



## **Financement d'un ensemble intégré de mesures pour une meilleure gestion des ressources sanitaires**

Préparé pour le séminaire:  
"Financement des ODM et des BPG : quelles ressources pour quels enjeux?"  
Paris, 31 mars 2005

Organisé par  
le Ministre de l'Economie, des Finances et de l'Industrie et  
le Ministre Délégué à la Coopération, au Développement et à la  
Francophonie de la République Française



**Organisation mondiale de la Santé**

**Malgré l'engagement renouvelé en faveur d'une amélioration de la santé des pauvres, les progrès accomplis en vue de la réalisation des OMD sont lents et inégaux. Pour accélérer ces progrès, il faut accroître le financement de la santé par les pays et par les donateurs. Parallèlement, il faut aussi renforcer la gestion nationale des investissements en faveur de la santé.**

## 1. INTRODUCTION

Ces dernières années, l'aide au développement consacrée à la santé a augmenté et de nouveaux engagements ont été pris pour relever les défis de la santé et du développement. Le rapport de la Commission Macroéconomie et Santé de 2001 a démontré que l'amélioration de la santé favorise le développement économique et la réduction de la pauvreté. Les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) ont renforcé l'actualité du dossier santé et développement et mis en place une série de cibles sanitaires largement

acceptées qui permettent de mesurer les progrès accomplis. Des estimations ont été établies quant aux coûts des interventions et des investissements nécessaires dans les systèmes de santé afin d'atteindre les objectifs, notamment par la Commission Macroéconomie et Santé, le Consensus de Copenhague et le projet du Millénaire des Nations Unies (voir l'annexe).

Pourtant, cinq ans après que les dirigeants de la planète ont convenu d'un partenariat mondial pour atteindre les OMD d'ici 2015, on n'a pas constaté d'augmentation sensible de l'aide au développement en matière de santé et les progrès accomplis en vue des objectifs sont lents et inégaux. Ce qui est préoccupant, c'est que les progrès les plus lents en vue de la réalisation des OMD sont justement ceux réalisés par les pays les plus pauvres. L'Afrique subsaharienne et l'Europe orientale ont pris le plus grand retard concernant la réalisation des objectifs liés à la santé, notamment pour ce qui est des cibles liées aux maladies transmissibles.<sup>1</sup> Aucune région en développement n'est en passe d'atteindre la cible concernant la mortalité de l'enfant. En outre, les chiffres nationaux dissimulent parfois d'importants écarts entre différents groupes au sein d'un même pays et il est même concevable que les objectifs soient atteints sans que l'état de santé des plus pauvres ne se soit amélioré.<sup>2</sup>

Dans la plupart des cas, les problèmes qui entravent les progrès nationaux en vue des OMD sanitaires se situent « en amont » : dépenses limitées consacrées au développement humain; appui extérieur insuffisant et fragmentaire ; politiques de santé mal développées ; et institutions trop faibles. Les dépenses publiques insuffisantes en matière de santé se reflètent aussi bien dans le niveau des dépenses que dans le type d'investissements et dans la part importante des coûts que les usagers sont obligés de supporter directement. Des augmentations substantielles de l'aide extérieure pour les secteurs sociaux, notamment la santé, sont nécessaires pour profiter de la croissance économique et de la mondialisation. Mais une transformation de l'acheminement de l'aide est essentielle pour assurer un financement du développement humain qui soit durable et respectueux des priorités nationales. Parallèlement, la gestion nationale des ressources pour la santé doit être renforcée pour que l'augmentation du financement par les ressources internes et par les donateurs en faveur de la santé, soit utilisée de manière cohérente et équitable. Les partenaires du développement peuvent modifier le cours des choses en créant les conditions nécessaires pour un ensemble intégré de solutions capables de mettre en place des systèmes de santé et des institutions solides dans les pays en développement.

## 2. LES DÉPENSES ACTUELLES EN MATIÈRE DE SANTÉ

**Les ressources nationales affectées à la santé doivent augmenter et elles doivent être mobilisées et utilisées de manière plus efficace et plus juste. Les usagers financent une large part des services de santé essentiels de leur propre poche alors que l'Etat privilégie les dépenses d'équipement en milieu urbain.**

### 2.1 Le faible niveau des dépenses publiques consacrées à la santé

Dans bien des pays en développement, les dépenses publiques consacrées au secteur de la santé ne sont pas suffisantes pour atteindre les OMD sanitaires. La Commission Macroéconomie et Santé a recommandé que les pays à revenu faible et intermédiaire accroissent leur budget santé d'un % du PNB en 2007 et de deux % du PNB en 2015. Pour les pays à faible revenu, cela signifie

un supplément de US \$23 milliards en 2007 et US \$40 milliards en 2015.<sup>3</sup>

### 2.2 Affectation inefficace des fonds

En outre, les ressources disponibles ne sont pas utilisées de manière efficace. Les ressources financières consacrées au système de santé peuvent être réparties en dépenses d'équipement (formation du personnel, bâtiments et équipements) et dépenses de fonctionnement (salaires, entretien, fongibles).<sup>4</sup> D'une manière générale, l'Etat consacre une part disproportionnée de ses ressources à des biens d'équipements en pénalisant les dépenses de fonctionnement, notamment les

salaires et l'entretien. Les gouvernements consacrent une part importante du budget de la santé aux hôpitaux qui généralement fournissent des services médicaux personnels et non des biens publics pour la santé. La Figure 1 démontre qu'en Chine, les hôpitaux absorbent la plus grande part des dépenses sanitaires totales. Des pays comme le Cambodge, le Kenya, le Malawi et le Mozambique signalent des dépenses d'équipement représentant 40 à 50 % du budget total de la santé publique pour une ou plusieurs années.<sup>5</sup> La Figure 2 montre qu'au Yémen en moyenne au cours de la période 1999-2003, un quart environ des dépenses sanitaires totales de l'Etat étaient des dépenses

**Composition des dépenses totales consacrées à la santé en Chine, selon les dispensateurs**

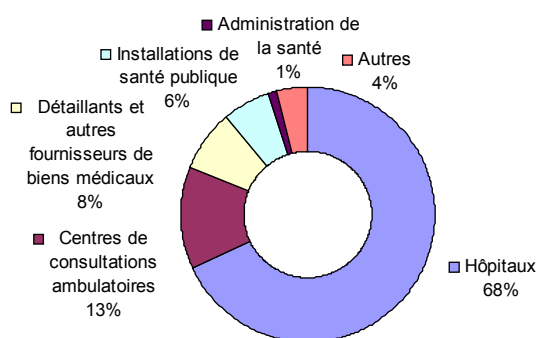
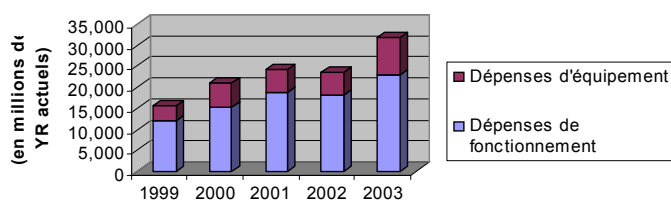


Figure 1. Source: China National Health Accounts 2004.

**Dépenses du Ministère de la Santé publique et de la population, République du Yémen**



**Yémen: dépenses de fonctionnement en 2003**

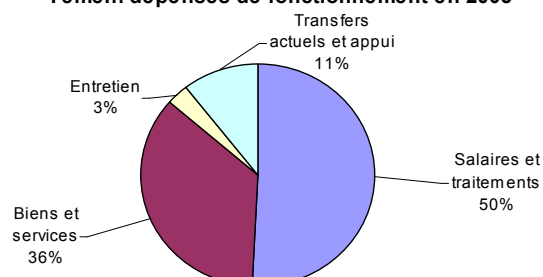


Figure 2. Source: Fairbank, A. Draft Yemen Public Health Expenditure Review, 1999-2003.

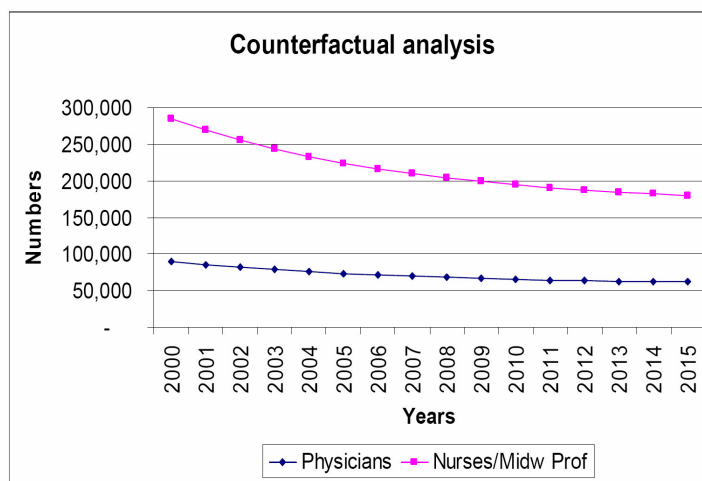
d'investissement. Les installations actuelles sont en sous-effectif, mal entretenues et sous-équipées.<sup>6</sup>

Les dépenses de l'Etat consacrées à la santé ont tendance à profiter davantage à la partie la plus riche de la population<sup>7</sup> et aux régions urbaines par opposition aux régions rurales. Ainsi, par exemple, au Ghana et au Sénégal, plus de la moitié des médecins sont concentrés dans la capitale où vit moins de 20 % de la population.<sup>8</sup> En Chine, les dépenses médicales par habitant en milieu urbain sont 2,27 fois plus élevées qu'en milieu rural et l'écart est en train de se creuser.<sup>9</sup> Au Yémen aussi, on constate que la plupart des soignants et des ressources sont concentrés en milieu urbain.<sup>10</sup> Un autre défi consiste à assurer un transfert efficace des fonds consacrés à la santé jusqu'au niveau où les services sont dispensés. De nombreux pays ont engagé des réformes dans le sens d'une décentralisation visant à améliorer l'efficacité et la qualité des services. Pourtant la coordination entre le centre et la périphérie laissent souvent à désirer. On constate une certaine érosion des fonds avec des pertes à différents niveaux, mais aussi des retards dans l'acheminement des fonds à la périphérie. Au Sénégal, 20 % seulement des dépenses totales consacrées à la santé sont utilisées au niveau opérationnel.<sup>11</sup> Au Malawi, les fonds consacrés à la santé au niveau primaire sont acheminés par les hôpitaux des districts où ils sont souvent détournés de leur fin première, ne parvenant ainsi jamais aux centres de santé primaires.<sup>12</sup> Il est donc indispensable de rationaliser le flux de financement pour garantir que les communautés rurales et pauvres y aient accès.

### 2.3 La crise des ressources humaines

Le financement insuffisant des frais de fonctionnement couvrant les salaires constitue une cause essentielle de la crise actuelle des effectifs qui est encore exacerbée par l'épidémie de VIH/SIDA. La Figure 3 montre la diminution prévue du personnel soignant en Afrique au cours des dix prochaines années. Beaucoup de médecins et d'infirmières de pays en développement émigrent vers les pays développés, attirés par de meilleurs traitements et de meilleures conditions d'emploi. Les soignants qui restent sur place sont souvent peu motivés en raison d'une rémunération insuffisante, de l'absence de possibilités de formation et de moyens insuffisants pour effectuer leur travail. Dans certains pays, on constate un déséquilibre grave entre les différents types de personnel soignant, comme à Sri Lanka où il y a trop de médecins et pas assez d'infirmières.<sup>13</sup> Les soignants sont concentrés dans les centres urbains car il n'y a pas d'incitation à travailler dans des postes isolés en milieu rural. Les institutions financières internationales aggravent la situation en plafonnant les salaires et les effectifs et les donateurs ont souvent négligé l'investissement à long terme en faveur des ressources humaines pour favoriser la formation à court terme ou l'assistance technique étrangère.<sup>14</sup> Or les ressources humaines constituent le facteur le plus important au sein du système de santé et

**Projection of health workforce in Africa based on current trends**



**Figure 3. Source : Forum de haut niveau sur les OMD sanitaires, Abuja, 2004**

l'amélioration de leur gestion est indispensable pour mettre en place une capacité nationale à long terme de fournir des biens pour la santé publique.

## 2.4 Couverture directe des dépenses par l'utilisateur

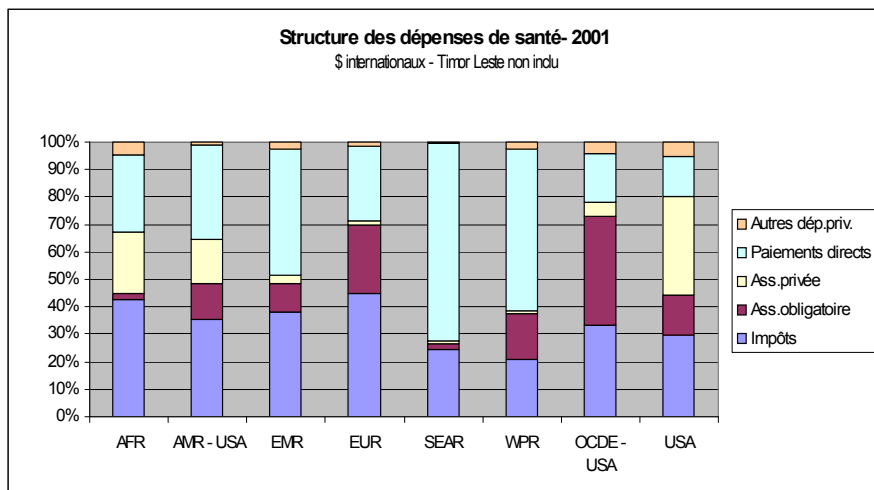


Figure 4. Source: EIP, OMS

Le caractère inefficace et inéquitable du financement de la santé dans de nombreux pays est aggravé par l'importance de la part des dépenses que l'utilisateur couvre directement de sa propre poche. Dans les pays à faible revenu, les dépenses sanitaires privées représentent 73 % des dépenses sanitaires totales<sup>15</sup> et la plus grande partie est directement couverte par l'utilisateur de sa propre poche. Il ressort du *Rapport sur la santé dans le monde, 2000*

que dans 60 % des pays dont le revenu est inférieur à US \$1000 par habitant, les frais couverts directement par l'utilisateur représentent 40 % ou davantage des dépenses sanitaires totales alors que 30 % seulement des pays à revenu intermédiaire et à revenu élevé dépendent dans une mesure aussi importante de cette forme de financement.<sup>16</sup> Les ménages financent la moitié des services de santé dans tous les pays africains sauf les pays à revenu intermédiaire.<sup>17</sup> L'importance des dépenses directement couvertes par l'utilisateur comparativement aux autres formes de financement de la santé apparaît à la Figure 4 pour les différentes Régions.

Les dépenses directement couvertes par l'utilisateur constituent un des principaux facteurs d'appauvrissement. Une étude de la Banque mondiale concernant l'Inde a conclu que ce type de dépenses de santé (qui représente selon les estimations plus de 80 % des dépenses totales consacrées à la santé) fait peut-être tomber 2,2 % de la population en dessous du seuil de pauvreté chaque année.<sup>18</sup> Aucune distinction n'est faite entre les usagers qui ont ou qui n'ont pas la capacité de payer et il n'y a aucun élément de partage des risques. Ce type de dépenses est également généralement inefficace en partie en raison d'une asymétrie de l'information entre le client et le dispensateur qui limite la capacité de l'utilisateur à effectuer des choix rationnels concernant les soins de santé.

**Bien qu'elle ait augmenté, l'aide au développement consacrée à la santé reste inférieure aux besoins réels. Parallèlement, un financement plus efficace par les donateurs s'impose, notamment un appui budgétaire pour couvrir les dépenses de fonctionnement.**

### 3. CARENCES ACTUELLES DE L'AIDE AU DÉVELOPPEMENT EN MATIÈRE DE LA SANTÉ

#### 3.1 Niveaux de l'aide au développement en matière de santé

En 2002, cette forme d'aide a augmenté de US \$1,7 milliard passant de US \$6,4 milliards en 1997-1999 à US \$8,1 milliards.<sup>19</sup> Si cette augmentation est encourageante, elle ne suffit pas pour répondre aux

US \$8,1 milliards.<sup>19</sup> Si cette augmentation est encourageante, elle ne suffit pas pour répondre aux

besoins réels des pays à faible revenu et il faut donc trouver d'urgence des dispositifs de financement novateurs permettant de mobiliser et de préserver les augmentations nécessaires des ressources pour la santé. La Commission Macroéconomie et Santé a recommandé que l'aide au développement en matière de santé atteigne US \$27 milliards par an en 2007 et US \$38 milliards en 2015.<sup>20</sup> En revanche, les pays à revenu intermédiaire ont avant tout besoin d'une assistance technique sur les moyens de traiter les poches résiduelles de pauvreté et d'inégalité dans le cadre du système de santé.

### 3.2 Efficacité de l'aide au développement en matière de santé

Outre l'augmentation de cette forme d'aide, les donateurs doivent se préoccuper de l'efficacité de leurs contributions et chercher à apporter une contribution adéquate au renforcement de la capacité nationale de gérer les ressources sanitaires. Traditionnellement, les donateurs ont apporté la plus grande partie de leur appui à des programmes concernant des maladies et à des projets précis répondant à des intérêts géopolitiques nationaux, ce qui explique que les allocations ne sont pas optimales.

#### 3.2.1 Alignement

L'alignement est défini dans un récent rapport de l'OCDE comme l'engagement pris par les donateurs à fonder l'aide au développement sur les stratégies, les institutions et les procédés nationaux des pays partenaires.<sup>21</sup> Si les donateurs semblent s'aligner sur les stratégies du secteur de la santé dans de nombreux cas, il est moins fréquent de voir les fonds des donateurs intégrés au cadre de dépenses à moyen terme du secteur.<sup>22</sup>

La question de savoir dans quelle mesure les programmes des donateurs sont compatibles avec les autres investissements ou durables à plus long terme est fondamentale. S'ils ont probablement des effets plus importants à court terme, les programmes des donateurs risquent de détourner des ressources humaines et financières des systèmes de santé au sens plus large. En raison de leurs cibles étroites, les approches fondées sur des maladies n'envisagent pas toujours des solutions susceptibles d'accroître l'efficacité du système de santé dans son ensemble. En outre, l'aide publique au développement est sujette à d'importantes fluctuations dans le temps en raison de procédures budgétaires, de modifications des priorités, de retards de caractère administratif ou concernant la prise de décision et de conditions dont est assortie l'aide. Cette volatilité a des effets considérables pour les pays en développement, des effets qui sont mêmes supérieurs aux fluctuations du PIB de ces pays.<sup>23</sup> Le caractère imprévisible de l'aide apportée par les donateurs peut amener les pays à ne pas investir dans des systèmes de santé si l'effort financier ne peut être maintenu en cas de changement des préférences des donateurs. Améliorer le caractère prévisible de l'aide est donc une condition préalable d'une amélioration de son efficacité.

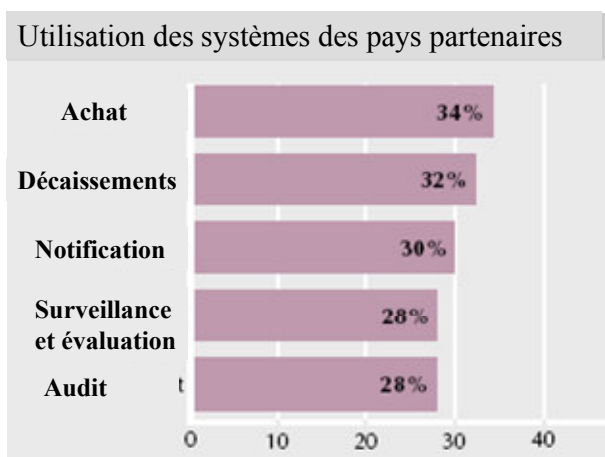


Figure 5. Source: OECD/DAC Survey on Harmonization and Alignment: Measuring Harmonization and Alignment in 14 Partner Countries.

#### 3.2.2 Appui budgétaire

L'appui budgétaire constitue une part croissante de l'aide apportée par les donateurs mais elle reste encore inférieure à un tiers de l'aide totale.<sup>24</sup> La figure 5 indique que les donateurs n'utilisent guère les systèmes des pays, ce qui reflète les faibles niveaux d'appui budgétaire. En contournant les autorités, les

donateurs espèrent éviter des systèmes et des institutions peu développés et atteindre de manière plus satisfaisante les bénéficiaires de l'aide. Or le financement à long terme des dépenses de fonctionnement du secteur social et des services de santé de base s'impose d'urgence. Si l'aide doit avoir des effets durables sur le développement des systèmes de santé, il faut rémunérer les infirmières et les médecins, entretenir et moderniser le matériel et les locaux. Ces dépenses de fonctionnement dépassent souvent la capacité budgétaire des pays pauvres dont l'assise financière est trop faible et qui doivent faire face au poids de la dette extérieure. On admet de plus en plus que des systèmes de santé solides sont une nécessité pour que des programmes de lutte contre des maladies spécifiques puissent être couronnés de succès. Il serait donc souhaitable que des mesures soient prises par les donateurs pour fournir un appui budgétaire durable et assurer le financement des dépenses de fonctionnement, notamment des ressources humaines, afin de renforcer la capacité nationale de fournir des biens publics pour la santé.

### *3.2.3 Harmonisation*

Des activités multiples sans coordination empêchent les gouvernements de gérer l'aide au développement et génèrent des coûts élevés en matière de transactions, de négociations et d'administration. Il ressort de récentes études de pays que les pays continuent à être confrontés au problème de la coordination d'un grand nombre de donateurs qui apportent leur aide par des voies multiples.<sup>25</sup> Il ne semble guère que les donateurs rationalisent les conditions dont l'aide est assortie au niveau sectoriel, notamment en ce qui concerne la santé.<sup>26</sup>

### **3.3 L'approche sectorielle**

L'approche sectorielle présente des possibilités considérables d'améliorer l'engagement national et la rationalisation des mesures des donateurs dans les pays très dépendants de l'aide extérieure. Cette approche implique que tout le financement extérieur disponible pour un secteur, par exemple la santé, est regroupé sous un même programme de politiques et de dépenses faisant l'objet d'une consultation périodique entre le gouvernement bénéficiaire et les donateurs. Ce programme est dirigé par les autorités qui fixent les procédures de gestion. La formule qui représente une modification sensible de la gestion de l'aide n'a pas permis de résoudre tous les problèmes liés aux relations entre donateurs et bénéficiaires. Les études ont par exemple fait ressortir des carences telles qu'un financement insuffisant d'un ensemble d'interventions de base, des liens trop faibles avec les autorités locales et la réforme budgétaire, une aide liée à des conditions excessives et une intrusion excessive des donateurs dans le processus de gestion.<sup>27</sup>

### **3.4 Le dispositif de financement international et les autres dispositifs**

L'idée d'une harmonisation et d'une amélioration du caractère prévisible de l'aide est responsable en grande partie de la notion d'un dispositif de financement international fondé sur l'idée que les pays donateurs qui se sont engagés à augmenter régulièrement leurs contributions à l'aide publique au développement à la Conférence de Monterrey sur le Financement pour le Développement seront amenés tôt ou tard à concrétiser leurs annonces de contributions et qu'un dispositif peut donc être mis en place pour avancer les ressources aux pays en développement par des obligations émises sur les marchés financiers. Des corrélations claires avec la nécessité d'une harmonisation, de la prévisibilité et de la durabilité figurent également dans la proposition du Gouvernement français visant à promouvoir de nouvelles formes de contributions financières internationales à l'aide au développement sur la base

d'une forme d'imposition internationale. Les discussions en cours ont trait au Forum de haut niveau de l'OCDE sur l'efficacité de l'aide ainsi qu'au prochain troisième Forum de haut niveau sur les OMD liés à la santé dont le Gouvernement français sera l'hôte à Paris à la fin de 2005. Ces formules pourraient contribuer de manière non négligeable à des idées novatrices dans cette direction.

**Le renforcement de la capacité nationale peut être obtenu par un ensemble souple d'instruments permettant de surmonter les contraintes en amont afin d'améliorer l'élaboration des politiques et de rendre plus efficace la gestion des ressources. Une meilleure information aux fins de la planification nationale est un élément central des quatre composantes du système : sensibilisation et élaboration d'un consensus ; planification et établissement des coûts, fixation des priorités et financement ; surveillance et évaluation ; et engagement des parties intéressées.**

#### **4. UN ENSEMBLE DE MESURES POUR AMÉLIORER LA GESTION DES RESSOURCES EN MATIÈRE DE SANTÉ**

##### **4.1 Contraintes « en amont »**

Il faut accroître les ressources fournies par les donateurs et les ressources nationales et il faut supprimer les contraintes « en amont » qui limitent l'efficacité des ressources consacrées à la santé.

Dans de nombreux pays en développement, malgré la multiplication des éléments démontrant les avantages socio économiques liés à l'amélioration de la santé et les effets sur la réduction de la pauvreté, un appui politique durable pour un investissement à long terme en faveur de la santé fait encore défaut. Les stratégies du secteur de la santé souvent n'établissent pas des priorités claires, leurs coûts ne sont pas bien fixés, ou financés et les stratégies sont élaborées isolément sans tenir compte du problème du développement dans son ensemble. En particulier, la santé n'occupe pas la place qui lui revient dans de nombreuses stratégies de réduction de la pauvreté. Les cadres stratégiques de lutte contre la pauvreté (CSLP) constituent le principal cadre de planification nationale pour la réduction de la pauvreté dans de nombreux pays à faible revenu et apparaissent de plus en plus comme la base du financement multilatéral et bilatéral à mesure que les donateurs commencent à privilégier l'appui budgétaire. Enfin, les efforts doivent mettre l'accent sur l'amélioration de l'accès aux services de base pour les pauvres qui sont généralement les plus difficiles à atteindre et engendrent les coûts les plus importants.

##### **4.2 Une meilleure information pour la planification et le financement de la santé**

Une meilleure information pour le planification et le financement de la santé au niveau national est au coeur des solutions visant à surmonter ces contraintes. La recherche scientifique fondamentale dans les pays en développement joue un rôle critique à cet égard et elle a été négligée jusqu'ici, par exemple en ce qui concerne l'épidémiologie, l'économie de la santé, les systèmes de santé et la politique de santé ; or la recherche dans ces domaines est cruciale pour améliorer la gestion nationale des ressources de santé.

##### **4.3 Les éléments de l'ensemble intégré de mesures**

Dans le cadre des efforts de macroéconomie et santé et des autres efforts dans les pays, les éléments essentiels d'un ensemble d'outils ont été proposés pour l'élaboration d'une politique efficace et une bonne gestion des ressources de santé. Cet ensemble de mesures est souple et les pays peuvent l'adapter à leur propre situation. Il consiste à apporter un appui dans les principaux domaines suivants :

- Sensibilisation et élaboration d'un consensus
- Planification et établissement des coûts, fixation des priorités et financement
- Surveillance et évaluation
- Engagement des parties intéressées

#### **4.4 Sensibilisation et élaboration d'un consensus**

La sensibilisation et l'élaboration d'un consensus sont nécessaires pour favoriser l'engagement des ministères des finances en faveur des plans nationaux de santé. Dans les pays assurant le suivi en matière de macroéconomie et santé, un dispositif national plurisectoriel regroupant une pluralité de parties intéressées a été mis en place afin de renforcer le dialogue entre les décideurs dans les domaines de la santé et les finances (voir Encadrés 1 et 2). Les recherches sur les avantages des investissements en faveur de la santé au niveau des pays sont regroupées et largement diffusées. La meilleure coordination au niveau technique des ministères en faveur de la planification commune et de l'élaboration des consensus a également été favorisée par le mécanisme national. D'autres secteurs, comme l'éducation ainsi que l'eau et l'assainissement, sont associés au processus.

#### **Encadré 1. La NCMH indienne**

En janvier 2003, le Gouvernement indien a mis en place une Commission nationale pour la Macroéconomie et la Santé (NCMH), coprésidée par le Ministre de la Santé et du Bien Etre familial et le Ministre des Finances. La Commission regroupe des responsables politiques de haut niveau et des représentants des ONG, des milieux universitaires, d'organisations internationales et de la société civile. Elle vise à évaluer les effets de l'augmentation des investissements dans le secteur sanitaire sur la réduction de la pauvreté et le développement économique global de l'Inde ainsi qu'à mettre en place une base factuelle épidémiologique pour le renforcement à long terme des interventions sanitaires essentielles, plus particulièrement en faveur des pauvres.

Le principal organe technique sur lequel s'appuie la NCMH est la sous commission, un petit groupe d'experts des systèmes de santé et d'experts économiques de la NCMH. La sous commission technique de la NCMH est en train d'achever un rapport qui appuie l'idée de l'investissement en faveur de la santé auprès des Ministères des Finances et de la Planification et décrit les réformes nécessaires en matière de systèmes de soins et de systèmes de financement pour assurer une utilisation efficace des ressources. Le rapport est fondé sur la collecte de données et des analyses larges effectuées par des experts nationaux et internationaux afin de donner aux responsables politiques une base factuelle à partir de laquelle des décisions pourront être prises concernant l'allocation des ressources.

#### **4.5 Planification et établissement des coûts, fixation des priorités et financement**

Le dispositif national sert également de catalyseur et coordonne les travaux de recherche très nécessaires sur la situation sanitaire nationale et l'infrastructure pour dégager des informations en vue de la planification et la budgétisation au niveau national. Les comptes nationaux de la santé, qui renseignent sur la quantité de ressources financières utilisées pour la santé, leurs sources et leur utilisation, sont un important instrument qu'il faut continuer à mettre au point. L'accent est mis sur la ventilation des données concernant la situation sanitaire et les dépenses de santé selon le revenu afin que celles-ci ciblent les pauvres. Ces données doivent servir à la mise au point de stratégies du secteur de la santé soigneusement planifiées avec l'indication des coûts de manière à attirer des ressources supplémentaires. Les plans du secteur de la santé doivent définir les principaux goulets d'étranglement afin d'améliorer l'accès aux services de santé essentiels des groupes défavorisés et de proposer une liste de politiques et de réformes permettant un renforcement progressif de la capacité d'absorption.

## 4.6 Surveillance et évaluation

Des systèmes d'information sanitaire pour la surveillance et l'évaluation doivent être mis en place et maintenus. L'information produite doit à son tour servir à la planification et permettre aux autorités d'ajuster les programmes et les dépenses en connaissance de cause. Le réseau de métrologie sanitaire est un effort de ce type qui met l'accent sur le renforcement des systèmes d'information sanitaire dans les pays afin de générer des données fiables pour la prise de décisions. Le réseau associe les pays et leurs partenaires autour d'un cadre commun d'informations pour la santé en tenant compte aussi bien des besoins des pays en matière d'appui que des comportements des donateurs, comme la fragmentation et le chevauchement de certains efforts de collecte de données.

### Encadré 2. Initiative Macroéconomie et santé au Ghana

L'initiative Macroéconomie et santé au Ghana (GMHI) vise à cibler les pauvres et à renforcer les services de santé dont ils bénéficient. L'initiative a été lancée en novembre 2002 et un plan d'investissement pour la santé est en voie d'achèvement. Le Ghana met l'accent sur une approche en faveur des pauvres qui vise à accroître les services de santé essentiels et à favoriser la proximité des installations. Le plan d'investissement est fondé sur la collecte et l'analyse des données sur la charge de morbidité, les contraintes non financières, les dépenses de santé et la pauvreté au niveau du district. Le Gouvernement considère le plan d'investissement sanitaire de l'initiative comme un pas vers la réalisation des OMD sanitaires et liés à la santé. Le plan est un élément essentiel de la stratégie révisée de lutte contre la pauvreté du Ghana (au sein de laquelle les OMD sont intégrés comme cibles de développement) et du programme de travail du Ministère de la Santé pour 2007-2011.

Un comité consultatif de l'initiative a été mis sur pied pour assurer une représentation de haut niveau aux principales parties intéressées et pour donner davantage de poids au Ministère de la Santé vis-à-vis du Ministère des Finances. Le comité consultatif doit apporter des conseils pour la formulation de l'initiative et jouer un rôle de sensibilisation aux niveaux national et international.

## 4.7 Engagement des parties intéressées

Enfin, le dispositif national vise à assurer l'engagement des donateurs et des autres principales parties intéressées à tous les stades du processus de planification en les associant à un consensus autour d'une stratégie nationale du secteur de la santé fondée sur des bases factuelles, à financer à la fois par des ressources nationales et par des donateurs extérieurs. Le rôle de l'ONU, des institutions spécialisées et des milieux universitaires doit être renforcé, car ils apportent l'assistance technique et peuvent contribuer au renforcement de la capacité dans les pays. Les organisations de la société civile sont aussi d'importants partenaires. Dans

certains pays comme le Cambodge, les ONG internationales et locales sont les principaux bénéficiaires de l'aide extérieure et fournissent la plus grande partie des services de santé dont bénéficient les pauvres.<sup>28</sup>

## 5. Conclusions

A mesure que le financement en faveur de l'amélioration de la santé et que des partenariats positifs prennent de l'importance, il importe d'appuyer la transition vers un nouveau modèle de coopération entre pays en développement et pays développés. Les dépenses sanitaires nationales actuelles sont mal gérées et les pratiques des donateurs expliquent l'efficacité limitée du financement extérieur. En apportant un appui financier et technique pour surmonter les contraintes en amont, les donateurs

peuvent contribuer à un renforcement progressif de la capacité nationale pour améliorer durablement les résultats en matière de santé.

Comme le fait observer le rapport Landau, le caractère irrégulier de l'aide actuelle est dû principalement au comportement imprévisible des donateurs, aux résultats en dents de scie des pays bénéficiaires et à l'instabilité économique des pays pauvres, et ces facteurs ont tendance à se renforcer mutuellement.<sup>29</sup> Trois principaux domaines de préoccupation dans plusieurs pays en développement engagés dans les activités macroéconomie et santé – le niveau insuffisant des ressources, les conditions macroéconomiques rigides dont est assorti le régime d'aide actuel et les problèmes de gestion dus à la fragmentation de l'aide au développement – renforcent l'argument en faveur de solutions ingénieuses pour la mise en place de dispositifs de financement prévisibles et durables répondant aux besoins des pays pauvres.

Il serait souhaitable que les partenaires du développement proposent des solutions novatrices permettant de mettre en place des systèmes et des institutions de santé plus solides et plus durables susceptibles d'aider les pays en développement à atteindre plus rapidement les OMD et à assumer leur rôle dans la fourniture des biens publics mondiaux pour la santé.

## Annexe<sup>30</sup>

### Estimation des coûts mondiaux du renforcement des interventions et prestations en matière de santé

Source de l'estimation	Type de coût estimé	Services visés	Coût estimé
1993 – World Development Report	Total	Services de santé publique, ensemble de mesures cliniques essentielles	US \$62 milliards par an pour tous les pays en développement (\$15/personne) ; \$12/personne dans les pays à faible revenu
2001 – Commission Macroéconomie et santé	Total et progressif, y compris l'ajustement pour le processus de renforcement	49 interventions sanitaires prioritaires visant les principales causes de mortalité évitables	Coûts progressifs de \$66 milliards par an en 2015 pour tous les pays à faible revenu(\$21/personne) ; coût total \$34/personne
2002 – Fixation des coûts de la réalisation des OMD	Progressif	Interventions préventives et cliniques prioritaires visant la mortalité infantile, la mortalité des moins de cinq ans, la mortalité maternelle, le VIH/SIDA, le paludisme et d'autres maladies	\$20-25 milliards par an (cibles sanitaires) \$54-62 milliards pour tous les OMD
2004 – Consensus de Copenhague : le défi des maladies transmissibles	Progressif	Lutte contre le paludisme (ITN, IPTp, ACT) Lutte contre le VIH/SIDA (session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies) Renforcement des services de santé essentiels (interventions essentielles WDR 1993)	\$2,94 milliards \$7,35 milliards \$337 milliards
2005 – Projet du Millénaire des Nations Unies	Progressif	Renforcement des interventions de lutte antipaludique (OMS) VIH/SIDA (ONUSIDA) Lutte mondiale contre la tuberculose et élaboration d'un nouvel instrument (Halte à la tuberculose)	\$3 milliards au cours de la période 2005-2015 \$11,6 milliards en 2005, \$19,9 milliards en 2007 Au moins \$1 milliard, ce qui est considéré comme insuffisant

## Notes

- 
- <sup>1</sup> Wagstaff A and Claeson M. Rising to the Challenges: the Millennium Development Goals for Health. (Washington: World Bank, 2004) 32-38.
- <sup>2</sup> World Health Organization. Achievement of the health-related Millennium Development Goals: status report. EB 115/5.
- <sup>3</sup> The Report of the Commission on Macroeconomics and Health. Geneva: World Health Organization, 2001.18.
- <sup>4</sup> World Health Report 2000, Health Systems: Improving Performance (Geneva: World Health Organization, 2004) 75-77.
- <sup>5</sup> WHR 2000, 76.
- <sup>6</sup> Fairbank, A. Draft Public Expenditure Review, Health Sector, Republic of Yemen, 1999-2003. 2.
- <sup>7</sup> Gwatkin D, Bhuiya A, and Victora C. "Making Health Systems More Equitable". The Lancet, vol. 364, 2 October 2004, 1273-1280.
- <sup>8</sup> World Development Report 2004: Making Services Work for Poor People. (Washington: World Bank, 2003) 152.
- <sup>9</sup> China National Health Accounts 2004, 22.
- <sup>10</sup> Fairbank, 8-9.
- <sup>11</sup> Toonen, J. Towards Pro-poor Health Planning in the Context of Macroeconomics and Health: Country Case Study Senegal. WHO, October 2004. 14.
- <sup>12</sup> Conticini, A. Macroeconomics and Health in Malawi: What Way Forward. WHO, October 2004. 64.
- <sup>13</sup> Macroeconomics and Health initiatives: Sri Lanka. WHO Sri Lanka, 2002. 11.
- <sup>14</sup> Chen, L. Harnessing the Power of Human Resources for Achieving the MDGs. High-Level Forum on the Health MDGs. WHO Geneva, 2004.
- <sup>15</sup> World Bank Health Nutrition and Population Statistics. <http://devdata.worldbank.org/hnpstats/>.
- <sup>16</sup> WHR 2000, 96.
- <sup>17</sup> Health Expenditures, Services and Outcomes in Africa. World Bank, 2000. <http://www.worldbank.org/af/finding/english/find157.htm>
- <sup>18</sup> World Bank. Raising the Sights: Better Health Systems for India's Poor. Health, Nutrition, Population Sector Unit. India, South Asia Region, 2001.
- <sup>19</sup> Michaud, C. Development Assistance for Health: Recent Trends and Resource Allocation. Paper prepared for the 2<sup>nd</sup> Consultation on Macroeconomics and Health, October 2004.
- <sup>20</sup> CMH Report, 18.
- <sup>21</sup> Overview of the Results of the OECD Development Co-operation Directorate Survey on Harmonization and Alignment. Can be accessed at <http://www.oecd.org/dataoecd/31/37/33981948.pdf> . 6.
- <sup>22</sup> OECD Development Co-operation Directorate Survey. 15.
- <sup>23</sup> Bulir and Hamann. How volatile and unpredictable are aid flows and what are the policy implications ?, IMF Working Paper WP/01/167 (2001).
- <sup>24</sup> Foster, M. Lessons from Country Experience in Implementing the Health-Related Millennium Development Goals: Synthesis Report. 13.
- <sup>25</sup> Foster, 14.
- <sup>26</sup> OECD Development Co-operation Directorate Survey. 11.
- <sup>27</sup> ODI, Sector-Wide Approaches for Health Development. A review of Experience, WHO/GPE/00.1, 2000.
- <sup>28</sup> Michaud, C. External Resource Flows to the Health Sector in Cambodia. WHO, 2005.
- <sup>29</sup> Rapport au Président de la République: Les nouvelles contributions financières internationales. Groupe de travail présidé par Jean-Pierre Landau. La Documentation Française: Paris, 2004.
- <sup>30</sup> Adapted from "Achieving Universal Coverage with Health Interventions". The Lancet, vol. 364, 23 October 2004, 1547 and Millennium Project Task Force reports.