



Organisation
mondiale de la Santé

La difficulté de choisir : Investir en faveur de la santé pour le développement

*Expériences du suivi national de la
Commission macroéconomie et santé*

Sergio Spinaci
Louis Currat
Padma Shetty
Valerie Crowell
Jenni Kehler

Catalogage à la source: Bibliothèque de l'OMS

La difficulté de choisir : investir en faveur de la santé pour le développement : expériences du suivi national de la Commission macroéconomie et santé.

Compris CD-ROM.

1.Commission macroéconomie et santé. 2.Financement, Santé. 3.Dépenses de santé. 4.Planification santé. 5.Programme national santé. 6.Priorités en santé. 7.Délivrance soins. 8.Pays en développement. I.Organisation mondiale de la Santé.

ISBN 92 4 259406 7

(NLM classification: WA 30)

ISBN 978 92 4 259406 5

© Organisation mondiale de la Santé 2006

Tous droits réservés. Il est possible de se procurer les publications de l'Organisation mondiale de la Santé auprès des Editions de l'OMS, Organisation mondiale de la Santé, 20 avenue Appia, 1211 Genève 27 (Suisse) (téléphone : +41 22 791 3264 ; télécopie : +41 22 791 4857 ; adresse électronique : bookorders@who.int). Les demandes relatives à la permission de reproduire ou de traduire des publications de l'OMS - que ce soit pour la vente ou une diffusion non commerciale - doivent être envoyées aux Editions de l'OMS, à l'adresse ci dessus (télécopie : +41 22 791 4806 ; adresse électronique : permissions@who.int).

Les appellations employées dans la présente 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 des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux ne signifie pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé, de préférence à d'autres de nature analogue. 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.

Conception, maquette et impression : Cirrus Graphics Private Limited, B 261 Naraina Industrial Area, New Delhi 110 028 (Inde). Tél: +91 11 4141 1507/7575 Télécopie: +91 11 4141 1508 courriel: cirrus@touchtelindia.net.

Couverture de Tania Mailangkay, www.linesandcolours.com.

Imprimé en Inde

La difficulté de choisir : investir en faveur de la santé pour le développement

Table des matières

Encadrés, figures et tableaux	5
Documents figurant sur le CD-ROM en annexe	6
Avant-propos	8
Remerciements	9
Abréviations	11
Résumé d'orientation	13
Introduction	23
Historique du suivi de la CMS	23
Un climat mondial favorable à la santé et au développement	25
Une augmentation prometteuse des engagements nationaux	26
Une augmentation des ressources extérieures	27
Le déficit de financement de la santé persiste	27
Objectifs du présent rapport	28
L'intérêt des activités liées à la CMS dans les pays	29
Sommaire des chapitres du rapport	29
Chapitre 1 Aperçu des activités nationales liées à la CMS	31
Tirer parti des initiatives et spécificités propres des pays	31
Mettre l'accent sur les groupes les plus défavorisés et vulnérables	31
Adapter les OMD aux priorités sanitaires des pays	32
Coordonner les multiples initiatives de santé et de développement	33
Planifier la meilleure utilisation possible des ressources	34
Affecter plus efficacement les ressources disponibles	34
Réunir des éléments de sensibilisation, de planification et d'harmonisation	35
Chapitre 2 Partager les expériences des pays	39
Champs d'action des commissions nationales macroéconomie et santé	39
Renforcer le soutien politique à l'accroissement de l'investissement sanitaire et au positionnement de la santé dans le développement	39

Mettre en place des stratégies et systèmes de portée générale plus dynamiques à l'égard de la santé des plus défavorisés	41
Améliorer l'efficacité de l'aide au développement pour la santé	45
Les initiatives au niveau des pays	47
Cambodge	47
Communauté des Caraïbes	50
Chine	53
Ghana	57
Inde	60
Indonésie	65
Mexique	67
Népal	70
Rwanda	72
Sénégal	75
Sri Lanka	77
Yémen	81
Chapitre 3 L'orientation des choix d'investissement et les politiques qui en découlent	87
Annexe	
1 Profils de quelques pays en macroéconomie et santé	97
2 Les maladies chroniques : un appel à l'action	121

Encadrés, figures et tableaux

- Encadré 1 Sommaire des implications politiques
- Encadré 2 Les consultations sur le thème macroéconomie et santé
- Encadré 3 La méthodologie des activités nationales en macroéconomie et santé
- Encadré 4 La montée en puissance des maladies non transmissibles (MNT)
- Encadré 5 Aspects nationaux des relations santé-développement
- Encadré 6 Trois niveaux de considérations politiques
- Encadré 7 Argumentaire économique de l'investissement sanitaire dans la Région européenne de l'OMS
- Encadré 8 Résumé de la méthodologie d'établissement des coûts dans les pays CMS
- Encadré 9 Les outils de calcul OMS-CHOICE
- Encadré 10 La Région OMS de la Méditerranée orientale : renforcer les pouvoirs des communautés
- Encadré 11 Quels montants, quels délais ?
- Encadré 12 Mandat de la CNMS indienne
-
- Figure 1 Dépenses de santé par habitant dans 40 pays, au taux de change moyen (US\$) (2002)
- Figure 2 Mortalité infanto-juvénile (moins de 5 ans) dans certains pays, par catégorie économique
-
- Tableau 1 Conclusions nationales
- Tableau 2 Macroéconomie et santé : pays participants, par Région de l'OMS
- Tableau 3 Tendances des dépenses de santé 1998-2002 dans certains pays (en % du PNB)
- Tableau 4 Résumé des coûts totaux de l'investissement public en santé, eau et assainissement, Ghana (2002 - 2015)
- Tableau 5 Estimation du coût des interventions prioritaires au Yémen

Documents figurant sur le CD-ROM en annexe

A **nnexe électronique A : Questions à traiter pour atteindre les objectifs nationaux.**
Description des diverses questions de politiques que doit traiter le ministère de la santé à trois niveaux : 1) dans ses négociations avec les ministères des finances et de la planification; 2) dans son rôle vis-à-vis du secteur santé; 3) dans ses relations avec les partenaires du développement. Cette liste reprend les principaux problèmes rencontrés par les pays au cours du suivi de la CMS, sur lesquels se sont concentrées les activités des CNMS.

Annexe électronique B : Profils des pays.

Indicateurs sélectionnés, décrivant la situation macroéconomique et sanitaire dans 40 pays intéressés ou participant au suivi national des recommandations de la CMS.

Annexe électronique C : Tendances des dépenses de santé dans les pays étudiés.

Résumés des tendances récentes des dépenses de santé, décrivant le contexte des pays étudiés dans le rapport principal.

Annexe électronique D : Rapports nationaux en macroéconomie et santé :

Bangladesh : Le financement actuel de la santé et les activités nationales concernant la CMS

Rapport du Groupe technique consultatif cambodgien en macroéconomie et santé

Rapport de la Commission caraïbe pour la santé et le développement

Rapport chinois macroéconomie et santé

Rapport de l'Initiative ghanéenne en macroéconomie et santé

Rapport de la Commission nationale indienne en macroéconomie et santé

Rapport de la Commission mexicaine en macroéconomie et santé

Rapport de la Commission nationale du Sri Lanka en macroéconomie et santé

Rapport macroéconomie et santé pour la Thaïlande

Annexe électronique E : Rapports connexes issus des travaux CMS dans les pays :

Flux financiers des donateurs au Cambodge, en Indonésie et au Sri Lanka : synthèse des principales observations

Annexe A. Flux de ressources extérieures vers le secteur santé au Cambodge

Annexe B. Flux de ressources extérieures vers le secteur santé en Indonésie

Annexe C. Flux de ressources extérieures vers le secteur santé au Sri Lanka

Vers une planification sanitaire favorable aux pauvres du point de vue macroéconomie et santé : étude de cas du Népal et étude de cas du Sénégal.

Annexe électronique F : La difficulté de choisir : investir en faveur de la santé pour le développement. Expériences du suivi national de la Commission macroéconomie et santé.

Outre ces éléments, on trouvera les documents suivants sur le site de la CMS www.who.int/macrohealth :

- Rapport de la CMS (y compris résumé d'orientation) : Investir dans la santé pour le développement économique (2001)

- Rapport du groupe de travail 1 de la CMS : Santé, croissance économique et recul de la pauvreté
- Rapport du groupe de travail 2 de la CMS : Biens publics mondiaux pour la santé
- Rapport du groupe de travail 3 de la CMS : Mobilisation de ressources nationales pour la santé
- Rapport du groupe de travail 4 de la CMS : Santé et économie internationale
- Rapport du groupe de travail 5 de la CMS : Amélioration des issues sanitaires chez les pauvres
- Rapport du groupe de travail 6 de la CMS : Aide au développement et santé
- Documents de référence des groupes de travail de la CMH
- Appuyer les réponses mondiales et nationales au rapport de la Commission macroéconomie et santé
- Rapport et Déclaration de la deuxième consultation sur le thème macroéconomie et santé, "Investir davantage en faveur de la santé des plus démunis"
- La réforme de la santé en faveur des plus démunis - Quoi, comment et pourquoi ? Document préparé pour la deuxième Consultation sur le thème macroéconomie et santé
- Rapport et Consensus de la Conférence asiatique de la société civile sur le thème macroéconomie et santé
- Rapports des réunions régionales sur le thème macroéconomie et santé en Méditerranée orientale, Afrique et Asie du Sud-Est
- Commission nationale macroéconomie et santé, Le cas du Sri Lanka : Premiers enseignements et cadre de comparaison des progrès entre les pays
- Malawi : Quelle voie adopter ? Analyse de situation
- Analyse de situation au Sénégal
- Analyse de situation au Népal
- Les liens entre macroéconomie et santé : pertinence à l'égard de la Région Asie du Sud-Est
- Rapport de mission sur l'estimation des besoins pour la composante santé des priorités nationales (PARPA II) au Mozambique
- Mozambique : éléments pour une stratégie de financement de la santé (rapport de mission, 2005)
- Investir en faveur de la santé pour le développement économique au Viet Nam : rapport sur les possibilités et limites d'un programme national en macroéconomie et santé

Avant-propos

Réduire dans des proportions importantes le nombre des huit millions de décès évitables enregistrés chaque année, et parvenir à un état de santé plus équitable des populations les plus défavorisées : voilà qui demande un engagement politique bien plus fort envers les réformes de la santé publique et la réaffectation des ressources afin de prévenir la maladie et de sauver des vies.

Dans bien des pays en développement, les progrès dans cette direction ont été entravés par le manque de stratégies sanitaires nationales d'ensemble, et par l'insuffisance des capacités et des ressources nécessaires à leur mise en œuvre. Il s'agit là d'une carence fondamentale en regard de la difficile obligation de répartir des ressources limitées entre des initiatives multiples de santé et de développement au niveau des pays.

Depuis la publication en 2001 du rapport de la Commission macroéconomie et santé, un certain nombre de pays ont mis sur pied des commissions nationales plurisectorielles ou des organes similaires afin d'étudier les options possibles, de formuler un plan, et de procéder à des estimations détaillées des coûts engendrés par l'augmentation des investissements sanitaires et l'extension de l'accès aux services de santé essentiels.

Ce rapport présente les expériences de pays qui ont élaboré et mis en forme des travaux intéressants la planification à long terme du secteur santé. Il recense les domaines d'action auxquels les commissions nationales ont contribué, qui vont de la mobilisation de la volonté politique, et de l'établissement de données indispensables, au renforcement des processus nationaux de planification. C'est ainsi que s'instaurent les bases d'une amélioration durable pour la santé des populations pauvres du monde. Le rapport décrit les difficultés majeures qui ont interdit que les progrès sanitaires ne soient plus rapides, et fournit des exemples concrets de la manière dont des pays ont commencé à s'y attaquer par une approche globale du développement et du financement du secteur santé. Cette expérience sera intégrée au cœur des travaux de l'OMS, dans tous les secteurs de l'Organisation. Elle contribuera au débat mondial sur la santé et le développement, et aidera à orienter les perspectives des responsables politiques des pays et des partenaires du développement.

Susanne Weber-Mosdorf

Sous-Directeur général

Développement durable et milieux favorables à la santé

Organisation mondiale de la Santé

Remerciements

Sans les apports de nombreuses personnes, le présent rapport n'aurait pu voir le jour :

Les auteurs expriment leur reconnaissance pour leurs contributions aux études par pays et leurs informations à Palitha Abeykoon (OMS, Sri Lanka), Hana Brixi (OMS, Chine), Veta Brown (Bureau de coordination du programme des Caraïbes, Bureau régional OMS des Amériques), Selassi D'Almeida (OMS, Ghana), Thushara Fernandes (OMS, Sri Lanka), Nkhata Flyness (OMS, Malawi), Syed Arif Hussain (OMS, Pakistan), Dick Jonsson (OMS, Ouganda), Arifuzzaman Khan (OMS, Bangladesh), Lo Veasna Kiry (Ministère de la santé du Cambodge), Orasa Kovindha (Ministère de la santé publique de Thaïlande), Benjamin Lane (Columbia University), Edward Maganu (OMS, Tanzanie), Maximillian Mapunda (OMS, Tanzanie), Diane Muhongerwa (OMS, Rwanda), Sunil Nandraj (OMS, Inde), Lucille Nievera (OMS, Philippines), Hector Peña (Ministère de la santé du Mexique), Tonia Rifaey (Bureau régional OMS de la Méditerranée orientale), Farba Lamine Sall (OMS, Sénégal), Corina Santangelo (Ministère de la santé du Mexique), Ros Seilava (Ministère de l'économie et des finances du Cambodge), Girma Seyoum (OMS, Éthiopie), Saher Shuqaidef (OMS, Yémen), Sin Somuny (MEDiCAM, Cambodge), Lokky Wai (OMS, Indonésie), et Mark Wheeler (OMS, Indonésie).

Nous sommes redevables à un certain nombre d'individualités qui ont participé directement à l'élaboration du rapport. Louis Currat a fourni des conseils inappréciables tout au long de la conception et de la rédaction. Hana Brixi, Charu Garg, Tom O'Connell et Alaka Singh ont apporté des éléments de fond pour renforcer le contenu et la structure du document. Robert Zimmermann a contribué à en mettre en forme les principaux messages, et à préparer des matériels de sensibilisation. Anne Bailey et Ross Hempstead ont assuré la révision du rapport. Pascale Daou a apporté un soutien précieux, et cette entreprise n'aurait pas été possible sans l'assistance constante de Madette Capay, Aquilina John-Mutaboyerwa et Hiwot Taffese. Nos remerciements vont aussi aux stagiaires de la Commission macroéconomie et santé, Fredrick Anyanwu, Antonella Casati, Helen Starkie et Antonio Tasso Bragança, pour leur aide à la compilation des informations nécessaires au rapport.

Nous souhaitons en outre remercier celles et ceux qui ont contribué au rapport par leurs textes : Jeanette de Putter, Tessa Tan-Torres Edejer et Silvia Ferazzi, du Siège de l'OMS, Catherine Michaud de la Harvard University, l'Oxford Health Alliance, et Marc Suhrcke (Bureau régional OMS de l'Europe).

Nous exprimons notre reconnaissance aux personnes suivantes qui ont revu le texte, empiétant sur leur calendrier serré pour formuler leurs observations¹: George Alleyne, Ala'Din Abdul Sabih Alwan, Robert Beaglehole, Richard Bumgarner, Guy Carrin, Andrew Cassels, Eleonora Cavagnero, Cathy Cooper, Tessa Tan-Torres Edejer, David Evans, Stephen Leeder, Catherine Michaud, Anne Mills, Rajiv Misra, Joy Phumaphi, Robert Scherpbier, George Schieber, et Karen Schmidt.

Les travaux de suivi de la Commission macroéconomie et santé dans les pays ont été rendus possibles par l'action dévouée de diverses personnalités et institutions. Nous souhaitons en particulier remercier les personnes dont les noms suivent pour leur rôle dans la coordination des activités nationales.

¹ Les observations de ces lecteurs ont été incorporées selon les jugements des auteurs principaux. L'OMS assume l'entière responsabilité du contenu du rapport.

Palitha Abeykoon (OMS, Sri Lanka), William Aldis (OMS, Thaïlande), George Alleyne (Bureau régional OMS des Amériques), Hashim Ali Elzein Almousaad (OMS, Yémen), Ala'Din Abdul Sabih Alwan (OMS, Jordanie), Mohammad Assai Ardakani (Bureau régional OMS de la Méditerranée orientale), Sarah Barber (OMS, Indonésie), Dorjsuren Bayarsaikhan (Bureau régional OMS du Pacifique occidental), Henk Bekedam (OMS, Chine), Agostino Borra (OMS, Sri Lanka), Pedro Brito (Bureau régional OMS des Amériques), Hana Brixi (OMS, Chine), Veta Brown (Bureau régional OMS des Amériques), Ranjit Roy Chaudhury (CNMS, Inde), Selassi D'Almeida (OMS, Ghana), Thushara Fernandes (OMS, Sri Lanka), Amnuay Gajeena (Ministère de la santé publique de Thaïlande), Melville George (OMS, Ghana), Eduardo González Pier (Secrétaire exécutif de la Comisión Mexicana de Macroeconomía y Salud, Mexique), Salim Habayeb (OMS, Inde), James Killingsworth (OMS, Chine), Orasa Kovindha (Ministère de la santé publique de Thaïlande), BS Lamba (Bureau régional OMS de l'Asie du Sud-Est), Benjamin Lane (Columbia University), Ding Liang (OMS Chine), Nora Lustig (Présidente de la Comisión Mexicana de Macroeconomía y Salud, Mexique), Ananda Mohan Das (OMS, Népal), Chris Mwikisa (Bureau régional OMS de l'Afrique), Sunil Nandraj (OMS, Inde), Jamal Thabet Nasher (Ministère de la santé publique et de la population du Yémen), Benjamin Nganda (Bureau régional OMS de l'Afrique), Vicente Nsue-Milang (OMS, Rwanda), Soe Nyunt-U (Bureau régional OMS du Pacifique occidental), Georg Petersen (OMS, Indonésie), Sujatha Rao (Ministère de la santé et du bien-être familial d'Inde), Diafuka Saila-Ngita (Columbia University), Sarath Samarage (Ministère de la santé du Sri Lanka), Girma Seyoum (OMS, Éthiopie), Saher Shuqaidef (OMS, Yémen), Suvaj Siasiriwattana (Ministère de la santé publique de Thaïlande), Poonam Singh (Bureau régional OMS de l'Asie du Sud-Est), Porntep Siriwanarungsun (Ministère de la santé publique de Thaïlande), Jim Tulloch (OMS, Cambodge), Kan Tun (OMS, Népal), Lokky Wai (OMS, Indonésie), Paul Weelen (OMS, Cambodge), Matchok-Mohouri Yankalbe Paboung (OMS, Sénégal) et Erio Ziglio (Bureau régional OMS de l'Europe).

Le présent rapport, pas plus que les travaux originaux de ces trois dernières années, n'aurait pu voir le jour sans le dévouement et la détermination de la Bangladesh National Committee on Macrohealth and Poverty-Reduction Strategy, du CMH Technical Advisory Group au Cambodge, de la Caribbean Commission on Health and Development, du China State Council Development Research Centre, de la Ghana Macroeconomics and Health Initiative, de l'India National Commission on Macroeconomics and Health, de la Comisión Mexicana de Macroeconomía y Salud, de la Nepal National Commission on Macroeconomics and Health, du Groupe de travail macroéconomie et santé au Rwanda, de la Sri Lanka National Commission on Macroeconomics and Health, et du Thailand Working Group on Macroeconomics and Health. Nous les remercions d'avoir fait connaître l'expérience de ces pays, et d'avoir communiqué leurs rapports nationaux et leurs informations.

Nous remercions la Columbia University, et tout particulièrement Ann Rosenberg, Josh Ruxin, et Karen Schmidt, qui ont étroitement contribué à appuyer les travaux de suivi de la Commission au niveau des pays. Maria Paalman et Jurien Toonen, de l'Institut royal tropical (KIT) d'Amsterdam, et Alessandro Conticini ont collaboré activement avec l'OMS dans ses travaux sur les pays, et pour renforcer la coopération avec les organisations de la société civile.

L'Organisation mondiale de la Santé exprime sa gratitude pour leur soutien financier aux travaux de suivi de la CMS : à la Bill and Melinda Gates Foundation, au gouvernement italien, au gouvernement norvégien et au gouvernement suédois.

Abréviations

ARV	Antirétroviraux
BDN	besoins fondamentaux de développement
CARICOM	Communauté et Marché commun des Caraïbes
CBI	initiatives à base communautaire
CCHD	Commission caraïbe pour la santé et le développement
CDMT	Cadre de dépenses à moyen terme
CGI	Groupe consultatif de l'Indonésie
CHPS	planification et services de santé communautaires (Ghana)
CMS	Commission macroéconomie et santé
CNMS	Commission mexicaine en macroéconomie et santé
COS	organisation de la société civile
CTB	Coopération technique belge
DALY	années de vie corrigées de l'invalidité
DSRP	documents stratégiques de réduction de la pauvreté
ECA	Eastern Europe and Central Asia
FMI	Fonds monétaire international
GAVI	Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination
GCPD	Groupe de coordination des partenaires du développement
GFATM	Fonds mondiale de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme
GMHI	Initiative ghanéenne en macroéconomie et santé
GP	Gram Panchayat (Inde)
GRC	Gouvernement royal du Cambodge
IED	Investissement étranger direct
MCV	maladies cardiovasculaires
MEF	Ministère de l'économie et des finances
MNT	maladies non transmissibles
NCMH	Commission nationale macroéconomie et santé
NDPC	Commission nationale de planification du développement (Ghana)
OMD	Objectifs du Millénaire pour le développement
PATH	Programme Avancement par la santé et l'éducation en Jamaïque
PHER	examen des dépenses de santé publique
PTF	Productivité totale des facteurs
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise

SWAp	Approches sectorielles
TAG	groupe consultatif technique cambodgien en macroéconomie et santé
VCH	Comités de santé villageois (Inde)

Résumé d'orientation

Contexte



Atteindre des objectifs sanitaires conséquents suppose de rompre avec l'immobilisme. Quelque quarante pays ont ainsi décidé de donner suite aux conclusions du rapport 2001 de la Commission macroéconomie et santé (CMS).

Celui-ci démontrait les liens entre santé et développement économique, et soulignait que les populations les plus démunies souffrent de façon disproportionnée de maladies évitables tout en supportant l'essentiel du poids financier des maladies. La Commission recommandait une augmentation massive des investissements sanitaires, accompagnée d'un examen critique des inefficacités et dysfonctionnements des systèmes de santé.

Elle se déclarait en outre favorable à ce que la supervision et la coordination de ces activités d'analyse des politiques et de planification soient confiées à des commissions nationales de macroéconomie et santé (CNMS), instances envisagées comme multipartites et présidées conjointement par le ministre des finances et le ministre de la santé de chaque pays.

S'appuyant sur le rapport de la CMS, une vingtaine de pays ont créé des CNMS ou utilisé des organes existants pour conforter leur approche multisectorielle de la réforme des politiques et de la planification, ou parfois pour se doter d'une telle approche. Toutefois, le rapport de la CMS n'indiquait pas dans le détail comment mettre en œuvre ses recommandations au niveau national, et ce sont donc les gouvernements qui se sont chargés d'en étudier la pertinence à l'égard de leurs pays.

Ils ont ainsi déterminé des priorités, établi les coûts afférents à la hausse des investissements sanitaires, et recensé les options envisageables pour combler les déficits de ressources. Le but consistait à mettre sur pied un plan national d'investissement sanitaire qui soit applicable. Le suivi de la CMS ne visait pas d'abord à fournir des conseils ou une aide à la décision sur des questions techniques précises. Il devait plutôt tendre à renforcer les capacités des pays à prendre des décisions ayant des effets sur la santé, notamment en améliorant la connaissance des faits, en mobilisant la volonté politique et en élevant le degré de la collaboration entre acteurs de la santé et du développement.

Dans certains pays, comme le Ghana et l'Inde, l'exercice a débouché sur un plan sanitaire chiffré, tenant compte de divers secteurs liés à la santé. Mais en Chine, au Mexique, au Sri Lanka et dans les quinze États membres de la Communauté des Caraïbes, on a lancé des programmes de recherches ciblés, qui produisent actuellement les éléments factuels permettant d'établir les priorités nationales, de convaincre les responsables politiques et de planifier en conséquence.

On peut en définitive tirer plusieurs enseignements des choix effectués par les gouvernements en matière de suivi de la CMS, non seulement vis-à-vis de la revendication de financements supplémentaires pour la santé, mais aussi en ce qui concerne l'élaboration de plans échelonnés visant à rendre les dépenses plus efficaces.

Un climat mondial favorable à la santé et au développement

Le suivi au niveau national du rapport de la CMS a bénéficié de la récente tendance mondiale à apporter à la santé dans les pays en développement une amélioration trop longtemps attendue. Adoptés par tous les États Membres des Nations Unies en 2000, les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) servent

désormais de repères à l'action des pays en développement et de leurs partenaires. En outre, de nombreux pays ont entrepris de formuler et d'appliquer des stratégies de réduction de la pauvreté.

Au cours de ces dernières années, on a assisté à un engagement mondial en faveur d'un accroissement des ressources internes et externes consacrées à la santé - notamment au vu des besoins nouveaux de combattre les épidémies mondiales de VIH/SIDA et autres. Depuis 2001, on constate en outre un engagement renouvelé de la part des partenaires du développement à collaborer plus étroitement avec les pays pour assurer l'harmonisation, l'alignement et la prise en main nationale des objectifs de l'aide (Déclaration de Paris).

Les premières constatations laissent penser que les dépenses publiques de certains pays et les dépenses mondiales des donateurs pour la santé sont en hausse. Il reste cependant un important déficit de ressources à combler pour étendre les interventions sanitaires. Il est impératif que les pays élaborent des stratégies efficaces d'investissement sanitaire, et qu'ils tirent le meilleur parti des assurances de partenariats.

Objectifs du présent rapport

Ce rapport vise à orienter l'action des pays et de leurs partenaires qui s'intéressent à une nouvelle approche de la production des éléments pris en compte dans les politiques, la planification et la sensibilisation en faveur de l'extension des interventions sanitaires essentielles. Il sera important de partager les expériences de suivi de la CMS depuis 2001, tant pour les responsables politiques nationaux qui définissent les stratégies de santé et de développement dans leurs pays, que pour le personnel technique national qui traduira cette vision en réalité.

Le présent document n'a pas pour vocation de discuter ou de modifier le propos du rapport original de la CMS, ni d'évaluer le succès rencontré par les pays dans l'application de ses recommandations. Il n'est d'ailleurs pas possible, à ce stade, d'apprécier pleinement les effets de ces travaux et d'en tirer des conclusions générales, et ce pour deux raisons principales.

Tout d'abord, ces travaux ne reflètent que les premières réalisations des pays impliqués. Ensuite, on a ici affaire à une initiative ascendante, de sorte que les priorités (et donc les démarches) adoptées par chaque pays ont été très diverses. Un suivi à plus long terme de l'application des plans d'investissement est donc nécessaire pour évaluer avec réalisme les changements de politiques et leurs effets sur les dépenses de santé, l'état de santé ou les autres initiatives de développement telles que documents stratégiques de réduction de la pauvreté (DSRP), cadres de dépenses à moyen terme (CDMT), ou approches sectorielles (SWAp).

Contributions des activités CMS dans les pays

Les travaux effectués dans les pays sur les thèmes de la CMS ne consistent pas à réaliser un plan préétabli pour résoudre les problèmes de planification et de gestion de la santé. Au contraire, ces activités se concentrent sur le développement des capacités de chaque pays à prendre de meilleures décisions dans son contexte politique et social propre, en renforçant la recherche, la gestion de l'information, la sensibilisation et la coordination des partenaires.

On peut distinguer différents facteurs qui ont contribué aux effets et à la pertinence des activités nationales, notamment :

- Le fait pour les pays d'avoir lancé, conçu et mené le suivi de la CMS : il n'existe pas d'approche "obligée" de la planification et de la sensibilisation nécessaires à l'extension. Préserver une approche ascendante, de la base vers le sommet, se traduit par des objectifs et échéances très variables.

Le résultat désiré est une situation où les diverses priorités sanitaires se reflètent convenablement dans les stratégies, où les processus de développement en cours sont mis à profit, et où les intérêts des pauvres sont

suffisamment défendus.

L'établissement d'objectifs spécifiques aux pays est une étape essentielle pour améliorer l'efficacité des ressources affectées à la santé, notamment depuis que les OMD président aux échéances mondiales et nationales concernant la santé et le développement. Les OMD fournissent des objectifs et des jalons utiles pour effectuer des comparaisons dans le temps et entre pays. En outre, compte tenu de leur adoption quasi universelle, ils constituent un point de convergence précieux pour l'action au niveau mondial et national.

Si les OMD ont incontestablement donné un nouvel essor aux activités de santé et de développement, il n'en résulte pas automatiquement un progrès sanitaire en faveur des plus démunis, et le risque existe d'y voir un moule imposé, uniforme, ne tenant pas compte des immenses différences internes et externes des pays. Les travaux des CNMS ont donc insisté sur le renforcement des capacités nationales à axer les efforts de développement sur les secteurs les plus démunis de la population, et à adapter les objectifs aux priorités propres de chaque pays.

- Une coordination est nécessaire pour intégrer les politiques de santé et de développement dans le foisonnement des processus et initiatives à financements extérieurs. Les CNMS ont créé des cadres qui permettraient aux DSRP, CDMT, plans et budgets sectoriels, et OMD, d'être employés de façon globale et stratégique. Les plans d'investissement sanitaire peuvent constituer un instrument d'application efficace assurant une gestion nationale dans cette perspective.

Il n'existe à l'heure actuelle aucun cadre d'action reconnu permettant d'introduire une dimension sanitaire dans les DSRP et autres initiatives de développement, ni de dispositions destinées à associer réellement les exercices budgétaires à moyen terme (comme les CDMT) ou à court terme à des stratégies sectorielles ou de développement bien établies. Une instance nationale de coordination telle que les CNMS est de nature à renforcer les capacités nationales d'analyse et de planification afin de mettre ces processus en synergie, de telle sorte qu'ils reflètent clairement les objectifs sanitaires. Les plans d'investissement pourront être utilisés en vue d'aligner les objectifs des partenaires sur les priorités nationales, tout en confortant les visées d'harmonisation et d'adhésion nationale des approches sectorielles.

- L'essentiel n'est pas seulement de demander davantage de ressources pour la santé, mais aussi de savoir comment exploiter au mieux les ressources qui sont ou seront disponibles, en s'appuyant sur les processus nationaux existants. À cette fin, les CNMS et organes similaires ont privilégié les trois domaines d'action suivants :
 - renforcer le soutien politique en faveur de l'accroissement des investissements de santé et du positionnement de la santé dans les processus de développement;
 - mettre en place des stratégies et systèmes de portée générale plus dynamiques à l'égard de la santé des plus défavorisés;
 - accroître l'efficacité de l'aide au développement pour la santé.

Le Chapitre 2 du présent rapport décrit en détail les initiatives prises au niveau des pays dans ces trois domaines. On exposera les cas des pays suivants : Cambodge, Chine, pays de la Communauté des Caraïbes (Antigua-et-Barbuda, Bahamas, Barbade, Belize, Dominique, Grenade, Guyana, Haïti, Jamaïque, Montserrat, Sainte-Lucie, Saint-Kitts-et-Nevis, Saint-Vincent-et-Grenadines, Suriname, et Trinité-et-Tobago), Ghana, Inde, Indonésie, Mexique, Népal, Rwanda, Sénégal, Sri Lanka, et Yémen.

Du fait de leur composition multisectorielle, les CNMS ont permis de mettre directement les éléments de décision à la portée des hauts dirigeants de l'État. Elles ont suscité des recherches nationales en vue de convaincre les donateurs et les principaux responsables politiques que des bénéfices considérables sont à tirer de l'augmentation des dépenses sanitaires, ainsi que d'une stratégie destinée à accroître l'efficacité

allocative et distributive. Dans le prolongement, on voit d'ailleurs aujourd'hui se constituer des réseaux spécialisés aux niveaux des régions et pays.

Le cadre d'analyse et de planification intervient en tant qu'instrument de renforcement des capacités, préparant le secteur santé à réagir aux nouveaux événements intérieurs ou extérieurs, pour lui permettre dans un deuxième temps de gérer de façon systématique et cohérente les urgences actuelles (le VIH/SIDA par exemple) comme les problèmes à venir (tels que celui de la montée des maladies non transmissibles). Ce même processus qui consiste à rassembler des données, à choisir de bonnes solutions, puis à établir une base politique solide pour agir, modèle que l'on emploie en matière de macroéconomie et santé, peut tout aussi bien fonctionner à l'égard des défis qui nous attendent.

Sommaire des implications en matière de politiques

Dans le contexte de l'extension nécessaire à la réalisation des OMD liés à la santé et des autres objectifs nationaux, conjuguée aux engagements d'augmentation de l'aide au développement et d'allègement de la dette, il est essentiel de renforcer la capacité des systèmes de santé à absorber ces fonds de manière effective. En l'absence d'une stratégie globale, ces investissements risqueraient de manquer leur objectif consistant à assurer aux plus défavorisés un plus haut niveau de prestations de santé. Les travaux actuels et les premiers résultats des CNMS ouvrent la voie à un renforcement des capacités nationales, qui permettrait d'effectuer de meilleurs choix dans l'allocation des ressources grâce à une recherche ciblée et à la coordination des partenaires.

Les progrès et difficultés observés ont dépendu de la situation politique et sociale que traversait chaque pays et des ressources techniques disponibles pour la planification et l'analyse. Mais les points communs qui sont apparus régulièrement dans les différents pays soulèvent des questions transversales qui devront être résolues en vue de l'extension effective.

On trouvera au Tableau 1 les problèmes communs relevés par les CNMS dans certains pays, de même que quelques exemples de données, informations et stratégies pertinentes accumulées par ces pays tout au long du processus.

Tableau 1 : Conclusions nationales

Renforcer le soutien politique à l'accroissement de l'investissement sanitaire et au positionnement de la santé dans les processus de développement	
Questions traitées par les activités nationales en macroéconomie et santé	Exemples de résultats nationaux
Présenter des éléments de réflexion sur les liens entre santé et développement	La Commission caraïbe pour la santé et le développement (CCHD) a été créée pour aider les pays membres de la Communauté et du Marché commun des Caraïbes (CARICOM) à structurer leurs programmes de santé et de développement. Le rapport de la Commission présente ses premiers résultats concernant le rendement des investissements sanitaires dans des domaines comme l'investissement étranger direct (IED), le tourisme et le commerce. Le rapport montre ainsi qu'une hausse de 1% des dépenses de santé conduirait à un accroissement de l'IED de 3% à Trinité-et-Tobago.

Renforcer les processus de développement

La mise en œuvre des recommandations de l'Initiative en macroéconomie et santé du Ghana (GMHI) dépend en grande partie d'une collaboration intersectorielle regroupant les principaux acteurs de la santé et d'autres secteurs. L'idée maîtresse de la GMHI consiste à harmoniser un certain nombre de priorités sanitaires de la stratégie ghanéenne de réduction de la pauvreté et à établir une stratégie pluriannuelle visant à étendre la couverture en services de santé essentiels.

Élaborer des stratégies et systèmes d'ensemble qui prennent mieux en compte la santé des pauvres	
---	--

Questions traitées par les activités nationales en macroéconomie et santé	Exemples de résultats nationaux
Établir des priorités pour l'allocation des ressources	<p>La CNMS indienne a entrepris une analyse causale exhaustive qui a permis de définir un ensemble d'affections prioritaires représentant 80% de la mortalité en Inde. Trois critères ont présidé au choix de ces priorités :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ affection touchant de façon disproportionnée les plus défavorisés; ■ probabilité que l'affection constitue une lourde charge dans les prochaines années en l'absence d'interventions; ■ possibilité que la maladie mette en grande difficulté financière de vastes populations.
Choisir et chiffrer les interventions	<p>Dans le cadre du Projet du Millénaire des Nations Unies, le Yémen a mené une évaluation de ses besoins relatifs aux OMD, et conclu que le coût de leur réalisation d'ici à 2015 s'élèverait à US\$ 53 par habitant et par an. Dans son rapport, la GMHI indiquait que les dépenses de santé du Ghana atteindraient US\$ 35 à 40 par habitant pour effectuer les interventions prioritaires au titre des OMD. Les ressources supplémentaires requises s'élèvent au total à environ US\$ 5 milliards sur la période 2002-2015, alors qu'en Inde la CNMS a appelé à un quasi triplement du budget actuel de la santé pour procéder aux interventions sanitaires de base.</p>

Porter à un niveau optimal les effectifs et la qualité des personnels de santé

Un autre problème souligné par le rapport de la Commission caraïbe, qui aura un effet régional, est celui de la gestion des ressources humaines. Ce rapport mentionne un taux de vacance des seuls postes infirmiers de 35%, la perte financière s'élevant pour les États à US\$ 16,7 millions en termes de formation de base. Les ministres de la santé de la région ont d'ores et déjà adopté un programme de "gestion de l'émigration". La Commission recommande de déterminer dans quelle mesure le commerce des services infirmiers et l'émigration permanente des personnels sont symptomatiques de distorsions plus profondes dans le secteur santé et la situation socio-économique générale.

Cibler les populations défavorisées et rurales

Ces dernières années, les travaux chinois en macroéconomie et santé se sont concentrés sur les obstacles financiers aux soins de santé et les inéquités d'allocation des ressources. Le système de santé a connu des progrès inégaux, avec de fortes disparités dans presque tous les domaines, étroitement liées aux inégalités de revenu entre zones urbaines et rurales, entre régions et entre tranches de revenu. Par exemple, le taux de couverture par le système de sécurité sociale pour la tranche la plus élevée a légèrement baissé, de 72,1% en 1993 à 70,3% en 2003, alors que pour la tranche la plus basse il a chuté de 36,7% à 12,3% sur la même période. Le rapport des comptes nationaux de la santé chinois fait état de dépenses de soins médicaux par habitant quatre fois plus élevées chez les urbains que chez les ruraux.

Financer la santé des plus défavorisés

La Commission macroéconomie et santé du Mexique plaide en faveur d'un système d'assurance santé universelle, option la mieux adaptée pour garantir l'équité et l'efficacité du système de santé. Plus de 50% des habitants ne possèdent aucune assurance santé. Bien que le système de santé prévoie des programmes et plans d'assurance publique en faveur de ceux qui n'ont pas accès à la sécurité sociale, leur couverture est limitée et, pour l'essentiel, seuls les services de base sont proposés. La CNMS expose la réussite du programme Oportunidades, qui effectue des transferts monétaires directs pour faciliter la prestation de services sanitaires et éducatifs aux plus défavorisés.

Collaborer avec les organisations de la société civile et le secteur privé

Au Cambodge, c'est MediCam, organisation à but non lucratif qui regroupe plus de 100 ONG, qui a servi notamment d'interface principale entre les organisations de la société civile (OSC) et le gouvernement dans le processus de macroéconomie et santé. Ces activités ont porté sur la préparation d'un document de positions sur l'implication des OSC dans le processus, ainsi que différentes activités de sensibilisation visant à assurer l'information et le consensus parmi les OSC du secteur santé cambodgien. MediCam, ainsi que Care Cambodge, a en outre contribué à faire introduire une composante OSC dans le programme national de recherches.

Améliorer l'efficacité de l'aide au développement pour la santé

Questions traitées par les activités nationales en macroéconomie et santé

Exemples de résultats nationaux

Accroître les financements pour atteindre les objectifs dans les pays à faible revenu

Au Ghana, les conclusions de l'Initiative ghanéenne en macroéconomie et santé (GMHI) sont actuellement utilisées par le système des Nations Unies comme élément d'évaluation de la composante santé du Projet du Millénaire dans le pays. Le rapport sert aussi de référence dans la préparation d'une proposition au Millennium Challenge Account des États-Unis, qui en fin 2005 mettait US\$ 1 milliard à la disposition de 16 pays pilotes. Il sera en outre utilisé dans le cadre de réunions avec les donateurs afin de discuter de leur concours au Plan d'investissement sanitaire et de leur appui au pays pour accélérer sa poursuite des OMD liés à la santé, notamment sous l'angle financier. Il servira enfin lors des débats sur la part revenant à la santé dans le récent allègement de US\$ 4 milliards consenti sur la dette du pays.

Aligner l'aide au développement sur les plans et budgets nationaux

Les débats portent sur les problèmes suivants :

- Distorsion des priorités nationales
- Continuité et prévisibilité
- Dispositions parallèles et structures d'exécution
- Financement des coûts récurrents

Le Groupe de travail rwandais en macroéconomie et santé participe aux principales instances centrales et de district où sont conçues, élaborées et analysées les activités de politiques et de planification du développement. Parmi ces instances figurent les Groupes thématiques constitués par les donateurs et le gouvernement afin de coordonner l'aide étrangère, les collectivités locales, et les organisations politiques de base au niveau de la cellule, qui sont chargées de déterminer les priorités des populations locales.

Enfin, les implications politiques et techniques dérivant des processus nationaux de suivi permettent de délimiter des domaines dans lesquels il est particulièrement urgent de renforcer les capacités nationales et la coordination des partenaires (Encadré 1).

Encadré 1 : Sommaire des implications politiques

Renforcer le soutien politique à l'accroissement de l'investissement sanitaire et au positionnement de la santé dans les processus de développement

Positionner la santé dans le développement : Le but du ministère de la santé dans cet exercice consiste à obtenir pour la santé un rôle plus central dans la planification du développement, ainsi que des allocations financières accrues dans le budget national. L'intégration d'objectifs sanitaires aux stratégies de réduction de la pauvreté et aux budgets annuels et à moyen terme repose sur un effort de planification global et sur l'élaboration d'un plan d'investissement sanitaire. Pour y parvenir, les travaux en macroéconomie et santé se sont concentrés essentiellement sur les composantes suivantes :

- **Sensibilisation :** Renforcer les possibilités pour le ministre de la santé de négocier avec le ministère des finances une augmentation des ressources du secteur santé et d'appuyer ces demandes par un plan d'utilisation de ces fonds.
- **Planification conjointe :** Créer une instance de coordination et de construction de consensus entre secteurs interdépendants (avec les apports des échelons périphériques) et partenaires tels que les institutions des Nations Unies, les donateurs et la société civile. Compatible avec la notion de "Groupe stratégique OMD" du Projet du Millénaire.
- **Rassemblement des données :** Le ministère de la santé joue un rôle important dans le transfert des connaissances du secteur, en soulignant les coûts économiques des principaux problèmes de santé qui affectent le pays et les avantages économiques qui résulteraient d'un accroissement de l'investissement sanitaire.
- **Plans d'investissement :** Élaborer des stratégies globales du secteur santé qui présentent la possibilité d'associer les dépenses de santé prioritaires aux prélèvements à moyen terme sur les ressources budgétaires (par exemple, en agissant par l'intermédiaire de Cadres de dépenses à moyen terme).

Élaborer des stratégies et systèmes d'ensemble qui prennent mieux en compte la santé des pauvres

Analyse et planification. Le plan d'investissement : Renforcer la capacité nationale d'exécuter toutes les composantes de la planification globale du secteur santé, et notamment :

- évaluation des besoins;
- instance de construction de consensus destinée à fixer les objectifs;
- détermination d'un ensemble d'interventions de base en fonction du profil du pays;
- évaluation des ressources disponibles et des capacités d'exécution;
- chiffrage de la mise en œuvre des interventions en fonction des scénarios visés;
- définition des options financières pour résoudre les déficits de ressources (publiques, extérieures, partage des risques);
- élaboration d'une stratégie pour la mise en œuvre échelonnée du plan d'investissement;
- suivi et évaluation des résultats par la surveillance des flux financiers affectés aux provinces et districts, aux dépenses récurrentes en capital, et aux populations cibles.

Déterminer les populations cibles - Améliorer la capacité de recueillir des données ventilées, basées

sur le revenu, concernant les poches de pauvreté rurales et urbaines et les modes d'accès et de paiement.

Maximiser l'aptitude à utiliser les outils existants - De nombreux outils sont en cours d'élaboration ou sont déjà disponibles par l'intermédiaire de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et d'autres organisations. Leur incorporation aux processus d'analyse et de planification du pays pourrait être optimisée en améliorant l'intégration des partenariats techniques entre organisations de développement et personnel technique national. Dans plusieurs pays, les CNMS se sont efforcées de coordonner l'utilisation des outils existants dans l'élaboration d'une stratégie d'investissement ou pour engager des études d'identification des manques. Parmi les outils fréquemment évoqués par les pays, on peut mentionner : les études du secteur santé; les protocoles d'évaluation des besoins; les examens des dépenses de santé publique (PHER); des instruments d'évaluation des coûts qui soient fondés sur les besoins et adaptés à un ensemble d'interventions, et tiennent compte des composantes du secteur santé; les comptes nationaux de la santé; et le Réseau de métrologie sanitaire.

Définir les résultats opérationnels du point de vue du suivi et de l'évaluation - Élaborer un jeu d'indicateurs permettant de suivre les progrès dans la gestion des ressources par rapport à des objectifs nationalement établis. L'évolution de l'état de santé ne donne pas à elle seule d'indications satisfaisantes, en termes de délais et de sensibilité. Il est nécessaire d'élaborer des indicateurs chiffrés pouvant être examinés à intervalles réguliers à des fins de planification et de budget. Ces indicateurs devraient présenter entre autres les caractères suivants :

- mettre en évidence les montants financiers qui vont aux divers niveaux des soins, mais aussi montrer la répartition géographique de ces fonds;
- être sensibles aux changements de politiques : devront être prises en compte non seulement les dépenses réelles (dont les délais d'obtention sont importants) mais aussi des données plus récentes concernant les montants budgétisés pour la santé;
- puiser à différents types de sources de données, tels que des enquêtes, pour apprécier si un accroissement des financements a effectivement débouché sur un meilleur accès aux services de santé pour une catégorie donnée de la population;
- favoriser la transparence des gouvernements et des donateurs en matière d'affectation de fonds à la santé conformément à leurs objectifs.

Engagement intersectoriel : Créer une instance de coordination au niveau technique permettant une planification conjointe et la construction de consensus entre secteurs interdépendants. La coordination comportera diverses facettes afin de couvrir toutes les composantes de la planification, et devra comprendre un dispositif par lequel les planificateurs des différents secteurs pourront partager leurs connaissances et données et parvenir à un consensus sur les investissements nécessaires, notamment par le renforcement des services de planification du ministère de la santé.

Ressources humaines : Déterminer quelles mesures seront efficaces pour fidéliser les personnels de santé, et adresser des propositions précises au ministère des finances et au gouvernement. La responsabilité du ministère de la santé consiste à assurer au système de prestations de soins le meilleur personnel possible, compte tenu des ressources affectées au ministère et des problèmes sanitaires prioritaires du pays.

Transfert et gestion des fonds affectés à la périphérie : Améliorer le transfert des fonds destinés à la santé, du centre au niveau de la prestation de services, pour toucher les populations rurales défavorisées. Les fuites de fonds sont en effet courantes à divers niveaux, de même que les retards dans leur transmission à la périphérie. Il convient en outre d'améliorer les capacités des districts à gérer des fonds et à exécuter des plans sanitaires conformément aux priorités nationales. Il est absolument

essentiel de renforcer les capacités de gestion aux échelons inférieurs.

Protection financière : On s'appuiera sur la réflexion constante de l'OMS et d'autres organisations concernant l'élaboration de stratégies financières, afin de limiter les dépenses directement supportées par les ménages, notamment les plus défavorisés, pour les services essentiels. Le plus souvent, cela impliquera d'augmenter les dépenses publiques de santé.

Améliorer l'implication des organisations de la société civile et du secteur privé - Leur représentation au sein des CNMS dans plusieurs pays a illustré l'importance d'étendre les actions menées en collaboration avec les secteurs civil et privé dans les domaines de la planification, de l'obtention d'un soutien politique, de la recherche participative et de l'amélioration de l'accès pour les groupes les plus vulnérables. Ce point suppose de créer les instances de cette implication, de partager les données nécessaires et de renforcer les capacités à régir la qualité des soins. Les OSC ont tissé des liens étroits avec les communautés, et dans les pays en développement une proportion importante des défavorisés s'adressent au secteur privé pour se faire soigner.

Améliorer l'efficacité de l'aide au développement pour la santé

Suivre les flux financiers et les objectifs : Rassembler des données de meilleure qualité dans de meilleurs délais à propos des flux d'aide extérieure au secteur santé. Ce suivi devra comprendre les fonds qui ne transitent pas par le Trésor ("hors budget"). Les données actuellement disponibles sont insuffisantes pour surveiller l'alignement de ces flux sur les priorités nationales et leurs effets sur le fonctionnement du système de santé.

Alignement sur les priorités sectorielles nationales : Créer des dispositifs ou renforcer ceux qui existent (approches sectorielles par exemple), facilitant la transmission des fonds extérieurs selon les priorités et stratégies nationales, tout en tenant compte des besoins des donateurs en matière de suivi des résultats et de transparence.

Le dispositif des approches sectorielles (SWAp) n'a pas permis de surmonter tous les problèmes concernant les relations entre donateurs et bénéficiaires. Bien que focalisée sur le secteur santé, la planification SWAp n'en est pas pour autant automatiquement liée au processus budgétaire du ministère des finances, et ne produit guère de bases factuelles locales permettant de prendre des décisions d'affectation de ressources entre différentes options d'investissement sanitaire. En outre, les SWAp ne traitent ni de la durabilité ni de la prévisibilité à long terme des régimes de financement.

Appui budgétaire : Il existe un champ d'action pour les donateurs dans le domaine d'un appui budgétaire durable et d'un financement des coûts récurrents, ressources humaines comprises, afin de renforcer la capacité institutionnelle nationale à fournir des biens publics pour la santé.

Introduction

On observe depuis quelques années un renforcement de l'attention accordée à la santé et au développement, et de l'engagement qui s'y attache; on estime aujourd'hui que les pays en développement et leurs partenaires doivent trouver de nouveaux modes de collaboration pour atteindre leurs buts communs. Mais en dépit de l'inquiétude croissante que suscitent pour la sécurité mondiale le mauvais état de santé et la pauvreté des populations, s'ajoutant aux préoccupations engendrées par les inégalités sur la planète, les efforts accomplis à ce jour se sont avérés insuffisants pour combler le manque de ressources. La réalisation des objectifs sanitaires suppose une rupture avec l'immobilisme, et une volonté de s'attaquer aux facteurs fondamentaux qui limitent les capacités nationales et empêchent les pays de s'affranchir du cercle vicieux de la pauvreté et de la maladie.

Historique du suivi de la CMS

C'est dans cet esprit que des pays ont demandé à l'Organisation mondiale de la Santé de les aider à étudier dans leurs contextes nationaux les implications pratiques des recommandations émises par le rapport de la Commission macroéconomie et santé, publié en décembre 2001. Quelque 40 pays et plusieurs régions ont entrepris un suivi national de ces recommandations (voir Tableau 2).

Tableau 2 Macroéconomie et santé : pays participants, par Région de l'OMS

RÉGION DE L'AFRIQUE	RÉGION DES AMÉRIQUES	RÉGION DE L'EUROPE
Afrique du Sud	Communauté des Caraïbes	Azerbaïdjan
Angola	(Antigua-et-Barbuda,	Estonie
Botswana	Bahamas, Barbade, Belize,	Kirghizistan
Congo	Dominique, Grenade,	
Éthiopie	Guyana, Haïti, Jamaïque,	RÉGION DE LA
Ghana ^a	Montserrat, Sainte-Lucie,	MÉDITERRANÉE ORIENTALE
Kenya	Saint-Kitts-et-Nevis, Saint-	Djibouti
Malawi	Vincent-et-les Grenadines,	Jordanie
Mozambique	Suriname, Trinité-et-Tobago) ^a	Iran
Nigéria	Mexique ^a	Pakistan
Ouganda	Région andine (Bolivie,	Soudan
République-Unie de Tanzanie	Colombie, Équateur, Pérou)	Yémen ^a
Rwanda ^a	MERCOSUR (Argentine,	
Sénégal ^a	Brésil, Paraguay, Uruguay)	RÉGION DU PACIFIQUE
	RÉGION DE L'ASIE DU SUD-EST	OCCIDENTAL
	Bangladesh	Cambodge ^a
	Inde ^a	Chine ^a
	Indonésie ^a	Philippines
	Népal ^a	Mongolie
	Sri Lanka ^a	Papouasie-Nouvelle-Guinée
	Thaïlande	RDP lao
		Viet Nam

Tous les pays ci-dessus ont fait part de leur intérêt envers le processus de macroéconomie et santé, et participé à leurs réunions régionales respectives ainsi qu'à la II^e Consultation sur le thème macroéconomie et santé, en 2003. Plusieurs de ces pays ont présenté des programmes de travail et budgets qui ont reçu l'approbation de l'OMS.

^a Pays évoqués dans le présent rapport.

Le rapport de la CMS, en 2001, mettait en évidence les liens entre la santé et le développement économique, et soulignait que les populations les plus défavorisées étaient touchées de façon disproportionnée par des affections évitables et curables, tout en supportant l'essentiel de la charge financière des maladies. La CMS recommandait une augmentation massive de l'investissement sanitaire, financée dans le cadre d'un partenariat mondial réunissant les pays développés et en développement, et accompagnée d'un examen critique des inefficacités et dysfonctionnements des systèmes de santé. Elle proposait en outre que les activités d'analyse des politiques et de planification se déroulent sous l'égide et la coordination de Commissions nationales en macroéconomie et santé (CNMS), instances multipartites que présideraient conjointement les ministres des finances et de la santé.

Toutefois, le rapport de la CMS n'indiquait pas dans le détail comment mettre en œuvre ses recommandations au niveau national, et ce sont les gouvernements qui se sont chargés d'en étudier la pertinence à l'égard de leurs pays. Deux consultations mondiales ont permis de définir les processus nationaux destinés au suivi des recommandations de la CMS (voir Encadré 2). Le rapport de la CMS a servi de point de départ aux activités de suivi, sur la base de la situation et des besoins réels des pays.

Encadré 2 Les consultations sur le thème macroéconomie et santé

En juin 2002 a eu lieu à Genève la **Première consultation sur les contributions nationales reçues à la suite de la publication du rapport de la Commission macroéconomie et santé**. Les représentants des ministères de la santé, des finances et de la planification de 20 pays se sont réunis pour traduire en actions concrètes les recommandations de ce rapport. Cette consultation, accompagnée dans plusieurs pays d'un lancement du rapport à haut niveau, est venue appuyer les demandes des gouvernements d'examiner les politiques et le financement de leurs secteurs santé en vue de développer les investissements, systèmes et interventions sanitaires. La consultation a désigné l'OMS, entre autres, pour appuyer cette demande dans les pays. Une série de consultations de niveau régional ont fourni aux pays des occasions de partager leurs approches et leurs réussites, et de renforcer l'engagement envers le processus macroéconomie et santé.

La **Deuxième consultation sur le thème macroéconomie et santé, "Investir davantage en faveur de la santé des plus démunis"** (Genève, octobre 2003) a approfondi la mobilisation des pays. Les discussions entre ministres de la santé, de la planification et des finances, partenaires bilatéraux et multilatéraux et institutions financières ont contribué à focaliser davantage les activités en macroéconomie et santé sur l'amélioration de l'accès aux soins et sur des solutions innovantes aux obstacles qui s'opposent à une utilisation efficace des ressources financières. Comme l'indique la Déclaration finale, les pays ont identifié comme problèmes particulièrement pressants les options de mobilisation des ressources, les contraintes en matière de ressources humaines, et l'harmonisation des financements par les bailleurs de fonds(1).

Dans la plupart des pays, ce sont des commissions nationales en macroéconomie et santé, ou d'autres organes gouvernementaux semblables, qui ont défini les options et estimé les coûts de cette augmentation de l'investissement sanitaire, et prévu l'échelonnement des réformes afin d'obtenir des résultats plus équitables et plus satisfaisants pour la santé. L'un des objectifs importants de cette action consiste à préparer un plan national d'investissement sanitaire réalisable. Si les activités au niveau des pays ont pris des directions différentes en fonction des caractères particuliers de chacun, la méthodologie de base (voir Encadré 3) et les motivations de fond des travaux sont restées très similaires :

- assurer un **meilleur état de santé aux pauvres**;
- mobiliser nettement **davantage de fonds pour la santé publique**; et
- **améliorer l'efficacité de l'investissement sanitaire**.

L'action dans les pays a contribué à renforcer le rôle d'administration générale joué par les gouvernements,² et notamment par les ministères de la santé. Elle s'est concentrée sur les circonvolutions de la mobilisation des ressources et de leurs effets sur l'état de santé. Le plus souvent, les obstacles qui s'opposent dans les pays à la poursuite des objectifs sanitaires mondiaux et nationaux se rencontrent en amont : dépenses en développement humain limitées; appui extérieur insuffisant et fragmenté, décalé par rapport aux projets et priorités des pays; politiques de santé mal conçues; institutions faibles. Le suivi de la CMS ne visait pas en priorité à fournir des conseils ou une aide à la décision sur des questions techniques précises. Il devait plutôt tendre à améliorer les capacités des pays dans celles de leurs décisions qui ont des effets sur la santé, notamment en renforçant les connaissances, en mobilisant la volonté politique et en élevant le degré de la collaboration entre acteurs de la santé et du développement.

Encadré 3 La méthodologie des activités nationales en macroéconomie et santé

Lancés et conduits par les gouvernements, les processus de macroéconomie et santé reflètent les possibilités et contraintes spécifiques à la situation sanitaire, économique, sociale et politique de chaque pays. L'expérience des pays permet de distinguer trois phases principales de progression dans la recherche des objectifs essentiels.

La **phase 1** permet d'assimiler le rapport de la CMS, et d'analyser sa pertinence et son applicabilité aux réalités du pays. Au cours de cette phase, les pays vont créer un organe interministériel - ou désignent une instance existante - dont le but sera d'accroître et d'améliorer l'investissement sanitaire pour réduire la pauvreté et développer l'économie, notamment par une argumentation plus forte et une meilleure connaissance des faits.

Au cours de la **phase 2**, les pays élaborent un plan d'investissement sanitaire à long terme, basé sur une évaluation de la situation et des coûts. C'est au cours de cette phase que se renforce la collaboration intersectorielle et que se définit une stratégie d'application du plan.

La **phase 3** recouvre celle de l'exécution des activités définies par le plan d'investissement; c'est alors qu'il conviendra entre autres de trouver nationalement ou auprès des donateurs les ressources supplémentaires requises, et de suivre et évaluer le processus.

À tous les niveaux, l'OMS facilite l'accès des pays à un appui technique et financier et contribue à rassembler un large éventail de parties autour du processus de macroéconomie et santé.

Un climat mondial favorable à la santé et au développement

Le monde dispose aujourd'hui d'une occasion sans précédent, qui lui permet de procéder à des améliorations sanitaires trop longtemps attendues dans les pays en développement et de mettre à profit les enseignements des initiatives et mouvements antérieurs. Adoptés en 2000 par tous les États Membres des Nations Unies, les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) guident désormais l'action des pays en développement et de leurs partenaires. En outre, de nombreux pays se sont lancés dans la formulation et la mise en œuvre de documents stratégiques de réduction de la pauvreté (DSRP) qui s'alignent de plus en plus sur les stratégies du secteur santé.

Au cours des quatre dernières années, on a en outre assisté à un engagement mondial en faveur d'un accroissement des ressources internes et externes consacrées à la santé - notamment au vu des besoins nouveaux de combattre les épidémies mondiales de VIH/SIDA et autres -, ainsi qu'à un engagement renouvelé de la part des partenaires du développement à collaborer plus étroitement avec les pays pour assurer l'harmonisation, l'alignement et l'appropriation nationale des objectifs de l'aide (Déclaration de Paris). Les premières constatations laissent penser que les dépenses publiques de certains pays et les dépenses mondiales des donateurs, consacrées à la santé, sont en

² On trouvera davantage d'informations concernant le rôle d'administration générale des gouvernements dans le *Rapport sur la Santé dans le Monde 2000 - Pour un système de santé plus performant*, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2000.

hausse. Il est devenu impératif pour les pays d'élaborer des stratégies efficaces d'investissement sanitaire, notamment en assurant que les ressources parviennent aux niveaux des districts et des communautés, et de tirer le meilleur parti des promesses de leurs partenaires.

Une augmentation prometteuse des engagements nationaux

Des dépenses de santé faibles, largement financées sur les ressources propres des ménages, telle est la réalité de nombreux pays à revenu faible et intermédiaire. Cependant, les tendances des dépenses de santé au cours de ces dernières années donnent une image un peu moins sombre. Certains pays ont connu entre 1998 et 2002 un accroissement des dépenses publiques générales destinées au secteur santé. Or cet accroissement est primordial pour réduire les paiements directs effectués par les plus défavorisés.

Le Tableau 3 montre que, dans un échantillon de pays ayant réservé à la CMS un suivi dynamique, la part prise dans le PIB par les dépenses totales et les dépenses publiques générales de santé a généralement augmenté. Ce tableau indique en outre dans quelle mesure les évolutions de la part des ressources externes consacrées à la santé ont contribué à ces tendances dans certains pays.

Tableau 3 Tendances des dépenses de santé 1998-2002 dans certains pays (en % du PNB)

Pays	Dépenses de santé totales ^a		Dépenses publiques générales de santé ^b		Ressources extérieures consacrées à la santé ^c	
	en % du PIB		en % du PIB		en % du PIB	
	1998	2002	1998	2002	1998	2002
Chine	4,8%	5,8%	1,9%	2,0%	0,0%	0,0%
Ghana	5,5%	5,6%	2,3%	2,3%	0,3%	1,0%
Inde	5,2%	6,1%	1,4%	1,3%	0,1%	0,1%
Indonésie	2,5%	3,2%	0,7%	1,2%	0,2%	0,1%
Mexique	5,4%	6,1%	2,5%	2,8%	0,1%	0,1%
Sénégal	4,2%	5,1%	1,6%	2,3%	0,6%	0,9%
Sri Lanka	3,4%	3,7%	1,7%	1,8%	0,1%	0,1%
Yémen	4,9%	3,7%	1,7%	1,0%	0,4%	0,1%

^a Les dépenses de santé totales sont la somme des dépenses publiques générales et des dépenses privées.

^b Les dépenses publiques générales de santé sont la somme des ressources intérieures et extérieures.

^c Les ressources extérieures comprennent toutes les ressources étrangères, qu'elles transitent par les comptes publics ou par des entités privées.

Source : Comptes nationaux de la santé, OMS, 2005.

De plus, un certain nombre de pays ont pris ces dernières années des engagements d'augmenter les dépenses publiques de santé, qui n'apparaissent pas encore dans leurs budgets. Depuis 2002, plusieurs pays ont ainsi affirmé leur intention d'accroître ces dépenses, et notamment :

- En Inde, le gouvernement a adopté une approche volontariste en faveur de la santé des plus démunis. La Politique nationale de santé (2002) prévoit une hausse des financements (plus précisément, un doublement des dépenses publiques de santé visant un objectif de 2,0% du PIB) ainsi qu'une restructuration institutionnelle des initiatives de santé publique (2).
- Le Sri Lanka s'est lui aussi engagé à un quasi doublement de ses dépenses de santé actuelles sur les cinq prochaines années (3).
- La Chine a décidé de réduire les inéquités sanitaires en renforçant les programmes ruraux de santé publique et le financement des soins primaires.³
- Le gouvernement du Sénégal s'est engagé à accroître son budget de santé par paliers annuels de 0,5% (4).
- Le Yémen a augmenté ses dépenses publiques de santé, de 1,46% du PIB en 1999 à 1,62% en 2003.⁴

³ China: Health, poverty and economic development. Office of the WHO Representative in China/Social Development Department of China State Council Development Research Centre, à paraître.

⁴ Fairbank A. Public expenditure review: health Sector, Republic of Yemen 1999-2003, document non publié, 2005.

Une augmentation des ressources extérieures

En examinant de près les récents engagements des partenaires du développement vis-à-vis de l'accroissement des aides et de l'allègement de la dette, on constate que les financements extérieurs en faveur de la santé sont en hausse. L'Union européenne a ainsi annoncé en 2005 que ses membres entendaient doubler d'ici à 2015 leur aide aux pays défavorisés (5). Au total, les engagements d'aide au développement consacrés à la santé sont passés d'environ US\$ 7 milliards à US\$ 10,7 milliards entre 2000 et 2003. Les engagements des donateurs visant à financer la réalisation des OMD liés à la santé constituent depuis 2000 le principal moteur des tendances de l'aide au développement consacrée à la santé (ADS), car des fonds nouveaux sont venus en masse appuyer la lutte contre le VIH/SIDA, le paludisme et la tuberculose.⁵

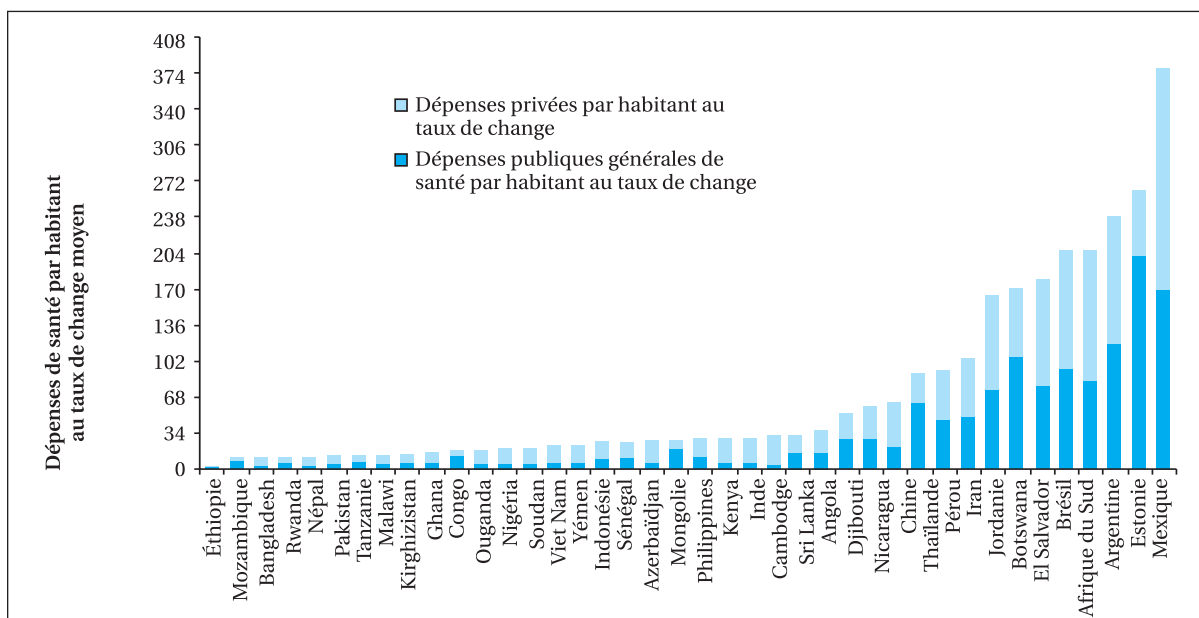
L'augmentation des engagements bilatéraux est due pour une grande part à l'Agence pour le développement international des États-Unis d'Amérique, qui a doublé les siens entre 2000 et 2003 et apporté ainsi US\$ 1 milliard supplémentaire à l'ADS. Le Fonds Mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme et l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination ont pris en 2003 et 2004 des engagements atteignant au total environ US\$ 1 milliard. En juin 2005, les ministres des finances du G8 ont annoncé un large accord d'allègement de la dette, aux termes duquel la Banque mondiale, le FMI et le Fonds africain de développement s'engageaient à annuler immédiatement l'intégralité de leurs créances sur 18 pays, à hauteur d'environ US\$ 40 milliards (6).

De tels engagements laissent penser que des ressources supplémentaires seront mises à la disposition de la santé et de la réduction de la pauvreté. Cependant, les pays se heurtent encore à des problèmes importants comme la souplesse, les délais, l'alignement et l'harmonisation des donateurs, avec notamment le besoin d'une aide sous forme d'appui budgétaire.

Le déficit de financement de la santé persiste

La Commission macroéconomie et santé (CMS) a calculé que des dépenses de santé s'élevant à au moins US\$ 34 par personne et par an seraient nécessaires d'ici à 2007 (et US\$ 38 d'ici à 2015) pour effectuer un ensemble d'interventions sanitaires essentielles (7). La Figure 1 montre que dans 25 des 40 pays considérés, les dépenses totales de santé en 2002 étaient inférieures à ce niveau.

Figure 1 Dépenses de santé par habitant dans 40 pays, au taux de change moyen (US\$) (2002)



Source : Comptes nationaux de la santé, OMS, 2005.

5 Michaud C. Trends in development assistance to the health sector 2000-2004. Genève, Organisation mondiale de la Santé, non publié, 2005.

Le rapport de la CMS signale en outre que l'essentiel des dépenses minimum indiquées devra emprunter des canaux publics pour couvrir les biens publics lorsque les individus manqueront de stimulants propres pour prendre les mesures de protection nécessaires et pour en assurer l'accès aux plus défavorisés, dont les foyers ne disposent pas de ressources suffisantes (7).

Le manque de financement de la santé paraît d'autant plus préoccupant que les pays sous-financés, d'après les estimations de la CMS, sont confrontés à d'importantes difficultés sanitaires. La progression de nombreux pays est trop lente pour qu'ils atteignent leurs objectifs nationaux d'ici à 2015, et certains enregistrent même une augmentation de la mortalité infanto-juvénile. De plus, la mortalité maternelle est nettement plus élevée dans les pays qui dépensent moins de US\$ 34 au total. Ainsi en 2000, la mortalité maternelle pour 100 000 naissances vivantes était en moyenne de 372 dans les 25 pays qui dépensaient moins de US\$ 34 en 2002, contre 126 dans les 15 pays qui dépensaient US\$ 34 ou davantage en 2002. Bien que des augmentations massives des fonds destinés à la santé ne soient peut-être pas à prévoir, il n'en demeure pas moins impératif d'accélérer la mobilisation des ressources publiques nationales et des ressources extérieures.

Comme on le voit à la Figure 1, des pays tels que le Mexique, la Chine ou le Cambodge dépensent tous au moins autant que le minimum jugé nécessaire pour assurer un ensemble d'interventions sanitaires essentielles. Toutefois, un grand nombre d'habitants de ces pays n'ont pas accès aux soins de base, et les indicateurs sanitaires restent à des niveaux médiocres. Un accroissement des ressources destinées à la santé n'a donc pas obligatoirement d'effet sur l'état de santé, à moins de s'accompagner de réaffectations à des fins plus efficaces.

Une analyse approfondie des flux de dépenses de santé pourrait confirmer ou non si le faible effet apparent des dépenses sur l'état de santé peut être attribué à des lacunes dans leur allocation, et peut-être permettre d'en déterminer l'origine. Il faudrait pour cela institutionnaliser les comptes nationaux de la santé, et notamment le suivi au niveau sous-national des dépenses en faveur des différentes catégories de populations. Un tableau précis des lacunes existantes pourrait alors servir de point de départ à la définition d'objectifs de réaffectation et à l'évaluation des effets des mesures politiques qui en relèvent.

Objectifs du présent rapport

Ce rapport a pour but de décrire les expériences sur trois ans des pays qui ont demandé et lancé un suivi des recommandations de la CMS. Ces pays ont entrepris des démarches plurisectorielles afin d'élaborer une stratégie d'accroissement des investissements sanitaires, de chiffrer cette stratégie, et d'utiliser les résultats de cet exercice pour influencer les responsables des ministères de la santé, des finances, de la planification et autres.

Bien que le rapport examine plus particulièrement les cas de douze pays dans lesquels ce processus a engendré des produits et activités importants, ses enseignements sont généralisables à d'autres situations nationales. Il vise ainsi à guider l'action des pays et de leurs partenaires qui s'intéressent à aborder de façon nouvelle les éléments constitutifs de leurs politiques, de leur planification et de leur argumentation. Le partage de l'expérience acquise ces trois dernières années devrait être profitable, tant pour les responsables politiques nationaux qui définissent les stratégies de santé et de développement dans leurs pays, que pour le personnel technique national qui traduira cette vision en réalité.

Le présent document n'a pas pour vocation de discuter ou de modifier le propos du rapport original de la CMS, ni d'évaluer le succès rencontré par les pays dans l'application de ses recommandations. Il n'est d'ailleurs pas possible, à ce stade, d'apprécier pleinement les effets de ces travaux et d'en

tirer des conclusions générales, et ce pour deux raisons importantes : 1) les réalisations des pays sont trop récentes; 2) s'agissant d'une initiative remontant de la base au sommet, les priorités et donc les processus adoptés par chaque pays ont été très divers. Pour évaluer avec réalisme les changements de politiques et leurs effets sur les dépenses de santé, l'état de santé ou les autres initiatives de développement (documents stratégiques de réduction de la pauvreté (DSRP), cadres de dépenses à moyen terme (CDMT), approches sectorielles (SWAp), ...), il conviendra de suivre à plus long terme l'application des plans d'investissement.

L'intérêt des activités liées à la CMS dans les pays

Les expériences acquises dans les pays apportent des perspectives nouvelles dans la recherche d'une planification nationale renforcée, visant à accroître les interventions sanitaires essentielles. On peut distinguer plusieurs facteurs qui ont contribué aux effets des travaux liés à la CMS dans les pays; ils sont résumés ci-dessous, et traités plus en détail au Chapitre 1.

- Les pays ont été à l'initiative du suivi de la CMS, qu'ils ont conçu et dirigé. Dans un tel changement d'échelle, il n'existe pas d'approche planificatrice ou promotionnelle univoque. La préservation d'une démarche ascendante se traduit par de fortes différences entre les priorités, l'échelonnement dans le temps et les besoins de capacités.
- Une coordination est nécessaire pour intégrer les politiques de santé et de développement au cadre complexe des multiples processus et initiatives bénéficiant d'un soutien extérieur. Les dispositifs introduits par les CNMS sont tels que les DSRP, les CDMT, les plans et budgets sectoriels et les OMD pourraient être employés de façon globale et stratégique. Les plans d'investissement sanitaire peuvent constituer un instrument d'application efficace assurant une gestion nationale dans cette perspective.
- L'essentiel n'est pas seulement de demander davantage de ressources pour la santé, mais aussi de savoir comment exploiter au mieux les ressources qui sont ou seront disponibles, en s'appuyant sur les processus nationaux existants. À cette fin, les CNMS et organes similaires ont privilégié trois domaines d'action :
 - renforcer le soutien politique et établir une coordination intersectorielle en faveur de l'accroissement des investissements de santé et du positionnement de la santé dans les processus de développement;
 - mettre en place des stratégies et systèmes de portée générale plus dynamiques à l'égard de la santé des plus défavorisés;
 - accroître l'efficacité de l'aide au développement consacrée à la santé.

Sommaire des chapitres du rapport

Le Chapitre 1 expose plus en détail les grands traits précédemment évoqués des processus nationaux jugés essentiels pour faire progresser la volonté politique et la préparation technique d'un changement d'échelle des investissements sanitaires. Le Chapitre 2 étudie ensuite les domaines d'activité des CNMS qui se sont avérés semblables d'un pays à l'autre, avant de présenter les diverses stratégies d'application, qui dépendent de la situation sociale, politique et économique propre à chaque pays. Enfin, le Chapitre 3 extrapole à partir des expériences nationales pour proposer un "cadre de politiques" aux ministères de la santé et à leurs partenaires, regroupant les mesures à adopter d'urgence pour atteindre les objectifs de santé prioritaires au niveau des pays.



Chapitre 1 Aperçu des activités nationales liées à la CMS

Ce chapitre présente les activités entreprises dans les pays pour rendre opérationnelles les recommandations de la CMS, et approfondit quelque peu les principales caractéristiques des expériences nationales. Il s'articule selon une approche ascendante, la possibilité de coordonner les processus de santé et de développement, et la constitution de matériels pour la planification et la sensibilisation.

Tirer parti des initiatives et spécificités propres des pays

Le suivi national a eu ceci d'innovant que ce sont les pays eux-mêmes qui en ont mené et défini le processus, renforçant d'autant l'effet des travaux des CNMS. Les objectifs poursuivis étaient que les diverses priorités sanitaires soient convenablement reflétées par les stratégies de santé, que les processus de développement existants soient mis à profit (les stratégies de réduction de la pauvreté par exemple), et que les intérêts des plus défavorisés soient suffisamment pris en compte.

L'établissement d'objectifs spécifiques aux pays est une étape essentielle pour améliorer l'efficacité des ressources affectées à la santé, notamment depuis que les OMD gouvernent les échéances mondiales et nationales concernant la santé et le développement. Les OMD visent des maladies qui affectent largement les plus défavorisés, et fournissent des objectifs et des jalons utiles pour progresser et effectuer des comparaisons entre pays. En outre, compte tenu de leur adoption quasi universelle, ils constituent un point de convergence précieux en vue de l'action au niveau mondial et national. En ce sens, les objectifs remplissent une importante fonction de sensibilisation. Abordant la pauvreté comme un tout, ils reconnaissent l'interdépendance des améliorations à apporter dans des domaines comme la santé, l'éducation et l'environnement.

Si les OMD constituent une avancée incontestable, qui a donné un nouvel essor aux activités de santé et de développement, leur réalisation n'engendre pas automatiquement un progrès sanitaire en faveur des plus démunis, et le risque existe d'y voir un moule imposé, uniforme, ne tenant pas compte des immenses différences entre les pays. Les travaux des CNMS ont donc porté sur le renforcement des capacités nationales à axer les efforts de développement sur les secteurs les plus défavorisés de la population, et à adapter les objectifs aux priorités propres de chaque pays.

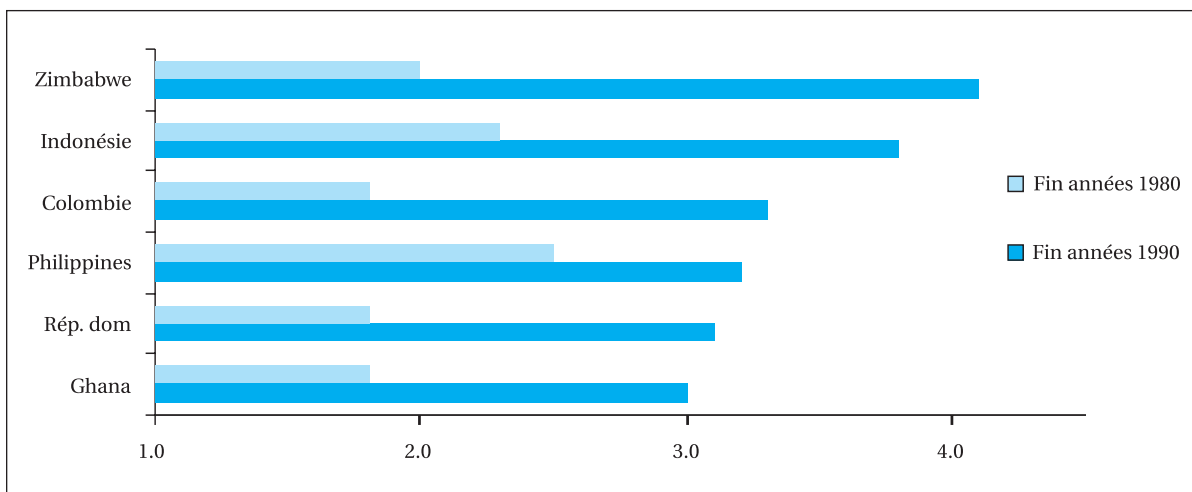
Mettre l'accent sur les groupes les plus défavorisés et vulnérables

Les OMD se présentent sous forme d'agrégats nationaux, de nature à dissimuler d'importantes disparités dans l'état de santé de groupes démographiques différents. Certains des OMD liés à la santé pourraient être atteints sans aucune amélioration de la santé des plus défavorisés (8), qui sont souvent plus difficiles à toucher, et c'est de fait dans ces populations que les progrès sont les plus lents. Dans les pays à revenu intermédiaire en particulier, il demeure de vastes poches de pauvreté et les inégalités de revenu s'aggravent. La Chine a ainsi réalisé plusieurs des OMD, et s'apprête à les atteindre tous d'ici à 2015. Pourtant, en 2000, quelque 200 millions de Chinois vivaient encore avec moins de US\$ 1 par jour, et 600 millions avec moins de US\$ 2 (9). Ces poches de pauvreté menacent la stabilité politique et sociale, et donnent souvent lieu à des courants migratoires vers les zones urbaines, à un effondrement des structures rurales et à des pressions insupportables sur les infrastructures urbaines.

Pour constater à quel point les progrès en matière de santé ont bénéficié hors de toute proportion aux mieux lotis, il suffit de prendre l'exemple de la mortalité infanto-juvénile (moins de 5 ans). La Figure 2

compare un échantillon de pays entre la fin des années 1980 et la fin des années 1990, et montre que les disparités entre catégories économiques se sont aggravées dans tous les cas (10). Ces disparités soulignent la nécessité de disposer de données désagrégées récentes, afin de vérifier si des groupes désavantagés ne seraient pas "oubliés" en raison des progrès moyens enregistrés dans la poursuite des OMD.

Figure 2 Mortalité infanto-juvénile (moins de 5 ans) dans certains pays, par catégorie économique (rapport entre les TMM5 des quintiles inférieur et supérieur)



Source: D'après Vandermoortele (10), reproduction autorisée.

Adapter les OMD aux priorités sanitaires des pays

Les OMD liés à la santé énoncent un ensemble de cibles et d'indicateurs qui mesurent utilement les progrès accomplis dans certains pays, mais ne reflètent pas toutes les priorités sanitaires des pays en développement. Les OMD couvrent une grande partie des maladies à l'origine de la mortalité évitable dans les pays à revenu faible et moyen-faible. En revanche, ils passent sous silence les maladies non transmissibles (MNT) et les facteurs de risque liés au style de vie, entre autres (voir Encadré 4).

En outre, certaines cibles des OMD ne concernent pas forcément tous les pays, comme celle du paludisme dans la Région de l'Europe. Dans certains pays, ce n'est pas la nature des cibles mais leur amplitude qui peut être inadaptée. C'est par exemple ainsi que, se rapprochant des cibles OMD, la Thaïlande et la Malaisie se sont fixé des objectifs plus ambitieux en matière de qualité de la vie, de réussite éducative et d'état de santé (11).⁶

La création d'une Commission nationale macroéconomie et santé, ou d'un organe similaire, peut contribuer à l'analyse critique de l'adéquation entre les cibles OMD et la situation du pays, et à l'adaptation des cibles en conséquence. Ce rapport adopte donc une approche dynamique des OMD liés à la santé, les conformant aux situations nationales.

Encadré 4 La montée en puissance des maladies non transmissibles (MNT)

Les maladies chroniques (ou non transmissibles) telles que les maladies cardiovasculaires ou le diabète représentent 60% des décès dans le monde. L'Afrique mise à part, elles provoquent davantage de décès et d'incapacités dans le monde que le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme, qui font l'objet d'une attention spéciale dans les OMD.

Contrairement à l'idée fautive voulant que les maladies chroniques seraient l'apanage des riches, les maladies cardiovasculaires (MCV) sont devenues la première cause de mortalité dans certains pays en développement : 80% des décès de MCV et 87% des incapacités dues aux MCV se rencontrent dans les

⁶ On trouvera également des données et informations concernant les MNT dans le rapport *Prévention des maladies chroniques : un investissement vital*, OMS, 2005 http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/en/.

pays à revenu faible ou intermédiaire (12). D'ici à 2020, 70% des 10 millions de décès annuels dus au tabagisme surviendront dans les pays en développement.

On estime parfois, à tort, que les maladies chroniques n'affecteraient que les personnes ayant atteint l'âge de la retraite, et n'auraient donc qu'un impact économique limité. Pourtant, une part importante de la mortalité due aux maladies chroniques concernera dans l'avenir la tranche d'âge la plus active. L'accroissement de la morbidité réduira en outre la productivité, et restreindra les capacités des individus à travailler. Les mécanismes compensatoires (par exemple, retirer les jeunes filles de l'école afin qu'elles prennent soin d'un parent malade) sont enfin eux aussi à intégrer aux coûts.

Ces derniers sont d'ores et déjà exorbitants. Aux États-Unis, l'American Diabetes Association estimait le coût direct du diabète en 2002 à US\$ 92 milliards (contre US\$ 44 milliards en 1997). Au Mexique, les coûts totaux du diabète (coûts indirects compris) sont estimés à US\$ 320 millions en 2005 (soit une augmentation de 25% en trois ans). Sans une intervention contre les facteurs de risque, cette escalade des coûts se poursuivra.

Le problème devient d'autant plus aigu que les changements de comportement font leur chemin dans les sociétés en développement. Les groupes sociaux les plus défavorisés sont particulièrement sensibles aux facteurs de risque, tels que la mauvaise nutrition, les styles de vie sédentaires ou l'usage du tabac, car ils ne peuvent se permettre les achats plus coûteux qui sont nécessaires à la santé dans le long terme.

La diffusion des MNT dans les pays en développement impose de mettre rapidement en œuvre des stratégies de prévention destinées aux plus exposés, s'ajoutant aux soins cliniques et aux aides en matière de style de vie visant les personnes qui présentent déjà les symptômes de la maladie. Bien que ne faisant pas partie des OMD, les MNT constituent un exemple manifeste de cibles que les pays devraient prendre en compte en formulant leurs stratégies sanitaires.

D'après "Chronic disease: the call to action", contribution de l'Oxford Health Alliance, juillet 2005 (voir Annexe 2).

Coordonner les multiples initiatives de santé et de développement

Un certain nombre de rapports ont été publiés ces derniers mois, diagnostiquant les obstacles qui se dressent dans les pays sur la voie des OMD et d'autres objectifs sanitaires. Parmi ces rapports figure celui du Projet du Millénaire des Nations Unies, *Investir dans le développement : plan pratique pour réaliser les objectifs du Millénaire pour le développement*, qui recommande aux pays en développement d'adopter et d'appliquer des stratégies nationales de développement suffisamment ambitieuses pour atteindre les Objectifs, et aux donateurs d'y apporter tout le soutien requis. Ce document traite de la nécessité de faire en sorte que tous les processus en cours soient "réellement orientés vers les OMD", et recommande qu'ils soient transparents et ouverts (13). Le caractère direct de ce rapport est appréciable, tout comme son insistance sur la nécessité d'aborder les OMD "non comme des ambitions abstraites, mais comme des objectifs de politiques pratiques".

Cependant, ses recommandations ne rendent pas tout à fait compte des difficultés soulevées par la complexité des structures politiques et institutionnelles des pays, et manquent de propositions concrètes sur la manière de mettre en pratique une stratégie de réduction de la pauvreté fondée sur les OMD. L'institutionnalisation d'un tel processus constitue une entreprise considérable, qui suppose de construire progressivement des capacités nationales. La réalité dans les pays est celle d'une concurrence que se livrent de nombreux secteurs sur des ressources limitées, et de responsables politiques confrontés à des choix difficiles dans l'établissement des priorités. L'héritage institutionnel de cette concurrence freine la nécessaire coopération entre les différents ministères, aux niveaux du centre et du terrain, en matière d'application des plans et politiques.

Un autre rapport récent, émanant de la Commission pour l'Afrique, attire l'attention sur la nécessité d'améliorer les capacités nationales et la transparence, et émet des recommandations précises à l'intention des donateurs et des pays afin qu'ils collaborent plus étroitement au renforcement des systèmes de santé (14). Ici encore, si le rapport pose un bon diagnostic des problèmes rencontrés, comme le nombre insuffisant des personnels de santé, il ne traite pas suffisamment de la mise en œuvre dans les pays. De même, des questions importantes sont évoquées dans le rapport (non-publié) de Mick Foster en 2004 décrivant les obstacles au niveau des pays sur la voie des OMD de santé, ainsi que dans d'autres publications.⁷ Les activités de suivi de la CMS dont traite le présent rapport viennent compléter ces travaux antérieurs en présentant les meilleures pratiques, recueillies à travers une expérience réelle dans les pays, d'une nouvelle façon de gérer les ressources sanitaires.

On ne dispose à l'heure actuelle d'aucun cadre reconnu proposant une méthodologie à base factuelle pour intégrer une perspective sanitaire dans les DSRP et autres initiatives de développement (15), ni d'aucun instrument permettant de relier efficacement les budgets à moyen terme (par exemple les CDMT) et à court terme à des stratégies sectorielles et de développement bien établies.⁸ Une instance nationale de coordination telle que les CNMS dans les pays serait de nature à renforcer les capacités d'analyse et de planification en créant des synergies entre ces processus, de telle sorte qu'ils reflètent clairement les objectifs de santé. Les stratégies d'investissement pourront être mises à profit pour aligner les objectifs des partenaires sur les priorités nationales et renforcer les intentions d'harmonisation et de prise en main nationale proposées par les approches sectorielles⁹ (SWAp).

Planifier la meilleure utilisation possible des ressources

Compte tenu de la diversité des pays et de la nouvelle ampleur des initiatives de santé, comment chaque pays peut-il tirer le meilleur parti des ressources affectées à la santé ? En dehors de leur rôle de coordination, les CNMS ont contribué à la création des bases factuelles nécessaires à la planification. Une fois que les pays ont adapté précisément les cibles à leurs besoins, il leur reste à planifier, financer et mettre en œuvre une stratégie de santé appropriée, qui prendra en compte les interactions trans-sectorielles des facteurs de risques de maladies ainsi que l'intégration de nouveaux investissements au sein du dispositif de santé existant.

Affecter plus efficacement les ressources disponibles

La tendance mondiale actuelle à l'accroissement des ressources consacrées à la santé souligne l'urgence qu'il y a à renforcer les capacités nationales de planification, afin d'optimiser l'utilisation et l'absorption de ces ressources. Dans l'ombre des efforts et des coûts entraînés par la lutte contre le VIH/SIDA et les autres épidémies, et de la charge croissante des maladies non transmissibles et des aspects sanitaires du vieillissement des populations, se profile l'obligation de démontrer que l'augmentation des financements se traduit par une amélioration de l'état de santé des plus défavorisés. L'amélioration des capacités nationales constitue en outre une base pour l'alignement des donateurs sur les plans et stratégies des pays, qui permettra d'améliorer l'efficacité de l'aide.

Pour absorber efficacement les financements et obtenir un effet maximal sur la santé à partir de fonds limités, on devra s'efforcer d'améliorer leur utilisation. Comme le montre la Figure 1, des pays comme le Mexique, la Chine ou le Cambodge dépensent tous à peu près autant, voire davantage, que le minimum jugé nécessaire pour assurer un ensemble d'interventions essentielles.

Cependant, pour des raisons diverses, de vastes populations manquent dans ces pays d'un accès aux soins de base, et les indicateurs de santé restent peu satisfaisants. Le Sri Lanka lui-même, en dépit de

⁷ Foster M. *Lessons from country experience in implementing the health related Millennium Development Goals: synthesis report*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, document non publié, 2004..

⁸ Ibid.

⁹ Les SWAP s'efforcent d'esquisser un processus gouvernemental visant à rassembler toutes les politiques et dépenses relatives à un secteur donné, comme la santé, de façon globale et coordonnée. Dans l'optique des SWAP, les objectifs sectoriels seront mieux remplis si l'aide au développement est utilisée pour soutenir des politiques et stratégies sectorielles nationalement définies, plutôt que des projets particuliers.

sa tradition d'efficacité en matière de soins primaires et de ses indicateurs sanitaires satisfaisants pour un pays aux ressources limitées, devra mettre en œuvre un plan stratégique pour maintenir ce niveau d'accès et de soins. Fondamentalement, on n'obtiendra pas d'effets significatifs sur l'état de santé si les fonds publics ne sont pas réaffectés de façon à alléger la charge des paiements directs.

Réunir des éléments de sensibilisation, de planification et d'harmonisation

Les CNMS constituent des exemples de la manière dont l'action des pays a amené une sensibilisation en matière de hausse des investissements sanitaires et de renforcement des interventions en faveur des plus démunis. Les fonctions qui seront indispensables au succès peuvent être classées en trois grands domaines aux fins du renforcement de capacités :

- renforcer le soutien politique à l'accroissement des investissements de santé et au positionnement de la santé dans les processus de développement;
- établir des stratégies et systèmes globaux prenant davantage en compte la santé des plus défavorisés;
- accroître l'efficacité de l'aide au développement pour la santé.

Du fait de la mixité de leur composition plurisectorielle, politique et technique, les CNMS ont permis de mettre le niveau de la planification technique directement au contact des principaux décideurs. Elles ont suscité des recherches à base nationale visant à convaincre les donateurs et les hauts responsables politiques des importants bénéfices à retirer d'une augmentation des dépenses de santé, et d'une stratégie destinée à accroître l'efficacité allocative et distributive de la gestion des ressources.

On en voit un effet dans la constitution de réseaux d'experts dans les régions et pays. Des spécialistes internationaux et régionaux collaborent ainsi avec leurs confrères locaux pour apporter une assistance technique dans les domaines de l'élaboration des politiques et de la planification des ressources.

Les activités dans les pays ont permis d'accroître sensiblement la masse des données disponibles et de les compiler, afin de préparer le terrain à l'augmentation et à l'amélioration des dépenses de santé dans le contexte national (Encadré 5). Cependant, pour aller de l'avant, il conviendra de renforcer un dispositif de définition des indicateurs et objectifs intermédiaires et de collecte des données, en vue de surveiller la mise en œuvre des plans d'investissement et de produire des informations à l'usage des cycles programmatiques et budgétaires à court terme.

Un tel système devrait comprendre une formation des décideurs publics et gestionnaires de programmes, portant sur la manière d'utiliser au mieux ces indicateurs. En effet, ceux-ci ne servent pas seulement de base pour l'affectation des investissements sanitaires aux usages les plus efficaces, mais aussi d'indicateurs intermédiaires permettant de suivre en permanence l'effet des réformes sur l'accès des plus défavorisés aux soins de santé.

Encadré 5 Aspects nationaux des relations santé-développement

- Selon les premières conclusions de la **Commission caraïbe** pour la santé et le développement, dans le cas de Trinité-et-Tobago, une hausse de 1% des dépenses de santé devrait se traduire par une augmentation de 3% des flux d'investissement étranger direct (IED), après un délai d'environ deux ans. À la Barbade, une hausse de 1% des dépenses de santé conduirait à une augmentation de 1,1% des recettes du tourisme, et de 0,8% du nombre des entrées de touristes. Dans une région où nombre d'économies dépendent fortement de l'IED et du tourisme, ces relations ont été jugées importantes à établir (16).

- En **Chine**, une étude a montré que sur les 15 prochaines années la productivité totale des facteurs (à laquelle contribue la santé de la main-d'œuvre) jouera un rôle des plus importants dans le maintien d'une croissance économique élevée. En outre, le secteur santé représente une part croissante du PIB et contribue à stimuler l'emploi, tandis que les programmes financiers de protection sanitaire contribuent à réduire l'incitation à l'épargne des ménages et à dynamiser les faibles taux de consommation du pays.¹⁰
- On estime que le **Ghana** perd chaque année environ 6,4% de son PNB en raison du mauvais état de santé. On considère en outre que sa faible espérance de vie (57 ans) prive le pays de quelque US\$ 620 millions de produit annuel. À cela s'ajoute la charge des maladies, comme le paludisme qui compte pour 43% de toutes les consultations ambulatoires dans les établissements de santé ghanéens et pour 25% de la mortalité infanto-juvénile, dont on estime qu'elle fait perdre au pays environ 600 000 années de vie corrigées de l'invalidité (DALY) pour un coût équivalant à environ US\$ 177,5 millions (18).
- En **Inde**, l'analyse montre que si les habitants de l'Uttar Pradesh avaient la même espérance de vie que ceux du Kerala (supérieure de près de 15 ans en 1995-99), l'effet net en serait une production supérieure de 60% à son niveau actuel. Employés avec efficacité, les effectifs croissants de la main-d'œuvre indienne pourraient augmenter en moyenne la hausse du revenu réel par habitant de 0,7% par an jusqu'en 2025. À elles seules, les maladies font passer chaque année près de 3,3% de la population indienne au-dessous du seuil de pauvreté (19).
- Selon certaines estimations, l'amélioration de la santé au **Mexique** entre 1970 et 1995 a été à l'origine d'environ un tiers de la croissance économique à long terme (20).

Cette stratégie globale vise à améliorer la capacité des responsables de la santé publique à planifier de façon efficace dans le long terme. Le cadre d'analyse et de planification fonctionne comme un instrument de renforcement de capacités, préparant le secteur santé aux évolutions externes ou internes à venir, et permettant de gérer avec méthode et cohérence les urgences du moment (comme le VIH/SIDA) et les enjeux du futur (comme le défi que représentent les maladies non transmissibles). Ce même processus qui consiste à rassembler des éléments, à choisir de bonnes solutions, puis à établir une base politique solide pour agir, modèle en matière de macroéconomie et santé, peut tout aussi bien fonctionner à l'égard des difficultés qui nous attendent.

Le chapitre suivant présente les expériences acquises par les pays en s'attaquant aux difficultés qui limitent l'allocation efficace des ressources. Les activités dans les pays ont été menées en tenant compte des diverses questions de politiques que doit traiter le ministère de la santé à tous les niveaux : dans ses négociations avec les ministères des finances et de la planification; dans son rôle au sein du secteur santé; dans ses relations avec les partenaires du développement (l'Encadré 6 présente un résumé des enjeux présents à chacun de ces niveaux, et le CD en annexe en fournit une description détaillée). Le Chapitre 2 expose de façon plus détaillée les fonctions des CNMS qui se retrouvent dans toutes les expériences nationales, avant de présenter les résultats particuliers obtenus dans 12 pays pour montrer la diversité des approches

¹⁰ Office of the WHO Representative in China/Social Development Department of China State Council Development Research Centre, *op. cit.*

Encadré 6 Trois niveaux de considérations politiques^a**Établir une collaboration réelle entre les ministères des finances et de la santé**

- Plans de développement reflétant les priorités sanitaires
- Liaisons rationnelles et transparentes entre politiques, plans et budgets

Questions à résoudre par les ministères de la santé

- Rassembler des données solides sur les systèmes de santé et la santé des différentes populations
- Définir clairement les objectifs et stratégies sous un angle plurisectoriel
- Programmer et chiffrer les investissements nécessaires, sur la base d'estimations crédibles des ressources requises pour atteindre les objectifs sanitaires
- Déterminer la meilleure combinaison des principaux apports
- Optimiser les effectifs et la qualité des personnels de santé
- Toucher les populations défavorisées et rurales
- Assurer un financement équitable de la santé
- Collaborer avec les organisations de la société civile et le secteur privé
- Intégrer la recherche au système de santé
- Suivre et évaluer les résultats

Questions à l'interface avec les partenaires extérieurs

- Accroître les financements pour satisfaire aux priorités nationales de santé dans les pays à faible revenu
- Aligner l'aide au développement sur les plans et budgets nationaux
- Harmoniser les procédures des donateurs

^a Ces questions de politiques sont approfondies dans le document *Checklist of issues for reaching national health objectives* qui figure en Annexe A sur le CD joint.



Chapitre 2 Partager les expériences des pays

Après une présentation générale des contributions des travaux de suivi de la CMS à l'intensification des interventions sanitaires dans les pays, ce chapitre développe plus spécifiquement les rôles communs joués par les diverses CNMS dans tous les cas. Ces différents rôles ont revêtu une importance variable en fonction des priorités politiques et sanitaires propres à chaque pays. On décrira ensuite plus précisément les processus et les premiers résultats dans 12 pays, afin d'en montrer la souplesse d'adaptation aux situations nationales : dans aucun pays il n'existe de plan préétabli. En revanche, de nombreux pays ont constaté que la création d'une CNMS ou d'un organe similaire était un moyen efficace de réunir tous les intéressés autour de la table et de mettre en relation les travaux d'analyse avec les décisions de politiques.

Champs d'action des commissions nationales macroéconomie et santé

Renforcer le soutien politique à l'accroissement de l'investissement sanitaire et au positionnement de la santé dans le développement

Renforcer l'engagement. Au cœur des améliorations durables à apporter à la santé réside la capacité de convaincre ceux qui tiennent les cordons de la bourse du fait que ces améliorations sont une base de la prospérité nationale. Sans un engagement des ministres des finances et de la planification, la santé ne recevra pas l'attention voulue dans les stratégies ou budgets de développement des pays.

Jusqu'à une date récente, on considérait avant tout la santé comme un poste de consommation, et l'amélioration de la santé largement comme un **résultat** du développement économique. Le rapport de la CMS a provoqué un net changement d'optique, en démontrant que la santé constitue un élément moteur du développement économique et de la lutte contre la pauvreté, et ce grâce à différents mécanismes parmi lesquels l'accroissement de la productivité individuelle, la baisse de la natalité (qui permet aux parents d'investir davantage pour chaque enfant) et l'allongement de l'espérance de vie (7). La CMS a estimé à un facteur de six le retour sur les investissements consacrés à étendre l'accès à un ensemble d'interventions de santé essentielles.

Encadré 7 Argumentaire économique de l'investissement sanitaire dans la Région européenne de l'OMS

Les travaux actuellement menés en macroéconomie et santé par le Bureau régional OMS de l'Europe montrent que l'idée sous-jacente à la CMS ("la santé est un atout pour l'économie") s'applique au-delà de ce que l'on considère habituellement comme les "pays en développement". En termes de santé, la caractéristique première des pays de la Région européenne de l'OMS, qu'ils soient classés à revenu faible, intermédiaire ou élevé, est la prédominance de la charge des maladies non transmissibles (MNT). Au contraire, la plupart des pays à faible revenu qui constituaient le principal objet du rapport de la CMS sont confrontés à une charge beaucoup plus lourde de maladies transmissibles, et de santé de la mère et de l'enfant.

Une série de rapports et de documents de travail résume ces travaux, qui s'opposent formellement à l'opinion courante selon laquelle une charge prépondérante des MNT ne causerait pas de pertes économiques importantes, car ces maladies affecteraient les individus après l'âge de la retraite. Or, notamment en Europe orientale et en Asie centrale, la structure de la morbidité et de la mortalité des adultes est remarquablement jeune, les personnes les plus touchées étant celles dans la tranche d'âge la plus active. La perte économique qui en résulte est considérable, tant pour elles-mêmes que pour les

ménages/familles qu'elles dirigent. Les maladies transmissibles (comme la tuberculose et le VIH/SIDA) commencent en outre à poser des problèmes dans ces pays aussi, et affectent des individus particulièrement jeunes.

Il est très important de démontrer la rentabilité des améliorations sanitaires dans les pays d'Europe et d'Asie centrale, car on établit ainsi une logique incitant les acteurs politiques extérieurs au secteur santé à renforcer les initiatives en faveur de la santé. La santé devrait devenir partie intégrante de la stratégie globale de développement national, et il existe des raisons de penser que, dans la partie orientale de la région, les efforts consacrés à la santé ne sont pas suffisants à l'heure actuelle; et ce sans doute parce que les bénéfices économiques généraux n'en sont pas assez connus.

Entre autres contributions concernant les pays dans ce domaine, le Bureau européen de l'OMS met actuellement au point un rapport, "Health: a vital investment for economic development in Eastern Europe and Central Asia (ECA)", et prépare en collaboration avec la Banque de développement du Conseil de l'Europe et le Conseil de l'Europe un rapport sur "la santé et le développement en Europe du Sud-Est". Le Bureau régional a également contribué au rapport "The contribution of health to the economy in the European Union", publié en octobre 2005 par la Direction générale Santé et protection des consommateurs de la Commission européenne (21).^b

^a Texte de Marc Suhrcke, Organisation mondiale de la Santé (OMS), Bureau européen de l'investissement pour la santé et le développement, Venise, novembre 2005.

^b Mises à jour : voir www.euro.who.int/socialdeterminants/develop/20050706_1.

Compte tenu de la concurrence que se livrent de nombreux secteurs autour de ressources limitées, la démonstration du potentiel considérable que présente la santé vis-à-vis de la capacité productive des individus constitue un argument de poids. De nombreux pays ont entrepris de prouver les avantages économiques apportés par l'investissement sanitaire dans leur situation nationale propre, afin de fournir de nouvelles justifications à l'accroissement des ressources publiques affectées à la santé et aux secteurs apparentés. L'Encadré 7 résume les actions menées en vue de traduire les recommandations de la CMS dans le cadre de la Région européenne de l'OMS.

Les CNMS mises en place dans de nombreux pays ont permis d'institutionnaliser le dialogue entre les ministères de la santé et des finances. Ce dialogue fournit l'occasion de faire connaître les éléments précédemment évoqués et de plaider pour un renforcement de l'investissement et de l'attention consacrés à la santé, ainsi que d'appuyer ces demandes par un programme clair d'utilisation des fonds.

L'établissement d'une instance de coordination intersectorielle permet de redéfinir les priorités sectorielles afin qu'elles représentent tous les facteurs qui influencent l'état de santé. Ainsi, l'Initiative macroéconomie et santé du **Ghana** a reçu l'entier soutien des ministères chargés de la santé et de l'eau et assainissement, ainsi que du ministère des finances; et le plan d'investissement sanitaire qui a été mis sur pied comprend des stratégies chiffrées visant à atteindre les cibles en matière d'eau et d'assainissement. Au **Sénégal**, s'appuyant sur des initiatives visant à faciliter un dialogue à propos des politiques d'investissement entre les ministères qui apportent des ressources à la santé, le ministère de la santé s'efforce actuellement de mettre en œuvre un processus de planification plurisectorielle au niveau des districts.

La santé au centre des plans de développement. Les DSRP juxtaposent souvent des activités sectorielles diverses, sans entreprendre auparavant une évaluation globale des priorités nationales d'ensemble et de l'efficacité des dépenses en cours. Dans bien des pays, la santé n'est pas représentée comme il conviendrait dans les stratégies de développement nationales, et il est donc peu probable qu'elle reçoive l'attention voulue dans le budget. Cette question revêt d'autant plus d'importance que les donateurs s'orientent davantage vers l'aide budgétaire. Au **Ghana**, le gouvernement considère le plan d'investissement sanitaire comme un élément essentiel de sa stratégie révisée de réduction de la pauvreté,

qui intégrera les OMD en tant que cibles de développement, tout comme le programme de travail du ministère de la santé pour 2007-2011.

Par ailleurs, les stratégies du secteur santé sont souvent élaborées indépendamment des budgets nationaux établis par le ministère des finances. En outre, la faiblesse de la gestion des dépenses publiques se traduit par des décaissements tardifs et imprévisibles, ce qui rend impossibles les prévisions à moyen et long terme. Cet état de fait est particulièrement grave pour le secteur santé, car de nombreux facteurs essentiels au système de santé, comme les ressources humaines, engendrent d'importants coûts récurrents. Les ministères de la santé hésiteront à se lancer dans ceux des investissements qui, bien que nécessaires, ne pourraient être supportés en l'absence des ressources attendues. L'introduction du cadre de dépenses à moyen terme apporte une solution, en s'efforçant de relier les stratégies sectorielles à des allocations de ressources sur une période de trois à cinq ans.

L'occasion que procurent les CNMS d'instaurer un dialogue constructif entre les ministères de la santé, de la planification et des finances est précieuse pour assurer une meilleure visibilité à la santé en tant que facteur essentiel de la réduction de la pauvreté, et pour établir une liaison entre les stratégies du secteur santé et les budgets annuels et à moyen terme.

Mettre en place des stratégies et systèmes de portée générale plus dynamiques à l'égard de la santé des plus défavorisés

Des stratégies sanitaires de portée générale. Faire la preuve d'une utilisation efficace des ressources existantes est peut-être le meilleur argument pour obtenir une allocation de ressources plus importante. Si les ministères de la santé souhaitent réellement contribuer davantage à la planification du développement et renforcer leur position vis-à-vis des ministères des finances et de la planification, ils devront être en mesure d'élaborer et de présenter une stratégie sectorielle globale et chiffrée.

Les exercices d'établissement des coûts entrepris dans les pays témoignent de méthodologies et priorités différentes : au **Ghana**, ils étaient liés au chiffrage de la composante santé du DSRP; en **Inde**, le chiffrage a porté sur le coût d'ensembles d'interventions essentielles, avec une stratégie de réforme du secteur santé; et au **Yémen**, il a été effectué dans le cadre d'une évaluation des besoins liés aux OMD et du plan à 5 ans du secteur santé. L'Encadré 8 en résume brièvement la méthodologie générale.

Encadré 8 Résumé de la méthodologie d'établissement des coûts dans les pays CMS^a

L'un des principaux objectifs des activités de suivi de la CMS consistait à estimer les ressources nécessaires à l'extension d'un ensemble d'interventions prioritaires. Dans certains pays, comme au Ghana et en Inde, cet exercice de chiffrage a été coordonné par la commission nationale macroéconomie et santé. Au Yémen, il s'est effectué en conjonction avec le Projet du Millénaire des Nations Unies, afin d'estimer le coût de réalisation des OMD liés à la santé.

Au Ghana et en Inde,^b le coût du renforcement des interventions, qui prenait en compte les composantes du système de santé, a été estimé à près du triple du budget actuel total de la santé. Calculer le déficit de ressources est fondamental pour étayer les plans de développement nationaux et les réformes du secteur santé. Il s'agit en outre d'une base permettant d'aligner les partenaires sur un plan chiffré, et de réclamer du gouvernement des ressources additionnelles.

On peut aborder l'estimation des ressources de différentes manières. Dans le cadre des travaux en macroéconomie et santé, on manquait manifestement d'instruments permettant de chiffrer convenablement un panier d'interventions essentielles diverses, et qui rendent compte des coûts et synergies des ressources partagées du système sanitaire. L'Encadré 9 décrit l'initiative OMS-CHOICE et montre en quoi elle répond à certains de ces besoins.

Les méthodes de calcul des coûts ont été choisies en fonction des buts de l'estimation, de la disponibilité de données (interventions, cibles, activités et leurs coûts unitaires), et des capacités. Toute méthode de calcul devrait posséder la souplesse nécessaire pour s'adapter aux situations particulières des pays, et non avoir force de prescription pour estimer les ressources nécessaires aux programmes sur un plan mondial ou spécifique.

Au Yémen, par exemple, le ministère de la santé publique et de la population a achevé le chiffrage de la composante sanitaire du plan national de réduction de la pauvreté et de développement à cinq ans, ce qui a entre autres exigé d'adapter les cibles OMD pour en réduire les ambitions en tenant compte du développement sanitaire national. Les scénarios de financement qui en découlent sont donc plus réalistes en termes d'établissement des objectifs nationaux et d'exécution des interventions prioritaires au niveau des districts.

En général, les estimations de ressources se déroulent suivant les étapes fondamentales suivantes, décrites dans la plupart des instructions de calcul des coûts.^{c, d}

1. Définir la portée de l'estimation;
2. Estimer les effectifs des populations en difficulté;
3. Établir les niveaux de départ et les objectifs souhaités pour la couverture des services, qui détermineront en outre l'appréciation des capacités et les rythmes possibles d'extension des services;
4. Évaluer les coûts (équilibre entre estimations fondées sur les besoins et estimations par poste budgétaire);
5. Procéder à l'analyse de sensibilité aux incertitudes et élaborer des scénarios.

^a D'après une directive provisoire sur l'estimation des ressources pour un ensemble d'interventions de santé, établie par Jeanette de Putter, Coordination de l'unité de soutien macroéconomie et santé, Organisation mondiale de la Santé, et Phil Compermolle, Institut royal tropical, novembre 2005.

^b On trouvera sur le CD-ROM joint d'autres précisions concernant les méthodes d'estimation des coûts employées au Ghana et en Inde.

^c Drummond et al. *Methods for the economic evaluation of health care programmes*, 2nd ed. Oxford, Oxford University Press, 1997.

^d Tan-Torres et al. *Guide to cost-effectiveness analysis*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003.

Encadré 9 Les outils de calcul OMS-CHOICE^a

En janvier 2004, l'OMS et le Fonds Mondial ont organisé un séminaire sur les instruments de calcul des coûts, réunissant des concepteurs de ces outils et des utilisateurs potentiels (responsables et planificateurs de programmes nationaux de lutte contre les maladies, entre autres). Un consensus s'est établi quant à la nécessité d'instruments de calcul des coûts portant sur des maladies spécifiques et, de façon plus urgente encore, sur le renforcement des systèmes de santé.

Depuis cette date, le programme OMS-CHOICE a élaboré (et élabore actuellement) des instruments pour les maladies figurant dans les OMD (santé maternelle et infanto-juvénile, paludisme, tuberculose, VIH/SIDA). Ces outils spécifiques à des maladies sont conçus selon un modèle unique, de manière à s'intégrer de façon transparente à l'instrument de planification financière du système de santé appelé "Backbone" (dorsale), ou BB en abrégé.

Tous ces instruments permettent d'effectuer des calculs à moyen terme, couvrant des périodes de trois à 10 ans. Ceux qui portent sur des maladies précises comprennent les produits tels que médicaments et tests, ainsi que les coûts pour le système sanitaire en termes de visites ambulatoires et de journées d'hospitalisation. Ils tiennent également compte des coûts des programmes liés aux différentes maladies, comme le suivi et évaluation, la supervision et la formation, le stockage, la logistique et le transport, la sensibilisation et la communication stratégique.

L'outil de planification financière du système de santé comporte des calculs en matière de ressources humaines pour la santé, d'infrastructures, de systèmes de gestion de l'information, et autres fonctions

d'appui administratif. Il peut être utilisé de manière indépendante, ou en conjonction avec les outils spécifiques à des maladies.

Tous ces instruments sont munis de bases de données diverses, qui apporteront des informations préliminaires sur les pays, démographiques par exemple, comprenant des projections de croissance rurale et urbaine, qui peuvent servir de point de départ aux analystes pour leurs estimations. L'existence de ces instruments devrait donc aider les planificateurs à estimer les besoins en ressources et les coûts de l'extension.

^a Texte de Tessa Tan-Torres Edejer, Bases factuelles et information à l'appui des politiques, Organisation mondiale de la Santé, novembre 2005

Disposer de faits avérés est essentiel à la bonne gestion des ressources destinées à la santé. Les CNMS ont fait office de catalyseurs pour l'intégration entre la recherche spécifique aux pays et l'élaboration des politiques nationales. Les manques dans les connaissances existantes sont à la base des programmes de recherche des institutions nationales. Le plan d'investissement montre la nécessité des interventions prioritaires et estime les montants à prévoir pour les assurer.

On voit ici encore que les pays ne pourront ni optimiser leurs investissements sanitaires ni atteindre leurs objectifs nationaux de santé sans une amélioration concomitante dans d'autres secteurs comme l'enseignement, l'eau et l'assainissement, ou l'environnement. La planification de la santé doit prendre en compte les actions de ministères autres que de la santé, qui assurent des prestations de santé ou dont les décisions influent sur la santé.

En **Chine**, par exemple, quelque 12 ministères ou administrations jouent un rôle dans la santé. En **Inde**, les principales analyses préalables au plan d'investissement sanitaire portent sur les domaines suivants : évaluation des dispositifs actuels de financement de la santé et options pour mobiliser des ressources supplémentaires; chiffrage d'un ensemble de services sanitaires essentiels; rôles des secteurs public et privé dans la prestation de ces services.

Les travaux menés par la **Communauté des Caraïbes** en matière de santé et de développement comprenaient une évaluation claire de tous les déterminants de la santé, associée à des études ponctuelles sur la charge et le coût de certaines maladies. La Communauté a en outre entrepris des travaux novateurs, tels qu'un premier examen des effets réels de l'état de santé sur la viabilité de l'investissement étranger direct et du tourisme, des moyens de gérer l'émigration des personnels de santé, et des options en vue d'un financement plus équitable. Ces connaissances seront utilisées en tant qu'outil de sensibilisation, afin d'influencer les politiques de développement dans les pays de la Communauté des Caraïbes.

Suivre les progrès en utilisant des indicateurs intermédiaires. Pour que les fonctions essentielles soient effectivement remplies, il est primordial de mesurer en permanence les effets sur les politiques des divers efforts entrepris. Ce suivi des résultats intermédiaires, par exemple les changements de montants budgétaires affectés à la santé ou les allocations de fonds, non seulement sert de base pour améliorer la gestion des ressources existantes, mais aussi renforce la transparence de l'emploi des fonds, ce qui favorise l'augmentation des investissements nationaux et extérieurs en faveur de la santé.

L'importance des délais entre la réaffectation des fonds et leurs effets possibles sur l'état de santé impose de faire appel à des indicateurs intermédiaires, permettant de suivre en continu les changements dans l'allocation des fonds et, en parallèle, les achats d'intrants destinés aux services de santé.

Comme première étape dans l'élaboration d'un état des lieux par rapport auquel mesurer les progrès, certaines CNMS ont établi des plans d'investissement qui comparent le niveau actuel des dépenses à un

chiffrage des interventions essentielles fondé sur les besoins. Sur la base des agrégats nationaux, il conviendrait de calculer les déficits de financement au niveau décentralisé, de façon à pouvoir planifier et suivre les changements d'allocations à l'échelon des districts.

En outre, la rareté de données désagrégées et récentes dans la plupart des pays implique, pour remplir de façon durable les fonctions évoquées plus haut, de définir des indicateurs, de collecter des données, de fixer des objectifs, et enfin de les utiliser pour suivre et évaluer les changements sur une base continue.

L'engagement des organisations de la société civile et du secteur privé. La participation des communautés à la définition des objectifs et processus de santé constitue un thème récurrent de l'OMS depuis des décennies, à commencer par la déclaration d'Alma Ata qui, en 1976, a fait de la participation une pièce maîtresse des soins de santé primaires. Dans les années 1980, l'importance accordée à la décentralisation des systèmes de santé a conféré aux communautés un rôle important dans l'organisation des interventions sanitaires au niveau des districts (22).

Encadré 10 La Région OMS de la Méditerranée orientale : renforcer les pouvoirs des communautés

Dans la Région OMS de la Méditerranée orientale, les activités de suivi de la CMS ont été étroitement liées aux Initiatives à base communautaire (CBI), qui comprennent des programmes tels que ceux portant sur les besoins fondamentaux de développement et la santé dans les villes, la santé dans les villages et les femmes dans la santé et le développement. Ces approches constituent un instrument permettant aux communautés de déterminer leurs besoins socio-économiques, notamment liés à la santé, et d'envisager de combler les manques par leur engagement actif. De cette façon, les CBI mettent les communautés et les prestataires locaux de services sociaux en mesure de devenir plus autonomes, et moins dépendants de l'appui gouvernemental. Cette approche repose sur le principe qu'un bon état de santé de la communauté, objectif important en lui-même, est primordial pour créer et soutenir chez les moins favorisés la capacité de satisfaire leurs besoins essentiels et de surmonter la pauvreté.

À l'heure actuelle, tous les pays de la Région mettent en œuvre au moins une des composantes des CBI. Parmi les pays CMS de la Région OMS de la Méditerranée orientale, la République islamique d'Iran, la Jordanie, le Pakistan, le Soudan et le Yémen ont créé des unités de CBI au sein de leurs ministères de la santé. La République islamique d'Iran, la Jordanie et le Pakistan ont également affecté un budget annuel au fonctionnement et à l'extension du programme. En outre, la Jordanie, le Pakistan et le Soudan ont lié le programme à des organisations non gouvernementales nationales et internationales. D'autres sont en train d'intégrer l'approche à base communautaire à leurs plans de santé et de développement, et de l'institutionnaliser dans le cadre de leurs politiques nationales de santé.

Pour prendre un exemple des programmes de CBI, les projets en matière de besoins fondamentaux de développement (BDN) produisent des effets sur les besoins essentiels tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du secteur santé : soins de santé primaires, éducation élémentaire, disponibilité d'eau potable sûre, logement, assainissement, sûreté de l'environnement. L'introduction de mécanismes de micro-crédits générateurs de revenus est également de la compétence du programme. Des équipes intersectorielles composées de membres des départements concernés appuient les représentants des communautés locales et les autorités de district, et proposent une assistance technique à l'établissement de priorités et à la sélection d'initiatives sociales et productrices de revenu, à la construction d'organisations locales et à la mise en œuvre des programmes. Elles constituent en outre un relais pour transmettre les préoccupations des communautés et les besoins ressentis aux départements compétents des autorités de district. Les équipes BDN sont donc précieuses pour susciter la confiance et l'assurance nécessaires à l'établissement d'un partenariat solide entre le gouvernement et les organisations de la société civile. Le programme BDN, tout comme la CMS, se fonde sur la reconnaissance des relations entre santé et

réduction de la pauvreté. Le suivi de la CMS contribue au renforcement des systèmes et institutions en vue d'améliorer l'accès des plus défavorisés aux services de santé essentiels, et de les protéger contre les pièges de la pauvreté liés à l'état de santé. Au niveau microéconomique, les CBI favorisent l'aptitude des communautés à adopter des stratégies de réduction de la pauvreté et des activités de développement durable. On étudie de plus aujourd'hui la faisabilité et le potentiel de financements communautaires de la santé dans les zones BDN. L'intégration des différents programmes liés à la santé dans les zones où sont mises en œuvre des CBI fournira l'occasion d'impliquer les communautés dans les processus de planification, d'exécution et de contrôle, avec pour résultat d'améliorer la durabilité des programmes de développement.

L'approfondissement de la notion de prise en main figure en bonne place dans la Déclaration du Millénaire, les DSRP, les SWAP et diverses autres stratégies d'aide au développement. Une étude portant sur 16 pays asiatiques a montré que ceux qui enregistraient les indicateurs sociaux les plus satisfaisants étaient ceux où existait une relation forte entre le gouvernement central et les communautés rurales, sous la forme d'un réseau d'institutions civiles locales (23).

Dans plusieurs des pays évoqués dans ce rapport, les organisations de la société civile (OSC) ont participé aux instances nationales de santé et développement. Dans la Région OMS de la Méditerranée orientale, les activités de suivi de la CMS ont été étroitement associées aux initiatives à base communautaire (voir Encadré 10). Les pays ont entrepris de tirer les enseignements de l'expérience acquise par les OSC en matière de santé et développement, d'adapter cette expérience au contexte national, et d'identifier les modalités d'une interaction entre les gouvernements et la société civile pour parvenir à une approche plus innovante de l'investissement sanitaire pour réduire la pauvreté. Les diverses contributions issues des processus et rapports nationaux en macroéconomie et santé relevaient des deux grands domaines qui définissent traditionnellement l'implication des OSC dans la conduite des politiques sociales, y compris la santé, à savoir globalement la mobilisation sociale et la prestation de services (17).

La mobilisation sociale comprend toutes les activités qui visent à donner la parole aux citoyens afin de promouvoir leurs intérêts dans l'interaction avec les politiques publiques. Les expériences nationales ont bien montré l'importance du suivi social des politiques de santé et de développement au niveau local, en étroite relation avec les processus nationaux de décentralisation. Parmi les autres domaines de compétences importants des ONG figurent également des activités comme la recherche participative ou, de plus en plus, les services en matière de financement de la santé.

Puisque de nombreux services de santé utilisés par les plus défavorisés sont assurés par le secteur privé, ce dernier est lui aussi à prendre en compte dans la réflexion sur les moyens d'améliorer l'équité et sur les questions d'accessibilité de ces personnes aux services de santé essentiels.

Améliorer l'efficacité de l'aide au développement pour la santé

On s'accorde toujours davantage à reconnaître la nécessité d'accroître fortement l'aide au développement, à un niveau très supérieur aux pratiques du passé, même s'il existe un débat quant aux délais et à l'ampleur de cette action. L'Encadré 11 résume le débat actuel sur le potentiel et les limites d'une augmentation rapide de l'aide. Un certain nombre de rapports ont établi des estimations de l'enveloppe financière totale nécessaire pour atteindre les OMD.

Encadré 11 Quels montants, quels délais ?

L'idée selon laquelle une augmentation plus rapide des financements extérieurs constituerait la réponse à la lenteur des progrès en direction des OMD dans de nombreux pays s'appuie sur l'hypothèse que certains pays manqueraient des ressources nécessaires pour effectuer les investissements essentiels aux services sociaux de base et au développement économique (13). Les opposants à un accroissement

rapide et important de l'aide au développement soutiennent qu'un "grand élan" dans l'assistance a peu de chances de se traduire par des progrès dans le développement, notamment dans les pays aux faibles institutions et à la mauvaise gouvernance où l'efficacité de l'aide a été particulièrement insuffisante dans le passé (24). Une autre préoccupation est celle de l'instabilité macroéconomique que risque d'engendrer l'afflux de l'aide. Si on a observé de tels effets dans certains pays à faible revenu, très dépendants de l'aide, celle-ci peut aussi servir à éviter les risques d'appréciation des taux de change réels et d'éviction du secteur privé, par l'amélioration de la productivité et le financement des importations (25).

Dans sa réflexion pour rendre compte des différents contextes politiques, le Projet du Millénaire des Nations Unies distingue entre deux causes d'une gouvernance insuffisante : "les gouvernements réellement 'corrompus'", et les pays "qui souffrent d'une gouvernance fragile, non pas en raison de la mauvaise volonté des dirigeants mais du fait du manque de ressources et de capacités pour gérer efficacement l'administration". Dans ce dernier cas, une augmentation massive de l'investissement extérieur est recommandée pour mettre en route un cercle vertueux de croissance. Concrètement, le Projet du Millénaire des Nations Unies a sélectionné des pays à placer sur une voie accélérée, qui devraient recevoir rapidement une aide accrue sur la base de critères comme la bonne gouvernance et la qualité de la direction politique. Au contraire, le United States Millennium Challenge Account se montre beaucoup plus exigeant et en fin 2005 n'avait sélectionné que seize pays admissibles à une aide accrue. Outre l'amélioration globale d'efficacité qui en découle, lier l'aide publique au développement à certaines conditions peut servir d'incitation aux pays souffrant d'une mauvaise gouvernance.

De nouveaux travaux sont nécessaires afin de traduire les enseignements de ce débat en stratégies de santé et de développement bien étagées et bien conçues. Une approche sélective dans l'attribution d'aides supplémentaires ne dispense pas de proposer des stratégies concrètes sur la manière de renforcer un contexte politique et institutionnel faible pour assurer que ces aides supplémentaires soient affectées de façon efficace et équitable. Le besoin de telles stratégies est urgent, non seulement pour appuyer des pays à gouvernance fragile, mais aussi pour renforcer les institutions et les capacités dans les pays à gouvernance plus satisfaisante, afin de les préparer à une rapide augmentation des aides.

Les expériences nationales évoquées dans ce rapport apportent non seulement des éléments sur les obstacles à l'amélioration de l'état de santé au niveau des pays et des déficits de financement, mais aussi des stratégies concrètes sur la manière de traiter les goulets d'étranglement généraux et institutionnels entre l'accroissement de l'aide et l'amélioration des résultats par des stratégies de développement à plus long terme. Ces stratégies visent à jeter les bases permettant d'atteindre les OMD liés à la santé et autres objectifs sanitaires nationaux, et à plaider en faveur d'investissements sanitaires publics accrus, ainsi que d'une amélioration de l'efficacité de ces dépenses.

Les pays développés eux-mêmes se sont engagés à accroître l'aide au développement. Cependant, cet accroissement de l'aide doit s'accompagner d'une amélioration de son efficacité. Traditionnellement, les donateurs apportaient l'essentiel de leur soutien à des programmes axés sur des projets et des maladies, en fonction d'intérêts géopolitiques, entraînant des allocations perfectibles. Les politiques et pratiques des donateurs présentent le risque de saper les capacités nationales, en grevant les systèmes et institutions aux capacités limitées du pays, plutôt que de viser au sevrage à long terme de ce dernier à l'égard de l'aide au développement. La Déclaration de Rome sur l'harmonisation, en 2003, et la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide, en 2005, constituent des initiatives d'harmonisation des politiques, procédures et pratiques des donateurs avec celles de leurs partenaires en développement, en vue d'améliorer l'efficacité de l'aide.

Nombre des pays dont les expériences sont décrites dans ce rapport ont eu recours au système national de macroéconomie et santé pour faire participer les donateurs et autres principaux intéressés à toutes les

étapes du processus de planification, et ce afin de les amener à un consensus autour d'une et d'une seule stratégie à base factuelle du secteur santé, à financer sur les ressources nationales propres et l'aide budgétaire des donateurs. L'instance de santé et développement est un moyen efficace de coordonner et d'intégrer le soutien des donateurs, y compris aux programmes spécifiques à des maladies ou populations, et d'assurer que ce soutien corresponde à la stratégie globale de développement du pays. Les pays et leurs partenaires pourront ainsi faire avancer un programme commun s'attaquant aux obstacles financiers et autres sur la voie d'un accès équitable aux services de santé essentiels.

En **Indonésie**, par exemple, les questions de la CMS ont été soulevées par l'intermédiaire d'instances de partenaires préexistantes, notamment le Partners for Health Forum dont sont membres le gouvernement et les partenaires du développement, et le Consultative Group of Indonesia, principale enceinte réunissant gouvernement et donateurs. Au **Népal**, la commission nationale compte élaborer au niveau des districts des Plans d'investissement sanitaire favorables aux démunis, qui pourront ensuite être présentés aux donateurs pour discuter de leur financement et de leur mise en œuvre.

Les initiatives au niveau des pays

Dans ce qui suit, on étudiera de plus près 12 pays qui ont entrepris des démarches visant au renforcement institutionnel, afin d'acquérir la capacité d'accroître et de gérer l'investissement sanitaire dans des contextes politiques, économiques et sociaux très variés. On présentera les expériences les plus pertinentes de chaque pays à cet égard. Ces résumés ont été rédigés sur la base des rapports nationaux en macroéconomie et santé et d'autres documents gouvernementaux.¹¹

Cambodge¹²

*Le Gouvernement royal du Cambodge a reconnu la santé comme une composante importante de ses politiques de développement économique et de réduction de la pauvreté. C'est dans ce contexte qu'a été créé le **Groupe consultatif technique cambodgien en macroéconomie et santé (TAG)**, afin de mener des recherches en collaboration et des analyses de politiques en vue d'améliorer le financement de la santé publique. Composé de responsables du Comité directeur du secteur santé (ministères de la santé, de l'économie et des finances, et de la planification), ce groupe facilite la collaboration entre ces secteurs pour instaurer une confiance mutuelle, partager des connaissances sur les principales questions sectorielles et assurer aux politiques une direction collective. Les travaux du TAG se sont focalisés sur l'amélioration des processus de gestion budgétaire et le renforcement de la planification sectorielle. La participation de la société civile a constitué un aspect important des activités du groupe.*

La création du Comité consultatif technique cambodgien en macroéconomie et santé

Le Gouvernement royal du Cambodge (GRC) a adopté le secteur de la santé publique comme domaine prioritaire dans ses politiques de développement économique et de réduction de la pauvreté. Le ministère de la santé a été retenu parmi les principaux ministères visés par les processus de réforme du secteur public, notamment le Programme d'action prioritaire et le pilotage du Cadre de dépenses à moyen terme et du Budget basé sur les programmes. Le pays a adopté les Objectifs de développement cambodgiens du Millénaire, qui forment un élément central du Plan national stratégique de développement en cours de préparation. De plus, au sein du secteur santé, le GRC met en œuvre une gestion sectorielle avec ses partenaires, dans le cadre d'une entreprise plus générale visant à l'harmonisation et à l'alignement des donateurs.

Afin d'éviter les doubles emplois et le risque de fragiliser des initiatives existantes, il a été décidé que les activités de suivi en macroéconomie et santé viendraient appuyer les instances de coordination établies,

¹¹ Les rapports complets des CNMS et autres rapports nationaux figurent sur le CD annexé à ce rapport, et se trouvent en ligne sur www.who.int/macrohealth.

¹² D'après l'étude de cas préparée par Benjamin Lane, Columbia University, Point focal CMS au Cambodge.

plutôt que de créer une nouvelle Commission nationale sur le thème macroéconomie et santé. Ces activités se sont concentrées sur la promotion du partage des connaissances entre partenaires institutionnels au niveau technique, en vue d'éclairer la formulation de politiques coordonnées, de renforcer la confiance, et d'atténuer les éventuels conflits. Un objectif essentiel à long terme consistait en outre à renforcer les capacités de recherche et d'analyse des politiques au sein du GRC, afin de réduire la dépendance du gouvernement et des donateurs à l'égard des consultants internationaux.

Afin de faciliter ces processus, le Groupe consultatif technique cambodgien en macroéconomie et santé (TAG) a été créé sous l'égide du Comité directeur du secteur santé (ministères de la santé, de l'économie et des finances, et de la planification) et conjointement au Groupe de travail technique de la santé. Le TAG se compose de cadres des trois ministères chargés ensemble de planifier et de mener à bien des analyses de politiques et des recherches, en vue de déceler et de traiter les domaines relevant de la coordination interministérielle dans le secteur santé. Le partage des connaissances entre organisations de la société civile (OSC) a reçu l'appui de MEDiCAM, organisation cambodgienne regroupant les OSC du secteur santé, qui a mené une enquête sur les rôles des OSC dans les processus de macroéconomie et santé.

Les processus macroéconomie et santé au Cambodge ont comporté entre autres deux éléments essentiels : les séminaires périodiques du Groupe TAG, ainsi qu'un colloque national sur le thème macroéconomie et santé. Les séminaires du groupe sont consacrés à l'analyse en profondeur des domaines où des problèmes se posent, tels qu'ils sont déterminés par la recherche TAG, notamment la question des décaissements budgétaires et les options permettant d'alléger les nombreuses contraintes institutionnelles qui les ralentissent, ainsi que la difficulté d'instaurer un budget basé sur les programmes pour le secteur de la santé. Le colloque national, qui s'est tenu en août 2005, a exploité les documents de travail présentés par le Groupe TAG, MEDiCAM et CARE Cambodge pour lancer une réévaluation de grande ampleur du système de financement du secteur santé au Cambodge. Le colloque réunissait de hauts responsables des ministères de la santé, de l'économie et des finances et de la planification, ainsi que d'importants partenaires internationaux et de la société civile.

Le secteur public au centre de l'attention

Les activités cambodgiennes de suivi en matière de macroéconomie et santé ont porté essentiellement sur le financement du secteur public. Si le secteur privé est appelé à terme à jouer un rôle important dans l'amélioration de l'état de santé, des développements considérables dans des secteurs allant de la justice à l'éducation seront nécessaires avant que la réglementation correspondante puisse être mise en place avec les effets voulus.

En revanche, un secteur public renforcé peut apporter une alternative viable, assurant de façon satisfaisante des services de bonne qualité à tous les Cambodgiens, y compris les plus défavorisés et les plus vulnérables. Pour y parvenir, les ressources limitées du secteur devront être utilisées aussi efficacement et effectivement que possible, et tous les ministères et OSC concernés devront mieux coordonner leurs activités, qu'il s'agisse du financement, de la planification ou de l'exécution. Le Groupe TAG et ses partenaires se sont concentrés sur trois grandes questions à traiter dans ce cadre : la gestion budgétaire, la planification du secteur santé et le financement de la santé. Ces trois questions sont présentées ci-dessous.

La gestion budgétaire. En 2005, les fonds publics alloués au ministère de la santé constituaient 11,7% du budget national; ils avaient triplé depuis 1995. Même si ce pourcentage de dépenses publiques consacrées à la santé est déjà très élevé par rapport aux moyennes internationales, il ne représente encore que 1% du PIB (26). Du fait que la santé absorbe aujourd'hui une part importante des dépenses publiques, il ne sera possible d'augmenter sensiblement les dépenses de santé que par la hausse des recettes de l'État. Or, en dépit de la forte croissance économique enregistrée sur les dix dernières années, plus de 85% de la main-d'œuvre travaille encore dans le secteur informel; la base imposable reste donc faible, et les possibilités d'accroître les recettes de l'État peu nombreuses.

Parallèlement, les processus budgétaires présentent un certain nombre de faiblesses qui réduisent l'efficacité d'emploi des fonds disponibles. La plus grave d'entre elles tient à l'exécution du budget, incomplète et sujette à d'importants retards. Le décaissement incomplet des fonds budgétairement affectés à la santé enlève au ministère de la santé tout moyen fiable de connaître les montants dont il disposera réellement.

En l'absence d'une enveloppe budgétaire sur laquelle compter, la planification et la budgétisation internes du ministère ne peuvent se fonder que sur les meilleures estimations possibles des fonds à recevoir, selon les tendances des années précédentes. On augmente ainsi la probabilité que la planification au niveau des établissements et des districts s'effectue sur une base incrémentale et non en fonction des besoins, ce qui complique singulièrement l'extension des services essentiels. Les retards de décaissements budgétaires engendrent dans le système des flux de fonds opérationnels aléatoires, qui nuisent au moral des personnels et à la qualité des prestations. Ils perturbent en outre l'approvisionnement en fournitures médicales, médicaments essentiels compris. Les mécanismes d'improvisation, tels que les emprunts pécuniaires constants, alourdissent les coûts du système et réduisent encore les ressources dont disposent les services de santé.

Ces retards résultent de l'addition de divers facteurs et contraintes. Au début de chaque année, le ministère de l'économie et des finances (MEF) doit d'abord payer aux ministères les arriérés de l'année précédente. Les encaissements du Trésor public sont irréguliers, et le MEF risque de ne pas être maître de la date des principaux décaissements. De nombreux ministères soumettent leurs demandes tardivement, ce qui surcharge les services du MEF.

S'ajoutant au caractère peu réaliste du budget national, ces facteurs peuvent engendrer de la part du MEF une prudence excessive dans les dépenses. Dans l'ensemble du système budgétaire du MEF et du ministère de la santé, les capacités de gestion budgétaire demeurent faibles. Les procédures administratives sont complexes, et les hiérarchies et responsabilités peu claires. Ces défauts sont aggravés par l'emploi simultané au ministère de la santé de multiples systèmes de gestion budgétaire, dont les modalités d'application varient fréquemment.

Nombre de ces contraintes pourraient être allégées par une collaboration plus étroite et un échange d'informations régulier et informel entre ces deux ministères, ainsi qu'entre les différents services de chacun. Des initiatives comme le Groupe TAG peuvent jouer un rôle important à cet égard. Le problème des capacités techniques pourrait être atténué par une augmentation des salaires, une formation spécialisée, un appui du MEF au ministère de la santé, ainsi qu'une approche plus stratégique de l'assistance technique qui renforcerait les capacités en introduisant l'obligation contractuelle de recourir davantage à des consultants nationaux et au développement de capacités.

Les processus administratifs d'excessive complexité pourraient être simplifiés en précisant les rôles et responsabilités de la budgétisation, du contrôle et du suivi. Il serait sans doute également utile d'accroître les délégations de pouvoirs en matière de dépenses, à condition de pouvoir garantir que les allocations soient effectuées selon les priorités et plans d'action établis, et non au gré de décisions personnelles.

Le problème de la planification. Pour que l'utilisation de ressources rares soit efficace, il est indispensable qu'elles soient entièrement prises en compte dans les processus de planification nationale, afin que les pouvoirs publics et leurs principaux partenaires en aient une vision complète leur permettant de mieux repérer les carences majeures dans la couverture. Pour que le GRC puisse faire en sorte que les fonds soient employés de façon complémentaire, il doit posséder une connaissance générale claire des ressources qui entrent au Cambodge et des fins auxquelles elles sont destinées.

L'aide extérieure au secteur de la santé publique était estimée en 2003 à US\$ 83,5 millions, soit US\$ 6,40 par habitant (27). Toujours en 2003, seuls 20% des fonds des donateurs transitaient par le Trésor public.

Les 80% restants échappaient au processus budgétaire national et allaient directement soit aux programmes nationaux du ministère de la santé, soit à des établissements de santé, soit aux plus de 100 ONG agissant de manière indépendante dans le secteur de la santé.

Il est donc à peu près impossible de se faire une image précise des ressources disponibles pour les priorités sanitaires nationales. Ce problème de planification se vérifie dans la difficulté d'orienter des fonds vers les besoins les plus pressants. Du fait que les sources de financement se situent hors du Cambodge, les fonds risquent d'aller combler des besoins perçus de l'extérieur du pays, mais non au Cambodge. Les tendances générales aboutissent à une situation où certains domaines sont relativement bien pourvus, alors que d'autres, comme la santé de la mère et de l'enfant, restent largement sous-financés.

La réévaluation du système de financement. La Charte de financement de la santé promulguée en 1996 avait pour but d'apporter une certaine transparence au système de paiement informel des services dits "gratuits", et de répondre au manque de financement disponible aux niveaux opérationnels du secteur public. Elle introduisait un barème fixe de paiement des services par les usagers, recettes dont 50% étaient conservées au niveau de l'établissement pour compléter les salaires du personnel, 49% allant à ses autres coûts de fonctionnement. Pour éviter les effets négatifs en termes d'équité, un système d'exemption était prévu pour garantir la gratuité des services de santé aux plus défavorisés.

Un problème d'incitation s'est rapidement fait jour : le système d'exemption exigeait de personnels de santé extrêmement mal payés qu'ils subventionnent le traitement des plus défavorisés en leur dispensant gratuitement des soins pour lesquels ils auraient été rétribués en temps normal. Le système des Fonds pour l'équité apporte une solution originale à ces problèmes. Testé sous différentes formes dans des districts sanitaires de tout le pays, il devrait maintenant être étendu à plusieurs autres. Ces fonds viennent compléter les paiements des usagers, en se substituant à ceux des personnes bénéficiant d'une exemption. On offre ainsi aux établissements une incitation financière à assurer les mêmes soins à tous leurs clients, tout en accroissant les montants disponibles au niveau opérationnel.

Les fonds pour l'équité étant actuellement financés par les donateurs, leur viabilité à long terme dépendra soit de la permanence d'une aide internationale, soit de la définition de recettes nouvelles et conséquentes pour le secteur de la santé. Avant d'étendre le système au niveau national, il conviendra donc de déterminer des sources de financement fiables à cet égard, ainsi que d'évaluer les charges administratives et coûts économiques relatifs de ces fonds par rapport à d'autres solutions, telles que des assurances sociales de santé ou l'élaboration d'un système d'exemption plus solide.

Communauté des Caraïbes ¹³

La Commission caraïbe pour la santé et le développement (CCHD) a été instituée pour créer une base factuelle plaçant la santé au centre des processus de développement, d'une façon qui soit utile à la prise de décisions. La CCHD s'inscrit dans l'objectif du CARICOM visant à une intégration économique régionale. Son rapport analyse les questions de santé et de développement sur la base de recherches entreprises localement pour convaincre les principaux responsables gouvernementaux de la nécessité d'accroître l'investissement sanitaire dans un cadre régionalement cohérent. Les recommandations de la Commission concernant des problèmes tels que la gestion des ressources humaines, la lutte contre les maladies non transmissibles ou le financement de la santé sont en cours de diffusion auprès de tous les ministères de la région afin d'interpeller les hauts responsables politiques sur les questions de santé, et un plan d'application est actuellement à l'étude.

La création de la Commission caraïbe pour la santé et le développement (CCHD) et ses objectifs

La Commission caraïbe pour la santé et le développement (CCHD) a été créée à la demande des chefs de

¹³ D'après le Report of the Caribbean Commission on Health and Development, 2005 (16).

gouvernement des Caraïbes afin de "donner substance" à la Déclaration de Nassau sur la santé qui, en juillet 2001, reconnaissait le rôle essentiel de la santé dans le développement économique de la région. La Commission a pour mandat de soutenir la cause de la santé, de l'étudier et de contribuer à la placer au centre du processus de développement, en exploitant les connaissances issues de la recherche et du développement afin d'alimenter sur des bases factuelles la décision à tous les niveaux.

Une analyse des systèmes et services de santé des pays du CARICOM a montré que la plupart des pays de la région disposaient d'un plan de santé, mais manquaient manifestement d'un système effectif de collecte et de présentation des données sous une forme utile à la décision de la part des instances sanitaires et autres. Les travaux de la Communauté des Caraïbes en matière de santé et développement ont ouvert de nouvelles voies en s'intéressant de plus près à différentes questions importantes, notamment par une étude en première approche des effets réels de l'état de santé sur la viabilité des investissements et du tourisme, des possibilités de gérer l'émigration des personnels de santé, et des options d'un financement plus équitable.

Les raisons d'une approche sous-régionale

L'approche sous-régionale de la CCHD s'appuie sur la position établie du CARICOM en matière d'intégration des politiques économiques, et commerciales en particulier, avec pour but ultime une économie de marché unique dans la région. On voit donc toute l'importance d'adopter une perspective régionale à l'égard de politiques qui renforcent le rôle du secteur santé dans le développement économique.

En outre, une commission sous-régionale ou régionale sera en mesure de traduire les ressemblances des problèmes de santé et de leurs déterminants entre pays voisins, et d'adresser aux institutions sous-régionales un message cohérent de nature à favoriser l'intégration économique et sociale des pays. Par exemple, la lutte contre des maladies transmissibles comme le VIH/SIDA ou la tuberculose doit tenir compte de facteurs de risques socioculturels qui sont semblables d'un pays à l'autre aussi bien que de la mobilité croissante, interne et externe, dans la région.

L'approche sous-régionale se prête en outre au renforcement de certains biens publics régionaux : ces derniers bénéficient à la région dans son ensemble sans être interchangeables, comme la faculté de gouverner et la capacité de gestion, la recherche en santé publique ou la surveillance. Le renforcement des infrastructures devrait également permettre de faire face à l'accroissement attendu des migrations au fur et à mesure que l'intégration économique régionale deviendra réalité.

Le rapport de la CCHD examine diverses questions de santé publique généralisables à la plupart des pays, ainsi que certaines solutions applicables avec le maximum d'efficacité dans l'ensemble de la région. Ce rapport constitue un premier pas pour établir un programme de recherche régional et constituer un réseau d'experts qui pourra être consulté à l'occasion de futures études en santé et économie.

La force des conclusions locales

Le rapport de la CCHD a été rédigé pour aider les pays du CARICOM à organiser leurs programmes de santé et développement. Il a fallu pour cela évaluer les déterminants de la santé, tout en menant des études particulières sur la charge et le coût des maladies.

On a évalué les rendements à attendre, dans des domaines comme l'investissement étranger direct, le tourisme et le commerce, de l'élaboration et de la mise en œuvre d'une stratégie à long terme d'investissement sanitaire, ainsi que des conséquences économiques et sociales des transitions épidémiologiques et démographiques dans la région. Les recherches menées localement sont mises à profit pour convaincre les hauts responsables gouvernementaux de la nécessité d'augmenter l'investissement sanitaire visant les groupes les plus vulnérables. On verra ci-dessous quelques-unes des questions évoquées par le rapport de la CCHD.

Maladies non transmissibles. L'obésité, qui se répand rapidement dans la région, y contribue à la forte charge des maladies chroniques. On connaît l'importance des interventions qui influencent les comportements individuels, comme la baisse de poids, le maintien d'un poids de forme ou l'éducation nutritionnelle, mais on sait aussi que des changements sont nécessaires dans le milieu où les individus prennent ces décisions. En particulier, les importations de graisses et d'autres substances devraient être plus étroitement réglementées. Autre domaine où une réglementation régionale serait d'importance, la lutte antitabac bénéficierait grandement d'une approche coordonnée de la réglementation fiscale, publicitaire et commerciale.

Gestion des ressources humaines. Le rapport de la CCHD met en lumière une autre question d'impact régional : le problème de la gestion des ressources humaines, et notamment celui de l'émigration des personnels infirmiers. Le rapport fait état d'un taux d'inoccupation des postes de 35% pour ces seuls personnels, et estime à US\$ 16,7 millions la perte de fonds publics consacrés à leur formation au niveau de base. En revanche, les rapatriements de fonds ainsi engendrés constituent une importante source de revenu pour certains pays, la moyenne régionale s'étant élevée à 5% du PIB en 2000. En Jamaïque, ces rapatriements nets ont été chiffrés à 10,7% du PIB.

Les ministres de la santé de la région ont d'ores et déjà adopté un programme de "gestion de l'émigration". La Commission recommande de déterminer dans quelle mesure les commerce des services infirmiers et l'émigration permanente de ces personnels sont symptomatiques de distorsions plus profondes au sein du secteur santé et dans la situation socio-économique générale. La Commission appelle également à accorder l'attention voulue à l'élargissement de la formation, et au recouvrement des coûts pour ceux des personnels qui choisissent de partir travailler hors de la région.

Financement de la santé et protection des plus défavorisés. Rapportées aux dépenses totales de santé, les dépenses de santé publique s'échelonnent entre 45% (Trinité-et-Tobago) et 83% (Guyana). La Commission décrit un régime à trois vitesses, dans lequel les plus riches se font soigner à l'étranger, les classes moyennes aisées disposent d'une assurance maladie et consultent dans le secteur privé, et les catégories moins aisées ou défavorisées s'adressent aux services de santé publique.

En raison des contraintes budgétaires qui s'opposent à l'augmentation des dépenses publiques consacrées à la santé, et pour compenser leur faible niveau, de nombreux pays ont introduit ou accru le paiement par l'utilisateur. Ces paiements constituent une régression, qui a notamment fait baisser la fréquentation par les populations défavorisées, et rurales en particulier, des services de prévention et des centres de santé. En outre, les dispositifs d'exemption établis dans certains pays, comme la Jamaïque, se sont montrés inefficaces et mal administrés.

Plusieurs pays des Caraïbes ont mis sur pied des programmes novateurs pour résoudre les problèmes de financement, de gestion et d'achats du secteur santé. La Jamaïque (Jamaica Drugs for the Elderly Programme) et Trinité-et-Tobago (Chronic Disease Assistance Programme) ont lancé les programmes d'approvisionnement en médicaments destinés aux personnes de plus de 60 ans atteintes de maladies non transmissibles.

Mais en raison de la faiblesse de la réglementation, et surtout de celle applicable aux pharmacies privées, les résultats en ont été mitigés. Des programmes tels que l'Avancement par la santé et l'éducation (PATH) en Jamaïque visent à améliorer le niveau scolaire et l'état de santé parmi les plus défavorisés. Le programme PATH consent ainsi des avantages pécuniaires aux personnes dès lors qu'elles satisfont à certains critères de fréquentation des écoles et centres de santé.

Trois pays de la région disposent d'une assurance maladie universelle, et six autres au moins en étudient actuellement les modalités au niveau national. La CCHD observe que dans la perspective de la libre

circulation du travail et du capital humain au sein d'un marché et d'une économie caraïbes unifiés, le moment est peut-être venu d'envisager la possibilité d'une assurance maladie au niveau régional.

Perspectives

Le rapport de la CCHD a été présenté lors du 26^e sommet des chefs de gouvernements du CARICOM, qui lui ont réservé un accueil favorable en demandant qu'il soit distribué à toutes les parties intéressées, que le Conseil de développement humain et social du CARICOM en établisse un programme d'application, que soient entrepris les travaux préparatoires à la création d'une assurance maladie au niveau communautaire, et que les conclusions du rapport soient communiquées à tous les premiers ministres et ministres afin d'impliquer davantage les hauts responsables politiques dans les questions de santé.

Chine¹⁴

En Chine, les travaux en macroéconomie et santé se sont focalisés sur l'analyse des effets de la santé sur la croissance économique, et sur la quantification et la documentation des obstacles à la lutte contre les inégalités et la pauvreté. Les principales questions dont la Chine devra se préoccuper pour étendre les interventions sanitaires, notamment en faveur des ruraux et des plus défavorisés, sont les suivantes : 1) mettre en place une stratégie nationale sanitaire d'ensemble, faisant intervenir divers ministères et administrations qui ont une influence sur la santé; 2) financer des réformes dans les services de santé publique; 3) infléchir les forces du marché qui ont contribué aux inégalités dans l'accès aux soins.

Si la Chine a réalisé des gains impressionnants en matière de développement économique général, le fossé entre riches et pauvres se creuse. Les forces libérées par les réformes (libéralisation de l'économie, décentralisation, ouverture aux migrations) ont entraîné certains effets négatifs non désirés sur les services publics, y compris la santé, sur l'équité, et sur l'égalité entre les sexes. Il convient désormais d'adapter les politiques en vue de corriger ces effets négatifs, et de promouvoir un partenariat renforcé entre le gouvernement, le secteur privé et la société civile. Un tel partenariat permettra aux décideurs publics de définir les problèmes essentiels, et de formuler des solutions compatibles avec une stratégie de développement équilibrée qui engendrera le niveau d'engagement nécessaire pour assurer avec succès son exécution, son équité et sa durabilité.

Définir une vision nationale claire pour la santé

Améliorer la santé en période de changements socio-économiques rapides exige une vision claire des objectifs prioritaires généraux du système de santé, ainsi que du rôle du gouvernement vis-à-vis de la santé. Les transformations sans précédent (dans la charge de la maladie, les structures de l'emploi, la pyramide des âges, la répartition des populations entre zones urbaines et rurales, et la vie quotidienne) auxquelles on assiste aujourd'hui appellent le gouvernement à jouer un nouveau rôle pour orienter, suivre, évaluer et réformer le système de santé. Et réciproquement, le rôle du gouvernement dans l'établissement des priorités, l'évaluation et la gestion du système de santé lui impose d'avoir une vision globale claire de la façon dont celui-ci doit s'adapter à la nouvelle société urbaine industrialisée.

C'est particulièrement vrai lorsque plusieurs ministères de tutelle (en Chine, plus de 12 ministères et administrations), de nombreuses institutions et divers échelons de gouvernement jouent un rôle vis-à-vis de la santé. Il est alors vital que le gouvernement favorise une coordination générale de haut niveau entre organismes d'État et institutions du secteur public directement ou indirectement impliqués dans la santé.

Ce système à plusieurs ministères produit à la fois des résultats positifs et négatifs. Il aide le système sanitaire à mobiliser des ressources et à obtenir des appuis auprès de nombreux secteurs, mais il est difficile à ces organismes de formuler des politiques de santé unifiées. Le manque de clarté des

¹⁴ D'après *Macroeconomics and Health China Report*, préparé par le Centre de recherche sur le développement du Conseil d'État (DRC), République populaire de Chine, avec l'appui du Bureau de l'OMS en Chine, 2005.

responsabilités limite l'efficacité des nouvelles dépenses publiques de santé. Il existe de même une certaine ambiguïté quant au rôle des différents niveaux de gouvernement local (commune, canton, préfecture et province), qui compromet l'efficacité de l'allocation des ressources. L'importance d'une stratégie sanitaire nationale claire est donc manifeste, et sert de toile de fond aux activités de macroéconomie et santé en Chine.

Rassembler des données sur le développement inégal

Le gros des activités de macroéconomie et santé en Chine a consisté à présenter les éléments à l'appui d'un renforcement du rôle du gouvernement en vue d'assurer aux populations des soins abordables et de bonne qualité. Si la Chine n'a pas créé de commission nationale macroéconomie et santé, elle s'attache depuis quelques années à comprendre les effets de la santé sur la croissance économique, ainsi qu'à quantifier et à documenter les obstacles à la lutte contre les inégalités et la pauvreté.

Un groupe de recherche du Conseil d'État-Conseil de la recherche en développement a été chargé de synthétiser les recherches qui comprennent les études initiées par les activités en macroéconomie et santé dans le pays. Son rapport résume les aspects et problèmes de la santé auxquels la Chine est aujourd'hui confrontée; les stratégies actuellement suivies par le gouvernement pour traiter de ces questions, et celles qui sont prévues pour les années à venir; et les enseignements issus de ces dernières années.

Ces travaux menés en Chine ont permis de prendre conscience que même si l'économie poursuivra son expansion et si les recettes de l'État continueront d'augmenter, les dépenses publiques de santé ne croîtront pas sensiblement dans le futur à moins que le gouvernement ne soit convaincu de leur bonne rentabilité. Celle-ci tient compte aussi bien de l'état de santé satisfaisant atteint par les populations marginalisées que de la contribution à la croissance économique. Des recherches se sont attachées à rendre compte des obstacles financiers aux soins, notamment les prix excessifs des services, des inéquités dans l'allocation des ressources, et de l'influence de la santé sur l'économie et le comportement des consommateurs. Ces questions sont brièvement résumées ci-dessous.

Les obstacles financiers à l'accès aux soins médicaux. En Chine, les obstacles financiers à l'accès aux soins sont importants. En dépit d'investissements à grande échelle dans les infrastructures sanitaires et d'une couverture élargie, nombreux sont ceux au cours des dernières années qui ont réduit leur consommation de services médicaux pour des raisons financières. D'après la troisième enquête nationale sur les services de santé (2003), 70% de ceux qui renonçaient aux soins hospitaliers en donnaient pour raison les difficultés financières.

Depuis les réformes financières de 1980, la contribution du gouvernement aux recettes des institutions sanitaires a connu une baisse importante, et ne couvre plus qu'à peine les salaires des personnels. L'incitation à récupérer ces pertes de revenus a conduit à prescrire en abondance des services superflus, et à sous-prescrire des services socialement utiles. Les paiements réclamés aux usagers ont encore réduit la demande de services préventifs. La médiocre application des dispositions gouvernementales en la matière a elle aussi contribué au changement de comportement des prestataires de soins chinois.

Le décalage croissant du système de santé. Les progrès du système de santé ont été inégaux, les fortes disparités dans presque tous les domaines étant étroitement liées aux inégalités de revenus entre zones urbaines et rurales, entre régions, et entre tranches de revenus.

Milieu rural-milieu urbain. Alors que dans les régions côtières développées les taux de mortalité infanto-juvénile (moins de 5 ans) sont proches de ceux des pays industrialisés, ils sont trois à cinq fois supérieurs dans la plupart des provinces occidentales. En outre, l'étude des comptes nationaux de la santé montre que le rapport entre les dépenses de santé par habitant en milieu urbain et en milieu rural, qui s'élevait à 3,29 en 1998, était passé à 3,64 en 2003.

Inégalités de revenus. En reprenant les données des enquêtes nationales menées en 1993, 1998 et 2003, on constate que le taux de couverture par le système de sécurité sociale s'est légèrement dégradé pour la tranche de revenu la plus élevée, de 72,1% en 1993 à 70,3% en 2003, tandis que pour la tranche la plus défavorisée il accusait une chute brutale, de 36,7% à 12,3% sur la même période.

Allocation inéquitable et inefficace des ressources publiques pour la santé. Si les tendances actuelles des dépenses sanitaires se maintiennent, il faudra encore 23 ans aux habitants du milieu rural pour parvenir au même niveau d'appui sanitaire gouvernemental que les urbains. Si ces dernières années le gouvernement a sensiblement renforcé l'investissement sanitaire dans les zones rurales occidentales, ses dépenses ont bénéficié pour l'essentiel aux chefs-lieux d'arrondissements, pour une part plus modeste aux communes, et pour une part infime au niveau villageois des services de santé, où se fait pourtant l'accès aux soins de la moitié des patients ruraux. Les gouvernements des régions pauvres assurent des services en nombre inférieur et de moins bonne qualité, tout en en faisant assumer une plus forte proportion des coûts aux populations desservies.

Pour lever des fonds et combler les déficits financiers, les prestataires de santé font payer les services aux patients et en réduisent la qualité. Les dépenses hospitalières représentent une part disproportionnée des dépenses de santé totales, et on observe une surprestation de services médicaux peu nécessaires.

Explosion du coût des soins. L'examen des comptes nationaux de la santé chinois montre que les dépenses de santé totales ont vu une augmentation annuelle moyenne de 11% en prix courants entre 1979 et 2004. Ni le système actuel de tarification des services médicaux, ni les dispositifs de rémunération des prestataires, ni l'organisation de la production et de la distribution des produits pharmaceutiques ne contribuent à la maîtrise des coûts.

Le vieillissement de la population fera lui aussi augmenter les dépenses de santé, car les personnes âgées ont des dépenses de santé supérieures à celles des jeunes. Si le vieillissement de la population est inéluctable, les politiques publiques peuvent influencer l'efficacité du système de soins envers les besoins des plus âgés.

Rôle de la santé dans le développement économique. Le facteur premier sur lequel s'est fondée la rapide croissance économique de la Chine depuis 25 ans a été l'accumulation de capital physique. Dans les 15 prochaines années cependant, d'après une étude du Conseil de la recherche en développement, la productivité totale des facteurs (PTF) devrait jouer un rôle de plus en plus important dans le maintien d'une forte croissance; or l'état de santé de la main-d'œuvre est un élément constitutif de la PTF.

Faible consommation des ménages. Le Conseil indique que le taux de consommation chinois devrait augmenter de 55,5% du PIB en 2003 à 64,9% en 2020 pour devenir comparable à celui des autres pays à revenu moyen-faible et moyen. Les études montrent que l'affaiblissement des régimes financiers de protection sanitaire de la population générale chinoise a accru le sentiment d'incertitude de l'avenir, et donc favorisé les comportements d'épargne.

Des initiatives pour orienter le rôle du gouvernement en matière de santé

Pour s'efforcer de résoudre ces problèmes du secteur santé, la Chine met en œuvre diverses initiatives tendant à y renforcer le rôle dirigeant du gouvernement, et en particulier :

L'initiative sur le Nouveau système rural de coopération médicale. Le nouveau système rural de coopération médicale est destiné à alléger la charge financière excessive que représentent les soins de santé pour les habitants des zones rurales. Il regroupe des fonds pour parer aux maladies graves et aux journées d'hospitalisation. La participation, volontaire, entraîne une cotisation calculée pour être accessible aux familles paysannes. Les autorités des cantons, des préfectures et des provinces (et dans les régions du Centre

et de l'Ouest, le gouvernement central) contribuent localement au nouveau système. Un système de secours et d'aide médicale viendra appuyer les plus démunis pour qu'ils puissent faire face à leurs cotisations.

D'ici à 2010, le nouveau système devrait couvrir la plupart des ménages ruraux, mais des questions se posent quant à la possibilité dans sa conception actuelle de parvenir à une couverture totale. On se préoccupe surtout de savoir si l'accent mis par le nouveau système sur les pathologies lourdes attirera suffisamment de cotisants sur une période suffisamment longue pour assurer sa viabilité, compte tenu du fait que le taux de remboursement est trop faible pour compenser le risque d'appauvrissement.

Les systèmes de secours et d'aide médicale en faveur des ruraux pauvres. L'aide financière médicale a été instaurée en 2000 dans le cadre d'une initiative gouvernementale destinée à faire face aux besoins des plus défavorisés dans les zones urbaines et rurales. Visant principalement à aider ces populations à couvrir leurs dépenses de santé de base, elle est gérée par les autorités des gouvernements municipaux chargées des affaires civiles, et varie fortement d'une ville à l'autre en fonction surtout de la base fiscale du gouvernement local. Les municipalités les plus riches, comme Beijing, Shanghai ou Xiamen, assurent une aide intégrale aux familles qui vivent au-dessous du seuil local de pauvreté urbaine. Dans les bourgs ruraux, cette aide est moins développée et reste à intégrer au nouveau système de coopération médicale.

L'action gouvernementale de réduction de la pauvreté. La politique chinoise actuelle de réduction de la pauvreté porte sur la période de mai 2001 à 2010. L'un des objectifs essentiels consiste à améliorer la condition de 30 millions de ruraux pauvres. L'accent doit être mis sur les régions montagneuses éloignées, les régions où vivent des minorités ethniques, et les régions où sévit une pauvreté extrême. Cette politique met en avant la planification participative au niveau des villages et l'allègement de la pauvreté dans les familles paysannes et les villages, en s'attachant particulièrement à aider les plus défavorisés à se développer économiquement pour obtenir des résultats durables. En outre, la stratégie vise à mobiliser la société, et notamment les entreprises, ONG et donateurs, dans une participation commune à la réduction de la pauvreté.

La stratégie de développement de la région occidentale (la campagne "Go West") constitue elle aussi une initiative majeure de réduction de la pauvreté. Les premières activités en ont été lancées au cours du dixième Plan quinquennal (2001-2005), et visent à redresser les infrastructures défailtantes, à arrêter la dégradation de l'environnement, et à résorber le manque de personnel qualifié et expérimenté pour mener à bien l'initiative.

Enseignements tirés et orientations futures du renforcement du rôle gouvernemental dans la santé

Au cours des réformes de l'après-1978, tandis que l'économie s'envolait, l'attention prêtée à la santé s'affaiblissait, et le soutien financier public ne cessa de diminuer jusqu'à la fin du 20^e siècle. Dans nombre de domaines, les services de santé, abandonnés au marché, ne furent plus accessibles qu'aux conditions du marché.

L'expérience chinoise de la lutte contre le SRAS a montré que la mise en œuvre adéquate de biens publics de santé supposait que le gouvernement joue un rôle accru. Depuis 2003, le gouvernement chinois fait donc preuve d'un engagement bienvenu envers les biens publics de santé. En développant ses investissements sanitaires, le gouvernement a apporté un nouvel appui dans de nombreux domaines, notamment l'intervention précoce contre le VIH/SIDA, la lutte contre la tuberculose et la schistosomiase, et la biosécurité. La nouvelle législation sur la lutte contre les maladies infectieuses prévoit la vaccination gratuite contre toutes les grandes maladies contagieuses, y compris l'hépatite B. En outre, la Chine a amélioré ses systèmes de surveillance des maladies.

L'expérience chinoise des réformes du financement des services de santé publique a permis de dégager des enseignements importants pour les autres pays. Tout d'abord, le déclin du rôle du gouvernement dans

le financement des services de santé publique a de fortes chances de conduire à une baisse générale de l'efficacité du secteur santé. Ensuite, faire payer les services de santé publique peut réduire la demande de ces services et accroître les risques de transmission des maladies. Enfin, les réformes financières des services de santé publique reposant sur le marché ne devraient pas être considérées comme un choix politique envisageable.

Cependant, la seule augmentation massive des investissements sanitaires n'est pas une solution. Il est au contraire nécessaire de rendre le système de santé chinois plus performant, plus efficient et plus transparent. Les futures stratégies devront s'attaquer à l'inefficacité de la gestion des ressources sanitaires liée au manque d'une planification à long terme moins dispersée, et prévoir les réglementations gouvernementales nécessaires pour éviter les distorsions de prix et les activités des prestataires de services.

Dans la même veine, certaines initiatives ont été proposées pour assurer au gouvernement une emprise plus forte sur l'amélioration de l'état de santé des plus vulnérables, grâce à des réformes financières entrant dans le cadre du développement économique général et visant à résorber les poches de pauvreté. Ces initiatives se concentrent sur les principaux aspects suivants :

- un ensemble de services essentiels visant la santé pour tous;
- l'amélioration de l'équité et de l'efficacité dans l'allocation des ressources publiques consacrées à la santé;
- la promotion de la qualité et de la maîtrise des coûts dans les soins de santé;
- la recherche d'une stratégie globale de réduction de la pauvreté.

Ghana¹⁵

Le Ghana a lancé l'Initiative ghanéenne en macroéconomie et santé (GMHI) à la mi-2002. Il s'agit d'une instance nationale destinée à plaider en faveur de l'investissement sanitaire, à améliorer l'établissement des priorités dans le secteur santé, et à parvenir à des processus de décision plus efficaces en matière d'allocation de ressources à la santé. Le rapport de la GMHI servira de contribution à la révision de la Stratégie ghanéenne de réduction de la pauvreté (GPRS). Il apportera en outre des éléments au troisième programme de travail du ministère de la santé (2007-2011), et il a été demandé aux districts de l'employer comme document de référence pour établir leurs plans et budgets sanitaires. Fait important, ce rapport sera utilisé comme moyen de sensibilisation afin de solliciter des engagements et attirer des ressources accrues vers les secteurs de la santé et de l'eau et assainissement, et d'aligner les partenaires du développement sur les priorités sanitaires nationales.

Le lancement de l'Initiative ghanéenne en macroéconomie et santé (GMHI)

Le Ghana a été à l'origine d'un processus visant à appliquer les recommandations de la Commission macroéconomie et santé. Les conclusions et recommandations de la GMHI sont présentées dans un rapport intitulé "Scaling-up Health Investments for Better Health, Economic Growth and Accelerated Poverty Reduction" ["Accroître les investissements sanitaires pour améliorer la santé et la croissance économique et accélérer la réduction de la pauvreté"]. Le rapport de la GMHI résulte d'une série de consultations, de documents techniques, de séminaires et de travaux d'experts. Il fournit des appréciations concernant les options stratégiques, ainsi que des estimations des coûts entraînés par l'accroissement de l'investissement sanitaire

La GMHI a été lancée par le président de la République en novembre 2002. La coordination en a été confiée à la Commission nationale de planification du développement (NDPC) en collaboration avec les ministères de la santé, des finances, des collectivités locales et du développement rural, le service de santé ghanéen et d'autres organismes liés à la santé, avec l'appui de l'OMS.

15 D'après le rapport de l'Initiative ghanéenne en macroéconomie et santé (18) et l'étude par pays préparée par le Bureau de l'OMS au Ghana..

Tous les principaux partenaires du pays dans le domaine de la santé participent à l'Initiative, dont l'OMS, le Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD), le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF), le Danemark (DANIDA), le Royaume-Uni (DFID) et la Banque mondiale. Un comité consultatif a été chargé de la supervision générale, et un comité technique d'examiner la stratégie ghanéenne de réduction de la pauvreté à la lumière des recommandations émises par la CMS.

Les objectifs généraux de la GMHI étaient les suivants :

- diffuser et discuter largement au niveau du pays les conclusions et recommandations du rapport de la CMS;
- proposer des options stratégiques d'extension des investissements dans les secteurs qui influencent l'état de santé des ghanéens, de façon à obtenir les effets souhaités sur la réduction de la pauvreté et la croissance économique dans des délais aussi brefs que possible;
- mobiliser un soutien politique et des sensibilités aux niveaux local et international afin d'attirer davantage de ressources vers l'eau, l'assainissement et la santé.

Promouvoir le dialogue et l'alignement des objectifs entre les ministères des finances, de la planification et de la santé

Grâce à sa composition plurisectorielle, la GMHI a pu s'assurer une cohérence et un alignement avec les autres activités de planification en cours. Son rapport, conçu pour apporter des éléments à la GPRS et au programme de travail du ministère de la santé pour 2007-2011, s'appuie sur les instances et instruments de planification en rapport (SWAp, CDMT). La Commission nationale de planification du développement (NDPC) est d'ailleurs point focal de la GPRS.

Le rapport de la GMHI indique que le Ghana devra consacrer US\$ 35-40 aux dépenses de santé par habitant, pour pratiquer les interventions prioritaires qu'impliquent les OMD. D'après les projections des ressources actuellement disponibles, le montant supplémentaire requis serait de l'ordre de US\$ 5 milliards sur la période 2002-2015 (Voir Tableau 4). L'ensemble de mesures sanitaires pris en compte rassemble les interventions de santé prioritaires, les mesures de planification et de services de santé communautaires (CHPS), le renforcement des systèmes de santé (y compris le développement des ressources humaines), et l'accès à l'eau potable et à l'assainissement en milieu rural.

On estime au total à US\$ 7,7 milliards sur la période 2002-2015 le montant nécessaire au secteur santé pour ses investissements en prestations sanitaires et CHPS. On considère en outre, sur la base des deux scénarios envisagés (base et idéal), que US\$ 732 à 850 millions seront nécessaires sur la même période au secteur de l'eau et de l'assainissement.

Tableau 4 Résumé des coûts totaux de l'investissement public en santé, eau et assainissement, Ghana (2002 - 2015)

	Coûts totaux
Investissements (US\$ millions)	
Santé	7 662,08
Eau et assainissement en milieu rural:	
Base	732,1
Idéal	850,4
Dépenses par habitant (2015) US\$	
Santé (ensemble de la population)	41
Eau et assainissement (population rurale en état de besoin)	
Base	35
Idéal	41
Coûts annuels moyens (US\$ millions)	
Santé	547,29
Eau et assainissement en milieu rural:	
Base	56
Idéal	68
Source: (18)	

Le Ghana appelle aujourd'hui la communauté internationale à accélérer son assistance en vue de combler le déficit de financement estimé, en mettant à profit les occasions nées de l'allègement de la dette, de l'accroissement de l'aide, et de nouveaux mécanismes financiers tels que la "facilité financière internationale" (IFF). Ainsi, les économies budgétaires réalisées en vertu de l'allègement de la dette des pays pauvres lourdement endettés devraient dégager environ 2% du PIB sur les prochaines années, au profit des programmes de réduction de la pauvreté. Le rapport servira d'instrument de sensibilisation pour solliciter des engagements et attirer des ressources accrues vers les secteurs de la santé et de l'eau et assainissement, et pour aligner les partenaires du développement sur les priorités sanitaires nationales.

Lier la planification aux budgets

Le rapport de la GMHI se décrit lui-même comme une initiative destinée "à proposer des options stratégiques d'extension des investissements dans les secteurs qui influencent l'état de santé des ghanéens, à élaborer un plan d'investissement à long terme, et à mobiliser des appuis concrets et des partisans aux niveaux local et international". Les aspects suivants du rapport constituent des éléments solides pour en entamer la mise en œuvre:

- il établit des priorités sur une base factuelle, vis-à-vis tant des interventions sanitaires que des populations cibles;
- il s'oriente sur les résultats et se base sur les OMD;
- il est cohérent avec la politique nationale de santé, et conforme aux autres principaux processus de réduction de la pauvreté.

Les plans et budgets du secteur santé sont dérivés du niveau des districts, en fonction de directives et priorités stratégiques établies au niveau national. Les recommandations de la GMHI sont intégrées aux lignes directrices adressées par la commission nationale de planification du développement aux ministères, départements, organismes d'exécution et districts en vue de la préparation des plans à moyen terme par secteur et district. C'est là une nécessité pour que soient appliquées les recommandations de la GMHI, car ce n'est que par ce processus que celles-ci pourront être reprises dans le CDMT et les budgets.

Dans le cadre de la réforme du secteur santé, le Ghana a entamé en 1997 l'élaboration d'un programme de travail à cinq ans, dont le deuxième (2002-2006) a depuis été établi. Préparé par le ministère en collaboration avec toutes les parties, le programme de travail met en harmonie tous les programmes du secteur pour la période considérée. Une série de réunions des partenaires (y compris des réunions de donateurs) seront organisées afin de débattre, de parvenir à un consensus, et d'apporter des éléments au prochain programme de travail du ministère de la santé (2007-2011), en vue d'atteindre les cibles des OMD.

Le processus de macroéconomie et santé a eu pour autre conséquence fondamentale d'établir une relation claire entre la stratégie ghanéenne de réduction de la pauvreté et le budget annuel de l'État. En vue de définir une approche nationale permettant d'atteindre efficacement cet objectif, le gouvernement a entamé un processus participatif ouvert pour créer un système de suivi et d'évaluation impliquant les principales parties nationales concernées, et notamment la société civile.

La mise à jour de la GPRS a débuté en septembre 2004. Les groupes intersectoriels de planification ont été constitués pour les cinq domaines thématiques de la GPRS actuelle. Ils ont pour fonction d'étudier le document en vigueur, de valider les politiques existantes, de combler les carences identifiées, et de réorienter le document afin qu'il corresponde aux cadres politiques nationaux et internationaux concernés, et notamment au rapport de la GMHI.

Perspectives : la mise en œuvre du rapport de la GMHI

Sensibilisation. Dans les mois qui viennent, le rapport sera diffusé et utilisé pour mobiliser des appuis politiques et des partisans. Il est destiné à susciter des consultations avec les parties intéressées, y compris les partenaires du développement, les organismes bilatéraux et les OSC, afin de renforcer le sentiment

d'adhésion, de parvenir au consensus et de mobiliser des ressources. Le rapport sera enfin employé à la sensibilisation internationale, en tant que meilleure pratique à l'usage des autres pays.

Programmation. Les recommandations de la GMHI seront intégrées au troisième programme de travail (2007-2011) du ministère de la santé, et des options et stratégies financières seront élaborées pour la mise en œuvre de ces recommandations.

Suivi. La mise au point d'instruments de suivi et d'évaluation de la GMHI permettra d'installer et de maintenir durablement l'initiative dans le traitement gouvernemental des questions de santé. En outre, des visites de suivi auront lieu dans certains districts, afin de s'assurer que les recommandations de la GMHI soient intégrées à leurs plans à moyen terme.

Études. Les recherches de suivi comprendront :

- Des études sur les moyens d'organiser les ressources humaines (recrutement, affectation et fidélisation) afin d'appuyer les recommandations de la GMHI;
- Une évaluation de l'efficacité du partenariat privé-public, compte tenu de l'importance des dépenses de santé directement prises en charge par les ménages;
- Une évaluation des dispositions financières, en vue d'assurer la prévisibilité et la durabilité des ressources du secteur (réduction de la dépendance à l'égard des donateurs, meilleure affectation des dépenses directes).

Il sera nécessaire d'approfondir les analyses concernant les questions d'exemptions; les ensembles de prestations; le potentiel des régimes assurantiels sociaux et privés dans le cadre d'un secteur formel restreint; et la portée des régimes communautaires ainsi que la possibilité de les intégrer dans l'avenir aux assurances sociales.

Il conviendra enfin d'étudier deux questions transversales : la capacité d'absorption dans l'ensemble du système, y compris l'acceptation des nouvelles structures montantes de la prestation de services, à partir des communautés; et la création d'un système d'information sanitaire en mesure d'appuyer tous les processus de planification, leur application et leur suivi.

Partenariats. Les conclusions de la GMHI sont actuellement mises à profit par le système des Nations Unies comme élément d'évaluation de la composante santé du Projet du Millénaire au Ghana. Le rapport sert aussi de référence dans la préparation d'une proposition au Millenium Challenge Account des États-Unis, qui en fin 2005 mettait US\$ 1 milliard à la disposition de 16 pays pilotes. Il sera en outre utilisé dans le cadre de réunions avec les donateurs afin de discuter de leur concours au Plan d'investissement sanitaire et de leur appui au pays pour accélérer sa marche vers les OMD liés à la santé, notamment sous l'angle financier. Il servira enfin lors des débats sur la part revenant à la santé dans le récent allègement de US\$ 4,12 milliards consenti sur la dette du pays.

Inde¹⁶

Le gouvernement indien a créé en 2004 une Commission nationale en macroéconomie et santé, co-présidée par le ministre de la santé et du bien-être familial et le ministre des finances. Cette CNMS avait les grands objectifs suivants : évaluer les effets d'un accroissement de l'investissement dans le secteur santé sur la réduction de la pauvreté et le développement économique du pays; et établir la base factuelle nécessaire pour formuler un programme à long terme visant à étendre les interventions de santé essentielles, en mettant l'accent sur les plus défavorisés. Le rapport de la CNMS indienne expose les justifications économiques de l'investissement sanitaire, les domaines où ces investissements sont souhaitables, leur coût, et la manière la plus efficace pour les financements publics de couvrir ces derniers. Ces recommandations se fondent sur les informations de départ disponibles et sur des projections concernant le profil pathologique de l'Inde, ainsi que sur des ensembles d'interventions conçues pour correspondre à des protocoles de traitement et de prévention minimums.

¹⁶ D'après le rapport de la Commission indienne en macroéconomie et santé, 2005 (19).

La politique nationale indienne de santé (2002) fait état d'un déclin progressif dans le pays de l'investissement sanitaire public, passé de 1,3% du PIB en 1990 à 0,9% en 1999. En outre, sur les dépenses totales de santé (5,2% du PIB), l'État n'intervient que pour 17%, le solde provenant des dépenses directement supportées par les ménages. Les familles défavorisées sont les plus susceptibles d'avoir besoin des services essentiels de base, mais aussi les plus susceptibles d'être plongées dans la pauvreté (ou dans une misère plus grande encore) par les dépenses qu'elles doivent supporter.

La CNMS calcule ainsi que ces charges directes font sans doute passer chaque année 3,3% de la population indienne en dessous du seuil de pauvreté. De plus, seuls quelque 10 millions d'Indiens (soit moins de 0,1% de la population) bénéficient d'une assurance santé. En réaction, la politique nationale de santé (2002) a appelé à accroître le financement (et plus précisément au doublement des dépenses publiques de santé pour atteindre 2,0% du PIB) et à restructurer l'organisation des initiatives nationales de santé publique. C'est dans ce contexte qu'ont débuté les activités indiennes en macroéconomie et santé.

La création de la Commission nationale indienne en macroéconomie et santé

Le gouvernement indien a créé une Commission nationale en macroéconomie et santé, co-présidée par le ministre de la santé et du bien-être familial et le ministre des finances. La CNMS a entamé ses travaux au début 2004, avec les grands objectifs suivants :

- évaluer les effets d'un accroissement de l'investissement dans le secteur santé sur la réduction de la pauvreté et le développement économique du pays;
- établir la base factuelle nécessaire pour formuler un programme à long terme visant à étendre les interventions de santé essentielles, en mettant l'accent sur les plus défavorisés.

Le mandat de la CNMS indienne figure à l'Encadré 12.

Encadré 12 Mandat de la CNMS indienne

- Déterminer les domaines prioritaires des interventions de santé et les stratégies financières permettant de les aborder;
- Concevoir un ensemble d'interventions essentielles qui devront être universellement accessibles à la population sur la base d'un financement public (avec le soutien nécessaire des donateurs);
- Être à l'initiative d'un programme multiniveaux de renforcement des systèmes de santé, axé sur la prestation de services locaux, portant sur la formation, la construction et la rénovation d'infrastructures et l'amélioration de la gestion, permettant au secteur santé de parvenir à une couverture universelle en interventions essentielles;
- Proposer des réformes organisationnelles décisives, visant à lever les contraintes non financières au développement des interventions essentielles, à faciliter leur accès et à renforcer leur efficacité;
- Fixer des objectifs chiffrés de réduction de la charge des maladies, en fonction d'une modélisation épidémiologique assurée;
- Repérer les principales synergies entre la santé et d'autres secteurs (liens intersectoriels);
- Assurer la compatibilité de la stratégie avec le cadre général de la politique macroéconomique.

La Commission se compose de hauts responsables politiques et de représentants des ONG, des universités et des organisations internationales. Le principal organe technique à la disposition de la CNMS est formé d'un petit groupe d'experts des systèmes de santé et de l'économie. La sous-commission technique de la CNMS a présidé à l'élaboration du programme de recherches et à la rédaction du rapport de la Commission.

Le rapport de la CNMS indienne

Le rapport fait au gouvernement des recommandations concernant la nature, la destination et les modalités de l'extension des interventions sanitaires de base : les justifications économiques de l'investissement sanitaire, son affectation, son coût et les moyens les plus efficaces de le couvrir par des fonds publics. Ces recommandations se fondent sur les informations de départ disponibles et sur des

projections concernant le profil pathologique de l'Inde, ainsi que sur des ensembles d'interventions conçues pour correspondre à des protocoles de traitement et de prévention minimums.

Dans son rapport, la CNMS estime les coûts des ensembles d'interventions à différents niveaux (en fonction du degré de couverture), et présente les actions que pourrait entreprendre le gouvernement pour améliorer la réalisation et le financement, notamment en vue de garantir que les plus défavorisés bénéficient des investissements publics.

La Commission souligne tout au long du rapport que cet objectif ne pourra être atteint par la seule action et les seuls financements publics, mais exigera un effort coordonné de tous les partenaires du ministère de la santé. Plus précisément, la CNMS insiste sur la nécessité d'une intégration plus efficace du secteur privé et de la société civile, non seulement pour fournir des soins mais aussi pour les planifier et les financer.

Principaux sujets abordés dans le rapport de la CNMS

Investir en faveur de la santé pour le développement économique et la réduction de la pauvreté. La Commission présente les données spécifiques à l'Inde, pour montrer le lien entre le mauvais état de santé et ses effets économiques néfastes, tant au niveau global qu'à celui des individus et des ménages, en termes de pertes de productivité. Outre son impact sur l'espérance de vie et la productivité, la mauvaise santé peut entraîner des conséquences importantes et dramatiques pour les individus.

Les principaux enjeux futurs de la santé publique. La CNMS recense quatre domaines qui mettront à l'épreuve la capacité du système de santé à dispenser efficacement et équitablement des services, et celle du gouvernement à trouver les ressources nécessaires pour y faire face. Ces quatre domaines sont :

- la malnutrition;
- le manque de ressources humaines qualifiées et d'utilisation satisfaisante des avancées techniques;
- le vieillissement de la population; et
- la charge des maladies, où se conjuguent la réapparition d'infections et la montée en fréquence des maladies non transmissibles.

Définir les conditions de santé prioritaires et les interventions correspondantes. La Commission se livre à une analyse causale exhaustive, qui permet de recenser un ensemble d'affections prioritaires expliquant la grande majorité des décès en Inde. Les trois critères retenus pour sélectionner les affections prioritaires sont les suivants :

- affection touchant de façon disproportionnée les pauvres;
- probabilité que l'affection inflige dans les années à venir une charge importante en l'absence d'intervention;
- possibilité que l'affection plonge de vastes populations dans des difficultés financières.

Cet ensemble d'affections prioritaires est mis en relation avec certaines interventions essentielles, considérées comme étant à la fois techniquement efficaces pour réduire la charge de la maladie, et d'une efficacité-coûts démontrée.

Principales causes organisationnelles des dysfonctionnements des systèmes de santé. La CNMS énumère divers éléments qui font obstacle au bon fonctionnement du système de santé :

- la fragmentation des responsabilités et la mauvaise adéquation entre les structures et les responsabilités dans le secteur santé;
- l'insuffisance des liaisons entre les faits établis et les objectifs fixés par les stratégies aux interventions;
- l'insuffisance des capacités de gestion et de planification des ressources, et de leur mise en œuvre à tous les niveaux;

- l'insuffisance de la délégation de pouvoirs du Centre aux États, et des États aux districts;
- l'hétérogénéité de la participation du secteur privé aux soins de santé publique, en l'absence d'une réelle autorité réglementaire exercée par le gouvernement.

Les principaux facteurs du coût des soins. Tout d'abord, le bon fonctionnement d'un système de santé suppose la présence de personnel qualifié en nombre suffisant, notamment au niveau des communautés où s'effectue la majeure partie de l'accès aux services de santé. La Commission estime que c'est là le plus gros obstacle que l'Inde devra surmonter pour atteindre ses objectifs sanitaires.

En deuxième lieu vient l'accès insuffisant aux médicaments et préparations essentiels. La Commission affirme que 10 des 25 médicaments les plus vendus dans le pays peuvent être qualifiés de non essentiels, irrationnels ou dangereux. Cette situation présente plusieurs implications importantes en matière de contrôle des prix, de certification de la qualité et de réglementation des brevets. La Commission dénonce enfin le manque de politiques visant à orienter un développement approprié et équitable de l'usage et de la réglementation de la technologie médicale.

Le financement des interventions essentielles de santé publique. Les dépenses publiques de santé, par les départements de santé des gouvernements du Centre et des États, s'élèvent à 0,9% du PIB, les gouvernement des Etats intervenant pour la majorité dans ce montant. Les dépenses de santé dans le pays sont en majorité d'origine privée, et représentent surtout des paiements directs. La Commission recommande d'accroître fortement les dépenses publiques de santé (pour atteindre 3% du PIB), et que cette augmentation de l'investissement soit affectée à un ensemble donné d'interventions essentielles.

La Commission indique que, même si les paiements par les patients assurent une part importante du financement de la santé dans tous les États, notamment en période de tensions fiscales, on manque de données scientifiques qui éclairent l'effet des paiements effectués par les patients sur la demande de services de santé publique, et qui permettent d'apprécier les conséquences financières de la maladie sur les défavorisés.

La CNMS a fait effectuer de telles études dans l'Andhra Pradesh et le Maharashtra, qui ont mis en évidence le lien entre la baisse des contributions budgétaires, accompagnée d'une augmentation des paiements directs par les usagers, et la chute du nombre des pauvres qui fréquentaient les établissements de santé publique. Pour combattre les effets négatifs des paiements directs, la Commission recommande d'envisager différents modèles financiers permettant de maîtriser les coûts et d'assurer un partage raisonnable des risques.

La Commission a calculé le déficit de ressources dont souffrent certains États pour étendre leurs interventions dans le domaine de la santé et d'autres secteurs apparentés, comme l'enseignement, l'eau et l'assainissement, la nutrition ou les transports. Elle propose donc plusieurs options permettant de combler ces déficits au niveau des États, sous trois grands chapitres :

- la réallocation des ressources;
- la production de ressources supplémentaires;
- l'amélioration des transferts du niveau central à celui des États.

Autre aspect des choses, le secteur santé est souvent critiqué pour son incapacité à employer les fonds qui lui sont attribués, ce qui rendrait difficile de réclamer en sa faveur des ressources supplémentaires. Les causes en sont complexes, mais un facteur important tient à la nature souvent rigide et imprévisible des processus budgétaires. La Commission se déclare en faveur d'une plus grande décentralisation dans la gestion des ressources et les responsabilités de planification, et d'une plus grande réactivité du processus aux changements des besoins locaux.

La collaboration public-privé et la participation des communautés

Le secteur privé a connu une croissance phénoménale, en partie liée aux dysfonctionnements du système de santé publique; mais il s'est généralement montré incapable de fournir des soins de qualité à un prix raisonnable. Les prestations de soins dans ce secteur non réglementé tendent à relever des spécialistes et de la technologie. Elles sont donc chères, et inabordables pour la majorité de la population. Il est donc nécessaire non seulement de promulguer les lois et règlements de santé publique qui conviennent, mais aussi de mettre en place des dispositifs institutionnels permettant de gouverner ce secteur.

La Commission établit que les tentatives de collaboration public-privé ont été "théoriques, sporadiques, hétéroclites et hasardeuses", et non pas intégrées en une stratégie globale visant des objectifs sanitaires nationaux. Les ONG en revanche ont su apporter des soins de qualité acceptable pour un faible coût aux patients défavorisés. Toutefois, leurs actions sont restées éparpillées et isolées. La Commission note que les ONG et les organisations à base communautaire peuvent avoir une influence positive sur l'accès, l'équité et la qualité des services de soins dans les zones rurales et reculées.

L'élargissement de la participation de la société à la gestion et à la prestation des services de santé est une composante clé de la vision de la Commission. C'est ainsi que le rapport appelle le système de santé à "démédicaliser, démocratiser et décentraliser les prestations de soins en amenant un groupe plus large à en partager les pouvoirs, responsabilités et fonctions", ce qui implique la participation d'organisations de la société civile.

Pour atteindre cet objectif, la CNMS préconise que le système de santé primaires soit "intégré à la communauté". Les trois niveaux des structures communautaires sont les Gram Panchayat (GP), les Comités de santé villageois (VHC) et les Personnels volontaires. Les Gram Panchayat sont des organes locaux élus, habilités à collecter des taxes pour mener à bien des activités de santé publique de base, tandis que les VHC se composent de représentants des Gram Panchayat et des communautés (dans une proportion d'une personne pour 15 ménages).

Tout en reprenant les recommandations du Plan national de santé 2002, qui prévoit d'accorder une part du budget de la santé aux ONG, la CNMS propose que des fonds soient attribués aux VHC sous la forme d'un Fonds de santé villageois, pour mener des activités de promotion de la santé, de prestation de services essentiels, et de formation. La CNMS appelle en outre à une représentation de la société civile au sein des principales institutions de politique sanitaire.

Le financement de la santé : recommandations de la CNMS indienne

La Commission a recensé plusieurs domaines qui offrent des possibilités d'améliorations en matière de financement de la santé publique, sous deux aspects à la fois : accroître l'investissement sanitaire public et atténuer les risques encourus par les plus défavorisés du fait de leurs dépenses directes de santé; et renforcer les processus budgétaires. Parmi ses recommandations figurent les suivantes:

- De leur niveau actuel d'environ 1,2% du PIB (dans le cadre des comptes nationaux de la santé), les dépenses publiques de santé devront passer à 2,6% ou 3% du PIB pour réaliser à la fois les OMD et les objectifs fixés par le plan national sanitaire de 2002.
- Expérimenter pendant un an dans quelques districts des modèles alternatifs de financement, en vue de concevoir le nouveau système. La tendance devrait être celle d'un État devenant financier et acquéreur de soins.
- Pour maintenir les cotisations à un niveau modeste et favoriser une large mutualisation des risques, l'assurance devrait être rendue obligatoire pour tous. La mise en œuvre de cette mesure devrait s'opérer par phases.
- Accroître l'investissement public en faveur des soins de santé primaires pour offrir un accès universel à un ensemble de services de base au niveau des centres de santé communautaires et dans les établissements de niveau inférieur. Cette mesure couvrira environ 80% des besoins

sanitaires des communautés et réduira les dépenses consacrées par les ménages à ces services.

- Plutôt que de financer des programmes verticaux déterminés, restructurer le système pour financer des bouquets de soins : essentiels, de base et secondaires. De tels ensembles permettent de prévoir l'inclusion de services préventifs, de promotion et curatifs.
- Développer l'investissement en santé publique pour atteindre 20% des dépenses sanitaires publiques totales. Dans un premier temps, affecter au moins 50 roupies par habitant et par an ou 5% du budget (en retenant le chiffre le plus élevé des deux) à la prévention des maladies et à la promotion des valeurs de santé, ainsi qu'aux services d'information sanitaire et de surveillance.
- Passer progressivement à un système d'assurance santé universelle pour les soins secondaires et tertiaires. Il est également nécessaire d'étudier en profondeur les données disponibles sur le plan mondial, concernant les fréquents échecs sur le marché des assurances santé privées, particulièrement au regard des futurs risques encourus par les finances publiques, et de concevoir en conséquence un modèle qui soit adapté et supportable pour l'immense population indienne et sa solvabilité limitée.

Indonésie¹⁷

Dans le cadre de la démocratisation et de la décentralisation accélérée que connaît actuellement l'Indonésie, les activités de suivi de la CMS se sont concentrées sur la réalisation du programme national de développement, Healthy Indonesia 2010, et sur les OMD. Ces activités avaient pour objectifs d'améliorer les connaissances du gouvernement et de renforcer son engagement en matière de santé, de développement et de réduction de la pauvreté, de mener en temps voulu des recherches ponctuelles sur les allocations de ressources et les options financières, et de tirer profit des processus mis en œuvre par les parties pour promouvoir des politiques sanitaires favorables aux plus démunis.

L'engagement auprès des partenaires du développement

À la différence de bien d'autres pays, l'Indonésie n'a pas établi de commission nationale en macroéconomie et santé. Les questions relevant de la CMS ont été traitées dans le cadre des instances existantes des différentes parties, notamment le Forum des partenaires pour la santé dont sont membres le gouvernement et les partenaires du développement. Il a également été question de macroéconomie et santé lors des réunions du Groupe consultatif de l'Indonésie (CGI), dans le cadre du processus d'engagement de haut niveau mené par le gouvernement auprès de divers secteurs et intérêts du pays, comprenant les donateurs, les ONG, les milieux universitaires, la société civile et le secteur privé.

Le CGI est la principale instance de coordination des donateurs et de dialogue sur les politiques. Présidé par la Banque mondiale et le gouvernement indonésien, il se réunit deux fois par an pour évoquer les politiques et les besoins de financement liés au développement et à la réduction de la pauvreté.

Au sein du CGI, un Groupe de travail sur la santé, composé du gouvernement et de tous les principaux donateurs du secteur, a proposé des domaines de collaboration en vue de parvenir à un consensus pour élaborer et mettre en œuvre des politiques et stratégies favorables aux plus démunis. Par l'intermédiaire de ce groupe de travail, le ministère de la santé et la communauté internationale des donateurs ont ainsi élaboré un plan de travail commun.

Celui-ci avait pour objectif général de réaliser le programme national de développement sanitaire, *Healthy Indonesia 2010*, ainsi que les OMD relatifs à la santé, en faisant fonctionner des systèmes de santé décentralisés, et ce notamment en faveur des personnes démunies et vulnérables. Le but déclaré consistait à placer la santé au centre du programme national de développement et d'accroître sensiblement le montant et l'efficacité des financements consacrés à la santé, en adoptant les stratégies suivantes :

17 D'après *Macroeconomics and Health Indonesia: Country Profile. 2003* (http://www.who.int/macrohealth/infocentre/presentations/en/5indonesia_cmh_profile.pdf); Bureau du pays de l'OMS, Indonésie, texte non-publié, 2004; Michaud, 2005 (27)

- réduire la vulnérabilité financière vis-à-vis des dépenses médicales importantes;
- optimiser la participation des prestataires privés et des ONG à l'élargissement de la couverture sanitaire;
- créer au titre de la décentralisation un cadre institutionnel favorable aux plus démunis;
- garantir des ressources suffisantes aux programmes de santé prioritaires;
- assurer l'accès des plus démunis;
- responsabiliser les autorités locales.

Aspects privilégiés des activités de macroéconomie et santé

Accroître l'engagement politique par la sensibilisation. Des activités intenses d'information, éducation et communication ont été menées dès le début des travaux, afin d'élever le niveau d'engagement des responsables politiques, des services de l'État et de la population vis-à-vis de la santé, du développement économique et de la réduction de la pauvreté.

Une réunion de sensibilisation rassemblant des parlementaires nationaux a eu lieu en décembre 2002 à Djakarta, suivie de réunions semblables à l'intention des assemblées provinciales. La sensibilisation aux niveaux inférieurs du gouvernement est particulièrement essentielle en période de transition vers un système décentralisé, puisque les districts sont chargés de répartir les ressources entre secteurs. Après le lancement de ces activités, le CGI a mis la santé à son ordre du jour.

Mener en temps voulu des recherches ciblées en vue de politiques favorables aux plus démunis. Dans le cadre de ses activités en macroéconomie et santé, l'Indonésie est sur le point de conclure plusieurs recherches ciblées visant à mieux faire profiter les plus démunis des dépenses publiques, puisque les faits semblent montrer que les plus aisés en bénéficient davantage que les pauvres.

Par rapport à l'Indonésie, d'autres pays comme les Philippines ou la Chine obtiennent un meilleur état de santé avec des dépenses publiques analogues ou inférieures (28), ce qui laisse penser que l'utilisation des ressources dans ce secteur pourrait souffrir de certaines insuffisances, et que la productivité pourrait être notablement inférieure à celle d'autres pays de la région.

Parmi ces travaux figure un document de recherche qui présente les notions de santé et de pauvreté, décrit la place occupée par les priorités sanitaires dans le DSRP, et évalue la répartition des personnels soignants. Le premier Examen des dépenses publiques du secteur santé dans le pays a été mené à bien, et ses résultats sont maintenant publics.

Cette étude visait à estimer les dépenses nationales de santé dans le cadre de la décentralisation; elle énumère un certain nombre de défaillances majeures dans les données, notamment l'absence de distinction entre les dépenses d'investissement et de fonctionnement et le manque de données permettant une analyse fonctionnelle détaillée des dépenses. Une synthèse de 84 comptes de la santé au niveau des districts a été effectuée, dans le but de renforcer les processus de décision à cet échelon.

Le ministère de la santé prévoit de lancer une étude pour mesurer la charge des maladies, afin de faciliter la détermination des priorités en termes d'attention et de financement. Enfin, une étude des apports extérieurs au secteur santé indonésien a été conduite afin d'évaluer le montant et l'efficacité de ces financements par rapport aux objectifs prioritaires de santé.

Accélérer les initiatives existantes pour assurer le financement des objectifs prioritaires. On compte en Indonésie un certain nombre d'initiatives importantes, relatives à la santé et à la réduction de la pauvreté. Il serait cependant possible de mieux intégrer ces initiatives au sein d'un cadre politique général assurant une orientation et une interprétation communes vis-à-vis de la nature de la pauvreté et de la santé dans le pays, et permettant de renforcer la composante santé de la stratégie indonésienne de réduction de la

pauvreté. Certains doutes se sont exprimés quant au caractère consultatif de la préparation du DSRP indonésien, qui ne témoignerait pas d'une adhésion suffisante dans la mesure où la réduction de la pauvreté ne fait toujours pas partie intégrante d'une planification gouvernementale établissant clairement un lien avec le processus budgétaire (29).

Perspectives

Sur la base des éléments rassemblés au titre des initiatives en macroéconomie et santé et autres, le gouvernement entend élaborer un plan d'investissement national du secteur santé à moyen terme, ainsi que des plans d'investissement sous-nationaux dans quatre provinces. On projette en outre aujourd'hui de faire évoluer les comptes nationaux de la santé afin de fournir des analyses plus complètes et plus détaillées des dépenses.

Au lendemain du raz-de-marée et de l'aide internationale massive apportée par les donateurs au gouvernement, l'OMS appuie un examen des priorités spécifiques du pays prenant en compte les besoins nés de la catastrophe, dans le but de construire des systèmes de santé favorables aux démunis dans le long terme.

Mexique¹⁸

La Commission mexicaine en macroéconomie et santé a été créée en 2002 en vue d'étudier les moyens d'investir en faveur de la santé pour réduire les disparités existantes en matière d'état de santé et d'accès à la santé. La commission a abordé cette tâche en transformant son rapport en un document dynamique, servant de base à un dialogue permettant d'établir un consensus social autour de la santé et du développement, en termes d'objectifs, de modalités et de résultats. Le but est d'encourager l'implication sociale dans ces domaines et d'engager la responsabilité publique dans un accès équitable aux services de santé et d'éducation. L'action de la Commission s'est concentrée sur l'analyse du financement de la santé et de la protection sociale, l'établissement d'un inventaire des biens publics, l'adaptation des OMD au contexte national, et la description des relations entre santé, développement et réduction de la pauvreté.

La création de la CNMS mexicaine

La Commission mexicaine en macroéconomie et santé a été créée en juillet 2002. Au nombre de trente, ses membres sont issus des institutions universitaires, du gouvernement, de la société civile et du secteur privé. Son mandat est le suivant :

- analyser les relations entre l'investissement sanitaire et le développement économique au Mexique;
- évaluer les avancées accomplies par les indicateurs de santé nationaux, les caractéristiques de l'investissement sanitaire au Mexique (notamment en termes de niveau, de répartition et de part consacrée aux biens publics), et le système de protection sociale vis-à-vis des aléas de la santé;
- proposer des actions et initiatives, notamment d'ordre politique, permettant de récolter les bénéfices du développement économique et de la réduction de la pauvreté.

Pays à revenu intermédiaire, le Mexique se trouve confronté à des questions d'une autre nature que la plupart des autres pays qui s'inscrivent dans un processus de macroéconomie et santé. Les niveaux de développement et de revenu par habitant du Mexique sont en principe suffisants pour assurer une couverture sanitaire satisfaisante à l'ensemble de la population. Pourtant, la situation sanitaire se caractérise par de fortes disparités dans les indicateurs de santé entre régions et groupes socioéconomiques. L'un des grands enjeux au Mexique consiste à transformer des systèmes de santé sous-performants en organisations efficaces, de dimensions "raisonnables", et productrices de bien-être.

¹⁸ D'après le rapport de la Commission mexicaine en macroéconomie et santé, 2005 (20), et l'étude de pays préparée par le ministère de la santé du Mexique.

Étayer l'argumentation et définir des stratégies

Le rapport de la CNMS mexicaine a été élaboré dans les deux années qui ont suivi sa mise en œuvre, et se base sur les documents de ses cinq groupes de travail. L'un de ses buts premiers consiste à inventorier et à analyser les éléments qui permettraient d'améliorer la décision en matière de politiques de santé, tout en établissant l'intérêt qu'il y aurait à investir de façon ciblée afin de réduire les larges disparités sanitaires.

Établir les relations entre santé, développement économique et réduction de la pauvreté. Le rapport de la CNMS établit les étroites relations qui unissent la santé, le développement économique et la réduction de la pauvreté. Menée à l'aide de l'espérance de vie et des taux de mortalité pour différentes classes d'âge, une estimation du lien direct entre santé et croissance au Mexique de 1970 à 1995 montre que la santé a contribué pour un tiers environ à la croissance économique à long terme.

Outre les conséquences directes de la santé sur la productivité du travail et le coût économique des maladies, le rapport fournit des éléments sur les effets de la santé et de la malnutrition sur l'éducation. Cette relation induit des trappes à pauvreté intergénérationnelles, qui interdisent aux défavorisés de contribuer de façon optimale à la croissance économique du pays. Compte tenu de la rentabilité de l'éducation au Mexique, élevée et croissante, et des bénéfices qu'apportent la santé et la nutrition à l'éducation et au revenu futur, cela pour un coût modeste, les éléments dont on dispose font conclure à un sous-investissement important et systématique dans les domaines de la santé et de l'éducation. Ce sous-investissement, qui affecte le capital humain, constitue un échec du marché qui impose une intervention gouvernementale.

Adapter les OMD au contexte du pays. Se basant sur un examen de la situation sanitaire nationale, la CNMS a étudié les objectifs de santé que devait se choisir le Mexique. Son rapport souligne la nécessité d'accélérer les progrès en matière de nutrition de l'enfant et de réduction de la mortalité et de la morbidité maternelles et périnatales, mais approfondit également la question du processus d'établissement des objectifs sanitaires. Il en conclut que ce processus, au Mexique, doit relever fondamentalement d'un consensus entre différents niveaux du gouvernement, de la société civile et du secteur privé.

En préalable à ce débat, le rapport de la CNMS pose que le Mexique doit aller au-delà des OMD et les adapter à la situation du pays, et notamment :

- **avancer les dates** de certains des objectifs;
- **fixer des objectifs au niveau sous-national** pour assurer que les défavorisés bénéficient de l'attention voulue, compte tenu des fortes inégalités économiques et des larges disparités dont témoignent les indicateurs de santé. Ainsi, la municipalité la plus pauvre du Guerrero présentait un taux de mortalité infanto-juvénile de 66,9 pour 1 000 naissances vivantes, soit un chiffre semblable à celui de pays beaucoup plus pauvres tels que le Soudan. En revanche, le taux de 17,2 enregistré dans le district de Benito Juarez, à Mexico, est comparable à celui de l'Europe occidentale ou d'Israël. On observe également de fortes différences de couverture entre les États pour ce qui est des accouchements sous assistance médicale : cette couverture est supérieure à 90% dans la plupart des États, mais dans certains elle est inférieure à 60%. Ces disparités se constatent également au niveau des municipalités.
- **ajouter des objectifs ne figurant pas initialement parmi les OMD** mais qui sont d'une grande importance pour des pays comme le Mexique; et par exemple, des objectifs qui concernent des maladies chroniques telles que les affections cardiovasculaires ou le diabète. À la fin des années 1970, le diabète sucré était la quatrième cause de décès au Mexique, mais on estime qu'il en est aujourd'hui la première.

Analyser le financement de la santé. La CNMS considère que les investissements sanitaires au Mexique sont trop faibles pour un pays ayant ce niveau de développement et de besoins. En 2003, le Mexique investissait dans la santé 6,1% de son PIB, soit moins que la moyenne latino-américaine qui atteignait 6,6% en 2002, et comparativement moins que d'autres pays au revenu similaire. La CNMS cite en outre un

rapport de l'OMS, paru en 2000 (30), indiquant que le problème le plus grave au Mexique à la fin du dernier millénaire était celui du manque d'équité dans les mécanismes de financement, puisque plus de la moitié de la population est exclue de tout système de protection sociale et que plus de 90% des dépenses privées de santé sont directement assumées par les ménages sur leurs ressources propres. Ces dépenses tendent à être plus élevées, en proportion du revenu total du ménage, dans les familles les plus défavorisées.

On observe parallèlement que les ressources publiques consacrées à la santé se répartissent de façon inégale au sein de la population. Les dépenses effectuées au profit des non-assurés sont fortement progressives (et favorables aux ruraux), tandis que celles qui bénéficient aux assurés sont fortement dégressives (et favorables aux urbains). L'effet combiné des deux types de dépenses aboutit à une répartition des dépenses publiques totales de santé légèrement dégressive au niveau national.

Cette différence reste toutefois importante, puisque les non-assurés représentent plus de 50% de la population et ne perçoivent que moins de 33% des dépenses publiques totales de santé. On a de plus observé des inéquités géographiques dans l'allocation des ressources, résultant de la répartition historique des fonds fédéraux, avec des différences dans un rapport de 6 à 1 entre les États où les ressources publiques par habitant sont les plus élevées et ceux où elles sont les plus faibles.

On a constaté des tendances semblables en ce qui concerne les dépenses par habitant en faveur des assurés et des non-assurés, en comparant les états de zones géographiques différentes ou de zones à indices de marginalisation différents. Il en ressort que les ressources ne sont pas utilisées de façon efficace. Le sous-investissement est notamment manifeste dans le domaine des services de prévention, avec pour conséquence que les ressources existantes ne sont pas affectées aux secteurs qui apportent les plus grands bénéfices.

Les études montrent que les dépenses publiques de santé ont un effet réel sur les indicateurs de santé, en particulier dans les pays qui connaissent une bonne gouvernance. La CNMS souligne donc l'importance des dépenses publiques de santé en tant qu'instrument d'un financement plus juste, d'un accès plus équitable aux services de santé, et d'une meilleure efficacité des ressources affectées à ce secteur. La CNMS mentionne l'exemple du programme gouvernemental de développement humain Oportunidades, qui consiste à verser en espèces des fonds conditionnels et qui a amélioré sensiblement la nutrition et la santé dans les populations les plus défavorisées du Mexique.

La cause de la protection sociale. La CNMS se prononce en faveur d'un régime d'assurance santé universelle, option la plus indiquée pour assurer l'équité et l'efficacité du système de santé. Au Mexique, ceux qui sont confrontés à la maladie, alors qu'il n'existe pas de dispositif les protégeant des risques financiers correspondants, courent le risque de tomber dans une trappe de pauvreté.

Si l'augmentation des investissements en faveur de la santé contribue à accroître le capital humain, on peut considérer l'assurance comme l'autre face de l'investissement en capital humain. Elle évite en effet la détérioration de ce capital en cas d'événements de santé majeurs auxquels seraient confrontés les individus ou les familles, événements que le rapport désigne comme "chocs idiosyncrasiques".

Au Mexique, plus de la moitié de la population n'a pas d'assurance médicale. Bien que le système de santé propose des programmes et plans d'assurance publics, leur couverture est limitée et ne porte pour l'essentiel que sur les services de santé de base.

La CNMS énumère les éléments que devrait proposer un système d'assurance santé, notamment :

- une couverture universelle par un fonds unique de partage des risques;
- un système unique régi par un cadre juridique et réglementaire général assurant la collecte des cotisations, le partage des risques, et le paiement ou la prestation des services de santé;

- la couverture de base est de la responsabilité du gouvernement (les régimes privés venant compléter la couverture de base, et non s'y substituer);
- la séparation des fonctions entre financement et partage des risques et prestations;
- la définition d'un plan offrant la combinaison de services la plus efficace par rapport aux coûts.

Faire l'inventaire des biens publics au Mexique. Il est également légitime de se protéger contre les risques sanitaires qui pèsent sur les groupes d'individus, ou risques systémiques. Un exemple des risques de ce genre est celui d'une épidémie d'une maladie transmissible. Dans une telle situation, les solutions requises dépassent l'assurance santé individuelle, et l'on voit bien le besoin de disposer de mécanismes efficaces et équitables pour financer et fournir des biens publics. En ce cas, une intervention de l'État est en général nécessaire. Les biens publics du secteur sanitaire affectent la croissance par des voies diverses. On peut créer des biens publics par des règlements, par des investissements dans les connaissances et infrastructures, et par des interventions médicales.

Quels sont les biens publics à fournir ? Le rapport de la CNMS dresse un inventaire des biens publics au Mexique, qui devrait servir de base à une hiérarchisation des biens publics du secteur santé. Cette hiérarchisation sera cohérente avec les buts adoptés et permettra d'adapter en conséquence les programmes d'investissements publics.

Construire un consensus social

La CNMS conçoit son rapport comme un document dynamique servant de support à un dialogue entre de nombreux acteurs, en vue de parvenir à un assentiment général quant aux buts, processus et résultats de la santé et du développement. Depuis la publication de ce rapport, la Commission s'est efforcée de le diffuser largement et de construire un consensus social qui renforcerait la volonté politique vis-à-vis du développement économique et social du Mexique. Le rapport a donc été transmis aux fonctionnaires et aux autorités aux niveaux de la Fédération, des États et des municipalités, mais aussi à des organisations non gouvernementales de la société, au secteur privé et à des institutions universitaires.

L'intention est ici de favoriser un engagement social des citoyens, qui en appelle aux pouvoirs publics pour promouvoir l'accumulation de capital social afin d'élargir l'accès à la santé et à l'éducation; et parallèlement, d'encourager les actions publiques revendiquant un accès égal aux services d'éducation et de santé, aussi bien qu'à d'autres services essentiels.

Stratégies d'application pour l'avenir

La CNMS prévoit d'incorporer à son rapport les observations recueillies lors des débats avec les diverses parties, afin d'en produire une version définitive. Elle s'efforcera de faire adopter les recommandations du rapport dans l'élaboration des politiques de santé et de développement.

Népal¹⁹

Le Népal s'est doté en 2002 d'une Commission nationale en macroéconomie et santé, dans le cadre de sa Commission nationale sur le développement durable. Présidée par le ministre de la santé, cette commission rassemble des représentants de la plupart des ministères, de la Commission nationale de planification et du secteur privé. En des temps de troubles politiques et de changements fréquents du personnel ministériel, elle a œuvré en faveur d'une planification des investissements au niveau des districts pour tenir compte de la grande diversité politique, économique et géographique du pays. Ces travaux ont pour but de chiffrer les coûts de l'extension des interventions essentielles au niveau des districts, et de s'appuyer sur ces plans pour négocier avec la Commission de la planification et les partenaires extérieurs.

19 D'après Status of Macroeconomics and Health - Nepal, texte non-publié, 2006; M. Paalman, 2004 (31) et M. Paalman, 2004 (32).

La création de la Commission nationale en macroéconomie et santé

Le Népal s'est doté en février 2003 d'une Commission nationale en macroéconomie et santé, dans le cadre de sa Commission nationale sur le développement durable. Cette commission est présidée par le ministre de la santé, et se compose de représentants de la plupart des ministères, de la Commission nationale de planification, et du secteur privé. Elle a délimité un certain nombre de domaines d'intervention relevant de l'action en macroéconomie et santé, et établi un plan préparatoire en la matière.

Les stratégies de la Commission

Éléments de sensibilisation : une analyse de la situation. La Commission a contribué à réunir des éléments de sensibilisation et de planification en vue d'améliorer l'affectation des ressources. La première étape a consisté à mener une analyse de situation (effectuée par l'Institut royal tropical d'Amsterdam) et à cerner les défauts d'information.

Paiement anticipé des frais de santé. Outre un important accroissement des financements internes et extérieurs, cette analyse propose de favoriser le paiement anticipé des dépenses de santé et préconise des mesures permettant de réduire les frais directement assumés par les ménages. Le Service de l'économie et des finances de la santé de la division de la planification au ministère de la santé étudie la question, y compris sous l'angle de projets pilotes comprenant des régimes d'assurance santé sociaux et communautaires.

Élargissement de l'accès des défavorisés aux services de santé : une approche au niveau des districts. À la suite de consultations entre les parties, il a été convenu que l'approche au niveau des districts constituerait la stratégie la mieux adaptée pour garantir aux plus défavorisés un accès aux services de santé essentiels. Cette approche au niveau des districts correspond bien au processus de décentralisation en cours au Népal et aux conditions du pays, où certaines zones sont difficiles d'accès.

Compte tenu du contexte, une étude documentaire a permis d'établir pour chaque district un profil sur la santé et la pauvreté. Ces profils comprennent des indicateurs et objectifs de santé majeurs; des indicateurs de pauvreté, de sous-emploi et d'éducation; des données concernant les établissements de santé, les ressources humaines, et leur utilisation; la présence des organisations non gouvernementales et des donateurs; l'existence de programmes spéciaux; et des renseignements sur le financement de la santé.

La planification au niveau des districts : chiffrer un ensemble de services sanitaires essentiels. Le ministère de la santé a défini et calculé les coûts d'un ensemble de services de santé essentiels; mais le besoin est apparu d'un chiffrage détaillé, basé sur des données réelles et tenant compte de l'extension des systèmes de santé. Ce chiffrage des coûts devrait constituer une composante majeure des plans d'investissement sanitaire en faveur des pauvres dans les districts. Lorsque ces plans seront au point, ils seront présentés pour agrément à la Commission nationale de planification, puis aux donateurs afin d'étudier le financement de leur application. La Commission entend par la suite préparer un plan d'investissement sanitaire national, sur la base des plans de district.

Améliorer la coordination entre le gouvernement et les partenaires extérieurs du développement. En outre, la coordination entre le gouvernement et les partenaires extérieurs du développement est perfectible. Même si les donateurs et le ministère de la santé ont élaboré ensemble la stratégie du secteur santé et son plan d'application, tout le soutien actuel des partenaires extérieurs du développement se matérialise sous la forme de programmes et projets, et la quasi-totalité des fonds vont directement au ministère de la santé ou sont administrés par les partenaires eux-mêmes.

Activités futures de la Commission

Ces informations seront intégrées aux plans d'investissement sanitaire en faveur des pauvres dans les districts. Ces derniers, qui seront adaptés à la situation locale, s'appuieront sur le plan sanitaire national

existant, qui leur servira de guide, et fourniront des éléments aux prochains plans de développement aux niveaux national et des districts.

Il a été décidé de constituer un groupe de travail national en vue de faciliter les processus de planification de district, ainsi que des groupes de planification de district. On entend ainsi renforcer la capacité des districts à planifier et à assurer les services de santé essentiels aux plus défavorisés, conformément aux priorités sanitaires nationales. Un séminaire réunissant les principaux intéressés a élaboré un plan de travail, et un sommaire détaillé a été préparé pour les plans d'investissement sanitaire en faveur des pauvres dans les districts.

Les activités de la Commission et l'élaboration des plans d'investissement sanitaire en faveur des pauvres dans les districts se poursuivent, bien que ces travaux aient été considérablement ralentis par les incertitudes de la situation politique. La stabilité du climat politique et la durabilité gouvernementale ont été et demeurent des facteurs essentiels, notamment en ce qui concerne l'appui de responsables de haut niveau qui perçoivent les enjeux et la nécessité de continuer à soutenir le processus dans le pays. Au cours des années récentes, les fréquents changements de personnel au niveau ministériel ont constitué un important obstacle au Népal.

Rwanda²⁰

À la fin de 2003, le groupe de travail en macroéconomie et santé a été mis en place avec pour objectif de faciliter au Rwanda un processus national d'application des recommandations de la Commission macroéconomie et santé. Pour atteindre ses objectifs, le groupe de travail a identifié aux niveaux central et des districts les principales instances où les activités de planification des politiques et du développement sont conçues, élaborées et analysées. Le groupe de travail a participé activement aux groupes sectoriels créés par les donateurs et le gouvernement du Rwanda afin de coordonner l'aide extérieure, aux assemblées des autorités locales, ainsi qu'aux organisations politiques de base chargées de déterminer les priorités des populations locales. Des sujets de recherche ciblés ont été définis afin de produire des éléments à l'appui du partage et du transfert des connaissances.

La nécessité de réformer le financement de la santé publique

Le système de soins est fortement dépendant de l'assistance extérieure. Les comptes nationaux de la santé montrent qu'en 1998, 50% des dépenses de santé étaient couvertes par l'aide extérieure. Les ménages et le secteur privé en couvraient environ 40%, essentiellement sous la forme de paiements directs. Les dépenses gouvernementales de santé ne représentaient qu'environ 10% de la facture sanitaire totale du pays. Si les dépenses de santé du secteur public se sont accrues, les ménages supportent encore une part importante de la charge financière de la santé. En 2002, le secteur privé (y compris les ménages) couvrait 42% des dépenses de santé, les donateurs 33%, et le secteur public 25%.

En 1996, le Rwanda avait réintroduit une contribution des usagers, provoquant une chute des consultations qui, en 2001, avait atteint 23%. Une part importante des dépenses de santé étant assumée par les ménages sous forme de contributions directes, et la prévalence de la pauvreté atteignant 60,3%, les populations à revenu faible ou intermédiaire sont exposées à la pauvreté. Dans une tentative de réduire la vulnérabilité financière, le gouvernement a créé depuis plusieurs années des régimes pilotes de paiement des services de santé, en vue :

- d'améliorer la capacité financière des populations à accéder aux soins;
- d'améliorer la qualité des soins;
- de renforcer et d'encourager la participation des communautés aux activités de santé.

20 D'après le *Rwanda Macroeconomics and Health Project Country Report*, préparé par Diafuka Salla-Ngita, Columbia University, et le Groupe de travail rwandais en macroéconomie et santé, 2005.

En 2004, le ministère de la santé a instauré l'obligation pour tous les Rwandais d'adhérer à des régimes d'assurance santé. Aujourd'hui, quelque 40% des habitants adhèrent à une mutuelle de santé. Bien que des enquêtes menées dans les régions couvertes par ces régimes aient fait apparaître une hausse de 40% dans la demande de services de santé par les adhérents des mutuelles de santé, d'autres problèmes tels que la qualité des soins freinent encore l'accès à ces derniers.

Des processus de développement pour atteindre les objectifs du Millénaire

Depuis 1998, le gouvernement a lancé un certain nombre de réformes et de processus pour stimuler l'économie et réduire la pauvreté. On abordera ci-dessous deux de ces processus : l'élaboration du plan stratégique du secteur santé, et le document stratégique de réduction de la pauvreté.

Le plan stratégique du secteur santé. C'est à la fin de 2003 qu'a été entamée l'élaboration de ce plan, adopté en février 2005. Conçu selon une approche ascendante, ce plan a fait l'objet de plusieurs consultations aux niveaux central et périphérique, ainsi qu'avec les donateurs et les partenaires.

Fait plus marquant, on a sollicité les contributions des ministères liés au secteur santé, conformément aux directives de l'approche sectorielle (SWAp). Le ministère des finances a notamment soutenu le processus en publiant en 2003 une ligne directrice, point de départ du processus initial visant à établir un dispositif de collaboration entre les deux secteurs.

Couvrant la période 2005-2009, le plan sectoriel définit les objectifs et interventions de santé prioritaires pour atteindre les OMD. Il comporte une estimation des coûts des activités à entreprendre, et notamment un cadre de suivi et d'évaluation, ainsi qu'une estimation des ressources disponibles auprès du gouvernement et de la communauté des donateurs, calculée d'après les engagements existants et prévus.

Le document stratégique de réduction de la pauvreté. La rédaction du document stratégique de réduction de la pauvreté (DSRP) s'est achevée en juin 2002. Pour concevoir un processus par lequel les ménages pourraient satisfaire leurs besoins essentiels d'alimentation, de logement, de savoir et de sécurité, le document a analysé les déterminants de la pauvreté au Rwanda à l'aide d'études quantitatives et de discussions avec les parties. Il a aidé le gouvernement à se fixer les objectifs de développements suivants : réduction de la prévalence de la pauvreté à 25% d'ici à 2015; accroissement du PIB réel par habitant au-delà de US\$ 900; allongement de l'espérance de vie à 65 ans. Le DSRP a contribué à définir une stratégie pour atteindre ces objectifs :

- en accroissant le revenu des ménages par l'amélioration de la commercialisation et de la transformation des produits agricoles;
- en investissant dans le capital humain et en renforçant la position des femmes;
- en améliorant l'efficacité du secteur public.

Le Groupe de travail en macroéconomie et santé

Raison d'être du groupe de travail. Le groupe de travail en macroéconomie et santé a été constitué à la fin de 2003, avec l'assistance technique de la Columbia University. Son objectif consistait à faciliter un processus national au Rwanda visant à mettre en œuvre les recommandations de la CMS, en appliquant les principes de l'économie et de la santé pour améliorer le système de santé.

Structure du groupe de travail. Le groupe de travail est administrativement rattaché au secrétariat général du ministère de la santé. Son président est conseiller auprès du ministre d'État. Le groupe apporte son étroite collaboration et son soutien à la Direction de la planification stratégique et du suivi de la réduction de la pauvreté (ministère des finances) et à l'unité de planification du ministère de la santé. Il se compose de techniciens de divers ministères, d'institutions publiques, d'organismes donateurs, des universités et des organisations non gouvernementales, ainsi que d'un représentant de l'OMS.

Stratégie et activités du groupe de travail. Pour réaliser ses objectifs, le groupe de travail a identifié au niveau central et à celui des districts les principales instances où les activités de planification des politiques et du développement sont conçues, élaborées et analysées. Parmi ces instances figurent les groupes sectoriels (voir ci-dessous) créés par les donateurs et le gouvernement afin de coordonner l'aide extérieure, les assemblées des autorités locales, ainsi que les organisations politiques de base au niveau de la "cellule", chargées de déterminer les priorités des populations locales. Des sujets de recherche ciblés ont été définis afin de produire des éléments utiles à la sensibilisation et éclairants pour l'action du gouvernement et de ses partenaires.

Créer des instances de coordination entre donateurs

Plusieurs réunions des partenaires du développement ont mis en évidence la nécessité d'établir des mécanismes permettant de coordonner les interventions du gouvernement et de ses partenaires, afin d'en accroître l'efficacité, d'éviter les doubles emplois et de renforcer l'approche intersectorielle du développement. C'est pourquoi ont été créés plusieurs organes de coordination.

Le groupe de coordination des partenaires du développement (GCPD) a été mis en place en novembre 2002, sous la forme d'une instance de coordination de l'aide internationale, chargée d'harmoniser les programmes de développement en vue d'éviter les doubles emplois et de suivre la mise en œuvre du DSRP. Il est appuyé par deux groupes techniques consultatifs : le groupe harmonisation et alignement au Rwanda des programmes et projets, et le groupe d'harmonisation et d'appui au budget.

Huit groupes sectoriels ont été institués, dont un groupe santé, afin de débattre des questions de coordination et de proposer des initiatives concernant un secteur précis : chacun d'entre eux fournit des conseils pour améliorer la coordination de l'aide des donateurs conformément à l'approche sectorielle (SWAp). Le GCPD a également vocation d'encadrer les groupes sectoriels.

Le groupe santé s'est montré très actif depuis la fin de 2004. Il se réunit deux fois par mois sous la présidence du secrétaire général du ministère de la santé, la coopération technique belge (CTB) en assurant le secrétariat. Les objectifs généraux du groupe santé consistent à effectuer des travaux techniques et à coordonner les interventions des partenaires. Des représentants du groupe de travail en macroéconomie et santé participent activement à ce groupe. Sept groupes techniques ont été créés pour mettre en œuvre les activités techniques du groupe santé :

1. Le groupe de l'**approche contractuelle**, dirigé par la CTB, s'efforce de définir une approche financière plus globale et basée sur les résultats pour les centres de santé et les hôpitaux de district, et d'appuyer la mise en œuvre nationale de l'élaboration et de l'évaluation des politiques. Ce groupe de travail analyse l'expérience d'approche contractuelle menée dans quatre projets pilotes : le projet de la CTB, celui de la coopération technique allemande (projet GTZ), le projet CORDAID et le projet HealthNet.
2. La GTZ anime le groupe de travail sur les **mutuelles de santé**, qui traite des questions liées à ces mutuelles. En mars 2005, ce groupe de travail a organisé avec le groupe de travail en macroéconomie et santé un séminaire sur le partage d'informations entre parties, l'estimation des besoins d'aide extérieure pour venir en appui aux mutuelles, et la détermination des études nécessaires à la mise en œuvre de cette assistance.
3. L'Agence des États-Unis d'Amérique pour le développement international mène le groupe de travail consacré à l'intégration des **programmes du VIH/SIDA** au système de santé.
4. Le groupe de travail sur les **ressources humaines**, conduit par la CTB, étudie les questions relatives à l'investissement en capital humain.
5. Le groupe de **lutte contre les maladies** appuie l'évaluation et la coordination des programmes liés à la prévention et au traitement des maladies.
6. Le groupe de **cartographie des interventions** a recueilli des données concernant les interventions des donateurs en fonction des axes du plan stratégique du secteur santé et sur des bases géographiques, afin de faciliter l'alignement du gouvernement et des donateurs sur le plan

sectoriel. L'OMS anime à la fois les groupes de lutte contre les maladies et de cartographie des interventions.

7. Un septième groupe sur la **planification familiale** s'y est récemment ajouté.

Perspectives

Des progrès ont été accomplis depuis plusieurs années. En termes d'allocation des ressources, le gouvernement rwandais a affecté 8,2% de son budget au secteur santé en 2004, ce qui reste sensiblement inférieur à l'objectif de 15% jugé nécessaire pour réaliser les OMD. Les ménages supportent encore une part importante du financement des soins et, pour répondre à cette situation, un service administratif a été mis en place pour guider et suivre la progression des adhésions aux mutuelles de santé.

Par ailleurs, une politique est en cours d'élaboration pour guider une approche financière basée sur les résultats. Les comptes nationaux de la santé sont en voie d'institutionnalisation, et l'élaboration d'une stratégie des ressources humaines avance. Enfin, l'exercice de cartographie des interventions sanitaires et l'examen des dépenses publiques sont en bonne voie.

Le groupe de travail en macroéconomie et santé compte accroître ses capacités analytiques en accueillant de nouveaux membres d'autres ministères et institutions universitaires. Il contribue au développement du Rwanda en établissant un climat qui sera utile, dans un pays aux ressources humaines limitées en matière d'élaboration et d'analyse des politiques, pour mettre en commun les compétences existantes au sein des divers ministères et services.

Le groupe de travail constitue donc une ressource gouvernementale non seulement pour soutenir les principes en matière de macroéconomie et santé, mais aussi en tant qu'enceinte de partage et de transfert des connaissances. Au cours de la période 2006-2007, le groupe de travail entend renforcer ses compétences et axer ses activités sur le suivi et l'évaluation des activités prévues au plan stratégique du secteur santé et au document stratégique de réduction de la pauvreté, ainsi que sur le conseil aux ministères des finances et de la santé dans les domaines où la santé et l'économie se recoupent.

Le ministère de la santé du Rwanda a exprimé le besoin de poursuivre ces activités en macroéconomie et santé, de façon à apporter une assistance factuelle et technique au renforcement du système de santé et à la construction de capacités. Le gouvernement prépare actuellement une proposition en vue d'institutionnaliser les activités relevant de la CMS, et notamment de recruter du personnel technique national pour administrer cette initiative.

Sénégal²¹

Le Sénégal mène actuellement une initiative visant à créer une synergie entre diverses activités dans les domaines de la santé, du développement et de la réduction de la pauvreté, et à assurer que les actions des différents partenaires servent à renforcer le Programme national de développement sanitaire. Les travaux en matière de santé et développement ont été avant tout consacrés à appuyer les efforts du ministère de la santé en vue d'aligner les priorités des partenaires sur celles du pays, et à réduire la fragmentation des politiques sanitaires. Un intérêt particulier est en outre prêté aux capacités analytiques et techniques du ministère de la santé.

Promouvoir un dialogue sur la politique d'investissement sanitaire

Les activités menées au Sénégal en matière de santé et développement ont contribué à attirer l'attention sur les relations entre le mauvais état de santé et la pauvreté, et à plaider pour un accroissement des investissements afin d'élargir l'accès aux soins de santé primaires. Un organe coprésidé par les ministres de la santé et des finances a été mis en place, en 2002, pour faciliter un dialogue sur la politique

21 D'après *Senegal: Health, Poverty Reduction and Economic Development*, étude de cas préparée par Amine Kébé. Organisation mondiale de la Santé. Préparé pour le Learning Network for Programme Based Approach (LENPA) Spring 2005 Forum.; J. Toonen (4); et *Diagnostic de la Situation Nationale Macroéconomie et Santé*, préparé par Moustapha Sakho, consultant national. Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale. République du Sénégal, 2005.

d'investissement sanitaire entre les ministères qui fournissent des apports à la santé. Un comité technique de coordination a été constitué, composé d'un représentant de chacun des ministères de la santé, des finances et de la planification.

S'appuyant sur les travaux coordonnés par cette instance et sur ceux d'autres initiatives en santé et développement, le Sénégal mène actuellement un projet pilote visant à créer une synergie entre différentes approches de la santé, de la réduction de la pauvreté et du développement économique, assurant que l'intégration des activités de tous les partenaires servent à renforcer l'approche sectorielle ou Programme national de développement sanitaire. Le soutien de l'OMS et des autres partenaires consiste à renforcer l'action du ministère de la santé en vue d'améliorer la gestion de l'investissement sanitaire à tous les niveaux, y compris par une meilleure intégration entre l'aide extérieure et les priorités nationales permettant de réduire la pauvreté et de réaliser les OMD.

Pour renforcer le dialogue entre les ministères de la santé et des finances, on a constaté qu'il était indispensable de renforcer les capacités d'analyse au sein du ministère de la santé, notamment en le dotant d'instruments macroéconomiques permettant d'analyser les effets de l'investissement sanitaire public sur la pauvreté et les indicateurs de santé. Des documents de sensibilisation ont été rédigés, mais d'autres éléments factuels seront nécessaires pour plaider la cause d'un accroissement des ressources affectées au secteur santé. La fonction de production au Sénégal étant à fort coefficient de main-d'œuvre, la croissance constante du PIB observée depuis dix ans repose pour beaucoup sur la productivité du travail, dont la santé et la nutrition sont des facteurs essentiels. Des données concernant cette relation seraient d'une aide précieuse au ministère de la santé dans ses demandes d'allocations de ressources supplémentaires.

Réduire la fragmentation de la santé par une acquisition de données et une planification plurisectorielles

On compte au Sénégal environ quinze organismes, autres que le ministère de la santé, qui dispensent des services de santé; et notamment le ministère de l'éducation, le ministère des forces armées et les ministères de la jeunesse et des sports. Cette fragmentation des activités sanitaires a fait percevoir la nécessité d'une meilleure collaboration intersectorielle et de la mise en œuvre d'une planification au niveau des districts. Au Sénégal, l'approche a donc consisté à établir une plateforme plurisectorielle afin de collecter et de coordonner l'information concernant les activités sanitaires des autres ministères, du secteur privé et des organisations non gouvernementales. Une carence grave de l'information au Sénégal est celle de l'absence, dans ce contexte fragmenté, d'un cadre fiable permettant d'établir les allocations de ressources publiques à la santé.

En 2004, à la demande du gouvernement qui souhaitait un appui dans son effort de documentation, l'OMS a confié à l'Institut royal tropical d'Amsterdam la tâche de mener une analyse détaillée des relations entre pauvreté et santé, ainsi que du financement de la santé. L'analyse a porté sur les moyens de renforcer le plan sanitaire national, compte tenu de ses liens avec d'autres programmes et initiatives comme les OMD, le Nouveau partenariat pour le développement en Afrique et le DSRP.

Cette analyse avait pour objectif de recenser les carences en matière d'information. Ce travail a été poursuivi par un consultant national qui a complété le diagnostic institutionnel. L'analyse a permis de repérer un certain nombre de contraintes dans la capacité d'absorption du secteur santé, ainsi que des possibilités de mobiliser des ressources supplémentaires pour la santé tout en s'attaquant plus efficacement aux poches de pauvreté, notamment par des partenariats public-privé et des régimes assurantiels.

Une analyse plus détaillée au niveau des districts, basée sur des données concernant la charge pathologique, la pauvreté et les ressources sanitaires, viendra appuyer la planification des prestations de

santé dans le cadre de l'approche sectorielle. Un soutien est prévu pour élaborer des comptes nationaux de la santé, et un groupe de travail a été créé à cette fin.

Au Sénégal, les efforts d'application en ce sens ont tendu à renforcer les processus en cours, tels que le DSRP et le PNDS, afin d'améliorer la gestion des ressources du secteur santé. Le but final consiste à préparer un plan d'action pour un plan national d'investissement sanitaire à long terme, qui devrait appuyer le plan sanitaire national en assurant qu'un accent soit mis sur les plus défavorisés afin d'améliorer encore les résultats sanitaires.

Les possibilités de renforcer l'action de réduction de la pauvreté et d'attirer des donateurs

Toutes les parties devront convenir de politiques et stratégies sectorielles, élaborer un plan de financement à moyen terme, et établir un programme de réformes institutionnelles et de renforcement des capacités. Par exemple, l'absence de lien budgétaire entre le DSRP et le PNDS constitue un obstacle majeur à l'élaboration d'un ensemble intégré d'interventions prioritaires visant à réduire la pauvreté. La contribution de la santé à la réduction de la pauvreté devrait être plus claire dans le DSRP, et il est envisagé de resserrer la collaboration entre d'une part la formulation et la mise en œuvre du DSRP, et d'autre part la stratégie de développement du secteur santé. Dans l'intervalle, le ministère des finances a entrepris de réformer la gestion des dépenses publiques, en vue de fonder les allocations de ressources sur des objectifs chiffrés, tandis que le ministre de la santé pilote le cadre de dépenses à moyen terme.

Le Sénégal est un pays pilote du projet du Millénaire, mais il n'existe pas de lien entre la méthode de chiffrage utilisée par le projet et le cadre de dépenses employé par le ministère de la santé. L'approche sectorielle n'est pas encore pleinement opérationnelle, et les donateurs continuent de mettre des fonds en réserve. L'absorption des fonds des donateurs est en fait extrêmement faible, avec un taux de 30% qui montre bien la nécessité de lever les contraintes qui limitent l'efficacité de l'aide extérieure.

Le document d'application du projet a été formulé et validé, de même que le diagnostic institutionnel, par des représentants des ministères des finances, de la planification et de la santé, et des partenaires du développement.

Un séminaire interpays s'est tenu à Dakar pour faciliter les discussions sur les moyens d'améliorer la visibilité de la santé, de renforcer le dialogue sur les politiques, de créer des partenariats internes, et de développer les capacités des pays. Ce séminaire a permis d'échanger les enseignements et les meilleures pratiques permettant d'étendre le processus à d'autres pays, ainsi que de recenser les besoins techniques et financiers et les moyens d'aider au mieux les pays. Des séminaires participatifs sont actuellement organisés par le ministère de la santé dans deux des districts les plus pauvres du Sénégal. Afin de relier les politiques aux pratiques opérationnelles, des exercices pilotes seront menés dans ces deux districts.

Sri Lanka²²

La Commission nationale du Sri Lanka en macroéconomie et santé a été créée en 2002; elle est coprésidée par le ministre des finances et le ministre de la santé. S'appuyant sur les succès bien connus du Sri Lanka, qui assure un état de santé élevé avec de faibles ressources, la commission s'est efforcée de conseiller le gouvernement et le ministre de la santé en ce qui concerne l'augmentation des investissements sanitaires et la contribution optimale du secteur santé au développement économique. La CNMS du Sri Lanka a rendu public en 2005 son rapport, qui traite de plusieurs questions essentielles dont les allocations de ressources sanitaires aux établissements de santé tertiaires plutôt que primaires, le financement de la santé ou l'inefficacité de la planification des ressources humaines.

22 D'après *Economy and Health: Taking Sri Lanka towards the Global Best*. Rapport provisoire de la Commission nationale du Sri Lanka en macroéconomie et santé, Ministry of Healthcare, Nutrition and Uva-Wellessa Development. Colombo, Sri Lanka, à paraître, et L. Currat, 2004 (33).

La création de la Commission nationale en macroéconomie et santé (CNMS)

La création de la CNMS du Sri Lanka, en novembre 2002, avait pour origine un certain nombre de tentatives menées par le gouvernement du Sri Lanka pour améliorer le fonctionnement des services de santé. En 1996 et 1997, la première Politique nationale de santé et le rapport du groupe de travail présidentiel sur la politique de santé ont respectivement assigné plusieurs objectifs au secteur de la santé et émis des recommandations visant à améliorer la réactivité et l'efficacité du système sanitaire. Plus récemment, en 2001, le Sri Lanka a lancé Vision 2010 : il s'agissait d'un nouveau plan destiné à accélérer le développement économique du pays, qui proposait d'ambitieux objectifs macroéconomiques et sectoriels, comprenait plusieurs objectifs sanitaires, et servit de base au document stratégique de réduction de la pauvreté (le rapport *Regaining Sri Lanka*).

Enfin, en 2003, le plan directeur sanitaire du Sri Lanka a apporté un cadre stratégique visant à améliorer le système de santé d'ici à 2015, structuré autour des cinq grands axes suivants :

- assurer des prestations de services sanitaires complètes, de nature à réduire la charge des maladies et à promouvoir la santé;
- mettre les communautés en mesure de veiller sur leur santé;
- améliorer les ressources humaines consacrées au développement et à la gestion de la santé;
- améliorer le financement de la santé (mobilisation, allocation et utilisation des ressources);
- renforcer les fonctions d'administration générale et de gestion du système de santé.

Ces plans ont été à l'origine de la création de la CNMS du Sri Lanka, face à la nécessité d'élargir le dialogue sur la santé dans ses rapports avec le développement, ainsi que d'une vision plus globale des options politiques destinées à améliorer l'investissement national et extérieur en faveur de la santé.

La CNMS du Sri Lanka est un organe intersectoriel de haut niveau, coprésidé par le ministre des finances et le ministre de la santé, comptant des représentants de la banque centrale, des Nations Unies, d'universités, d'organisations non gouvernementales, du secteur privé et autres. Pour appuyer la commission dans ses tâches, un comité de planification et deux groupes de travail ont été constitués, de même qu'un secrétariat situé au ministère de la santé.

Objectifs de la CNMS

L'objectif global de la Commission, tel qu'il figure dans son rapport, consiste à susciter une conscience politique et un engagement de haut niveau en faveur d'une augmentation des dépenses de santé, et de nature à lever les contraintes de système et d'institutions pour permettre de dispenser efficacement des services de santé aux plus défavorisés.

La CNMS dispose d'un mandat large, qui la charge de conseiller le gouvernement et le ministre de la santé sur tous les aspects de l'augmentation des investissements sanitaires, et de garantir une contribution optimale du secteur santé au développement économique et à la lutte contre la pauvreté. Ce mandat est libellé comme suit :

- a) conseiller le gouvernement et le ministre de la santé sur toutes les grandes questions de politiques, options politiques et orientations relatives aux investissements en faveur de la santé, dans le secteur public comme dans le secteur privé, afin que la santé puisse contribuer de façon optimale au développement du pays;
- b) recommander de nouvelles approches et stratégies pour développer les interventions sanitaires, en particulier celles qui visent les plus défavorisés, et pour accroître les investissements en faveur de la santé;
- c) faire exécuter les études nécessaires concernant différents aspects du domaine macroéconomie et santé qui appuieront les travaux de la commission;

- d) recommander des modalités pour mobiliser des ressources supplémentaires en faveur du développement de la santé, et donner des conseils concernant les politiques et stratégies générales permettant de les utiliser au mieux;
- e) conseiller le ministre de la santé sur tous les aspects ayant trait à l'économie et à la santé en vue du développement global de la santé et des ressources humaines au Sri Lanka.

Les travaux partent du constat qu'ils ne concernent pas la seule croissance économique, mais davantage encore la manière dont les ressources sanitaires sont organisées et dépensées. Le succès du Sri Lanka est mis en exergue, où l'espérance de vie à la naissance est comparable à celle de pays à haut revenu, en dépit d'un PIB par habitant relativement faible.

Stratégies de la CNMS et premiers résultats

Bien qu'il soit trop tôt pour juger des résultats concrets des travaux de la CNMS en termes de ressources supplémentaires pour la santé, d'amélioration de l'efficacité et d'élargissement de l'accès des plus défavorisés à des soins de qualité, le Sri Lanka a mené en matière de macroéconomie et santé, depuis la création de la CNMS en novembre 2002, une action à bien des égards remarquable :

- Il figure parmi les tout premiers pays à avoir créé une commission nationale en macroéconomie et santé appelée à contribuer particulièrement :
 - à combler un déficit de connaissances en matière d'économie de la santé au Sri Lanka;
 - à combler un déficit institutionnel, en rassemblant les principaux acteurs aux niveaux national, provincial et du district;
 - à combler un manque dans les partenariats internationaux, en établissant un lien avec l'action internationale dans les domaines de l'économie et de la santé;
 - à suivre ses effets sur l'augmentation des ressources consacrées à la santé, une meilleure efficacité et une plus grande efficacité des prestations de santé, et une amélioration de la santé des populations, les plus défavorisées en particulier.
- Il a constitué une structure de gouvernance efficace, avec la mise en place du comité de planification, des groupes de travail et du secrétariat.
- Il a rassemblé un consensus déclaré dans de larges cercles du gouvernement et de l'opinion publique concernant :
 - le rôle essentiel de la santé dans le développement économique et la lutte contre la pauvreté;
 - l'importance d'une augmentation de l'investissement public dans le secteur de la santé.
- Il a contribué au débat international en matière de macroéconomie et santé.

Plus précisément, dans ses trois premières années d'activité, la CNMS a obtenu les résultats suivants à l'aide des cinq stratégies évoquées ci-dessous :

Acquisition de données (études économiques, débats de groupes spécialisés, groupes de travail). Lors de la première réunion de la CNMS en décembre 2002, les questions relevant de l'économie et de la santé recensées par les participants comme méritant une attention immédiate étaient les suivantes :

- la chute brutale des financements destinés aux services de prévention;
- la nécessité d'établir des mécanismes permettant de réduire les hospitalisations à un minimum;
- l'utilisation efficace des services périphériques;
- la lutte contre les gaspillages de médicaments;
- la nécessité de trouver de nouvelles ressources financières (taxes affectées, salles payantes, financements communautaires);
- la nécessité d'utiliser plus efficacement les ressources humaines.

Pour mieux éclairer ces sujets, la CNMS a en outre organisé 27 débats de groupes spécialisés, couvrant quatre provinces et une population d'environ 6,2 millions de personnes. Ces groupes spécialisés

comprenaient des membres des communautés, des patients, des médecins, des personnels de santé, des pharmaciens, des inspecteurs de la santé publique, des enseignants, et des membres d'organisations de la société civile. Les sujets étudiés par l'un ou l'autre groupe étaient très variés : accès aux soins, établissements de santé de niveau primaire, secondaire ou tertiaire, coûts de la santé, soins préventifs, et les groupes émettaient des recommandations précises pour accroître l'efficacité dans tous ces domaines. Enfin, la CNMS a constitué deux groupes de travail permanents, l'un sur les questions de financement de la santé (contributions directes aux dépenses, sécurité sociale, génération de revenus au niveau des hôpitaux, financements communautaires et taxes affectées), et l'autre sur les questions budgétaires (analyse des coûts des interventions de santé publique).

Sensibilisation. La CNMS a entrepris un programme de sensibilisation diversifié, comprenant :

- des présentations au niveau du Conseil national de la santé et du comité national du développement sanitaire;
- la diffusion de messages aux médias de masse;
- des séminaires destinés aux personnalités politiques (aux niveaux central et provincial);
- la publication d'un bulletin;
- le développement d'un site Web pour la diffusion au niveau des communautés.

Participation à des réunions internationales. Au titre de cette stratégie, l'objectif consiste à partager l'expérience du pays dans le domaine de l'économie et de la santé, et à bénéficier de l'expérience internationale.

Publication du rapport 2005 de la CNMS. Ce rapport a pour objectif d'étudier les questions d'économie de la santé dans le pays et de proposer des stratégies pour en résoudre les problèmes. Il est prévu que la publication du rapport soit suivie d'une consultation nationale.

Plan national d'investissement sanitaire. Un certain nombre de documents importants ont été préparés ces dernières années, qui définissent les principales priorités du secteur santé. En 2005, la CNMS prévoit de mettre la dernière main au Plan national d'investissement sanitaire, qui se base sur ces documents antérieurs et notamment sur le rapport 2005 de la CNMS.

Les défis à venir

D'après le rapport 2005 de la CNMS, le Sri Lanka sera confronté dans les années à venir aux questions de santé suivantes:

Financement des soins. Le problème immédiat qui se pose au Sri Lanka consiste à maintenir et à renforcer les acquis de son système de santé dans un contexte de faibles dépenses gouvernementales et de fortes contributions directes aux soins. Ayant atteint une espérance de vie relativement élevée, le Sri Lanka va être confronté dans les prochaines années à la nécessité de trouver des ressources pour entretenir une population vieillissante. La CNMS recommande que le secteur public investisse au moins 2,5% à 3,0% du PIB en faveur de la santé, les dépenses privées continuant d'en représenter 1,5% à 2,0%, et que des démarches soient entreprises pour instaurer un système d'assurance santé afin de réduire les inégalités liées au niveau élevé des contributions directes aux soins.

Allocations de ressources humaines. Les allocations de ressources humaines du Sri Lanka ne correspondent pas aux besoins actuels du pays, et notamment :

- aux transitions épidémiologique et démographique qui nécessiteront des interventions plus coûteuses;
- à des infrastructures endommagées par des années de guerre;
- à l'effondrement des services de prévention et de promotion;

- au manque de fournitures, de médicaments et d'équipements dans les établissements publics, en particulier dans les zones rurales;
- aux effets déstabilisateurs du récent raz-de-marée (d'après le rapport de la CNMS, "les dommages subis par les infrastructures sanitaires du fait du tsunami, qui touchent environ 5% de la population du pays, équivalent à environ un cinquième du budget sanitaire annuel du pays").

Des hôpitaux tertiaires surchargés, des établissements primaires et une prévention à l'abandon. Un autre problème tient au fait que, depuis une dizaine d'années, les dépenses gouvernementales en faveur des services d'hospitalisation se sont progressivement accrues, alors qu'elles se réduisaient constamment dans les soins préventifs. Dans le même ordre d'idées, les services hospitaliers absorbaient 73% des dépenses réelles de soins de santé en 2004, tandis que les services de santé publique n'en représentaient que 4%. Ce décalage se traduit par la surcharge des hôpitaux de niveau tertiaire et l'état d'abandon des établissements primaires.

Le manque de coordination entre le niveau central et celui des districts. Concernant l'organisation et la gestion du secteur santé, le rapport de la CNMS constate un manque de coordination entre le niveau central et celui des districts, et entre les secteurs public et privé. Il observe que la décentralisation de la responsabilité des soins ne s'est pas accompagnée d'une décentralisation de leur financement. Les districts dépendent toujours fortement du niveau central sur le plan financier.

L'insuffisante planification des ressources humaines. Une autre question majeure pour le Sri Lanka est celle du manque de personnel qualifié (notamment d'infirmières, de pharmaciens et de personnels paramédicaux), et de la répartition du personnel dans les zones éloignées et les zones de conflits. Selon le rapport 2005 de la CNMS, il existe un manque de stratégie globale des ressources humaines et un manque de coordination dans tous les services du ministère de la santé. La CNMS recommande d'instaurer une coordination plus étroite entre les ministères chargés de la formation, de la carrière et de l'utilisation des médecins dans le pays.

Yémen

Au Yémen, le ministère de la santé publique et de la population, associé à ses partenaires intéressés, a contribué à un plan stratégique global pour le pays, par un plan de développement à cinq ans basé sur les OMD et orienté vers la réduction de la pauvreté. Étape essentielle pour aligner les politiques sur les OMD, le gouvernement a lancé un processus d'évaluation des besoins liés aux OMD, comme le préconisait en août 2004 le projet du Millénaire. Le pays ayant un objectif similaire de plan d'investissement pour la santé, l'initiative du Yémen consistant à tirer profit du processus de la CMS a renforcé la capacité du gouvernement à effectuer son évaluation des besoins liés aux OMD et à chiffrer les stratégies sanitaires, tout en offrant la possibilité de coordonner ces travaux.

Le Yémen a affirmé sa détermination à réaliser les objectifs du Millénaire pour le développement, et s'est donc joint à l'initiative des Nations Unies visant à aider les pays les moins avancés à atteindre les OMD grâce au projet du Millénaire. La réalisation de ces objectifs est toutefois incertaine compte tenu de l'état actuel de la croissance économique, des investissements, et des difficultés de développement auxquelles fait face le Yémen.

Renforcer les capacités et la coopération intersectorielle pour atteindre les OMD

Conscient des limites de ses capacités institutionnelles et de la nécessité d'une aide internationale pour atteindre les OMD sanitaires et liés à la santé, le ministère de la santé publique et de la population, associé à ses partenaires intéressés, a contribué à un plan stratégique global pour le pays, par un plan de développement à cinq ans basé sur les OMD et orienté vers la réduction de la pauvreté. Étape essentielle

pour aligner les politiques sur les OMD, le gouvernement a lancé un processus d'évaluation des besoins liés aux OMD, comme le préconisait en août 2004 le projet du Millénaire.

Les plans d'investissement sectoriels qui en ont résulté ont été consolidés en un plan national, sous l'égide du ministère de la planification et de la coopération internationale et avec l'assistance technique de l'équipe des Nations Unies dans le pays et des institutions spécialisées (34). Le pays s'étant fixé un objectif similaire de plan d'investissement pour la santé, l'initiative du Yémen consistant à tirer profit du processus de la CMS a renforcé la capacité du gouvernement à effectuer son évaluation des besoins liés aux OMD et à chiffrer les stratégies sanitaires, tout en offrant la possibilité de coordonner ces travaux.

D'août 2004 à juin 2005, le Yémen a formulé des stratégies sanitaires basées sur les OMD et achevé de chiffrer leurs coûts, fournissant ainsi des éléments à la politique nationale à long terme (2006-2015) et au plan à moyen terme du secteur santé (2006-2010), qui est en cours de mise au point. Le plan à moyen terme du secteur santé sera intégré au plan à cinq ans de développement et de réduction de la pauvreté. L'exercice a été coordonné par le ministère de la planification et de la coopération internationale, qui a constitué à cette fin cinq groupes de travail thématiques comprenant un groupe de travail en santé et population.

Ce groupe de travail en santé et population, dirigé par le ministère de la santé publique et de la population,²³ est composé de spécialistes du ministère et de représentants des partenaires du développement. Il est présidé par le sous-secrétaire à la planification et au développement, et coprésidé par l'OMS. En dépit des difficultés rencontrées au cours de l'évaluation des besoins relatifs aux OMD et d'une approche ambitieuse du chiffrage des coûts, le ministère de la santé publique et de la population a pu présenter des résultats qui ont renforcé ses relations avec le ministère de la planification.

Il s'est avéré indispensable que les exercices de planification préconisés au niveau international soient liés à la planification nationale du secteur santé, afin d'éviter la répétition inutile d'activités de la part des ministères, et de répondre de façon satisfaisante aux besoins d'appui technique et financier en matière de planification nationale. L'exercice de planification aujourd'hui en cours a donc été relié à celui des OMD (plan de politiques à long terme et plan de développement à court terme), et il a saisi cette occasion pour entamer l'examen et la révision de la stratégie 1998 de réforme du secteur santé.

Promouvoir le dialogue et l'alignement des objectifs entre les ministères des finances, de la planification et de la santé

Dans le cadre de l'exercice d'évaluation des besoins liés aux OMD, le ministère de la santé publique et de la population a mobilisé tous ses directeurs et fonctionnaires techniques concernés afin qu'ils participent à trois groupes de travail destinés à entamer l'évaluation des besoins. Ces groupes de travail ont défini l'objectif de l'exercice OMD, ses rapports avec les processus et dispositifs nationaux, les grandes stratégies, les principales interventions sanitaires, et les limitations du système de santé qui justifiaient un investissement. On peut voir là une réponse du ministère de la santé publique et de la population au besoin d'une prise en main politique résolue de la coordination entre le ministère, les gouvernorats et les partenaires multilatéraux et bilatéraux, ainsi qu'avec le secteur privé, autour d'un ensemble commun d'indicateurs et d'objectifs.

Par ailleurs, il est important que le secteur santé du Yémen soit mieux compris des ministères des finances et de la planification, dans toute la complexité de son organisation et de son financement. Les systèmes de budgétisation et de décaissements sont par exemple largement aux mains du ministère des finances, et ne facilitent pas à l'heure actuelle la planification et les prestations décentralisées que prévoient les stratégies et plans du secteur santé. Un plan d'investissement sanitaire constituera une étape essentielle pour révéler les carences et inefficacités actuelles, et pour intégrer la planification sanitaire à la planification du développement dans son ensemble.

²³ Le groupe de travail technique en santé et population a ensuite été subdivisé en trois thèmes : maladies transmissibles (VIH/SIDA, tuberculose et paludisme); santé de l'enfant, de la mère et de la famille; systèmes de santé. Ce dernier est parvenu à un résultat important en rassemblant pour la première fois les différents services impliqués dans le développement des systèmes de santé au sein du ministère de la santé publique et de la population.

Créer des mécanismes de coordination intersectorielle

La collaboration interministérielle concernant les questions et stratégies d'intérêt commun est faible. Pourtant, les améliorations dans le secteur de la santé dépendent de rapports satisfaisants entre éducation, santé familiale, VIH/SIDA, nutrition, et eau et assainissement, tous facteurs essentiels pour avancer vers la réalisation des OMD sanitaires et liés à la santé (A. Singh, document non publié, 2005).²⁴

L'évaluation des besoins a constitué un support de travail intersectoriel, non seulement entre les différents départements de la santé mais aussi avec d'autres secteurs. L'implication du ministère de la planification dans la coordination de cet exercice entre les divers secteurs a mis en évidence la nécessité de renforcer encore son rôle dans les réformes gouvernementales d'ordre général, telles que la réforme de la fonction publique ou la réforme des finances, aussi bien que dans la mise en œuvre des stratégies entre les différents ministères responsables.

Le coût de l'extension des interventions

L'évaluation des besoins liés aux OMD dans le secteur de la santé et de la population a été présentée par le ministère de la santé publique et de la population comme une feuille de route pour son action de développement au cours des dix prochaines années. Le plan apporte une vision, complétée d'un guide pratique qui détaille les investissements nécessaires à la réalisation des OMD liés à la santé au Yémen d'ici à 2015.

Pour chiffrer le coût des OMD liés à la santé, le groupe de travail en santé et population a suivi une approche en trois étapes. Il en a d'abord déterminé les interventions et cibles prioritaires (fin décembre 2004). Ensuite, il a estimé les coûts de cet ensemble de services, y compris ceux du renforcement du système de santé.²⁵ Il a enfin intégré ces coûts sanitaires à l'évaluation globale des besoins du Yémen.

Dans un deuxième temps, en juin 2005, le ministère de la santé publique et de la population a élaboré un plan à moyen terme du secteur santé (2006-2010), à intégrer au plan gouvernemental à cinq ans de réduction de la pauvreté et de développement (35). Cependant, en l'absence d'une stratégie financière et compte tenu du flou de l'enveloppe prévue, le ministère a dû envisager pour le Yémen des cibles hors-OMD dans son plan de développement à cinq ans.

Au cours de ce processus, le ministère a défini des priorités nationales qui conservaient les OMD et la stratégie de réduction de la pauvreté comme principes directeurs. Ces priorités portaient sur les ressources humaines, l'information sanitaire, la santé de la mère et de l'enfant, les maladies cibles (notamment celles qui sont évitables par vaccination), la sécurité sanguine, les services médicaux d'urgence, et l'éducation et la promotion sanitaires.

L'accent mis sur les OMD liés à la santé dans la composante sanitaire du plan national de développement du Yémen est pertinent, dans la mesure où ces objectifs recouvrent une grande part de la charge pathologique. En revanche, le chiffrage des coûts devrait aller au-delà des OMD liés à la santé pour refléter la charge des maladies non transmissibles, ainsi que les traumatismes et la prévention des violences.

L'équipe a entamé ses travaux à l'aide des modèles du projet du Millénaire. Il a été estimé que les modèles prévus par le projet du Millénaire pour chiffrer les coûts des OMD présentaient des lacunes, car ils étaient construits d'après des modèles déjà existants (par exemple le programme de maternité sûre de l'OMS) et ne prévoyaient pas de composantes pour les systèmes de santé.

²⁴ Singh A. *Health and poverty component of the national health policy and five year plan*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, document non publié, 2005.

²⁵ Les modèles d'établissement des coûts des OMD liés à la santé au Yémen ont été développés, en janvier 2005, pour servir de base à l'exercice de chiffrage. Il s'agissait d'un apport d'assistance technique de l'OMS, en coordination avec les composantes de programmes majeures des OMD. Après que des renseignements sur les principaux postes de coûts les profils et que des maladies aient été rassemblés en étroite collaboration avec le ministère de la santé publique et de la population, ce chiffrage des coûts s'est achevé en mars 2005.

On a sélectionné et chiffré un certain nombre d'interventions performantes visant à :

- réduire des deux tiers la mortalité des moins de cinq ans (actuellement de 101,9/100 000);
- réduire des trois quarts la mortalité maternelle (actuellement de 361/100 000);
- combattre le paludisme et la tuberculose;
- stopper la propagation du VIH/SIDA;
- assurer un accès aux médicaments à des prix abordables en 2015.

Les besoins de développement des systèmes de santé ont également été inclus dans le calcul : information et recherche en matière de santé, gestion, suivi et évaluation, ressources humaines, infrastructures prioritaires. Les limites en ont été décrites, concernant les sources de données, les capacités et les méthodes.

La définition et le calcul des interventions prioritaires, des infrastructures et des systèmes de santé (2006-2015) aboutit aux estimations de coûts suivantes (35), dans l'hypothèse d'un scénario d'accélération maximale avec une couverture de 100% en 2010 pour atteindre les OMD, sans inflation (voir Tableau 5) :

Tableau 5 Estimation du coût des interventions prioritaires au Yémen

Intervention/ poste	Coûts totaux (2006–2015) (US\$ millions)	Coût moyen par habitant et par an (US\$)
Couverture à 100% dans six domaines d'intervention en santé maternelle ^a	756	2,83
Couverture à 100% de la santé infanto-juvénile (moins de 5 ans) pour la vaccination et huit autres interventions contre des affections qui provoquent 80% des décès de l'enfant (PCIMI et autres) ^b aux niveaux des centres de santé et des hôpitaux	1 325	4,91
Réduction de 50% de l'incidence du paludisme par moustiquaires traitées à l'insecticide, traitement du paludisme et lutte contre les vecteurs	621	2,28
Couverture à 100% en traitements contre la tuberculose (DOTS)	93	0,34
Interventions contre le VIH/SIDA : prévention, antirétroviraux et traitement des infections opportunistes	364	1,32
Établissements de santé (constructions, modernisations, entretien)	1 571	6,22
Personnel (salaires et formation)	5 887	22
Renforcement du système (gestion, suivi et évaluation, système d'information sanitaire, demande communautaire)	3 517	13,23
Total général (2006-2015)	14 134	53,52
^a Planification familiale, soins prénatals et à l'accouchement, prise en charge des complications obstétriques, autres complications maternelles, interventions néonatales, prise en charge des infections sexuellement transmissibles.		
^b Enfants de plus de deux mois : infection respiratoire aiguë, diarrhée, fièvre (paludisme probable dans plus de 60% des cas), troubles de l'oreille, malnutrition, anémie. Enfants de moins de deux mois : diarrhée, infections bactériennes et troubles alimentaires/faible poids.		
Source: D'après Health and Population Technical Committee et Health and Population Thematic Group, Ministère de la santé publique et de la population du Yémen, 2005 (35).		

Ce calcul de coûts, fondé sur une réalisation des OMD en 2015, s'est achevé en mars 2005 après un processus itératif qui a conclu à un besoin d'investissement moyen par habitant de US\$ 53. Ce chiffre est proche des premières estimations de la CMS (US\$ 40) et d'estimations plus récentes de l'OMS (US\$ 60), qui incluaient les coûts liés aux systèmes de santé. Il convient néanmoins de considérer ce chiffrage comme très approximatif, en raison de la disponibilité et de la qualité très limitées des données

épidémiologiques²⁶ et des informations de gestion sanitaire. Compte tenu des investissements massifs qui restent nécessaires tant pour le développement des programmes que pour celui des systèmes de santé, l'investissement moyen requis par habitant pourrait même s'avérer plus important que ne l'indique le chiffre issu des estimations.

Pour 2006, on estime à US\$ 923 millions les coûts totaux d'une extension dans le sens des OMD. Ces coûts annuels totaux devraient s'accroître chaque année, pour atteindre US\$ 1 679 millions en 2015. L'estimation pour 2006 est beaucoup plus élevée que les dépenses sanitaires du ministère de la santé publique et de la population en 2003 (US\$ 174 millions) (35). Elle est aussi plus élevée que les dépenses de santé totales en 2003 (US\$ 580 millions²⁷), qui comprennent les financements privés et extrabudgétaires de tout le secteur santé. Toutefois, en raison des lacunes du modèle prévu par le projet du Millénaire, il n'a été tenu compte ni des économies dérivant des synergies, tant à l'intérieur du secteur santé qu'entre les secteurs, ni d'une évaluation des besoins axée sur la pauvreté.

Si l'on considère les restrictions actuelles sur les financements disponibles et les diverses contraintes qui pèsent sur les systèmes de santé - notamment au niveau des districts -, telles que le manque de ressources humaines, le manque de données sanitaires et financières ventilées et la faiblesse de la couverture en établissements de santé, le scénario d'une extension dans le sens des OMD paraît clairement ambitieux, même avec une planification soigneusement échelonnée. Cependant, si ce scénario a permis d'établir une première estimation des investissements nécessaires à la réalisation des OMD au Yémen en vue de la fixation ultérieure d'objectifs à long terme et servant d'argument de sensibilisation, il était également conçu comme apport à un processus plus élaboré de planification et de budgétisation, à savoir la vision stratégique du Yémen à 10 ans et le plan national de réduction de la pauvreté et de développement à cinq ans.

Stratégies futures

À la prochaine étape, il sera important que le ministère de la santé publique et de la population et ses partenaires du développement se consacrent à un ensemble d'interventions essentielles qui puissent se dérouler de façon réaliste. Ces interventions devront tenir compte des infrastructures et des financements actuels, et prévoir de planifier avec soin le développement des systèmes de santé.

En conséquence, le ministère entreprend aujourd'hui de calculer les coûts de la composante sanitaire du plan national à cinq ans de réduction de la pauvreté et de développement. Ce calcul impliquera d'adapter le chiffrage des OMD à des scénarios plus réalistes, aussi bien quant à la réalisation au niveau des districts des interventions envisagées, que dans la fixation des objectifs.

Par la suite, la coopération internationale devra se laisser persuader d'accroître ses financements sous forme de pots communs et d'appui budgétaire général. Pour garantir une utilisation adéquate des fonds, elle devrait renforcer son appui institutionnel au ministère de la santé publique et de la population, afin qu'il puisse assumer son rôle moteur dans l'alignement des aides sur les priorités et s'attaquer dans les années à venir au développement d'une part importante des systèmes de santé.

En consolidant les analyses des divers secteurs, on pourra en outre s'assurer que toutes les interventions identifiées lors de l'évaluation des besoins soient affectées au secteur approprié, et d'éviter les doubles emplois. Il conviendra enfin d'harmoniser les hypothèses des différents exercices de chiffrage, concernant par exemple l'inflation ou les salaires de la fonction publique.

26 Une forte sous-notification caractérise encore le paludisme, la tuberculose et le VIH/SIDA. En conséquence, les besoins des populations sont calculés sur la base des estimations de l'OMS utilisées par les programmes de santé au Yémen.

27 Calcul basé sur a) les dépenses gouvernementales de santé, de US\$ 174 millions en 2003; b) l'information selon laquelle "les dépenses gouvernementales représentaient 30% des dépenses totales d'après les comptes nationaux de la santé du Yémen 2000" *Public Expenditure Review: Health Sector, Republic of Yemen 1999-2003*. Document non publié, 2005 et c) les comptes nationaux de la santé 2002.



Chapitre 3 L'orientation des choix d'investissement et les politiques qui en découlent

Les expériences menées à ce jour par les pays en matière de suivi de la CMS témoignent clairement de l'absence d'une méthodologie unique s'adaptant à toutes les situations. Les progrès accomplis comme les difficultés rencontrées ont été fonction du calendrier politique du moment et de la situation sociale de chaque pays, ainsi que des ressources techniques utilisables pour la planification et l'analyse. Mais on a vu apparaître un certain nombre de traits constants en matière de sensibilisation et de planification, permettant d'élaborer une stratégie d'investissement sanitaire.

On présentera dans ce chapitre **certaines** des questions qui ont été soulevées et traitées dans les pays au cours de leurs activités en macroéconomie et santé, et qui figurent dans les rapports nationaux, en relation avec chacun des trois domaines d'action des CNMS. Les "politiques qui en découlent" ont été déduites de la pratique des pays dans la résolution de ces problèmes. C'est en suivant ces implications politiques que les décideurs publics et les planificateurs, comme les partenaires du développement, pourront concentrer leur action et renforcer la capacité des pays à prendre des décisions qui auront pour conséquence d'améliorer l'efficacité et le coût de la planification et de la gestion des ressources sanitaires.

Renforcer le soutien politique à la hausse des investissements sanitaires et au positionnement de la santé dans les processus de développement

Présenter des éléments probants à propos des relations entre santé et développement

La description systématique des effets des investissements sanitaires est un outil important pour convaincre les décideurs du fait que les très faibles allocations consenties au secteur de la santé ne correspondent pas à sa contribution au développement général du pays.

Renforcer les processus de développement

Les budgets annuels et à moyen terme devraient être alignés sur les priorités définies et tirer le meilleur parti possible des ressources disponibles. Pour prendre un exemple concret, les composantes sanitaires des DSRP sont le plus souvent faibles; ils tendent à présenter des "vœux pieux" mal hiérarchisés, manquent d'un échelonnement dans le temps permettant d'en assurer la durabilité, et sont déconnectés des budgets nationaux (15).

Questions nationales	Implications pour les politiques
<p>Communauté des Caraïbes - Présenter des données sur les rapports entre santé et développement</p> <p>La Commission caraïbe pour la santé et le développement (CCHD) a été créée pour aider les pays membres de la Communauté et du Marché commun des Caraïbes (CARICOM) à structurer leurs programmes de santé et de développement. Cette assistance a pris la forme d'une évaluation des déterminants de la santé, associée à des études particulières sur la charge et le coût de certaines maladies. Ces études fournissent une évaluation des retours sur investissements globaux dans des domaines comme les investissements étrangers</p>	<p>Positionner la santé dans le développement</p> <p>Par cet exercice, le ministère de la santé a pour but de conférer à la santé une place plus centrale dans la planification du développement, et d'accroître les allocations financières consacrées à la santé dans le budget national. L'intégration d'objectifs sanitaires dans les stratégies de réduction de la pauvreté et dans les budgets annuels et à moyen terme se fonde sur un exercice de planification global et sur l'élaboration d'un plan d'investissement sanitaire. À cette fin, les activités en macroéconomie et santé se sont concentrées sur les points suivants :</p>

directs, le tourisme et le commerce, qui pourraient être attendus d'une stratégie d'investissement sanitaire à long terme et des conséquences économiques et sociales des transitions épidémiologique et démographique de la région. Une recherche à base locale est mise à profit pour convaincre les hauts responsables gouvernementaux de la nécessité d'accroître les investissements sanitaires en ciblant les groupes les plus vulnérables.

Ghana - Renforcer les processus de développement

La mise en œuvre des recommandations de l'Initiative en macroéconomie et santé du Ghana (GMHI) dépend en grande partie d'une collaboration intersectorielle regroupant les principaux acteurs de la santé et d'autres secteurs. L'idée maîtresse de la GMHI consiste à harmoniser un certain nombre de priorités sanitaires de la stratégie ghanéenne de réduction de la pauvreté et à établir une stratégie pluriannuelle visant à étendre la couverture en services de santé essentiels.

Grâce à sa composition plurisectorielle, la GMHI a pu s'assurer une cohérence et un alignement avec les autres activités de planification en cours. Son rapport, conçu pour apporter des éléments à la GPRS et au programme de travail du ministère de la santé pour 2007-2011, s'appuie sur les instances et instruments de planification en rapport (SWAp, CDMT et programmes de travail antérieurs).

Yémen - Promouvoir le dialogue et aligner les objectifs entre les ministères des finances, de la planification et de la santé

Pour entamer l'exercice d'évaluation des besoins liés aux OMD, le ministère de la santé publique et de la population a mobilisé tous ses directeurs et fonctionnaires techniques concernés afin qu'ils participent à trois groupes de travail. Ces groupes de travail ont défini l'objectif de l'exercice OMD, ses rapports avec les processus et dispositifs nationaux, les grandes stratégies, les principales interventions sanitaires, et les limitations du système de santé qui justifiaient un investissement. On peut voir là une réponse du ministère de la santé publique et de la population au besoin d'une prise en main politique résolue de la coordination entre le ministère, les gouvernorats et les partenaires multilatéraux et bilatéraux, ainsi qu'avec le secteur privé, autour d'un ensemble commun d'indicateurs et d'objectifs.

- **Sensibilisation** : Renforcer les possibilités pour le ministre de la santé de négocier avec le ministère des finances une augmentation des ressources consacrées au secteur santé, en appuyant ces demandes sur un plan d'utilisation des fonds.
- **Planification conjointe** : Créer une instance de coordination et de construction de consensus entre secteurs interdépendants (avec les apports des échelons périphériques) et partenaires tels que les institutions des Nations Unies, les donateurs et la société civile. Compatible avec la notion de "Groupe stratégique OMD" du Projet du Millénaire.
- **Rassemblement des données** : Le ministère de la santé joue un rôle important dans le transfert des connaissances du secteur, en soulignant les coûts économiques des principaux problèmes de santé qui affectent le pays et les avantages économiques qui résulteraient d'un accroissement de l'investissement sanitaire.
- **Plans d'investissement** : Élaborer des stratégies globales du secteur santé qui présentent la possibilité d'associer les dépenses de santé prioritaires aux prélèvements à moyen terme sur les ressources budgétaires (par exemple, en agissant par l'intermédiaire de Cadres de dépenses à moyen terme).

Mettre en place des stratégies et systèmes d'ensemble qui prennent mieux en compte la santé des plus défavorisés

Établir des priorités pour l'allocation des ressources

Bien des pays manquent d'informations concernant les principaux problèmes de santé, les déterminants de la santé et les groupes les plus touchés, ce qui interdit d'affecter efficacement les ressources sanitaires. Peu de pays possèdent des cibles spécifiques, et les indicateurs de performance reflètent souvent davantage la disponibilité des données locales que le résultat d'un exercice préalable de hiérarchisation et d'une appréciation réaliste de ce qui peut être accompli sur une période donnée.

Choisir et chiffrer les interventions

La difficulté consiste ici à constituer le "panier" d'interventions sanitaires et liées à la santé qui seront réalisées. La définition des interventions peut prendre en compte l'efficacité des investissements par rapport à leur coût, ainsi que leur effet sur la réduction des inégalités sanitaires, ou les priorités nationales préalablement établies. Ces investissements comprendront tant les coûts des interventions que les investissements complémentaires dans le système de santé qui permettront d'effectuer ces interventions, notamment dans les régions pauvres ou reculées.

Porter à un niveau optimal les effectifs et la qualité des personnels de santé

La difficulté de constituer et de maintenir un effectif sanitaire suffisant en quantité et en qualité s'est fortement accrue ces dernières années, en raison de l'aggravation de la fuite des cerveaux et de la pandémie de VIH/SIDA. Ceux des personnels de santé qui restent dans les pays en développement font souvent face à des rémunérations faibles, à peu de possibilités de formation, et à une insuffisance de moyens de travail.

Cibler les populations rurales et défavorisées

De nombreux obstacles s'opposent à l'accès des populations défavorisées et vulnérables aux services de santé. Ces obstacles pourraient être associés à une faible demande de services sanitaires, due au manque d'information concernant les problèmes de santé, au coût élevé des soins, à l'absence de moyens de transport pour se rendre sur les lieux de prestations, au manque de confiance envers les soignants, ou à la crainte de la stigmatisation. De nombreux pays à revenu intermédiaire concentrent actuellement leur action sur la réduction des poches de pauvreté.

Financer la santé des plus défavorisés

Le coût de la santé constitue l'un des principaux obstacles à son accès. Les dépenses qu'ils supportent directement appauvrissent les individus et les familles, sans couverture suffisante, couverture que permettrait une augmentation des dépenses publiques ou des régimes de financement efficaces.

Agir avec les organisations de la société civile et le secteur privé

L'une des variables essentielles pour permettre l'accès des plus défavorisés aux services de santé publique tient à la présence de communautés organisées, qui soient en mesure d'assurer une information, une sensibilisation et une prestation de services, ainsi que d'un secteur privé réglementé et de haute qualité.

Questions nationales	Implications pour les politiques
<p>Inde - fixer des priorités</p> <p>La CNMS indienne a entrepris une analyse causale exhaustive qui a permis de définir un ensemble d'affections prioritaires représentant 80% de la mortalité en Inde. Trois critères ont présidé au choix de ces priorités :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ affection touchant de façon disproportionnée les plus défavorisés; ■ probabilité que l'affection constitue une 	<p>Analyse et planification - le plan d'investissement</p> <p>Renforcer la capacité nationale d'exécuter toutes les composantes de la planification globale du secteur santé, et notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ évaluation des besoins ■ instance de construction de consensus destinée à fixer les objectifs ■ détermination d'un ensemble d'interventions de base en fonction du profil du pays

lourde charge dans les prochaines années en l'absence d'interventions;

- possibilité que la maladie mette en grande difficulté financière de vastes populations.

Cet ensemble d'affections prioritaires a été assorti d'interventions essentielles considérées à la fois comme techniquement efficaces pour réduire la charge des maladies et comme efficaces par rapport à leur coût.

Yémen - entreprendre un chiffrage des coûts basé sur les besoins

D'août 2004 à juin 2005, le Yémen a formulé des stratégies fondées sur les OMD et mis au point le chiffrage de ces stratégies pour l'intégrer à la politique nationale à long terme (2006-2015) et au plan à moyen terme du secteur santé (2006-2010), en cours de rédaction finale. On a constaté qu'il était crucial de lier les exercices de planification d'origine internationale (Projet du Millénaire des Nations Unies) à la planification nationale du secteur santé, afin d'éviter les doubles emplois entre les ministères et de répondre aux besoins d'appui technique et financier en matière de planification nationale.

Chine - cibler les populations rurales et défavorisées

En Chine, les travaux en macroéconomie et santé se sont concentrés sur la collecte et la présentation de données montrant la nécessité de renforcer le rôle du gouvernement pour assurer à la population des soins abordables et de qualité. La Chine n'a pas créé une commission nationale en macroéconomie et santé, mais elle s'attache depuis quelques années à comprendre les effets de la santé sur la croissance économique, et à quantifier et formuler les difficultés de la lutte contre les inégalités et la pauvreté. La recherche s'est focalisée sur les obstacles financiers aux soins et l'inéquité de l'allocation des ressources. Les progrès du secteur santé ont été inégaux, avec de fortes disparités sous presque tous les aspects, étroitement liés aux inégalités de revenus entre zones urbaines et rurales, entre régions, et entre classes de revenu.

Communauté des Caraïbes - optimiser les effectifs et la qualité des personnels de santé

- évaluation des ressources disponibles et des capacités d'exécution
- chiffrage de la mise en œuvre des interventions en fonction des scénarios visés
- définition des options financières pour résoudre les déficits de ressources (publiques, extérieures, partage des risques)
- élaboration d'une stratégie pour la mise en œuvre échelonnée du plan d'investissement
- suivi et évaluation des résultats par la surveillance des flux financiers affectés aux provinces et districts, aux dépenses récurrentes en capital, et aux populations cibles.

Déterminer les populations cibles

Améliorer la capacité de recueillir des données ventilées, basées sur le revenu, concernant les poches de pauvreté rurales et urbaines et les modes d'accès et de paiement.

Maximiser l'aptitude à utiliser les outils existants

De nombreux outils sont en cours d'élaboration ou sont déjà disponibles par l'intermédiaire de l'OMS et d'autres organisations. Leur incorporation aux processus d'analyse et de planification du pays pourrait être optimisée en améliorant l'intégration des partenariats techniques entre organisations de développement et personnel technique national. Dans plusieurs pays, les CNMS se sont efforcées de coordonner l'utilisation des outils existants dans l'élaboration d'une stratégie d'investissement ou pour engager des études d'identification des manques. Parmi les outils fréquemment évoqués par les pays, on peut mentionner : les études du secteur santé; les protocoles d'évaluation des besoins; les examens des dépenses de santé publique; des instruments d'évaluation des coûts qui soient fondés sur les besoins et adaptés à un ensemble d'interventions, et tiennent compte des composantes du secteur santé (voir à l'Encadré 9 la description d'un instrument OMS de calcul des coûts répondant à ces besoins, dérivé d'outils OMS existants ou en cours d'élaboration de chiffrage des maladies dans les domaines de la tuberculose, du VIH/SIDA, du paludisme, de la santé maternelle, de la santé de l'enfant et de la vaccination); les comptes nationaux de la santé; et le Réseau de métrologie sanitaire.

Un autre problème souligné par le rapport de la Commission caraïbe, qui aura un effet régional, est celui de la gestion des ressources humaines. Ce rapport mentionne un taux de vacance des seuls postes infirmiers de 35%, la perte financière s'élevant pour les États à US\$ 16,7 millions en termes de formation de base. Les ministres de la santé de la région ont d'ores et déjà adopté un programme de "gestion de l'émigration". La Commission recommande de déterminer dans quelle mesure le commerce des services infirmiers et l'émigration permanente des personnels sont symptomatiques de distorsions plus profondes dans le secteur santé et la situation socio-économique générale.

Mexique - une protection financière pour les populations défavorisées

La Commission mexicaine en macroéconomie et santé plaide en faveur d'un système d'assurance santé universelle, option la mieux adaptée pour garantir l'équité et l'efficacité du système de santé. Plus de la moitié des habitants ne possèdent aucune assurance santé. Bien que le système de santé prévoie des programmes et plans d'assurance publique en faveur de ceux qui n'ont pas accès à la sécurité sociale, leur couverture est limitée et, pour l'essentiel, seuls les services de base sont proposés. La CNMS expose la réussite du programme Oportunidades, qui effectue des transferts monétaires directs pour faciliter la prestation de services sanitaires et éducatifs aux plus défavorisés.

Inde - promouvoir la collaboration public-privé et la participation des communautés

La CNMS a établi que les tentatives de collaboration public-privé se sont avérées "théoriques, sporadiques, hétéroclites et hasardeuses", et non pas intégrées en une stratégie globale visant des objectifs sanitaires nationaux. Les ONG en revanche ont su apporter des soins de qualité acceptable pour un faible coût aux patients défavorisés. Toutefois, leurs actions sont restées éparpillées et isolées. La Commission note que les ONG et les organisations à base communautaire peuvent exercer une influence positive sur

Définir les résultats opérationnels du point de vue du suivi et de l'évaluation

Élaborer un jeu d'indicateurs permettant de suivre les progrès dans la gestion des ressources par rapport à des objectifs nationalement établis. L'évolution de l'état de santé ne donne pas à elle seule d'indications satisfaisantes, en termes de délais et de sensibilité. Il est nécessaire d'élaborer des indicateurs chiffrés pouvant être examinés à intervalles réguliers à des fins de planification et de budget. Ces indicateurs devraient présenter entre autres les caractères suivants :

- mettre en évidence non seulement les montants financiers qui vont aux divers niveaux des soins, mais aussi la répartition géographique de ces fonds;
- être sensibles aux changements de politiques, en tenant compte non seulement des dépenses réelles (dont les délais d'obtention sont importants) mais aussi des données plus récentes concernant les montants budgétisés pour la santé;
- puiser à différents types de sources de données, tels que des enquêtes, pour apprécier si un accroissement des financements a effectivement débouché sur un meilleur accès aux services de santé pour une catégorie donnée de la population;
- favoriser la transparence des gouvernements et des donateurs en matière d'affectation de fonds à la santé conformément à leurs objectifs.

Engagement intersectoriel

Créer une instance de coordination au niveau technique permettant une planification conjointe et la construction de consensus entre secteurs interdépendants. La coordination comportera diverses facettes afin de couvrir toutes les composantes de la planification, et devra comprendre un dispositif par lequel les planificateurs des différents secteurs pourront partager leurs connaissances et données et parvenir à un consensus sur les investissements nécessaires, notamment par le renforcement des services de planification du ministère de la santé.

Ressources humaines

Déterminer quelles mesures seront efficaces pour fidéliser les personnels de santé, et adresser des

l'accès, l'équité et la qualité des services de soins dans les zones rurales et reculées.

Le rapport de la CNMS en appelle notamment aux associations de la société civile pour "démédicaliser, démocratiser et décentraliser les prestations de soins en amenant une population plus large à en partager les pouvoirs, responsabilités et fonctions". Pour atteindre cet objectif ambitieux, la CNMS préconise que le système de santé primaire soit "intégré à la communauté", à l'aide de nouvelles structures institutionnelles.

Cambodge - organisation et engagement des organisations de la société civile

Le Cambodge connaît une participation importante et formalisée des organisations de la société civile et des organisations non gouvernementales au processus national de développement, qui comprend un forum national des organisations non gouvernementales locales et internationales plaçant pour le compte de ces acteurs sur des sujets comme la stratégie nationale de réduction de la pauvreté. MediCam, organisation à but non lucratif qui regroupe plus de 100 ONG, qui a servi notamment d'interface principale entre les organisations de la société civile (OSC) et le gouvernement dans le processus de macroéconomie et santé. Ces activités ont porté sur la préparation d'un document de positions sur l'implication des OSC dans le processus, ainsi que différentes activités de sensibilisation visant à assurer l'information et le consensus parmi les OSC du secteur santé cambodgien. MediCam, ainsi que Care Cambodge, a en outre contribué à faire introduire une composante OSC dans le programme national de recherches.

propositions précises au ministère des finances et au gouvernement. La responsabilité du ministère de la santé consiste à assurer au système de prestations de soins le meilleur personnel possible, compte tenu des ressources affectées au ministère et des problèmes sanitaires prioritaires du pays.

Transfert et gestion des fonds affectés à la périphérie

Améliorer le transfert des fonds destinés à la santé, du centre au niveau de la prestation de services, pour toucher les populations rurales défavorisées. Les fuites de fonds sont en effet courantes à divers niveaux, de même que les retards dans leur transmission à la périphérie. Il convient en outre d'améliorer les capacités des districts à gérer des fonds et à exécuter des plans sanitaires conformément aux priorités nationales. Il est absolument essentiel de renforcer les capacités de gestion aux échelons inférieurs.

Protection financière

On s'appuiera sur la réflexion constante de l'OMS et d'autres organisations concernant l'élaboration de stratégies financières, afin de limiter les dépenses directement supportées par les ménages, notamment les plus défavorisés, pour les services essentiels. Le plus souvent, cela impliquera d'augmenter les dépenses publiques de santé.

Améliorer l'implication des organisations de la société civile et du secteur privé

Leur représentation au sein des CNMS dans plusieurs pays a illustré l'importance d'étendre les actions menées en collaboration avec les secteurs civil et privé dans les domaines de la planification, de l'obtention d'un soutien politique, de la recherche participative et de l'amélioration de l'accès pour les groupes les plus vulnérables. Ce point suppose de créer les instances de cette implication, de partager les données nécessaires et de renforcer les capacités à régir la qualité des soins. Les OSC ont tissé des liens étroits avec les communautés, et dans les pays en développement une proportion importante des défavorisés s'adressent au secteur privé pour se faire soigner.

Accroître l'efficacité de l'aide au développement pour la santé

Augmenter les financements pour atteindre les objectifs dans les pays à faible revenu

Bien que les récents engagements pris en matière d'accroissement de l'aide soient encourageants, ils demeurent très en deçà des estimations des montants nécessaires au niveau mondial pour atteindre les OMD. En outre, le risque existe que d'importants engagements en faveur des programmes verticaux ne privent le système de santé dans son ensemble de personnel et de ressources.

Aligner l'aide au développement sur les plans et budgets nationaux

Les donateurs pourraient agir plus résolument afin de soutenir la préparation et l'exécution du plan macroéconomique à long terme et d'intégrer leurs projets et programmes aux stratégies et budgets des pays, et notamment aux cadres de dépenses à moyen terme. Les débats portent sur les enjeux suivants :

- distorsion des priorités des pays;
- permanence et prévisibilité;
- dispositions parallèles et structures d'exécution;
- financement des coûts récurrents.

Harmoniser les procédures des donateurs

La multiplicité et le manque de coordination des activités obèrent la capacité des gouvernements à gérer l'aide au développement, et engendrent par là d'importants coûts de transaction, de négociation et d'administration. Des conclusions récentes issues d'études nationales indiquent que "les pays sont toujours confrontés au problème de coordonner un grand nombre de donateurs qui acheminent leur assistance par des voies multiples" (M. Foster, document non publié, 2004).²⁸

Questions nationales	Implications pour les politiques
<p>Yémen - Maintenir la maîtrise gouvernementale de l'aide internationale au développement Conscient des limites de ses capacités institutionnelles et de la nécessité d'une aide internationale pour atteindre les OMD sanitaires et liés à la santé, le ministère de la santé publique et de la population, associé à ses partenaires intéressés, a contribué à un plan stratégique d'ensemble pour le développement général. Étape essentielle pour aligner les politiques sur les OMD, le gouvernement a lancé un processus d'évaluation des besoins liés aux OMD, comme le préconisait en août 2004 le projet du Millénaire. Les plans d'investissement sectoriels qui en ont résulté ont été consolidés en un plan national, sous l'égide du ministère de la planification et de la coopération internationale et avec l'assistance technique de l'équipe des Nations Unies dans le pays et des institutions spécialisées (34). L'initiative du Yémen consistant à tirer profit du processus de la CMS est venue appuyer l'évaluation des besoins liés aux OMD et le chiffrage des stratégies sanitaires, tout en offrant la possibilité de coordonner ces travaux.</p>	<p>Suivre les flux financiers et les objectifs Rassembler des données de meilleure qualité dans de meilleurs délais à propos des flux d'aide extérieure au secteur santé. Ce suivi devra comprendre les fonds qui ne transitent pas par le Trésor ("hors budget"). Les données actuellement disponibles sont insuffisantes pour surveiller l'alignement de ces flux sur les priorités nationales et leurs effets sur le fonctionnement du système de santé.</p>
<p>Rwanda - Créer des instances de coordination entre donateurs Plusieurs réunions des partenaires du</p>	<p>Alignement sur les priorités sectorielles nationales Créer des dispositifs ou renforcer ceux qui existent (approches sectorielles par exemple), facilitant la transmission des fonds extérieurs selon les priorités et stratégies nationales, tout en tenant compte des besoins des donateurs en matière de suivi des résultats et de transparence.</p> <p>Le dispositif des approches sectorielles (SWAp) n'a pas permis de surmonter tous les problèmes concernant les relations entre donateurs et bénéficiaires. Bien que focalisée sur le secteur santé, la planification SWAp n'en est pas pour autant automatiquement liée au processus</p>

28 Foster M., *op. cit.*

développement ont mis en évidence la nécessité d'établir des mécanismes permettant de coordonner les interventions du gouvernement et de ses partenaires, afin d'en accroître l'efficacité, d'éviter les doubles emplois et de renforcer l'approche intersectorielle du développement. C'est pourquoi ont été créés plusieurs organes de coordination :

- Le groupe de coordination des partenaires du développement (GCPD) a été mis en place en novembre 2002, sous la forme d'une instance de coordination de l'aide internationale, chargée d'harmoniser les programmes de développement en vue d'éviter les doubles emplois et de suivre la mise en œuvre du DSRP. Il est appuyé par deux groupes techniques consultatifs : le groupe d'harmonisation et d'alignement au Rwanda des programmes et projets, et le groupe d'harmonisation et d'appui au budget.
- Huit groupes sectoriels ont été institués, dont un groupe santé, afin de débattre des questions de coordination concernant un secteur précis. Chacun d'entre eux fournit des conseils pour améliorer la coordination de l'aide des donateurs, conformément à l'approche sectorielle (SWAp). Le groupe santé s'est montré très actif depuis la fin de 2004. Il se réunit deux fois par mois sous la présidence du secrétaire général du ministère de la santé, la coopération technique belge (CTB) en assurant le secrétariat. Le rôle général du groupe santé consiste à coordonner les interventions des partenaires.

Ghana - Exploiter le plan d'investissement pour solliciter des financements supplémentaires

Les conclusions de la GMHI sont actuellement utilisées par le système des Nations Unies comme élément d'évaluation de la composante santé du Projet du Millénaire au Ghana. Le rapport sert aussi de référence dans la préparation d'une proposition au Millennium Challenge Account des États-Unis, qui en fin 2005 mettait US\$ 1 milliard à la disposition de 16 pays pilotes. Il sera en outre utilisé dans le cadre de réunions avec les donateurs afin de discuter de leur concours au Plan d'investissement sanitaire et de leur appui au pays pour accélérer sa marche vers les OMD liés à la santé, notamment sous l'angle financier. Il servira enfin lors des débats sur la part revenant à la santé dans le récent allègement de US\$ 4 milliards consenti sur la dette du pays.

budgétaire du ministère des finances, et ne produit guère de bases factuelles locales permettant de prendre des décisions d'affectation de ressources entre différentes options d'investissement sanitaire. En outre, les SWAp ne traitent ni de la durabilité ni de la prévisibilité à long terme des régimes de financement.

Appui budgétaire

Il existe un champ d'action pour les donateurs dans le domaine d'un appui budgétaire durable et d'un financement des coûts récurrents, ressources humaines comprises, afin de renforcer la capacité institutionnelle nationale à fournir des biens publics pour la santé.

Références

1. *Investir davantage en faveur de la santé des plus démunis - Deuxième consultation sur le thème macroéconomie et santé*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003. (http://www.who.int/macrohealth/events/health_for_poor/oc_report/en/index.html, acc. 14 mars 2006)
2. *India National Health Policy, 2002*. Ministry of Health and Family Welfare, Gouvernement indien, 2002 (<http://mohfw.nic.in/np2002.htm>, acc. 10 octobre 2005).
3. [Anonyme]. Cabinet approval for health care budget to be doubled. *The Sunday Times* (Sri Lanka), 29 novembre 2004.
4. Toonen, J. 2004. *Country case study Senegal: Towards pro-poor health planning in the context of macroeconomics and health*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2004. (<http://www.who.int/macrohealth/action/update/Country%20CaseStudy%20Senegal.pdf>, acc. 14 mars 2006).
5. [Anonyme]. Foreign aid: Those stingy Americans, *The Economist* (Royaume-Uni), 26 mai 2005.
6. [Anonyme]. Agreeing on Africa, up to a point, *The Economist* (Royaume-Uni), 14 juin 2005.
7. *Macroéconomie et santé : investir dans la santé pour le développement économique. Rapport de la Commission macroéconomie et santé*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2001.
8. *Réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé : rapport de situation*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2004. (http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB115/B115_5-fr.pdf, acc. 14 mars 2006)
9. Baird M, Shetty S. Getting There - How to accelerate progress toward the Millennium Development Goals. *Finance & Development*, 2003, 40(4):14-19.
10. Vandemoortele, J., *Are the MDGs feasible?* New York, Programme des Nations Unies pour le développement, 2002 (<http://www.undp.org/mdg/areMDGsfeasible.pdf>, acc. 29 novembre 2005).
11. Sass, J et al. *Turning promises into progress. Attaining the MDGs in Asia and the Pacific. Paper prepared for the High Level Forum on the Health MDGs in Asia and the Pacific, Tokyo*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2005.
12. Leeder S et al. *A race against time: the challenge of cardiovascular disease in developing economies*. New York, Columbia University, 2004.
13. *Investir dans le développement : Plan pratique pour réaliser les objectifs du Millénaire pour le développement. Rapport principal*. New York, Projet Objectifs du Millénaire des Nations Unies, 2005.
14. *Our Common Interest. Report of the Commission for Africa*. Londres, Commission for Africa, 2005.
15. Dodd R et al. *Poverty reduction strategy papers: their significance for health. Second synthesis report*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2004 (WHO/HDP/PRSP/04.1).
16. *Report of the Caribbean Commission on Health and Development*. Organisation panaméricaine de la Santé et Secrétariat de la Communauté des Caraïbes, 2006.
17. *Rapport sur la santé dans le monde, 2001 - la santé mentale: nouvelle conception, nouveaux espoirs*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2001.
18. *Report of the Ghana Macroeconomics and Health Initiative, Scaling-Up Health Investments for Better Health, Economic Growth and Accelerated Poverty Reduction*. National Development Planning Commission, Gouvernement du Ghana, 2005.
19. *Report of the National Commission on Macroeconomics and Health*. New Delhi, Ministry of Health and Family Welfare, Gouvernement de l'Inde, 2005.
20. *Investing in health for economic development. Executive summary of the Report of the Mexican Commission on Macroeconomics and Health*. Mexico, Ministère de la santé/Universidad de las Américas, 2004..
21. Suhrcke M et al. *The contribution of health to the economy in the European Union*. Bruxelles, Direction générale de la santé et de la protection des consommateurs, 2005 (http://europa.eu.int/comm/health/horiz_publications_en.htm#1, acc. 14 mars 2006).
22. Kahssay HM, Oakley P. *Community involvement in health development. A review of concept and practice*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1999.

23. Robinson M, White G. *The role of civic organizations in the provisions of social services: towards synergy*, Helsinki, World Institute for Development Economics Research, 1997 (No. RFA37).
24. Wolff P, Messner D. *The Millennium Development Goals - thinking beyond the Sachs Report*. Bonn, Institut allemand du développement, 2005 (Briefing Paper 5/2005).
25. *Espace Budgétaire et Viabilité des Dépenses Publiques dans le Secteur de la Santé*. Paris, Forum de haut niveau sur les OMD liés à la Santé, 2005 (http://www.hlfhealthmdgs.org/Documents/Fr_EspaceBudgetaireetViabilitedesDepensesPubliques.pdf, acc. 14 mars 2006).
26. *Cambodia Country Report*. Washington, DC, Fonds monétaire international, 2004 (Rapport n° 04/331).
27. Michaud C. *Flow of donor funds in Cambodia, Indonesia and Sri Lanka: Synthesis of key findings*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2005 (WHO/SDE/CMH/05.2)
28. *Indonesia. Health workforce and services. Updated project implementation document*. Washington, DC, Banque mondiale, 2003 (Rapport n° AB21) (http://www-wds.worldbank.org/servlet/WDSContentServer/WDSP/IB/2003/04/25/000094946_03041504032899/Rendered/PDF/multi0page.pdf, acc. 14 mars 2006).
29. *Report of the mid-year meeting of the Consultative Group on Indonesia*. Djakarta (Indonésie), 2 juin 2004. Djakarta, Banque asiatique de développement, 2004 (<http://www.adb.org/Documents/Reports/Consultative-Grp-Ino.pdf>, accessed 5 August 2005). Assessment Health and Population, April 2005.
30. *Rapport sur la santé dans le monde, 2000 - pour un système de santé plus performant*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2000.
31. Paalman, M. *Towards pro-poor health planning in the context of macroeconomics and health. Country case-study Nepal*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2004 (http://www.who.int/macrohealth/action/update/nepal_country_case_study.pdf, acc. 14 mars 2006).
32. Paalman, M. *Macroeconomics and health Nepal situational analysis*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2004.
33. Currat, L. *National Commission on Macroeconomics and Health: the case of Sri Lanka, first lessons and framework for comparing progress between countries*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2004 (http://www.who.int/macrohealth/action/en/sri_lanka_report.pdf, acc. 14 mars 2006)
34. Weissman E, Abdulqaher Assalahy A, Compernelle P. *Costing the health MDGs in Yemen. Methodology, assumptions and data sources and main results*. Yemen, Projet du Millénaire des Nations Unies, 2005.
35. *Estimating the costs of the health MDGs in Yemen*. Sana'a, Health and Population Technical Committee and Health and Population Thematic Group, Planning and Development Sector, Ministère de la santé publique et de la population, 2005.

Annexe 1

**Profils de quelques pays en
macroéconomie et santé**

CAMBODGE

Estimations démographiques	Année 1993	Année 2004
Population totale (1993 ^a , 2004 ^b)	10 536 000	13 091 000
Croissance démographique annuelle (%) 1998-2004 ^b	–	1,81
Taux de dépendance (%) ^b	101	74
Natalité totale ^b	5,4	3,3
Indicateurs macroéconomiques ^a	Année 1993	Année 2003
PIB (en US\$ courants)	2 478 743 000	4 227 854 000
Taux de croissance du PIB (annuelle, en %)	–	5,2
PIB par habitant, PPA (en \$ internationaux constants, 2000)	1 282	1 963
Endettement total du gouvernement central (% du PIB)	–	–
Balance des paiements courants (% du PIB)	-4,2	-3,0
Investissements étrangers directs, flux nets (% du PIB)	2,2	2,1
Exportations de biens et services (% du PIB)	16,4	62,0
Importations de biens et services (% du PIB)	32,8	71,3
Inflation, prix à la consommation (annuelle, en %)	–	1,2
Taux de change officiel (UML par US\$, moyenne de la période)	2 689,0	3 973,3
Indicateurs sociaux	Valeur	Année
Indice de développement humain ^c	0,571	2003
Population vivant au-dessous du seuil de pauvreté national (%), (chiffre le plus récent 1990-2002) ^c	36,1	1990–2002
Population rurale (en % de la population totale) ^a	81,4	2003
Taux d'alphabétisation des adultes ^b	73,6	2004
Coefficient de Gini ^a	40,4	1997
État de santé	Année 2000	Année 2002 ou 2003
Mortalité des adultes (pour 1000), femmes, 2000 ^d , 2003 ^d	264	285
Mortalité des adultes (pour 1000), hommes, 2000 ^d , 2003 ^d	373	441
Espérance de vie en bonne santé à la naissance (en années), femmes, 2000 ^d , 2002 ^d	49	50
Espérance de vie en bonne santé à la naissance (en années), hommes, 2000 ^d , 2002 ^d	46	46
Espérance de vie à la naissance (en années), femmes, 2000 ^d , 2004 ^b	59	65
Espérance de vie à la naissance (en années), hommes, 2000 ^d , 2004 ^b	53	60
Objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé	Année 2000	Année la plus récente
Mortalité infantile, deux sexes (pour 1000 naissances vivantes), 2000 ^e , 2004 ^b	95	66
Mortalité infanto-juvénile (< 5 ans), deux sexes (pour 1000 naissances vivantes), 2000 ^e , 2004 ^b	134,1	82
Population ayant accès à l'eau potable (%), 2004 ^b	–	44
Population ayant accès sur place à des sanitaires (%), 2004 ^b	–	22
Vaccination des nourrissons contre la rougeole (%), 2004 ^f	–	80
Naissances assistées par des agents de santé qualifiés (%), 2004 : SIS Min. santé (<i>Joint Annual Performance Review, 2005</i>)	–	32
Mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes), 2000 : <i>Cambodia Demographic and Health Survey 2000</i>	437	–
Enfants de moins de 5 ans en insuffisance pondérale par rapport à l'âge (%), 2000 ^e	45,2	–
Prévalence du VIH (%), 2005, <i>National AIDS Authority of Cambodia, 2005</i>	–	1,9
Décès liés au paludisme (pour 100 000 habitants), 2000, 2004 (<i>Cambodia National Malaria Centre</i>)	5	2,8
Prévalence de la tuberculose, toutes formes (pour 100 000 habitants), 2000 ^e , 2004 ^f	743	762
Décès liés à la tuberculose, toutes formes (pour 100 000 habitants), 2000 ^e , 2004 ^f	91	95
Profil du système de santé ^d	Valeur	Année
Nombre de médecins pour 10 000 habitants	1,6	2000

Nombre d'infirmières pour 10 000 habitants	8,5	2000
Effectifs sanitaires pour 10 000 habitants	10,0	2000
Lits d'hôpitaux pour 10 000 habitants	5	2001
Budget public	1990/2000	2002/2003
Dépenses générales du gouvernement consacrées à la santé, en % du PIB, 2000, 2002 ^h	1,7	2,1
Dépenses générales du gouvernement consacrées à la santé, en % des dépenses générales du gouvernement, 2000, 2002 ^h	15,7	18,6
Dépenses publiques consacrées à l'éducation, en % du PIB, 2003 ^k	–	1,8
Dépenses publiques consacrées à l'éducation, en % des dépenses totales du gouvernement, 2003 ^k	–	13
Dépenses militaires, en % du PIB, 1990 ^c , 2003 ^k	3,1	1,61
Dépenses militaires, en % des dépenses du gouvernement central, 2003 ^k	–	14
Recettes fiscales, en % du PIB, 2003 ^k	–	7,3
Service total de la dette, en % du PIB, 1990 ^c , 2003 ^k	2,7	1,69
APD reçue (décaissements nets), en % du PIB, 2000, 2002 ^a	11,1	12,2
Aide par habitant (US\$ courants), 2000, 2002 ^a	31,4	37
Indicateurs de dépenses sanitaires^b	Année 1998	Année 2002
Dépenses de santé totales, en % du PIB	10,5	12
Dépenses générales du gouvernement consacrées à la santé, en % des dépenses de santé totales	10,1	17,1
Dépenses du secteur privé consacrées à la santé, en % des dépenses de santé totales	89,9	82,9
Caisses de sécurité sociale, en % des dépenses générales du gouvernement consacrées à la santé	0	0
Régimes de prépaiement et de partage des risques, en % des dépenses du secteur privé consacrées à la santé	0	0
Règlements directs des ménages sur ressources propres, en % des dépenses du secteur privé consacrées à la santé	89,6	85,2
Ressources extérieures consacrées à la santé, en % des dépenses de santé totales	12,4	4,9
Dépenses de santé totales par habitant, au cours du \$ international	134	192
Dépenses générales du gouvernement consacrées à la santé par habitant, au cours du \$ international	14	33
Sources:		
^a Indicateurs du développement mondial, années correspondantes (http://devdata.worldbank.org/dataonline/ acc. 21 juillet 2005)		
^b Ministère de la planification du Cambodge (1)		
^c PNUD (2)		
^d Système d'information statistique de l'OMS, années correspondantes (http://www3.who.int/whosis/menu.cfm , acc. 18 juillet 2006)		
^e Statistiques de l'UNICEF (http://www.childinfo.org/areas/childmortality/infantdata.php acc. 13 juillet 2005)		
^f Country Health Information Profile de l'OMS, 2005 (http://www.wpro.who.int/NR/rdonlyres/DE665401-0DFD-4478-A3D6-1C4866430EEE/0/cam.pdf)		
^g OMS (3)		
^h Comptes nationaux de la santé, années correspondantes (http://www.who.int/nha/country/en/ acc. 21 juillet 2005)		
^k FMI (4)		

CHINE

Estimations démographiques	Année 1993	Année 2003
Population totale ^a	1 178 440 000	1 288 400 000
Croissance démographique annuelle (%) 1993-2003 ^b	–	0,9
Taux de dépendance (%) ^{b, c}	49	43
Natalité totale ^{b, c}	1,9	1,8
Indicateurs macroéconomiques ^a	Année 1993	Année 2003
PIB (en US\$ courants)	431 780 400 000	1 417 000 000 000
Taux de croissance du PIB (annuelle, en %)	13,5	9,3
PIB par habitant, PPA (en \$ internationaux constants, 2000)	2 188	4 726
Endettement total du gouvernement central (% du PIB)	5,3	12,7 ^m
Balance des paiements courants (% du PIB)	-2,7	3,2
Investissements étrangers directs, flux nets (% du PIB)	6,4	3,8
Exportations de biens et services (% du PIB)	17,1	34,3
Importations de biens et services (% du PIB)	18,6	31,8
Inflation, prix à la consommation (annuelle, en %)	14,6	1,2
Taux de change officiel (UML par US\$, moyenne de la période)	5,8	8,3
Indicateurs sociaux	Valeur	Année
Indice de développement humain ^d	0,755	2003
Population vivant au-dessous du seuil de pauvreté national (%), (chiffre le plus récent 1990-2002) ^d	4,6	1990–2002
Population rurale (en % de la population totale) ^a	61,3	2003
Taux d'alphabétisation des adultes ^e	90,9	2005
Coefficient de Gini ^a	44,7	2001
État de santé ^e	Année 2000	Année 2002 ou 2003
Mortalité des adultes (pour 1000), femmes, 2000, 2003	110	103
Mortalité des adultes (pour 1000), hommes, 2000, 2003	161	164
Espérance de vie en bonne santé à la naissance (en années), femmes, 2000, 2002	63	65
Espérance de vie en bonne santé à la naissance (en années), hommes, 2000, 2002	61	63
Espérance de vie à la naissance (en années), femmes, 2000, 2003	73	73
Espérance de vie à la naissance (en années), hommes, 2000, 2003	69	70
Objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé	Année 2000	Année 2002 ou 2003
Mortalité infantile, deux sexes (pour 1000 naissances vivantes), 2000, 2003 ^e	32	30
Mortalité infanto-juvénile (< 5 ans), deux sexes (pour 1000 naissances vivantes), 2000, 2003 ^e	37,2	37
Population ayant un accès durable à une source d'eau améliorée (%), 2002 ^a	–	77
Population ayant accès à des installations sanitaires améliorées (%), 2002 ^a	–	44
Enfants de moins de 2 ans vaccinés contre la rougeole, une dose (%), 2003 ^b	–	84
Naissances assistées par des agents de santé qualifiés (%) ^f	89,3	–
Mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes), 2000 ^f , 2003 ^g	56	43,2
Enfants de moins de 5 ans en insuffisance pondérale par rapport à l'âge (%), 2000 ^f	10,0	–
Prévalence du VIH chez les 15-49 ans (%) ^f	<0,1	–
Mortalité liée au paludisme (pour 100 000 habitants) ^f	0	–
Prévalence de la tuberculose (pour 100 000 habitants) ^f	250	–
Taux de mortalité liée à la tuberculose (pour 100 000 habitants) ^f	21	–
Profil du système de santé ^e	Valeur	Année
Nombre de médecins pour 10 000 habitants	16,4	2002
Nombre d'infirmières pour 10 000 habitants	9,6	2003
Effectifs sanitaires pour 10 000 habitants	26,0	2002/03
Lits d'hôpitaux pour 10 000 habitants	25	2002

Budget public	Année 1990 ou 2000	Année 2002 ou 2003
Dépenses générales du gouvernement consacrées à la santé, en % du PIB, 2000, 2002 ^h	1,9	2,0
Dépenses générales du gouvernement consacrées à la santé, en % des dépenses générales du gouvernement, 2000, 2002 ^h	10,3	10
Dépenses publiques consacrées à l'éducation, en % du PIB, 1990, 2000-2002 ^d	2,3	–
Dépenses publiques consacrées à l'éducation, en % des dépenses totales du gouvernement, 1990 ^d , 2002 ^k	12,8	10,2
Dépenses militaires (% du PIB), 1990, 2003 ^d	2,7	2,3
Dépenses militaires, en % des dépenses du gouvernement 2000, 2002 ^k	6,1	6,6
Recettes fiscales, en % du PIB, 2000, 2002 ^a	7,6	8,3 ^a
Service total de la dette, en % du PIB, 1990, 2003 ^d	2	2,6
APD reçue (décaissements nets), en % du PIB, 2000, 2002 ^a	0,2	0,1
Aide par habitant (US\$ courants), 2000, 2002 ^a	1,4	1,2
Indicateurs de dépenses sanitaires ^b	Année 1998	Année 2002
Dépenses de santé totales, en % du PIB	4,8	5,8
Dépenses générales du gouvernement consacrées à la santé, en % des dépenses de santé totales	39	33,7
Dépenses du secteur privé consacrées à la santé, en % des dépenses de santé totales	61	66,3
Caisses de sécurité sociale, en % des dépenses générales du gouvernement consacrées à la santé	53	50,8
Régimes de prépaiement et de partage des risques, en % des dépenses du secteur privé consacrées à la santé	0,6	0,4
Règlements directs des ménages sur ressources propres, en % des dépenses du secteur privé consacrées à la santé	94	96,3
Ressources extérieures consacrées à la santé, en % des dépenses de santé totales	0,2	0,1
Dépenses de santé totales par habitant, au cours du \$ international	154	261
Dépenses générales du gouvernement consacrées à la santé par habitant, au cours du \$ international	60	88

Sources:

^a Indicateurs du développement mondial, années correspondantes (<http://devdata.worldbank.org/dataonline/> acc. 21 juillet 2005)

^b OMS (5)

^c Système d'information statistique de l'OMS, années correspondantes (<http://www3.who.int/whosis/menu.cfm>, acc. 18 juillet 2006)

^d PNUD (2)

^e Statistiques de l'UNICEF (<http://www.childinfo.org/areas/childmortality/infantdata.php> acc. 13 juillet 2005)

^f OMS (3)

^g Ministère de la santé/Union Medical College, Chine (6, 7)

^h Comptes nationaux de la santé, années correspondantes (<http://www.who.int/nha/country/en/> acc. 21 juillet 2005)

^k Office national des statistiques, Chine (8, 9)

^m Dernière année, 1999

ⁿ Dernière année disponible, 2001

GHANA

Estimations démographiques	Année 1993	Année 2003
Population totale ^a	16 505 500	20 669 260
Croissance démographique annuelle (%) 1993-2003 ^b	–	2,3
Taux de dépendance (%) ^{b,c}	91	76
Natalité totale ^{b,c}	5,2	4,1
Indicateurs macroéconomiques ^a	Année 1993	Année 2003
PIB (en US\$ courants)	5 965 704 000	7 624 200 000
Taux de croissance du PIB (annuelle, en %)	4,9	5,2
PIB par habitant, PPA (en \$ internationaux constants, 2000)	1 734	2 114
Endettement total du gouvernement central (% du PIB)	–	–
Balance des paiements courants (% du PIB)	-9,4	3,3
Investissements étrangers directs, flux nets (% du PIB)	2,1	1,8
Exportations de biens et services (% du PIB)	20,3	40,3
Importations de biens et services (% du PIB)	36,4	52,2
Inflation, prix à la consommation (annuelle, en %)	25,0	26,7
Taux de change officiel (UML par US\$, moyenne de la période)	649,1	8 677,4
Indicateurs sociaux	Valeur	Année
Indice de développement humain ^d	0,489	2003
Population vivant au-dessous du seuil de pauvreté national (%), (chiffre le plus récent 1990-2002) ^d	39,5	1990–2002
Population rurale (en % de la population totale) ^a	62,9	2003
Taux d'alphabétisation des adultes ^e	54,1	2005
Coefficient de Gini ^a	40,8	1999
État de santé ^e	2000	2003
Mortalité des adultes (pour 1000), femmes, 2000, 2003	326	295
Mortalité des adultes (pour 1000), hommes, 2000, 2003	379	352
Espérance de vie en bonne santé à la naissance (en années), femmes, 2000, 2002	47	50
Espérance de vie en bonne santé à la naissance (en années), hommes, 2000, 2002	47	49
Espérance de vie à la naissance (en années), femmes, 2000, 2003	58	60
Espérance de vie à la naissance (en années), hommes, 2000, 2003	55	57
Objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé	Année 2000	Année 2003
Mortalité infantile, deux sexes (pour 1000 naissances vivantes) ^e	62	59
Mortalité infanto-juvénile (< 5 ans), deux sexes (pour 1000 naissances vivantes) ^e	104,6	95
Population ayant accès à une source d'eau améliorée (%), 2002 ^a	–	79
Population ayant accès à des installations sanitaires améliorées (%), 2002 ^a	–	58
Enfants de moins de 2 ans vaccinés contre la rougeole, une dose (%) ^b	–	80
Naissances assistées par des agents de santé qualifiés (%) ^f	44,3	–
Mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes) ^f	540	–
Enfants de moins de 5 ans en insuffisance pondérale par rapport à l'âge (%) ^f	24,9 ^b	–
Prévalence du VIH chez les 15-49 ans (%) ^f	3,2	–
Décès liés au paludisme (pour 100 000) ^f	66	–
Prévalence de la tuberculose (pour 100 000) ^f	381	–
Décès liés à la tuberculose (pour 100 000) ^f	42	–
Profil du système de santé ^e	Valeur	Année
Nombre de médecins pour 10 000 habitants	0,9	2002
Nombre d'infirmières pour 10 000 habitants	8,4	2002
Effectifs sanitaires pour 10 000 habitants	9,3	2002
Lits d'hôpitaux pour 10 000 habitants	–	–

Budget public	Année 1990 ou 2000	Année 2002 ou 2003
Dépenses générales du gouvernement consacrées à la santé, en % du PIB, 2000, 2002 ^g	2,3	2,3
Dépenses générales du gouvernement consacrées à la santé, en % des dépenses générales du gouvernement, 2000, 2002 ^g	7,8	8,4
Dépenses publiques consacrées à l'éducation, en % du PIB, 2003 ^d	3,2	–
Dépenses publiques consacrées à l'éducation, en % des dépenses totales du gouvernement, 2003 ^d	24,3	–
Dépenses militaires, en % du PIB, 1990 ^e , 2003 ^d	0,4	0,7
Dépenses militaires, en % des dépenses du gouvernement central, 2000, 2002 ^a	–	–
Recettes fiscales, en % du PIB, 2003 ^a	–	–
Service total de la dette, en % du PIB, 1990, 2003 ^d	6,2	6,3
APD reçue (décaissements nets), en % du PIB, 2000, 2002 ^a	12,1	10,5
Aide par habitant (US\$ courants), 2000, 2002 ^a	30,6	32,0
Indicateurs de dépenses sanitaires^g	Année 1998	Année 2002
Dépenses de santé totales, en % du PIB	5,5	5,6
Dépenses générales du gouvernement consacrées à la santé, en % des dépenses de santé totales	42	41
Dépenses du secteur privé consacrées à la santé, en % des dépenses de santé totales	58	59
Caisses de sécurité sociale, en % des dépenses générales du gouvernement consacrées à la santé	NA	NA
Régimes de prépaiement et de partage des risques, en % des dépenses du secteur privé consacrées à la santé	0	0
Règlements directs des ménages sur ressources propres, en % des dépenses du secteur privé consacrées à la santé	100	100
Ressources extérieures consacrées à la santé, en % des dépenses de santé totales	6,2	18,5
Dépenses de santé totales par habitant, au cours du \$ international	61	73
Dépenses générales du gouvernement consacrées à la santé par habitant, au cours du \$ international	26	30

Sources:

^a Indicateurs du développement mondial, années correspondantes (<http://devdata.worldbank.org/dataonline/> acc. 21 juillet 2005)

^b OMS (5)

^c Système d'information statistique de l'OMS, années correspondantes (<http://www3.who.int/whosis/menu.cfm>, acc. 18 juillet 2006)

^d PNUD (2)

^e Statistiques de l'UNICEF (<http://www.childinfo.org/areas/childmortality/infantdata.php> acc. 13 juillet 2005)

^f OMS (3)

^g Comptes nationaux de la santé, années correspondantes (<http://www.who.int/nha/country/en/> acc. 21 juillet 2005)

^h Années 1988-1999

INDE

Estimations démographiques	Année 1993	Année 2003
Population totale ^a	899 329 000	1 064 399 000
Croissance démographique annuelle (%) 1993-2003 ^b	–	1,7
Taux de dépendance (%) ^{b,c}	68	61
Natalité totale ^{b,c}	3,8	3,0
Indicateurs macroéconomiques ^a	Année 1993	Année 2003
PIB (en US\$ courants)	273 937 900 000	600 637 400 000
Taux de croissance du PIB (annuelle, en %)	4,9	8,6
PIB par habitant, PPA (en \$ internationaux constants, 2000)	1 792	2 732
Endettement total du gouvernement central (% du PIB)	52,8	64,5
Balance des paiements courants (% du PIB)	-0,7	1,4
Investissements étrangers directs, flux nets (% du PIB)	0,2	0,7
Exportations de biens et services (% du PIB)	10,0	14,5
Importations de biens et services (% du PIB)	10,0	16,0
Inflation, prix à la consommation (annuelle, en %)	6,4	3,8
Taux de change officiel (UML par US\$, moyenne de la période)	30,5	46,6
Indicateurs sociaux	Valeur	Année
Indice de développement humain ^d	0,602	2003
Population vivant au-dessous du seuil de pauvreté national (%), (chiffre le plus récent 1990-2002) ^d	28,6	1990–2002
Population rurale (en % de la population totale) ^a	71,7	2003
Taux d'alphabétisation des adultes ^e	61,3	2005
Coefficient de Gini ^a	32,5	2000
État de santé ^e	Année 2000	Année 2002 ou 2003
Mortalité des adultes (pour 1000), femmes, 2000, 2003	213	213
Mortalité des adultes (pour 1000), hommes, 2000, 2003	287	283
Espérance de vie en bonne santé à la naissance (en années), femmes, 2000, 2002	52	54
Espérance de vie en bonne santé à la naissance (en années), hommes, 2000, 2002	52	53
Espérance de vie à la naissance (en années), femmes, 2000, 2003	63	63
Espérance de vie à la naissance (en années), hommes, 2000, 2003	60	60
Objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé	Année 2000	Année 2003
Mortalité infantile, deux sexes (pour 1000 naissances vivantes) ^e	68	63
Mortalité infanto-juvénile (< 5 ans), deux sexes (pour 1000 naissances vivantes) ^e	95,7	87
Population ayant durablement accès à une source d'eau améliorée (%), 2002 ^a	–	86
Population ayant accès à des installations sanitaires améliorées (%), 2002 ^a	–	30
Enfants de moins de 2 ans vaccinés contre la rougeole, une dose (%) ^b	–	67
Naissances assistées par des agents de santé qualifiés (%) ^f	42,3	–
Mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes) ^f	540	–
Enfants de moins de 5 ans en insuffisance pondérale par rapport à l'âge (%) ^f	46,7 ^h	–
Prévalence du VIH chez les 15-49 ans (%) ^f	0,8	–
Décès liés au paludisme (pour 100 000) ^f	3	–
Prévalence de la tuberculose (pour 100 000) ^f	431	–
Décès liés à la tuberculose (pour 100 000) ^f	41	–
Profil du système de santé ^e	Valeur	Année
Nombre de médecins pour 10 000 habitants	5,9	2003
Nombre d'infirmières pour 10 000 habitants	7,9	2003
Effectifs sanitaires pour 10 000 habitants	13,8	2003
Lits d'hôpitaux pour 10 000 habitants	9	2003

Budget public	Année 1990 ou 2000	Année 2002 ou 2003
Dépenses générales du gouvernement consacrées à la santé, en % du PIB, 2000, 2002 ^g	1,3	1,3
Dépenses générales du gouvernement consacrées à la santé, en % des dépenses générales du gouvernement, 2000, 2002 ^g	4,6	4,4
Dépenses publiques consacrées à l'éducation, en % du PIB, 1990, 2000-2002 ^d	3,7	4,1
Dépenses publiques consacrées à l'éducation, en % des dépenses totales du gouvernement, 1990, 2000-2002 ^d	12,2	12,7
Dépenses militaires, en % du PIB, 1990, 2003 ^d	2,7	2,1
Dépenses militaires, en % des dépenses du gouvernement central, 2000, 2002 ^a	14,9	13,8
Recettes fiscales, en % du PIB, 2000, 2002 ^a	9,0	9,0
Service total de la dette, en % du PIB, 1990, 2003 ^d	2,6	3,4
APD reçue (décaissements nets), en % du PIB, 2000, 2002 ^a	0,3	0,3
Aide par habitant (US\$ courants), 2000, 2002 ^a	1,5	1,4
Indicateurs de dépenses sanitaires^g	Année 1998	Année 2002
Dépenses de santé totales, en % du PIB	5,2	6,1
Dépenses générales du gouvernement consacrées à la santé, en % des dépenses de santé totales	26,5	21,3
Dépenses du secteur privé consacrées à la santé, en % des dépenses de santé totales	73,5	78,7
Caisses de sécurité sociale, en % des dépenses générales du gouvernement consacrées à la santé	3,8	4,6
Régimes de prépaiement et de partage des risques, en % des dépenses du secteur privé consacrées à la santé	0,4	0,7
Règlements directs des ménages sur ressources propres, en % des dépenses du secteur privé consacrées à la santé	98,4	98,5
Ressources extérieures consacrées à la santé, en % des dépenses de santé totales	2,8	1
Dépenses de santé totales par habitant, au cours du \$ international	66	96
Dépenses générales du gouvernement consacrées à la santé par habitant, au cours du \$ international	17	20

Sources:

^a Indicateurs du développement mondial, années correspondantes (<http://devdata.worldbank.org/dataonline/> acc. 21 juillet 2005)

^b OMS (5).

^c Système d'information statistique de l'OMS, années correspondantes (<http://www3.who.int/whosis/menu.cfm>, acc. 18 juillet 2006)

^d PNUD (2).

^e Statistiques de l'UNICEF (<http://www.childinfo.org/areas/childmortality/infantdata.php> acc. 13 juillet 2005)

^f OMS (3).

^g Comptes nationaux de la santé, années correspondantes (<http://www.who.int/nha/country/en/> acc. 21 juillet 2005).

^h Années 1998-1999

INDONÉSIE

Estimations démographiques	Année 1993	Année 2003
Population totale ^a	187 231 800	214 674 200
Croissance démographique annuelle (%) 1993-2003 ^b	–	1,4
Taux de dépendance (%) ^{b,c}	63	53
Natalité totale ^{b,c}	3,0	2,3
Indicateurs macroéconomiques ^a	Année 1993	Année 2003
PIB (en US\$ courants)	158 006 900 000	208 311 900 000
Taux de croissance du PIB (annuelle, en %)	7,3	4,1
PIB par habitant, PPA (en \$ internationaux constants, 2000)	2 683	3 175
Endettement total du gouvernement central (% du PIB)	37,5	45,2 ^e
Balance des paiements courants (% du PIB)	-1,3	3,6
Investissements étrangers directs, flux nets (% du PIB)	1,3	-0,3
Exportations de biens et services (% du PIB)	26,8	31,2
Importations de biens et services (% du PIB)	23,8	25,7
Inflation, prix à la consommation (annuelle, en %)	9,7	6,6
Taux de change officiel (UML par US\$, moyenne de la période)	2 087,1	8 577,1
Indicateurs sociaux	Valeur	Année
Indice de développement humain ^d	0,697	2003
Population vivant au-dessous du seuil de pauvreté national (%), (chiffre le plus récent 1990-2002) ^d	27,1	1990-2002
Population rurale (en % de la population totale) ^a	55,9	2003
Taux d'alphabétisation des adultes ^e	87,9	2005
Coefficient de Gini ^a	34,3	2002
État de santé ^e	Année 2000	Année 2002 ou 2003
Mortalité des adultes (pour 1000), femmes, 2000, 2003	191	204
Mortalité des adultes (pour 1000), hommes, 2000, 2003	250	241
Espérance de vie en bonne santé à la naissance (en années), femmes, 2000, 2002	58	59
Espérance de vie en bonne santé à la naissance (en années), hommes, 2000, 2002	57	57
Espérance de vie à la naissance (en années), femmes, 2000, 2003	67	68
Espérance de vie à la naissance (en années), hommes, 2000, 2003	63	65
Objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé	Année 2000	Année 2003
Mortalité infantile, deux sexes (pour 1000 naissances vivantes) ^e	35	31
Mortalité infanto-juvénile (< 5 ans), deux sexes (pour 1000 naissances vivantes) ^e	50,1	41
Population ayant durablement accès à une source d'eau améliorée (%), 2002 ^a	–	78
Population ayant accès à des installations sanitaires améliorées (%), 2002 ^a	–	52
Enfants de moins de 2 ans vaccinés contre la rougeole, une dose (%) ^b	–	72
Naissances assistées par des agents de santé qualifiés (%) ^f	55,8	–
Mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes) ^f	230	–
Enfants de moins de 5 ans en insuffisance pondérale par rapport à l'âge (%) ^f	27,3 ^b	–
Prévalence du VIH chez les 15-49 ans (%) ^f	<0,1	–
Décès liés au paludisme (pour 100 000) ^f	4	–
Prévalence de la tuberculose (pour 100 000) ^f	742	–
Décès liés à la tuberculose (pour 100 000) ^f	67	–
Profil du système de santé ^e	Valeur	Année
Nombre de médecins pour 10 000 habitants	1,1	1998
Nombre d'infirmières pour 10 000 habitants	4,9	2000
Effectifs sanitaires pour 10 000 habitants	6,0	1998/00
Lits d'hôpitaux pour 10 000 habitants	60	1998

Budget public	Année 1990 ou 2000	Année 2002 ou 2003
Dépenses générales du gouvernement consacrées à la santé, en % du PIB, 2000, 2002 ^g	0,7	1,2
Dépenses générales du gouvernement consacrées à la santé, en % des dépenses générales du gouvernement, 2000, 2002 ^g	3,5	5,4
Dépenses publiques consacrées à l'éducation, en % du PIB, 1990, 2000-2002 ^d	1	1,2
Dépenses publiques consacrées à l'éducation, en % des dépenses totales du gouvernement, 1990, 1999-2001 ^d	–	9,8
Dépenses militaires, en % du PIB, 1990, 2003 ^d	1,8	1,5
Dépenses militaires, en % des dépenses du gouvernement central, 2000, 2002 ^a	5,7 ^k	–
Recettes fiscales, en % du PIB, 2000, 2002 ^a	16,3 ^k	13,0 ^m
Service total de la dette, en % du PIB, 1990, 2003 ^d	8,7	8,9
APD reçue (décaissements nets), en % du PIB, 2000, 2002 ^a	1,1	0,8
Aide par habitant (US\$ courants), 2000, 2002 ^a	8,0	6,2
Indicateurs de dépenses sanitaires ^g	Année 1998	Année 2002
Dépenses de santé totales, en % du PIB	2,5	3,2
Dépenses générales du gouvernement consacrées à la santé, en % des dépenses de santé totales	27,8	36
Dépenses du secteur privé consacrées à la santé, en % des dépenses de santé totales	72,2	64
Caisses de sécurité sociale, en % des dépenses générales du gouvernement consacrées à la santé	8,7	9,3
Régimes de prépaiement et de partage des risques, en % des dépenses du secteur privé consacrées à la santé	6,7	5,2
Règlements directs des ménages sur ressources propres, en % des dépenses du secteur privé consacrées à la santé	74,3	76,1
Ressources extérieures consacrées à la santé, en % des dépenses de santé totales	8,3	1,8
Dépenses de santé totales par habitant, au cours du \$ international	73	110
Dépenses générales du gouvernement consacrées à la santé par habitant, au cours du \$ international	20	40
Sources:		
^a Indicateurs du développement mondial, années correspondantes (http://devdata.worldbank.org/dataonline/ acc. 21 juillet 2005)		
^b OMS (5)		
^c Système d'information statistique de l'OMS, années correspondantes (http://www3.who.int/whosis/menu.cfm , acc. 18 juillet 2006)		
^d PNUD (2).		
^e Statistiques de l'UNICEF (http://www.childinfo.org/areas/childmortality/infantdata.php acc. 13 juillet 2005)		
^f OMS (3)		
^g Comptes nationaux de la santé, années correspondantes (http://www.who.int/nha/country/en/ acc. 21 juillet 2005).		
^h Année 2002		
^k Dernière année disponible, 1999		
^m Dernière année disponible, 2001		

MEXIQUE

Estimations démographiques	Année 1993	Année 2003
Population totale ^a	87 953 640	102 291 000
Croissance démographique annuelle (%) 1993-2003 ^b	–	1,6
Taux de dépendance (%) ^{b,c}	70	60
Natalité totale ^{b,c}	3,1	2,5
Indicateurs macroéconomiques ^a	Année 1993	Année 2003
PIB (en US\$ courants)	403 195 500 000	626 079 600 000
Taux de croissance du PIB (annuelle, en %)	2,0	1,3
PIB par habitant, PPA (en \$ internationaux constants, 2000)	7 811	8 661
Endettement total du gouvernement central (% du PIB)	25,3	23,3 ^a
Balance des paiements courants (% du PIB)	-5,8	-1,4
Investissements étrangers directs, flux nets (% du PIB)	1,1	1,7
Exportations de biens et services (% du PIB)	15,2	28,4
Importations de biens et services (% du PIB)	19,2	30,1
Inflation, prix à la consommation (annuelle, en %)	9,8	4,5
Taux de change officiel (UML par US\$, moyenne de la période)	3,1	10,8
Indicateurs sociaux	Valeur	Année
Indice de développement humain ^d	0,814	2003
Population vivant au-dessous du seuil de pauvreté national (%), (chiffre le plus récent 1990-2002) ^d	10,1	1990-2002
Population rurale (en % de la population totale) ^a	25,0	2003
Taux d'alphabétisation des adultes ^e	90,5	2005
Coefficient de Gini ^a	54,6	2000
État de santé ^e	Année 2000	Année 2002 ou 2003
Mortalité des adultes (pour 1000), femmes, 2000, 2003	101	95
Mortalité des adultes (pour 1000), hommes, 2000, 2003	180	166
Espérance de vie en bonne santé à la naissance (en années), femmes, 2000, 2002	65	68
Espérance de vie en bonne santé à la naissance (en années), hommes, 2000, 2002	63	63
Espérance de vie à la naissance (en années), femmes, 2000, 2003	76	77
Espérance de vie à la naissance (en années), hommes, 2000, 2003	71	72
Objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé	Année 2000	Année 2003
Mortalité infantile, deux sexes (pour 1000 naissances vivantes) ^e	25	23
Mortalité infanto-juvénile (< 5 ans), deux sexes (pour 1000 naissances vivantes) ^e	28,9	28
Population ayant durablement accès à une source d'eau améliorée (%), 2002 ^a	–	91
Population ayant accès à des installations sanitaires améliorées (%), 2002 ^a	–	77
Enfants de moins de 2 ans vaccinés contre la rougeole, une dose (%) ^b	–	96
Naissances assistées par des agents de santé qualifiés (%) ^f	85,7	–
Mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes) ^f	83	–
Enfants de moins de 5 ans en insuffisance pondérale par rapport à l'âge (%) ^f	7,5 ^b	–
Prévalence du VIH chez les 15-49 ans (%) ^f	0,2	–
Décès liés au paludisme (pour 100 000) ^f	0	–
Prévalence de la tuberculose (pour 100 000) ^f	49	–
Décès liés à la tuberculose (pour 100 000) ^f	4	–
Profil du système de santé ^e	Valeur	Année
Nombre de médecins pour 10 000 habitants	17,1	2001
Nombre d'infirmières pour 10 000 habitants	10,8	1999
Effectifs sanitaires pour 10 000 habitants	27,9	1999/01
Lits d'hôpitaux pour 10 000 habitants	11	2002

Budget public	Année 1990 ou 2000	Année 2002 ou 2003
Dépenses générales du gouvernement consacrées à la santé, en % du PIB, 2000, 2002 ^g	2,6	2,7
Dépenses générales du gouvernement consacrées à la santé, en % des dépenses générales du gouvernement, 2000, 2002 ^g	16,6	16,6
Dépenses publiques consacrées à l'éducation, en % du PIB, 1990, 2000-2002 ^d	3,6	5,3
Dépenses publiques consacrées à l'éducation, en % des dépenses totales du gouvernement, 1990, 2000-2002 ^d	12,8	24,3
Dépenses militaires, en % du PIB, 1990, 2003 ^d	0,5	0,5
Dépenses militaires, en % des dépenses du gouvernement central, 2000, 2002 ^a	3,3	–
Recettes fiscales, en % du PIB, 2000, 2002 ^a	11,7	–
Service total de la dette, en % du PIB, 1990, 2003 ^d	4,3	6,5
APD reçue (décaissements nets), en % du PIB, 2000, 2002 ^a	0,0	0,0
Aide par habitant (US\$ courants), 2000, 2002 ^a	-0,6	1,3
Indicateurs de dépenses sanitaires^g	Année 1998	Année 2002
Dépenses de santé totales, en % du PIB	5,4	6,1
Dépenses générales du gouvernement consacrées à la santé, en % des dépenses de santé totales	46	44,9
Dépenses du secteur privé consacrées à la santé, en % des dépenses de santé totales	54	55,1
Caisses de sécurité sociale, en % des dépenses générales du gouvernement consacrées à la santé	72,4	66
Régimes de prépaiement et de partage des risques, en % des dépenses du secteur privé consacrées à la santé	4,1	5,4
Règlements directs des ménages sur ressources propres, en % des dépenses du secteur privé consacrées à la santé	95,9	94,6
Ressources extérieures consacrées à la santé, en % des dépenses de santé totales	0,9	0,8
Dépenses de santé totales par habitant, au cours du \$ international	427	550
Dépenses générales du gouvernement consacrées à la santé par habitant, au cours du \$ international	196	247
Sources:		
^a Indicateurs du développement mondial, années correspondantes (http://devdata.worldbank.org/dataonline/ acc. 21 juillet 2005)		
^b OMS (5)		
^c Système d'information statistique de l'OMS, années correspondantes (http://www3.who.int/whosis/menu.cfm , acc. 18 juillet 2006)		
^d PNUD (2).		
^e Statistiques de l'UNICEF (http://www.childinfo.org/areas/childmortality/infantdata.php acc. 13 juillet 2005)		
^f OMS (3)		
^g Comptes nationaux de la santé, années correspondantes (http://www.who.int/nha/country/en/ acc. 21 juillet 2005).		
^h Années 1998-1999.		
^k Dernière année disponible, 2000.		

NÉPAL

Estimations démographiques	Année 1993	Année 2003
Population totale ^a	19 480 940	24 659 960
Croissance démographique annuelle (%) 1993-2003 ^b	–	2,3
Taux de dépendance (%) ^{b,c}	81	78
Natalité totale ^{b,c}	4,9	4,2
Indicateurs macroéconomiques ^a	Année 1993	Année 2003
PIB (en US\$ courants)	3 660 042 000	5 850 821 000
Taux de croissance du PIB (annuelle, en %)	3,5	3,1
PIB par habitant, PPA (en \$ internationaux constants, 2000)	1 103	1 341
Endettement total du gouvernement central (% du PIB)	63,7	66,8
Balance des paiements courants (% du PIB)	-6,1	2,9
Investissements étrangers directs, flux nets (% du PIB)	0,0	0,3
Exportations de biens et services (% du PIB)	18,4	16,7
Importations de biens et services (% du PIB)	28,8	28,8
Inflation, prix à la consommation (annuelle, en %)	7,5	5,7
Taux de change officiel (UML par US\$, moyenne de la période)	48,6	76,1
Indicateurs sociaux	Year	
Indice de développement humain ^d	0,526	2003
Population vivant au-dessous du seuil de pauvreté national (%), (chiffre le plus récent 1990-2002) ^d	42	1990–2002
Population rurale (en % de la population totale) ^a	87,1	2003
Taux d'alphabétisation des adultes ^e	48,6	2005
Coefficient de Gini ^a	36,7	1996
État de santé ^e	Année 2000	Année 2002 ou 2003
Mortalité des adultes (pour 1000), femmes, 2000, 2003	314	284
Mortalité des adultes (pour 1000), hommes, 2000, 2003	314	290
Espérance de vie en bonne santé à la naissance (en années), femmes, 2000, 2002	44	51
Espérance de vie en bonne santé à la naissance (en années), hommes, 2000, 2002	48	53
Espérance de vie à la naissance (en années), femmes, 2000, 2003	58	61
Espérance de vie à la naissance (en années), hommes, 2000, 2003	59	60
Objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé	2000	2003
Mortalité infantile, deux sexes (pour 1000 naissances vivantes) ^e	69	61
Mortalité infanto-juvénile (< 5 ans), deux sexes (pour 1000 naissances vivantes) ^e	95,2	82
Population ayant durablement accès à une source d'eau améliorée (%), 2002 ^a	–	84
Population ayant accès à des installations sanitaires améliorées (%), 2002 ^a	–	27
Enfants de moins de 2 ans vaccinés contre la rougeole, une dose (%) ^b	–	75
Naissances assistées par des agents de santé qualifiés (%) ^f	11,9	–
Mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes) ^f	740	–
Enfants de moins de 5 ans en insuffisance pondérale par rapport à l'âge (%) ^f	48,3 ^b	–
Prévalence du VIH chez les 15-49 ans (%) ^f	0,3	–
Décès liés au paludisme (pour 100 000) ^f	20	–
Prévalence de la tuberculose (pour 100 000) ^f	299	–
Décès liés à la tuberculose (pour 100 000) ^f	27	–
Profil du système de santé ^e	Valeur	Année
Nombre de médecins pour 10 000 habitants	1,6	2002
Nombre d'infirmières pour 10 000 habitants	2,6	2001
Effectifs sanitaires pour 10 000 habitants	4,2	2001/02
Lits d'hôpitaux pour 10 000 habitants	2	1999

Budget public	Année 1990 ou 2000	Année 2002 ou 2003
Dépenses générales du gouvernement consacrées à la santé, en % du PIB, 2000, 2002 ^g	1,0	1,4
Dépenses générales du gouvernement consacrées à la santé, en % des dépenses générales du gouvernement, 2000, 2002 ^g	5,6	7,5
Dépenses publiques consacrées à l'éducation, en % du PIB, 1990, 2000-2002 ^d	2	3,4
Dépenses publiques consacrées à l'éducation, en % des dépenses totales du gouvernement, 1990, 2000-2002 ^d	8,5	14,9
Dépenses militaires, en % du PIB, 1990, 2003 ^d	0,9	1,6
Dépenses militaires, en % des dépenses du gouvernement central, 2000, 2002 ^a	–	–
Recettes fiscales, en % du PIB, 2000, 2002 ^a	8,7	9,3
Service total de la dette, en % du PIB, 1990, 2003 ^d	1,9	1,9
APD reçue (décaissements nets), en % du PIB, 2000, 2002 ^a	7,1	6,6
Aide par habitant (US\$ courants), 2000, 2002 ^a	16,9	15,1
Indicateurs de dépenses sanitaires^g	Année 1998	Année 2002
Dépenses de santé totales, en % du PIB	5,1	5,2
Dépenses générales du gouvernement consacrées à la santé, en % des dépenses de santé totales	25,6	27,2
Dépenses du secteur privé consacrées à la santé, en % des dépenses de santé totales	74,4	72,8
Caisses de sécurité sociale, en % des dépenses générales du gouvernement consacrées à la santé	0	0
Régimes de prépaiement et de partage des risques, en % des dépenses du secteur privé consacrées à la santé	0	0
Règlements directs des ménages sur ressources propres, en % des dépenses du secteur privé consacrées à la santé	92,4	92,2
Ressources extérieures consacrées à la santé, en % des dépenses de santé totales	10,9	9
Dépenses de santé totales par habitant, au cours du \$ international	55	64
Dépenses générales du gouvernement consacrées à la santé par habitant, au cours du \$ international	14	17

Sources:

^a Indicateurs du développement mondial, années correspondantes (<http://devdata.worldbank.org/dataonline/> acc. 21 juillet 2005)

^b OMS (5)

^c Système d'information statistique de l'OMS, années correspondantes (<http://www3.who.int/whosis/menu.cfm>, acc. 18 juillet 2006)

^d PNUD (2).

^e Statistiques de l'UNICEF (<http://www.childinfo.org/areas/childmortality/infantdata.php> acc. 13 juillet 2005)

^f OMS (3)

^g Comptes nationaux de la santé, années correspondantes (<http://www.who.int/nha/country/en/> acc. 21 juillet 2005).

^h Année 2001.

RWANDA

Estimations démographiques	Année 1993	Année 2003
Population totale ^a	7 608 000	8 395 000
Croissance démographique annuelle (%) 1993-2003 ^b	–	4,2
Taux de dépendance (%) ^{b,c}	98	91
Natalité totale ^{b,c}	6,7	5,7
Indicateurs macroéconomiques ^a	Année 1993	Année 2003
PIB (en US\$ courants)	1 971 348 000	1 637 261 000
Taux de croissance du PIB (annuelle, en %)	-8,1	3,2
PIB par habitant, PPA (en \$ internationaux constants, 2000)	1 047	1 198
Endettement total du gouvernement central (% du PIB)	–	–
Balance des paiements courants (% du PIB)	-6,5	-11,7
Investissements étrangers directs, flux nets (% du PIB)	0,3	0,3
Exportations de biens et services (% du PIB)	5,2	8,6
Importations de biens et services (% du PIB)	20,5	27,7
Inflation, prix à la consommation (annuelle, en %)	12,4	6,9
Taux de change officiel (UML par US\$, moyenne de la période)	144,2	537,7
Indicateurs sociaux	Valeur	Année
Indice de développement humain ^d	0,45	2003
Population vivant au-dessous du seuil de pauvreté national (%), (chiffre le plus récent 1990-2002) ^d	51,2	1990–2002
Population rurale (en % de la population totale) ^a	93,4	2003
Taux d'alphabétisation des adultes ^e	64	2005
Coefficient de Gini ^a	28,9	2001
État de santé ^e	Année 2000	Année 2002 ou 2003
Mortalité des adultes (pour 1000), femmes, 2000, 2003	599	455
Mortalité des adultes (pour 1000), hommes, 2000, 2003	667	541
Espérance de vie en bonne santé à la naissance (en années), femmes, 2000, 2002	32	40
Espérance de vie en bonne santé à la naissance (en années), hommes, 2000, 2002	32	36
Espérance de vie à la naissance (en années), femmes, 2000, 2003	41	46
Espérance de vie à la naissance (en années), hommes, 2000, 2003	39	43
Objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé	Année 2000	Année 2003
Mortalité infantile, deux sexes (pour 1000 naissances vivantes) ^e	118	118
Mortalité infanto-juvénile (< 5 ans), deux sexes (pour 1000 naissances vivantes) ^e	182,3	203
Population ayant durablement accès à une source d'eau améliorée (%), 2002 ^a	–	73
Population ayant accès à des installations sanitaires améliorées (%), 2002 ^a	–	41
Enfants de moins de 2 ans vaccinés contre la rougeole, une dose (%) ^b	–	90
Naissances assistées par des agents de santé qualifiés (%) ^f	30,8	–
Mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes) ^f	1400	–
Enfants de moins de 5 ans en insuffisance pondérale par rapport à l'âge (%) ^f	24,3 ^b	–
Prévalence du VIH chez les 15-49 ans (%) ^f	7,0	–
Décès liés au paludisme (pour 100 000) ^f	186	–
Prévalence de la tuberculose (pour 100 000) ^f	500	–
Décès liés à la tuberculose (pour 100 000) ^f	55	–
Profil du système de santé ^e	Valeur	Année
Nombre de médecins pour 10 000 habitants	0,2	2002
Nombre d'infirmières pour 10 000 habitants	2,1	2002
Effectifs sanitaires pour 10 000 habitants	2,3	2002
Lits d'hôpitaux pour 10 000 habitants	–	–

Budget public	Année 1990 ou 2000	Année 2002 ou 2003
Dépenses générales du gouvernement consacrées à la santé, en % du PIB, 2000, 2002 ^g	2,9	3,0
Dépenses générales du gouvernement consacrées à la santé, en % des dépenses générales du gouvernement, 2000, 2002 ^g	14,8	13,4
Dépenses publiques consacrées à l'éducation, en % du PIB, 1990, 2000-2002 ^d	–	2,8
Dépenses publiques consacrées à l'éducation, en % des dépenses totales du gouvernement, 1990, 2000-2002 ^d	–	–
Dépenses militaires, en % du PIB, 1990, 2003 ^d	3,7	2,8
Dépenses militaires, en % des dépenses du gouvernement central, 2000, 2002 ^a	–	–
Recettes fiscales, en % du PIB, 2000, 2002 ^a	9,0 ^k	–
Service total de la dette, en % du PIB, 1990, 2003 ^d	0,8	1,3
APD reçue (décaissements nets), en % du PIB, 2000, 2002 ^a	17,8	20,7
Aide par habitant (US\$ courants), 2000, 2002 ^a	41,8	43,5
Indicateurs de dépenses sanitaires^g	Année 1998	Année 2002
Dépenses de santé totales, en % du PIB	5	5,3
Dépenses générales du gouvernement consacrées à la santé, en % des dépenses de santé totales	51,3	57,2
Dépenses du secteur privé consacrées à la santé, en % des dépenses de santé totales	48,7	42,8
Caisses de sécurité sociale, en % des dépenses générales du gouvernement consacrées à la santé	0,6	0,6
Régimes de prépaiement et de partage des risques, en % des dépenses du secteur privé consacrées à la santé	0,3	0,3
Règlements directs des ménages sur ressources propres, en % des dépenses du secteur privé consacrées à la santé	67	65,2
Ressources extérieures consacrées à la santé, en % des dépenses de santé totales	50,5	32,8
Dépenses de santé totales par habitant, au cours du \$ international	39	48
Dépenses générales du gouvernement consacrées à la santé par habitant, au cours du \$ international	20	27
Sources:		
^a Indicateurs du développement mondial, années correspondantes (http://devdata.worldbank.org/dataonline/ acc. 21 juillet 2005)		
^b OMS (5)		
^c Système d'information statistique de l'OMS, années correspondantes (http://www3.who.int/whosis/menu.cfm , acc. 18 juillet 2006)		
^d PNUD (2).		
^e Statistiques de l'UNICEF (http://www.childinfo.org/areas/childmortality/infantdata.php acc. 13 juillet 2005)		
^f OMS (3)		
^g Comptes nationaux de la santé, années correspondantes (http://www.who.int/nha/country/en/ acc. 21 juillet 2005).		
^h Année 2000		
^k Dernière année disponible, 1993		

SÉNÉGAL

Estimations démographiques	Année 1993	Année 2003
Population totale ^a	7 860 090	10 239 850
Croissance démographique annuelle (%) 1993-2003 ^b	-	2,4
Taux de dépendance (%) ^{b,c}	94	84
Natalité totale ^{b,c}	6,0	4,9
Indicateurs macroéconomiques ^a	Année 1993	Année 2003
PIB (en US\$ courants)	5 430 816 000	6 496 372 000
Taux de croissance du PIB (annuelle, en %)	-2,2	6,5
PIB par habitant, PPA (en \$ internationaux constants, 2000)	1 302	1 557
Endettement total du gouvernement central (% du PIB)	-	72,8 ^k
Balance des paiements courants (% du PIB)	-8,0	-6,7
Investissements étrangers directs, flux nets (% du PIB)	0,0	1,2
Exportations de biens et services (% du PIB)	22,2	28,4
Importations de biens et services (% du PIB)	28,2	40,5
Inflation, prix à la consommation (annuelle, en %)	-0,6	0,0
Taux de change officiel (UML par US\$, moyenne de la période)	283,2	581,2
Indicateurs sociaux	Valeur	Année
Indice de développement humain ^d	0,458	2003
Population vivant au-dessous du seuil de pauvreté national (%), (chiffre le plus récent 1990-2002) ^d	33,4	1990-2002
Population rurale (en % de la population totale) ^a	50,4	2003
Taux d'alphabétisation des adultes ^e	41	2005
Coefficient de Gini ^a	41,3	1995
État de santé ^e	Année 2000	Année 2002 ou 2003
Mortalité des adultes (pour 1000), femmes, 2000, 2003	303	280
Mortalité des adultes (pour 1000), hommes, 2000, 2003	355	350
Espérance de vie en bonne santé à la naissance (en années), femmes, 2000, 2002	45	49
Espérance de vie en bonne santé à la naissance (en années), hommes, 2000, 2002	45	47
Espérance de vie à la naissance (en années), femmes, 2000, 2003	56	57
Espérance de vie à la naissance (en années), hommes, 2000, 2003	54	54
Objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé	Année 2000	Année 2003
Mortalité infantile, deux sexes (pour 1000 naissances vivantes) ^e	80	78
Mortalité infanto-juvénile (< 5 ans), deux sexes (pour 1000 naissances vivantes) ^e	137,8	137
Population ayant durablement accès à une source d'eau améliorée (%), 2002 ^a	-	72
Population ayant accès à des installations sanitaires améliorées (%), 2002 ^a	-	52
Enfants de moins de 2 ans vaccinés contre la rougeole, une dose (%) ^b	-	60
Naissances assistées par des agents de santé qualifiés (%) ^f	50,5	-
Mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes) ^f	690	-
Enfants de moins de 5 ans en insuffisance pondérale par rapport à l'âge (%) ^f	22,7 ^h	-
Prévalence du VIH chez les 15-49 ans (%) ^f	0,8	-
Décès liés au paludisme (pour 100 000) ^f	71	-
Prévalence de la tuberculose (pour 100 000) ^f	416	-
Décès liés à la tuberculose (pour 100 000) ^f	46	-
Profil du système de santé ^e	Valeur	Année
Nombre de médecins pour 10 000 habitants	0,8	1995
Nombre d'infirmières pour 10 000 habitants	2,9	1995
Effectifs sanitaires pour 10 000 habitants	3,6	1995
Lits d'hôpitaux pour 10 000 habitants	-	-

Budget public	Année 1990 ou 2000	Année 2002 ou 2003
Dépenses générales du gouvernement consacrées à la santé, en % du PIB, 2000, 2002 ^g	2,0	2,3
Dépenses générales du gouvernement consacrées à la santé, en % des dépenses générales du gouvernement, 2000, 2002 ^g	10,3	11,2
Dépenses publiques consacrées à l'éducation, en % du PIB, 1990, 2000-2002 ^d	3,9	3,6
Dépenses publiques consacrées à l'éducation, en % des dépenses totales du gouvernement, 1990, 2000-2002 ^d	26,9	-
Dépenses militaires, en % du PIB, 1990, 2003 ^d	2	1,5
Dépenses militaires, en % des dépenses du gouvernement central, 2000, 2002 ^a	10,4	9,7 ^k
Recettes fiscales, en % du PIB, 2000, 2002 ^a	17,3	17,0 ^k
Service total de la dette, en % du PIB, 1990, 2003 ^d	5,7	3,8
APD reçue (décaissements nets), en % du PIB, 2000, 2002 ^a	9,7	8,8
Aide par habitant (US\$ courants), 2000, 2002 ^a	44,4	44,5
Indicateurs de dépenses sanitaires^g	Année 1998	Année 2002
Dépenses de santé totales, en % du PIB	4,2	5,1
Dépenses générales du gouvernement consacrées à la santé, en % des dépenses de santé totales	36,8	45,2
Dépenses du secteur privé consacrées à la santé, en % des dépenses de santé totales	63,2	54,8
Caisses de sécurité sociale, en % des dépenses générales du gouvernement consacrées à la santé	18,9	14
Régimes de prépaiement et de partage des risques, en % des dépenses du secteur privé consacrées à la santé	2,2	3,5
Règlements directs des ménages sur ressources propres, en % des dépenses du secteur privé consacrées à la santé	97,8	96,5
Ressources extérieures consacrées à la santé, en % des dépenses de santé totales	13,1	16,9
Dépenses de santé totales par habitant, au cours du \$ international	44	62
Dépenses générales du gouvernement consacrées à la santé par habitant, au cours du \$ international	16	28
Sources:		
^a Indicateurs du développement mondial, années correspondantes (http://devdata.worldbank.org/dataonline/ acc. 21 juillet 2005)		
^b OMS (5)		
^c Système d'information statistique de l'OMS, années correspondantes (http://www3.who.int/whosis/menu.cfm , acc. 18 juillet 2006)		
^d PNUD (2).		
^e Statistiques de l'UNICEF (http://www.childinfo.org/areas/childmortality/infantdata.php acc. 13 juillet 2005)		
^f OMS (3)		
^g Comptes nationaux de la santé, années correspondantes (http://www.who.int/nha/country/en/ acc. 21 juillet 2005).		
^h Année 2000.		
^k Dernière année disponible, 2001.		

SRI LANKA

Estimations démographiques	Année 1993	Année 2003
Population totale ^a	16 850 000	19 231 760
Croissance démographique annuelle (%) 1993-2003 ^b	-	0,9
Taux de dépendance (%) ^{b,c}	57	46
Natalité totale ^{b,c}	2,4	2,0
Indicateurs macroéconomiques ^a	Année 1993	Année 2003
PIB (en US\$ courants)	10 353 460 000	18 237 460 000
Taux de croissance du PIB (annuelle, en %)	6,9	5,9
PIB par habitant, PPA (en \$ internationaux constants, 2000)	2 642	3 569
Endettement total du gouvernement central (% du PIB)	96,8	105,5 ^k
Balance des paiements courants (% du PIB)	-3,7	-0,7
Investissements étrangers directs, flux nets (% du PIB)	1,9	1,3
Exportations de biens et services (% du PIB)	33,8	35,8
Importations de biens et services (% du PIB)	43,3	42,4
Inflation, prix à la consommation (annuelle, en %)	11,7	6,3
Taux de change officiel (UML par US\$, moyenne de la période)	48,3	96,5
Indicateurs sociaux	Valeur	Année
Indice de développement humain ^d	0,751	2003
Population vivant au-dessous du seuil de pauvreté national (%), (chiffre le plus récent 1990-2002) ^d	25	1990-2002
Population rurale (en % de la population totale) ^a	76,2	2003
Taux d'alphabétisation des adultes ^e	92,1	2005
Coefficient de Gini ^a	33,2	2000
État de santé ^e	Année 2000	Année 2002 ou 2003
Mortalité des adultes (pour 1000), femmes, 2000, 2003	124	120
Mortalité des adultes (pour 1000), hommes, 2000, 2003	244	235
Espérance de vie en bonne santé à la naissance (en années), femmes, 2000, 2002	64	64
Espérance de vie en bonne santé à la naissance (en années), hommes, 2000, 2002	59	59
Espérance de vie à la naissance (en années), femmes, 2000, 2003	75	75
Espérance de vie à la naissance (en années), hommes, 2000, 2003	68	68
Objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé	Année 2000	Année 2003
Mortalité infantile, deux sexes (pour 1000 naissances vivantes) ^e	16	13
Mortalité infanto-juvénile (< 5 ans), deux sexes (pour 1000 naissances vivantes) ^e	19,8	15
Population ayant durablement accès à une source d'eau améliorée (%), 2002 ^a	-	78
Population ayant accès à des installations sanitaires améliorées (%), 2002 ^a	-	91
Enfants de moins de 2 ans vaccinés contre la rougeole, une dose (%) ^b	-	99
Naissances assistées par des agents de santé qualifiés (%) ^f	94,1	-
Mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes) ^f	92	-
Enfants de moins de 5 ans en insuffisance pondérale par rapport à l'âge (%) ^f	32,9 ^h	-
Prévalence du VIH chez les 15-49 ans (%) ^f	<0,1	-
Décès liés au paludisme (pour 100 000) ^f	6	-
Prévalence de la tuberculose (pour 100 000) ^f	97	-
Décès liés à la tuberculose (pour 100 000) ^f	9	-
Profil du système de santé ^e	Valeur	Année
Nombre de médecins pour 10 000 habitants	3,7	2002
Nombre d'infirmières pour 10 000 habitants	7,9	2000
Effectifs sanitaires pour 10 000 habitants	11,6	2000/02
Lits d'hôpitaux pour 10 000 habitants	22	1999

Budget public	Année 1990 ou 2000	Année 2002 ou 2003
Dépenses générales du gouvernement consacrées à la santé, en % du PIB, 2000, 2002 ^g	1,8	1,8
Dépenses générales du gouvernement consacrées à la santé, en % des dépenses générales du gouvernement, 2000, 2002 ^g	6,1	6
Dépenses publiques consacrées à l'éducation, en % du PIB, 1990, 2000-2002 ^d	2,7	-
Dépenses publiques consacrées à l'éducation, en % des dépenses totales du gouvernement, 1990, 2000-2002 ^d	8,1	-
Dépenses militaires, en % du PIB, 1990, 2003 ^d	2,1	2,7
Dépenses militaires, en % des dépenses du gouvernement central, 2000, 2002 ^a	19,7	13,6
Recettes fiscales, en % du PIB, 2000, 2002 ^a	14,5	14,0
Service total de la dette, en % du PIB, 1990, 2003 ^d	4,8	3,3
APD reçue (décaissements nets), en % du PIB, 2000, 2002 ^a	1,7	2,1
Aide par habitant (US\$ courants), 2000, 2002 ^a	15,0	18,1
Indicateurs de dépenses sanitaires^g	Année 1998	Année 2002
Dépenses de santé totales, en % du PIB	3,4	3,7
Dépenses générales du gouvernement consacrées à la santé, en % des dépenses de santé totales	51,3	48,7
Dépenses du secteur privé consacrées à la santé, en % des dépenses de santé totales	48,7	51,3
Caisses de sécurité sociale, en % des dépenses générales du gouvernement consacrées à la santé	0	0
Régimes de prépaiement et de partage des risques, en % des dépenses du secteur privé consacrées à la santé	1	1
Règlements directs des ménages sur ressources propres, en % des dépenses du secteur privé consacrées à la santé	94,9	95,1
Ressources extérieures consacrées à la santé, en % des dépenses de santé totales	2,8	1,9
Dépenses de santé totales par habitant, au cours du \$ international	102	131
Dépenses générales du gouvernement consacrées à la santé par habitant, au cours du \$ international	52	64

Sources:

^a Indicateurs du développement mondial, années correspondantes (<http://devdata.worldbank.org/dataonline/> acc. 21 juillet 2005)

^b OMS (5)

^c Système d'information statistique de l'OMS, années correspondantes (<http://www3.who.int/whosis/menu.cfm>, acc. 18 juillet 2006)

^d PNUD (2).

^e Statistiques de l'UNICEF (<http://www.childinfo.org/areas/childmortality/infantdata.php> acc. 13 juillet 2005)

^f OMS (3)

^g Comptes nationaux de la santé, années correspondantes (<http://www.who.int/nha/country/en/> acc. 21 juillet 2005).

^h Année 1995

^k Dernière année disponible, 2002.

YÉMEN

Estimations démographiques	Année 1993	Année 2003 ou 2004
Population totale ^a	14 312 000	19 173 160
Croissance démographique annuelle (%), 2004 ^b		3,0
Taux de dépendance (%) ^{c-d}	113	103
Natalité totale ^{c-d}	7,8	6,2
Indicateurs macroéconomiques ^a	Année 1993	Année 2003
PIB (en US\$ courants)	4 900 925 000	10 830 570 000
Taux de croissance du PIB (annuelle, en %)	4,1	3,8
PIB par habitant, PPA (en \$ internationaux constants, 2000)	664	840
Endettement total du gouvernement central (% du PIB)	NA	NA
Balance des paiements courants (% du PIB)	-25,5	1,4
Investissements étrangers directs, flux nets (% du PIB)	18,4	-0,8
Exportations de biens et services (% du PIB)	27,4	31,2
Importations de biens et services (% du PIB)	64,9	35,9
Inflation, prix à la consommation (annuelle, en %)	35,8	10,8
Taux de change officiel (UML par US\$, moyenne de la période)	12,0	183,4
Indicateurs sociaux	Valeur	Année
Indice de développement humain ^e	0,489	2003
Population vivant au-dessous du seuil de pauvreté national (%), (chiffre le plus récent 1990-2002) ^e	41,8	1990-2002
Population rurale (en % de la population totale) ^a	74,3	2003
Taux d'alphabétisation des adultes ^d	49	2005
Coefficient de Gini ^a	33,4	1998
État de santé ^d	Année 2000	Année 2002 ou 2003
Mortalité des adultes (pour 1000), femmes, 2000, 2003	226	227
Mortalité des adultes (pour 1000), hommes, 2000, 2003	278	298
Espérance de vie en bonne santé à la naissance (en années), femmes, 2000, 2002	49	51
Espérance de vie en bonne santé à la naissance (en années), hommes, 2000, 2002	49	48
Espérance de vie à la naissance (en années), femmes, 2000, 2003	62	61
Espérance de vie à la naissance (en années), hommes, 2000, 2003	59	57
Objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé	Année 2000	Année 2003
Mortalité infantile, deux sexes (pour 1000 naissances vivantes), 2000 ^f , 2003 ^g	84	75
Mortalité infanto-juvénile (< 5 ans), deux sexes (pour 1000 naissances vivantes), 2000 ^d , 2003 ^g	110	102
Population ayant durablement accès à une source d'eau améliorée (%), 2002 ^a	-	69
Population ayant accès à des installations sanitaires améliorées (%), 2002 ^a	-	30
Enfants de moins de 2 ans vaccinés contre la rougeole, une dose (%) ^e	-	66
Naissances assistées par des agents de santé qualifiés (%), 2000 ^h , 2003 ^g	22	25
Mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes), 2000 ^h , 2003 ^g	570	361
Enfants de moins de 5 ans en insuffisance pondérale par rapport à l'âge (%), 1997 ^h , 2003 ^g	46,1 ^m	45,7
Prévalence du VIH chez les 15-49 ans (%) ^h	0,1	-
Décès liés au paludisme (pour 100 000) ^h	8	-
Prévalence de la tuberculose (pour 100 000) ^h	178	-
Décès liés à la tuberculose (pour 100 000) ^h	13	-
Profil du système de santé ^d	Valeur	Année
Nombre de médecins pour 10 000 habitants	2,2	2001
Nombre d'infirmières pour 10 000 habitants	4,5	2001
Effectifs sanitaires pour 10 000 habitants	6,7	2001
Lits d'hôpitaux pour 10 000 habitants	6	2001

Budget public	Année 1990 ou 2000	Année 2002 ou 2003
Dépenses générales du gouvernement consacrées à la santé, en % du PIB, 2000, 2002 ^k	1,5	1,0
Dépenses générales du gouvernement consacrées à la santé, en % des dépenses générales du gouvernement, 2000, 2002 ^k	4,9	3,5
Dépenses publiques consacrées à l'éducation, en % du PIB, 1990, 2000-2002 ^e	-	9,5
Dépenses publiques consacrées à l'éducation, en % des dépenses totales du gouvernement, 1990, 2000-2002 ^e	-	32,8
Dépenses militaires, en % du PIB, 1990, 2003 ^e	7,9	7,1
Dépenses militaires, en % des dépenses du gouvernement central, 1999 ^a	22,6 ⁿ	-
Recettes fiscales, en % du PIB, 1999 ^a	9,4 ⁿ	-
Service total de la dette, en % du PIB, 1990, 2003 ^e	3,5	1,6
APD reçue (décaissements nets), en % du PIB, 2000, 2002 ^a	2,8	5,8
Aide par habitant (US\$ courants), 2000, 2002 ^a	15,1	31,4
Indicateurs de dépenses sanitaires ^k	Année 1998	Année 2002
Dépenses de santé totales, en % du PIB	4,9	3,7
Dépenses générales du gouvernement consacrées à la santé, en % des dépenses de santé totales	34,7	27,2
Dépenses du secteur privé consacrées à la santé, en % des dépenses de santé totales	65,3	72,8
Caisses de sécurité sociale, en % des dépenses générales du gouvernement consacrées à la santé	NA	NA
Régimes de prépaiement et de partage des risques, en % des dépenses du secteur privé consacrées à la santé	NA	NA
Règlements directs des ménages sur ressources propres, en % des dépenses du secteur privé consacrées à la santé	87,7	85,8
Ressources extérieures consacrées à la santé, en % des dépenses de santé totales	7,7	3
Dépenses de santé totales par habitant, au cours du \$ international	69	58
Dépenses générales du gouvernement consacrées à la santé par habitant, au cours du \$ international	24	16
Sources:		
^a Indicateurs du développement mondial, années correspondantes (http://devdata.worldbank.org/dataonline/ acc. 21 juillet 2005)		
^b Central Statistical Organization (Yémen) (10).		
^c OMS (5)		
^d Système d'information statistique de l'OMS, années correspondantes (http://www3.who.int/whosis/menu.cfm , acc. 18 juillet 2006)		
^e PNUD (2).		
^f Statistiques de l'UNICEF (http://www.childinfo.org/areas/childmortality/infantdata.php acc. 13 juillet 2005)		
^g Ministère de la santé et de la population du Yémen (11).		
^h OMS (3)		
^k Comptes nationaux de la santé, années correspondantes (http://www.who.int/nha/country/en/ acc. 21 juillet 2005).		
^m Année 1997.		
ⁿ Dernière année disponible, 1999.		

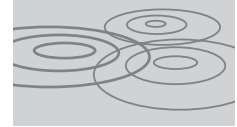
Références de l'Annexe 1

1. *Cambodia Intercensal Population Survey 2004*. Cambodia, National Institute of Statistics, Ministry of Planning, 2004.
2. *Rapport Mondial sur le Développement Humain 2005. La coopération internationale à la croisée des chemins. L'aide, le commerce et la sécurité dans un monde marqué par les inégalités*. New York, Programme des Nations Unies pour le développement, 2005
3. *Rapport sur la santé dans le monde, 2004. Changer le cours de l'histoire*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2004.
4. *Cambodia Country Report*. Washington, DC, Fonds monétaire international, 2004 (Rapport n° 04/331).
5. *Rapport sur la santé dans le monde, 2005. Donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2005.
6. *China Health Statistical Yearbook, 2003*. Beijing (Chine), Ministère de la santé/Union Medical College, 2003.
7. *China Health Statistical Yearbook, 2004*. Beijing (Chine), Ministère de la santé/Union Medical College, 2004
8. National Bureau of Statistics. *China Statistical Yearbook, 2003*. Beijing, China Statistical Press, 2003.
9. National Bureau of Statistics. *China Statistical Yearbook, 2004*. Beijing, China Statistical Press, 2004.
10. *Yemen National Census, 2004*. Yemen, Central Statistical Organization, 2004.
11. *Yemen Family Health Survey, 2003*. Yemen, Ministry of Health and Population, Central Statistical Office/Pan Arab Project for Family Health, 2003.

Annexe 2

**Les maladies chroniques :
un appel à l'action**

The Oxford
Health Alliance



www.oxha.org

Confronting the Epidemic of Chronic Disease

Les maladies chroniques : un appel à l'action²⁹

La santé est un droit humain fondamental; et une population en bonne santé, une condition préalable du développement économique.

Une pandémie mondiale : l'étendue du problème

Les maladies chroniques (ou non transmissibles), telles que les maladies cardiovasculaires ou le diabète, comptent pour 60% des décès dans le monde. L'Afrique mise à part, les maladies chroniques provoquent davantage de décès et d'incapacités que le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme qui font l'objet d'une attention spéciale dans les objectifs du Millénaire pour le développement.

Contrairement à l'idée fautive voulant que les maladies chroniques seraient l'apanage des riches, les maladies cardiovasculaires (MCV) sont devenues la première cause de mortalité dans certains pays en développement : 80% des décès de MCV et 87% des incapacités dues aux MCV se rencontrent dans les pays à revenu faible ou intermédiaire (1). D'ici à 2020, 70% des 10 millions de décès annuels dus au tabagisme surviendront dans les pays en développement.

Entre 1990 et 2020, la proportion des décès causés dans le monde par les maladies chroniques passera de 55.5% à 72.6%, et le nombre des incapacités s'élèvera d'autant.

Les coûts liés aux maladies chroniques

On estime parfois, à tort, que les maladies chroniques n'affecteraient que les personnes ayant atteint l'âge de la retraite, et n'auraient donc qu'un impact économique limité. Pourtant, une part importante de la mortalité due aux maladies chroniques concernera dans l'avenir la tranche d'âge la plus active.³⁰ L'accroissement de la morbidité réduira en outre la productivité, et restreindra la capacité des individus à travailler. Enfin, les mécanismes compensatoires (par exemple, retirer les jeunes filles de l'école afin qu'elles prennent soin d'un parent malade) sont eux aussi à intégrer aux coûts.

Selon l'institut McKinsey, d'ici à 2008, les coûts de la santé supportés par les 500 plus grandes entreprises mondiales deviendront supérieurs au total de leurs profits nets.

Ces derniers sont d'ores et déjà exorbitants. Aux États-Unis, l'American Diabetes Association estimait le coût direct du diabète en 2002 à US\$ 92 milliards (contre US\$ 44 milliards en 1997). Au Mexique, les coûts totaux du diabète (coûts indirects compris) sont estimés à US\$ 320 millions en 2005 (soit une augmentation de 25% en trois ans). Sans une intervention contre les facteurs de risque, cette escalade des coûts se poursuivra.

Les maladies chroniques peuvent avoir des effets dévastateurs tant sur la santé financière des familles que sur la santé macroéconomique des États, car la mortalité des adultes constitue un facteur prédictif fiable de la croissance économique ultérieure. Les programmes sanitaires sont donc à rééquilibrer pour prendre en compte les effets économiques à long terme des maladies chroniques.

Les facteurs de risque

Le problème devient d'autant plus aigu que les changements de comportement font leur chemin dans les sociétés en développement. Les denrées locales fraîches sont remplacées par des produits transformés,

29 Contribution de l'Oxford Health Alliance, Juillet 2005: www.oxha.org.

30 M. Suhrcke et al. *The economic rationale for combating chronic disease*. Londres, Oxford Health Alliance (à paraître).

bon marché et forts en goût, qui sont riches en calories, en sucres, en sel et en matières grasses. L'urbanisation mène à des styles de vie plus sédentaires. Il est facile de se procurer du tabac, et fumer s'impose de plus en plus comme norme dans bien des pays en développement. Les groupes sociaux les plus défavorisés sont particulièrement exposés à ces risques, car ils ne peuvent se permettre les achats plus coûteux qui sont nécessaires à la santé dans le long terme : pour les moins favorisés, les choix les plus faciles sont aussi les plus malsains.

La prévention : une tendance qui s'affirme

La montée des maladies chroniques peut être enrayée, mais seulement par une action concertée. Celles et ceux qui présentent déjà des symptômes de ces maladies devront bénéficier de soins cliniques et d'aides au comportement, et il conviendra d'établir des programmes pour prévenir ou retarder le déclenchement de la maladie. La prévention devra cibler les groupes à risque élevé, et pourra également adopter une approche plus large, basée sur les populations. Le but est ici de créer une culture dans laquelle tous auront accès à des choix favorables à la santé, qu'ils effectueront librement.

Ce besoin de prévention est de mieux en mieux reconnu par les gouvernements comme par les entreprises des pays développés, qui affrontent la spirale des coûts de la santé.

Les interventions contre les facteurs de risque devront viser tout l'éventail des parties : gouvernement, société et individus, entreprises et communauté internationale. L'Oxford Health Alliance favorise le partage d'informations et entreprend des campagnes pour convaincre toutes les parties d'agir contre les facteurs de risque liés aux maladies chroniques.

Interventions

Il n'existe pas de solution toute faite pour prévenir les maladies chroniques. Il conviendra d'encourager la reproduction des expériences réussies, qu'il s'agisse de politiques gouvernementales appliquées au sommet ou d'approches ascendantes reposant sur l'incitation des communautés à adopter de nouveaux comportements.

Gouverner : politiques et persuasion

Le rôle du gouvernement

La sphère d'influence du gouvernement s'étend à l'ensemble de la société et à tous les groupes dont l'adhésion est nécessaire au succès des programmes de prévention. Les gouvernements se trouvent dans une position particulièrement favorable pour aider les plus vulnérables, à savoir les familles les plus pauvres et les enfants. La Convention-cadre pour la lutte antitabac (CCLAT) et la Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé placent les gouvernements en première ligne de la prévention des maladies chroniques.

Les individus ne pouvant anticiper de façon précise les conséquences futures de leurs choix de mode de vie, et procédant donc à des choix d'une rationalité imparfaite, il appartient aux gouvernements d'agir contre les maladies chroniques afin de corriger cet "échec du marché":

- en soignant les personnes atteintes de maladies chroniques;
- en informant les populations afin de permettre aux individus d'effectuer des choix plus éclairés;
- en modifiant la culture et le cadre des achats pour faire en sorte que les choix les plus faciles soient les plus favorables à la santé.

La recherche en matière d'interventions poussera les gouvernements à agir : la recherche sur l'obésité et le manque d'exercice, prévue à la Stratégie mondiale, pourrait ainsi être intégrée aux tâches des commissions en macroéconomie et santé.

Instruments

a) Législatifs

- marketing : restrictions sur la publicité des produits nocifs, notamment destinée aux enfants;
- éducation : assurer que les enfants se livrent à diverses activités sportives et suivent des enseignements nutritionnels pour les inciter à une alimentation saine;
- créer un climat favorable à l'activité physique : construire des pistes cyclables et des espaces verts dans les zones urbaines;
- agir contre la contrebande de cigarettes et l'importation de produits contre-indiqués.

b) Fiscaux

- alourdir les taxes sur l'alcool et le tabac afin de prévenir les comportements néfastes à la santé;
- mettre en place des exonérations sur les formules favorables à la santé (par exemple, en encourageant la production d'aliments locaux).

Contraintes

Les nombreuses contraintes auxquelles font face les gouvernements ne pourront être surmontées que par une sensibilisation forte, appuyée sur une solide recherche concernant les facteurs de risques et sur une juste appréciation de la logique économique présidant à l'action positive.

- Contraintes économiques : c'est-à-dire la concurrence financière entre santé publique, éducation, défense, etc.
- Contraintes politiques : des actions considérées comme restrictives des libertés (interdictions de fumer dans les lieux publics, etc.) risquent de dissuader les individus de reconduire les élus dans leurs fonctions. Le droit immédiat des individus à effectuer de libres choix doit être envisagé au regard des besoins économiques futurs des individus et de la société - mais lorsque les schémas de prévention actuels commenceront à porter leurs fruits, les autorités actuelles auront disparu depuis longtemps.
- Contraintes institutionnelles : par exemple, les accords sur la liberté du commerce peuvent interdire d'empêcher les marques mondiales de remplacer les produits locaux.

Les communautés : culture et éducation

Projets basés sur les populations

Le succès des programmes de prévention dépend de leur adéquation aux communautés auxquelles ils s'adressent. Ces approches "basées sur les populations" supposent un engagement de nombreux niveaux de la société pour amener à modifier les attitudes vis-à-vis des modes de vie défavorables à la santé impliqués dans les maladies chroniques - et ce bien qu'il ne soit pas suffisant d'éduquer les individus à admettre que leur choix de mode de vie est défavorable à la santé, si d'autres options favorables, elles, à la santé, ne sont pas disponibles.

En Chine, la proportion des enfants obèses âgés de 2 à 6 ans est passée de 1,5% en 1989 à 12,6% en 1997.

Les programmes de prévention devraient s'attaquer aux nombreux facteurs de risque des maladies chroniques. Améliorer la coordination et le suivi des projets permet de reproduire ceux qui atteignent leur but, à un moindre coût et de façon plus assurée.

Exemples

Le projet d'Action communautaire de prévention des maladies chroniques de l'Oxford Health Alliance's (CAPCoD) appuie des programmes communautaires en apportant une assistance à leur conception et en les mettant en relation avec les principaux donateurs. Les résultats du projet seront publiés, en vue de faciliter la reproduction des succès enregistrés.

- **Afrique du Sud** : il s'agit d'élaborer et de tester une panoplie d'interventions scolaires. Destinée aux écoles élémentaires, elle permettra à des instituteurs formés de professer l'éducation à la santé, en s'attachant à modifier l'alimentation des enfants et à accroître leur niveau d'activité physique. Les parents seront eux aussi appelés à participer à des programmes de sensibilisation.

- **São Paulo (Brésil)** : il s'agit d'apporter par camion des fruits et légumes frais à des communautés sous-desservies, où les approvisionnements sont insuffisants ou instables. Des animations sont prévues pour fournir une information sanitaire, et proposer matériellement des conseils sympathiques par des cours de cuisine.

D'autres groupes pourraient être particulièrement impliqués dans les projets à base communautaire : les associations de femmes (les femmes étant souvent chargées d'assurer l'alimentation), et les organisations non gouvernementales actives dans les domaines de la santé ou de l'éducation dans les zones démunies.

Contraintes

Le financement des programmes communautaires est limité. Compte tenu des besoins immédiats en matière d'eau potable et de vaccination, et du fait que les bénéfices de la lutte contre les maladies chroniques n'apparaîtront que dans des dizaines d'années, les programmes en question ne seront sans doute pas considérés comme prioritaires. Les donateurs (fondations, gouvernements et organisations caritatives) sont cependant toujours plus conscients de ce que les bénéfices à long terme des programmes, même de faible ampleur, seront infiniment supérieurs à leur coût. Il n'est bien sûr pas question par là de contester l'importance de la lutte contre les maladies infectieuses; mais bien d'élargir le champ des maladies qui doivent être combattues dans les pays en développement.

Les entreprises : occasions et responsabilité

La mondialisation

La mondialisation favorise l'expansion des entreprises, à l'intérieur comme à l'extérieur des frontières, et leur ouvre une multitude de possibilités nouvelles - qu'il s'agisse des industries alimentaires, pharmaceutiques ou du tabac. Il conviendrait d'inciter les entreprises à admettre que ces nouvelles ouvertures doivent avoir pour contrepartie une responsabilité en ce qui concerne les maladies chroniques et leur propagation, et à reconnaître les risques de l'obésité et du tabagisme. En outre, certains chefs d'entreprises reconnaissent déjà leur rôle potentiel dans un changement de normes comportementales favorisant une croissance durable à long terme.

Les cadres volontaires, tels que le "Global Compact" des Nations Unies, devraient inclure la prévention des maladies chroniques afin de favoriser la prise en compte de la question dans les priorités des entreprises.

En Chine, en 2000, 67% des hommes fumaient, contre 4% des femmes seulement. Préserver cette norme à l'encontre du tabagisme féminin empêchera les entreprises cigarettières d'exploiter cet évident créneau de marketing.

Les parties concernées

a) Les salariés

- Dans les pays développés, les entreprises commencent à percevoir les avantages qu'il y a à encourager leurs salariés à adopter un mode de vie sain, en leur donnant accès à des équipements de mise en forme, en favorisant la pratique du cyclisme et en promouvant une alimentation saine.
- La baisse de productivité liée aux maladies chroniques affectera la rentabilité future des investissements. Les entreprises seraient donc bien avisées d'encourager dans leurs filiales des pays en développement, voire dans la chaîne des approvisionnements, des formules culturellement adaptées favorables à des modes de vie sains.

Certaines entreprises nord-américaines, comme PepsiCo ou Johnson & Johnson, ont obtenu un rendement de US\$ 3 pour chaque US\$ dépensé en faveur de leurs programmes de bien-être.

b) Les consommateurs

- L'introduction d'une large gamme de **nouveaux produits alimentaires** peut se faire au détriment de denrées plus traditionnelles, et souvent plus saines. Les entreprises devraient prendre l'initiative d'introduire des informations nutritionnelles claires sur leurs emballages et dans le marketing de nouvelles denrées.

- Les entreprises du **tabac** devraient assumer la responsabilité de leurs propres stratégies de marketing, plutôt que d'y être contraintes par la réglementation, notamment dans les pays dont les gouvernements n'ont pas encore légiféré. La publicité visant les enfants doit être évitée, et les consommateurs avertis des dangers du tabagisme passif.
- L'accès des pays en développement aux médicaments contre certaines maladies infectieuses, comme le VIH/SIDA, est en débat depuis des années : les industries de la **pharmacie** devraient également mettre l'accent sur l'aspirine, les antihypertenseurs et les médicaments antitabagiques.

Contraintes

Les entreprises agissent actuellement sous la double contrainte des cadres législatifs et de la pression d'actionnaires en quête de profits maximaux - bien que les questions sociales prennent une importance croissante. Les gouvernements peuvent ne pas se trouver en mesure de légiférer contre des comportements irresponsables, notamment de la part de grands investisseurs, et les consommateurs peuvent choisir d'acheter des produits néfastes pour la santé. Il est cependant de plus en plus important pour la réputation de l'entreprise qu'elle agisse de façon responsable dans sa sphère d'influence. Les entreprises qui agissent de façon précoce et déterminée dans le domaine de la prévention ont toutes les chances d'en tirer des bénéfices en termes d'image de marque, de notoriété, de santé des salariés, et d'accès à de nouveaux marchés dans le monde en développement.

La communauté internationale : conscience et assistance

La communauté internationale sera forcément amenée à débattre des meilleurs moyens d'enrayer la propagation des maladies chroniques dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Il sera toutefois difficile, dans le cadre actuel du commerce et de l'investissement, de freiner la transition nutritionnelle, avec son afflux de produits bon marché et malsains dans les pays en développement. Les effets potentiellement dévastateurs des maladies chroniques devraient constituer un facteur dans la révision et la négociation des accords sur le commerce et l'investissement. Le droit international peut exercer des effets - la CCLAT a déjà conduit à des augmentations des taxes sur le tabac et à des restrictions sur le marketing.

Quelles que soient les modifications apportées au cadre du commerce et de l'investissement, il ne s'agira probablement pas d'une transition organisée en bonne et due forme, compte tenu des intérêts bien ancrés qui sont ici en cause. En 1999, parmi les 100 plus grandes "économies" du monde, 51 n'étaient pas des États mais des entreprises. Compte tenu de leur énorme poids économique, la collaboration active des très grandes entreprises, dont font partie les géants de l'alimentation et du tabac, constitue un préalable au succès de toute action positive.

Conclusion

Il est désormais à la portée du système économique mondial de transformer les pays en développement en pays développés. Toutefois, dès lors que les États émergent de l'extrême pauvreté, ils encourent un risque sanitaire aigu. À mesure qu'une certaine aisance se répandra dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, il faudra que soient en place des systèmes et des normes assurant que les individus aient la capacité et le désir de mener une vie saine. L'intervention de toutes les parties à tous les niveaux sera nécessaire; et la coordination entre projets et programmes, instruite par les succès et les échecs précédents, devra être une priorité.

Nous en sommes à un point singulier de l'histoire de la santé : agir maintenant contre les facteurs de risque des maladies chroniques contribuerait à enrayer une pandémie future; s'abstenir serait criminel.

Référence

1. Steve Leeder et al. *A race against time: the challenge of cardiovascular disease in developing economies*. New York, Columbia University, 2004.



