de la recherche sur les politiques et les systèmes de santé qui vise à déterminer et à résoudre les problèmes concernant la planification et le fonctionnement des services de santé. Le Forum mondial sur la recherche en matière de santé, une nouvelle organisation indépendante, se concentre notamment sur la promotion de la recherche en santé, et plus particulièrement sur les problèmes qui touchent les pauvres. L'une des initiatives du Forum est l'Alliance for Health Policy and Systems Research (OMS, 1996; Forum mondial, 1999).

3. Répartition des ressources

L'un des concepts de l'équité veut que le gouvernement répartisse les ressources financières de façon

juste dans l'ensemble de la population. En se fondant sur la constitution et les ententes politiques, les gouvernements se servent de formules pour calculer l'affectation des subventions aux gouvernements provinciaux et aux administrations locales. Or, il peut falloir modifier une formule démographique qui consiste simplement à répartir les fonds en fonction de la taille de la population, de manière à tenir compte des besoins spéciaux de régions particulières. Si on ne le fait pas, la répartition uniforme des fonds peut avoir tendance à perpétuer les inégalités. Une autre source d'inégalité est la mesure dans laquelle chaque gouvernement ou administration peut réunir des fonds supplémentaires en imposant des taxes et en prélevant des frais d'utilisation. Encore une fois, le fait que les régions les plus nanties soient en mesure de réunir beaucoup plus de fonds que les régions plus pauvres a tendance à élargir l'écart au niveau de la quantité et de la qualité des soins de santé. L'imposition de frais d'utilisation est une question qui soulève la controverse. Les défenseurs de cette politique soutiennent qu'il s'agit d'une mesure progressiste qui favorise l'équité. Leurs analyses permettent de croire que le secteur public peut tirer des recettes supplémentaires des clients qui veulent et peuvent payer. Les recettes supplémentaires peuvent servir à améliorer la qualité des services et à subventionner les services fournis aux pauvres qui sont exemptés de payer (Banque mondiale, 1994; Shaw et Griffin, 1995). À propos de la baisse d'utilisation des services attribuable à l'imposition de frais d'utilisation, certains observateurs font remarquer qu'une telle politique est rétrograde car elle accentue l'écart entre les riches et les pauvres (Ekwempu et coll., 1990).

Dans le cadre du budget de la santé, la répartition des ressources selon les besoins de divers groupes de la collectivité représente une tâche complexe. Avec des ressources restreintes, même les nations les mieux nanties doivent accepter de limiter les services que le secteur public peut offrir. Par conséquent, le rationnement est une caractéristique inévitable de la planification de la santé. Par souci d'équité et de justice sociale, si des économies doivent être réalisées, le fardeau doit être partagé équitablement entre les divers secteurs de la collectivité. Une évaluation quantitative du fardeau de la maladie et de la rentabilité des diverses interventions aide à rationaliser le choix des priorités (Murray, 1994a, b, c; Hyder, 1998). Mais il arrive un moment où les choix deviennent difficiles et ne peuvent être faits uniquement en se basant sur des mesures objectives. À ce stade, le débat doit porter sur les considérations philosophiques et éthiques entourant la valeur de la vie humaine (Morrow et Bryant, 1995).

4. Action intersectorielle

Les effets profonds des conditions socio-économiques sur la santé sont un fait largement reconnu. La stratification sociale, quelle que soit la définition qu'on en donne, est également un important facteur de risque pour la santé, puisqu'elle est l'indice des effets combinés du revenu, de l'éducation et de la culture. Partout, on observe un lien entre la pauvreté et une mauvaise santé : « Les pauvres meurent jeunes. » Dans les pays développés, non seulement les pauvres sont exposés à un risque plus élevé de maladies affectant plus particulièrement leur classe sociale, mais également ils souffrent de problèmes de santé liés au mode de vie qui sont répandus dans les collectivités vivant dans l'aisance - - cancer, coronaropathies, etc. De plus, dans bon nombre de pays, l'accent étant mis de plus en plus sur l'économie de marché, l'écart entre les riches et les pauvres s'accroît. Bien qu'une amélioration de la quantité et de la qualité des soins s'impose, elle ne suffira pas à corriger et à prévenir les inégalités sur le plan de l'état de santé associées à la pauvreté et à la privation sociale.

La discrimination à l'égard des femmes est un phénomène mondial, mais son intensité varie d'un pays à l'autre. Ce phénomène s'étend sur l'ensemble du cycle de vie, allant de l'avortement sélectif aux écarts salariaux, en passant par la discrimination au niveau de la qualité des soins fournis aux bébés et aux enfants et l'accès à l'éducation. Les pratiques discriminatoires ont des effets directs et indirects sur la santé des femmes. Elles sont souvent un facteur sous-jacent ou aggravant de la fréquence, de la gravité et de l'issue de certains problèmes de santé particuliers. Par exemple, la pauvreté est une cause fréquente de malnutrition chez les femmes dans certaines parties du monde. Non seulement elle prédispose les femmes à l'anémie et à d'autres problèmes de santé, mais encore elle limite leur accès aux soins de santé. On observe souvent un lien entre l'éducation des femmes et les divers indicateurs

de santé pour elles et leurs enfants (Cleland et Van Ginneken, 1989; Harrison, 1997).

Afin d'éliminer les inégalités sur le plan de l'état de santé, il faut adopter une approche à trois volets :

- élaborer des politiques et des programmes qui soulageront la pauvreté et la privation sociale;
- faire en sorte que les besoins essentiels des gens soient comblés pour leur permettre de conserver une bonne santé - - nourriture, système sûr et approprié d'approvisionnement en eau, système d'assainissement et logements;
- donner accès à des soins de santé abordables.

Le secteur de la santé doit montrer la voie en mobilisant l'action intersectorielle afin d'atteindre ces trois objectifs.

5. Participation de la collectivité

Les services de santé décentralisés doivent concevoir des mécanismes permettant d'obtenir des opinions éclairées de l'ensemble de la collectivité par l'intermédiaire de représentants dignes de foi de la société civile. S'il est fortement recommandé de faire participer les collectivités à la prise de décisions influant sur les soins de santé qui leur sont offerts, dans la pratique, ce principe est souvent difficile à appliquer. Même dans les pays développés, les collectivités sont souvent incapables de participer efficacement au processus décisionnel, et ce, pour différentes raisons :

- il arrive que les autorités ne les consultent pas;
- il leur manque des renseignements pertinents;
- la société civile n'est pas toujours bien organisée.

Manque de consultation : Les autorités sanitaires prennent souvent des décisions importantes quant aux soins de santé, sans procéder à une consultation minimale du public. Les décisions quant aux priorités en matière de répartition des ressources sont souvent prises sans que les collectivités clientes y participent en toute connaissance de cause.

Manque d'information : Il arrive fréquemment que le public ne soit pas suffisamment informé pour pouvoir se faire une juste opinion des questions liées aux soins de santé. Cette lacune s'explique souvent par le fait que les renseignements techniques et leur importance ne sont pas présentés dans un langage clair pour le profane. Parfois, des représentants du gouvernement suppriment délibérément une partie de l'information. Par exemple, ils ont tendance à cacher de l'information sur les éclosions de maladies infectieuses (choléra, « maladie de la vache folle » (EBS), intoxication par la dioxine, etc.). Certains gouvernements invoquent les lois sur les secrets officiels ainsi que les droits souverains et la sécurité nationale pour justifier la suppression d'information sur la santé. L'accès à l'information dans ce domaine devrait être reconnu en tant que droit de la personne (Lucas, 1992).

Manque d'organisation de la société civile : Même dans les pays développés, où le public non spécialiste est relativement bien informé, la société civile est mal organisée en ce qui a trait aux questions de santé. La majeure partie de l'information communiquée au public au sujet de la santé est orchestrée par des groupes de pression à revendications spéciales et des articles à sensation dans les tabloïdes. Dans les sociétés modernes, divers groupes spéciaux surveillent de façon générale les questions qui les intéressent particulièrement (p. ex.s ressources économiques pour garantir certains résultats pédagogiques. Cela ne veut pas dire qu'il doit s'ériger en monopole et imposer une idéologie centralisatrice exclusive pour réunir les cinq conditions mentionnées. Des modèles hybrides d'élaboration de politique éducative pourraient être une bonne stratégie (Braslavsky, 1999).

Quoi qu'il en soit, cet aperçu nous conduit à préconiser une transformation dans notre recherche de solutions nouvelles pour une éducation associant qualité et équité. Comme Michel Fiol, spécialiste reconnu de la gestion des organisations, l'a récemment déclaré, nous les Occidentaux avons tendance à penser dans une logique du soit/soit. Dans la pratique, cela signifie que nous nous sentons contraints

de choisir l'une de deux options que nous considérons comme antagonistes et d'exclure l'autre de notre champ de vision. Soit nous décentralisons, soit nous centralisons; et si certains aspects doivent être décentralisés alors que d'autres sont centralisés, nous y voyons une contradiction interne. Mais en réalité ce type de raisonnement nous fait confondre les moyens avec les fins. La décentralisation ou la centralisation sont des moyens et ne doivent pas être considérées comme des fins en soi. En revanche, l'équité est une fin en soi. Les peuples ont tous le même droit d'exister, et les services éducatifs sont là pour contribuer à garantir ce droit.

BIBLIOGRAPHIE

Avenarius, H. (1999), "La autoadministración escolar. Límites y posibilidades", dans Munin, H. (comp.), La autonomía de la escuela: ¿libertad y equidad?. Un recorrido por la discusión alemana de los años noventa, ed. Aique, Buenos Aires.

Baudelot, Ch. and R. Establet (1989). Le niveau monte. Réfutation d'une vieille idée concernant la prétendue décadence de nos écoles, L'Épreuve des Faits/Seuil, Paris.

Bildungskommission, NRW (1995). Schule der Zukunft. Zukunft der Schule, Bochum.

Braslavsky, C. (1993). Autonomía y anomia en la educación pública argentina. FLACSO. Buenos Aires (Serie Documentos e Informes de Investigación No. 142).

Braslavsky, C. (1993). "Una función para la escuela: formar sujetos activos en la construcción de su identidad y de la identidad nacional", dans Filmus, D. (comp.). Para qué sirve la escuela, ed. Tesis-Norma, Buenos Aires.

Braslavsky, C. (1999). "Estudios de casos sobre la reforma de la gestión en América latina", dans UNESCO, La gestión: en busca del sujeto, Santiago, Chile.

Braslavsky, C., N. Gluz et M. Calvo (1999). "Realidades y mitos de la autogestión: apuntes sobre su impacto en los aprendizajes", Document présenté lors du troisième Congrès international sur la gestion de l'éducation, Université General San Martín, Argentine.

Caldwell, B. (1997). "Local management of schools and improved outcomes for students". Communications au congrès annuel de l'Association américaine de recherche sur l'éducation, Chicago, 24-29 mars.

Carnoy, M. et P. McEwan (1997). "Public investments or private schools? A reconstruction of educational improvements in Chile", Stanford University.

Cosse, G. (1999). "La propuesta del voucher educativo: ¿una nueva panacea para América latina?", dans FLACSO, Propuesta Educativa, N° 20, Buenos Aires (sous presse).

Cox, C. et al. (1995). "Calidad y equidad de la educación media en Chile: rezagos estructurales y criterios emergentes", dans CEPAL, Políticas sociales, N° 8, Santiago, Chile.

Espínola, V. (1993). "La descentralización educativa en Chile: continuidad y cambio de un proceso de modernización". Document présenté lors du Séminaire international sur la déconcentration et la décentralisation de l'éducation, Asunción, Paraguay.

Fernández-Soria, J. M. (1996). "Descentralización y participación de los padres y las madres en el sistema educativo", dans Pereyra M. A. (op. cit.).

Gerstner, L. V. et al. (1996). Reinventando la educación, Ed. Paidós, Espagne.

Jonathan, R. (1997). Illusory Freedoms, Blackwell Publishers, États-Unis.

Llach, J. (1997). Otro siglo, otra Argentina, Ariel, Buenos Aires.

Mattos, de, C. A. (1989). "La descentralización: ¿una nueva panacea para enfrentar el subdesarrollo regional?", dans Revista Paraguaya de Sociología, Vol. 26, N° 74, Asunción.

Munín, H. (1999) (comp.). La autonomía de la escuela: ¿libertad y equidad?. Un recorrido por la discusión alemana de los años noventa, ed. Aique, Buenos Aires.

Ortiz, R. (1998). Otro territorio, Convenio Andrés Bello, Bogotá.

Pereyra, M.A. et al. (1996). Globalización y descentralización de los sistemas educativos. Fundamentos para un nuevo programa de la educaci&oantersectorielle, la participation efficace de la collectivité, les systèmes d'information, et les mécanismes de surveillance et d'évaluation.

NOTES

1. Surveillance de la croissance, réhydratation, allaitement maternel, vaccination, espacement des naissances, éducation des femmes et sécurité alimentaire pour les femmes enceintes.

BIBLIOGRAPHIE

- ADAM, D.J., BAIN, M., SHANKS, E. et BRADBURY, A.W. (1998) "Geographical inequality in the provision of carotid endarterectomy in Scotland. Scottish Vascular Audit Group." British Journal of Surgery. 85(8):1075
- ARMSTRONG, P., ARMSTRONG, H. (1999) Brit. Med. Journ. "Decentralised health care in Canada" 318:1201-1204
- BLACK, D., MORRIS, J.N., SMITH, C. et TOWNSEND, P. (1998) "Better benefits for health: plan to implement the central recommendation of the Acheson report" Brit. Med. Journ. ;318:724-727
- CLELAND, J. et VAN GINNEKEN, J. (1989) "Maternal schooling and childhood mortality" Journ. Of Biosocial Science. Suppl. 10: 13-34
- DAWSON, J.J., DEVADATTA, S., FOX, W., RADHAKRISHNA, S., RAMAKRISHNAN, C.V., SOMASUNDARAM, P.R., STOTT, H., TRIPATHY, S.P., VELU, S. "A 5-year study of patients with pulmonary tuberculosis in a concurrent comparison of home and sanatorium treatment for one year with Isoniazid plus PAS." Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé. 34(4):533-51, 1966.
- DEPARTMENT OF HEALTH AND SOCIAL SECURITY (1980). "Inequalities in health: report of a research working group." London: DHSS ,
- DIDERICHSEN, F. (1999) "Devolution in Swedish health care: Local government isn't powerful enough to control costs and stop privatisation" Brit. Med. Journ. 318:1156-7
- EKWEMPU, C.C., MAINE, D., OLORUKOBA, M.B., ESSIEN, E.S. et KISSEKA, M.N. (1990) Structural adjustment and health in Africa. Lancet. 336:56-7
- FRENK, J., BOBADILLA, J.-I., SEPULVEDA, J., et LOPEZ-CERVANTES, M. (1989) "Health transition in middle-income countries: new challenges for health care". Health Policy and Planning 4:29-39
- GLOBAL FORUM FOR HEALTH RESEARCH (1999) "The 10/90 Report on Health Research." Global Forum For Health Research, Genève, Suisse.
- GRACEY, M. (1998) "Australian Aboriginal child health" Annals of Tropical Paediatrics. 18 Suppl:S53-9,
- HARRISON, K. (1997) "The importance of the educated healthy woman in Africa" Lancet 349:588
- HYDER, A.A., ROTLLANT, G. et MORROW, R.H. (1998) "Measuring the burden of disease: healthy life-years." American Journal of Public Health. 88:196-202
- INSTITUTE OF MEDICINE (1992) "Emerging infections: microbial threats to health in the United

- States" Washington, DC, National Academy Press.
- JEGEDE, R.O. (1981) "Aro Village System of community psychiatry in perspective. Canadian Journal of Psychiatry - Revue Canadienne de Psychiatrie" 26(3):173-7
- KENNEDY, B.P., KAWACHI, I., PROTHROW-STITH, D. (1996) "Income distribution and mortality: cross sectional ecological study of the Robin Hood index in the United States." Brit. Med. Journ. 312:1004-7
- KNAPP, K.K., PAAVOLA, F.G., MAINE, L.L., SOROFMAN, B., POLITZER, R.M. (1999) "Availability of primary care providers and pharmacists in the United States." Journal of the American Pharmaceutical Association. 39:127-35
- KOIVUSALO, M. (1999) "Decentralisation and equity of healthcare provision in Finland" Brit. Med. Journ. 318:1198-1200
- LAMBO, T.A. (1965) "Psychiatry in the tropics" Lancet. 2(7422):1119-21
- LEEDER, S.R. (1998) "Commitment to improving indigenous health" Australian & New Zealand Journal of Public Health. 22:635-6
- LEYS, C. (1999) "The NHS after devolution will have an even sharper focus on health inequalities" Brit. Med. Journ. 318:1155-6
- LUCAS, A.O. (1992) "Public Access to Health Information as a Human Right" Proceedings of the International Symposium on Public Health Surveillance. Morbidity & Mortality Weekly Report 41:77-78
- MCCARTHY, J. (1997) "The Conceptual framework of the PMM network" Int. Journ. Gynecology & Obstetrics, 59: (SUPPL No.2), S15-S22
- MCCARTHY, J. et MAINE, D. (1992) "A framework for analyzing the determinants of maternal mortality" Stud. Fam. Plan. 23: 23-33
- MOONEY, G.H., WISEMAN, V.L. (1998) "Mooney GH. Wiseman VL. Jan S. "How much should we be spending on health services for Aboriginal and Torres Strait Islander people?" Medical Journal of Australia. 169(10):508-9,
- MORGAN, D.L. et ALLEN, R.J. (1998) "Indigenous health: a special moral imperative" Australian & New Zealand Journal of Public Health. 22(6):731-2
- MORROW, R.H. et BRYANT, J. (1995) "Health policy approaches to measuring and valuing human life: conceptual and ethical issues." Am J Public Health. 85:1356-60.
- MURRAY, C.J. (1990) "Mortality among black men." N Engl J Med. 322:205-6.
- MURRAY, C.J. (1994a) « Mesure quantitative du poids de la morbidité : base de calcul des années de vie ajustées sur l'incapacité. » Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé. 72:443-445.
- MURRAY, C.J. (1994b) « Dépenses nationales de santé : analyse mondiale. » Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé. 72:633-37.
- MURRAY, C.J. (1994c) "Investigation du secteur de santé : analyse coût-efficacité et choix politiques. » Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé. 72:571-572.
- MURRAY, C.J., MICHAUD, C.M., MCKENNA et MARKS, J.S. (1998) "U.S. patterns of Mortality by Country and Race: 1965-94" CDC, Atlanta.
- POLLOCK, A.M. (1999) "Devolution and health: challenges to Scotland and Wales" Brit. Med. Journ. 319:94-98
- PHILLIPS, D.R. (1990) "Health and Health Care in the Third World". Chapter 4. Longmans, UK
- REID, S. et GIDDY, J. (1998) "Rural health and human rights--summary of a submission to the Truth and Reconciliation Commission Health Sector Hearings, 17 June 1997. " South African Medical Journal. 88:980-2
- REVERTE-CEJUDO, D. et SÁNCHEZ-BAYLE, M. (1999) "Devolving health services to Spain's autonomous regions " Brit. Med. Journ 318:1204-1205
- RING, I.T., FIRMAN, D. (1998) "Reducing indigenous mortality in Australia: lessons from other countries" Medical Journal of Australia. 169(10):528-9, 532-3
- ROSEN, M. (1999) "Data needs in studies on equity in health and access to care--ethical considerations" Acta Oncol. 38:71-5.
- ROUSHAM, E.K. et GRACET, M. (1998) "Differences in growth among remote and town-dwelling aboriginal children in the Kimberley region of Western Australia" Medical Journal of Australia. 169(10):528-9, 532-3,
- TAIPALE, V. (1999) "Ethics and allocation of health resources--the influence of poverty on health." Acta Oncol.;38(1):51-5.
- WALSH, J.A. et WARREN, K.S. (1979) "Selective primary Health care; an interim strategy for disease

control in developing countries" New Engl. J. Med. 301: 967-974

WARREN, K.S. (1988) "Selectivity within primary health care". Soc. Sci. & Med. 26: 899-902

WHITEHEAD, M.M. (1999) "Where do we stand? Research and policy issues concerning inequalities in health and in healthcare "Acta Oncol.; 38(1):41-50.

OMS (1978) « Déclaration d'Alma Ata ». Rapport de la Conférence internationale sur les soins de santé primaires. Alma Ata, 6-12 septembre 1978, URSS. OMS, Genève.

OMS (1987) « Hôpitaux et santé pour tous. » Rapport d'un Comité d'experts de l'OMS sur le rôle des hôpitaux de premier recours. Série de rapports techniques no 744. Genève, OMS.

OMS (1996) Ad Hoc Committee on Health Research "Investing in Health research" OMS, Genève.

BANQUE MONDIALE (1993) « Rapport sur le développement dans le monde ». New York, Oxford University Press.

BANQUE MONDIALE (1994) « Pour une meilleure santé en Afrique : les leçons de l'expérience. » Banque mondiale, Washington, DC.

Forum of Federations / Forum des fédérations
forum@forumfed.org
