



Conférence ministérielle européenne
de l'OMS sur les systèmes de santé :
« SYSTÈMES DE SANTÉ,
SANTÉ ET PROSPÉRITÉ »
Tallinn (Estonie), 25-27 juin 2008

ANALYSE DES SYSTÈMES ET DES POLITIQUES DE SANTÉ

SYNTHÈSE

Quand les programmes verticaux (indépendants) ont-ils une place dans les systèmes de santé ?

Rifat A. Atun, Sara Bennett et Antonio Duran



Mots Clés:

DELIVERY OF HEALTH CARE - trends

PUBLIC HEALTH ADMINISTRATION

HEALTH POLICY

EUROPE

La présente synthèse, rédigée pour la Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur les systèmes de santé qui aura lieu à Tallinn (Estonie) du 25 au 27 juin 2008, est l'une des premières d'une nouvelle série qui sera destinée à répondre aux besoins des décideurs politiques et des administrateurs de systèmes de santé.

L'objectif est de rédiger des messages clés grâce auxquels les politiques pourront être élaborées en connaissance de cause. Les éditeurs continueront à étoffer la série en travaillant avec les auteurs pour que les options stratégiques et les problématiques de mise en œuvre bénéficient d'un examen plus attentif.

© Organisation mondiale de la santé, 2008 et Organisation mondiale de la santé pour l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, 2008

Les demandes concernant les publications du Bureau régional sont à adresser à :

Service des publications
Bureau régional de l'OMS pour l'Europe
Scherfigsvej 8
DK-2100 Copenhague Ø, Danemark

Vous pouvez également remplir un formulaire de demande de documentation, d'informations sanitaires ou d'autorisation de reproduire/traduire sur le site Web du Bureau régional (<http://www.euro.who.int/PubRequest?language=French>).

Tous droits réservés. Le Bureau régional de l'Europe de l'Organisation mondiale de la santé accueillera favorablement les demandes d'autorisation de reproduire ou de traduire ses publications, en partie ou intégralement.

Les appellations employées dans cette publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent, de la part de l'Organisation mondiale de la santé, aucune prise de position quant au statut juridique de tel ou tel pays, territoire, ville ou zone, ou de ses autorités, ni quant au tracé de ses frontières ou limites. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir encore fait l'objet d'un accord définitif.

La mention d'entreprises et de produits commerciaux n'implique pas que ces entreprises et produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la santé, de préférence à d'autres, de nature similaire, qui ne sont pas mentionnés. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la santé a pris toutes les dispositions voulues pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'Organisation mondiale de la santé ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation. Les opinions exprimées par les auteurs, rédacteurs et groupes d'experts ne reflètent pas nécessairement les décisions de l'Organisation mondiale de la santé ou la politique arrêtée par cette dernière.

Table des matières

	Page
Messages clés	
Résumé	
Synthèse	
Problématique de stratégie	1
Qu'entend-on par programme vertical versus programme intégré ?	4
Arguments en faveur et en défaveur des programmes verticaux	5
Examen des conclusions de la recherche	9
Intégration au sein de trois domaines de programmes : quelques conclusions	13
Leçons et implications stratégiques	15
Conclusions	19
Références	23

Auteurs

Rifat A. Atun, Centre for Health Management, Imperial College de Londres, Royaume-Uni

Sara Bennett, Alliance pour la recherche sur les politiques et systèmes de santé, Systèmes et services de santé, Organisation mondiale de la santé

Antonio Duran, directeur, Técnicas de Salud, Séville (Espagne)

Publié par

le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe et l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé

Rédacteur

Govin Permanand

Rédacteurs adjoints

Josep Figueras
John Lavis
David McDaid
Elias Mossialos

Assistants de rédaction

Kate Willows
Jonathan North

Les auteurs et éditeurs remercient les réviseurs qui ont émis des commentaires sur la présente publication et apporté leur expertise.

ISSN 1998-4065

Messages clés

- Les bases factuelles dont nous disposons concernant les bénéfices relatifs découlant des prestations de services de santé verticales par rapport aux prestations de services intégrées sont limitées et trop ténues pour permettre de tirer des conclusions claires concernant le moment opportun d'opter pour des approches verticales.
 - Les bases factuelles limitées disponibles indiquent que des approches intégrées dans le cadre des prestations de services de santé, comparées aux approches verticales, donnent de meilleurs résultats dans des domaines ciblés incluant le VIH, la santé mentale et certaines maladies infectieuses. Dans plusieurs pays de la partie orientale de la Région européenne de l'OMS, par exemple, il appert en effet que des programmes verticaux ont entravé la gestion efficace du VIH, de la tuberculose, de la toxicomanie et de la santé mentale.
 - Il n'en reste pas moins que les programmes verticaux peuvent s'avérer opportuns en guise de mesure temporaire si le système de santé (et les soins primaires) est (sont) faible(s) : si une réaction rapide s'impose ; en vue de réaliser des économies d'échelle ; pour répondre aux besoins de groupes cibles difficiles à atteindre ; pour assurer certains services très complexes lorsque du personnel hautement qualifié est requis. En pratique, la plupart des services de santé combinent des éléments verticaux avec des éléments intégrés, à des degrés variables.
 - Lorsque des programmes verticaux sont éventuellement souhaitables, les décideurs peuvent envisager deux choix politiques : 1) les programmes verticaux limités dans le temps proposant des stratégies claires afin d'éviter les effets de débordement négatifs à l'égard du système de santé et des populations non ciblées ; et 2) les programmes non limités dans le temps, assortis de mécanismes tant au niveau stratégique qu'opérationnel pour accentuer les liens entre les éléments verticaux et horizontaux du système de santé.
 - L'économie politique dans un contexte particulier ainsi que les facteurs techniques relatifs au système de santé auront un impact sur l'étendue de l'intégration. Vu que des groupes d'intérêt puissants sont susceptibles de s'opposer à l'intégration de programmes verticaux, les décideurs devront veiller à mettre en place des stratégies destinées à contrer cette résistance.
 - Là où l'on rencontre des systèmes de gouvernance, de financement et de prestations de services verticaux, l'intégration se révélera difficile et les adaptations en matière de prestations de services devront être soutenues par des ajustements juridiques et régulateurs visant à faire le pont entre, d'une part, la gouvernance, l'organisation et le financement de programmes verticaux et, d'autre part, les systèmes de santé généraux.
-

Résumé

Les termes « vertical » et « intégré » sont largement usités dans le cadre des prestations de services de santé et recouvrent, chacun pour leur part, une gamme de phénomènes. En pratique, la dichotomie entre ces deux termes n'est pas rigide et le degré de verticalité ou d'intégration varie entre les programmes – à savoir : 1) un programme financé, géré, presté et contrôlé verticalement ; 2) un programme dont le financement, l'organisation et la gestion sont intégrés mais qui propose des prestations séparées ; et 3) une approche totalement intégrée proposant des services de soins de santé primaires complets. La plupart des services de santé combinent des éléments verticaux et intégrés, mais l'équilibre entre les programmes, eu égard à ces éléments, peut varier considérablement. Pourtant, lorsque la conception du programme, son horizontalité ou sa verticalité sont débattus, il est important de veiller à ce qu'aucune ambiguïté ne vienne s'insinuer concernant l'élément du programme dont on parle : 1) les modalités de gouvernance, 2) l'organisation, 3) le financement ou 4) les prestations de services.

Le débat quant à l'efficacité comparée des approches verticales par rapport aux approches plus systémiques remonte aux années 60 avec, par la suite, diverses poussées d'intérêt liées à des événements ou problématiques particuliers, comme celle qui a fait suite à la Déclaration d'Alma-Ata en 1978, à propos des soins de santé primaires¹ ; dans les années 80 avec le succès remporté par le programme d'éradication de la variole ou encore la proposition du *Rapport sur le développement dans le monde, 1993 : investir dans la santé* en matière de « modules de prestations sanitaires »². Plus récemment, le débat a été réactivé par suite de l'augmentation du financement réservé à des maladies et services spécifiques émanant de sources comme le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, et l'accent mis par l'OMS sur la nécessité de renforcer les systèmes de santé et les soins primaires.

Les arguments en faveur des programmes verticaux se fondent, principalement, sur le postulat que la concentration sur quelques interventions bien ciblées est une façon efficace de maximiser l'effet et le temps de réaction des ressources

1 *Déclaration d'Alma-Ata*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 1978 (http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_1?language=French, consulté le 1^{er} mai 2008).

2 *Rapport sur le développement dans le monde, 1993 : investir dans la santé*. Washington, DC, World Bank, 1993 (http://www-wds.worldbank.org/external/default/main?pagePK=64193027&piPK=64187937&theSitePK=523679&menuPK=64187510&searchMenuPK=64187283&siteName=WDS&entityID=000009265_3970716142319, consulté le 1^{er} mai 2008).

disponibles, plutôt que d'attendre des changements dans le système de santé qui permettront de proposer de meilleures prestations de services. Quant aux arguments en défaveur des programmes verticaux, ils ont tendance à postuler qu'ils sont dictés par des valeurs, n'ont souvent qu'une probabilité limitée de durabilité et entraînent des effets de débordement négatifs sur les systèmes de santé et les populations non ciblées.

Malgré les débats tous azimuts à cet égard au cours des 50 dernières années, nous ne disposons que de bases factuelles limitées concernant les bénéfices relatifs des prestations de services verticales par rapport aux prestations intégrées. La plupart proviennent de pays à bas ou moyens revenus et sont trop ténues pour permettre de tirer des conclusions formelles quant au moment où il est opportun d'opter pour des approches verticales. Il n'en reste pas moins que les bases factuelles limitées dont nous disposons indiquent que des approches horizontales ou intégrées, comparées aux approches verticales, améliorent les résultats cliniques dans des domaines ciblés incluant le VIH, la santé mentale et certaines maladies infectieuses. Dans nombre de pays de la partie orientale de la Région européenne de l'OMS, il appert que des programmes verticaux ont entravé la gestion efficace du VIH, de la tuberculose, de la toxicomanie et de la santé mentale. Dans d'autres contextes, ils ont induit une duplication des services, généré des coûts d'opportunité élevés pour les services de santé et les communautés et bridé l'exploitation efficace des ressources. En même temps, les bases factuelles limitées indiquent également que les programmes verticaux peuvent se répercuter positivement sur les systèmes de santé en renforçant les systèmes de surveillance, en augmentant le contrôle qualité dans les laboratoires, en promouvant la qualité du commandement et en améliorant la coordination des donateurs. À ce titre, ils peuvent donc s'avérer opportuns si une réaction rapide s'impose, en guise de mesure temporaire si le système de santé (ou les soins primaires) est faible ou encore pour répondre aux besoins de groupes cibles difficiles à atteindre.

Les décideurs, cherchant à exploiter de la meilleure façon les programmes verticaux, peuvent envisager deux approches : les programmes verticaux limités dans le temps et les programmes verticaux non limités dans le temps. Une fois la durée décidée, chaque approche présente plusieurs choix de politique plus ciblés à développer. Si l'on opte pour des programmes verticaux limités dans le temps, des stratégies claires doivent être mises en œuvre afin d'éviter les effets de débordement négatifs pour le système de santé et les populations non ciblées, qui prévoient des plans précisant des mécanismes en vue de l'intégration dans le cadre des services de santé généraux à une date ultérieure. Ces stratégies devraient également formuler de quelle façon les programmes verticaux pourront être exploités afin de renforcer les systèmes de santé et tout particulièrement les soins primaires. Il n'en reste pas moins que, dans de nombreux contextes, l'intégration peut s'avérer irréalisable et, pourtant, les

programmes verticaux perdurer indéfiniment. Concernant les programmes non limités dans le temps, des mécanismes devraient être mis en place aux niveaux stratégique et opérationnel pour renforcer les liens entre les éléments verticaux et horizontaux du système.

Au niveau structurel, les mécanismes incluent : 1) des modalités de gouvernance partagée assorties d'une solide gestion aux points d'intersection entre les programmes verticaux et horizontaux ; 2) des systèmes permettant la planification, la surveillance et l'évaluation conjointes avec le système de santé général ; et 3) des mécanismes permettant le regroupement et la cogestion des fonds. Au niveau opérationnel, les mécanismes incluent : 1) la prestation de programmes verticaux par le biais de structures d'approvisionnement utilisées pour les prestations de soins de santé généraux ; 2) l'instauration de mécanismes clairs garants d'un dialogue permanent entre les gestionnaires des programmes verticaux et horizontaux ; et 3) le développement et l'utilisation conjoints de protocoles communs sur le plan des soins pour les médecins.

En pratique, les bases factuelles, l'économie politique dans un contexte particulier et les aspects techniques relatifs au système de santé ainsi que le poids politique des décideurs exerceront un impact sur le degré d'intégration et influenceront la solution qui émergera. Vu que des groupes d'intérêts puissants sont susceptibles de s'opposer à l'intégration de programmes verticaux, les décideurs devraient veiller à mettre en place des stratégies destinées à contrer cette résistance. La gouvernance verticale, le financement et les systèmes de prestations de services rendent l'intégration difficile et les changements en matière de prestations de services doivent donc être soutenus par des ajustements légaux et des changements de la réglementation visant à faire le pont entre la gouvernance, l'organisation et le financement des programmes verticaux, d'une part, et les systèmes de santé généraux, d'autre part. Ces modifications légales et de réglementation devraient également servir d'assise à des modalités de gouvernance qui stimulent l'intégration, permettent le regroupement de fonds pour différents programmes et créent un environnement propice à une intégration structurelle et opérationnelle qui mette l'accent sur les utilisateurs des services plutôt que sur la maladie.

Synthèse

Problématique de stratégie

Peu de questions relatives à l'organisation des systèmes de santé et des prestations de services ont suscité autant d'intérêt que le débat sur les programmes de santé verticaux, d'une part, et intégrés, d'autre part. La littérature a mis l'accent sur l'efficacité comparée des approches verticales (spécifiques à une maladie ou à un service) par rapport aux approches plus systémiques depuis les années 60, les deux approches ayant été largement mises en œuvre dans les pays à bas et moyens revenus ainsi que dans les pays nantis. Dans le cadre de l'approche verticale (également appelée programme indépendant, programme catégorique, programme de prise en charge de la maladie ou encore programme de contrôle de la maladie), les interventions sont assurées par le biais de systèmes de prestations qui disposent généralement d'une administration et de budgets distincts, avec intégration opérationnelle, structurelle et de financement variée dans le système de santé plus large. Au sein du modèle intégré (connu également sous le nom d'approche ou programme horizontal), les services ne disposent pas d'une administration ou de budgets séparés et sont généralement assurés par des centres de soins fournissant des services de santé généraux et de routine.

Dans nombre de pays, les programmes verticaux ont été couronnés de succès dans plusieurs cas de figure, notamment l'éradication de la variole et la réduction des taux de décès et de morbidité attribuables à des maladies évitables par vaccination. Néanmoins, dans la foulée de ces succès, l'intégration limitée de programmes verticaux avec des services de santé généraux a induit une duplication des efforts dans certains pays, une inefficacité dans la prestation des soins et une fragmentation du système de santé (1) et a été considérée comme étant la cause profonde de l'échec de l'éradication du paludisme (encadré 1).

À ce titre, les appels aux prestations de services intégrés vont croissants, mais force est de constater que l'intégration recouvre des acceptions différentes en fonction des personnes. En outre, dans la pratique, peu de programmes sont

Encadré 1. La verticalité fonctionne parfois, mais pas toujours

L'éradication de la variole est l'exemple le plus fréquemment cité de programme vertical réussi qui a atteint ses objectifs sans affecter le fonctionnement du système de santé (2).

L'on soutient que le programme d'éradication du paludisme n'a pas réussi à atteindre son objectif d'éradication mondiale, car aucune surveillance active de cas n'était intégrée avec les services de santé généraux (3) ; avec propositions que les programmes de contrôle du paludisme soient intégrés dans les services de soins de santé primaires (4).

entièrement verticaux. La plupart des services de santé combinent en effet des éléments verticaux et intégrés, quoique à des degrés divers. Pourquoi, alors, remettre cette question à l'ordre du jour ? Récemment, une croissance substantielle du financement mondial dédié à des maladies et services spécifiques, provenant de sources comme le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme et l'Alliance GAVI (anciennement l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination), a stimulé un regain d'intérêt dans le débat concernant les programmes horizontaux et verticaux (5). Il est également de plus en plus admis que des systèmes de santé forts sont nécessaires pour permettre aux programmes verticaux d'atteindre leurs objectifs (6). L'OMS, reconnaissant que les contraintes auxquelles font face les programmes verticaux sont moins liées au contenu technique qu'aux faiblesses des systèmes de santé (7), a plaidé pour des programmes de santé renforcés comme incontournables points de départ afin d'étendre avec succès les programmes de maladies infectieuses (8).

En outre, une raison essentielle de la résurgence des programmes verticaux réside dans le fait que les services de santé généraux dans les pays à bas revenus ont souvent échoué à assurer des interventions « très urgentes », obligeant de nombreuses organisations multilatérales, des agences bilatérales internationales, de nouveaux partenariats mondiaux (comme le Fonds mondial) et des organisations philanthropiques à investir dans des programmes de santé publics pour des maladies spécifiques. Les objectifs du Millénaire pour le développement adoptés par les Nations Unies, qui précisent des indicateurs articulés autour des huit objectifs liés à des maladies, ont continué à encourager le développement et l'expansion de multiples programmes verticaux. Comprendre l'économie politique de la nouvelle architecture sanitaire internationale et l'argument de certaines agences de financement qui postulent que des approches verticales obligent à un investissement plus efficace et ciblé sans détériorer les systèmes de santé, est par conséquent également crucial pour décoder le regain d'intérêt manifesté à l'endroit du débat relatif aux programmes horizontaux et verticaux.

Cette synthèse poursuit donc trois objectifs autour desquels elle s'articule, à savoir :

- décrypter ce que l'on entend par programme vertical et programme intégré
- évaluer les bases factuelles et leçons disponibles concernant le moment où les programmes verticaux ont un rôle à jouer dans les systèmes de santé
- préciser dans quelles circonstances les programmes verticaux ont un rôle à remplir dans les systèmes de santé et identifier les paramètres dont les décideurs doivent tenir compte lorsqu'ils envisagent de mettre en œuvre des programmes verticaux

En s'attendant à ces objectifs, il y a lieu de garder à l'esprit que les bases factuelles disponibles quant à l'applicabilité des programmes verticaux sont extrêmement limitées. De plus, une question de fond dans ce débat ne concerne pas tant le point de savoir si un programme vertical peut efficacement fournir des prestations (le type de problématique qu'une évaluation aborderait traditionnellement) mais plutôt à partir de quand il trouve une place dans les systèmes de santé. Vu qu'il s'agit de questions ardues et complexes à partir desquelles il est malaisé de générer des bases factuelles formelles et solides, la synthèse s'appuie sur un large éventail de supports et vise à fournir des leçons expérimentales qui pourraient intéresser des décideurs lorsqu'ils abordent cette problématique. À ce titre, cette synthèse sera particulièrement intéressante pour les décideurs des pays à bas et moyens revenus, où les systèmes de santé présentent de nombreux aspects verticaux, ainsi qu'aux représentants des donateurs des pays plus nantis.

Cette synthèse met également l'accent sur la mise en œuvre des programmes de santé à l'échelle du programme lui-même, ainsi qu'aux niveaux national et sous-national plutôt que sur les interventions qui dépassent le cadre de la santé.

Encadré 2. Définitions

Les programmes verticaux (également appelés programmes « stand-alone », programmes catégoriques ou indépendants ou encore approches verticales) renvoient à des cas de figure où « la solution d'un problème sanitaire donné [est abordée] par le biais de l'application de mesures spécifiques à la faveur d'un fonctionnement à but unique » (1).

En revanche, les programmes intégrés (également appelés programmes horizontaux, services de santé intégrés ou approches horizontales) visent à « attaquer les problèmes de santé globaux sur un front large et sur le long terme par le biais de la création d'un système d'institutions permanentes communément appelées - services de santé généraux - » (1) et incluent « une diversité de changements managériaux ou opérationnels vis-à-vis des systèmes de santé en vue de regrouper les inputs, les prestations, le management et l'organisation de fonctions de services particulières » (11) ou sont décrits comme « un processus où les activités de contrôle de la maladie sont fonctionnellement fusionnées ou étroitement coordonnées avec des prestations de soins de santé multifonctionnelles » (12).

Dans de nombreux pays, un certain nombre de programmes verticaux sont regroupés pour réagir à « un nombre circonscrit de maladies [...] sélectionnées en vue de leur prévention au sein d'une population clairement définie » (13) et prestés conjointement en un bloc dans le cadre des soins primaires. En guise d'exemples, citons les prestations de services proposées dans le cadre de la stratégie de l'OMS en matière de Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) (14) ou encore les programmes de réduction des dommages du VIH, où les services sont prestés verticalement au sein même des services de santé généraux ou parallèlement à ceux-ci. Dans d'autres cas, ce regroupement va plus loin encore pour aboutir à une approche, appelée soins de santé primaires sélectifs (ou prestations minimales d'activités) (15), en vue de rassembler les interventions médicales les plus rentables et de les proposer verticalement en un bloc.

Les initiatives verticales d'aide mondiale et l'architecture de l'aide mondiale sont importantes et mentionnées brièvement mais ne relèvent pas de cette synthèse.

Qu'entend-on par programme vertical versus programme intégré ?

Les termes « vertical » et « intégré » ne renvoient pas à une acception unanimement admise (encadré 2). Pour les besoins de cette synthèse, nous les définissons comme suit : les programmes verticaux sont « nommés ainsi car ils sont dirigés, supervisés et mis en œuvre, totalement ou dans une large mesure, par un service spécialisé faisant appel à des personnels de santé spécialement affectés à cet effet » (9). Par contre, un programme intégré est « le processus qui consiste à réunir les fonctions communes d'une même organisation ou de plusieurs organisations différentes afin de résoudre des problèmes communs, de susciter un engagement envers une vision d'avenir et des objectifs, en exploitant des technologies et des ressources communes pour atteindre ces objectifs » (10).

En pratique, les programmes verticaux revêtent des formes très variées. On peut par exemple les définir selon la nature du service presté (tels les programmes indépendants pour les services de santé reproductive et les infections sexuellement transmissibles ou la santé mentale), par le type de population qu'ils servent (tels les programmes à l'intention des travailleurs du sexe, les prisonniers ou les consommateurs de drogue injectables) ou les deux (tel un programme de santé sexuelle destiné aux travailleurs du sexe).

En outre, les programmes diffèrent considérablement en termes de degré et de type de verticalité. La gouvernance, le financement et la réalisation d'un programme peuvent être gérés de façon indépendante. Dans de nombreux pays de la Communauté des États indépendants (CEI), par exemple, les dispensaires de la tuberculose disposent de budgets consacrés à la flexibilité limitée, des structures de gestion séparées et des canaux de prestations de services distincts (16). Quant à d'autres programmes, ils peuvent être indépendants à certains égards mais pas à d'autres. Par exemple, dans de nombreux pays, les services de vaccination présentent un département de gestion distinct au sein des ministères de la Santé ainsi que des canaux de financement séparés, car largement dépendants de fonds émanant de donateurs. Il n'en reste pas moins qu'ils sont fournis par le biais du même réseau de prestataires de services que la plupart des autres services de santé. Dans d'autres cas de figure, les services de vaccination peuvent être financés à partir du même budget, prestés par le biais des mêmes infrastructures de soins médicaux et avoir des structures de gouvernance similaires, tout en présentant un élément vertical et en étant proposés comme des services dédiés par des équipes dédiées à des moments spécifiques (par exemple clinique ouverte une fois par semaine).

Intégrer ces types de services peut vouloir dire qu'ils soient rendus plus accessibles et/ou qu'ils soient combinés à d'autres services. Ce type d'intégration de services pourrait, notamment, signifier que des mères se voient offrir des conseils en matière de planification familiale chaque fois qu'elles viennent faire vacciner leur enfant ou encore qu'un éventail de soins à l'adresse de diverses maladies infantiles soit intégré dans un même protocole de soins, comme c'est le cas pour la PCIME. Dans ce cas de figure, intégrer des programmes n'implique pas de combiner leur financement ou de modifier les infrastructures qui les proposent. Cela suppose plutôt un examen des modalités détaillées des prestations de services au sein d'un établissement de soins (utilisation des protocoles de soins et heures de prestations de services) et de la façon dont elles pourraient être mieux organisées.

L'Europe présente des cas intéressants de modalités partiellement horizontales et verticales, parfois avec financement commun et mécanismes de prestations différents. Par exemple, de nombreux pays situés dans la partie orientale de la Région européenne de l'OMS ont des systèmes sanitaires épidémiologiques, et les services de santé publique aux Pays-Bas fonctionnent selon un schéma vertical avec une participation limitée des services de santé primaires.

L'étendue de la verticalité varie selon les programmes. Oliviera-Cruz et al. (17) avancent que « la dichotomie entre le programme vertical et horizontal n'est pas aussi rigide [en pratique] qu'elle n'en a l'air en théorie ». Plutôt qu'un clivage « verticalité-horizontalité » rigide, un continuum existe – depuis un programme presté et géré verticalement comme l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite, le Programme élargi de vaccination, jusqu'à la PCIME ou encore jusqu'à une approche totalement intégrée des prestations, comme les soins de santé primaires (17). Cairncross et al. (18) partagent ce point de vue, arguant que l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite présente plus de paramètres de verticalité que le Programme élargi de vaccination – qui lui-même peut faire partie d'une famille d'interventions fondées sur les soins de santé primaires.

Partant, lorsqu'il s'agit de débattre de la verticalité, de l'horizontalité ou de la configuration du programme, il est essentiel qu'aucune ambiguïté ne vienne s'insinuer à l'endroit de l'élément de programme dont il est question : 1) les modalités de gouvernance, 2) l'organisation, 3) le financement et 4) la prestation de services.

Arguments en faveur et en défaveur des programmes verticaux

Ce chapitre propose les arguments communément admis en faveur ou en défaveur des programmes horizontaux et verticaux, suivis d'un résumé des bases factuelles disponibles présenté en deux parties.

- La première partie consiste en des examens systématiques (ceux qui répondent aux critères Cochrane et qui incluent ordinairement des essais contrôlés randomisés, des études de série chronologique interrompue et des études contrôlées avant/après) et des examens plus larges de la littérature qui n'ont pas suivi les critères Cochrane.
- La seconde partie contient les résultats d'une étude rapide spécialement entreprise pour cette synthèse et mettant l'accent sur : 1) les maladies infectieuses ; 2) la santé mentale ; et 3) les services de vaccination (y compris le Programme élargi de vaccination intégré dans les soins primaires versus les campagnes verticales de vaccination de masse). La littérature a été analysée en vue d'évaluer globalement les bénéfices et inconvénients des programmes intégrés et approches horizontales par rapport aux approches verticales.

Plutôt que de limiter la synthèse aux seules bases factuelles systématiques, les conclusions ici présentées englobent un large éventail d'études. Ce choix est motivé par les raisons suivantes :

- Relativement peu d'études ont évalué de façon rigoureuse l'impact des mesures en vue de changer l'orientation verticale ou horizontale d'un programme de santé, et seule une revue systématique publiée a synthétisé ces bases factuelles, en se concentrant exclusivement sur des programmes intégrés dans les pays à bas et moyens revenus et dans le cadre d'un spectre plus étroit que notre étude.
- Quoique des essais contrôlés randomisés ou des revues systématiques de ces essais contrôlés randomisés puissent constituer l'étalon-or pour évaluer l'impact d'interventions, la nature de l'intervention (la façon dont les programmes verticaux et horizontaux sont organisés) est très hétérogène et, à ce titre, intéressante à décrire.
- De nombreuses questions soulevées par les décideurs ont trait au processus et à l'économie politique des réformes, problèmes étroitement liés au contexte et que des revues systématiques ou des études d'impact n'abordent généralement pas correctement.

Par conséquent, nous prenons en considération, en plus des revues systématiques strictes, des études non contrôlées avant et après, des expériences naturelles, des évaluations économiques, des études de cas qualitatives et autre recherche pertinente pouvant fournir de précieuses informations à propos des avantages et inconvénients des programmes horizontaux et verticaux.

Arguments en faveur des programmes verticaux

Meilleures concentration et spécialisation des services

Les arguments les plus solides en faveur des programmes verticaux sont régis par le postulat qu'une concentration sur quelques interventions bien ciblées constitue un moyen efficace d'optimiser l'impact et le temps de réaction des ressources disponibles. Attendre que des changements interviennent dans le système de santé dans le but que de meilleures prestations de services soient viables (comme la formation du personnel et les systèmes d'approvisionnement efficaces) serait tout bonnement inacceptable pour certains. De ce point de vue, plaider pour des approches systémiques ou multifactorielles aurait pour conséquence l'introduction de retards inopportuns dans l'obtention des résultats souhaités.

Visibilité accrue pour un service ou une pathologie prioritaire

Le soutien suscité par le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) et d'autres partenaires autour de la vaccination universelle des enfants dans les années 1980 et 1990 a été réitéré récemment en faveur du VIH, de la tuberculose et du paludisme – pour donner naissance au Fonds mondial tout comme à des initiatives liées à des maladies spécifiques telles que faire reculer le paludisme – ainsi qu'en faveur de maladies négligées comme la schistosomiase.

Une plus grande responsabilisation

En précisant qui est responsable des prestations à fournir et quel est le budget disponible, les programmes verticaux promeuvent un environnement plus transparent en termes de responsabilité. Des modalités de gouvernance plus transparentes ainsi que des lignes de responsabilité plus claires conviennent aux agences bilatérales et internationales, qui sont publiquement responsables.

Résultats plus rapides dans les systèmes de santé faibles

Les programmes verticaux sont susceptibles de générer des résultats plus rapides que les stratégies visant à renforcer des systèmes plus vastes en tant que plate-forme pour la prestation de services, tout particulièrement au sein des systèmes de santé faibles. Quoique des interventions efficaces de santé publique doivent être étayées par des systèmes de santé robustes et tout particulièrement par des soins de santé primaires solides si l'on veut garantir leur durabilité à moyen et à long termes, des programmes limités dans le temps assortis d'efforts ciblés en vue d'éviter les effets de débordement négatifs peuvent s'avérer profitables.

Probabilité de réussite accrue dans les États faibles

Dans les États faibles ou en guerre où les systèmes de santé sont déjà désintégrés, il est possible que les programmes verticaux puissent être le seul moyen de garantir qu'au moins une sélection de services prioritaires soit assurée.

Arguments en défaveur des programmes verticaux

Dictés par la valeur

Les programmes verticaux ont été critiqués parce que dictés par la valeur (19), manquant de fondement empirique (20) et mettant excessivement l'accent sur les gains d'efficacité (21). De nombreux programmes verticaux sont régis en externe et plutôt imposés par la hiérarchie, ce qui peut pousser les populations locales à ne pas s'engager de manière appropriée dans des activités de planification ou de mise en œuvre. Pourtant, ces programmes sont susceptibles d'avoir un impact sur l'ordre des priorités et d'empêcher les services locaux de la santé de considérer ces programmes comme les leurs et de réagir aux besoins des utilisateurs des services.

Effets de débordement négatifs

De nombreux critiques ont argumenté que les programmes verticaux peuvent générer des effets de débordement négatifs à l'encontre des populations non participantes ou non ciblées. En particulier, les programmes verticaux sont stigmatisés du fait qu'ils induisent une fragmentation des services, créent des barrières entravant l'accès, génèrent gaspillage et inefficacité, encouragent une iatrogénèse clinique, sociale et culturelle (22) et éloignent la majorité de la population de la prévention et de l'accès aux services généraux (23). Nous attirons l'attention sur le fait que ces débats sont centrés sur les effets de débordement négatifs pour le système de santé et les non participants plutôt que sur l'effet net sur le système de santé et la population dans leur ensemble.

Probabilité moindre de durabilité

On argumente que les programmes verticaux gaspillent des ressources en encourageant la duplication et l'inefficacité et sont susceptibles de surcharger le personnel, par exemple lorsque celui-ci doit faire son rapport à de multiples supérieurs. En instaurant des différences injustifiables en termes de salaire et de statut – sources de frustrations au sein du personnel – et en consommant des ressources déjà insuffisantes dont on pourrait faire un meilleur usage ailleurs, ils limitent l'efficacité du système de santé tout en diminuant leurs probabilités de durabilité une fois que les ressources supplémentaires émanant de donateurs extérieurs sont épuisées (24).

Groupes s'opposant à la réforme du système de santé

Les programmes verticaux peuvent entraîner la constitution de groupes d'intérêts particuliers qui sont susceptibles d'entraver des réformes ultérieures conçues en vue de l'intégration des services, parce que celles-ci ne rencontreraient éventuellement pas les intérêts personnels des parties prenantes au programme vertical.

Approches globales entravées

Les programmes verticaux entravent le développement d'approches globales qui sont nécessaires dans le cadre de la lutte contre l'inégalité sociale et les déterminants de la santé au sens plus large (25) – impactant par conséquent négativement le processus de développement de la santé (26).

Réactifs aux maladies mais pas vis-à-vis des utilisateurs des services

Par leur nature, les programmes verticaux tiennent la route si les pathologies pour lesquelles ils ont été instaurés présentent une cause spécifique unique ; à l'inverse, ils seront moins susceptibles d'être efficaces s'ils doivent répondre à des maladies présentant des causes multiples ou à une comorbidité, comme les maladies cardiovasculaires, le cancer, la tuberculose, le VIH et l'infirmité. Il s'agit en l'espèce d'un défaut majeur, parce que l'accent mis sur la maladie compromet la réactivité à l'égard des besoins des utilisateurs de services et la continuité des soins – puisque les personnes présentant des affections ou des facteurs de risque multiples (par exemple une personne contaminée par le VIH, consommant de la drogue injectable, souffrant de la tuberculose et par ailleurs travailleur sexuel) ne peuvent bénéficier d'une gamme complète de services au même endroit ou au même moment. Par exemple, dans de nombreux pays de la partie orientale de la Région européenne, proposer un traitement efficace et des interventions à caractère préventif peut impliquer qu'une personne doive se rendre dans un dispensaire de traitement de la tuberculose, un hôpital VIH, un centre de narcologie et un centre de santé chargé des infections sexuellement transmissibles, ce qui est compliqué. Par conséquent, les programmes verticaux ne peuvent donner des résultats sans la mobilisation d'autres secteurs du système de santé – une raison imparable de faire l'impasse sur la verticalité. Il n'est probablement pas étonnant que les 13 pays présentant les taux les plus élevés de tuberculose multirésistante aux médicaments dans le monde soient situés dans la Région européenne de l'OMS (27).

Examen des conclusions de la recherche

Nous avons identifié quatre revues publiées qui ont examiné les preuves d'efficacité des programmes horizontaux et verticaux. Parmi celles-ci, une seule était une revue systématique (11), tandis que les autres revues par Mills (9), Unger et al. (12) et Oliviera-Cruz et al. (17) incluaient des études faisant appel à un large éventail de méthodes de recherche.

Dans leur revue systématique, Briggs & Garner (11) n'ont pu identifier que cinq études publiées de qualité raisonnable qui satisfaisaient aux critères d'inclusion Cochrane et évaluaient les soins intégrés. Ces études ont réalisé trois types de comparatifs : 1) intégration de soins par l'ajout d'un service à un service existant (des mères fréquentant un centre de vaccination ont été encouragées à

faire appel aux services de planification familiale) ; 2) services intégrés versus services spéciaux uniques (rendre les services pour les infections sexuellement transmissibles accessibles aux travailleurs du sexe dans une clinique (intégrée) « normale », dans une clinique ouverte après les heures normales ou par le biais d'une équipe (verticale) « spéciale » ; et proposant des prestations de planification familiale dans un centre de santé maternelle et infantile ou séparément dans un autre établissement) ; et 3) modules de prestations de soins infantiles spécialisés (PCIME) versus soins infantiles de routine. Les auteurs ont conclu qu'aucune preuve évidente recueillie dans les pays à bas ou moyens revenus ne suggère qu'intégrer les programmes verticaux dans les soins de santé primaires a amélioré les prestations de services ou la situation sanitaire des personnes concernées.

La revue par Mills en 1983 (9) met l'accent sur l'Afrique et examine les bases factuelles dans une perspective économique. Quoique la revue ait mis en évidence un manque de bases factuelles et encourage de nouvelles études pour disposer d'informations plus solides sur le coût et le rapport coût-efficacité de ces programmes, elle conclut que certaines caractéristiques des programmes verticaux (comme les objectifs établis, les plans, les procédures opérationnelles bien définies, les activités ciblées et les systèmes d'évaluation et de contrôle dédiés) leur permettent d'arriver à des gains d'efficacité. À l'inverse, dans le cadre de services intégrés, une pénurie fréquente de ressources (travailleurs sanitaires, financements, équipements, médicaments, etc.), un personnel insuffisamment formé et une supervision médiocre entravent l'efficacité et l'efficience.

L'étude conduite par Oliviera-Cruz et al. (17) a comparé les mérites respectifs des modes de prestations verticales et horizontales et a passé en revue l'impact des programmes verticaux sur les systèmes de santé. Les auteurs citent des faits et des arguments qui prouvent que les programmes horizontaux encouragent des approches plus holistiques de la santé – avec une planification du service de santé mieux en phase avec le contexte local – et stimulent la prestation d'une gamme de services en accord avec les politiques nationales et les besoins locaux (28). En même temps, ils mettent en évidence les critiques à l'endroit des programmes horizontaux, affirmant qu'ils sapent l'efficacité et l'efficience des programmes verticaux instaurés afin d'obtenir rapidement des résultats.

Les avantages des programmes verticaux sont attribués à la présence d'objectifs et de plans clairs (9) à brève échéance – adaptés à des efforts ciblés dans une période de temps limitée pour aborder une pathologie (29). Se fondant sur des articles inclus dans la revue par Oliviera et al. (17), l'on estime que les programmes verticaux sont particulièrement adaptés lorsque la capacité de prestation de service est faible et lorsque les interventions sont complexes et s'écartent des tâches routinières (18). Les auteurs pointent des critiques à

l'endroit des programmes verticaux en ce sens qu'ils instaurent des structures de prestations parallèles, privent les services publics de ressources humaines, échouent à renforcer les systèmes de santé (30), multiplient les efforts et détournent l'attention des travailleurs sanitaires des tâches routinières (31), n'encouragent pas l'autonomie de la communauté (32) et génèrent un risque substantiel de faible durabilité une fois les fonds affectés par les donateurs épuisés (33). Les auteurs présentent un récapitulatif des effets positifs et négatifs des programmes verticaux à trois niveaux, à savoir la communauté et la famille, les prestations de services de santé, et la politique sanitaire et le management stratégique (tableau 1) et concluent à partir des bases factuelles très limitées qu'ils ont répertoriées que « [...] tout bien considéré, les systèmes de santé ont été renforcés par les programmes verticaux plutôt qu'affaiblis ».

Les auteurs relèvent des inquiétudes relatives au fait que l'intégration de programmes verticaux dans les services de santé généraux est susceptible de réduire les chances d'atteindre les objectifs du programme (37) mais ils n'en citent pas moins des exemples réussis d'intégration montrant des effets bénéfiques sur les résultats cliniques – par exemple, intégration de programmes de lutte contre la schistosomiase dans les services de soins primaires en Arabie Saoudite (38) ainsi qu'au Brésil (39), avec une lutte efficace contre l'épidémie et intégration efficace d'un programme contre la tuberculose dans le système de santé de la circonscription en Afrique du Sud (40).

La quatrième revue par Unger et al (12) cherche à répondre à la question de savoir comment des programmes de contrôle de la maladie devraient être mis en œuvre afin de renforcer les systèmes de santé et examine si le fait d'intégrer des activités de contrôle de la maladie peut nuire à la fourniture de soins de santé. Les auteurs proposent un canevas de catégorisation des programmes de contrôle de la maladie, opérant une distinction entre 1) les programmes verticaux sans la moindre intégration, 2) les programmes intégrés avec intégration opérationnelle et administrative (avec des services de santé généraux) et 3) les programmes indirects intégrés du point de vue opérationnel mais verticaux du point de vue administratif, destinés à éviter les étranglements bureaucratiques et privilégiés par les donateurs. Les auteurs analysent des études antérieures explorant les effets nocifs des programmes intégrés sur les personnels de santé primaire (41-43), précisant que ces études traitent des « programmes indirects » plutôt que des programmes intégrés avec intégration opérationnelle et administrative complète. Quoique quelques programmes verticaux (tels ceux visant des groupes difficiles à atteindre) ne devraient jamais être intégrés, les auteurs recommandent pour les autres que deux conditions soient remplies avant l'intégration : 1) le programme devrait être intégré avec des services de soins de santé de pratique générale ou familiale et, par conséquent, le système doit bien sûr disposer d'une capacité à fournir ce type de services et 2) l'intégration opérationnelle et administrative devrait avoir lieu

Tableau 1. Impact des programmes verticaux sur les systèmes de santé

Niveau	Impact positif	Impact négatif
Communauté et famille	<p>Le programme destiné à l'éradication de la dracunculose (ver guinéen) a mobilisé la communauté, mettant l'accent sur les groupes défavorisés et l'instauration d'un système de surveillance (34)</p> <p>L'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite a encouragé la mobilisation sociale dans les pays à moyens revenus d'Amérique latine (35) et d'Inde (36), suscitant un regain de confiance dans les systèmes de santé et une augmentation de la demande</p>	<p>Taux élevé de décrochage de volontaires, usage limité de la communauté pour d'autres problèmes sanitaires et inefficacité imputée à l'utilisation de travailleurs d'une communauté unique (36)</p> <p>Interaction forcée entre le Programme élargi de vaccination et l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite au Bénin et au Niger par manque de mobilisation sociale (36)</p> <p>Conflits entre la demande locale et les objectifs de vaccination et coûts d'opportunité élevés pour les communautés et les services de santé (36)</p>
Prestations de services de santé	<p>Le programme d'éradication de la variole a été capable d'exploiter les forces vives en présence plutôt que d'instaurer une structure parallèle (35)</p> <p>Cartographie et dénombrement des ménages pour visite régulière (programme d'éradication du paludisme), organisation et prestations efficaces de services de vaccination instaurant des systèmes de surveillance active, un contrôle qualité au sein du réseau de laboratoires (programme d'éradication du pian) (35)</p> <p>Distribution de vitamine A lors des journées nationales de la vaccination (37)</p>	<p>Exploitation inefficace des personnels de santé qui effectuent des visites répétées aux communautés dans un but unique (36)</p>
Politique sanitaire et management stratégique	<p>Capacité managériale, de surveillance et de laboratoire renforcée et promotion du leadership (35)</p> <p>Coordination des donateurs améliorée (36)</p>	<p>Distribution inefficace des ressources pour le Programme élargi des services de vaccination de routine et autres services de santé (37)</p>

Source : *Oliviera-Cruz et al. (17).*

de façon concomitante. Ils proposent un code de meilleure pratique pour les activités de contrôle de la maladie prévoyant que : 1) de façon générale, elles devraient être intégrées dans des centres de santé qui proposent des services centrés sur le patient (hormis dans certains contextes spécifiques et bien définis) ; 2) elles devraient être intégrées dans des établissements de soins non gouvernementaux ou gouvernementaux non lucratifs (plutôt que lucratifs) ; 3) elles devraient faire l'objet d'une soigneuse planification préalable et prendre en compte la façon dont elles vont entrer en interaction avec les services en place ; et 4) elles devraient être conçues et exploitées en vue du renforcement des systèmes de santé (12).

Intégration au sein de trois domaines de programmes : quelques conclusions

Maladies infectieuses

Au sein de la Fédération de Russie, plusieurs études de cas ayant adopté des approches multiples démontrent que la persistance de programmes verticaux de lutte contre la tuberculose (44) et la toxicomanie (45) s'est avérée préjudiciable. Plus généralement, dans plusieurs pays de la CEI, il appert que la persistance de programmes verticaux pour les maladies infectieuses a augmenté la fragmentation des systèmes de santé, rendant la coordination des soins particulièrement malaisée et ne procurant aucun bénéfice compensatoire pour le contrôle des maladies infectieuses (46). Étant donné l'impact nocif de ces programmes verticaux dans les pays de la partie orientale de la Région européenne de l'OMS, il n'est pas surprenant que ceux-ci soient actuellement confrontés aux épidémies les plus rapidement évolutives de VIH et de tuberculose multirésistante aux médicaments (47,48).

Les programmes intégrés ont un rôle majeur à jouer sur le terrain des épidémies de maladies infectieuses, où des paramètres interactifs et multiples sont simultanément en présence et influencent l'évolution de celles-ci. Les approches globales qui insistent sur les aspects holistiques et multisectoriels sont donc plus susceptibles de donner des résultats que les programmes verticaux (49,50). Des bases factuelles suggèrent que les programmes intégrés ont été bénéfiques dans le cadre de la gestion de maladies tropicales négligées. En guise d'exemple, citons l'intégration des activités de contrôle de la schistosomiase dans les soins primaires qui a donné des résultats cliniques meilleurs (39,51).

Santé mentale

Intégrer des services de santé mentale dans les soins de santé primaires a été vivement recommandé dans les pays à hauts revenus, car la santé mentale fait

l'objet de 40 % des consultations de soins primaires, et les besoins en termes de santé physique et mentale (qui coexistent fréquemment) peuvent par conséquent être appréhendés simultanément avec un suivi et un encadrement à long terme (61).

Les bases factuelles disponibles émanant de pays à hauts revenus montrent les avantages de l'intégration, avec une utilisation significativement plus importante des services, des visites urgentes moindres et une meilleure santé physique (62). Les conclusions s'appliquent à plusieurs troubles mentaux différents. Par exemple, intégrer le traitement de la dépression dans les soins de santé primaires améliore les résultats à court et à long terme (63-68) et s'avère rentable (69). De la même façon, en ce qui concerne les troubles paniques, incorporer des services dans les soins de santé primaires, par comparaison avec les soins de santé primaires standard sans intégration, génère un plus grand nombre de jours sans manifestation de l'anxiété et aucune différence significative au niveau des coûts globaux (70). Intégrer des services pour la maladie d'Alzheimer dans les soins de santé primaires ne montre aucun impact significatif sur les scores de dépression mais induit un moindre stress chez le soignant et un nombre moins important de visites cumulées chez le médecin ou l'infirmière (71).

Dans la plupart des pays de la partie orientale de la Région européenne de l'OMS, les services de santé mentale sont organisés verticalement, avec un système de santé entravant l'efficacité de la prestation de soins (72). Toutefois, intégrer des services de santé mentale aux services de santé généraux et aux services d'aide sociale améliore la prise en charge des personnes souffrant de troubles mentaux, entraînant un besoin moindre de lits d'hôpitaux pour accueillir ces patients (73).

Il n'en reste pas moins que toutes les études ne confirment pas les avantages de l'intégration pour les services de santé mentale. Aux États-Unis, par exemple, des services hautement spécialisés, par comparaison avec des soins intégrés pour la prise en charge de la dépression, ont généré des baisses significativement plus importantes du degré de sévérité de la dépression que le modèle intégré (74).

Programme élargi de vaccination

En 1974, l'OMS a lancé le Programme élargi de vaccination afin de réduire la mortalité et la morbidité évitables par vaccination. Jusqu'alors, des donateurs externes se chargeaient de la plupart des programmes de vaccination dans les pays à bas et moyens revenus sous forme de programmes verticaux (tels l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite, les campagnes de vaccination de masse et les campagnes de vaccination Pulse Polio), avec moins de 5 % des enfants vaccinés dans le monde pendant la première année de leur

vie contre six maladies cibles : la diphtérie, le tétanos, la coqueluche, la poliomyélite, la rougeole et la tuberculose (75). Bien que le Programme élargi de vaccination présente de nombreuses caractéristiques des programmes verticaux, il est moins vertical que l'Initiative mondiale d'éradication de la poliomyélite, les campagnes de vaccination de masse et les campagnes de vaccination Pulse Polio (17, 18), et il a été intégré aux services de soins primaires dans de nombreux pays. Grâce à son approche mondiale, le Programme élargi de vaccination a réussi à réaliser une couverture annuelle de 500 millions de vaccinations chez les enfants, avec une diminution associée de l'incidence des maladies évitables par la vaccination, d'une quasi éradication de la poliomyélite (76), et une baisse significative des déclarations de maladie et décès liés aux pathologies couvertes par le Programme, rapportées dans la Région des Amériques de l'OMS (77), à Abu Dhabi (78), en Indonésie (79), dans l'ex-République yougoslave de Macédoine (80), au Nigéria (81,82) et en Sierra Leone (83).

Lors des études visant à analyser l'Initiative mondiale d'éradication de la poliomyélite dans le but d'évaluer son impact sur des systèmes de santé au sens plus large, des avantages certains ont été décelés, comme le renforcement des compétences grâce à la formation du personnel, l'investissement dans des infrastructures et des équipements requérant des investissements importants, des relations meilleures avec la communauté, une confiance accrue de la population dans les services de soins de santé, une mobilisation sociale et une collaboration intersectorielle (1, 84-89).

Leçons et implications stratégiques

Le manque d'études comparant les approches horizontale et verticale est surprenant. Les bases factuelles prouvant clairement l'avantage d'une approche par rapport à l'autre sont donc maigres et se trouvent par ailleurs compliquées par la grande diversité des termes utilisés pour définir les programmes, vertical ou intégré. Eu égard aux bases factuelles limitées, généraliser en affirmant qu'une approche est clairement meilleure que l'autre serait donc imprudent. Il y a plutôt lieu d'adopter une attitude pragmatique lorsque l'on s'interroge sur l'opportunité d'une approche dans un contexte particulier. Cette section traite de considérations essentielles à prendre en compte lorsque le caractère éventuellement adéquat d'une approche en particulier est examiné ou lors du passage d'une approche verticale à une approche horizontale.

Quand les programmes verticaux ont-ils une place dans les systèmes de santé ?

Quoique les services intégrés soient en principe préférables, des programmes verticaux peuvent s'avérer opportuns dans certaines circonstances spécifiques.

Nombre de ces circonstances ont été exposées précédemment et sont traitées plus bas à la lumière des bases factuelles limitées dont nous disposons.

Production de services

Pour certains services présentant une faible variabilité au niveau du contenu des modules de services ou des caractéristiques des utilisateurs de services, la théorie du management et l'actuelle pratique professionnelle en santé suggèrent qu'il devrait être possible d'améliorer les courbes d'apprentissage en concentrant les prestations de services au sein de départements dédiés à cet effet. Des illustrations de ce postulat dans des pays à bas, moyens et hauts revenus englobent la chirurgie non urgente dans le cadre d'interventions fréquentes comme les cataractes et les hernies. Dans d'autres cas de figure, des économies d'échelle peuvent être réalisées, par exemple dans les services de santé mentale et de rééducation après un accident cérébral.

Vu que les fonctions de coût et de production diffèrent selon les pays, il est indispensable que nous disposions de bases factuelles collectées localement afin de pouvoir tirer des conclusions claires concernant la forme appropriée que doivent revêtir les prestations de soins. Par ailleurs, ce n'est qu'après avoir atteint un certain niveau de production que des économies d'échelle sont susceptibles d'être réalisées. Ce niveau sera fonction de la demande, du volume traité, de la casuistique et des paramètres d'approvisionnement de l'unité de production. En outre, l'expérience dans de nombreux pays à hauts revenus montre que certaines spécialités ou interventions peuvent être concentrées au sein de structures organisationnelles intégrées sans recourir à des programmes verticaux. Par conséquent, l'expérience relative à un contexte en particulier peut ne pas être directement transférable à un autre.

Réaction rapide

Dans certains cas de figure, une réaction rapide s'avère souhaitable afin de gérer les urgences de santé publique, comme les vagues de chaleur, la méningite dans des environnements confinés ou encore la grippe aviaire. En pratique, ces situations peuvent requérir une approche verticalisée mobilisant des ressources dédiées issues du système de santé général et d'autres services d'urgence. Dans de tels cas, la riposte à orientation verticale devrait être maintenue tant que le contexte d'urgence persiste, tout en veillant à élaborer des plans clairs en vue de la réintégration ultérieure des services dans le cadre du système de santé standard.

Services pour lesquels les systèmes de santé ne fonctionnent pas

Les approches verticales sont susceptibles d'être plus appropriées dans le cadre de prestations de services d'urgence, mais les systèmes sont trop faibles et les ressources couramment exploitées trop limitées pour être en mesure de fournir

ces prestations par le biais des canaux standard. Si, toutefois, on laisse ces approches verticales proliférer, elles aboutiront selon toute vraisemblance à un patchwork de services non coordonnés. Un renforcement simultané et concerté du système de santé s'impose donc pour éviter cet écueil.

Facteurs liés à la demande

Pour certains programmes, il est possible que le groupe cible n'ait pas directement accès aux prestataires de soins de santé. Plusieurs raisons peuvent justifier cela : le groupe cible est composé d'utilisateurs qui ne fréquentent pas régulièrement les services de santé généraux ; ils sont confrontés à des barrières d'accès liées à des facteurs socioculturels (stigmatisation) qui induisent des comportements d'évitement, ou à des facteurs géographiques (dans les zones difficiles à atteindre où le transport est limité) ; ils craignent une action judiciaire (consommateurs de drogues par injection ou travailleurs du sexe, par exemple) ; ou encore ils sont incapables de rétribuer les services (comme c'est le cas pour de nombreuses personnes démunies dans les pays à bas et moyens revenus). Pour ces groupes, des interventions ciblées (sur une base permanente ou lors de campagnes intermittentes) sont plus appropriées pour assurer une couverture rapide.

Compétences des ressources humaines

La disponibilité de ressources humaines, leurs compétences professionnelles et leurs modes de fonctionnement influencent la structure des services de santé. Proposer des prestations de soins complexes et intégrées dans le cadre de soins primaires ou dans des environnements communautaires (pour la santé mentale par exemple) peut s'avérer impossible eu égard aux contraintes liées aux ressources, même si des bases factuelles attestent le bénéfice offert par des approches de ce type. En outre, les personnels de santé qui ont œuvré dans des environnements spécialisés éprouvent généralement des difficultés à retourner dans des environnements plus intégrés, créant ainsi des groupes fortement résistants à l'intégration.

Opérer des changements dans les programmes verticaux et horizontaux

Lorsque des décideurs envisagent l'opportunité de passer à des approches plus intégrées et s'interrogent sur la meilleure façon de procéder, six questions essentielles, propres à étayer leur réflexion -les trois premières sont tirées de Criel et al. (90) -, sont à considérer :

- L'intégration est-elle souhaitable (valeur ajoutée) ?
- L'intégration est-elle possible (eu égard aux compétences des ressources humaines et à l'infrastructure, par exemple) ?
- L'intégration est-elle opportune (pour renforcer le système de santé) ?

- Existe-t-il un plan clair précisant la façon dont les services intégrés vont être gérés ?
- Existe-t-il une procédure d'intégration clairement définie décrivant les différentes phases et séquences ? Comment l'opposition politique sera-t-elle gérée ?
- Existe-t-il des procédures de contrôle et d'évaluation qui alerteront les décideurs en cas de problèmes ?

Toutes les réponses à ces questions dépendent nécessairement du contexte. En particulier, l'économie politique et les paramètres techniques liés à l'organisation et au financement du système de santé auront un impact sur l'étendue de l'intégration et doivent donc être soigneusement évalués. Ceux-ci sont traités chacun à leur tour.

Économie politique

Bien qu'il existe de bonnes raisons justifiant l'instauration de programmes verticaux dans certains contextes spécifiques, quelques-uns des problèmes les plus aigus auxquels sont confrontés les décideurs par rapport à ces programmes touchent à l'économie politique.

Dans certains contextes, un choc externe (une guerre civile, une crise économique, un changement d'orientation politique, l'entérinement de nouvelles lois, etc.) ou un désir de s'affranchir totalement du passé créent les conditions pour modifier les structures organisationnelles et les mécanismes de prestations de service pour s'orienter vers des approches plus intégrées. Dans d'autres contextes, l'on observe que divers groupes ayant des intérêts particuliers ont résisté. Citons par exemple l'économie politique qui a soutenu le débat vertical versus horizontal dans la Région européenne de l'OMS, et plus particulièrement dans la partie orientale de la Région, où les programmes verticaux persistent. Ce débat a été complexe et modelé par la relation existant entre les pays donateurs et les pays bénéficiaires (les donateurs induisant la verticalité). À noter que l'héritage des programmes verticaux vient encore compliquer la donne. Dans beaucoup de pays de cette région, de puissants groupements d'intérêts ont en effet généré d'importantes difficultés qui sont venues entraver la réalisation de toute réforme significative de l'organisation, du financement et des prestations du système de santé. Ceci est particulièrement vrai pour la tuberculose, le VIH et la consommation de drogues injectables (91), vu la résistance forte à l'encontre des programmes horizontaux, considérés comme « étranges », « naïfs, utopistes et irréalisables » (92,93). Dans ce cadre, toute modification au niveau des prestations de services devrait s'accompagner de changements au niveau des modalités de gouvernance des systèmes de santé, de l'organisation et du financement, assortis de réformes légales et régulatrices ; tous éléments créant des obstacles au changement.

Facteurs liés au système de santé

Le financement et les modalités organisationnelles d'un système de santé se construisant progressivement au fil du temps, ils influencent substantiellement la mesure dans laquelle le système en question est propice au développement d'un système de prestations intégré.

Dans de nombreux systèmes de santé, les programmes pour les interventions de santé publique, les maladies infectieuses et la santé mentale ont traditionnellement été organisés comme des services verticaux, avec des structures organisationnelles parallèles rapportant directement au ministère de la Santé et, le plus souvent, selon des flux de financement réservés qui n'offrent aucune souplesse permettant de faire passer des fonds d'un programme à l'autre. En Europe, cela est particulièrement vrai dans les pays de la partie orientale de la Région qui développent des programmes parallèles pour « les maladies à dimension sociale », à savoir la tuberculose, le VIH, la toxicomanie, les maladies sexuellement transmissibles, le diabète et la santé mentale. Dans ces pays, même lorsque les professionnels de santé ou les décideurs locaux veulent et affirment chercher à réaliser l'intégration opérationnelle avec les systèmes de prestations de soins généraux, les structures organisationnelles et les mécanismes de financement fonctionnent comme des barrières (94). Cela vaut également pour certains pays d'Amérique latine qui ont organisé les services autour de maladies ou de catégories d'âge (95).

En ce qui concerne les pays à bas et moyens revenus, le fait de dépendre d'un système de financement extérieur pour les systèmes de santé peut constituer le facteur le plus critique lorsqu'il s'agit de déterminer dans quelle mesure les services sont organisés verticalement. Pour des maladies ou services spécifiques, les fonds proviennent souvent de canaux de financement externes émanant d'agences de donateurs multilatéraux et bilatéraux et, de plus en plus, d'organisations philanthropiques. Citons comme exemples le Fonds mondial avec le VIH, la tuberculose et le paludisme ; l'UNICEF avec la PCIME, l'Alliance GAVI et les services de vaccination ; et le Fonds des Nations Unies pour la population (FNUPA) et la santé reproductive. Bien que ces agences mettent aussi l'accent sur le développement des systèmes de santé, les structures de gouvernance et de hiérarchisation pour les programmes axés sur une maladie et un type de services sont susceptibles d'encourager la verticalisation et de constituer un obstacle à l'intégration au sein du système de santé général et/ou au sein des soins primaires. Même dans les pays où les fonds externes ont été mis en commun par le biais d'approches sectorielles et de « supports budget », le financement parallèle vertical et les structures de reporting dominant. Quoique ces contraintes viennent indubitablement compliquer l'intégration des services, les décideurs doivent négocier avec les agences de financement qui encouragent les programmes à orientation verticale et veiller à ce que les débordements soient réduits à leur plus simple expression.

Considérations politiques relatives à la mise en œuvre de programmes verticaux

Tout comme les considérations techniques et d'économie politique diffèrent selon les contextes, la façon dont les programmes verticaux sont intégrés dans les services généraux varie également. Ceci, en retour, impacte les choix de politique disponibles.

La première considération politique a trait à la durée du programme : le programme vertical sera-t-il limité dans le temps ou à durée indéterminée ? Une fois le choix arrêté, plusieurs options de politique se présentent pour chaque cas.

Limité dans le temps

Idéalement, les programmes verticaux devraient être limités dans le temps et présenter des stratégies clairement définies afin d'éviter les effets de débordement négatifs pour le système de santé et encourager l'intégration dans les services de santé généraux ultérieurement. Ces stratégies devraient également formuler de quelle façon les programmes verticaux doivent être exploités afin de renforcer les systèmes de santé et tout particulièrement les soins primaires.

Dans ce cas de figure, les considérations politiques devraient mettre l'accent sur le développement de mécanismes afin de limiter les risques d'effets de débordement négatifs sur le système de santé, particulièrement afin d'empêcher les programmes verticaux :

- de détourner les ressources humaines des services de santé généraux ;
- de détourner le temps compté des personnels de management et de santé au profit de la gestion du programme ;
- de surcharger les systèmes de gestion des achats et de gestion de la chaîne logistique ;
- de fragmenter les systèmes d'évaluation et de contrôle du système de santé en générant des structures doubles ;
- de créer une inflation des salaires et des différentiels au niveau de la structure des salaires et des primes qui affecteraient négativement la motivation du personnel au sein du système de santé général ;
- de réduire le financement habituel et d'amoindrir les chances de durabilité une fois le programme clôturé ;
- de saper la confiance entre les prestataires et les utilisateurs et d'étouffer les initiatives communautaires en imposant par la voie hiérarchique des solutions élaborées à l'extérieur.

Durée indéterminée

Dans plusieurs contextes, à cause de la fragilité de l'État, de la capacité limitée du système de santé et de la faiblesse des soins primaires, l'intégration peut ne pas être réalisable et les programmes verticaux auront une durée indéterminée. Lorsque c'est le cas, les liens entre les programmes verticaux et les systèmes de santé généraux peuvent être renforcés tant au niveau stratégique qu'opérationnel, et ce de plusieurs façons.

Le lien au niveau stratégique peut être amélioré à la faveur de modalités de gouvernance partagée, assorties d'une solide supervision au point d'intersection entre les programmes verticaux et horizontaux ; en instaurant des mécanismes qui permettent la planification, l'approvisionnement, le contrôle et l'évaluation conjoints avec le système de santé général ; et par le biais de mécanismes autorisant le groupement et la gestion conjointe des fonds.

Quant au lien opérationnel, il peut être amélioré en veillant à ce que les programmes verticaux ne soient pas proposés via des structures de prestations distinctes mais bien par des unités de prestataires de services généraux (afin de créer en faveur des utilisateurs des services une opportunité d'accès simultané aux services généraux, si nécessaire) ; en instaurant des mécanismes clairs facilitant un dialogue régulier entre les managers des programmes horizontaux et verticaux ; et enfin en développant conjointement des lignes directrices communes de soins qui mettent l'accent sur l'utilisateur et permettent, en temps opportun, le mouvement des clients entre les programmes verticaux et les services de santé généraux.

Conclusions

Les bases factuelles limitées tendent à montrer que les programmes verticaux comme horizontaux peuvent s'avérer bénéfiques dans différents contextes. Tandis que des programmes verticaux ont empêché d'apporter des réponses efficaces aux épidémies de paludisme, de tuberculose et de VIH dans plusieurs environnements, dans d'autres, par contre, des programmes horizontaux ont généré des bénéfices tangibles pour certaines pathologies, comme les maladies évitables par la vaccination, le VIH, la santé mentale et la schistosomiase. Toutefois, eu égard aux bases factuelles limitées, il convient d'être prudent et de s'abstenir de généraliser en affirmant qu'une approche est meilleure que l'autre.

Les deux approches présentent des atouts et des faiblesses, qui varient en fonction de la ou des maladies en présence et du contexte spécifique. Lorsqu'il s'agit de décider quelle approche sera la plus adéquate, il convient de tenir compte de la maladie à appréhender, du groupe cible, de la capacité du système de santé, des spécificités liées à la production et des facteurs

contextuels, sans oublier d'évaluer l'urgence avec laquelle les services doivent être mis à disposition. Les avantages des programmes verticaux résident dans le fait qu'ils mettent l'accent sur les besoins de la population vis-à-vis d'une maladie en particulier, font appel à du personnel spécialisé (qui, en principe, ne prend en charge qu'une seule maladie), disposent de ressources réservées et fonctionnent dans un mode projet avec des objectifs clairement précisés, à atteindre dans des délais définis (et souvent courts). C'est pourquoi il est suggéré que les programmes verticaux ont tendance à être plus efficaces que les approches horizontales en termes de réalisation des objectifs. À l'inverse, les approches horizontales soulignent l'individu, font appel à du personnel généraliste traitant des maladies et symptômes multiples, réagissent aux besoins de l'utilisateur ainsi qu'à la demande et sont plus holistiques dans leur approche, présentant souvent des liens inter et intrasectoriels. Il n'en reste pas moins que les atouts de chaque approche seront plus susceptibles d'être valorisés si leurs faiblesses inhérentes propres sont appréhendées et si l'approche choisie est soigneusement en phase avec le contexte et le système de santé.

Par ailleurs, il n'y a aucune raison justifiant que des approches horizontales et verticales ne puissent pas coexister. Il peut être recouru à un programme vertical en guise de stratégie temporaire en vue de traiter efficacement le problème en présence, tout en veillant à faire des efforts concrets afin de renforcer le système de santé pour, à terme, réaliser l'intégration lorsque celle-ci sera jugée opportune et réalisable. Une telle approche garantirait, à court terme, que les objectifs et l'efficacité du programme ne soient pas compromis tandis que l'envergure des opérations est progressivement élargie à la faveur d'un système de santé renforcé, dont la capacité se voit augmentée pour répondre à d'autres besoins. À court terme, les bases factuelles limitées, les contextes très divers et les différences au niveau de la capacité des systèmes de santé plaident en faveur du pragmatisme plutôt que pour des approches motivées par des valeurs ou le dogmatisme. Néanmoins, comme cette synthèse l'illustre, nous avons également besoin de bases factuelles solides qui viennent documenter des décisions garantes de politiques adéquates et capables de répondre aux défis sanitaires en gestation d'une façon à la fois efficace et effective.

Références

1. Msuya J. *Horizontal and vertical delivery of health services: what are the tradeoffs?* Washington, DC, Banque mondiale, 2005.
2. Gounder C. The progress of the Polio Eradication Initiative: what prospects for eradicating measles? *Health Policy and Planning*, 1998, 13:212–233.
3. Bradley DJ. The particular and the general. Issues of specificity and verticality in the history of malaria control. *Parassitologia*, 1998, 40:5–10.
4. Gish O. Malaria eradication and the selective approach to health care: some lessons from Ethiopia. *International Journal of Health Services*, 1992, 22:179–192.
5. Travis P et al. Overcoming health-systems constraints to achieve the Millennium Development Goals. *Lancet*, 2004, 364:900–906.
6. *The world health report 2003 – shaping the future*. Geneva, World Health Organization, 2003 (<http://www.who.int/whr/2003/en>, consulté le 1^{er} mai 2008).
7. Raviglione MC, Pio A. Evolution of WHO policies for tuberculosis control, 1948–2001. *Lancet*, 2002, 359:775–780.
8. Jong-wook L. Global health improvement and WHO: shaping the future. *Lancet*, 2003, 362: 2083–2088.
9. Mills A. Vertical vs horizontal health programmes in Africa: idealism, pragmatism, resources and efficiency. *Social Science and Medicine*, 1983, 17:1971–1981.
10. *Integration of health care delivery. Report of a WHO study group*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 1996 (Technical Report Series, No. 861; http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_861.pdf, consulté le 1^{er} mai 2008).
11. Briggs CJ, Garner P. Strategies for integrating primary health services in middle- and low-income countries at the point of delivery. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2006, (2):CD003318.
12. Unger J-P, Paepe P, Green A. A code of best practice for disease control programmes to avoid damaging health care services in developing countries. *International Journal of Health Planning and Management*, 2003, 18:S27–S39.
13. Walsh JA, Warren KS. Selective primary health-care – Interim strategy for disease control in developing-countries. *New England Journal of Medicine*, 1979, 301:967–974.
14. Tulloch J. Integrated approach to child health in developing countries. *Lancet*, 1999, 354(Suppl. II):16–20.
15. *Better health in Africa: experience and lessons learned*. Washington, DC, World Bank, 1994.
16. Coker RJ et al. Tuberculosis control in Samara Oblast, Russia: institutional and regulatory environment. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 2003, 7:920–932.
17. Oliviera-Cruz V, Kurowski C, Mills A. Delivery of health interventions: searching for synergies within the vertical versus horizontal debate. *Journal of International Development*, 2003, 15:67–86.
18. Cairncross S, Peries H, Cutts F. Vertical health programmes. *Lancet*, 1997, 349(Suppl. III):20–22.
19. Eddy DM. What care is essential? What services are basic? *Journal of the American Medical Association*, 1991, 265:786–788.
20. Unger JP, Killingsworth JR. Selective primary health care: a critical review of methods and results. *Social Science and Medicine*, 1986, 22:1001–1013.
21. Berman PA. Selective primary health care: is efficient sufficient? *Social Science and Medicine*, 1982, 16:1054–1094.
22. McKeown T. *The role of medicine: dream mirage or nemesis?* Oxford, Blackwell, 1979.
23. Bryant JH. *Health and the developing world*. Ithaca, NY, Cornell University Press, 1969.
24. Brown TM, Cueto M, Fee E. *The World Health Organization and the transition from “international” to “global” public health*. Cape Town, Global Health Trust, 2004 (<http://www.ghwatch.org/2005report/ghw.pdf>, consulté le 1^{er} mai 2008).
25. Gish O. Selective primary health care: old wine in new bottles. *Social Science and Medicine*, 1982, 16:1049–1053.
26. Sen K, Koivusalo M. Health care reforms in developing countries. *International Journal of Health Planning and Management*, 1998, 13:199–215.

27. *Plan to stop TB in 18 high-priority countries in the WHO European Region, 2007–2015*. Copenhagen, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2007 (<http://www.euro.who.int/document/E91049.pdf>, consulté le 1^{er} mai 2008).
28. Segall M, Vienonen M. Haikko Declaration on actions for primary health care. *Health Policy and Planning*, 1987, 2:258–265.
29. Nicoll A. Integrated management of childhood illness in resource-poor countries: an initiative from the World Health Organization. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 2000, 94:9–11.
30. Conn CP, Jenkins P, Touray SO. Strengthening health management: experience of district teams in The Gambia. *Health Policy and Planning*, 1996, 11:64–71.
31. Smith DL, Bryant JH. Building the infrastructure for primary health care: an overview of vertical and integrated approaches. *Social Science and Medicine*, 1988, 26:909–917.
32. Banerji D. Political context of the work of international agencies – a fundamental shift in the approach to international health by WHO, UNICEF, and the World Bank: instances of the practice of “intellectual fascism” and totalitarianism in some Asian countries. *International Journal of Health Services*, 1999, 29:227–259.
33. Stefanini A, Ruck N. Managing externally-assisted health projects for sustainability in developing countries. *International Journal of Health Planning and Management*, 1992, 7:199–210.
34. Cochi SL et al. Group report: what are the societal and political criteria for disease eradication? In: Dowdle WR, Hopkins DR, eds. *The eradication of infectious diseases. Report of the Dahlem Workshop on the Eradication of Infectious Diseases, Berlin, March 16–22*. Chichester, John Wiley & Sons, 1998:157–176.
35. Taylor CE, Cutts F, Taylor ME. Ethical dilemmas in current planning for polio eradication. *American Journal of Public Health*, 1997, 87:922–925.
36. Loevinsohn B et al. Impact of targeted programmes on health systems: a case study of the polio eradication initiative. *American Journal of Public Health*, 2002, 92:19–23.
37. Weil DEC. Advancing tuberculosis control within reforming health systems. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 2000, 4:597–605.
38. Ageel ARM, Amin MA. Integration of schistosomiasis control activities into the primary health care system in the Gizan region, Saudi Arabia. *Annals of Tropical Medicine and Parasitology*, 1997, 91:907–915.
39. Coura Filho P et al. A municipal level approach to the management of schistosomiasis control in Peri-Peri, MG, Brazil. *Revista do Instituto de Medicina Tropical São Paulo*, 1992, 34:543–548.
40. Wilkinson D. Tuberculosis and health sector reform: experience of integrating tuberculosis services into the district health system in rural South Africa. *International Journal of Lung Diseases*, 1999, 3:938–943.
41. Bachmann MO, Makan B. Salary inequality and primary care integration in South Africa. *Social Science and Medicine*, 1997, 45:723–729.
42. Lush L et al. Integrating reproductive health: myth and ideology. *Bulletin of the World Health Organization*, 1999, 77:771–777.
43. Unger J et al. A plea for an initiative to strengthen family medicine in public health care services of developing countries. *International Journal of Health Services*, 2002, 32:799–815.
44. Atun RA et al. Barriers to sustainable tuberculosis control in the Russian Federation. *Bulletin of the World Health Organization*, 2005, 83:217–223.
45. Atun RA et al. Analysis of how health system context influences HIV control: case studies from the Russian Federation. *Bulletin of the World Health Organization*, 2005, 83:730–738.
46. Atun RA et al. Health systems' responses to 25 years of HIV in Europe and central Asia: inequities persist and challenges remain. *Health Policy*, 2008, 85:162–171.
47. Mounier S et al. HIV/AIDS in central Asia. In: Twigg JL, ed. *HIV/AIDS in Russia and Eurasia*. Vol. II. New York, Palgrave MacMillan, 2007.
48. Drobniowski F, Atun RA, Coker R. Bear trap: the colliding epidemics of multi-drug resistant tuberculosis and HIV in Russia. *International Journal of STD and AIDS*, 2004, 15:641–646.

49. Atun RA et al. Impact of an effective multidrug resistant tuberculosis control programmes in the setting of an immature HIV epidemic: system dynamics simulation model. *International Journal of STD and AIDS*, 2005, 16:560–570.
50. Atun RA et al. Impact of joined-up HIV harm reduction and multidrug resistant tuberculosis control programmes in Estonia: system dynamics simulation model. *Health Policy*, 2007, 81:207–217.
51. Gunderson SG et al. Control of *Schistosoma mansoni* in the Blue Nile Valley of western Ethiopia by mass chemotherapy and focal snail control: a primary health care experience. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 1990, 84:819–825.
52. Gilson L et al. Cost-effectiveness of improved treatment services for sexually transmitted diseases in preventing HIV-1 infection in Mwanza Region, Tanzania. *Lancet*, 1997, 350:1805–1809.
53. Cohen MS. Sexually transmitted diseases enhance HIV transmission: no longer a hypothesis. *Lancet*, 1998, 351(Suppl. 3):5–7.
54. Mayaud P et al. Improved treatment services significantly reduce the prevalence of sexually transmitted diseases in rural Tanzania: results of a randomized controlled trial. *AIDS*, 1997, 11:1873–1880.
55. Boekeloo BO et al. A STD/HIV prevention trial among adolescents in managed care. *Pediatrics*, 1999, 103:107–115.
56. Proude EM, D'Este C, Ward JE. Randomized trial in family practice of a brief intervention to reduce STI risk in young adults. *Family Practice*, 2004, 21:537–544.
57. Lush L et al. Defining integrated reproductive health: myth and ideology. *Bulletin of the World Health Organization*, 1999, 77:771–777.
58. Dallabetta GA, Gerbase AC, Holmes KK. Problems, solutions and challenges in syndromic management of sexually transmitted diseases. *Sexually Transmitted Infections*, 1998, 74(Suppl. 1):S1–S11.
59. Druce N et al. *Strengthening linkages for sexual and reproductive health, HIV and AIDS: progress, barriers, and opportunities for scaling up*. London, Department for International Development Health Resource Centre, 2006 (www.dfidhealthc.org/publications/HIV_SRH_strengthening_responses_06.pdf, consulté le 1^{er} mai 2008).
60. Lush L. Service integration: an overview of policy developments. *International Family Planning Perspectives*, 2002, 28:71–75.
61. Jenkins R, Strathdee G. The integration of mental health care with primary care. *International Journal of Law and Psychiatry*, 2000, 23:277–291.
62. Druss BG et al. Integrated medical care for patients with serious psychiatric illness. *Archives of General Psychiatry*, 2001, 58:861–868.
63. Badamgarav E et al. Effectiveness of disease management programs in depression. *American Journal of Psychiatry*, 2003, 160:2080–2090.
64. Sherbourne CD et al. Long-term effectiveness of disseminating quality improvement for depression in primary care. *Archives of General Psychiatry*, 2001, 58:696–703.
65. Unützer J et al. Two-year effects of quality improvement programs on medication management for depression. *Archives of General Psychiatry*, 2001, 58:935–942.
66. Williams JW et al. Treatment of dysthymia and minor depression in primary care: a randomized controlled trial in older adults. *Journal of the American Medical Association*, 2000, 284:1519–1526.
67. Fleming MF et al. Brief physician advice for problem alcohol drinkers: a randomized controlled trial in community-based primary care practices. *Journal of the American Medical Association*, 1997, 277:1039–1045.
68. Unützer J et al. Collaborative care management of late-life depression in the primary care setting: a randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 2002, 288:2836–2845.
69. Simon GE et al. Cost-effectiveness of a collaborative care program for primary care patients with persistent depression. *American Journal of Psychiatry*, 2001, 158:1638–1644.
70. Katon WJ et al. Cost-effectiveness and cost offset of a collaborative care intervention for primary care patients with panic disorder. *Archives of General Psychiatry*, 2002, 59:1098–1104.
71. Callahan MC et al. Effectiveness of collaborative care for older adults with Alzheimer disease in primary care. *Journal of the American Medical Association*, 2006, 295:2148–2157.

72. McDaid D et al. Health system factors impacting on delivery of mental health services in Russia: multi-methods study. *Health Policy*, 2006, 79:144–152.
73. Jenkins R et al. Mental health reform in Russia – an integrated approach to achieve social inclusion and recovery. *Bulletin of the World Health Organization*, 2007, 85:858–866.
74. Krahn DD et al. PRISM-E: comparison of integrated care and enhanced specialty referral models in depression outcomes. *Psychiatric Services*, 2006, 57:946–953.
75. Santoni F. The expanded program of vaccination: 25 years tomorrow. *Médecine Tropicale*, 2001, 61:177–185.
76. Guerin ND, Antona EA. Expanded program of vaccination. Results and prospects. *Annales de Médecine Interne*, 1998, 149:372–378.
77. Valenzuela MT et al. Achievements and challenges of the expanded immunization program in the Americas. *Revista Medica de Chile*, 2000, 128:911–922.
78. Akef ZA, Radwan M. Evaluation of expanded program on immunization during the first year of life in Abu Dhabi. *Journal of the Egyptian Public Health Association*, 1995, 70:57–83.
79. Kim-Farley R et al. Assessing the impact of the expanded programme on immunization: the example of Indonesia. *Bulletin of the World Health Organization*, 1987, 65:203–206.
80. Koop DG, Jackson BM. Results of the expanded program on immunization in the Macedonian refugee camps. *American Journal of Public Health*, 2001, 91:1656–1659.
81. Bondi FS, Alhaji MA. The EPI in Borno State, Nigeria: impact on routine disease notifications and hospital admissions. *Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 1992, 95:373–381.
82. Babayiniyi O. A ten year review of morbidity from childhood preventable diseases in Nigeria: how successful is the Expanded Programme on Immunization (EPI)? *An update. Journal of Tropical Pediatrics*, 1990, 36:306–313.
83. Amin R. Immunization coverage and child mortality in two rural districts of Sierra Leone. *Social Science and Medicine*, 1996, 42:1599–1604.
84. Levin A, Ram S, Kaddar M. The impact of the Global Polio Eradication Initiative on the financing of routine immunization: case studies in Bangladesh, Cote d'Ivoire, and Morocco. *Bulletin of the World Health Organization*, 2002, 80:822–828.
85. Bonu S, Rani M, Razum O. Global public health mandates in a diverse world: the polio eradication initiative and the expanded programme on immunization in sub-Saharan Africa and South Asia. *Health Policy*, 2004, 70:327–345.
86. Bonu S, Rani M, Baker TD. The impact of the national polio immunization campaign on levels and equity in immunization coverage: evidence from rural North India. *Social Science and Medicine*, 2003, 57:1807–1819.
87. Loevinsohn BP, Ayward B. Impact of targeted programs on health systems: a case study of the Polio Eradication Initiative. *American Journal of Public Health*, 2002, 92:19–23.
88. Adachi M. *A review of a mass immunization campaign in polio eradication initiative and Tanzania case in 1996*. Boston, Takemi Program in International Health, Harvard School of Public Health, 1999.
89. Levin A et al. *Impact of the Polio Eradication Initiative on donor contributions to routine immunization*. Bethesda, MD, Abt Associates Inc., 2001 (Partnership for Health Reform Special Initiatives Report No. 36).
90. Criel B, Kegels G, Van der Stuyft P. A framework for analysing the relationship between disease control programmes and basic health care. *Tropical Medicine and International Health*, 2004, 9(Suppl.):A1–A4.
91. Atun R, Olynik I. Resistance to implementing policy change: the case of Ukraine. *Bulletin of the World Health Organization*, 2008, 86:147–154.
92. Tkatchenko-Schmidt E et al. Prevention of HIV among injecting drug users in Russia: opportunities and barriers to scaling-up of harm reduction programmes. *Health Policy*, 2008, 85:162–171.
93. Atun RA et al. Implementing WHO DOTS strategy in the Russian Federation: stakeholder attitudes. *Health Policy*, 2005, 74:122–132.
94. Coker R, Atun RA, McKee M, eds. *Health systems and the challenge of communicable diseases: experiences from Europe and Latin America*. Maidenhead, Open University Press, 2008.
95. Marquez P. Health system reforms and communicable diseases in Latin America and the Caribbean. In: Coker R, Atun RA, McKee M, eds. *Health systems and the challenge of communicable diseases: experiences from Europe and Latin America*. Maidenhead, Open University Press, 2008.

Organisation mondiale de la santé
Bureau régional de l'Europe
Scherfigsvej 8,
DK-2100 Copenhague Ø,
Danemark
Tél. : +45 39 17 17 17
Fax : +45 39 17 18 18
Courriel : postmaster@euro.who.int
Site Web : www.euro.who.int

La présente publication fait partie de la série de synthèses élaborées conjointement par le Réseau des bases factuelles en santé et l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé. Destinée principalement aux responsables politiques en quête de communications inspirant l'action, cette série de synthèses aborde des questions du type : y a-t-il un problème et pourquoi ; que sait-on des conséquences probables liées à l'adoption de stratégies spécifiques en vue d'appréhender le problème et comment, en prenant dûment en compte les considérations relatives à la mise en œuvre des politiques, ces stratégies peuvent-elles être combinées pour constituer des options politiques réalisables.

Cette série, qui développe les rapports de synthèse du Réseau et les synthèses de l'Observatoire, se fonde sur un examen et une évaluation rigoureux des bases factuelles disponibles grâce à la recherche, ainsi que sur une appréciation de leur pertinence dans les contextes européens. Ces synthèses n'ont pas pour objectif de proposer des modèles idéaux ou de préconiser des approches mais visent, par la synthèse de bases factuelles essentielles et leur interprétation en termes de pertinence au regard de la politique, à communiquer des messages à propos des choix de politique éventuels.

Le **Réseau des bases factuelles** en santé du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe constitue une source fiable d'informations factuelles à l'adresse des responsables politiques des 53 États membres de la Région européenne de l'OMS. Il fournit en temps opportun des réponses à des questions politiques dans le domaine de la santé publique, des soins de santé et des systèmes de santé, et ce sous forme de rapports fondés sur des bases factuelles, de synthèses, de résumés ou de notes, et propose sur son site Web un accès facile à des bases factuelles et à des informations en provenance d'un certain nombre de sites Web, de bases de données et de documents (<http://www.euro.who.int/HEN?language=French>).

L'**Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé** est un partenariat qui soutient et promeut l'élaboration de politiques de santé fondées sur des bases factuelles, à la faveur d'une analyse approfondie et rigoureuse des systèmes de santé dans la Région européenne. Il rassemble un large éventail de décideurs politiques, d'universitaires et de praticiens pour analyser les tendances de la réforme des systèmes de santé, et ce en exploitant l'expérience acquise dans toute l'Europe pour faire la lumière sur les questions de politique. Les produits de l'Observatoire sont disponibles sur son site Web (<http://www.euro.who.int/observatory>).