

Devant ces appréciations divergentes des priorités, il est essentiel à l'heure qu'il est d'accepter qu'on n'est pas en présence d'une «bonne» opinion et d'une «mauvaise». S'agissant de coopération technique, il faut abandonner à l'histoire les attitudes de type messianique. D'une manière générale, les groupes en présence sont aussi à même de juger une situation les uns que les autres et sont gens d'expérience. Les uns et les autres désirent s'attaquer et si possible résoudre les problèmes de manière aussi efficace et aussi économique que possible. Mais il faut se souvenir qu'ils fonctionnent dans des conditions différentes et, en particulier, à partir de connaissances différentes quant au milieu, spécialement sur le plan socio-culturel. Partant de données non identiques, ils procèdent à des analyses différentes et arrivent à des conclusions différentes. Le problème n'est donc pas vraiment de persuader l'autre, mais bien plutôt d'être mieux conscient de la dynamique de ses prises de décision. Et on doit souhaiter que, en coopération technique en général, on voue plus d'attention à l'avenir au point de vue centripète du «receveur» (par rapport au point de vue centrifuge du «donneur») que cela n'a souvent été le cas jusqu'ici.

Zusammenfassung
Unterschiedliche Gewichtung von Prioritäten
in der Entwicklungszusammenarbeit

Der optimale Einsatz von Mitteln, gemessen an den wichtigsten Bedürfnissen der betroffenen nationalen oder regionalen Bevölke-

rungsgruppen, ist ein zentrales Gebot der Entwicklungszusammenarbeit. Dieses Prinzip ist unbestritten. Die Praxis zeigt jedoch, dass die Gewichtung der Prioritäten durch Geber- und Empfängerländer ganz unterschiedlich erfolgt. Während die Stellen für technische Zusammenarbeit ihre Anstrengungen auf limitierte und überschaubare Projekte – «Schlüsselfaktoren» – konzentrieren, legen die verantwortlichen Planungsbehörden in den Ländern der dritten Welt immer mehr Wert auf eine Gesamtsicht des Entwicklungsprozesses, welche ein koordiniertes Vorgehen gleichzeitig in sämtlichen gesellschaftlichen Bereichen ermöglichen sollte.

In der Gewichtung dieser beiden Ansichten zeigen sich grosse Unterschiede: Das Geberland sieht die Entwicklungszusammenarbeit als einen Vorgang, welcher von der Stelle für technische Zusammenarbeit ausgeht (*zentrifugal*). Demgegenüber wird sie vom Empfängerland als die Gesamtheit der Anstrengungen betrachtet, welche sich auf eine Bevölkerung konzentrieren (*zentripetal*). Aus diesem Dilemma heraus erklären sich auch mögliche Fehlplanungen und Programme, welche den tatsächlichen Bedürfnissen der Bevölkerung nicht entsprechen.

Anhand zweier Beispiele zeigt der Autor diese Schwierigkeiten auf: einerseits geht es um den Aufbau einer medizinischen Infrastruktur (ländliche Unterversorgung und gleichzeitiger Aufbau von grossen Spitälern in den Hauptstädten), andererseits um die «Bevölkerungsexplosion» und die entsprechenden Familienplanungsprogramme.

Angesichts dieser unterschiedlichen Gewichtung der Prioritäten muss vor allem davon abgekommen werden, einen bestimmten (Entwicklungs-)Weg als den einzig richtigen anzusehen. Man kann annehmen, dass alle Beteiligten an optimalen Lösungen interessiert sind. Die durch unterschiedliche soziokulturelle Standpunkte entstehenden Differenzen bezüglich möglicher Entwicklungswege sollen deshalb nicht zum Anlass genommen werden, den jeweiligen Partner von der Richtigkeit der eigenen Ansicht unbedingt zu überzeugen, sondern vielmehr zum Anlass, die Prämissen des Partners bei dessen divergierenden Entscheidungen besser zu verstehen.

Planification et gestion sanitaires

instruments de coopération technique

M. A. Piot¹

I. Intérêt de la planification et de la gestion sanitaires

Si l'on compare le secteur sanitaire dans les pays fortement industrialisés et dans les pays en voie de développement (tiers monde), on peut constater un certain nombre de différences fondamentales, notamment sur les plans épidémiologique, économique, social et technique. Il n'est pas nécessaire de s'étendre ici sur les profondes différences qui séparent la nature, la distribution et la sévérité des *problèmes* sanitaires des populations des pays industrialisés et ceux des peuples du tiers monde. Une simple comparaison des taux de mortalité infantile ou de l'espérance de vie en donne un résumé saisissant: dans les pays du tiers monde, la mortalité infantile est dix à vingt fois plus élevée et l'espérance de vie de dix à vingt ans plus courte que dans les pays industrialisés.

La situation dans les pays en voie de développement rend indispensable l'élaboration d'instruments nouveaux pour la planification et la gestion sanitaires. L'OMS joue depuis 1970 un rôle important de réflexion et de stimulation dans ce domaine.

Sur le plan *économique*, les différences ne sont pas moins frappantes: dans les pays industrialisés, avec l'émergence du secteur tertiaire, «l'industrie sanitaire» a graduellement acquis une place considérable dans l'économie nationale (6–10% du produit national brut, soit de l'ordre de 100 à 1000 dollars (US) par habitant et par an). Dans le tiers monde, le secteur sanitaire ne représente par contre guère que 1 à 3% du produit national brut, ce qui représente une consommation de l'ordre de 1 à 10 dollars (US) par an par habitant.

¹ Médecin, fonctionnaire médical OMS, c/o UNICEF, 866 United Nations Plaza, New York, N.Y. 10017, USA.

Sur le plan *social*, les différences fondamentales s'expriment par des conceptions variables des rôles respectifs de l'individu, des collectivités locales et de l'Etat en matière de santé. Entre les modèles extrêmes (entière responsabilité des individus dans une économie de marché d'une part, de l'Etat dans le cadre d'une économie planifiée de l'autre) – modèles qui n'existent d'ailleurs pas à l'état pur –, toutes les formules intermédiaires concevables existent (notamment celles faisant principalement appel à la responsabilité des collectivités locales).

Sur le plan *technique* enfin, les systèmes sanitaires des pays nantis reposent sur une haute technologie (aussi bien comme mécanisme causal que comme instrument d'intervention) et sur une spécialisation à outrance des institutions et personnels. A l'opposé et pour des raisons épidémiologiques, économiques et sociales évidentes, les systèmes sanitaires des pays du tiers monde sont basés sur une technologie, des institutions et des ressources humaines relativement moins sophistiquées.

Ce qu'on peut retenir de cette analyse rapide et superficielle, c'est que les modèles sanitaires occidentaux actuels ne sont pas valables aujourd'hui pour les pays du tiers monde et – on peut en faire l'hypothèse – ne le seront pas nécessairement demain. Les différentes conditions épidémiologiques et économiques et les diverses options sociales et techniques exigent des solutions appropriées à chaque pays et à chaque étape de leur développement. La prise de conscience de ces différences fondamentales et de la non-pertinence du modèle occidental a fortement contribué à créer un intérêt croissant pour la planification. Dans les pays en voie de développement, l'apport de la planification sanitaire paraît être essentiel dans leur recherche d'une voie originale et praticable vers la santé de leurs populations.

La planification sanitaire est une discipline relativement jeune, qui s'est développée de façon pragmatique sur la base des expériences acquises dans des pays aussi divers que l'URSS, l'Inde, la Grande-Bretagne, le Chili (Cendes), le Sénégal (Idep), l'Egypte pour n'en mentionner que quelques-uns [1]. Parallèlement, un effort de conceptualisation, de systématisation et de structuration du processus de planification a été entrepris sur le plan académique, notamment aux Etats-Unis [2, 3]. Depuis 1951, l'OMS a accordé un intérêt attentif à cette discipline, qui a fait l'objet d'un certain nombre de réunions scientifiques, de comités d'experts, et de discussions techniques à l'Assemblée mondiale de la santé.

II. Critères pour l'élaboration d'une méthode appropriée

L'objet reconnu de la planification sanitaire est l'*utilisation optimale des ressources* en vue d'améliorer l'état sanitaire des populations; en particulier, elle traite du problème de la rationalisation des choix budgétaires: dans le cadre des connaissances et mesures disponibles pour le diagnostic, la prévention et le traitement des maladies et pour la promotion de la santé, le planifica-

teur envisage une multiplicité d'interventions parmi lesquelles il doit faire un choix judicieux. A cette fin, les alternatives peuvent être évaluées en fonction des ressources qu'elles exigent et des résultats qu'on peut en attendre. Le plus souvent, ce choix doit s'effectuer dans le cadre d'une enveloppe budgétaire et de ressources humaines et matérielles restreintes, et compte tenu des contraintes épidémiologiques, socio-culturelles, politiques et autres. Les résultats des interventions peuvent être mesurés en terme de prestation de services, de couverture des populations ou de bénéfices individuels ou sociaux tels que la réduction des risques et les avantages économiques. Formulés de cette manière, le problème de la planification sanitaire a une structure bien connue qui, à la limite, se prête à une analyse mathématique [4].

Une telle conception, très proche des formules économiques applicables au développement en général, suggère un modèle conceptuel universel alors que, on vient de le voir plus haut, la diversité des situations auxquelles la planification doit faire face exige une flexibilité considérable dans l'application. Il convient de passer brièvement en revue quelques autres critères en matière de planification sanitaire.

1. La planification s'adresse à *différents niveaux de décision*, encore que ces niveaux puissent se recouper ou se chevaucher. Les décisions de politique sanitaire concernent la définition des objectifs prioritaires du secteur en fonction des grandes orientations du développement économique et social du pays: ces priorités peuvent avoir trait aux problèmes sanitaires, aux besoins et demandes des différents groupes de population et aux changements que l'on souhaite y apporter à long terme. Les décisions de stratégie concernent les grandes options envisageables pour la réalisation d'objectifs prioritaires, compte tenu des variables techniques, administratives et socio-culturelles du pays, ainsi que des ressources disponibles. Les décisions stratégiques débouchent sur un (ou plusieurs) programme(s)² comprenant les volets développement et services. Les décisions budgétaires se rapportent au volume et au financement des dépenses d'investissement et de fonctionnement des programmes – compte tenu des autres demandes sectorielles et des disponibilités globales. Enfin, les décisions de type opérationnel concernent la distribution spatiale et la mise en place des institutions, ainsi que l'exécution du programme et des projets³ visant à l'achèvement d'objectifs concrets; elles se fondent sur le progrès, l'efficacité et le rendement des opérations. Ce sont donc au premier plan des décisions de «management».

² Programme: un ensemble cohérent de services et d'activités de développement et d'appui en vue d'accomplir, dans un délai et des limites budgétaires donnés, les objectifs stratégiques définis assignés au système (sanitaire).

³ Projets: un ensemble cohérent d'activités de développement en vue de créer dans un délai donné et avec des ressources définies, les éléments – infrastructures, institutions, personnels, structure d'appoint, etc. – nécessaires au renforcement ou à l'amélioration de la capacité du système (sanitaire).

Il est évident que toutes ces décisions ne se fondent pas seulement sur des éléments objectifs mais aussi sur les valeurs subjectives du décideur. Le domaine objectif prédomine largement dans les décisions de type opérationnel alors que les décisions de politique sanitaire reposent plus sur des valeurs subjectives. Dans la mesure où la planification prétend s'adresser à ces différents niveaux de décision, elle devra s'efforcer de fournir dans chaque cas les éléments objectivables pertinents (les faits, les hypothèses et les raisonnements) et de déceler, dans la mesure du possible, les conflits de valeurs impliqués. Les méthodes de planification devront s'adresser à ces différents niveaux de décision de façon cohérente.

2. La planification peut s'appliquer à différents échelons: national, régional et local, soit indépendamment, soit successivement – et dans ce cas soit «de haut en bas» soit «de bas en haut», ou encore de façon itérative. A ces différents échelons, le contenu des décisions varie naturellement, encore qu'il ne faille pas conclure a priori que les décisions politiques et stratégiques appartiennent nécessairement au seul échelon national, ou que les décisions opérationnelles soient le seul apanage de l'échelon local. On peut fort bien concevoir un processus de planification de «bas en haut» aboutissant à des décisions de politique sanitaire, et vice versa. Les méthodes de planification devront s'adapter à ces différents échelons des institutions nationales.

3. La planification peut impliquer différents participants, notamment des producteurs de soins (ou techniciens), des consommateurs, des administrateurs et des politiciens. Chaque groupe aura évidemment son optique particulière, qui se reflétera principalement dans son échelle de valeurs – mais aussi dans les informations objectives dont il dispose et dans les modes de pensée qu'il adopte pour aborder et résoudre un problème. La nature des décisions et l'échelon d'application influenceront la composition des participants au processus de planification: bien que les décisions de politique sanitaire soient habituellement du ressort des seuls politiciens, leur planification devrait aussi impliquer des techniciens et des administrateurs, voire des consommateurs. De même, les décisions opérationnelles incombent principalement aux administrateurs, mais ici encore on pourrait faire appel aux consommateurs et aux producteurs de soins. Il conviendra donc que les méthodes de planification fassent intervenir et participer les divers groupes intéressés, de façon à combler le fossé qui les sépare aujourd'hui.

Il faut bien reconnaître qu'il n'existe pas, à ce jour, de méthode générale de planification et de gestion sanitaires qui satisfasse les critères ci-dessus. Nous disposons tout au plus d'éléments applicables à certains types de décisions, à certains échelons, et le plus souvent orientés vers les techniciens et les administrateurs.

III. Activités récentes de l'OMS en planification et gestion sanitaires

C'est dans ce contexte, en 1970, que l'OMS, répondant:

- au désir d'améliorer la capacité des pays membres en matière de planification sanitaire;
- à la nécessité de mieux articuler cette planification avec le développement socio-économique;
- à la nécessité d'améliorer la pratique de la gestion sanitaire afin de mieux tirer parti des ressources existantes, et
- au désir de ré-aménager son assistance de façon plus efficace,

a créé une équipe chargée de mettre au point une méthode de planification et de mise en œuvre des projets sanitaires en collaboration avec les administrations des gouvernements intéressés. Conçue, mise à l'épreuve et perfectionnée sur le terrain dans seize pays d'Asie, d'Afrique, d'Europe et d'Amérique latine, cette méthode a été publiée sous la forme d'un manuel de procédures techniques⁴ en 1974 [5].

Conformément au schéma suggéré par *Waterston* [6], qui consiste à promouvoir le développement et l'application graduels de la planification, tout d'abord «projet par projet», puis au niveau de programmes intégrés d'investissements, pour accéder enfin à la planification d'ensemble («comprehensive planning»), l'OMS s'est tournée dès 1973 vers le développement d'une méthode de programmation sanitaire par pays, ici encore en étroite collaboration avec les gouvernements d'un certain nombre de pays membres (23 à ce jour).

Cependant, considérant que la planification ne se justifie que dans l'exécution et la réalisation des projets/programmes, l'OMS poursuivant dans le même temps le développement et l'enseignement des méthodes de gestion applicables au domaine sanitaire. L'approche de l'OMS se réclame de l'analyse de systèmes. Cette discipline peut être décrite comme un ensemble de méthodes permettant de définir les relations qui existent entre les éléments d'un système (et entre systèmes eux-mêmes) et d'estimer les effets pouvant résulter de modifications soit d'un ou plusieurs éléments, soit de la façon dont ils interagissent.

Les méthodes ainsi conçues ont été passées en revue par plusieurs panels en 1971, 1973 et 1975. A cette dernière date, un comité d'experts OMS s'est prononcé sur la validité des concepts et méthodes de planification et de gestion, et a recommandé dans son rapport [7] leur application et adaptation au développement des systèmes sanitaires nationaux, ainsi que leur extension au domaine de la planification des politiques sanitaires. Certains aspects de ces méthodes sont présentés ci-dessous.

⁴ Procédures techniques: une séquence, ou un cycle, explicite d'activités (d'analyse, de conception, etc.) spécifiant pour chacune les entrées requises et les produits résultants.

IV. Programmation sanitaire par pays (PSP) [8]

Les buts de la PSP sont:

- d'identifier les problèmes de santé prioritaires dans le contexte économique et social du développement national;
- de fixer des objectifs dans ces domaines prioritaires;
- d'établir en fonction de ces objectifs différentes stratégies;
- d'élaborer, compte tenu des ressources et de l'organisation nécessaires, un ou des programme(s) d'activités réalisables dans le cadre du plan de développement, et
- d'identifier le (ou les) projet(s) pouvant nécessiter une préparation plus détaillée.

La méthode: Il s'agit d'un travail d'équipe pluridisciplinaire pouvant mobiliser entre cinq et vingt personnes durant quelques semaines ou quelques mois. Les diverses étapes et opérations sont les suivantes:

1. *Collecte, analyse et présentation des données:* a) prévision démographiques; b) évolution de la situation économique; c) état de santé des populations; d) étude des services existants; e) calcul des coûts unitaires; f) analyse de la politique sanitaire.
2. *Analyse de la situation et préparation de propositions de programmes*
 - a) examen de la documentation; b) définition des problèmes sanitaires et parasitaires; c) sélection d'indicateurs d'évolution; d) identification des activités en cours; e) détermination des allocations actuelles des ressources; f) calculs des rendements; g) fixation des objectifs (en terme d'effets sanitaires et socio-économiques mesurables, de prestations de services et de rendement); h) définition des stratégies sanitaires (approche technique, modes d'application); i) analyse des contraintes (sociales, culturelles, religieuses, politiques); j) sélection et révision des stratégies; k) conversion des stratégies en programmes de développement sanitaire: calendrier d'utilisation des ressources humaines, matérielles et financières, et adoption de changements institutionnels; l) conception détaillée de l'approche technique, des méthodes d'application, spécification des populations-cibles, personnels, ressources et budgets; m) analyse des contraintes institutionnelles et financières: applicabilité des programmes en fonction du personnel disponible, des moyens existants de formation, d'appui logistique et de gestion; n) faisabilité financière des programmes en termes de coûts et de ressources disponibles et de mécanismes de financement. Identification des besoins d'appui technique et financier; sélection et justification des programmes réalisables; identification de projets nécessitant une préparation détaillée et calendrier des activités; o) préparation du document; résumé des étapes précédentes et recommandations; p) présentation aux autorités, pour décision.
3. *Décision sur les propositions de programme*
4. *Formulation des projets*

Les buts de la formulation sont les mêmes que ceux

de la PSP; de plus, elle vise à structurer, échelonner et ordonnancer le(s) projet(s) de développement, de manière à en faciliter l'exécution, la gestion et l'évaluation, à étudier et justifier les besoins en apports extérieurs (le cas échéant).

La méthode met en jeu une équipe pluridisciplinaire (de 5 à 20 mois-hommes). On peut débiter par une revue critique, et éventuellement la révision, de certains aspects du programme, notamment:

- les buts, objectifs et «cibles» opérationnels
 - les contraintes
 - la conception stratégique du programme
- Suit la planification du projet proprement dite, c'est-à-dire:

a) énoncé des buts concrets du projet; b) traduction des changements à apporter au système en termes d'activités de développement; c) enchaînement des activités; d) allocation des ressources; e) ordonnancement des activités; f) conception de l'organisation du projet; g) spécification du personnel, des équipements et du budget du projet; et la rédaction de la proposition, qui comprend: révision finale des buts; estimation des avantages et justifications; spécification des besoins d'aide extérieure; élaboration du «format» et production du document.

5. *Gestion de projet(s) sanitaire(s)*

Le but est de créer les conditions administratives (organisation, ordonnancement) et de mettre en place les mécanismes de direction, évaluation et contrôle nécessaires à la bonne exécution du projet et à la réalisation des buts du projet dans les délais et limites impartis.

La méthode est fondée sur la notion d'équipe et le principe de la *gestion par objectifs*. L'équipe et le directeur du projet fonctionnent (à plein temps ou à temps partiel) pour toute la durée du projet.

Faisant suite à la décision de réaliser le projet, la séquence (ou plutôt le cycle) des activités de gestion comprend:

- a) ajustements au plan du projet (nécessités par d'éventuels délais, changements de niveau ou d'échelonnement des ressources, etc.);
- b) recherche de candidats; sélection du directeur de projet; recrutement et orientation des divers agents d'exécution;
- c) analyse détaillée du travail à accomplir; calendrier détaillé; définition des positions et rôles du personnel;
- d) définition de l'autorité et des responsabilités des divers agents et des mécanismes de communication;
- e) obtention des crédits et acquisition des fournitures;
- f) définition et mise en place du système d'évaluation et des mécanismes de contrôle;
- g) direction et exécution contrôlée des activités du projet;

- h) analyse et évaluation des réalisations et du rendement; correction des déviations, dépassements et délais;
- i) et ainsi de suite jusqu'à la fin du projet coïncidant avec la «livraison» du produit de la dernière activité et le transfert des fonctions du projet aux structures administratives en place.

Au stade actuel de leur développement, les méthodes OMS de planification et gestion sanitaires s'articulent entre elles de façon relativement harmonieuse; dans chaque situation spécifique, le point d'entrée peut être soit la programmation, soit l'analyse et formulation de projet, soit la gestion de projets en cours. L'analyse et planification des politiques sanitaires font, quant à elles, l'objet d'études en ce moment.

V. Coopération internationale

La 31e Assemblée mondiale de la santé, tenue à Genève en mai 1978, après avoir convié les Etats membres à introduire ou renforcer un processus intégré de définition des orientations sanitaires et à recourir à cette fin et selon les cas aux méthodes mises au point sous l'égide de l'OMS, les invite entre autres:

«4) à collaborer avec l'OMS et entre eux, selon les besoins, en vue d'appliquer ces méthodes en tant qu'éléments intégrants du processus de développement sanitaire;

5) à coopérer entre eux et avec l'OMS en ce qui concerne l'échange des expériences et des informations portant sur ces méthodes de gestion axées sur le développement sanitaire, ainsi que sur leur application pratique de façon intégrée et efficace.»

et prie le Directeur général, entre autres:

«1) de veiller à ce que les méthodes de gestion pour le développement sanitaire soient conçues et appliquées par l'OMS de façon intégrée;

2) de promouvoir et de conduire des recherches en vue du perfectionnement et de l'intégration de ces méthodes;

3) de collaborer avec les pays, sur leur demande, à la mise en œuvre de leur processus de gestion en vue du développement sanitaire national.»

La planification et la gestion sanitaires sont ainsi devenues un instrument de coopération technique dans le domaine sanitaire.

Résumé

Les modèles occidentaux de stratégie sanitaire ne sont pas applicables aux pays du tiers monde. Le développement de services et systèmes sanitaires originaux et efficaces exige une méthode de planification répondant à certains critères définis. Un effort de coopération OMS-pays dans ce domaine a eu lieu de 1970 à ce jour. Il en résulte une série de procédures fondées sur l'approche systémique pour la programmation, la formulation et la gestion de projets sanitaires, qui ont retenu l'attention de la 31e Assemblée mondiale de la santé. Cet effort de coopération technique se poursuit.

Summary

Health Planning and Management, Instruments for Technical Cooperation

Western models of health strategy are not applicable in developing countries. These need, for developing original and effective health services and systems, a planning method meeting their specific requirements. A WHO-sponsored collaborative development effort from 1970 to this day resulted in a set of programming, project formulation and management procedures broadly based on the systems approach. The 31st World Health Assembly commended this effort, which is on-going.

Zusammenfassung

Gesundheitsplanung und -management, Instrumente der technischen Zusammenarbeit

Die westlichen Modelle der Sanitätsstrategie sind in Entwicklungsländern nicht anwendbar. Die Entwicklung eines originalen und zweckmässigen Gesundheitswesens benötigt Planungsmethoden, die gewisse Bedingungen erfüllen müssen. Durch die Zusammenarbeit zwischen der Weltgesundheitsorganisation und jeweiligen Ländern wurde von 1970 bis heute eine Reihe von Programm- und Projektplanungsmethoden entwickelt, die gewissermassen auf die Systemanalyse aufgebaut sind. Die 31. Generalversammlung der Organisation hat diese Arbeit, die ständig weiter entwickelt wird, anerkannt.

Bibliographie

- [1] Hilleboe, H. E., et al., Planification sanitaire nationale: approche et conception, OMS, Cahiers de Santé Publique No 46, Genève 1972.
- [2] Blum, H. L., Planning for Health, Human Sciences Press, New York 1974.
- [3] Reinke, W. A., Health Planning, John Hopkins University, Baltimore 1972.
- [4] Feldstein, M. S., et al., Resource Allocation Model for Public Health Planning, Bulletin de l'OMS, Supplément au Vol. 48, Genève 1973.
- [5] Bainbridge, J., et Sapirie, S., Gestion de projets sanitaires, OMS, Publication offset No 12, Genève 1974.
- [6] Waterston, A., Development Planning: Lessons of experience, John Hopkins Press, Baltimore 1967.
- [7] Rapport d'un comité d'experts: Application de l'analyse de systèmes à la gestion sanitaire, OMS, Série de rapports techniques, No 596, Genève 1976.
- [8] Rapport du directeur général. Programmation Sanitaire par Pays, OMS, 31e Assemblée mondiale de la santé, document A 31/9, Annexe 3, Genève 1978.