

La crise financière et la santé dans le monde

**Rapport d'une consultation de haut niveau
Organisation mondiale de la Santé, Genève
19 janvier 2009**

INTRODUCTION

1. Face aux préoccupations exprimées par les Etats Membres, le Directeur général a convoqué avant l'ouverture de la cent vingt-quatrième session du Conseil exécutif une consultation de haut niveau sur les effets de la crise financière et économique mondiale. Les objectifs étaient les suivants :

- a) mieux faire prendre conscience de la façon dont le ralentissement de l'activité économique peut affecter les dépenses consacrées à la santé, les services de santé, la demande de soins et les résultats en matière de santé ;
- b) sensibiliser l'opinion à l'importance du maintien des investissements en faveur de la santé ; et
- c) définir des mesures – y compris la surveillance de signes avant-coureurs – qui peuvent contribuer à atténuer les effets négatifs du ralentissement de l'activité économique.

2. La note d'information préparée pour la réunion est jointe en annexe 1, tandis que le programme et la liste des intervenants figurent à l'annexe 2. La présente note récapitule les principaux aspects du débat et les conclusions de la réunion.

Tous les pays seront touchés mais certains le seront plus que d'autres

3. Du fait de la crise financière dans les pays de l'OCDE, le monde risque de faire face au plus **grave ralentissement de l'activité économique** depuis les années 1930. On estime que, du fait des augmentations passées du coût des denrées alimentaires et de l'énergie, plus de 100 millions de personnes ont replongé dans la pauvreté. Le défi que doit relever le monde aujourd'hui est d'éviter que la crise économique ne se transforme en crise sociale et sanitaire.

4. Les crises antérieures survenues dans les années 1980 et 1990 avaient débuté dans les pays en développement. Dans le cas actuel, la crise a débuté dans le monde industrialisé ; il est donc possible que l'ensemble de ses effets ne se soit pas encore fait sentir dans les pays en développement. En même temps, pour les nombreux pays à faible revenu confrontés à des difficultés financières chroniques, le problème n'est pas nouveau. **Une grave crise sévit déjà sur le plan humain.** Le problème vient de ce que leur situation risque d'empirer à mesure qu'ils seront touchés par le ralentissement, pour des raisons totalement indépendantes d'eux.

5. **Certains pays sont particulièrement exposés.** Il s'agit notamment de pays développés qui ont eu besoin d'une aide d'urgence du Fonds monétaire international et où des restrictions budgétaires pourraient être imposées durant le remboursement des prêts. De nombreux pays en développement sont dans une situation budgétaire bien meilleure que lors des crises antérieures et la plupart d'entre eux vont continuer à connaître une croissance économique, bien qu'à un rythme plus lent. Cependant, ceux qui dépendent fortement des financements de donateurs dans le domaine de la santé risquent de voir ces aides diminuer. La population des pays touchés par un conflit ou se trouvant au sortir d'un conflit est particulièrement vulnérable puisque les réserves financières sont très limitées, les institutions fragilisées et les infrastructures endommagées. D'autres, en particulier les petits Etats insulaires en développement, doivent affronter un ralentissement de l'activité économique tout en étant menacés par l'impact imminent du changement climatique.

6. Malgré tout, dans les pays à revenu élevé ou les pays à faible revenu, ce sont les pauvres – et les personnes paupérisées par une perte de revenu ou de logement – qui seront les plus durement touchés. Il est tout aussi important de repérer les **populations vulnérables** que les pays vulnérables.

Solidarité en temps de crise : sauvegarder les progrès, honorer les engagements et tenir les promesses

7. Ces dernières années, les gouvernements de nombreux pays à faible revenu ont augmenté leurs dépenses consacrées à la santé. L'aide en faveur de la santé a doublé entre 2000 et 2006 et les engagements globaux dans ce domaine se sont accrus. Bien des pays ont réalisé des progrès remarquables en vue de la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement. Avancer sensiblement vers une réduction des taux de pauvreté absolue est désormais une possibilité réelle.

8. Pour éviter que la crise financière et économique ne réduise à néant ces aspirations et ces réalisations, il faut que s'instaure une véritable **solidarité** :

- a) entre les gouvernements bailleurs de fonds et les pays qui ont besoin de leur appui : garantir les niveaux promis d'aide au développement ;
- b) entre les gouvernements et la population : promouvoir une dimension éthique dans les politiques publiques – et, en particulier, maintenir les services sanitaires et sociaux essentiels ; et
- c) entre citoyens : partager les risques et responsabilités, ce qui est la base d'un système de santé solide.

9. La **société civile** doit maintenir la vigilance en ce qui concerne les engagements des gouvernements, des donateurs et des organismes internationaux.

10. Pour résumer les choses, la crise financière a suscité un examen des valeurs sociétales à travers le monde. De même, la riposte dans le domaine de la santé devrait s'inscrire dans la perspective d'une transformation et promouvoir la **justice sociale** en tant qu'idée-force.

On peut faire beaucoup pour atténuer les répercussions de la crise financière

11. Les effets de la crise se font de plus en plus sentir dans de nombreux pays à faible revenu et à revenu intermédiaire : les flux financiers privés diminuent (de US \$1000 milliards, ils sont revenus à la moitié de ce montant) ; les investissements directs étrangers et les transferts de fonds diminuent ; enfin, les exportations des pays en développement reculent en prix et en volume. Le chômage et la baisse de recettes qui en résultent ont des répercussions sur le revenu des ménages, le budget public et la capacité d'autres acteurs du secteur privé et bénévole à contribuer à l'effort de santé. Or, tout ceci s'inscrit dans un contexte où les besoins s'amplifient dans le domaine de la santé.

12. Les participants à la consultation ont donné de nombreux exemples des moyens de protéger la santé et les dépenses consacrées à la santé en temps de crise. Ils se sont entendus pour reconnaître que le monde est relativement mieux préparé à affronter la crise que dans les années 1980. Même s'il est urgent de prendre des **mesures à court terme** pour atténuer les conséquences négatives de la crise, de nombreux participants ont souligné la nécessité de voir les choses à **plus long terme**, ce qui permettra à l'avenir de conférer une plus grande résilience au secteur de la santé.

Préserver les dépenses consacrées à la santé

13. Contrairement à ce qui s'est passé lors des crises précédentes, plusieurs pays ont fait état d'une *augmentation* du budget de la santé. Ceux qui s'attendaient à subir des pressions croissantes du ministère des finances ont besoin d'arguments reposant sur des bases factuelles pour démontrer les **avantages économiques des investissements réalisés dans le domaine de la santé**. D'autres ont fait observer que l'accès aux soins de santé est un **droit** en tant que tel – ce qui doit aussi s'inscrire dans les argumentations présentées aux gouvernements et aux institutions financières.

14. Il se peut qu'une politique visant à protéger les dépenses consacrées à la santé soit nécessaire, mais elle n'est pas toujours suffisante. Au Brésil, l'expérience a montré qu'il fallait préciser la part des budgets des Etats et des budgets municipaux qui devaient être alloués à la santé. La Banque mondiale a mis en relief la nécessité de veiller à ce que les dépenses consacrées à la santé soient **axées sur les pauvres** puisque, comme le montre l'expérience, les retombées de ces dépenses peuvent autrement être récupérées par les ménages plus favorisés.

Sauver des vies et protéger les revenus

15. Plusieurs participants ont souligné l'importance de la protection sociale, rappelant le lien entre la nécessité de **sauvegarder les revenus en même temps que la santé** – par exemple, moyennant des programmes d'emplois temporaires comportant en eux-mêmes des avantages sociaux, comme la construction d'écoles ou de dispensaires. Là encore, le ciblage est extrêmement important, car il faut veiller à ce que les dépenses engagées par le biais de programmes offrant un filet de sécurité atteignent ceux qui en ont le plus besoin. Le participant du Mexique a insisté sur le potentiel qu'offrent les programmes consistant à remettre de l'argent à des familles pauvres pour les encourager à faire appel à des interventions préventives en santé.

16. La protection sociale appelle une **coordination des grandes orientations** entre divers secteurs – il s'agit de relier les mesures politiques visant à stabiliser les prix, à réduire le coût des denrées alimentaires, à aider les gens à payer leur assurance-maladie et à maintenir leurs enfants dans le système scolaire. La protection sociale au niveau de la *santé* – c'est-à-dire la mise en commun des risques par des mesures fiscales ou des systèmes d'assurance pour le financement de la santé – est un aspect essentiel de cet ensemble.

Améliorer l'efficacité et le rendement des dépenses consacrées à la santé

17. De l'avis général, si les budgets publics sont comprimés et si les revenus des ménages diminuent, la **demande de services publics va augmenter**. L'expérience a montré que les dépenses du secteur privé ont tendance à diminuer en cas de ralentissement de l'activité économique, car les patients renoncent à se faire soigner ou se tournent vers le secteur public, s'ils peuvent s'y faire soigner à un coût moindre. Sauf si les services du secteur public sont sûrs de bénéficier dans de telles circonstances d'un appui financier suffisant, la qualité des soins risque de se dégrader.

18. En ce qui concerne le principe de solidarité, plusieurs participants ont souligné qu'il était important d'oeuvrer en faveur de la couverture universelle, dans le cadre d'une **approche globale fondée sur les soins de santé primaires**. A cet égard, les stratégies destinées à atténuer les répercussions de la crise financière doivent être vues également comme des **chances de réforme** – réforme et du financement et de l'organisation des services. Comme tous les participants l'ont reconnu, la recherche d'une plus grande efficacité doit encourager la recherche de modalités de travail plus efficaces et plus intelligentes et non pas se borner à des compressions budgétaires.

19. L'importance de **maintenir l'appui à la prévention** a été l'un des thèmes récurrents du débat sur l'accroissement de l'efficacité des dépenses de santé. Les soins curatifs retiennent davantage l'attention des décideurs et il est tentant de sacrifier des activités de prévention face aux pressions exercées sur le budget. Pour gérer le secteur de la santé en temps de crise, il est indispensable de trouver le juste équilibre entre le maintien des services curatifs essentiels et le soutien aux programmes de prévention – et de convaincre les économistes du ministère des finances de leur intérêt.

20. L'amélioration de la santé est la résultante d'activités qui concernent l'ensemble de la société. La **riposte à la crise doit être multisectorielle** et il faut progresser sur le plan sanitaire en démontrant l'importance de la santé dans toutes les mesures politiques. Le participant de la Nouvelle-Zélande a fait observer que les organismes internationaux et les banques de développement devaient réexaminer leurs propres investissements afin de voir comment ils prennent en compte les grands **déterminants économiques et sociaux de la santé**.

Collaboration entre les pays et à l'intérieur des pays

21. Les **organisations de la société civile, dans la mesure où elles dispensent des services et mènent une action de sensibilisation**, sont amenées à jouer un rôle de premier plan, en particulier en temps de crise. Les pouvoirs publics devraient reconnaître ce rôle et utiliser tous les avantages qu'il offre.

22. Il a été noté que les pays de la Région OMS de l'Europe se réuniront à Oslo en avril 2009 pour examiner les effets de la crise financière dans le domaine de la santé et des participants ont demandé, des exemples ayant été cités, la mise en place d'une **direction régionale** et d'activités concertées – pour surveiller la coopération à l'appui du développement ainsi que les effets sur les services de santé des pays aux prises avec des problèmes similaires.

23. Les participants ont insisté sur une caractéristique essentielle de cette crise, à savoir la **rapidité** de son évolution, et l'**incertitude** qu'elle génère de ce fait chez les responsables politiques. La sortie de cette crise dépendra à la fois de la rapidité des évaluations, de l'efficacité de la communication, de la confrontation des expériences, ainsi que de la rationalité et de la souplesse de l'organisation du travail.

Améliorer le suivi, l'analyse et la recherche à l'appui des politiques

24. Les crises antérieures n'offrent guère de pistes pour la définition des meilleures pratiques. Les participants ont instamment demandé plus de rigueur dans le suivi et l'analyse – et le recours à des méthodes scientifiques et à la modélisation. L'analyse devrait fournir les bases sur lesquelles établir des **plans d'urgence** efficaces pour certains aspects des soins, tels les soins aux personnes âgées et les systèmes d'assurance liés à l'emploi.

25. La surveillance des **signes avant-coureurs** nécessite des informations émanant de sources différentes. Les organisations internationales – en particulier la Banque mondiale, l'OMS et les banques régionales – ont été instamment priées d'agir de concert.

26. La **recherche** ne doit pas être considérée comme un luxe. Elle peut au contraire jouer un rôle critique dans la conception de la riposte sanitaire à la crise.

Aide en faveur de la santé

27. Les pays en développement auront absolument besoin d'aide pour continuer de financer les services essentiels. Au-delà de la nécessité pour les donateurs d'honorer leurs engagements, les participants ont insisté sur l'égalité importance de la **quantité et** de la **qualité de l'aide** fournie. Le recours à des sources innovantes de fonds (actuellement à l'étude par le Groupe spécial de haut niveau sur les **mécanismes novateurs** de financement des systèmes de santé) peut aider à recueillir des moyens accrus pour la santé. Plusieurs pays et plusieurs membres du groupe ont toutefois privilégié une plus grande **prévisibilité** des financements extérieurs – et ce afin de faciliter la planification et d'améliorer l'utilisation des fonds. Il a également été proposé que tous les organismes donateurs, mais en particulier le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme et l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination s'efforcent de rationaliser davantage leurs systèmes de demande de financement.

28. Le **cloisonnement** entre les nombreux acteurs différents et les canaux de financement a été cité comme un problème majeur dans de nombreux pays bénéficiant d'une aide. Les initiatives comme le Partenariat international pour la santé – qui s'emploie à appliquer les principes de la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide et du programme d'action d'Accra dans le secteur de la santé – doivent déboucher sur des progrès plus rapides.

Conclusions : un cadre d'action en cinq points

29. Les participants à la consultation ont proposé cinq domaines dans lesquels les mesures prises aux niveaux national, régional et mondial – avec l'appui de l'OMS – aideront à assurer la viabilité du secteur de la santé à l'issue de la crise.

Direction

Les responsables du secteur de la santé doivent être prêts à s'exprimer – sans équivoque et en s'appuyant sur des données solides – et à défendre la cause de la santé en temps de crise. Ils devront le faire dans les pays, où les ministres de la santé et leurs collaborateurs travaillent avec les ministères des finances. Les institutions régionales peuvent être un puissant moteur de rapprochement des pays. Au niveau mondial, la nécessité de préserver les avancées dans le domaine de la santé et de veiller à ce que les donateurs respectent leurs engagements devra être réitérée lors des réunions des dirigeants mondiaux. L'OMS devra défendre vigoureusement la santé dans son action de sensibilisation.

Suivi et analyse

Les plans d'urgence doivent s'appuyer sur des données de qualité. Les effets de la crise varieront à l'évidence d'un pays à un autre. Des analyses par pays seront donc indispensables pour orienter les politiques et pour évaluer les effets potentiels sur différents groupes et différentes institutions. Les systèmes d'alerte précoce devront s'appuyer sur la collaboration entre des organisations aux domaines de compétences complémentaires. L'OMS s'attachera en particulier à suivre les flux financiers en faveur de la santé émanant des pouvoirs publics et des bailleurs de fonds ainsi que le coût et la disponibilité des médicaments et d'autres formes de soins.

Dépenses publiques en faveur des pauvres et en faveur de la santé

De l'avis général, les dépenses publiques contracycliques sont un moyen de redynamiser l'économie. L'aide contribuera dans une large mesure à une relance que de nombreux pays à faible revenu ne peuvent financer seuls. La difficulté consiste à s'assurer que les dépenses sont véritablement engagées en faveur des pauvres et que, là où cela est possible, elles influent positivement sur la santé. Les investissements dans les infrastructures offrent une voie, mais d'autres moyens de protéger les vies et les revenus existent également. Des mesures à court terme peuvent être le point de départ de dépenses publiques futures à caractère plus éthique.

Politiques pour le secteur de la santé

Les soins de santé primaires constituent une approche d'un très grand intérêt en situation de crise financière. Leur pertinence, aujourd'hui encore, réside dans les valeurs sur lesquelles ils reposent – privilégiant l'importance de l'équité, de la solidarité et de la sexospécificité; par la participation de tous – et l'objectif de la réalisation de la couverture universelle et du partage des risques; par une approche multisectorielle destinée à améliorer les résultats; et par l'utilisation des avantages qu'offrent tous les acteurs du domaine de la santé dans les secteurs privé, bénévole et non gouvernemental. L'OMS devrait apporter un soutien, sur demande, par l'intermédiaire des bureaux de pays, appuyés, le cas échéant, par les bureaux régionaux et le Siège.

Nouveaux modes d'action dans le domaine de la santé internationale

La communauté sanitaire internationale, dans le contexte de la crise financière, doit se poser des questions fondamentales quant à son mode de fonctionnement, à savoir : comment réduire les chevauchements et les double emploi entre différents organismes; comment promouvoir une synergie accrue entre divers programmes de santé; comment éviter que des interventions importantes de promotion de la santé dans des domaines tels que la nutrition et l'assainissement soient négligées; comment accélérer la réforme de l'Organisation des Nations Unies; comment harmoniser un nombre accru d'initiatives spécifiques avec les priorités des pays? Les progrès dépendront des mesures prises aux niveaux national, régional et mondial. L'OMS s'emploie aussi à renforcer son efficacité et elle travaille à la rationalisation de ses activités, à la recherche de méthodes de travail nouvelles et mieux adaptées, ainsi qu'à l'examen de ses priorités.

ANNEXE 1

NOTE D'INFORMATION/2009

16 janvier 2009

Consultation de haut niveau sur la crise économique et financière et la santé dans le monde

La crise financière et la santé dans le monde

1. La **crise financière** déclenchée par les difficultés sur le marché hypothécaire des « sub-primes », qui a failli conduire à l'effondrement du système bancaire international, continue de se propager. Certains pays ont déjà reçu d'importants fonds d'urgence du FMI et d'autres sont en pourparlers avec cette organisation pour en obtenir à leur tour. On sait aussi que beaucoup d'autres pays sont confrontés à de graves problèmes financiers. La réduction massive des richesses qui en résulte a déjà plongé plusieurs pays membres de l'OCDE dans la récession (celle-ci étant définie par deux trimestres successifs de croissance négative du produit intérieur brut). Pour la première fois depuis 1980, on constate une réduction du commerce mondial. La récession n'est pas encore mondiale, mais des contrecoups sont inévitables dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire. Même si l'on n'en mesure pas encore clairement la forme, l'ampleur et la durée, de nombreux experts craignent que l'on soit confronté au ralentissement le plus important de l'activité économique depuis les années 1930.

2. En matière de santé, des progrès sensibles ont été accomplis en vue d'atteindre les **objectifs du Millénaire pour le développement**, mais de nombreux défis restent à relever. Des progrès ont été enregistrés en ce qui concerne la réduction de la mortalité de l'enfant et le traitement et la prévention du VIH/sida, de la tuberculose, du paludisme, de la poliomyélite et des maladies tropicales négligées. En revanche, la situation n'a guère évolué sur le front de la mortalité de la mère et du nouveau-né, surtout en Afrique ; la nutrition a été reléguée au second plan ; et, dans de nombreux pays, plus de la moitié de la population n'a toujours pas accès à des moyens d'assainissement de base ni aux médicaments essentiels. Plusieurs pays, notamment en Afrique, ont pu profiter de la croissance économique pour augmenter le niveau des dépenses intérieures consacrées à la santé. L'aide en faveur de la santé, provenant aussi bien de sources traditionnelles que nouvelles, a plus que doublé ces dernières années. Les conséquences économiques de la crise financière mondiale remettent en cause ces réalisations de même que les progrès à accomplir pour relever les défis restants.

3. Suite aux questions soulevées par les Etats Membres et par d'autres partenaires concernant les effets de la crise sur la santé, le Directeur général a convoqué une consultation de haut niveau qui doit se dérouler le 19 janvier avant l'ouverture de la session du Conseil exécutif. La présente note d'information a été rédigée en vue de cette **consultation qui a pour but** :

a) de mieux faire prendre conscience de la façon dont le ralentissement de l'activité économique peut affecter les dépenses consacrées à la santé, les services de santé, la demande de soins et les résultats en matière de santé ;

b) de sensibiliser l'opinion à l'importance du maintien des investissements en faveur de la santé ; et

- c) de définir des mesures – y compris la surveillance de signes avant-coureurs – qui peuvent contribuer à atténuer les effets du ralentissement de l'activité économique.

LES EFFETS DE LA CRISE SUR LA SANTE

4. Bien que les **populations pauvres** dans *tous* les pays seront vraisemblablement les premières victimes et les plus durement touchées par un tel ralentissement, les pays les plus pauvres ne seront pas les seuls concernés par la crise actuelle. Dans cette section, on examine brièvement comment différents pays risquent d'être touchés, en cherchant ensuite à déterminer, sur la base de l'expérience passée, comment un ralentissement de l'activité économique risque d'avoir des répercussions sur la santé.

5. On est en train de percevoir plus clairement **comment** une récession dans des pays riches peut produire des effets dans d'autres pays. Il arrive que la croissance des exportations diminue – un facteur qui se reflète déjà par une importante baisse des prix des matières premières ; on assistera aussi à une probable réduction des investissements étrangers directs, à des fluctuations soudaines et considérables des taux de change – un phénomène qui n'est cependant pas inévitable –, à un accès plus difficile au capital du fait de l'augmentation des taux d'intérêt et des primes de risque, à une baisse possible des transferts de fonds des émigrés à leur famille ; et, ce qui est particulièrement critique pour les pays les plus pauvres, à des retards ou une réduction sensibles de l'aide apportée par les donateurs.

6. Même en période de récession « mondiale », toutes les parties et régions du monde ne sont pas touchées de la même façon. La récession de 2001-2002 a eu des effets majeurs pour certains pays d'Amérique latine. Celle de 1997-1998 a touché plus durement l'Asie. Certains pays entrent en récession plus rapidement, d'autres en sortent plus vite, d'autres encore n'enregistrent pas de croissance négative.

7. De nombreux **pays à revenu élevé et à revenu intermédiaire de la tranche supérieure** seront confrontés à une croissance négative du revenu réel et à une augmentation sensible du chômage, ce qui aura des répercussions sur la santé. Dans les pays contraints par la crise financière de demander une aide d'urgence du FMI, le financement des services de santé risque d'être sérieusement compromis si des restrictions des dépenses sont imposées lors du remboursement des prêts. Avant la crise actuelle, de nombreux **pays à faible revenu et à revenu intermédiaire** étaient gravement touchés par l'augmentation des prix des denrées alimentaires et des carburants, alors que d'autres profitaient de l'augmentation des prix du pétrole et des matières premières. Avec la diminution de la demande, les prix ont chuté, à l'avantage des pays importateurs nets, mais au détriment de ceux qui sont tributaires des recettes liées aux exportations de ces produits.

8. Les prévisions actuelles concernant les taux de croissance du produit intérieur brut du **groupe des pays à faible revenu** restent relativement optimistes (6,9 % pour l'ensemble des pays en développement et 4,5 % pour l'Afrique subsaharienne). Ces chiffres dissimulent toutefois d'importantes disparités *entre* les pays. Certains grands bénéficiaires de l'aide extérieure pourront continuer à connaître une croissance, moins rapide toutefois, alors que d'autres, notamment les Etats dits fragiles qui reçoivent déjà moins d'aide extérieure, risquent d'être plus durement touchés.

Dépenses consacrées à la santé

9. Les **dépenses totales consacrées à la santé** par les pays touchés par un ralentissement de l'activité économique ont tendance à diminuer, mais de manière irrégulière. Certains pays ont protégé les dépenses consacrées à la santé ou les ont même augmentées, mais ailleurs c'est l'inverse qui s'est produit. La politique suivie dans ce domaine est donc extrêmement importante. A la différence des

dépenses publiques, les **dépenses privées directes** des usagers ont tendance à diminuer en période de récession, surtout si les services sont disponibles et plus avantageux dans le secteur public.

10. Des **enquêtes informelles** semblent indiquer que très peu de ministères de la santé ont *jusqu'ici* obtenu des indications du ministère des finances ou de leurs partenaires du développement relatives à une diminution des dépenses consacrées à la santé. Dans de nombreux pays, il n'y aura pas d'annonce formelle officielle de ce type avant le prochain cycle budgétaire. Certains pays plus petits attendent des signaux économiques en provenance de pays plus importants de leur région.

11. La réduction des dépenses totales aura un impact sur la **composition des dépenses consacrées à la santé**. Ainsi, lorsque des effets ont été signalés, il semble qu'on s'efforce de maintenir les salaires en réalisant des économies dans les domaines de l'infrastructure et de l'équipement.

12. Différer les **dépenses d'équipement** constitue une solution à laquelle ont souvent recours les gouvernements confrontés à des coupes budgétaires. Une telle réaction, logique à court terme, peut toutefois soulever des problèmes à plus long terme en cas de ralentissement durable. Les réductions frappant l'entretien, les médicaments ou les autres coûts de fonctionnement liés à la surveillance ou à la supervision risquent d'avoir un effet plus dommageable et immédiat sur les services fournis.

Médicaments et produits de base destinés aux soins de santé

13. Lorsque la récession s'accompagne d'une inflation et d'une **dévaluation de la monnaie nationale** (comme cela a par exemple été le cas en Asie orientale en 1997-1998 et en Amérique latine en 2001-2002), le prix des médicaments, des matières premières et du matériel médical importés augmente. L'augmentation des coûts des soins dispensés aux patients semble toutefois pouvoir être maîtrisée, notamment en recourant à des **produits génériques** ou à des subventions de l'Etat.

14. Si les augmentations de coût ne sont pas absorbées, les effets se feront ressentir par une pénurie ou par des soins plus chers. Face à la charge croissante des **maladies non transmissibles**, la demande d'insuline, de médicaments contre les affections cardio-vasculaires et d'inhalateurs pour asthmatiques, par exemple, augmente rapidement. Si l'on peut emprunter de l'argent pour le traitement d'épisodes *aigus* d'une maladie, il existe un risque de paupérisation croissante dans le cas des malades nécessitant un traitement à long terme. Les changements affectant la disponibilité et le coût du traitement risquent d'intervenir assez rapidement, ce qu'il est assez facile de surveiller.

15. Certaines dépenses consacrées aux médicaments peuvent être mieux protégées que d'autres. D'un point de vue éthique par exemple, il est difficile d'interrompre un **traitement antirétroviral**. Si les donateurs ne réduisent pas les dépenses consacrées aux médicaments ou à l'assistance technique, mais diminuent néanmoins le volume global des fonds nécessaires à l'administration des services, il est possible que les médicaments ne parviennent pas à ceux qui en ont besoin. Une telle situation pourra exacerber les tensions entre le traitement concernant le VIH/sida et les autres formes de dépenses consacrées à la santé.

Baisse des transferts de fonds

16. Les transferts de fonds des émigrants à leur famille (qui ont atteint un montant de l'ordre de US \$240 milliards en 2007, soit plus du double de l'aide publique au développement) se sont assez bien maintenus au cours des dernières crises économiques. Cela risque de ne pas être le cas cette fois-ci, car les premiers effets de la récession ont été ressentis dans les pays industrialisés. Il apparaît déjà que les transferts de fonds ont commencé à diminuer.

17. La part de ces transferts consacrée aux dépenses concernant la santé est incertaine, bien qu'il ressorte d'une enquête (mexicaine) que 57 % de ceux qui transfèrent des fonds indiquent que la couverture des dépenses de santé constitue l'objet principal des transferts aux familles. Des observations effectuées sur le terrain tendent cependant à montrer que ces montants sont souvent utilisés pour régler des dépenses afférentes à des maladies à long terme ou mortelles, voire des frais d'obsèques. La diminution des transferts pourrait donc *ne pas* se répercuter sur l'état de santé de la population. Mais il reste que ces dépenses doivent tout de même être couvertes, et le recours au crédit local à des taux d'intérêt élevés peut conduire à une paupérisation ou un endettement accru.

Baisse du revenu des ménages

18. Dans de nombreux pays à revenu faible ou intermédiaire, l'économie a profité de l'**essor rapide des industries d'exportation** dans des domaines tels que l'habillement, l'alimentation, les fleurs et les activités commerciales. Avec la diminution de la demande dans les pays développés, une contraction de l'emploi est probable, ce qui aura des conséquences sur le revenu des familles et leur capacité de supporter le coût des soins de santé.

19. Les **conséquences humaines de la récession restent souvent cachées**. Ainsi, le chômage peut conduire à une érosion de l'indépendance économique croissante des femmes, qui a son tour aura des conséquences sur la santé. De même, les stratégies adoptées pour faire face à une situation difficile peuvent exacerber la vulnérabilité (entraînant par exemple une exposition accrue au VIH). La réduction des dépenses a des effets sur la santé et sur l'éducation, et en fin de compte sur le bien-être des familles et le développement de la communauté dans son ensemble.

Utilisation des services de santé

20. La diminution des dépenses consacrées à la santé, l'augmentation du coût des traitements et la baisse du revenu familial et/ou de la couverture par l'assurance affecteront l'utilisation des services de santé et leur qualité. L'effet le plus fréquent est une **diminution de la demande de soins fournis par le secteur privé** avec comme conséquence un transfert de la demande vers le secteur public. S'ils sont également affectés, les services publics risquent de ne pas être en mesure de faire face à la situation, et la qualité d'ensemble des soins pourra diminuer. Ce problème concernera tous les pays où les services financés par le secteur public sont fortement sollicités. Une modification des taux d'utilisation – suivant dans l'ensemble ce modèle – a pu être observée au cours de la crise financière asiatique de 1997-1998. En particulier, on a alors constaté une diminution de l'utilisation des services par les pauvres dans ces pays.

Résultats en matière de santé

21. Une réduction significative des dépenses consacrées aux interventions permettant de sauver des vies entraînera une augmentation de la mortalité, mais les données établissant un lien entre mortalité et récession économique sont rares et parfois contradictoires. Certains exemples sont toutefois sans ambiguïté. La Fédération de Russie, au début des années 1990, a été confrontée à une augmentation sensible de la mortalité chez l'homme adulte. La Thaïlande a également enregistré une augmentation de la mortalité chez l'adulte au cours de la période 1996-1999. Le Pérou a connu une augmentation de la mortalité de l'enfant en 1989. De même, la mortalité de l'enfant a augmenté en Indonésie entre 1996 et 1999, un phénomène également dû à des épisodes de sécheresse et à des incendies. Ce dernier point illustre bien que la récession économique n'est qu'un des facteurs parmi d'autres qui affectent la santé de la population.

22. On a estimé que la crise alimentaire actuelle, en particulier, a entraîné la paupérisation de plus de 100 millions de personnes, avec des conséquences graves pour la santé et l'état nutritionnel. La pénurie des denrées alimentaires et la malnutrition qu'elle provoque entraînent une prédisposition à la maladie et donc aggravent le problème du ralentissement de l'activité économique.

23. Paradoxalement, on a pu constater aux Etats-Unis d'Amérique et en Europe que la récession a parfois été accompagnée d'une diminution de la mortalité – peut-être en raison d'une réduction de la consommation d'alcool et de tabac ou parce que les gens avaient davantage de temps à consacrer aux soins de l'enfant. Mais ces phénomènes ont été liés à des récessions récentes relativement brèves et il est peu probable qu'on puisse faire les mêmes observations en cas de ralentissement durable de l'activité économique. Une constatation plus conforme aux attentes est celle d'une étude portant sur 500 000 personnes-années en Suède montrant que les hommes étaient exposés à un risque de mortalité accru du fait de la récession (alors qu'il s'agit d'un pays où les politiques sociales disposent de ressources relativement abondantes). En outre, un lien étroit a été établi entre difficultés économiques et taux de suicide aux Etats-Unis d'Amérique, en Fédération de Russie, au Japon et en Nouvelle-Zélande.

Aide publique au développement

24. En période de récession, l'**aide publique au développement pour la santé** a tendance à diminuer, mais ce n'est pas toujours le cas. Ainsi, en 1990-1993, il ressort de données du Comité d'Aide au Développement de l'OCDE que, si l'ensemble des *engagements* au titre de l'aide publique au développement a diminué, ceux concernant la santé ont en revanche continué à augmenter. En 1997-1999, aussi bien l'aide totale que l'aide à la santé ont diminué, mais elles ont recommencé à augmenter dans l'année qui a suivi, l'aide consacrée à la santé ayant ensuite baissé à nouveau. En 2000-2001, l'aide publique au développement totale et l'aide consacrée à la santé ont toutes deux diminué, l'aide à la santé étant plus gravement touchée. Les données *totales* ne font donc pas ressortir de tendance bien définie à cet égard.

25. Dans certains cas précis, l'aide publique au développement provenant de **donateurs individuels** a diminué massivement (de plus de 60 %) au cours d'une récession dans un pays déterminé. Il est également probable que certains pays sont plus sérieusement touchés que d'autres.

26. On a fait une constatation importante concernant la **répartition des dépenses des fonds provenant de l'aide**, étant donné en particulier l'importance du maintien de la fourniture des services de base : les fonds destinés à l'assistance technique continuent à augmenter pendant une récession, alors que l'aide qui peut être programmée par les pays diminue.

27. Il est encourageant d'observer que les dirigeants dans les pays développés et en développement ainsi que les institutions financières internationales ont pris d'**importants engagements politiques et publics en faveur de la santé et du développement**. Il est largement accepté que la santé constitue à la fois un bien en soi et un investissement pour réduire la pauvreté. La situation n'était pas nécessairement la même au moment des précédentes récessions.

28. L'OCDE et les pays de l'Union européenne ont pris **certains engagements concernant le maintien de l'aide**. Les groupes de la société civile maintiendront leur pression pour obtenir le respect des engagements par les donateurs. Parallèlement, malgré des déclarations publiques affirmant le contraire, certains donateurs ont déjà fait savoir qu'il faudrait s'attendre à une réduction de l'aide. De plus, l'aide apportée par les pays du G8 est déjà bien en deçà des cibles acceptées au Sommet de Gleneagles, en Ecosse, en 2005. Avant même le début de la crise actuelle, les projections faisaient apparaître un déficit de quelque US \$34 milliards d'ici 2010.

29. La crise arrive à un moment où le **secteur de la santé compte davantage d'acteurs** et des mécanismes de financement. De nouvelles initiatives mondiales, des fondations philanthropiques et tout un éventail d'initiatives de financement novatrices tributaires des revenus générés par leurs investissements risquent d'être gravement touchées. Les initiatives qui consistent à taxer la consommation – comme les taxes sur les billets d'avion – seront également moins en mesure que les bailleurs de fonds traditionnels de générer des fonds pendant la partie défavorable d'un cycle. Du côté de l'offre, davantage de données sont nécessaires concernant les effets du ralentissement économique sur les organisations caritatives et communautaires et les autres dispensateurs non publics des soins de santé.

ATTENUER LES EFFETS DE LA CRISE FINANCIERE SUR LA SANTE

30. Cette section présente certains principes de base pour orienter l'action face aux conséquences sanitaires de la crise économique, en définissant des domaines d'intervention, des éléments de meilleures pratiques et des conseils concrets, et en précisant les domaines dans lesquels l'OMS apportera un appui.

31. Face à la baisse des revenus, la **santé doit autant que possible être mise en avant**. La santé est un *droit*, un droit fondamental de la personne humaine, et la santé apporte aussi une contribution sensible à la croissance économique, à la réduction de la pauvreté, au développement social et à la sécurité humaine.

32. Certains pays seront plus exposés aux effets de la crise que d'autres. Mais il est tout aussi important de tenir compte des besoins des **groupes vulnérables**, en particulier des plus pauvres parmi les pauvres, où qu'ils soient établis.

33. La crise financière a entraîné un examen des valeurs sociales sous-jacentes. L'action sanitaire doit également avoir un but de *transformation* et servir à mieux promouvoir la **justice sociale**.

34. Une caractéristique essentielle de la crise actuelle est la *rapidité* avec laquelle elle continue d'évoluer et, par conséquent, l'*incertitude* à laquelle les responsables politiques doivent faire face. Les **partenariats** auront une importance critique. Ce sont des évaluations rapides, des communications efficaces, l'échange de données d'expérience, des arrangements pratiques effectifs et souples qui conditionneront le succès.

Suivre les effets de la crise

35. Vu l'évolution rapide de la crise et l'incertitude qui caractérise ses répercussions dans différents pays, le suivi des effets constitue une priorité.

36. Ce suivi doit intervenir à différents niveaux : a) les changements au niveau de l'emploi, du logement et du revenu – les causes les plus lointaines des problèmes de santé ; b) les modifications de comportements importantes pour la santé, notamment en ce qui concerne l'utilisation des services de santé (y compris les soins de santé mentale) et les modifications des comportements des agents de santé eux-mêmes (y compris les schémas migratoires) ; et c) les modifications dans le cadre du secteur de la santé, y compris le coût et la disponibilité des biens et des traitements essentiels.

37. Le suivi aura *pour objet* de recenser les pays et les populations les plus vulnérables – *avant* que les gens soient exposés aux risques qui affecteront leur santé. Une grande partie des indicateurs qui évoluent le plus rapidement (par exemple l'emploi et les taux de change) seront suivis par d'autres organisations. La collaboration et la communication rapide seront donc essentielles. Les efforts

spécifiques consentis pour suivre les effets de la crise compléteront les efforts existants et à long terme de suivi des résultats en matière de santé.

38. Vu l'urgence que revêt la mise en place de systèmes et de procédures efficaces de suivi des effets de la crise sur la santé, **l'OMS convoquera une réunion d'experts compétents** le plus tôt possible après la consultation.

Sauver des vies et protéger les revenus

39. Dans tout pays confronté à un ralentissement économique, la priorité absolue est de protéger la vie et les moyens d'existence des groupes les plus exposés. Concrètement, cela veut dire que les **filets de sécurité en matière sociale** pour les pauvres seront une priorité. Plus le ralentissement est prononcé, plus il faudra mettre l'accent sur cette priorité. L'expérience semble indiquer que l'extension des programmes établis de soutien des revenus peut se révéler plus efficace et produire plus rapidement des effets que la création de nouveaux programmes. On a dans le secteur sanitaire une expérience croissante de transferts de fonds assortis de conditions qui apportent des ressources aux familles moyennant l'adoption de certains comportements liés à la santé (par exemple se rendre au centre de santé pour les soins de l'enfant ou les soins prénatals). Dans une situation aiguë, toutefois, des transferts de fonds *non assortis de conditions* peuvent être réalisés plus rapidement, et certains éléments semblent indiquer qu'ils sont utilisés de façon à promouvoir la santé. Les politiques qui contribuent à stabiliser les prix, à réduire la part des ressources à consacrer aux denrées alimentaires, à permettre aux chômeurs de continuer à cotiser à l'assurance-maladie et à assurer que les enfants poursuivent leur scolarité seront tout aussi importantes.

40. L'OMS interviendra dans le cadre de l'équipe des Nations Unies au niveau des pays pour appuyer un ensemble d'initiatives visant à protéger les moyens d'existence et les revenus des pauvres. **L'OMS apportera aux pays ses compétences techniques en matière de financement de la santé** et les conseillera sur les moyens de se protéger contre les risques financiers dans le secteur sanitaire.

Accroître l'efficacité des dépenses consacrées à la santé

41. La récession économique fait de la défense du budget de la santé une tâche plus difficile. Dans les pays touchés par la crise financière, on pourra donner la priorité à la recapitalisation des banques et des autres établissements financiers. Dans les pays touchés par la récession économique, les secteurs générateurs d'emploi ou permettant un accroissement de la production agricole demanderont un financement accru. Les stratégies doivent tenir compte des dépenses aussi bien en dehors du secteur de la santé qu'à l'intérieur de celui-ci.

Accroître les effets des dépenses publiques sur la santé

42. Lorsqu'on dispose de ressources permettant une stimulation financière significative, les dépenses publiques apparaissent comme vitales pour relancer l'économie au cours de la partie défavorable du cycle. Si ces programmes visent avant tout à créer ou à maintenir des emplois, il est important de chercher des moyens pour qu'ils soient positifs pour la santé. Ainsi, la construction de routes en milieu rural constitue une initiative essentielle pour réduire la mortalité maternelle, et de nombreux dispensaires et hôpitaux ruraux profiteraient de l'amélioration du réseau routier.

43. De nombreux pays doivent faire face à plusieurs menaces simultanées en matière de santé, notamment la crise alimentaire, le changement climatique et d'autres problèmes environnementaux. Les dépenses dans tous ces domaines peuvent influencer favorablement la santé – à condition d'examiner attentivement et de bien comprendre les effets sanitaires. Les responsables de la politique

sanitaire doivent faire entendre leur voix lors de la mise au point des plans concernant les dépenses publiques dans ces domaines.

Améliorer l'efficacité des dépenses du secteur de la santé

44. Au sein même du secteur de la santé, les ministres et les autres responsables doivent faire face à des choix difficiles. Il est toujours plus aisé par exemple de réduire les **frais de fonctionnement** afin de préserver les **salaires**. Or l'expérience passée montre que cette pratique n'est pas sans risque : les dépenses consacrées à la santé deviennent alors inefficaces, car les agents de santé manquent de fournitures ; le personnel est mécontent ; la pénurie de médicaments essentiels entraîne une perte de confiance chez les usagers ; et l'infrastructure se dégrade faute d'entretien. Des risques similaires pour la santé et la crédibilité des services de santé sont observés lorsque les **services préventifs** sont sacrifiés pour préserver le **traitement** ou que les **dispensaires ruraux** sont moins bien traités que les **hôpitaux des villes**.

45. On sait que **chaque crise offre aussi des occasions à saisir**, comme on l'a vu par exemple en Thaïlande. En 1997-1998, l'exode des médecins du service public vers le secteur privé a été inversé, ce qui a donné l'occasion d'introduire des réformes nécessaires. De même, dans cette région, les augmentations de prix résultant de la dévaluation ont permis d'introduire des politiques médicales fondées sur la substitution par des produits génériques. Le souci d'améliorer l'efficacité peut aussi faciliter l'adoption de nouvelles pratiques, notamment le fait de confier certaines tâches à d'autres, la recherche de synergies entre différents programmes (par exemple tuberculose et lutte antitabac) et l'accroissement du recours aux moyens de communication nouveaux.

46. Dans de nombreux pays, la **récession a entraîné des troubles sociaux**. Leur existence ou même la simple menace de troubles peut également constituer une incitation à la réforme du secteur social et de la santé, mais il faut procéder avec discernement si l'on veut éviter les risques. Souvent, l'hypothèse selon laquelle des fortes réductions du budget du secteur public permettraient de stimuler un processus rationnel ou mesuré de réforme institutionnelle s'est révélée totalement fausse.

47. **Biens publics mondiaux**. En temps de crise, il est important de ne pas oublier les nombreuses autres menaces pour la sécurité sanitaire. Pour préparer les pays à faire face aux pandémies, aux problèmes de sécurité alimentaire, à la guerre, aux conflits et aux effets des conditions météorologiques défavorables, il faut des **systèmes régionaux et mondiaux efficaces de surveillance, de coordination et d'action**. Il est important que ces systèmes ne soient pas victimes du ralentissement de l'économie.

48. Aux niveaux mondial et régional, l'OMS continuera d'apporter clairement son appui fondé sur des bases factuelles pour maintenir et, si possible, accroître le financement de la santé. L'OMS collaborera aussi étroitement sur demande avec les pays confrontés à des difficultés particulières, en aidant les bureaux dans les pays par des missions envoyées par les bureaux régionaux et le Siège.¹

Mettre en oeuvre des réformes des soins de santé primaires

49. Il ne fait aucun doute que les **soins de santé primaires**, et l'objectif central de se diriger vers la *couverture universelle*, restent une approche fondamentale pour la politique sanitaire en période de

¹ Si l'accent est mis dans le présent document sur l'appui fourni par l'OMS aux pays, de nombreuses questions concernent l'OMS elle-même. La crise financière amène l'Organisation à examiner comment elle peut accroître son efficacité. On s'efforce de trouver des solutions plus rationnelles, d'envisager de nouveaux et meilleurs moyens d'action, et de réexaminer les priorités.

crise économique. En fait, comme on l'a relevé plus haut, l'arrivée d'une crise peut constituer le stimulant nécessaire pour lancer des réformes.

50. Premièrement, les soins de santé primaires doivent mettre l'accent sur **l'équité, la solidarité et la parité entre les sexes**. Les responsables politiques sont, par exemple, rendus attentifs au fait que la mortalité maternelle élevée résulte de nombreux facteurs, notamment un accès médiocre aux soins, l'incapacité d'éviter des grossesses non souhaitées et la condition de la femme dans certaines sociétés. Tous ces facteurs peuvent être exacerbés en période de récession.

51. Deuxièmement, les soins de santé primaires donnent une orientation à l'action sur les systèmes de santé, renforçant l'idée de solidarité grâce au progrès en vue d'une **couverture universelle**. Cela est particulièrement important compte tenu des pressions croissantes sur les services publics et de la nécessité de réduire l'exclusion. Le regroupement des risques et des ressources – qui est au cœur même de la notion de couverture universelle – permet non seulement de protéger les gens contre des dépenses catastrophiques, mais facilite aussi une plus grande efficacité dans l'allocation des ressources et donc une utilisation plus efficace des ressources.

52. De plus, en apportant un signal politique clair de l'intention de l'Etat de répondre aux besoins de la population, la couverture universelle revêt un caractère concret et **tient compte des ressources disponibles**. Elle permet un débat public sur ce qui doit faire partie d'un ensemble de mesures proposées sans avoir recours à des programmes sélectifs ou à but déterminé.

53. Troisièmement, en situation de difficulté économique, il faut une approche de la santé et de la politique de l'Etat qui regroupe les différents secteurs. La santé résulte des mesures prises dans de nombreux secteurs sociaux. Les soins de santé primaires mettent l'accent sur l'importance des **déterminants sociaux, économiques et environnementaux de la santé**, par exemple les effets du logement, de l'éducation, de l'emploi et de la politique en matière de nutrition ; des droits prélevés sur les produits importés qui affectent l'accès aux médicaments et aux technologies essentiels ; de la restriction au mouvement des personnes ou des biens pour éviter la propagation des épidémies ; des lois qui permettent d'éviter la discrimination à l'encontre des personnes vivant avec le VIH/sida ; et du rôle majeur que jouent la propreté de l'eau et de l'air et l'accès aux moyens d'assainissement pour protéger la santé et éviter la maladie.

54. Les soins de santé primaires ne mettent pas exclusivement l'accent sur le secteur public, mais reconnaissent le rôle que jouent les **dispensateurs non publics** – secteur privé, volontaires, groupes confessionnels et communautaires – pour apporter une proportion sensible de services dans de nombreux pays.

55. Enfin, la **participation**, l'engagement public et la transparence sont au centre de l'approche des soins de santé primaires. Si le grand public, la société civile et les parlements sont associés, les décisions sur la façon d'assurer des dépenses plus efficaces pour la santé ont plus de chances d'être rationnelles et acceptées que si elles sont uniquement prises par des bureaucraties.

Protéger l'aide en faveur de la santé et assurer son efficacité

56. L'OMS continuera de présenter ses arguments à tous les **donateurs – traditionnels et nouveaux** – en répétant qu'il est crucial de maintenir le financement de la santé. Beaucoup de nouveaux donateurs ont préféré financer l'infrastructure économique plutôt que les dépenses du secteur social. Il faut faire davantage pour insister sur le fait qu'une population active en bonne santé ne va pas seulement être plus productive, mais qu'elle est indispensable pour rentabiliser les investissements des donateurs. Dans les pays donateurs, un **soutien public** clair en faveur de **l'aide au développement** a plus de chances d'influencer les politiciens que des arguments purement techniques.

57. L'accroissement des efforts pour mettre en oeuvre la **Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide (2005)** et le **Programme d'action d'Accra** (adopté par le troisième Forum de haut niveau sur l'efficacité de l'aide à Accra, 2-4 septembre 2008) revêtira une importance particulière en période d'incertitude économique. En particulier, les bénéficiaires de l'aide ont besoin d'un financement *prévisible* et *souple* aligné sur les priorités nationales.¹ Les dispositifs qui renforcent l'incertitude n'améliorent pas la situation. De nombreuses nouvelles sources de financement ont un caractère cyclique inhérent comparativement aux formes traditionnelles d'aide publique au développement. Ainsi, les recettes des fonds d'investissement et des taxes sur les voyages baisseront en période de récession. Des mécanismes comme la Facilité internationale d'achat de médicaments UNITAID, l'Alliance GAVI et le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme permettent toutefois de réduire sensiblement les prix de médicaments et de vaccins déterminés.

58. Il faut continuer à mettre l'accent sur les résultats, mais il sera important d'interpréter avec une certaine prudence l'idée actuellement à la mode des **financements performants**. En période de crise, il se peut que ce soient justement les secteurs les moins performants qui ont le plus besoin d'aide.

59. Les **programmes mondiaux pour la santé** (par exemple le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme et l'Alliance GAVI) pourront revêtir une importance accrue comme sources de financement si d'autres formes d'aide au développement se tarissent. Si tel est le cas, il faudra, en particulier dans le cas du Fonds mondial, examiner les subventions accordées aux pays à la lumière des besoins pour assurer des systèmes d'approvisionnement adéquats – présentant des avantages pour le secteur sanitaire dans son ensemble – aussi bien que des fournitures de médicaments contre les trois maladies. Pour atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement, il faudra arriver à un dosage adéquat entre biens, personnes et systèmes d'approvisionnement.

Agir dans le cadre de partenariats

60. Comme on l'a relevé dans les principes liminaires, l'ensemble des mesures politiques recommandées dans cette note suppose une collaboration étroite entre tous les acteurs concernés dans le domaine de la santé. En période de ressources limitées, le monde ne peut se permettre le luxe d'un système de développement caractérisé par de nombreux doublons et chevauchements. Les circonstances actuelles accéléreront le processus de **réforme des Nations Unies** et encourageront une **division plus rationnelle du travail** fondée sur les besoins des pays et alignée sur les plans nationaux du secteur de la santé.

¹ Ces questions seront examinées en détail par l'**Equipe spéciale de haut niveau sur le financement novateur pour les systèmes de santé**, dont l'objectif est d'explorer de nouvelles sources de financement pour la santé dans les pays en développement.

ANNEXE 2

MODERATEUR, PARTICIPANTS A LA TABLE RONDE ET PROGRAMME

Modérateur

Dr Richard Horton, Rédacteur en chef de *The Lancet*

Participants à la table ronde

- Andrew STEER, Directeur général, Politique et recherche, Department for International Development, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord
- Mme Maria Farani AZEVÊDO, Ambassadeur, Représentant permanent du Brésil, Mission permanente du Brésil auprès de l'Office des Nations Unies et des autres organisations internationales à Genève (Suisse)
- Richard NEWFARMER, Représentant spécial auprès de l'Organisation des Nations Unies et de l'Organisation mondiale du Commerce, Banque mondiale, Washington (Etats-Unis d'Amérique)
- Manoj KURIAN, Directeur de programme, Santé et guérison, Conseil oecuménique des Eglises, Genève (Suisse)

Programme

| | |
|---------|---|
| 09 h 10 | Observations liminaires du Président, M. Nimal S. de Silva, Ministre des Soins de Santé et de la Nutrition de Sri Lanka |
| 09 h 20 | Observations liminaires du Directeur général de l'OMS, le Dr Margaret Chan |
| 09 h 30 | Introduction du modérateur et exposés introductifs de participants à la table ronde |
| 10 h 00 | Discussion entre les participants à la table ronde sous la direction du modérateur |
| 10 h 30 | Discussion avec l'ensemble des participants à la consultation |
| 12 h 00 | Observations de clôture des participants à la table ronde |
| 12 h 20 | Observations de clôture et conclusions du modérateur |
| 12 h 30 | Clôture de la consultation par le Président |

= = =