



amélioration plus rapide de la santé des plus défavorisés dans les pays en développement. Ces activités ont favorisé un rôle organisateur affirmé du ministère de la santé en ce qui concerne la planification, le chiffrage, le financement et la mise en œuvre d'une stratégie de santé adaptée. Cette stratégie recouvre le renforcement des systèmes de santé, la mise en place d'un financement équitable de la santé, et l'amélioration de l'efficacité des investissements sanitaires par leur réaffectation à des fins plus effectives.

Grâce à ces travaux, les pays ont déterminé leurs priorités et objectifs sanitaires, sur la base d'une connaissance solide de leur situation en ce domaine et en mettant l'accent sur les groupes défavorisés. Les plans d'investissement sanitaire qui en résultent forment une base de sensibilisation appelant à accroître les financements nationaux et extérieurs consacrés au secteur. Les commissions nationales, en produisant des éléments factuels convaincants et des plans chiffrés, peuvent susciter efficacement l'implication des ministères des finances et de la planification, tout en assurant la gestion nationale et la coordination des processus et initiatives bénéficiant d'un soutien extérieur.

Comment ces activités se relient-elles aux autres mécanismes et processus de politiques dans les pays ?

Dans plusieurs pays, les CNMS servent de cadre à des dispositifs et processus de coordination. Leurs travaux ont été mis en synergie avec des cadres de dépenses à moyen terme, des plans sanitaires nationaux pluriannuels et autres initiatives publiques durables, y compris les documents stratégiques de réduction de la pauvreté. Ils ont cherché à recentrer les questions de santé en les mettant au cœur des processus de développement, qui souvent n'en tiennent guère compte, et à lier les plans de santé aux budgets à court et moyen terme.

Quelle place ces travaux occupent-ils vis-à-vis des autres rapports majeurs récemment publiés ?

Un certain nombre de rapports ont été publiés ces derniers mois, diagnostiquant au niveau des pays les obstacles qui se dressent sur la voie des objectifs de santé. *La difficulté de choisir : investir en faveur de la santé pour le développement* apporte sa pierre à cet édifice en présentant les meilleures pratiques, recueillies parmi les expériences réelles des pays, d'une nouvelle manière de gérer les ressources sanitaires. Le suivi de la CMS vient compléter les travaux précédents en s'attachant davantage aux difficultés liées aux structures politiques et institutionnelles complexes des pays, et à la nécessité de renforcer les capacités nationales en vue de rendre opérationnelles les diverses recommandations techniques des autres rapports.

Comment les activités de suivi dans les pays s'articulent-elles avec les autres initiatives de l'OMS et le soutien qu'apporte l'Organisation ?

Le changement d'échelle des interventions sanitaires essentielles, destiné à améliorer l'accès et la couverture, suppose de renforcer les systèmes de santé. Les activités de suivi de la CMS contribuent à réaliser cet objectif. Elles ont impliqué tous les niveaux de l'Organisation dans le soutien intégré apporté aux pays, ce qui entraîne d'ailleurs aujourd'hui un processus de construction de capacités locales de recherche et la création de réseaux spécialisés dans les régions et pays. Ces activités consolident en outre les efforts visant à une meilleure équité en matière de santé.

À qui ce rapport s'adresse-t-il et quelles en sont les perspectives ?

La difficulté de choisir : investir en faveur de la santé pour le développement présente les premiers résultats acquis dans quelques pays; il permet ainsi de mieux comprendre les difficultés et les meilleures pratiques visant à améliorer la gestion des ressources sanitaires, et d'extrapoler ce savoir à d'autres situations nationales. Ces enseignements se voudraient utiles aux décideurs et aux personnels techniques des ministères de la santé, mais aussi des ministères des finances, de la planification, et d'autres ministères qui contribuent à la santé ainsi qu'aux partenaires du développement. Les pays considérés dans le rapport utilisent ces travaux à des fins diverses, notamment comme éléments de réflexion dans les processus d'élaboration des politiques et les discussions avec les partenaires du développement. Ces expériences seront intégrées au cœur des travaux de l'OMS, et les activités étendues à d'autres pays intéressés.



Exemples des pays

Peut-on citer des exemples montrant comment ces activités ont permis d'améliorer la collaboration entre les ministères de la santé et des finances, ainsi que la planification et le positionnement de la santé dans le développement ?

Au **Ghana**, la composition plurisectorielle de l'Initiative en macroéconomie et santé (GMHI) a contribué à renforcer la position du ministère de la santé vis-à-vis des ministères des finances et de la planification. Le rapport de la GMHI, destiné à fournir des éléments à la stratégie ghanéenne de réduction de la pauvreté et au programme de travail du ministère de la santé pour 2007-2011, emploie des dispositifs et des outils de planification à cet effet. La définition d'une relation claire entre la stratégie ghanéenne de réduction de la pauvreté et le budget annuel de l'État apparaît comme une nouvelle dimension clé, facilitée par le processus de suivi.

Au **Yémen**, les activités de suivi de la CMS sont venues appuyer l'évaluation des besoins et le chiffrage des stratégies sanitaires des objectifs du Millénaire pour le développement dans le cadre du Projet du Millénaire des Nations Unies, et ont fourni l'occasion de coordonner ces actions. Le ministère de la santé publique et de la population a pu présenter des résultats qui ont renforcé ses relations avec le ministère de la planification et de la coopération internationale, chargé de conduire le processus au niveau intersectoriel.

Un certain nombre d'autres pays ont présenté des données sur les liens entre santé et développement économique dans leur contexte national, qui seront utilisées dans les discussions entre les ministères de la santé et des finances.

En quoi ces activités ont-elles facilité l'établissement de priorités et d'objectifs ?

Les travaux de la **Communauté des Caraïbes** visant à créer une base factuelle locale comprenaient une évaluation des déterminants de la santé accompagnée d'études ponctuelles sur la charge et le coût de certaines maladies. On y étudiait les effets des transitions épidémiologique et sociale sur les priorités sanitaires, notamment les maladies non transmissibles et la santé mentale, le VIH/SIDA, et les violences et traumatismes.

Au **Ghana**, l'Initiative en macroéconomie et santé, en collaboration avec le ministère de la santé, a étudié la charge des maladies et en a désigné quelques-unes comme priorités sanitaires absolues, en raison de leur effet sur la mortalité.

En **Inde**, la CNMS a recensé 17 grandes classes de maladies qui représentent plus de 80% de la charge de morbidité du pays. Elle a ensuite adopté d'autres critères permettant de dresser une liste des interventions prioritaires. L'analyse a porté entre autres sur la charge nouvelle que constituent les maladies non transmissibles, et sur le vieillissement de la population.

Au **Mexique**, la CNMS s'est penchée sur les objectifs sanitaires que devrait se fixer le pays, en fonction d'un examen de la situation sanitaire. À l'égard des objectifs du Millénaire pour le développement, elle recommande de décaler les échéances pour certains objectifs spécifiques; d'établir des objectifs au niveau sous-national pour assurer que les défavorisés bénéficient de l'attention voulue, et d'ajouter certains objectifs qui ne figurent pas parmi les OMD mais sont d'une grande importance pour des pays comme le Mexique. C'est ainsi que le diabète sucré est aujourd'hui considéré comme responsable de 12% de tous les décès, ce qui en fait la première cause de mortalité du pays. Seuls 29% des habitants ont eu recours à au moins un service de prévention sanitaire en 2000.

Le **Sri Lanka** attire l'attention sur le déclin de la part des soins préventifs et de la santé publique dans les dépenses réelles de santé, passée d'environ 11% en 1990 à 4% en 2004, alors qu'en 2004 les services hospitaliers absorbaient 73% de ces dépenses.



Certains pays ont-ils recueilli des éléments sur les disparités internes en matière d'état de santé, de dépenses et d'accès aux soins ?

Les disparités internes ont particulièrement suscité l'intérêt des pays de la CMS à revenu intermédiaire. La **Chine** s'est attachée à renforcer le rôle du gouvernement dans le secteur santé afin de résorber les poches de pauvreté. Les dépenses de santé par habitant en milieu urbain représentaient 3,29 fois celles du milieu rural en 1998, ce rapport atteignant 3,64 en 2003. Les taux de mortalité juvénile sont trois à cinq fois plus élevés dans la plupart des provinces occidentales que dans les zones côtières développées.

L'**Inde** note des disparités importantes entre l'état de santé des hommes et celui des femmes, entre les zones rurales et urbaines, et entre les États. On observe ainsi une différence de 18 ans d'espérance de vie entre le Kerala (74 ans) et le Madhya Pradesh (56 ans). On observe en outre de fortes disparités entre États dans les dépenses des ménages, et les subventions publiques ne sont pas particulièrement bien ciblées.

Le **Mexique** mentionne que la municipalité la plus pauvre du Guerrero connaît un taux de mortalité infantile de 66,9/1 000 naissances vivantes, similaire à celui de pays beaucoup plus pauvres comme le Soudan. En revanche, le district Benito Juarez de Mexico, avec un taux de 17,2/1 000 naissances vivantes, se situe à un niveau comparable à celui de l'Europe occidentale.

Certains pays ont-ils étudié les options possibles pour surmonter les contraintes en matière de ressources humaines ?

La **Commission caraïbe** pour la santé et le développement (CCHD) fait état d'un taux de vacance des postes infirmiers de 35%, s'accompagnant d'une perte financière de US\$ 16,7 millions due à l'émigration d'infirmières dont l'État assume la formation de base. En revanche, les rapatriements de fonds ainsi engendrés dans les pays constituent pour certains d'entre eux une source de revenu importante (la moyenne pour la région s'élevait en 2000 à 5% du produit intérieur brut). Les ministères de la santé de la région ont d'ores et déjà adopté un programme de "gestion de l'émigration". La Commission caraïbe recommande que soient menées de nouvelles recherches sur les facteurs qui influencent le commerce des services infirmiers et l'émigration permanente des personnels, et attire l'attention sur la formation et le recouvrement des coûts pour ceux qui choisissent d'aller travailler en dehors de la région.

Au **Ghana**, le plan d'investissement de l'Initiative en macroéconomie et santé prévoit des stratégies et des dépenses pour lever les contraintes en matière de ressources humaines. On estime qu'en moyenne, sur la période 2002-2015, quelque US\$ 16 millions et US\$ 53 millions seraient respectivement nécessaires pour combler les déficits en médecins et en personnels infirmiers.

L'**Inde** manque elle aussi cruellement de médecins, avec un taux d'environ 59 pour 100 000 habitants (à comparer à un taux d'environ 200 dans la plupart des pays développés). La commission a notamment repéré certaines faiblesses dans l'enseignement médical et la formation.

Quelles informations les plans d'investissement comportent-ils, et comment seront-elles employées ?

Au **Ghana**, l'Initiative en macroéconomie et santé (GMHI) a établi un plan chiffré visant à généraliser un ensemble de mesures sanitaires comprenant des interventions prioritaires, un système de proximité vis-à-vis des patients, des investissements en faveur des systèmes de santé, l'accès à l'eau potable et une amélioration de l'assainissement. La GMHI estime à environ US\$ 5 milliards entre 2002 et 2015 le besoin de financement supplémentaire engendré par la mise en œuvre de ce plan, qui contribuera à la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement.

En **Inde**, la CNMS a estimé les coûts de mise en œuvre de divers ensembles d'interventions à différents niveaux de couverture, et présenté des initiatives que pourrait prendre le gouvernement pour en améliorer l'exécution et le financement, en garantissant notamment que les investissements publics profitent aux plus défavorisés. La CNMS



recommande que les dépenses publiques de santé soient portées de leur niveau actuel d'environ 1,2% jusqu'à 3% du produit intérieur brut pour réaliser les OMD et les objectifs énoncés par la Politique nationale de santé 2002. L'Inde a également chiffré des objectifs en matière de nutrition, d'eau et d'assainissement, et d'autres facteurs intersectoriels qui participent à la santé.

Les travaux de suivi au **Yémen** ont renforcé la capacité du gouvernement à mener une évaluation des besoins relatifs aux OMD et à chiffrer les stratégies sanitaires, dans le cadre de la participation du Yémen au Projet du Millénaire des Nations Unies. L'estimation des coûts, sur la base d'une réalisation des OMD d'ici à 2015, aboutit à un besoin d'investissement annuel moyen par habitant de US\$ 53. Les coûts totaux à assumer pour atteindre les OMD sont estimés à environ US\$ 14 milliards.

Dans ces trois pays, les estimations de coûts seront utilisées à des fins différentes en fonction des besoins de chacun. Au Ghana, elles serviront à réviser la composante santé de la stratégie ghanéenne de réduction de la pauvreté, ainsi qu'au cadre de dépenses à moyen terme et au programme de travail du ministère de la santé. L'Inde a profité de l'exercice pour appuyer une analyse systématique de la réforme du secteur santé. Dans l'intervalle, le chiffrage des coûts au Yémen est très utilisé comme argument de sensibilisation pour attirer davantage de ressources vers le secteur de la santé.

Les travaux dans certains pays ont-ils porté sur l'extension de systèmes d'assurance santé budgétaires ou sociaux ?

L'**Inde** a également étudié les moyens de réduire les dépenses de santé directement supportées par les ménages, qui représentent plus de 80% des dépenses totales de santé. La charge financière de ces dépenses est réputée accroître la proportion de la population vivant au-dessous du seuil de pauvreté de 3,3% par an. La CNMS a suggéré d'améliorer le ciblage et d'envisager des méthodes alternatives de financement, telles que des assurances à base communautaire, une capitation, des bons ou une assurance sociale santé.

Au **Mexique**, l'un des cinq groupes de travail de la Commission nationale macroéconomie et santé (CMMS) s'est penché sur l'assurance santé et la protection sociale. Dans ce pays, plus de la moitié de la population est exclue des systèmes de sécurité sociale et plus de 90% des dépenses de santé privées sont directement à la charge des ménages. Ces paiements tendent à être plus élevés, en pourcentage du revenu total de la famille, dans les ménages les plus modestes. Le rapport de la CMMS se prononce en faveur d'un dispositif d'assurance santé universelle, moyen le plus approprié d'assurer l'équité et l'efficacité du système de santé, et indique les éléments qui devraient figurer dans un système d'assurance santé.

La **Chine** et la **Communauté caraïbe** sont aussi parmi les pays qui ont étudié la question assurantielle.

En quoi ces activités vont-elles améliorer la gestion des ressources aux niveaux périphériques du système de santé ?

Bien que dans les cantons ruraux de l'Ouest de la **Chine** les investissements sanitaires publics se soient accrus ces dernières années, l'essentiel des fonds ont été utilisés dans les capitales, les bourgs étant moins favorisées, et les prestataires au niveau des villages ne recevant pratiquement rien, alors qu'ils assurent l'accès aux soins de plus de la moitié des patients. Le travail de suivi en Chine s'est attaché à appuyer une stratégie nationale de santé claire, qui définisse nettement les rôles des différents échelons de gouvernement local et améliore l'efficacité de l'allocation des ressources.

Le suivi du rapport de la GMHI au **Ghana** comprendra des visites dans des districts déterminés pour assurer que les recommandations de l'Initiative soient intégrées aux plans à moyen terme des districts.

La Commission nationale macroéconomie et santé du **Népal** met en exergue la planification au niveau des districts afin de mieux cerner les fortes variations politiques, économiques et géographiques du pays.



Les problèmes relatifs à une décentralisation incomplète et aux flux financiers du centre vers la périphérie ont également été abordés en **Inde** et au **Sri Lanka**.

Quel a été le rôle des organisations de la société civile et du secteur privé dans le processus ?

Au **Cambodge**, le partage des connaissances entre les organisations de la société civile (OSC) a été facilité par MEDiCAM, qui regroupe les OSC du secteur santé et a procédé à une enquête sur le rôle des OSC dans les processus de macroéconomie et santé. Dans ce pays, les travaux ont souligné le besoin urgent d'une meilleure coordination entre les ministères concernés et les OSC, qui assurent une part importante des services de santé.

En **Inde**, la CNMS considère la participation sociale élargie à la gestion et à la prestation des services de santé comme un élément clé. Elle propose que le système de santé primaire soit "incorporé à la communauté" à l'aide de cinq structures institutionnelles. Le rapport indien étudie en outre le rôle du secteur sanitaire privé lucratif, et formule des recommandations sur la manière dont le gouvernement pourrait interagir plus efficacement avec le secteur privé pour atteindre les objectifs sanitaires nationaux.

Au **Mexique**, la CNMS a souligné l'importance de parvenir à un consensus social autour de ses conclusions pour renforcer la volonté politique quant au développement économique et social du pays.

Comment ces travaux ont-ils traité la question essentielle de l'amélioration de l'efficacité des flux d'assistance ?

Trois études ont été commanditées pour étudier les flux financiers des donateurs au **Cambodge**, en **Indonésie** et au **Sri Lanka**. On a constaté que les données permettant de suivre les fonds extérieurs au niveau des pays étaient limitées. Ces études considèrent qu'il existe un important besoin d'améliorer la qualité et les délais d'obtention des données concernant l'allocation des fonds des donateurs à l'intérieur des pays, et soulignent les avantages qu'il y aurait à comparer ces informations aux résultats des systèmes de santé, en vue d'améliorer l'efficacité de l'aide au développement consacrée à la santé. Un aspect important que révèlent ces études est celui des fortes variations, d'un pays à l'autre, de la part budgétaire des fonds extérieurs. Au Cambodge, seuls 20% environ des fonds extérieurs étaient décaissés par l'intermédiaire du Trésor.

Plusieurs pays ont utilisé la CNMS pour améliorer l'alignement des donateurs sur leurs plans et stratégies, ce qui renforcera l'efficacité de l'aide. Le rapport du **Ghana** sera utilisé dans le cadre des réunions de donateurs pour débattre des options de soutien et de financement de son plan d'investissement sanitaire. Au **Rwanda**, des représentants du groupe de travail en macroéconomie et santé participent activement aux organes de coordination gouvernement-donateurs. Le groupe de travail a défini des thèmes de recherche ciblés afin d'éclairer les initiatives du gouvernement et de ses partenaires, et constitue une instance de partage et de transfert des connaissances. Le **Sénégal**, s'appuyant sur les travaux de suivi, cherche à favoriser l'action du ministère de la santé visant à améliorer la gestion des investissements sanitaires à tous les niveaux, entre autres par une meilleure intégration de l'aide extérieure aux priorités du pays.

Que dire du suivi et de l'évaluation ?

En allant de l'avant, il sera nécessaire de procéder régulièrement au suivi et à l'évaluation de la mise en œuvre des plans d'investissement. Le suivi des événements intermédiaires - réaffectations dans les budgets ou allocations, et leurs répercussions aux niveaux local ou du district, par exemple - peut servir de base à une gestion plus efficace des ressources sanitaires, mais améliore également la transparence de l'utilisation des fonds. De même, les délais entre les allocations de ressources sanitaires et leurs effets sur l'état de santé sont tels que l'emploi d'indicateurs intermédiaires bien conçus peut aider à comprendre plus précisément les causes et les effets et s'avérer utile dans la planification ultérieure d'interventions fondées sur les besoins. Un tel système d'indicateurs pourrait en outre permettre d'effectuer des comparaisons entre pays.