

2000
2005 tenir les promesses
2015

3

La santé et les objectifs du Millénaire pour le développement



Organisation
mondiale de la Santé

Remerciements

Le présent rapport a été élaboré conjointement par le Département OMD, Santé et politique de développement (HDP), et le Département Systèmes de mesure et d'information sanitaire (MHI). Rebecca Dodd en a été le rédacteur en chef et des contributions ont été fournies par Michel Thieren et Michel Beusenberg (chapitre 1) ; Andrew Cassels (chapitre 2) ; Rebecca Dodd (chapitres 3, 5 et 6) ; Kenji Shibuya et Colin Mathers (chapitre 4) ; et Carla Abou-Zahr et Michel Thieren (chapitre 7).

La supervision générale a été assurée par Carla Abou-Zahr, Michel Beusenberg, Ties Boerma et Andrew Cassels. Denis Daumerie, Cecil Haverkamp, Amine Kébé, Brenda Killen, Dermot Maher, Paolo Piva, Heide Richter-Airijoki, Jacqueline Toupin, Phyllida Travis, Eugenio Villar et Diana Weil ont bien voulu adresser leurs avis et observations. Des remerciements sont également adressés aux nombreux bureaux régionaux de l'OMS et départements de ces bureaux pour les textes, commentaires et idées qu'ils ont communiqués. Nos remerciements vont aussi à Catherine Browne et à Marie-Claude van Holten pour leur soutien administratif et à Christian Stenersen et Marie-Claude van Holten pour la mise au point rédactionnelle de la version française.

Catalogage à la source : Bibliothèque de l'OMS

Organisation mondiale de la Santé
La santé et les objectifs du Millénaire pour le développement

1.Santé mondiale 2.Priorités en santé 3.Délivrance soins 4.Coût maladie 5.Développement 6.Objectif 7.Justice sociale 1.Titre

Numéro ISBN 92 4 256298 6

(Classification NLM : WA 530.1)

© Organisation mondiale de la Santé 2005

Tous droits réservés. Les publications de l'Organisation mondiale de la Santé peuvent être obtenues sur demande aux Editions de l'OMS, Organisation mondiale de la Santé, 20 avenue Appia, 1211 Genève 27 (Suisse) (tél. : +41 22 791 2476 ; télécopie : +41 22 791 4857 ; courriel : bookorders@who.int). Prière d'adresser les demandes d'autorisation de reproduction ou de traduction des publications de l'OMS – pour la vente ou une diffusion non commerciale – aux Editions de l'OMS, à l'adresse ci-dessus (télécopie : +41 22 791 4806 ; courriel : permissions@who.int).

Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux ne signifie pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les précautions voulues pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, ces données sont publiées sans garantie d'aucune sorte, expresse ou implicite. Le lecteur est responsable de leur interprétation et de leur utilisation. L'Organisation mondiale de la Santé ne saurait être tenue responsable de tout préjudice subi à la suite de l'utilisation de cette publication.

Imprimé en France. Conception graphique : KAOLIS (Montpellier).

Photographies : OMS/Virot P. – OMS/TBP/Davenport, Falise, Hampton, Van der Hombergh, Colors magazine/Langvad J.
Organisation internationale du Travail/Crozet M., Deloche P., Derrien J.M., Lissac P., Maillard J.

Avant-propos

Les huit objectifs du Millénaire pour le développement constituent un pacte mondial sans équivalent. Issus de la Déclaration du Millénaire signée par 189 pays, les OMD bénéficient d'un soutien politique international. En tant que tels, ils sont l'expression de l'engagement sans précédent pris par les dirigeants mondiaux de combattre les formes les plus élémentaires de l'injustice et de l'inégalité de notre univers : la pauvreté, l'analphabétisme et la maladie.

Les OMD liés à la santé ne couvrent pas toutes les questions de santé importantes pour les personnes et les pays démunis. Ils servent toutefois de marqueurs des difficultés les plus fondamentales à résoudre : faire en sorte que les femmes ne meurent plus pendant la grossesse et l'accouchement, protéger les jeunes enfants de la maladie et de la mort, et combattre les principales maladies transmissibles, en particulier le VIH/SIDA. Tant que nous ne pouvons pas surmonter ces problèmes essentiels, comment espérer réussir dans d'autres domaines tout aussi importants pour la santé ?

L'année 2005 est déterminante pour les OMD, la date cible de 2015 n'étant plus qu'à 10 ans de là. Si des progrès, à l'évidence, ont été réalisés, trop nombreux sont les pays – en particulier les plus démunis – qui ont pris du retard au plan de la santé. D'autres domaines notamment l'éducation, l'égalité entre les sexes et la réduction de la pauvreté, pourraient en pâtir. En bref, l'idéal des OMD – créer un monde meilleur et plus juste – est menacé si nous ne faisons pas davantage pour améliorer la santé des pauvres.

Ce rapport explique en partie pourquoi les progrès sont lents et propose des solutions. Au-delà des statistiques, il examine les zones stratégiques et les domaines d'action des pouvoirs publics où des changements s'imposent et qui nécessitent un soutien. Ainsi, il résume la contribution de l'OMS aux débats sur les OMD et au Sommet mondial de septembre 2005.

Des progrès beaucoup plus rapides dans le domaine de la santé sont possibles et les exemples de réussites dont nous pouvons nous inspirer sont nombreux. Nous disposons des connaissances et des outils, et nous pouvons obtenir les ressources nécessaires. C'est la volonté politique qui est indispensable et notre détermination à intensifier sensiblement nos actions. Si nous voulons réussir, nous devons nous atteler à la tâche sans délai. Peu d'enjeux sont plus essentiels et plus urgents.



LEE Jong-wook
Directeur général
Organisation mondiale de la Santé

Table des matières

07 Introduction

'01

12 OMD liés à la santé : les progrès réalisés

- 15 Objectif 1 : Réduire l'extrême pauvreté et la faim
- 16 Objectif 4 : Réduire la mortalité de l'enfant
- 18 Objectif 5 : Améliorer la santé maternelle
- 20 Objectif 6 : Combattre le VIH/SIDA, le paludisme et d'autres maladies
- 26 Objectif 7 : Assurer un environnement durable
- 29 Objectif 8 : Mettre en place un partenariat mondial pour le développement

'02

30 Un préalable pour atteindre les OMD liés à la santé : des systèmes de santé parfaitement opérationnels et équitables

- 33 Programme d'action pour les systèmes de santé
- 34 Ressources humaines pour la santé
- 36 Un financement équitable et durable
- 36 Médicaments, matériel de diagnostic et infrastructure de base nécessaires à la fourniture des services
- 37 Evaluation des progrès et suivi des résultats
- 38 Organiser des services de santé plus équitables et mieux axés sur les besoins des pauvres
- 40 Définir les règles de l'engagement : tutelle et rôle de l'Etat
- 41 Conclusion

'03

42 Au-delà de la prestation des services de santé : la place de la santé dans le développement

- 45 Santé et développement : qu'en est-il dans la pratique ?
- 46 Accorder plus de place à la santé dans les processus nationaux de développement
- 48 Approches programmatiques
- 49 Conclusion

'04

50 S'occuper de l'évolution des problèmes de santé dans le monde en développement

- 52 Aggravation de la fracture sanitaire
- 53 Complexité croissante de la charge de la mortalité
- 57 Les effets de la mondialisation
- 59 Conclusion

'05

60 Mobiliser les ressources

- 63 Objectif 8
- 63 Quel sera le coût de la réalisation des OMD liés à la santé ?
- 64 L'incidence économique d'une intensification de l'aide
- 65 Conclusion

'06

66 Améliorer l'efficacité de l'aide allouée à l'action de santé

- 68 Appropriation, harmonisation, alignement et résultats
- 70 La santé : un secteur de plus en plus complexe
- 70 Coopération pour le développement dans les Etats fragiles
- 73 Conclusion

'07

74 Problèmes liés au suivi des progrès et à la mesure des réalisations

- 76 Les enjeux au niveau des politiques
- 76 Les enjeux techniques
- 79 Les enjeux opérationnels
- 80 Réseau de métrologie sanitaire
- 81 Conclusion

82 Sigles et acronymes



La santé et les objectifs du Millénaire
pour le développement



2000
2005 tenir les promesses
2015



Introduction

En

2000, la communauté mondiale a pris l'engagement historique d'éradiquer en 15 ans l'extrême pauvreté et d'améliorer la santé et le bien-être des populations les plus pauvres. Cet engagement s'est concrétisé par la Déclaration du Millénaire (1), cadre général dans lequel sont énoncés huit objectifs assortis d'un calendrier précis, les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD ; voir le tableau p. 11).

Les objectifs du Millénaire pour le développement ont recueilli l'approbation généralisée de tous les pays, riches et pauvres. On considère qu'ils constituent un cadre global pour les activités de développement et qu'ils offrent des repères permettant d'évaluer les résultats obtenus. A 10 ans à peine de l'échéance de 2015, l'heure est venue d'examiner les progrès accomplis, de dresser un bilan des réalisations et de prendre la mesure des obstacles à surmonter. Du point de vue de la santé, les OMD sont importants à cinq titres au moins.

Premièrement, les objectifs du Millénaire définissent un ensemble de priorités communes sur les moyens à mettre en œuvre pour lutter contre la pauvreté. Le consensus sans précédent qui s'est formé entre les Etats, les institutions internationales et le système des Nations Unies assure une véritable mobilisation politique et fait une large place aux activités de développement.

Deuxièmement, la santé est au cœur des OMD, ce qui revient à dire qu'elle est également au cœur du programme mondial d'atténuation de la pauvreté et qu'elle constitue un outil précieux de mesure du bien-être. La santé, qui figure dans trois des huit objectifs, joue un rôle décisif dans la réalisation des autres objectifs, en particulier de ceux qui concernent l'éradication de l'extrême pauvreté et de la faim, l'éducation et l'égalité des sexes. Il importe également de relever que les objectifs liés à la santé visent des problèmes qui affectent de manière disproportionnée les populations démunies.

Troisièmement, les OMD définissent un certain nombre de cibles ambitieuses et quantifiables qui permettent de mesurer les progrès accomplis et de vérifier si les activités sont sur la bonne voie ; elles permettront aussi de mettre en jeu la responsabilité des décideurs.

Quatrièmement, en calculant les dépenses qui devront être engagées pour atteindre les OMD, on comprend qu'il existe un énorme fossé entre les ressources nécessaires et les ressources effectivement disponibles. Un tel constat ne peut que donner davantage de poids aux appels que le secteur de la santé lance depuis des années pour une augmentation radicale de ses ressources.

Cinquièmement, l'une des spécificités des OMD réside dans le fait que le huitième objectif demande la mise en place d'un partenariat mondial pour le développement, ce qui implique qu'il incombe aux pays riches de prendre un certain nombre d'initiatives pour permettre aux pays pauvres d'atteindre les objectifs 1 à 7.

Le huitième objectif nous rappelle que la sécurité et la prospérité mondiales passent par l'établissement d'un monde plus équitable pour tous.

Fait plus important encore, les OMD ont également permis de mettre en évidence les véritables enjeux du secteur de la santé. En effet, c'est en commençant à examiner soigneusement ce qu'il faudrait entreprendre pour atteindre les OMD que les pays développés et les pays en développement ont pu discerner clairement les obstacles qui se dressaient sur leur route. Ce sont ces enjeux – là aussi, nous en avons dénombré cinq – qui constituent l'objet du présent rapport ; ils sont également des pièces maîtresses de la stratégie mise en œuvre par l'Organisation mondiale de la Santé pour atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement.

Le premier enjeu consiste à renforcer les systèmes de santé. Sans des systèmes plus efficaces et plus équitables, les pays ne pourront pas intensifier les programmes de prévention et de lutte contre les maladies qui sont nécessaires pour atteindre les objectifs spécifiquement liés à la santé, à savoir réduire la mortalité de la mère et de l'enfant et faire reculer le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme. Le chapitre 2 définit un programme d'action pour améliorer les systèmes de santé et leur permettre de mieux répondre aux besoins des plus démunis.

Le deuxième enjeu est de veiller à ce que la santé devienne l'une des priorités des politiques de développement et des grandes orientations économiques. Cela signifie qu'il faut regarder au-delà du système de santé proprement dit et s'intéresser aux principaux déterminants de la maladie – faible niveau d'instruction, pauvreté, inégalités dans les relations entre les hommes et les femmes, comportements à risque, milieu insalubre –, et accorder une plus grande place à la santé dans les processus nationaux de réduction de la pauvreté et de réforme de l'Etat. Le chapitre 3 examine les mesures concrètes à prendre pour intégrer la santé dans la lutte contre la pauvreté, en partant du principe que les antécédents et les besoins des pays en développement diffèrent fortement d'un pays à l'autre. Une attention toute particulière doit être accordée aux Etats fragilisés ainsi qu'à ceux qui sortent d'un conflit armé.

Le troisième enjeu consiste à élaborer des stratégies sanitaires qui répondent aux besoins variés et fluctuants des pays. Il s'agira de concevoir des stratégies efficaces par rapport au coût, axées sur les maladies et les affections qui représentent – et continueront de représenter – la plus grande part de la charge de morbidité. A côté des priorités définies dans les OMD, les soins de santé génésique joueront un rôle essentiel dans tous les pays. Les mesures visant à réduire la violence et les traumatismes – ainsi que des maladies non transmissibles, comme celles qui sont liées aux maladies cardiovasculaires et au tabagisme – revêtent une importance quasi universelle. Comme il est dit au chapitre 4, les OMD définissent les résultats souhaitables du point de vue de l'amélioration globale du bien-être. Tout un éventail d'activités, notamment de nombreuses interventions sanitaires, sera évidemment nécessaire pour atteindre ces résultats.

Le quatrième enjeu est de mobiliser davantage de ressources pour la santé dans les pays pauvres. En effet, réaliser les objectifs du Millénaire pour le développement est actuellement « trop onéreux » pour les pays à bas revenu et l'aide ne comble pas le fossé qui existe. Le chapitre 5 porte sur les investissements nécessaires pour atteindre les OMD liés à la santé ; le chapitre 6 examine comment l'aide au développement consacrée à la santé pourrait être fournie de manière plus efficace et plus équitable.

Le cinquième enjeu consiste à améliorer la qualité des données sanitaires. Il incombe au premier chef aux Etats de mesurer les progrès réalisés en vue d'atteindre les OMD ; l'une des fonctions les plus importantes du système des Nations Unies est de veiller, à l'échelle



planétaire, au suivi nécessaire à l'élaboration des politiques mondiales et nationales. Au niveau mondial, le simple constat des progrès réalisés peut aider à dégager de nouvelles ressources et à entretenir l'élan politique. Au niveau national, c'est la fiabilité des renseignements qui peut garantir la bonne orientation des politiques afin qu'elles soient véritablement axées sur les besoins les plus urgents. Plusieurs problèmes existent : renseignements lacunaires, faiblesse des systèmes d'information sanitaire, excès d'analyse des données ; s'y ajoutent les difficultés rencontrées pour obtenir des données désagrégées nécessaires à la prise en compte des différences entre les hommes et les femmes, ou entre les riches et les pauvres. Le chapitre 7 examine certaines des difficultés auxquelles se heurte le suivi des OMD et propose des solutions.

Dans son examen de ces cinq enjeux, le présent rapport privilégie les grandes orientations qui intéressent le secteur de la santé dans son ensemble. De ce fait, il ne fait pas ressortir tel ou tel domaine technique particulier, pas plus qu'il ne s'intéresse aux progrès réalisés par chaque pays en vue d'atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement.

On trouvera toutefois au chapitre 1 une vue d'ensemble des progrès enregistrés jusqu'à présent, des initiatives couronnées de succès et des nombreux domaines dans lesquels les avancées sont moins rapides que prévu.



Lutter contre les maladies et les affections qui touchent d'une façon anormalement importante les pauvres est au cœur de l'action de l'Organisation mondiale de la Santé. Les efforts déployés pour atteindre les OMD s'intègrent donc dans les activités essentielles de l'OMS, qui a mis en œuvre des programmes d'envergure pour aider les pays à lutter contre le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme, à améliorer la santé et la nutrition de la mère et de l'enfant et à intensifier l'accès aux médicaments essentiels. L'adhésion de l'OMS à la Déclaration du Millénaire a été réaffirmée par les organes directeurs de l'Organisation (2, 3) ; il a en outre été décidé que le prochain programme général de travail porterait sur la période 2006-2015, de manière à correspondre à l'échéance de 2015 fixée pour les OMD. Si ces derniers ne recouvrent pas la totalité des activités de l'OMS, ils sont cependant au cœur du programme d'aide aux Etats Membres et constituent également des repères importants permettant de mesurer la contribution globale de l'Organisation aux progrès de la santé.

Quant à la voie à suivre pour atteindre les OMD liés à la santé, les gouvernements des pays riches et des pays pauvres, les organisations de développement et les organes de la société civile attendent beaucoup de l'impulsion et des conseils de l'OMS. Ce rapport recense les éléments essentiels – les stratégies et les activités – susceptibles d'aider la communauté internationale, mobilisée dans un effort collectif, à faire face à la crise sanitaire qui menace de nombreux pays pauvres et, ce faisant, à contribuer à réduire la pauvreté.

Le choix des questions examinées dans le présent rapport a été effectué lors d'une réunion interrégionale de l'OMS organisée en novembre 2004 au Costa Rica. Des représentants des six Régions de l'OMS, des membres du personnel du Siège et de quelques bureaux régionaux étaient réunis pour analyser les principaux problèmes déterminants à résoudre pour atteindre les OMD. Leurs travaux ont abouti à un document soumis au Conseil exécutif et à une résolution présentée en mai 2005 à l'Assemblée mondiale de la Santé (4, 5) ; ces deux documents définissaient les grands axes de la stratégie que l'OMS juge indispensable pour parvenir aux OMD liés à la santé. Ce rapport étudie plus avant les thèmes de la réunion du Costa Rica en faisant ressortir davantage la richesse et la profondeur de vues des débats.

1 - Déclaration du Millénaire de l'Organisation des Nations Unies. New York, N.Y., Organisation des Nations Unies, 2000 (A/RES/55/2; <http://daccessdds.un.org/doc/UNDOC/GEN/N00/559/52/PDF/N0055952.pdf?OpenElement>, consulté le 22 avril 2005).

2 - Contribution de l'OMS à la réalisation des objectifs de développement de la Déclaration du Millénaire des Nations Unies. Note du Directeur général. In: Cinquante-cinquième Assemblée mondiale de la Santé, Genève, 13-18 mai 2002. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2002 (A55/6 ; http://www.who.int/gb/ebwaha/pdf_files/WHA55/fa556.pdf, consulté le 22 avril 2005).

3 - Résolution EB109.R3. Contribution de l'OMS à la réalisation des objectifs de développement de la Déclaration du Millénaire des Nations Unies. In: EB109/2002/REC/1 - Organisation mondiale de la Santé. Conseil exécutif. Cent neuvième session, Genève, 14-21 janvier 2002. Résolutions, décisions et annexes. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2002 (EB109.R3 ; http://policy.who.int/cgi-bin/om_sapi.dll?infobase=Eb-fr&softpage=Browse_Frame_Pg42, consulté le 22 avril 2005).

4 - Réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé : rapport de situation. In: Conseil exécutif. Cent quinzième session, Genève, 17-24 janvier 2005. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2005 (EB115/5 ; http://www.who.int/gb/ebwaha/pdf_files/EB115/B115_5-fr.pdf, consulté le 1^{er} juin 2005).

5 - Résolution WHA58.30. Accélérer la réalisation des objectifs de développement liés à la santé convenus sur le plan international, y compris ceux énoncés dans la Déclaration du Millénaire. In: WHA58/2005/REC/1 - Organisation mondiale de la Santé. Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé, Genève, 16-25 mai 2005. Résolutions, décisions et annexes. Genève, Organisation mondiale de la Santé (en préparation) (WHA58.30 ; http://www.who.int/gb/ebwaha/pdf_files/WHA58/WHA58_30-fr.pdf (version non éditée), consulté le 1^{er} juin 2005).

La santé dans les objectifs du Millénaire pour le développement

| Cibles | Indicateurs |
|---|--|
| Objectif 1 : réduire l'extrême pauvreté et de la faim | |
| Cible 1 | Réduire de moitié, entre 1990 et 2015, la proportion de la population dont le revenu est inférieur à un dollar par jour |
| Cible 2 | Réduire de moitié, entre 1990 et 2015, la proportion de la population qui souffre de la faim |
| | 4. Pourcentage d'enfants (de moins de 5 ans) présentant une insuffisance pondérale 5. Proportion de la population n'atteignant pas le niveau minimal d'apport calorique |
| Objectif 2 : assurer l'éducation primaire pour tous | |
| Cible 3 | D'ici à 2015, donner à tous les enfants, garçons et filles, partout dans le monde, les moyens d'achever un cycle complet d'études primaires |
| Objectif 3 : promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes | |
| Cible 4 | Éliminer les disparités entre les sexes dans les enseignements primaire et secondaire d'ici à 2005 si possible, et à tous les niveaux de l'enseignement en 2015 au plus tard |
| Objectif 4 : réduire la mortalité des enfants de moins de 5 ans | |
| Cible 5 | Réduire de deux tiers, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans |
| | 13. Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans 14. Taux de mortalité infantile 15. Proportion d'enfants de 1 an vaccinés contre la rougeole |
| Objectif 5 : améliorer la santé maternelle | |
| Cible 6 | Réduire de trois quarts, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité maternelle |
| | 16. Taux de mortalité maternelle 17. Proportion d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié |
| Objectif 6 : combattre le VIH/SIDA, le paludisme et d'autres maladies | |
| Cible 7 | D'ici à 2015, avoir stoppé la propagation du VIH/SIDA et commencé à inverser la tendance actuelle |
| | 18. Taux de prévalence du VIH parmi les femmes enceintes âgées de 15 à 24 ans 19. Taux d'utilisation de la contraception 20. Taux de scolarisation des orphelins par rapport au taux de scolarisation des autres enfants non orphelins âgés de 10 à 14 ans |
| Cible 8 | D'ici à 2015, avoir maîtrisé le paludisme et d'autres grandes maladies, et avoir commencé à inverser la tendance actuelle |
| | 21. Taux de prévalence du paludisme et taux de mortalité lié à cette maladie 22. Proportion de la population vivant dans les zones à risque qui utilise des moyens de protection et des traitements efficaces contre le paludisme 23. Taux de prévalence de la tuberculose et taux de mortalité lié à cette maladie 24. Proportion de cas de tuberculose détectés et soignés dans le cadre DOTS (traitement de brève durée sous surveillance directe) |
| Objectif 7 : assurer un environnement durable | |
| Cible 9 | Intégrer les principes du développement durable dans les politiques nationales et inverser la tendance actuelle à la déperdition des ressources environnementales |
| | 29. Proportion de la population utilisant des combustibles solides |
| Cible 10 | Réduire de moitié, d'ici à 2015, le pourcentage de la population qui n'a pas accès de façon durable à un approvisionnement en eau de boisson salubre et à des services d'assainissement de base |
| | 30. Proportion de la population urbaine et rurale ayant accès à une source d'eau meilleure |
| Cible 11 | Réussir, d'ici à 2020, à améliorer sensiblement la vie d'au moins 100 millions d'habitants de taudis |
| | 31. Proportion de la population ayant accès à un meilleur système d'assainissement (zones urbaines et rurales) |
| Objectif 8 : mettre en place un partenariat mondial pour le développement | |
| Cible 12 | Poursuivre la mise en place d'un système commercial et financier multilatéral ouvert, fondé sur des règles, prévisible et non discriminatoire |
| Cible 13 | S'attaquer aux besoins particuliers des pays les moins avancés |
| Cible 14 | Répondre aux besoins particuliers des pays sans littoral et des petits Etats insulaires en développement |
| Cible 15 | Traiter globalement le problème de la dette des pays en développement par des mesures d'ordre national et international propres à rendre leur endettement viable à long terme |
| Cible 16 | En coopération avec les pays en développement, formuler et appliquer des stratégies qui permettent aux jeunes de trouver un travail décent et utile |
| Cible 17 | En coopération avec l'industrie pharmaceutique, rendre les médicaments essentiels disponibles et abordables dans les pays en développement |
| | 46. Proportion de la population ayant durablement accès à des médicaments de base d'un coût abordable |
| Cible 18 | En coopération avec le secteur privé, faire en sorte que les avantages des nouvelles technologies, en particulier des technologies de l'information et de la communication, soient accordés à tous |

Sources: "Implementation of the United Nations Millennium Declaration", Report of the Secretary-General, A/57/270 (31 July 2002), first annual report based on the "Road map towards the implementation of the United Nations Millennium Declaration", Report of the Secretary-General, A/56/326 (6 September 2001); United Nations Statistics Division, Millennium Indicators Database, verified in July 2004; World Health Organization, Department of MDGs, Health and Development Policy (HDP).



OMD liés à la santé : les progrès réalisés



Ce chapitre propose une vue d'ensemble des

progrès

01 02 03 04 05 06 07
chapitre

réalisés en vue d'atteindre les cibles et les objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé. Ces données ont été fixées pour 2015 sur la base d'indices concernant 1990 ; or, en 2005, un peu plus de la moitié de la période considérée est déjà écoulée. Les résultats présentés ici ne sont guère encourageants : si l'évolution observée au cours des années 90 se poursuit, la majorité des pays pauvres n'atteindront pas les OMD liés à la santé.

Pour l'heure, aucune des régions les plus pauvres du monde en développement n'est en mesure d'atteindre l'objectif relatif à la mortalité de l'enfant. Il y a certes eu un recul de la mortalité maternelle, mais uniquement dans les pays où elle était déjà faible ; par contre, dans les pays où elle est élevée, la situation a stagné, voire empiré.

Les données concernant la couverture de quelques interventions sanitaires sont en revanche plus encourageantes. Dans certaines régions, et notamment en Asie (où le niveau de départ était très bas), on constate par exemple une rapide augmentation du nombre de femmes assistées par une personne qualifiée lors de l'accouchement, une progression de l'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide, et un accroissement du nombre de personnes soignées efficacement contre la tuberculose. D'autres renseignements (qui ne figureront pas dans ce chapitre) semblent toutefois indiquer que cette évolution favorable ne concerne pas les interventions dans le domaine de la santé de l'enfant : le taux de couverture médian des actions préventives ou curatives destinées à assurer la survie de l'enfant reste en effet compris dans une fourchette de 20 % à 25 %.

...

i - Les données présentées dans le présent rapport ont été fournies par l'OMS, l'ONUSIDA et l'UNICEF. Les graphiques et les cartes ont été établis par la Division de statistique de l'ONU dans le cadre du rapport de 2005 sur les progrès accomplis dans la réalisation des OMD. Les sections du rapport de l'ONU consacrées aux questions de santé ont également bénéficié des données fournies par la Banque mondiale, le FNUAP et l'OCDE.

...

D'un point de vue technique et opérationnel, le calcul des moyennes nationales des 17 indicateurs de santé associés aux OMD s'est révélé complexe (voir le chapitre 7). Le suivi des OMD a toutefois permis de mettre au point, pour la première fois, un ensemble de statistiques nationales de santé fiables et comparables et d'une utilité avérée, tant pour l'élaboration des grandes orientations que pour le travail de sensibilisation. Si ce suivi permet d'obtenir des renseignements intéressants sur les progrès réalisés en vue d'atteindre des cibles en matière de santé, le travail d'analyse reste quant à lui insuffisant.

En tant que telles, les statistiques ne sauraient expliquer l'augmentation ou la diminution des taux de mortalité ou de couverture, ni proposer des orientations à suivre. Le but des chapitres 2 à 7, par-delà les renseignements relatifs à telle ou telle cible, est de déceler les points faibles et les points forts de l'ensemble du secteur de la santé et de cerner les grands traits de son évolution. Certains des problèmes essentiels sont en général liés à la pauvreté et à l'insuffisance de développement, mais nombre d'entre eux sont propres à la santé. L'Organisation mondiale de la Santé estime que, c'est seulement en s'attaquant aux multiples problèmes qui engagent la totalité d'un secteur, qu'on pourra progresser dans tous les domaines de la santé, et qu'à l'avenir les statistiques sanitaires relatives aux OMD nous donneront davantage de raisons d'espérer.



OBJECTIF 1 : REDUIRE L'EXTREME PAUVRETE ET LA FAIM

Cible 2. Réduire de moitié, entre 1990 et 2015, la proportion de la population qui souffre de la faim

Indicateur 4. *Pourcentage d'enfants de moins de cinq ans présentant une insuffisance pondérale*

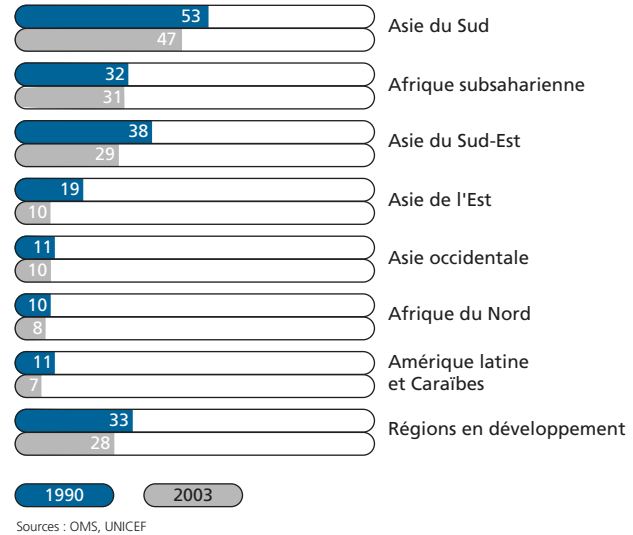
La malnutrition infantile – mesurée en retard de croissance de l'enfant – est un indicateur important de santé publique reconnu au plan international. Le jeune enfant est particulièrement exposé au risque de malnutrition et à ses conséquences néfastes.

La malnutrition est causée non seulement par un manque de nourriture, mais aussi par les effets débilissants de maladies infectieuses telles que la diarrhée et la pneumonie et par l'absence de soins. Elle est responsable de plus de la moitié des décès d'enfants. Les progrès visant à réduire la malnutrition chez les enfants ont été lents (figure 1).

Plus de 150 millions d'enfants de moins de cinq ans dans le monde en développement sont mal nourris (insuffisance pondérale), notamment près de la moitié des enfants d'Asie du Sud. En Afrique subsaharienne, le nombre d'enfants trop maigres est passé de 29 millions en 1990 à 37 millions en 2003. Par contre, en Asie de l'Est, le nombre d'enfants mal nourris a fléchi, passant de 24 millions à 10 millions.

Les stratégies visant à combattre la malnutrition des enfants comprennent l'allaitement maternel exclusif les six premiers mois, une augmentation de l'usage des suppléments de micronutriments, une diminution des maladies infectieuses et l'amélioration de l'accès à une eau saine et une meilleure hygiène.

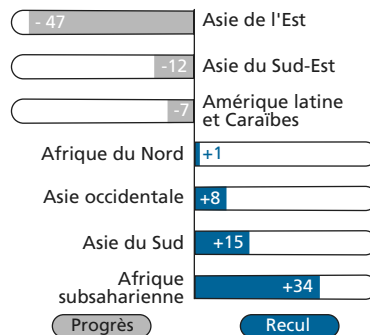
Figure 1 : Pourcentage d'enfants de moins de cinq ans présentant une insuffisance pondérale, 1990 et 2003



Indicateur 5. *Proportion de la population n'atteignant pas le niveau minimal d'apport calorique*

En 2002, 815 millions de personnes avaient faim dans le monde en développement. Dans les régions les plus touchées, ce nombre a augmenté par dizaines de millions (figure 2). La croissance démographique et une piètre productivité agricole sont les principales causes de pénurie alimentaire dans ces régions. La faim a tendance à se concentrer dans les campagnes chez les sans-terre ou chez les fermiers dont les parcelles sont trop petites pour subvenir à leurs besoins.

Figure 2 : Changements dans le nombre de personnes n'ayant pas suffisamment de nourriture entre 1990 et 2002 (en millions)



Source : FAO

01 02 03 04 05 06 07
chapitre

OBJECTIF 4 : REDUIRE LA MORTALITE DE L'ENFANT

Cible 5. Réduire de deux tiers, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans

Indicateur 13. Taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans

Entre 1960 et 1990, la mortalité de l'enfant dans les régions en développement a diminué de moitié, un enfant sur 10 mourant avant cinq ans. Le but recherché est de réduire cette mortalité de deux tiers.

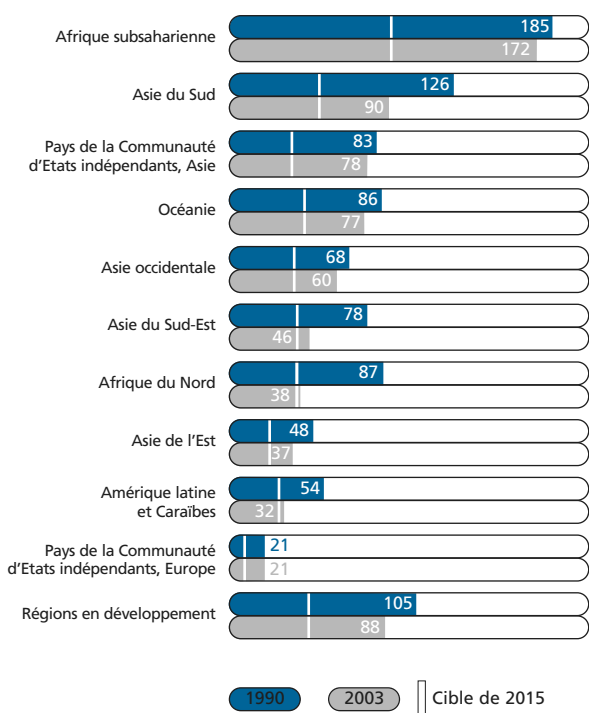
Chez les enfants de moins de cinq ans, 73 % des 10,6 millions de décès sont dus à la pneumonie, à la diarrhée, au paludisme, à la pneumonie néonatale, à l'accouchement prématuré et à l'asphyxie à la naissance.

Plus d'un décès sur cinq parmi les enfants de moins de cinq ans est survenu au cours de la première semaine d'existence et, dans la plupart des cas, suite à un problème de malnutrition de la mère et du fœtus qui a entraîné l'insuffisance pondérale à la naissance – problème aggravé par la médiocrité des soins prénatals et l'absence d'accoucheuse compétente.

Les estimations par région du taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans pour l'an 2003 varient entre neuf pour 1000 naissances vivantes dans les pays développés et 172 pour 1000 en Afrique subsaharienne (figure 3). Eu égard à l'objectif, l'écart entre régions pendant la décennie 1990-2003 est saisissant : l'Afrique du Nord, l'Amérique latine et les Caraïbes et l'Asie du Sud-Est ont fait de nets progrès, mais d'autres régions sont manifestement en retard. Pour certains pays d'Afrique subsaharienne ayant des niveaux élevés d'infection au VIH, cette situation peut s'expliquer, en partie du moins, par la transmission du VIH de la mère à l'enfant.

Dans la plupart des pays, toutefois, la diminution de la mortalité de l'enfant a ralenti parce que les efforts visant à réduire la malnutrition et à assurer une couverture complète avec des interventions contre la diarrhée, la pneumonie, les maladies à prévention vaccinale et le paludisme ont été insuffisants. Si la tendance observée pendant les années 90 reste inchangée jusqu'en 2015, la réduction du taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans opérée au niveau mondial pendant la période 1990-2015 ne sera que d'un quart environ, ce qui est loin des deux tiers initialement visés. Même si l'on parvenait à quintupler ce taux de réduction, l'objectif – une réduction de deux tiers – ne pourra pas être atteint d'ici à 2015.

Figure 3 : Taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans pour 1000 naissances vivantes en 1990 et 2003



Sources : OMS, UNICEF



Indicateur 15. Proportion d'enfants d'un an vaccinés contre la rougeole

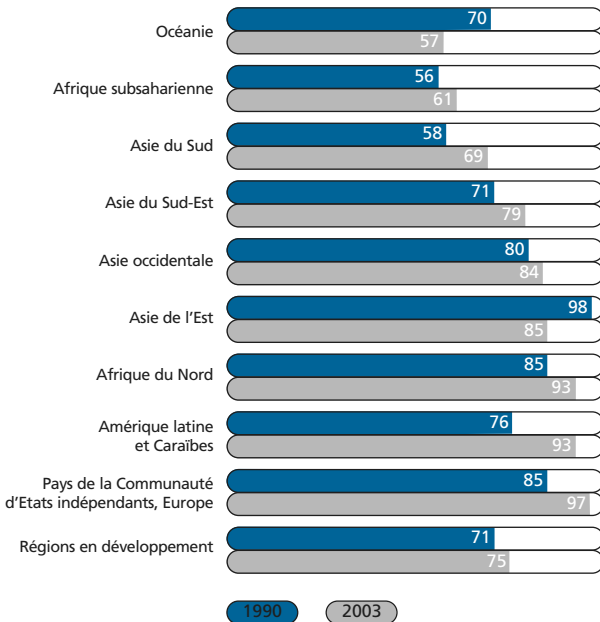
Bien qu'il existe depuis plus de 40 ans un vaccin contre la rougeole sans danger, efficace et relativement bon marché, cette maladie reste parmi les maladies à prévention vaccinale celle qui tue le plus d'enfants. Environ 4 % des décès d'enfants de moins de cinq ans sont dus à la rougeole.

La figure 4 indique la progression du taux de couverture vaccinale contre la rougeole dans diverses régions depuis 1990.

Bien que la couverture vaccinale systématique contre la rougeole soit restée relativement constante dans l'ensemble des pays en développement entre 1990 (71 %) et 2003 (75 %), des écarts considérables sont constatés entre les régions. Les pays développés à économie de marché, l'Europe centrale et orientale, la Communauté d'Etats indépendants, l'Amérique latine et les Caraïbes, le Moyen-Orient et l'Afrique du Nord affichent des chiffres stables, avec une couverture supérieure à 85 %. Cette dernière reste inférieure à 80 % en Asie du Sud, mais une amélioration est en cours, principalement en raison de l'augmentation du taux de couverture en Inde. L'Asie de l'Est a enregistré un recul sensible entre 1990 (98 %) et 2003 (85 %) ; cette baisse est due avant tout à un changement de méthode de mesure de la couverture vaccinale en République populaire de Chine. En Afrique subsaharienne, une amélioration progressive est observée, mais elle est de faible ampleur : le taux est passé de 56 % en 1990 à 61 % en 2003.

01 02 03 04 05 06 07
chapitre

Figure 4 : Taux de couverture vaccinale contre la rougeole : évolution par région (en pourcentage)



Sources : OMS, UNICEF

OBJECTIF 5 : AMELIORER LA SANTE MATERNELLE

Cible 6. Réduire de trois quarts, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité maternelle

Indicateur 16. *Taux de mortalité maternelle*

Dans les pays en développement, les complications de la grossesse ou de l'accouchement sont la principale cause de décès ou d'invalidité chez les femmes en âge de procréer ; en 2000, plus de 500 000 femmes en sont mortes ; plusieurs millions de femmes ont souffert ou sont devenues invalides. En 2000, plus de la moitié de ces décès (251 000) sont survenus en Afrique, près de 48 % (253 000) en Asie, 4 % environ (22 000) en Amérique latine et dans les Caraïbes, et moins de 1 % (2500) dans les régions développées.

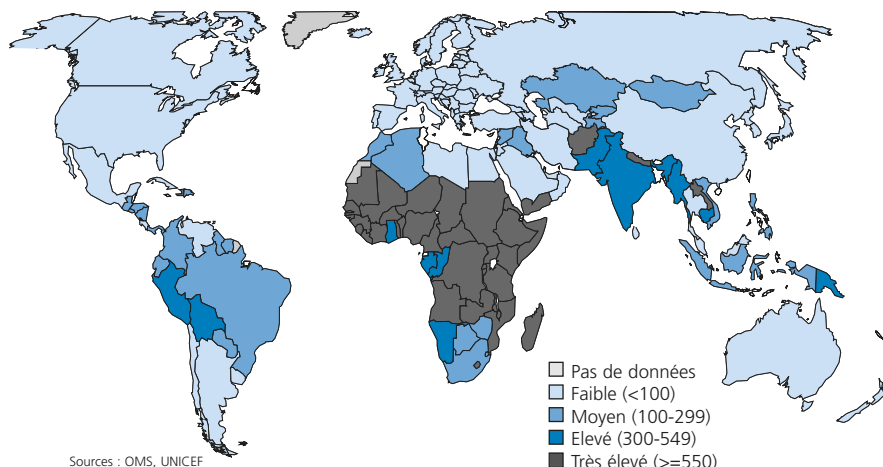
Un accès universel aux soins de santé de la procréation, notamment à la planification familiale, est le point de départ de la santé maternelle. C'est d'une importance particulière si on veut répondre aux besoins de 1,3 milliard de jeunes sur le point de commencer leur vie reproductive. Actuellement 200 millions de femmes ne bénéficient pas de services de contraception sûrs et efficaces.

Le taux de mortalité maternelle, qui mesure le risque obstétrical lié à chaque grossesse, est estimé à 400 pour 100 000 naissances vivantes dans le monde. L'Afrique détient le taux le plus élevé (830) ; elle est suivie par l'Asie (330), l'Océanie (240), l'Amérique latine et les Caraïbes (190) et les pays développés (20). Dans les pays à forte fécondité, les femmes sont exposées à ce risque plusieurs fois au cours de leur existence, ce qui fait que, cumulé sur une vie entière, le risque de décès encouru par la mère peut atteindre un sur 16, contre un sur 2800 dans les pays développés. En l'absence de registre détaillé des décès ou de certificat médical attestant la cause du décès, il est difficile d'obtenir une mesure fiable de la mortalité maternelle dans la plupart des pays en développement. Une autre possibilité consiste à effectuer des

enquêtes auprès des ménages ; mais, dans ce cas, les exigences concernant la taille des échantillons sont telles que les estimations comportent de larges intervalles de confiance et sont de ce fait de peu d'utilité pour appréhender une évolution dans la durée. C'est la raison pour laquelle nous n'avons que peu de données sur les tendances de la mortalité maternelle. Il semblerait que bien que cette mortalité ait diminué dans certains pays, ces baisses n'ont pas eu lieu dans des pays où la grossesse et l'accouchement sont très risqués. La figure 5 présente la situation de la mortalité maternelle dans le monde.



Figure 5 : Taux de mortalité maternelle, pour 100 000 naissances vivantes, 2000



Indicateur 17. Proportion d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié

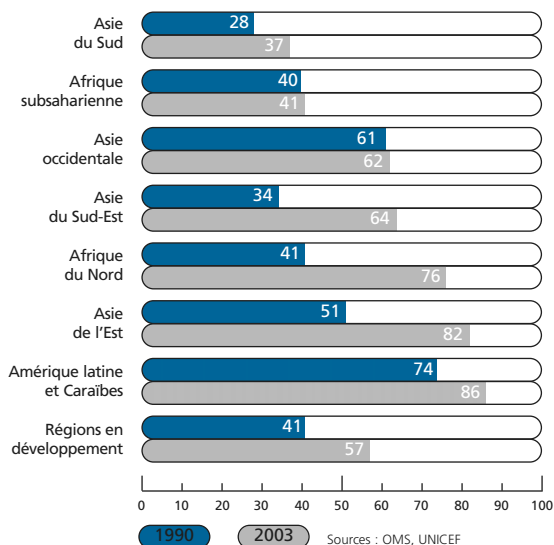
Des soins professionnels à la naissance contribuent à réduire la mortalité maternelle. La proportion de femmes assistées lors de l'accouchement par du personnel soignant qualifié – médecin, infirmière, sage-femme – est un indicateur étroitement corrélé avec les taux de mortalité maternelle.

Les tendances de cet indicateur pendant les années 90 permettent de constater les importants progrès accomplis dans les pays en développement, où la proportion d'accouchements assistés par du personnel qualifié est passée de 41 % à 57 % entre 1990 et 2003. On constate cependant (figure 6) d'importants écarts entre les régions. Aucune évolution notable n'est à signaler en Afrique subsaharienne, le taux restant proche des 40 % pendant toute cette période. En Asie occidentale, de même, les progrès restent peu sensibles (la hausse n'est que de 2 %), avec cependant des taux généralement plus élevés qu'en Afrique subsaharienne. Les chiffres ont en revanche enregistré une hausse significative en Afrique du Nord et en Asie du Sud-Est : en l'an 2003, entre deux tiers et trois quarts des femmes de ces régions ont bénéficié de l'assistance d'une personne qualifiée pendant l'accouchement. Ce n'est le cas que pour une femme sur trois en Asie du Sud, région

où le taux reste très bas, malgré un certain progrès au cours de la décennie considérée. En Amérique latine et dans les Caraïbes, la présence de soignants qualifiés lors de l'accouchement a augmenté de 16 % pendant ces 10 années, alors que la région enregistre déjà les meilleurs résultats dans ce domaine (avec 86 % de femmes assistées par du personnel compétent en 2003). Précisons toutefois qu'à l'intérieur d'une région donnée, il existe d'importantes différences entre pays et à l'intérieur même des pays.

01 02 03 04 05 06 07
chapitre

Figure 6 : Accouchement assisté par une personne qualifiée (en pourcentage)



OBJECTIF 6 : COMBATTRE LE VIH/SIDA, LE PALUDISME ET D'AUTRES MALADIES

Cible 7. D'ici à 2015, avoir stoppé la propagation du VIH/SIDA et commencé à inverser la tendance actuelle

Indicateur 18. Taux de prévalence du VIH parmi les femmes enceintes âgées de 15 à 24 ans

Le VIH/SIDA est de loin la principale cause des décès prématurés en Afrique subsaharienne ; à l'échelon mondial, il est le quatrième facteur de mortalité. Fin 2004, on estimait à 39 millions le nombre de personnes vivant avec le VIH dans le monde. En 2004, 3,1 millions de personnes sont mortes du SIDA, dont 510 000 enfants. En Afrique subsaharienne, le taux de prévalence chez les adultes a atteint environ 7,4 %, atteignant même dans certains cas,

plus de 20 %. Les taux de prévalence semblent s'être stabilisés dans la plupart des sous-régions de l'Afrique subsaharienne. La deuxième région la plus touchée est les Caraïbes, avec un taux de prévalence d'environ 2,3 % chez les adultes. Ces dernières années, dans plusieurs pays d'Europe de

l'Est, l'épidémie a enregistré une progression rapide. Dans les pays d'Asie et du Pacifique, la maladie s'est rapidement propagée parmi les populations ayant un comportement à haut risque, avec le danger d'une contamination progressive de la population générale ; certains pays ont toutefois prouvé qu'il était possible d'enrayer une épidémie géné-

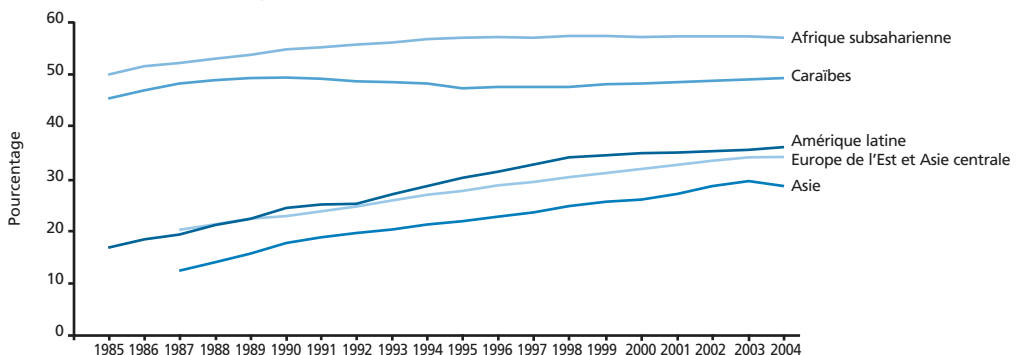
ralisée en prenant des mesures rigoureuses. On a estimé que le taux de prévalence du VIH chez les adultes en Asie du Sud et du Sud-Est était de 0,6 % en 2004. Dans les pays à revenu élevé d'Amérique du Nord, d'Europe occidentale et en Australie, la progression du taux de personnes contaminées dans certains groupes permet de penser que les progrès dans le domaine du traitement et des soins n'ont pas été systématiquement accompagnés par des mesures de prévention.

Dans l'ensemble, près de la moitié des personnes vivant avec le VIH sont des femmes, mais l'épidémie empirant, le nombre de femmes et de jeunes filles va augmenter. Pour des raisons physiologiques et surtout parce qu'elles n'ont pas de pouvoirs en matière de relations sexuelles vis-à-vis des hommes, les femmes et les jeunes filles sont plus vulnérables devant l'infection à VIH. En Afrique subsaharienne, 57 % des personnes infectées sont des femmes (figure 7). Il faudrait renforcer les services qui protègent les femmes du VIH ; enseignement et prévention sont nécessaires pour contrecarrer les facteurs qui contribuent à accroître la vulnérabilité et les risques chez les femmes.

La prévalence du VIH chez les femmes enceintes âgées de 15 à 24 ans est utilisée comme indicateur OMD du nouveau taux d'infection dans une population. Or on ne dispose pas à l'heure actuelle de données suffisantes pour effectuer une véritable analyse de l'évolution de la tendance pour cet indicateur.



Figure 7 : Pourcentage de femmes adultes âgées de 15 à 49 ans vivant avec le VIH ; diverses régions en développement, 1985-2004



Sources : OMS, ONUSIDA

Indicateur 19. Taux d'utilisation du préservatif sur le taux de prévalence des contraceptifsⁱⁱ

Les pays à avoir recueilli des données sur l'utilisation du préservatif au cours du dernier rapport sexuel avec un partenaire occasionnel sont encore relativement rares. Toutefois, dans les pays d'Afrique subsaharienne (19 pays sur 48) dont les données sont représentatives, 41 % des jeunes hommes, contre 23 % seulement des jeunes femmes, déclarent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel avec un partenaire occasionnel.

Indicateur 20. Taux de scolarisation des orphelins par rapport au taux de scolarisation des autres enfants non orphelins âgés de 10 à 14 ans

On estime que le SIDA a tué 3,1 millions de personnes en 2004. Dans certains pays d'Afrique, d'Asie, d'Amérique latine et dans les Caraïbes, environ 15 millions d'enfants de moins de 15 ans avaient perdu leur père ou leur mère, voire les deux, en 2003. Dans les pays fortement touchés par le VIH/SIDA, on estime que, toutes causes confondues, les orphelins de moins de 15 ans représentent jusqu'à 17 % de l'ensemble de la population enfantine. Plus l'épidémie progresse, plus le nombre d'orphelins de père et de mère augmente. L'indicateur 20 des OMD mesure le rapport de scolarisation actuelle entre les



ii - Cet indicateur, mentionné dans la liste des OMD, n'est pas systématiquement suivi. En lieu et place, les pays rassemblent des données sur l'utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un partenaire occasionnel.

orphelins et les non-orphelins âgés de 10 à 14 ans. Les données associées à cet indicateur sont rassemblées par l'UNICEF. En Afrique subsaharienne, les enfants sans père ni mère ont en moyenne 17 % de moins de chances de pouvoir être scolarisés que les enfants dont les deux parents sont en vie et qui vivent chez l'un au moins de ces parents.

Cible 8. D'ici à 2015 avoir maîtrisé le paludisme et d'autres grandes maladies, et avoir commencé à inverser la tendance actuelle

Indicateur 21. Taux de prévalence du paludisme et taux de mortalité lié à cette maladie

Les estimations du nombre de cas de paludisme aigu varient fortement, les plus élevées pouvant atteindre 500 millions. La maladie tue chaque année au moins un million de personnes, et constitue vraisemblablement un facteur déterminant dans la mort de deux autres millions. Environ 80 % des victimes sont de jeunes enfants d'Afrique subsaharienne. En 2002, on estime que le paludisme a entraîné la mort de plus de 800 000 enfants âgés de zéro à quatre ans dans les pays d'Afrique subsaharienne. Aujourd'hui, 40 % de la population mondiale – principalement

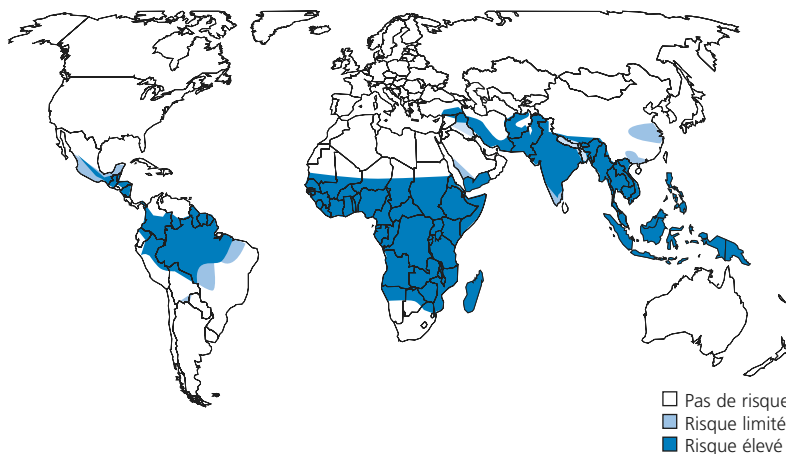
ceux vivant dans les pays les plus pauvres – risquent de contracter la maladie. Dans de nombreuses régions d'Afrique, les enfants sont exposés au moins trois fois à des infections susceptibles de mettre leur vie en danger pendant leur première année ; ceux qui survivent risquent d'avoir des difficultés d'apprentissage ou de souffrir de lésions cérébrales. Les femmes enceintes et leurs enfants à naître sont aussi particulièrement exposés au paludisme, qui est une cause de mortalité périnatale, d'insuffisance pondérale à la naissance et d'anémie maternelle.

La figure 8 indique le risque de transmission du paludisme.

Indicateur 22. Proportion de la population vivant dans les zones à risque qui utilise des moyens de protection et des traitements efficaces contre le paludisme

Les mesures actuelles de surveillance du paludisme concernent surtout les enfants africains de moins de cinq ans, car ils sont les plus durement touchés. Aujourd'hui, 15 % seulement d'entre eux dorment protégés par une moustiquaire, et 2 % seulement par une moustiquaire imprégnée d'insecticide. Dans la majorité des pays d'Afrique pour lesquel-

Figure 8 : Risque de transmission du paludisme dans le monde

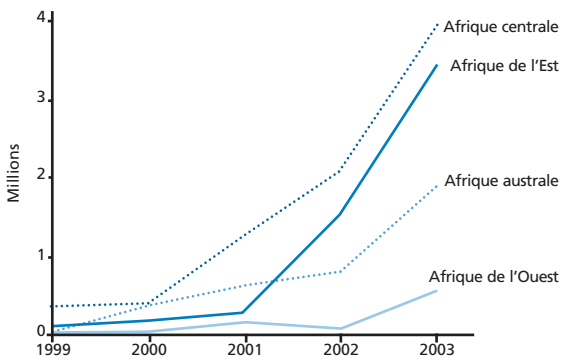


Source : OMS

les nous disposons de données, 50 % au moins des enfants de moins de cinq ans ayant subi une récente poussée de fièvre sont traités aux antipaludéens. Or ces chiffres ne tiennent pas compte de certains facteurs – traitements trop tardifs, erreurs de poso-

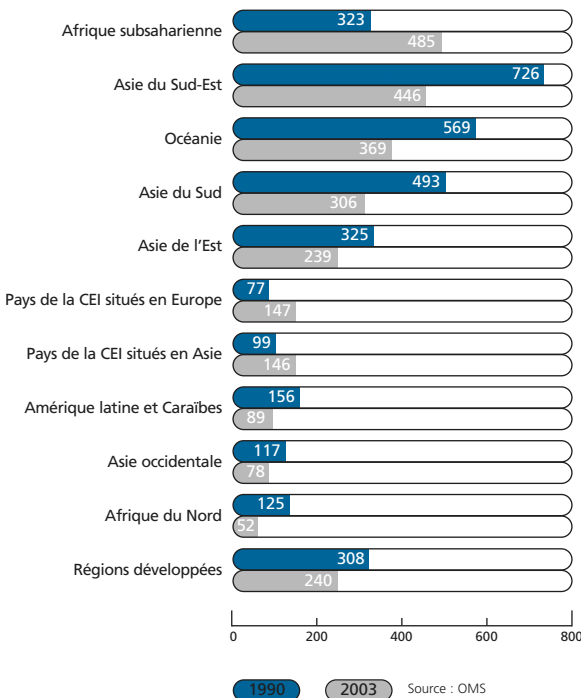
logie, mauvaise qualité de certains médicaments, résistance du parasite. Il est donc probable que les taux de couverture avec un traitement qui protège efficacement la vie des populations impaludées seront nettement plus bas. On peut cependant observer que la livraison de moustiquaires et d'insecticides aux pays endémiques d'Afrique subsaharienne a fait de rapides progrès. Comme le montre la figure 9, l'achat ou la distribution de moustiquaires a quadruplé dans cette région au cours des cinq dernières années.

Figure 9 : Moustiquaires vendues ou distribuées en Afrique subsaharienne, 1999-2003 (en millions)



Source : UNICEF

Figure 10 : Prévalence de la tuberculose, nombre de cas sur 100 000 personnes (à l'exclusion des personnes séropositives)



Source : OMS

Indicateur 23. Taux de prévalence de la tuberculose et taux de mortalité lié à cette maladie

La tuberculose tue chaque année 1,7 million de personnes, la plupart au début de leur vie active. Sa propagation s'explique par divers facteurs – apparition de souches pharmacorésistantes, propagation du VIH/SIDA qui renforce la prédisposition à la tuberculose, augmentation du nombre de réfugiés et de personnes déplacées. Le nombre de nouveaux cas s'élèverait en 2003 à 8,8 millions, dont 674 000 chez des personnes infectées par le VIH. Le nombre de nouveaux cas de tuberculose a augmenté d'environ 1 % par an, surtout en raison de l'épidémie de SIDA en Afrique subsaharienne. Il se peut en revanche que les taux de prévalence et de mortalité aient déjà amorcé un certain recul dans d'autres régions (voir figure 10). Quant à savoir s'il sera possible de faire suffisamment reculer la tuberculose pour atteindre les OMD d'ici à 2015, tout dépendra, d'une part, de la rapidité de mise en œuvre des programmes de traitement par les différents prestataires de soins de santé et, d'autre part, du degré d'efficacité avec lequel il sera possible d'adapter ces programmes aux problèmes posés par la coinfection par le VIH (surtout en Afrique) et la pharmacorésistance (principalement en Europe de l'Est).





Pour atteindre le taux de réussite de 85 %, un effort spécial doit être fait pour améliorer les taux de guérison en Afrique et en Europe de l'Est.

Indicateur 24. Proportion de cas de tuberculose détectés et soignés dans le cadre DOTS

Le succès du programme DOTSⁱⁱⁱ est subordonné à deux conditions : le développement du dépistage et un taux élevé de réussite du traitement. Un bon nombre des 182 programmes DOTS nationaux, en cours à la fin de 2003, ont affiché à cet égard des résultats satisfaisants, avec un taux de réussite approchant ou dépassant même la cible de 85 % fixée par le partenariat Halte à la tuberculose. S'agissant de la cohorte de patients enregistrés en 2002, le taux mondial de traitements réussis dans le cadre des programmes DOTS a atteint 82 %, chiffre qui conforte les résultats élevés atteints en 2001. On note cependant une baisse du taux de guérison et une augmentation du taux de mortalité lorsque la pharmacorésistance est fréquente ou que le taux de prévalence du VIH est élevé.

En revanche, les programmes DOTS atteignent moins des deux tiers de l'objectif fixé en matière de dépistage qui est de 70 %. En 2003, 45 % des nouveaux cas de tuberculose à frottis positifs ont été notifiés dans le cadre de DOTS. Il y a cependant lieu de croire que le dépistage ainsi opéré au niveau mondial s'est accéléré au cours des trois dernières années (en augmentation par rapport au niveau de 28 % enregistré en 2000). Entre 1995 et 2000, le nombre de cas de frottis positifs notifiés dans le cadre des programmes DOTS a progressé en moyenne de 134 000 unités par an. Entre 2002 et 2003, 324 000 nouveaux cas ont été signalés. Si les progrès enregistrés entre 2002 et 2003 dans le domaine du dépistage peuvent se poursuivre au même rythme, le taux de détection sera de 60 % en 2005. Pour atteindre l'objectif de 70 %, les programmes DOTS devront recruter des malades dans des dispensaires et hôpitaux qui ne participent pas aux programmes, notamment dans le secteur privé en Asie et, pour ce qui est de l'Afrique, en dehors des systèmes de santé publique actuels.

01 02 03 04 05 06 07
chapitre

iii - Le programme DOTS (traitement de brève durée sous surveillance directe) est la stratégie de lutte contre la tuberculose recommandée par l'OMS.

OBJECTIF 7 : ASSURER UN ENVIRONNEMENT DURABLE

Cible 9. Intégrer les principes du développement durable dans les politiques nationales et inverser la tendance actuelle à la déperdition des ressources environnementales

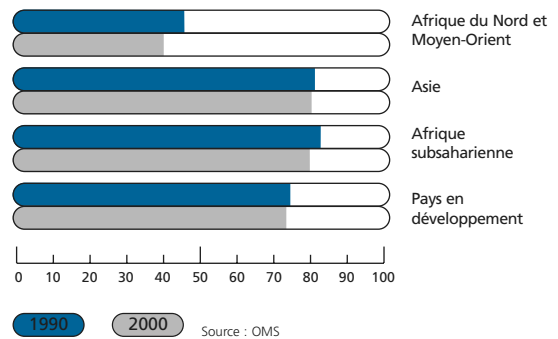


Indicateur 29. *Proportion de la population utilisant des combustibles solides*

Pour approximativement la moitié de la population mondiale, la biomasse (bois, charbon de bois, résidus de récoltes et déjections animales) et le charbon représentent la principale source d'énergie domestique pour la cuisine et le chauffage. Si les combustibles solides ont pratiquement cessé d'être la principale source d'énergie domestique dans les pays à économie de marché, ils sont en revanche utilisés par plus de la moitié des ménages en Afrique et en Asie du Sud-Est, et restent notamment d'un usage très courant dans les foyers les plus démunis. En Amérique latine et dans les Caraïbes, par exemple, les ménages disposant d'un revenu par habitant inférieur à US\$ 1 par jour et ceux

qui disposent d'un revenu journalier compris entre US\$ 1 et US\$ 2 ont respectivement sept et quatre fois plus de chances d'être des utilisateurs de combustibles solides que ceux dont le revenu est supérieur à US\$ 2 par jour. Dans certains pays, la tendance à l'affranchissement des ménages à l'égard de la biomasse s'est ralentie au cours des années 90, et s'est même parfois inversée, notamment parmi les ménages les plus pauvres. De ce fait, les progrès de la réduction de la consommation de combustibles solides dans les régions urbaines de la Chine ont été annulés par l'augmentation enregistrée dans d'autres endroits. Dans l'ensemble, les habitudes des ménages en matière de consommation de combustibles solides sont restées relativement stables entre 1990 et 2000 dans les pays en développement (figure 11).

Figure 11 : Utilisation domestique de combustibles solides : tendances dans les pays en développement^{iv} (en pourcentage)



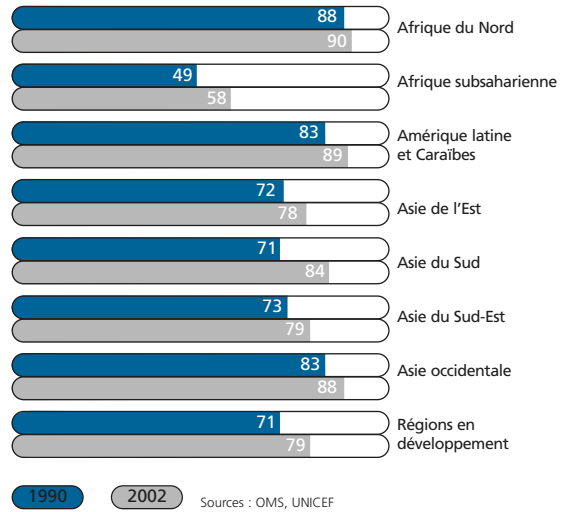
iv - Les données relatives à l'Amérique latine et les Caraïbes étaient insuffisantes.

Cible 10. Réduire de moitié, d'ici à 2015, le pourcentage de la population qui n'a pas accès de façon durable à un approvisionnement en eau de boisson salubre et à des services d'assainissement de base

Indicateur 30. Proportion de la population urbaine et rurale ayant accès de façon durable à une source d'eau de meilleure qualité

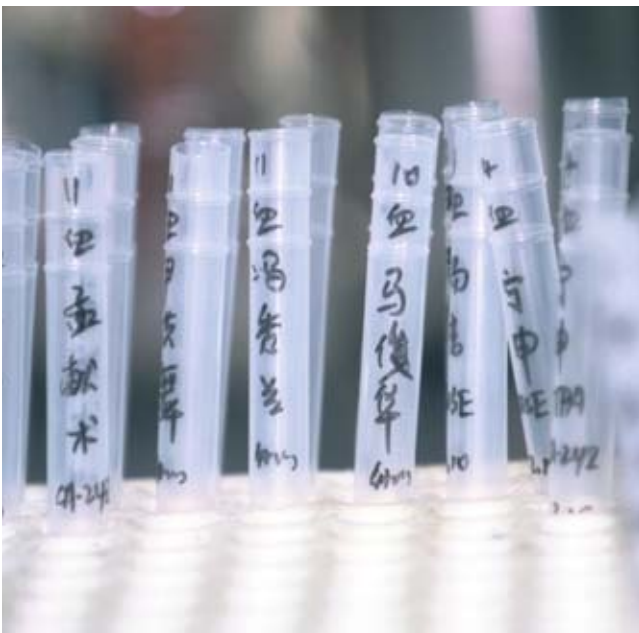
Pendant la période 1990-2002, le taux de couverture d'approvisionnement en eau de qualité est passé de 71 % à 79 % dans les régions en développement. Comme l'indique la figure 12, l'amélioration la plus sensible a été enregistrée en Asie du Sud (de 71 % à 84 %) ; les chiffres les plus bas restent ceux de l'Afrique subsaharienne où seulement 58 % de la population a accès à l'eau. Comparées aux villes, c'est dans les campagnes que l'amélioration a été la plus forte (7 % contre 1 %). Etant parties d'un niveau extrêmement bas, les zones rurales restent largement défavorisées, pour ce qui est de l'accès à une eau salubre. C'est en Afrique subsaharienne que l'écart entre la ville et la campagne est le plus marqué : en effet, 83 % de la population urbaine a accès à une eau de meilleure qualité contre seulement 45 % de la population rurale. On note également des disparités très fortes (28 %) en Amérique

Figure 12 : Accès à une eau de meilleure qualité : tendances régionales (en pourcentage)



01 02 03 04 05 06 07
chapitre

latine et en Asie de l'Est. En 2002, 1,1 milliard de personnes environ – soit le sixième de la population mondiale – n'avaient toujours pas accès à une eau de boisson de qualité ; la majorité de ces personnes vivent en Afrique et en Asie. Si l'on parvient à maintenir la progression d'ensemble enregistrée pendant la période 1990-2002 (une réduction d'environ un tiers du pourcentage de la population sans accès), il sera possible d'atteindre l'OMD, exprimé en termes d'accès à une eau de meilleure qualité. Toutefois, il est peu probable que l'Afrique subsaharienne atteigne cette cible. Compte tenu de la croissance démographique mondiale, environ 1,5 milliard de personnes devront être desservies, ce qui, concrètement, nécessite la mise en place quotidienne, jusqu'en 2015, de nouveaux services d'approvisionnement en eau pour 275 000 personnes.



Indicateur 31. Proportion de la population ayant accès à un meilleur système d'assainissement (zones urbaines et rurales)

Il y a de grandes différences entre les villes et les campagnes pour ce qui est des services d'assainissement. Les campagnes ont moins de la moitié de ceux disponibles dans les villes (figure 13). Mais les statistiques urbaines cachent les malheurs des bidonvilles. L'eau salubre et l'assainissement de base sont extrêmement rares dans les taudis qui prolifèrent dans le monde en développement.

Et c'est dans ce monde-là que 20 % des ménages les plus riches ont deux fois plus de possibilités d'avoir de l'eau potable que les 20 % des ménages les plus pauvres, et quatre fois plus de chances de disposer d'un système d'assainissement de qualité.

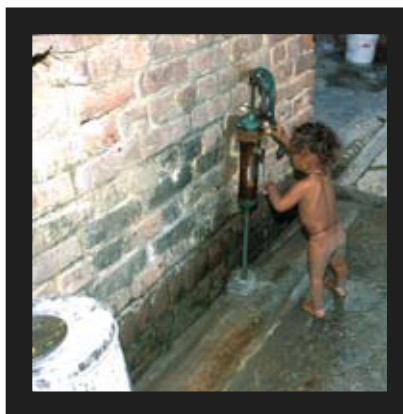
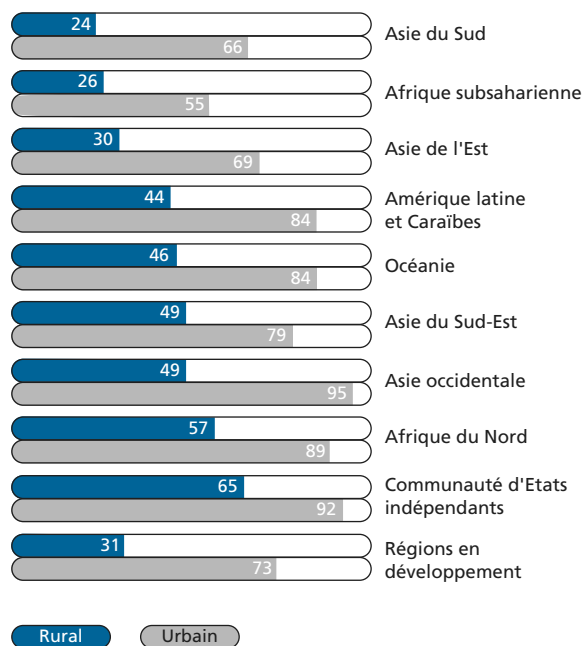


Figure 13 : Proportion de la population utilisant un meilleur système d'assainissement dans les zones rurales et urbaines, 2002 (en pourcentage)



Sources : OMS, UNICEF

OBJECTIF 8 : METTRE EN PLACE UN PARTENARIAT MONDIAL POUR LE DEVELOPPEMENT

Cible 17. En coopération avec l'industrie pharmaceutique, rendre les médicaments essentiels disponibles et abordables dans les pays en développement

Indicateur 46. Proportion de la population ayant durablement accès à des médicaments essentiels d'un coût abordable

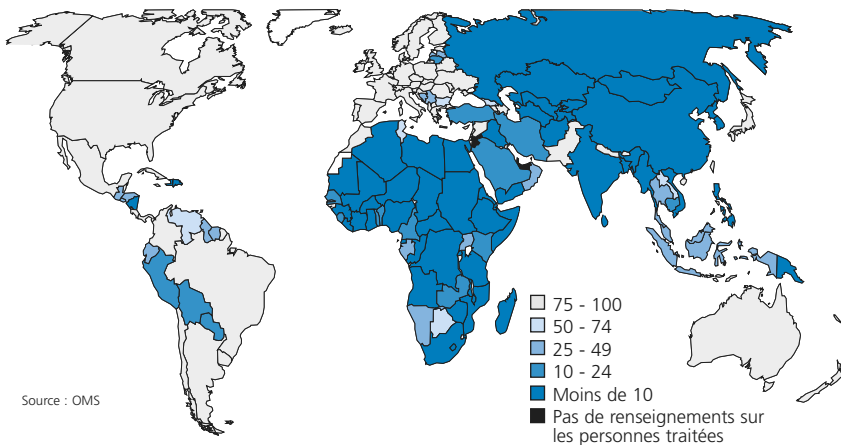
Grâce aux efforts des gouvernements, des donateurs, du secteur privé et d'autres acteurs, les régions en développement ont de plus en plus accès aux médicaments essentiels. Ces efforts ont bénéficié de l'impulsion donnée par l'Organisation mondiale du Commerce (OMC) qui, en 2001, a déclaré que l'Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce (ADPIC), destiné à protéger, entre autres, les brevets de produits pharmaceutiques, devrait être interprété de manière à appuyer le droit des pays de préserver la santé publique et de promouvoir l'accès de tous aux médicaments. En 2003, l'OMC a décidé d'assouplir les restrictions à l'importation, par les pays les

plus pauvres, de médicaments génériques destinés au traitement de maladies à propagation rapide et à coût élevé, comme le SIDA, le paludisme et la tuberculose.

Même s'il ne va pas nécessairement de pair avec l'accès aux médicaments essentiels, l'accès aux antirétroviraux (figure 14) est une question essentielle dans le monde entier. Le nombre de personnes recevant des antirétroviraux est passé de 400 000 au début de 2004 à près d'un million à la mi-2005. Mais cela ne correspond qu'à une couverture de 15 % parmi les 6,5 millions de personnes, dont les trois quarts vivent en Afrique subsaharienne, qui ont besoin de ce type de traitement. Malgré la chute spectaculaire du prix des génériques, le coût de ces médicaments et les difficultés rencontrées pour les rendre accessibles, dans des zones sans systèmes de santé performants et où il est difficile d'atteindre les malades, constituent les principaux obstacles au traitement.

01 02 03 04 05 06 07
chapitre

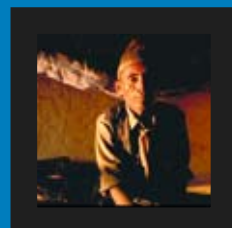
Figure 14 : Accès à la thérapie antirétrovirale (en pourcentage)



Estimation du pourcentage de personnes pouvant bénéficier d'une thérapie antirétrovirale (situation en décembre 2004).



Un préalable pour atteindre les OMD liés à la santé : des systèmes de santé parfaitement opérationnels et équitables



Les résultats en matière de

santé

01 02 03 04 05 06 07
chapitre

dans une grande partie du tiers monde sont par trop insuffisants. On a vu au chapitre premier que l'Afrique subsaharienne est la région la plus touchée, mais il y a dans toutes les régions des zones où la maladie sévit de manière extrêmement grave. L'impuissance des systèmes de santé qui sont incapables de protéger les plus démunis des conséquences de la maladie et qui contribuent même parfois à une désagrégation plus étendue du tissu social est au cœur de ce drame humain.

On peut aujourd'hui prévenir ou soigner la plupart des maladies à l'aide de techniques connues et peu coûteuses. Le problème est ailleurs : il faut réussir à fournir du personnel, des médicaments, des vaccins et des informations à ceux qui en ont besoin, et cela au moment opportun, en quantité suffisante, de manière fiable et durable, et pour un coût acceptable. Dans de trop nombreux pays, les systèmes de santé nécessaires pour atteindre ces objectifs n'existent tout simplement pas, ou sont sur le point de s'effondrer. On sait toutefois que certaines stratégies sanitaires utilisées à grande échelle dans des pays à bas revenu et à revenu intermédiaire pour lutter contre telle ou telle maladie ont été couronnées de succès (voir p. 32). La difficulté est de parvenir à des résultats similaires pour toutes les causes de maladie et d'invalidité.

Utilisation des synergies pour renforcer les systèmes de santé et améliorer les résultats sanitaires : quelques exemples tirés de la lutte contre la tuberculose

Dans les pays où la prestation des soins de santé est assurée principalement par le secteur privé, le renforcement de la collaboration entre le secteur privé et le secteur public dans la lutte contre la tuberculose permet d'améliorer l'accès à des soins de qualité et de limiter les pratiques dangereuses qui favorisent la propagation de maladies pharmacorésistantes.

Dans de nombreux pays, en particulier en Asie, on assiste au développement de divers partenariats entre acteurs publics et privés, qui proposent des services antituberculeux efficaces et peu coûteux. En Inde, les autorités nationales ont fixé des normes contractuelles pour les services antituberculeux gérés en collaboration avec le secteur privé. En Indonésie, le développement des programmes DOTSⁱ s'accélère : les partenariats qui s'établissent dans le secteur public entre les programmes de lutte contre la tuberculose et de grands hôpitaux publics permettent d'accélérer le recrutement des patients. Cette orientation nécessite davantage d'investissements dans la supervision des services et suppose que l'on encourage les dirigeants locaux à fournir leur appui.

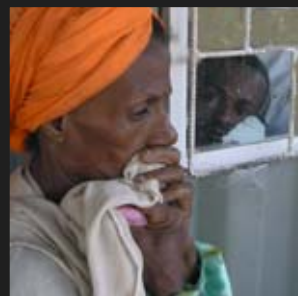
Aux Philippines, le renforcement des services antituberculeux dans les systèmes de soins de santé primaires est l'un des volets de la réforme du secteur de la santé qui prévoit aussi des mesures de décentralisation, la participation des collectivités locales et la mise en place de nouveaux régimes d'assurances. Au Pakistan, le programme Lady Health Worker et les prestataires privés fournissent chacun une plate-forme en vue d'étendre la couverture du programme DOTS et de renforcer le suivi du traitement.

En Chine, chez les agents de santé villageois, dans les hôpitaux et les provinces, on supprime les obstacles financiers qui paralysent la lutte contre la tuberculose en offrant une indemnité à ceux qui soignent gratuitement les tuberculeux et en augmentant les subventions consacrées par l'Etat à la lutte contre la maladie.

Dans les pays de l'ex-Union soviétique, on resserre les liens entre les services de santé des ministères de la santé et de la justice. Les prisons ont été l'un des foyers de la résurgence de la tuberculose, en raison de l'état de santé des détenus, de la surpopulation et des difficultés antérieures d'approvisionnement en médicaments. Il faudra entreprendre des réformes plus importantes pour réduire ces risques sous-jacents et pour que les soins soient davantage pris en charge par les collectivités locales.

En Bolivie, le ministère de la santé s'efforce de toucher les communautés indigènes démunies, de fournir une plate-forme pour la mobilisation sociale, des mesures actives de dépistage de la tuberculose et une rapide prise en charge des personnes vulnérables. Le Kenya et le Malawi ont également élaboré des stratégies pour étendre l'accès des services de santé aux personnes les plus démunies – en offrant, par exemple un traitement antituberculeux dans des postes de santé éloignés, voire dans des magasins. En République-Unie de Tanzanie, la lutte contre la tuberculose, totalement tributaire de financements extérieurs pendant 10 ans, est désormais prise en charge par le budget de la santé.

ⁱ - Le programme DOTS est la stratégie de lutte contre la tuberculose recommandée par l'OMS.



Partout dans le monde, les systèmes de santé nationaux se sont transformés sous la pression de l'évolution historique, économique et sociale. Il n'est donc pas surprenant que ces systèmes reflètent souvent les grands problèmes de société, notamment en matière de gouvernance, d'administration, de financement et d'intégration sociale. L'inverse est également vrai : dans les pays dont le système de santé risque de s'effondrer, les causes du problème – un sous-investissement chronique, ou les incidences du VIH/SIDA, par exemple – n'affectent pas seulement le secteur de la santé. Si l'on veut prendre en main l'efficacité des systèmes de santé, il faut commencer par définir les éléments d'un programme bien conçu et fonctionnel capable de diagnostiquer les insuffisances du secteur et de prendre les mesures nécessaires pour y remédier, tout en reconnaissant que la réussite est fonction d'un ensemble de facteurs sociaux, au sens large du terme.

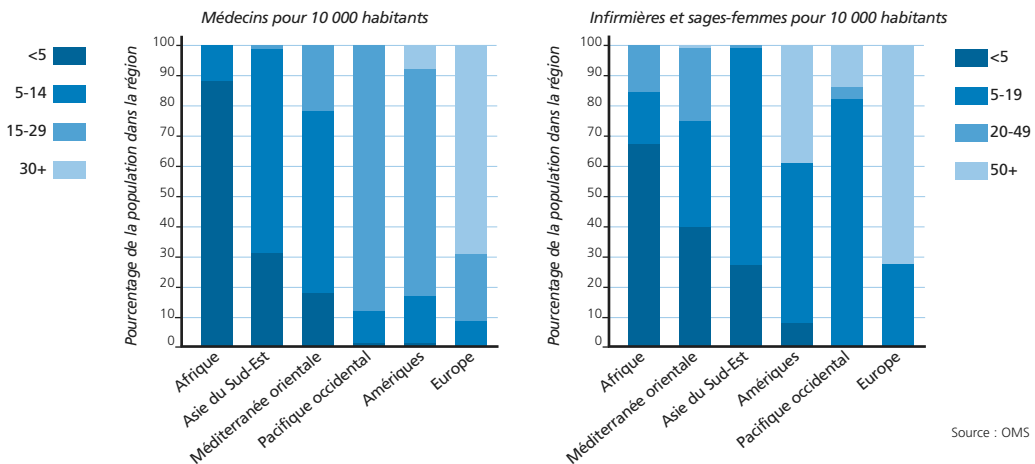
Programme d'action pour les systèmes de santé

La création de systèmes de santé performants n'est pas une fin en soi, mais un moyen permettant d'améliorer les résultats en matière de santé. Des systèmes efficaces et équitables sont indispensables à la réalisation des OMD ou de tout autre objectif lié

à la santé, notamment en matière de santé génésique et de vaccination. On estime qu'un accès universel à des services de santé de grande ampleur permettrait d'atteindre entre 60 % et 70 % de l'OMD relatif à la mortalité de l'enfant et entre 70 % et 80 % de l'OMD portant sur la mortalité maternelle (1). Il est en outre essentiel de renforcer ces systèmes, si l'on veut que l'aide destinée à l'action sanitaire, actuellement en augmentation (voir le chapitre 5), soit judicieusement investie aujourd'hui et reste disponible à l'avenir.

Le premier enjeu est de définir clairement un ensemble de mesures prioritaires visant à améliorer le fonctionnement du système de santé, tout en tenant compte de l'interdépendance des principales composantes de ce système – comme d'ailleurs de tout autre système. Une modification dans la stratégie de financement, par exemple une initiative qui ferait que les revenus des dispensaires seraient davantage liés à la participation financière des usagers, aura inévitablement des répercussions sur le comportement des prestataires, sur l'équilibre entre les soins curatifs et les soins préventifs, sur la demande des clients, etc. A l'inverse, la gratuité des soins pourrait favoriser une fréquentation accrue des plus démunis, ce qui aura des conséquences inattendues sur la demande de produits, sur la motivation des agents de santé et sur la qua-

Figure 1 : Ressources humaines pour la santé, par région de l'OMS, 1995-2004



Source : OMS

lité des soins. On comprend par conséquent qu'il faille considérer le renforcement des systèmes de santé comme faisant partie intégrante de la politique nationale de santé. Les mesures visant à redresser ces systèmes seront relativement homogènes, mais les priorités spécifiques et les étapes de leur mise en œuvre seront dictées par les particularités du contexte national.

Il convient de faire remarquer qu'il y a bien des manières de prendre en considération la relation entre les objectifs, les fonctions et les composantes du système de santé – on trouvera dans le *Rapport sur la santé dans le monde 2000* une approche de cette question (2). L'objet de ce chapitre n'est pas de poursuivre l'examen de ce thème, mais de rappeler l'importance de systèmes de santé fiables pour la réalisation des OMD, d'identifier certains des facteurs qui ont une incidence sur la performance d'ensemble et d'insister sur la nécessité de faire évoluer les choses au plan national.

Ressources humaines pour la santé

Dans de nombreux pays, en particulier en Afrique, la pénurie de personnel dans les services de santé est devenu l'un des principaux obstacles à l'intensification de la lutte contre le VIH/SIDA et à la réalisation des autres OMD liés à la santé. Les agents de santé meurent ; ils quittent le service public parce que les conditions de travail y sont mauvaises et s'aggravent – dans nombre de pays, ils vivent eux-mêmes au-dessous du seuil de pauvreté ; ils quittent les campagnes pour les villes, émigrent vers les pays où ils sont mieux rémunérés, voire renoncent totalement à leur métier. Comme l'indique la figure 1, près de 90 % de la population africaine vit dans des zones où l'on compte moins de cinq médecins pour 10 000 habitants ; plus de 60 % de la population y dispose de moins de cinq infirmières ou sages-femmes pour 10 000 habitants.

Le programme d'action est donc clair. Pour résoudre le problème des ressources humaines, il faudra faire le nécessaire pour augmenter les salaires et les primes, et motiver davantage le personnel qui travaille dans les régions les plus pauvres ; il faudra également améliorer l'éventail des qualifications des agents de santé – renforcer notamment les compétences pour les services d'urgence, la chirurgie et les soins de santé primaires ; il faudra établir des partenariats plus efficaces avec les prestataires privés, les organisations non gouvernementales (ONG) et les partenaires locaux.

Il faudra également réévaluer les attributions et les responsabilités et réexaminer les descriptifs de postes, de manière à ce que les agents de santé de diverses catégories se voient confier les tâches pour lesquelles ils sont le mieux formés, et cela à tous les niveaux du système, du centre de santé local à l'hôpital de district. Dans la plupart des régions du monde, le problème majeur est la pénurie de personnel. Cependant, même dans ceux des pays d'Europe de l'Est et d'Asie centrale qui ne sont pas confrontés à ce problème, il importe de mener une action à plusieurs niveaux pour accroître l'efficacité et la rentabilité des systèmes de santé.

Dans les régions où les migrations amputent les effectifs d'un personnel de santé indispensable, il faut gérer la mobilité du personnel, tant au plan national qu'au plan international, sans porter atteinte aux droits de chacun. L'important est de comprendre que la crise nécessite des solutions politiques mais également techniques : elle est en effet étroitement liée à l'établissement des priorités nationales (pourquoi, par exemple, les agents de santé devraient-ils bénéficier d'un traitement spécial, différent de celui des autres personnels du secteur public ?) et elle suppose souvent que l'on sache maîtriser les conflits d'intérêt qui se logent au cœur des processus nationaux et internationaux (3, 4, 5, 6).

Il est essentiel, particulièrement en Afrique, de prendre des mesures pour empêcher que le VIH/SIDA ne fasse des victimes parmi le personnel de santé.

01 02 03 04 05 06 07
chapter

Dans les pays les plus durement touchés par la crise des ressources humaines, il faut prendre des dispositions tant nationales que mondiales. Il faut aussi instituer une véritable coopération, aux niveaux national et international, entre de multiples acteurs. Les institutions internationales – notamment celles qui traitent avec les organes de décision et de réglementation chargés du commerce, de l’immigration et de l’emploi – doivent également jouer leur rôle. L’Organisation mondiale de la Santé, en collaboration avec d’autres acteurs, essaie de sensibiliser l’opinion aux problèmes qui se posent et milite pour que l’on prenne davantage en considération la crise des ressources humaines. L’OMS aide également les ministères de la santé à renforcer et à mieux former leurs effectifs, et s’attache à promouvoir la cohérence des politiques des ressources humaines dans tous les organes administratifs ainsi que chez les partenaires du développement.

Un financement équitable et durable

Les estimations du montant des investissements qu’il conviendrait de consacrer aux systèmes de santé sont généralement assez précises, mais rares sont les pays en développement capables d’assumer un tel niveau de dépenses (voir le chapitre 5). Outre le niveau de dépenses, les questions clés concernent la façon dont le système de santé est financé et la proportion des contributions qui provient des usagers eux-mêmes – qu’il s’agisse de paiement direct (formule fréquente dans la plupart des pays pauvres) ou de remboursement par l’assurance-maladie.

Ce chapitre ne porte pas sur les avantages et les inconvénients des diverses formules – participation aux coûts, recouvrement des coûts, frais à la charge des usagers, assurances privées ou communautaires. Il s’attache plutôt à promouvoir le principe selon lequel, quel que soit le mode de financement adopté par un pays, il ne doit pas dissuader les particuliers de se faire soigner. Dans la plupart des cas, cela passera par la suppression des paiements effectués sur le lieu de prestation

du service ou, à tout le moins, nécessitera que le paiement soit proportionné aux capacités financières du patient. Le système de financement devrait également – au minimum – permettre d’éviter aux malades des dépenses excessives, promouvoir les traitements en fonction des besoins, et inciter les prestataires à offrir un éventail correctement dosé de soins curatifs et préventifs.

Une fois définies les grandes orientations, le choix de la stratégie – entre un financement assuré uniquement par l’impôt et les différentes formes d’assurances sociales, par exemple – dépendra de divers facteurs. La réussite ne sera pas uniquement fonction des atouts techniques pour ou contre une stratégie donnée, mais aussi de la capacité à mobiliser un appui politique et à évaluer correctement les capacités en matière de gestion et d’administration.

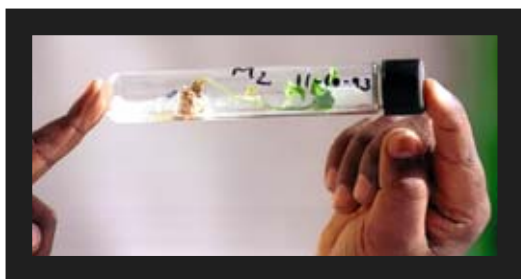
L’expérience montre par exemple que l’expansion des petits systèmes d’assurances communautaires devient problématique lorsque leur couverture s’étend. De même, lorsque les systèmes de santé disposent de peu de ressources, la création d’un système national d’assurance-maladie durable devient une tâche complexe, dont l’exécution nécessite un appui politique actif de la part du législateur, des ministères des finances et du travail, des employeurs et des syndicats, ainsi que des systèmes fiables de gestion des cotisations et des remboursements.

Médicaments, matériel de diagnostic et infrastructure de base nécessaires à la fourniture des services

Pour assurer des services de santé, il faut pouvoir compter sur un approvisionnement régulier en médicaments et en matériel, et disposer d’une infrastructure appropriée. Dans nombre de pays en développement, il y a trop d’établissements de santé qui n’ont ni eau potable ni électricité, dont le matériel est hors d’usage, où les médicaments et autres fournitures sont fournis de manière irrégulière ou en quantités insuffisantes, et où il est difficile d’établir un diagnostic.

L'approvisionnement en médicaments et en vaccins ne suffit pas à constituer un système de santé et ne garantit pas davantage la qualité des soins, mais sans locaux et sans matériel, les professionnels de la santé ne peuvent exercer leur profession. Un système de santé incapable d'assurer ses prestations perd de sa crédibilité et contraint les usagers à s'adresser ailleurs, faisant alors généralement appel à des agents qui ne sont pas qualifiés, ce qui réduit leurs chances d'être soignés correctement. Un piètre système d'approvisionnement en fournitures médicales peut aussi être à l'origine de problèmes de pharmacorésistance.

Dans la plupart des pays à bas revenu, les systèmes de santé sont à court de produits de base indispensables à la vie. La pénurie de ressources contribue sans doute à cette situation, mais on constate que les problèmes persistent même lorsque les fonds augmentent de façon substantielle (comme c'est le cas actuellement, avec les ressources du Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme). La création de systèmes nationaux efficaces et sérieux d'achat et de gestion des médicaments devient de ce fait une composante de plus en plus importante du programme d'action des systèmes de santéⁱⁱ.



Après les pénuries de personnel, ce sont la lenteur et le dysfonctionnement des systèmes d'achat qui peuvent constituer les principaux obstacles à l'expansion des systèmes de santé. L'idéal est de créer et de consolider les systèmes nationaux, et non pas, comme certains donateurs ont tendance à le faire actuellement, à court-circuiter ces systèmes ou à utiliser des mécanismes extérieurs. Etablir des

systèmes fiables d'achat et de distribution de médicaments – capables, le cas échéant, de maîtriser la corruption – nécessite la prise en compte de tout un ensemble de questions administratives, gestionnaires et politiques.

Evaluation des progrès et suivi des résultats

Pour assurer l'expansion et l'entretien des services de soins de santé, il faut pouvoir produire et utiliser des données fiables sur les moyens mis en œuvre, les activités, les prestations et les résultats des systèmes de santé. Si, à première vue, l'information ne semble pas être une question de nature politique, elle le devient pourtant quand elle est rattachée à la responsabilité et à la transparence (notamment pour ce qui est de l'allocation des ressources). Le public tient à être rassuré quant à la fiabilité de la politique sanitaire nationale ; il veut aussi être certain que la distribution des énergies et des ressources se fait de manière rationnelle, efficace et équitable. Des données sanitaires fiables permettent aussi d'apprécier correctement le progrès social et le niveau d'ensemble de développement ; en effet, les taux de mortalité de la mère et de l'enfant sont souvent utilisés comme indicateurs de la pauvreté.

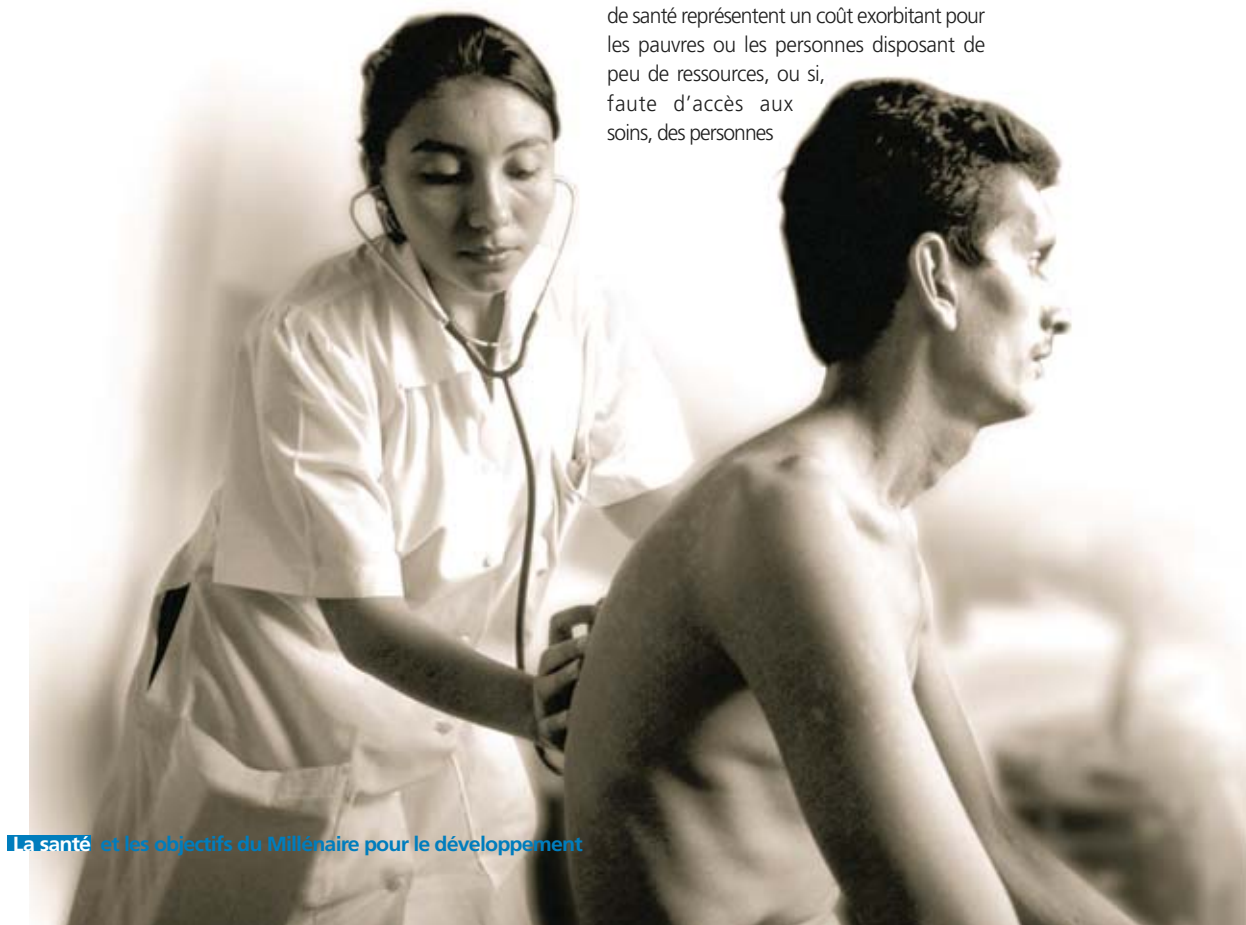
Pour pouvoir donner au public les assurances qu'il réclame, il faut disposer de systèmes d'information sanitaire fonctionnels. Or la grande majorité des pays les plus pauvres ne parviennent même pas à recenser leurs morts. En Afrique subsaharienne, moins de 10 pays possèdent des systèmes d'enregistrement des faits d'état civil aptes à fournir des données fiables. Dans nombre de pays pauvres, les dossiers médicaux des patients – la base de tout système d'information – sont si mal tenus qu'ils empêchent tout progrès des soins cliniques et toute amélioration des systèmes d'information. La production de données désagrégées, malgré les difficultés qu'elle comporte, est indispensable pour disposer des renseignements nécessaires à l'élaboration d'une politique sanitaire destinée à ceux qui sont dans le besoin.

ii - Pour davantage de renseignements, voir le site OMS « Médicaments essentiels et politiques pharmaceutiques » (<http://www.who.int/medicines/>, consulté le 28 avril 2005).

Pour s'occuper de ces questions, il faut mener une action sur deux fronts. Tout d'abord, faire le nécessaire pour renforcer les systèmes d'information sanitaire, et – point essentiel – assurer un lien entre les données et la prise de décision et la responsabilité. Si ces systèmes ne sont pas suffisamment financés et fonctionnent mal, c'est en partie en raison du désintéret, ou du manque de confiance des décideurs à l'égard des renseignements qu'ils fournissent : souvent, en effet, les données sont de piètre qualité et incomplètes, et ne sont pas non plus synthétisées de manière à être comprises par les décideurs. Il faudra ensuite s'attacher à instaurer un consensus international sur l'objet des activités de suivi et, en particulier, définir l'ensemble d'indicateurs les plus aptes à mesurer la performance des systèmes de santé. Le Réseau de métrologie sanitaire, basé à l'OMS, a été créé pour permettre de répondre à ces deux impératifs (voir le chapitre 7).

Organiser des services de santé plus équitables et mieux axés sur les besoins des pauvres

Les mesures de renforcement des systèmes de santé doivent s'ancrer dans une stratégie sanitaire globale visant notamment à améliorer la santé des populations pauvres et vulnérables. L'inégalité entre riches et pauvres sur le plan sanitaire est un problème dans tous les pays, mais c'est dans les pays les plus pauvres qu'elle prend les proportions les plus inquiétantes (voir le chapitre 4). Les maigres ressources du secteur de la santé sont généralement consacrées à la création, dans les zones urbaines, d'établissements de soins pour satisfaire les besoins de populations relativement aisées et sachant mieux faire entendre leurs revendications ; les pauvres des zones rurales et les habitants des bidonvilles sont quant à eux généralement contraints de faire appel aux services onéreux de prestataires privés. Le système de santé peut donc par lui-même contribuer à aggraver la pauvreté si les soins de santé représentent un coût exorbitant pour les pauvres ou les personnes disposant de peu de ressources, ou si, faute d'accès aux soins, des personnes



se retrouvent handicapées à vie et condamnées à avoir un revenu moins important.

Le débat sur la fourniture des services de santé tend généralement à ne porter que sur les soins primaires relevant du secteur public. Un programme d'action plus complet se doit d'envisager le système de santé dans sa totalité, et reconnaître notamment le rôle des prestataires privés et la contribution des organisations à assise communautaire, des ONG et des soins à domicile. De fait, dans nombre de pays à bas revenu, les soins ambulatoires sont assurés par toute une gamme de prestataires – médecins privés, bénévoles, médecins traditionnels et agents de santé communautaires.

Il est crucial d'amener ces divers prestataires à collaborer pour proposer des services réguliers et de qualité. Le franchisage et d'autres formes de « réseaux gérés » – dans le cadre desquels des entreprises privées, comme les pharmacies, mènent des actions de santé publique en se conformant aux directives établies par le franchiseur – donnent de bons résultats pour certains services, comme la planification familiale ou le traitement des maladies sexuellement transmissibles et de la tuberculose. Cette formule est toutefois moins satisfaisante en ce qui concerne les soins généraux.

Dans de nombreux pays, la création d'un système axé sur les besoins des pauvres va vraisemblablement nécessiter une augmentation des ressources ou leur réaffectation aux soins primaires et aux services de consultation externe. Toutefois, dans certains cas – urgences obstétriques, traumatismes ou accidents –, il faut pouvoir accéder aux soins hospitaliers. Dans les pays en crise, l'hôpital peut constituer l'un des rares endroits où peuvent se réfugier ceux qui se trouvent pris dans les combats. L'accessibilité physique de l'hôpital doit s'accompagner d'une accessibilité financière : il arrive en effet que pour payer les frais d'hôpital, des familles pauvres soient forcées de vendre jusqu'à leurs derniers biens, ce qui ne peut évidemment qu'aggraver leur pauvreté.

Dans de nombreux pays, la décentralisation administrative vise à rapprocher la population de la gestion des services de santé. L'expérience montre cependant que les pouvoirs publics doivent veiller à utiliser avec soin les mesures d'incitation, financières ou autres, de manière à assurer le maintien des priorités nationales (par exemple pour des services comme la vaccination) et à obtenir que les services gérés localement soient véritablement plus efficaces et répondent mieux aux besoins, notamment de ceux qui sont les plus démunis. A ce propos, il importe d'assurer la qualité des soins, ce qui peut se révéler problématique même dans les pays relativement riches comme ceux de l'Europe de l'Est jadis rattachés à l'ex-Union soviétique. La qualité et l'aptitude à répondre aux attentes sont les deux éléments clés susceptibles d'accroître la demande des services. Pour les pauvres en particulier, une visite médicale dans un dispensaire peut constituer une expérience dévalorisante et humiliante. Il importe donc, dans le cadre des mesures prises pour renforcer les systèmes de santé, d'inciter les prestataires à améliorer la qualité de leurs services. Il faut également tenir compte des différences entre les sexes au sein des groupes les plus démunis ; en effet, la pauvreté ne touche pas les hommes et les femmes de la même manière, et ils y réagissent différemment. Les femmes, par exemple, sont davantage exposées à un certain nombre de risques – violences, spoliations, ségrégation professionnelle – susceptibles de compromettre leur santé et celle de leurs familles.

Il faut tenir également compte d'un élément important du même ordre mais, que l'on a pourtant tendance à négliger : fournir des services dans les régions pauvres risque de coûter plus cher ; il faudra par exemple remettre en place une infrastructure et rémunérer le personnel suffisamment pour l'inciter à travailler dans des localités éloignées. Cela dit, il importe de comparer ces coûts à l'effort financier nécessaire pour fournir des soins tertiaires à la classe moyenne urbaine – soins qui, comme nous l'avons vu plus haut, absorbent l'essentiel du budget de la santé des pays pauvres.

Pour résumer, une approche axée sur les besoins des populations défavorisées n'exige pas la création de services de santé pour les pauvres – bien que des services de consultation externe bien ciblés se révèlent souvent très utiles pour atteindre les communautés démunies –, mais suppose plutôt que l'on remédie au caractère inéquitable de l'allocation des ressources et du personnel en les affectant aux services et aux activités qui profitent aux plus démunis et aux groupes marginalisés. Dans nombre de pays, cette approche en faveur des pauvres consistera principalement à renouveler ou à donner une nouvelle impulsion aux soins de santé primaires, en investissant dans des services de santé publique et des soins de qualité et en améliorant l'accès aux hôpitaux. Il est également essentiel de mettre en place des mécanismes de financement équitables et de nouer des liens avec d'autres secteurs – éducation, approvisionnement en eau, environnement, par exemple – qui exercent une influence sur les résultats en matière de santé.

Définir les règles de l'engagement : tutelle et rôle de l'Etat

Par « tutelle » nous entendons ici le rôle de supervision qui incombe à l'Etat dans l'élaboration, la réglementation et la gestion des systèmes de santé. Les pouvoirs publics sont en effet censés fournir des orientations générales aux responsables des systèmes de santé, tant publics que privés ; créer les conditions favorables à l'exercice de leur profession ; assurer la supervision de l'ensemble du système, en accordant une attention toute particulière aux questions d'équité ; enfin, arbitrer les demandes concurrentes de ressources.

Le fait que le financement des initiatives privilégiant telle ou telle maladie soit de plus en plus assuré par des sources extérieures entrave fortement la fonction de contrôle des pouvoirs publics (voir le chapitre 6).

On utilise souvent, par facilité, le mot de « tutelle » pour désigner la dimension strictement politique des interventions des pouvoirs publics dans le domaine de la santé, ce qui pourrait laisser entendre que les autres aspects sont essentiellement d'ordre technique. Nous avons pu constater que c'est loin d'être le cas. La fonction de tutelle comporte en effet plusieurs tâches administratives importantes (réglementation des marchés des assurances, établissement et protection des normes professionnelles, gestion des établissements et logistique, par exemple).

La fonction de tutelle touche également des secteurs clés qui relèvent des grandes orientations de politique du gouvernement et sont donc soumises aux points de vue divergents des groupes concurrents. Le contrôle des ressources humaines du secteur de la santé, le mode d'organisation du financement, les relations entre le secteur privé et les organisations bénévoles, les stratégies à mettre en œuvre pour garantir à tous un accès équitable font partie de ces questions. Malgré une décentralisation accrue, ces fonctions restent l'apanage du secteur public et relèvent de l'économie politique, au même titre que toute autre composante du système de santé. Il importe que les ministères de la santé se dotent des compétences nécessaires pour gérer ces questions et pour parvenir, dans le cadre des ressources disponibles, aux meilleurs résultats possibles.



Conclusion

Renforcer

les systèmes de santé permettra d'obtenir de meilleurs résultats sanitaires et, notamment, d'atteindre les OMD liés à la santé. Tous les efforts visant à lutter contre les maladies transmissibles, à réduire la mortalité de la mère et de l'enfant et à accroître l'accès aux traitements contre le VIH/SIDA se heurtent à ce même obstacle : il n'est pas possible d'accroître la fourniture de services de qualité tant que les systèmes de santé restent fragiles, fragmentaires et inéquitables. La réalisation des autres OMD est pour sa part fonction de la capacité du secteur de la santé à assurer ses prestations. Des systèmes de santé fiables et performants sont donc déterminants pour tous les efforts en vue d'atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement.

Il est certes évident que le renforcement des systèmes de santé est un préalable indispensable à la réalisation des OMD, mais ni les donateurs, ni les responsables nationaux de la planification sanitaire n'ont accordé suffisamment d'attention à cet aspect. Pressés par la nécessité d'obtenir des résultats tangibles en matière d'OMD, de nombreux acteurs ont choisi de privilégier leur objectif sanitaire prioritaire, en partant du principe que la mise en œuvre d'interventions spécifiques bénéficierait à l'ensemble du système (7). Pourtant, pour que l'aide à la santé soit judicieusement investie et débouche sur des résultats sanitaires équitables, il faut renforcer les systèmes de santé, ce qui implique en fait que l'on ne se contente pas de résoudre les difficultés techniques liées à tel ou tel type d'interventions, mais que l'on prenne en considération les contraintes politiques, organisationnelles et gestionnaires.

Le fait que toutes les priorités sanitaires souffrent des contraintes qui pèsent sur les systèmes de santé permet d'élaborer des stratégies qui tirent profit des synergies potentielles, de réduire autant que possible les doubles emplois et de maximiser les économies de portée et d'échelle. Bien que les contraintes varient fortement d'un endroit à l'autre, il est évident, quel que soit le contexte, que la réalisation des OMD nécessite la mise en place de systèmes qui prennent en compte les réalités sociales, économiques, culturelles et politiques des populations pauvres et des pays à bas revenu.

1 - The Bellagio Study Group on Child Survival. Knowledge into action for child survival, *Lancet*, 2003, 362 : 323-327.

2 - *Rapport sur la santé dans le monde, 2000 - Pour un système de santé plus performant*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2000 (http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_fr.pdf, consulté le 28 avril 2005).

3 - *Addressing Africa's health workforce crisis : an avenue for action*. Document présenté au Forum de haut niveau sur les objectifs du Millénaire pour le développement en matière de santé, Abuja, 2-3 décembre 2004 (<http://www.hifhealthmdgs.org/Documents/HealthWorkforceChallenges - Final.pdf>, consulté le 28 avril 2005).

4 - *Health workforce challenges: lessons from country experiences*. Document présenté au Forum de haut niveau sur les objectifs du Millénaire pour le développement en matière de santé, Abuja, 2-3 décembre 2004 (<http://www.hifhealthmdgs.org/Documents/HealthWorkforceChallenges - Final.pdf>, consulté le 28 avril 2005).

5 - *Addressing the human resources crisis in health in Africa : a call to action*. Oslo, Agence norvégienne pour la coopération au développement 2005 (<http://www.norad.no/default.asp?FILE=items/3011/108/OSLO%20CALL%20FINAL>, consulté le 28 avril 2005).

6 - Joint Learning Initiative. *Human resources for health : overcoming the crisis*. Cambridge, MA, Harvard University Press, 2004 (<http://www.globalhealthtrust.org/Report.html>, consulté le 28 avril 2005).

7 - Travis P et al. Overcoming the health-systems constraints to achieve the Millennium Development Goals. *Lancet*, 2004, 364 : 900-906.



Au-delà de la prestation des services de santé : la place de la santé dans le développement



Le développement est un

processus

intersectoriel et interdépendant.

Les huit OMD nécessitent quant à eux une action coordonnée et ne sauraient être poursuivis isolément. Cela vaut particulièrement pour les objectifs liés à la santé : ce n'est pas en se contentant d'élargir la couverture des interventions que l'on pourra améliorer les résultats sur le plan sanitaire qui sont fonction de divers facteurs politiques, sociaux et économiques.

Il importe aussi que les stratégies mises en œuvre pour améliorer la santé ne se limitent pas à la prestation des services et comprennent des mesures qui tiennent compte des grands déterminants de la santé (voir p. 45), à savoir la parité hommes-femmes (question qui intéresse la mortalité maternelle et la propagation du VIH/SIDA) ; l'approvisionnement en eau et l'assainissement, la salubrité des aliments et la nutrition (l'enjeu étant la santé de l'enfant et la propagation des maladies transmissibles) ; et l'éducation (facteur qui a une incidence sur la santé de la mère – notamment sur sa fécondité – et de l'enfant). Le huitième objectif, dont la réalisation nécessite la mise en place d'un partenariat mondial pour le développement, repose sur le principe qu'une approche intégrée doit également inclure les initiatives des pays riches (voir le chapitre 5).

01 02 **03** 04 05 06 07
chapitre



Les principaux déterminants de la santé

- 53 % des décès annuels d'enfants de moins de cinq ans sont liés à la malnutrition.
- L'anémie ferriprive est la deuxième grande cause d'invalidité et peut être responsable de 20 % de la mortalité maternelle.
- Au moins 25 % de la charge de morbidité mondiale peut être attribuée à des facteurs environnementaux : un enfant meurt de diarrhée toutes les 15 secondes, principalement à cause de problèmes d'insalubrité de l'eau et d'assainissement ; selon les estimations, la pollution de l'air dans les habitations tue chaque année deux millions de personnes ; les femmes sont plus fréquemment exposées à la nocivité des fumées de cuisine.
- Il existe une étroite corrélation entre le degré d'instruction des mères et la mortalité de l'enfant : une étude réalisée en Inde semble indiquer qu'une réduction de 10 % du taux d'analphabétisme féminin permettrait de réduire la mortalité infantile de 12,5 pour 1000 (1).

Santé et développement : qu'en est-il dans la pratique ?

La connaissance, déjà ancienne, de la dimension intersectorielle des déterminants de la santé a récemment permis d'élaborer une approche plus globale, qui s'attache à replacer la santé dans un cadre économique et politique élargi. Concrètement, il s'agit, au moyen d'une évaluation de l'incidence sur la santé, d'examiner comment les systèmes publics – et, le plus souvent, l'action des pouvoirs publics – influent sur la santé et sont à leur tour influencés par celle-ci. Une telle approche présente de l'intérêt pour des processus tels que la réforme de la fonction publique et la décentralisation, pour les initiatives visant à réduire la pauvreté et, d'une manière générale, pour la politique économique. Bien que la relation entre la santé et les « déterminants sociaux » comme le revenu et l'emploi, ait déjà fait l'objet de nombreuses études, ce chapitre se propose d'examiner si, et comment, les gouvernements des pays en développement peuvent utiliser une série de moyens d'intervention pour améliorer la santé.

Comme nous l'avons vu au chapitre 2, intégrer la santé dans un cadre général de développement doit être judicieusement concilié avec un appui à la création de systèmes de santé axés sur les besoins des pauvres. Des systèmes plus équitables sont un préalable indispensable à la réalisation des OMD. Ils contribuent aussi à la protection sociale, favorisent l'émancipation des groupes marginalisés et l'exercice des droits de l'homme, et, à ce titre, représentent une dimension essentielle de la lutte contre la pauvreté.

Il est évident qu'il convient de moduler cette approche en fonction des spécificités nationales. Les Etats fragilisés (les pays sortant d'un conflit ou ceux dont les institutions et les structures manquent de solidité, par exemple) ne bénéficieront pas des mêmes politiques que des pays pauvres, mais bien gouvernés, la situation de ces derniers différant quant à elle de celle des pays à revenu

intermédiaire où subsistent d'importantes poches de pauvreté. De même, les partenaires internationaux du développement ont un rôle important à jouer pour donner à la santé la place qui lui revient dans les activités de développement. Ces deux questions – fragilité de certains Etats et coopération pour le développement – seront abordées au chapitre 5.

Accorder plus de place à la santé dans les processus nationaux de développement

La bonne santé, à la fois droit de l'homme et mesure du bien-être de l'être humain, est également un moteur de croissance, en raison des retombées économiques positives des investissements dans la santé (2). Pendant la période 1965-1990, le différentiel de croissance entre l'Afrique et le reste du monde est imputable pour moitié aux facteurs « santé » et « variables démographiques » (3). Des populations en meilleure santé et l'éradication de maladies sont également de nature à encourager les investisseurs privés et à favoriser le tourisme.

De même, des politiques économiques et des programmes de réforme à l'échelle de l'Etat peuvent influencer profondément sur le fonctionnement du ministère de la santé et la fourniture des services sanitaires. Ces questions sont pourtant rarement prises en considération lors de la conception et de l'exécution de ces programmes, auxquelles les professionnels de la santé participent d'ailleurs relativement peu. Une telle situation s'explique par plusieurs facteurs : insuffisance des capacités au sein des ministères de la santé déjà assaillis de difficultés ; absence traditionnelle de consultation entre les grands ministères (des finances et du plan par exemple) et les ministères plus techniques ; enfin, absence de procédures de consultation clairement définies.

Parmi les exemples de processus étendus ayant une incidence directe sur la santé, on citera :

- La réforme de la fonction publique, qui influe sur les effectifs des agents de santé. Des salaires peu élevés ne sont guère faits pour motiver et fidéliser le personnel, en particulier dans les campagnes éloignées, et sont en outre susceptibles d'alimenter la corruption. Dans la plupart des pays, il est impossible d'augmenter les salaires du personnel de santé selon un barème différent de celui qui s'applique aux autres agents du secteur public ; toutefois, en raison de la crise actuelle des ressources humaines du secteur de la santé (voir le chapitre 2), il serait peut-être justifié de procéder ainsi. Le secteur de la santé doit participer à la réforme de la fonction publique s'il entend faire valoir ce point de vue.



- Le budget et la dépense publique. Au problème de l'insuffisance des ressources peut s'ajouter celui d'une allocation capricieuse ou tardive du budget (pour les salaires, les médicaments, etc.) d'où des difficultés de gestion et d'administration qui contribuent à une dégradation de la qualité des services. Ces problèmes très courants dans le secteur public ne peuvent être résolus que par une réforme globale de l'administration. Les examens des dépenses publiques peuvent aider à diagnostiquer les principaux problèmes et formuler les recommandations qui inspireront les mesures à prendre.

- La décentralisation peut avoir un important retentissement sur la prestation des services de santé. Elle peut en effet contribuer à rapprocher les administrateurs sanitaires des

populations desservies, ce qui permettra de répondre plus adéquatement aux besoins locaux. Mais il arrive également que les autorités locales, désormais responsables des deniers publics, détournent les maigres ressources qui devraient servir à la réalisation des priorités sanitaires nationales. La décentralisation de l'autorité administrative et budgétaire complique également la fourniture et la coordination de l'aide (voir le chapitre 5).

■ Les stratégies nationales de réduction de la pauvreté et les cadres de dépenses à moyen terme. Accorder à la santé un degré de priorité élevé dans les stratégies nationales de réduction de la pauvreté et dans les budgets correspondants est un moyen de garantir aux stratégies sanitaires l'appui politique, la coordination avec d'autres secteurs et le financement approprié.

■ Les mécanismes de participation, notamment ceux qui sont liés aux stratégies nationales de réduction de la pauvreté, sont importants pour permettre aux communautés défavorisées et à leurs représentants de participer à l'élaboration du programme national de développement (on soulignera la pertinence à cet égard du troisième OMD, qui comporte un indicateur sur la participation politique des femmes). Au lieu de traiter les défavorisés comme un groupe indifférencié, les responsables des politiques sanitaires auraient intérêt à s'appuyer sur les résultats de ces mécanismes, qui peuvent les aider à recenser les besoins spécifiques des différents groupes défavorisés en fonction, par exemple, du sexe, de l'âge ou de l'origine ethnique.

On peut se faire une idée des difficultés que pose l'intégration des questions de santé dans le contexte global des politiques économiques et de l'action publique en observant la place accordée à la santé dans les stratégies de réduction de la pauvreté. Les données disponibles (4) indiquent en effet que les éléments des stratégies de réduction de la pauvreté relatifs à la santé sont insuffisamment élaborés et ne précisent pas de

quelle manière les actions recommandées permettront d'atteindre les résultats escomptés. Il est en outre fréquent que les priorités définies dans les stratégies et les principaux postes de dépenses des budgets ne correspondent pas ; par exemple, le plus souvent les stratégies donnent peu d'explications sur la manière de réduire les dépenses non prioritaires afin de financer l'expansion à moyen terme des services de santé destinés aux pauvres. Enfin, les stratégies de réduction de la pauvreté ne tirent pas parti de leur potentiel d'instrument intersectoriel pour favoriser l'action sanitaire dans les autres secteurs ; elles privilégient plutôt le seul fonctionnement des services de santé pour améliorer la situation sanitaire.

Il ressort des constatations qui précèdent qu'il importe de mener une triple action :

■ Doter les ministères de la santé de cadres chargés de s'adresser aux ministères des finances et du plan ; cela exigera une meilleure compréhension des politiques économiques (y compris macroéconomiques) et les diverses modalités de la réforme de l'appareil d'Etat évoquées plus haut.

■ Renforcer les processus de planification dans les ministères de la santé, et veiller notamment à une meilleure adéquation entre les plans et les budgets.

■ Améliorer les mécanismes et les processus du dialogue intersectoriel et étayer celui-ci par une collaboration accrue entre les partenaires du développement qui apportent leur aide aux divers secteurs.

Cette triple action permettra de plaider plus facilement en faveur d'une augmentation des budgets de la santé, dont le financement est double : ressources nationales et sources extérieures. Les recherches conduites par l'OMS et la Banque mondiale (4) indiquent en effet que, dans la plupart des pays à bas revenu, les prévisions budgétaires ne tablent que sur une progression modeste de l'aide pendant la période de mise en

œuvre de la stratégie de réduction de la pauvreté. Toute nouvelle augmentation de l'aide semble de ce fait bien improbable. On constate également que les dépenses de santé réelles n'augmentent que lentement, trop lentement pour permettre d'atteindre les objectifs sanitaires définis dans les stratégies de réduction de la pauvreté. Il semble donc que les visées ne soient pas assez ambitieuses : les ministères de la santé et les pouvoirs publics ne prévoient que des hausses minimales des dépenses de santé, et les donateurs se contentent également de fournir une aide très réduite. On trouvera au chapitre 5 une analyse plus détaillée de ces questions de financement.

Approches programmatiques

Les stratégies de réduction de la pauvreté sont loin d'être des outils qui permettent une planification détaillée au niveau sectoriel. Si l'on veut que la santé devienne l'une des priorités des pouvoirs publics, il faut que le ministère de la santé commence par mettre de l'ordre chez lui, se réorganise au mieux, ce qui suppose l'élaboration d'un plan sectoriel rigoureux, ainsi que la création d'un cadre rationnel de financement et de dépense, et d'un mécanisme fiable de suivi. Leur élaboration et leur adoption par les gouvernements et les donateurs devront se faire dans le cadre d'approches programmatiques ou sectorielles.

Toute l'aide fournie par les donateurs – y compris celle des organismes non gouvernementaux et des fonds mondiaux – devra donc être versée en respectant les priorités et les stratégies définies dans le plan.

Bien que le concept de l'approche sectorielle d'ensemble connu par son acronyme « SWAp » existe depuis plus d'une décennie et qu'il soit communément admis, on ne trouve que peu d'exemples de SWAps véritablement opérationnels dans le secteur de la santé. Une analyse récente (5) de la situation de l'approche sectorielle de la santé indique que sept pays seulement disposent de versions opérationnelles et que huit autres ont mis en place des mécanismes communs de financement. Une autre étude de l'OMS et de la Banque mondiale montre que le montant de l'aide fournie à la santé à des conditions souples est étonnamment bas : dans 14 pays, 20 % seulement de l'aide est apportée au titre de l'aide budgétaire, une partie de cette dernière étant en outre affectée à des secteurs ou des postes budgétaires spécifiques (4). L'une des leçons que l'on peut tirer de ces observations est que la réussite d'un SWAp ne doit pas nécessairement se juger à sa capacité d'attirer un financement commun : l'élaboration de cadres concertés en matière de politique, de suivi et de gestion pourrait revêtir davantage d'importance.

Conclusion

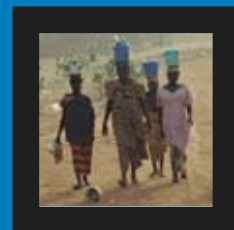
Tous

les partenaires, notamment les pouvoirs publics, les donateurs et la société civile, doivent se rallier autour d'un ensemble convenu d'instruments et d'approches devant permettre d'atteindre les objectifs sectoriels et obtenir un financement sectoriel suffisant ; ils veilleront aussi à ce que ces instruments et approches soient associés, à l'échelon national, aux stratégies de réduction de la pauvreté et aux cadres des dépenses à moyen terme. Pour atteindre les OMD liés à la santé, il faudra appuyer des stratégies plus équitables dans le secteur de la santé (comme nous l'avons vu au chapitre 2) et s'efforcer de donner à la santé une place plus importante dans les politiques économiques et de développement. Pour cela il faudra tout d'abord renforcer les compétences des ministères de la santé – tant du point de vue de l'encadrement que de l'institution –, notamment en matière d'analyse macroéconomique et de planification et budgétisation stratégiques, puis améliorer le dialogue avec les grands ministères, comme ceux des finances et du plan.

- 1 - Gokhale MK, Rao SS, Garole VR. Infant mortality in India : use of maternal and child health services in relation to literacy status. *Journal of Health Population and Nutrition*, 2002, 20 : 138-147 (<http://202.136.7.26/images/infant.pdf>, consulté le 26 avril 2005).
- 2 - *Macroéconomie et santé : investir dans la santé pour le développement économique. Rapport de la Commission Macroéconomie et Santé*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2001 (http://www3.who.int/whosis/cmh/cmh_report/report.cfm?path=cmh,cmh_report&language=french, consulté le 26 avril 2005).
- 3 - Bloom DE, Sachs JD. Geography, demography and economic growth in Africa. *Brooking Papers on Economic Activity*, 1998, 2 : 207-295.
- 4 - *MDG-oriented sector and poverty reduction strategies : lessons from experience in health*. Document présenté au Forum de haut niveau sur les objectifs du Millénaire pour le développement en matière de santé, Abuja, 2-3 décembre 2004 (<http://www.hlfhealthmdgs.org/Documents/MDGorientedPRSPs-Final.pdf>, consulté le 26 avril 2005).
- 5 - Institute for Health Sector Development. An analysis of the current status of health sector wide approaches in PRSP countries. Londres (à paraître) (<http://www.ihds.org>).



S'occuper de l'évolution des problèmes de santé dans le monde en développement



S'agissant de la santé des adultes, la situation actuelle se caractérise par trois grandes

tendances

01 02 03 **04** 05 06 07
chapitre

- un ralentissement des progrès sanitaires dans les pays pauvres, qui se traduit par un élargissement du fossé qui sépare les nations riches et les nations pauvres sur le plan sanitaire ;
- une augmentation de la complexité de la charge de morbidité ;
- la mondialisation des risques pour la santé des adultes (1).

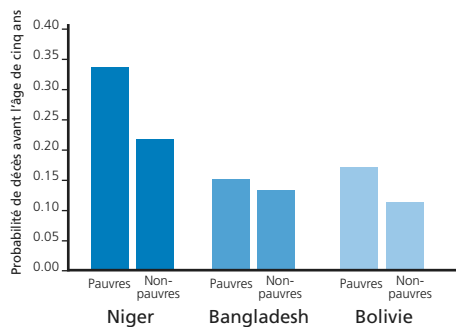
Chacune de ces tendances, qui seront analysées ci-dessous, présente de graves risques pour la santé, tant aux niveaux national qu'international, et nécessite une action rapide et coordonnée.

Aggravation de la fracture sanitaire

La Déclaration du Millénaire adoptée par l'ONU et les objectifs du Millénaire pour le développement qui en découlent marquent la ferme volonté de réduire la pauvreté dans le monde et d'atténuer les disparités entre les riches et les pauvres (2). L'évolution de la situation sanitaire semble indiquer que c'est le contraire qui est entrainé de se passer.

L'espérance de vie augmente progressivement depuis une cinquantaine d'années : à l'échelon mondial, la durée moyenne de vie dépasse désormais les 65 ans, ce qui correspond au niveau moyen atteint par les pays européens en 1950. Cette progression s'est toutefois ralentie au cours des dernières décennies.

Figure 1 : Différences entre la mortalité de l'enfant dans trois pays en développement en fonction de la situation socio-économique



Source : OMS, 2003

Note : seront considérées comme pauvres les personnes appartenant au quintile au revenu le plus bas, les non-pauvres constituant le reste. L'axe des ordonnées représente la probabilité d'un décès au cours de l'enfance (sur une échelle de 0 à 1). L'axe des abscisses désagrége les renseignements en pauvres et non-pauvres. L'identification des populations pauvres et non-pauvres se fait à partir d'une échelle globale fondée sur une estimation du revenu permanent, estimation elle-même effectuée à partir de renseignements relatifs aux avoirs de l'intéressé, à l'accès aux services et aux caractéristiques du ménage. Cette approche présente l'avantage de permettre une comparaison internationale du niveau socio-économique ; c'est ainsi que les personnes définies comme « pauvres » au Bangladesh auront la même situation économique que la population désignée comme « pauvre » au Niger.

Une analyse récente montre que les inégalités d'espérance de vie ont diminué jusqu'à la fin des années 80 mais ont augmenté pendant les années 90, principalement en raison de la hausse du taux de mortalité des adultes en Afrique subsaharienne (hausse imputable à l'épidémie de VIH/SIDA) et dans les anciens pays socialistes européens (3).

Globalement, les taux de mortalité de l'enfant ne cessent de diminuer dans toutes les régions en développement (3). On note cependant que cette tendance à la baisse s'est inversée dans de nombreux pays d'Afrique subsaharienne au cours des 10 dernières années. Pour 35 % des enfants africains, le risque de décès est aujourd'hui plus élevé qu'il ne l'était il y a 10 ans (1). La moitié environ des décès enregistrés chez les enfants de moins de cinq ans se produit dans cette région, où divers facteurs – absence de traitements et de soins préventifs, fragilité des systèmes de santé, marasme socio-économique résultant des conflits, de l'instabilité et du VIH/SIDA – ont enrayeré tout progrès sanitaire (4, 5). Les enfants qui réussissent à survivre seront, une fois adultes, confrontés à des taux de mortalité plus élevés qu'il y a 30 ans.

Cette évolution aggrave la fracture sanitaire dans les populations et entre elles (3). On constate par ailleurs des écarts considérables de mortalité entre les riches et les pauvres dans chaque pays. Les données recueillies dans plus de 60 pays indiquent que le risque de mourir avant l'âge de cinq ans est beaucoup plus élevé pour les enfants issus de foyers défavorisés que pour ceux qui sont issus de familles plus favorisées. La figure 1, établie à partir des données de trois pays de régions différentes, illustre cette tendance (6).

L'analyse montre aussi que si le taux de mortalité de l'enfant a augmenté dans les pays africains considérés, l'écart entre les pauvres et les non-pauvres est resté constant (6).

En revanche, on a observé dans les Amériques un accroissement de l'écart de mortalité entre les riches et les pauvres ainsi qu'un recul global de la mortalité de l'enfant. On peut en conclure que la hausse des taux de survie enregistrée dans de nombreuses régions a profité aux groupes les plus favorisés, et cela au détriment des plus démunis. Une autre analyse récente confirme cette conclusion, en montrant que la réduction de la mortalité de l'enfant a été beaucoup plus lente dans les campagnes que dans les villes (6).

Les interventions sanitaires de ces 10 dernières années n'ont semble-t-il pas permis de toucher les populations pauvres aussi efficacement qu'on le souhaitait. Il importe que ceux qui élaborent les stratégies visant à atteindre les OMD liés à la santé tirent les leçons de cet échec et mettent tout en œuvre pour réduire ces inégalités sanitaires. Concrètement, cela signifie qu'il faut se consacrer en priorité aux pays dont les besoins sont les plus urgents et, dans ces pays, aux populations les plus défavorisées.

Complexité croissante de la charge de morbidité

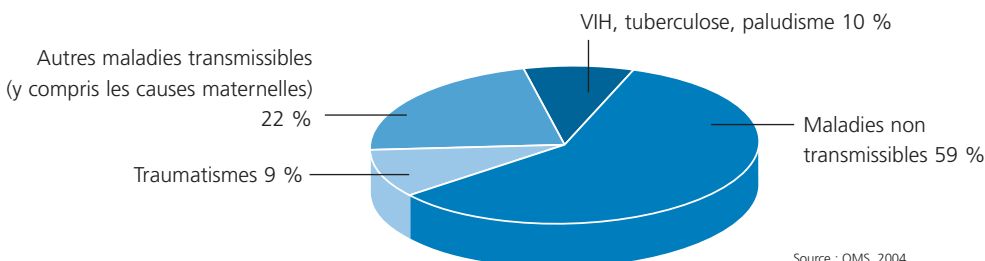
En 2002, 57 millions de personnes sont mortes. L'analyse des causes de ces décès et de l'âge auquel ils sont survenus révèle la complexité croissante du tableau sanitaire (voir la

figure 2). Le graphique indique que 32 % de la mortalité mondiale est imputable aux visées en priorité par les OMD - VIH, paludisme, tuberculose et autres maladies transmissibles ainsi que la mortalité maternelle.



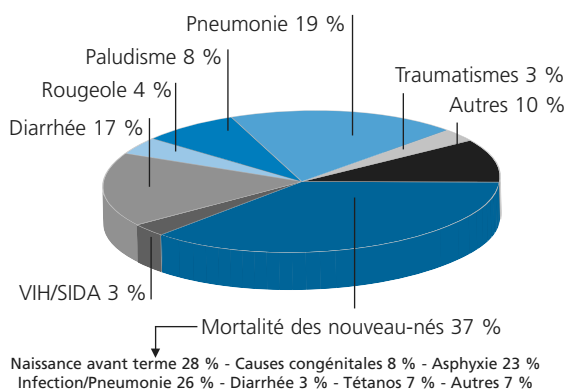
Figure 2 : Répartition mondiale des causes de décès – Ensemble des âges, en 2002

Mortalité mondiale : 57 millions de décès en 2002



Source : OMS, 2004

Figure 3 : Principales causes de mortalité chez les enfants de moins de cinq ans et les nouveau-nés
Moyenne annuelle pour 2002-2003

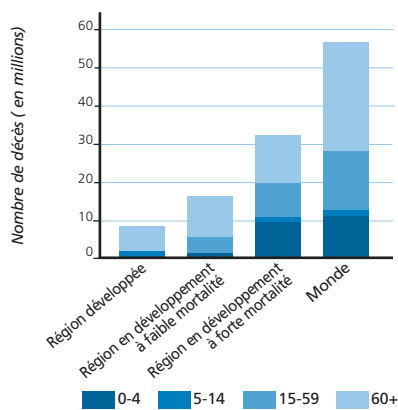


La sous-nutrition joue un rôle déterminant dans 53 % des décès d'enfants de moins de cinq ans

Sources : Bryce et al., 2005 ; OMS, 2005

maladies (figure 3) et il serait possible d'éviter la plupart de ces décès en généralisant certaines mesures sanitaires simples, économiques et efficaces (8, 9). Pour réduire la mortalité, les stratégies élaborées pour atteindre les OMD liés à la santé auraient tout intérêt à s'appuyer davantage sur ces interventions qui ont fait leurs preuves, et à veiller à ce que la mère et l'enfant bénéficient d'une continuité de soins, par une prise en charge qui commencerait avant la grossesse et se poursuivrait, après l'accouchement, pendant les premières années de l'enfant (8).

Figure 4 : Répartition, par classe d'âge de la mortalité mondiale, en 2002



Source : OMS, 2003

Les pays en développement affichent des taux de mortalité plus élevés dans toutes les classes d'âge. La mortalité de l'enfant est particulièrement préoccupante : les décès d'enfants de moins de cinq ans représentent environ 20 % de la mortalité mondiale, et 99 % de ces décès sont enregistrés dans les pays en développement. Selon l'estimation la plus récente (7), 90 % environ des décès d'enfants sont imputables à seulement six

La mort prématurée des adultes est un problème qui, s'il retient moins l'attention, est tout aussi inquiétant. Comme l'indique la figure 4, le taux de mortalité des adultes de 15 à 59 ans est comparativement plus élevé dans les pays en développement (10). Plus de 30 % des décès enregistrés dans les pays en développement surviennent dans cette tranche d'âge, contre 15 % dans les régions riches. Par ailleurs, presque 70 % des décès surviennent après 70 ans dans les pays développés contre approximativement 30 % dans les pays en développement.

De plus, dans les pays pauvres, la charge de morbidité due aux maladies chroniques et non transmissibles augmente. Récemment encore, on pensait que les principaux facteurs de risque – tension artérielle, cholestérol, tabac, alcool, obésité, et les maladies chroniques qui leur sont liées – ne menaçaient que les pays à revenu élevé ; or il apparaît qu'une grande partie de la mortalité due à ces divers facteurs touche les pays à bas revenu et à revenu intermédiaire (figure 5) (10). Cette nouvelle répartition des risques témoigne de la transformation du mode de vie et des régimes alimentaires qui se produit actuellement dans les pays en développement.

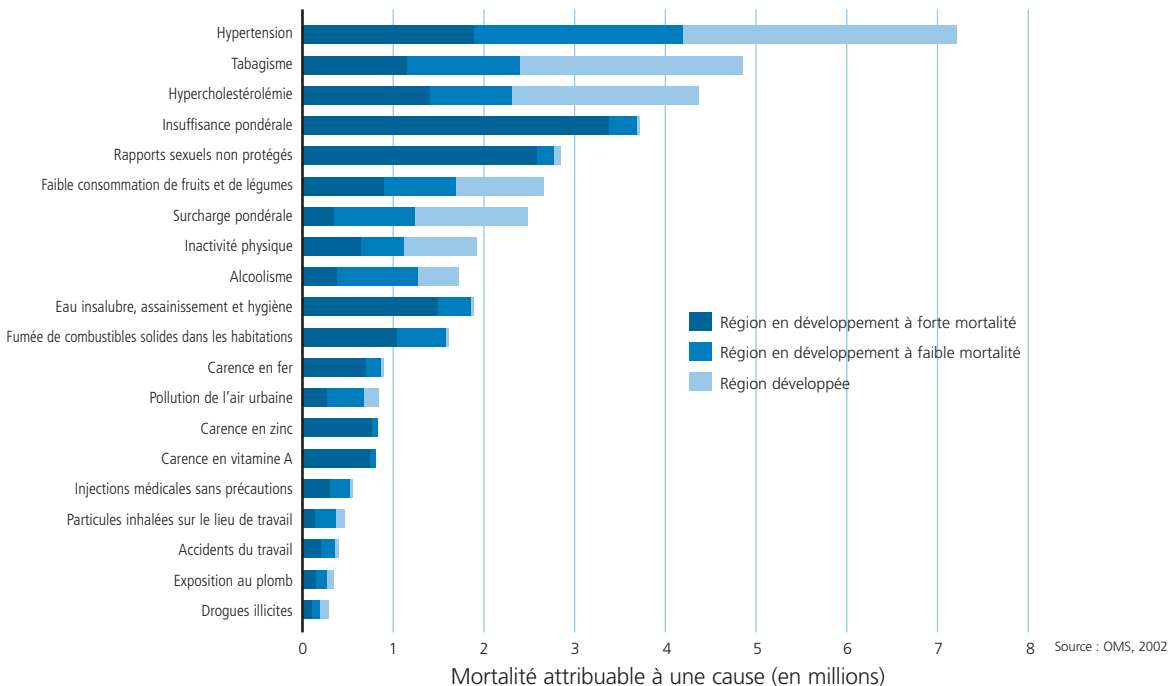
i - Notamment : thérapie de réhydratation orale, antibiotiques, antipaludéens, moustiquaires imprégnées d'insecticide, vitamine A et autres micronutriments, promotion de l'allaitement maternel, vaccination, soins qualifiés pendant la grossesse et l'accouchement.



Au niveau mondial, on constate un recul des maladies transmissibles chez les adultes, bien que le VIH/SIDA soit devenu l'une des principales causes de mortalité dans la tranche d'âge de 16 à 59 ans – la maladie tue chaque année plus de 2,2 millions de personnes, ce qui représente 14 % de la mortalité mondiale dans cette classe d'âge. Dans ce même groupe d'âge, un nombre presque aussi important de décès est dû, d'une part aux cardiopathies ischémiques et maladies cérébrovasculaires combinées, d'autre part aux accidents de la route et aux blessures intentionnelles (homicides, suicides, guerres). Quatre des 10 causes de décès les plus importantes sont liées au tabac, d'où l'importance de la lutte contre le tabagisme pour prévenir des décès prématurés chez les adultes. Relevons également que le tabac a une incidence sur chacun des OMD (voir p. 56).

Compte tenu de la rapide expansion des pathologies liées au vieillissement de la population et aux transitions sanitaires des pays en développement, la mortalité adulte devient un problème d'envergure mondiale. La base de données de l'OMS sur la mortalité indique cependant qu'un tiers seulement des décès d'adultes sont recensés, la plupart du temps dans les pays à revenu élevé et à revenu intermédiaire (11). En outre, les statistiques de mortalité sous-estiment largement la charge des maladies non transmissibles touchant les adultes, dans la mesure où elles excluent certaines pathologies non mortelles comme les problèmes neuropsychiatriques, la cécité et la surdité. Il importe de disposer de données plus complètes sur ces pathologies non mortelles afin d'évaluer, à l'échelon mondial, l'ampleur de la charge due à la morbidité et à l'invalidité, en particulier chez les adultes.

Figure 5 : Répartition mondiale de la mortalité imputable à 20 principaux facteurs de risque, en 2000





Le tabac et les OMD

La lutte antitabac peut avoir une incidence positive sur la réalisation de chaque OMDⁱ

Réduire l'extrême pauvreté et la faim **OBJECTIF 1**

Les données de nombreux pays indiquent que les pauvres ont davantage tendance à fumer. En fait, de nombreuses familles dépensent plus pour l'achat de tabac que pour la santé et l'éducation. L'usage du tabac peut aussi contribuer à l'appauvrissement d'un pays. Aux Etats-Unis, par exemple, les décès prématurés imputables au tabac représentent, en termes de productivité, un coût de 82 milliards de dollars par anⁱⁱ.

Assurer l'éducation primaire pour tous **OBJECTIF 2**

Le coût d'opportunité de la consommation de tabac est très élevé pour les familles pauvres. Quand une part importante du revenu familial est consacrée au tabac, les ressources destinées à l'éducation des enfants et aux soins de santé sont limitées. En outre, l'industrie du tabac emploie des enfants, ce qui contribue à abaisser le niveau de l'instruction.

Promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes **OBJECTIF 3**

Les filles fument presque autant que les garçons et sont également à égalité avec ces derniers pour la consommation d'autres produits à base de tabac comme le tabac à priser, les bidis ou le narguilé. L'industrie du tabac adresse aux jeunes filles et aux femmes des messages tout aussi séduisants que trompeurs vantant la vitalité, la minceur, l'émancipation, le raffinement et l'attrait sexuel. Dans les pays développés, mais également de plus en plus dans les régions où les rôles des femmes commencent à changer, la publicité exploite le thème de la libération de la femme, de son autonomie, voire de l'amitié entre femmes. Il importe donc d'intégrer cette réalité sexospécifique dans la lutte contre le tabagisme.

Réduire la mortalité de l'enfant **OBJECTIF 4**

Améliorer la santé maternelle **OBJECTIF 5**

Les problèmes de santé et de nutrition maternelles sont les principaux responsables de la mortalité infantile. L'argent dépensé en tabac ampute le budget qui devrait être consacré à l'alimentation et aux soins médicaux des mères et des enfants. Les enfants de fumeuses risquent davantage de présenter une insuffisance pondérale à la naissance et sont, de ce fait, davantage exposés à des problèmes de santé, éventuellement mortels. Les femmes et les enfants sont les principales victimes du tabagisme passif, qui augmente les maladies respiratoires et autres problèmes de santé chez l'enfant.

Combattre le VIH/SIDA, le paludisme et d'autres maladies **OBJECTIF 6**

Le tabac provoque d'autres maladies chez les personnes atteintes par le VIH/SIDA, notamment des pneumopathies bactériennes et la démence associée au SIDA. Le tabagisme peut faire progresser la tuberculose du stade infraclinique au stade clinique et augmente le nombre de décès. En Inde, le tabagisme joue un rôle majeur dans 50 % des décès dus à la tuberculose.

Assurer un environnement durable **OBJECTIF 7**

Selon les estimations, on rase chaque année 200 000 hectares de forêts et de zones boisées pour la culture du tabac ; dans les pays en développement producteurs de tabac, 5 % du déboisement est dû à la culture du tabacⁱⁱⁱ.

Il serait en outre possible de nourrir entre 10 et 20 millions de personnes en remplaçant le tabac par des cultures vivrières^{iv}. La culture du tabac contribue à la dégradation des sols, les pesticides utilisés pour cette culture dégradent l'environnement et l'industrie du tabac produit chaque année 2,5 milliards de kilos de déchets.

Mettre en place un partenariat mondial pour le développement **OBJECTIF 8**

Le tabac, problème qui touche l'ensemble de la planète, doit donc être abordé dans une perspective mondiale. La convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac est un instrument qui vise à lutter contre le tabagisme à l'échelon mondial.

ⁱ - The millennium development goals and tobacco control. An opportunity for global partnership. Executive Summary. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2005.

ⁱⁱ - Centers for Disease Control, Annual smoking-attributable mortality, years of potential life lost, and economic costs — United States, 1995–1999. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 2002, 51 : 300-303 (<http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5114a2.htm>, consulté le 28 avril 2005).

ⁱⁱⁱ - Geist HJ. Global assessment of deforestation related to tobacco farming. *Tobacco Control*, 1999; 8 : 18-28 (<http://tc.bmjournals.com/cgi/reprint/8/1/18>, consulté le 28 avril 2005).

^{iv} - Barry M. The influence of the US Tobacco industry on the health, economy, and environment of developing countries. *The New England Journal of Medicine*, 1991, 324 : 917-920.

Les effets de la mondialisation

La mondialisation, c'est-à-dire le processus d'intégration économique et sociale en cours sur l'ensemble de la planète, s'est accélérée ces 10 dernières années. Elle a eu des conséquences directes et indirectes sur la santé.

Tout d'abord, l'intensification des mouvements de biens et de personnes liée à la mondialisation facilite la propagation des maladies transmissibles. Au cours de l'histoire, les périls sanitaires ont déferlé sur les continents sans se soucier des frontières nationales (12). Au XXI^e siècle, les maladies peuvent se propager encore plus rapidement et toucher des communautés partout dans le monde – ainsi que l'ont prouvé récemment l'épidémie de SRAS et les flambées de grippe aviaire.

Ensuite, la mondialisation a également favorisé des transformations du mode de vie – notamment la mauvaise alimentation et l'inactivité physique – préjudiciables à la santé. Un exemple : dans les régions en développement, l'augmentation des importations de produits alimentaires entraîne une consommation accrue d'aliments transformés à teneur élevée en sel et riches en graisses saturées. Cette transformation du régime alimentaire, de plus en plus marquée dans les pays à bas revenu et à revenu intermédiaire, se conjugue au manque d'exercice pour accroître la prévalence des facteurs de risque (tension artérielle, taux de cholestérol élevé, obésité, par exemple) et favoriser l'essor des maladies non transmissibles évoquées plus haut (13).

Enfin, l'abaissement des droits de douane – dont la négociation est l'un des enjeux de la mondialisation – peut être positif dans la mesure où il réduit le coût du matériel et des produits médicaux. En revanche, les modifications de la réglementation internationale en matière de protection des brevets compromettent l'accès aux médicaments essentiels (14).

Les maladies tropicales négligées

Les OMD ont contribué à attirer l'attention de l'opinion internationale sur le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme et à mobiliser les ressources nécessaires pour combattre ces trois maladies, qui comptent parmi les plus dévastatrices. L'objectif 6 reconnaît cependant qu'il existe d'autres maladies graves, qui touchent au moins un milliard de personnes : l'ulcère de Buruli, la maladie de Chagas, la filariose lymphatique (éléphantiasis), la schistosomiase, la parasitose intestinale, la lèpre, la leishmaniose, la maladie du sommeil (trypanosomiase africaine), et autres. Ces maladies, appelées parfois « négligées » en raison du peu d'intérêt qu'elles suscitent auprès des instances internationales et des maigres ressources qui leur sont consacrées, se développent tout particulièrement dans les milieux pauvres en ressources et touchent généralement les groupes les plus démunis ou marginalisés. Les personnes les plus exposées sont celles qui vivent dans des contrées reculées, des zones de conflits, ou des taudis urbains – c'est-à-dire les endroits où l'accès aux services de santé, aux autres services et à l'approvisionnement en eau sont limités, voire inexistant.

Les pathologies et invalidités liées aux maladies tropicales négligées ont des incidences sociales et économiques considérables. Dans le monde en développement, ce sont ces maladies qui désorganisent le plus gravement les activités économiques et sociales, et ce sont les populations les plus démunies qui sont touchées.

Il est heureusement possible de lutter contre plusieurs de ces maladies à l'aide de technologies peu coûteuses, sans risques, efficaces à très court terme, et faciles à utiliser dans des milieux dotés de peu de ressources. Appliquées à grande échelle, les stratégies de lutte peuvent enrayer la transmission et contribuer de ce fait à réduire, pour un temps, le risque de propagation de l'infection. Dans le cadre d'interventions qui, comme la lutte antivectorielle ou la distribution massive de médicaments, sont conduites à l'échelon d'une population tout entière, aucune distinction n'est faite entre les riches et les pauvres, ce qui écarte le risque d'une aggravation de la situation des groupes marginalisés.

L'action menée pour atteindre les OMD devrait faire du renforcement de la lutte contre les maladies tropicales négligées un impératif prioritaire. Cette orientation permettra de contribuer directement à la réduction des maladies transmissibles (objectif 6) et indirectement aux initiatives visant à réduire la pauvreté et la faim (objectif 1).

La mondialisation souligne également l'inadéquation des mesures prises au plan national pour faire face aux risques sanitaires qui menacent la planète. Il est évident qu'il faut disposer de nouvelles règles de coopération internationale pour mieux s'occuper de ces risques sanitaires qui sont désormais mondiaux. La communauté internationale s'engage chaque jour davantage dans la mise en place des mécanismes qui permettront de résister au danger.

Le vaste réseau de surveillance mondiale, par exemple, permet aux autorités d'avoir davantage de temps pour se préparer à faire face aux flambées de maladies transmissibles. Toutefois, ces données collectives sont généralement trop fragmentaires, d'où la nécessité :

- de disposer de données plus fiables sur la dimension mondiale des défis sanitaires et sur l'efficacité des stratégies recommandées pour s'y attaquer ;

- de poursuivre la création de mécanismes permettant de venir à bout des risques sanitaires mondiaux et, notamment, d'améliorer les règles et règlements internationaux (12).

L'Organisation mondiale de la Santé s'efforce d'aller dans ce sens en intensifiant la lutte internationale contre la maladie (par exemple au moyen de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac et de la révision du Règlement sanitaire international) et en renforçant les mesures de surveillance et de lutte (15).

- 1 - *Rapport sur la santé dans le monde 2004 – Changer le cours de l'histoire*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2004 (http://www.who.int/whr/2004/en/rep04_fr.pdf, consulté le 28 avril 2005).
- 2 - Sachs JD, McArthur JW. The Millennium Project: a plan for meeting the Millennium Development Goals, *Lancet*, 2005, 365 : 347-353.
- 3 - Moser K, Shkolnikov V, Leon DA. Mortalité mondiale sur la période 1950-2000 [Mortalité mondiale sur la période 1950-2000 : la convergence laisse place à la divergence depuis la fin des années 80]. *Bulletin of the World Health Organization*, 2005, 83 : 202-209 (résumé en français) (<http://www.who.int/bulletin/volumes/83/3/moser0305abstract/en/>, consulté le 28 avril 2005).
- 4 - Walker N, Schwartlander B, Bryce J. Meeting international goals in child survival and HIV/AIDS. *Lancet*, 2002, 360 : 284-289.
- 5 - Black RE, Morris SS, Bryce J. Where and why are 10 million children dying every year? *Lancet*, 2003, 361 : 2226-2234.
- 6 - *Rapport sur la santé dans le monde 2003 – Façonner l'avenir*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003 (<http://www.who.int/whr/2003/fr/index.html>, consulté le 28 avril 2005).
- 7 - Bryce J et al. et le Groupe de référence pour l'épidémiologie de la santé de l'enfant. WHO estimates of the causes of death in children. *Lancet*, 2005, 365 : 1147-1152.
- 8 - *Rapport sur la santé dans le monde 2005 – Donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2005 (<http://www.who.int/whr/2005/fr/index.html>, consulté le 28 avril 2005).
- 9 - Jones G et al. How many child deaths can we prevent this year? *Lancet*, 2003, 362 : 65-71.
- 10 - *Rapport sur la santé dans le monde 2002 – Réduire les risques et promouvoir une vie saine*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2002 (<http://www.who.int/whr/2002/fr/index.html>, consulté le 28 avril 2005).
- 11 - *WHO Mortality Database 2004*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, janvier 2005 (<http://www3.who.int/whosis/menu.cfm?path=whosis,mort>, consulté le 28 avril 2005).
- 12 - Store JG. Health and human security: politics, policies, and global institutions. In: Chen LC, Leaning J, Narasimhan V (sous la dir. de). *Global health challenges for human security*. Cambridge, Massachusetts (Etats-Unis d'Amérique), Harvard University Press, 2003.
- 13 - Popkin BM. Nutrition in transition: the changing global nutrition challenge. *Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition*, 2001, 10 : S13-S18 (6) (<http://www.ingentaconnect.com/content/bsc/ajc/2001/00000010/A00100s1/art00211>, consulté le 28 avril 2005).
- 14 - *Les accords de l'OMC et la santé publique. Etude conjointe de l'OMS et du Secrétariat de l'OMC*. Genève, Organisation mondiale de la Santé et Organisation mondiale du Commerce, 2002 (http://www.who.int/trade/resource/en/who_wto_f.pdf, consulté le 28 avril 2005).
- 15 - Shibuya K et al. WHO Framework Convention on Tobacco Control: development of an evidence-based global public health treaty. *British Medical Journal*, 2003, 327 : 154-157 (http://bmj.bmjournals.com/cgi/reprint/327/7407/154?maxtoshw=&HITS=10&hits=10&RESULTFORMAT=&author1=shibuya&andorexactfulltext=&and&searchid=1114691928822_974&stored_search=&FIRSTINDEX=0&sortspec=relevance&resourcetype=1, consulté le 28 avril 2005).

Conclusion

Les OMD liés à la santé

insistent

sur quelques-unes des principales causes de décès et de maladies affectant les pays pauvres et les populations défavorisées. Le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme, ainsi que d'autres maladies transmissibles et la mortalité maternelle sont à l'origine d'un tiers environ de la mortalité mondiale (figure 2).

De plus, l'évolution démographique et les transitions sanitaires – associées aux changements dans la répartition des facteurs de risque – ont accéléré une épidémie de maladies non transmissibles dans les pays en développement (10). De nombreux pays pauvres se trouvent dès lors confrontés à une double charge de morbidité : les maladies liées à la pauvreté et aux retards du développement d'une part, et les maladies chroniques résultant du tabagisme, de l'obésité, de régimes alimentaires déséquilibrés et de l'inactivité physique, d'autre part.

Les stratégies visant à améliorer la santé devraient donc tenir compte de la totalité de la charge de morbidité supportée par les pays pauvres. Cela nécessitera parfois une modification substantielle de la portée des systèmes et des services de santé, ainsi qu'une amélioration sensible des données sur l'évolution des niveaux et des causes de la mortalité adulte. Les OMD constituent à cet égard un cadre d'action. L'objectif 6, par exemple, « Combattre le VIH/SIDA, le paludisme et d'autres maladies », reconnaît la nécessité de s'attaquer à d'autres maladies et facteurs de risque importants comme les maladies tropicales négligées auxquelles on a jusqu'à présent peu prêté attention, malgré leur prévalence dans les communautés pauvres et leur importante contribution à la charge de morbidité (voir p. 57).

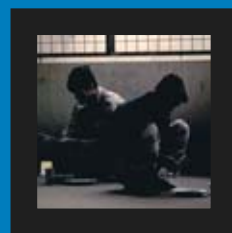
L'OMS continue de rassembler et d'analyser les données sur l'évolution de la charge de morbidité et a élaboré, à cet effet, une stratégie de développement à long terme d'indicateurs de santé de base (voir le chapitre 7) destinés à compléter les indicateurs de santé utilisés dans le cadre des OMD. Ces indicateurs feront l'objet de rapports périodiques. Le but de la stratégie est de créer progressivement des indicateurs essentiels concernant la santé, la performance des systèmes de santé, et les domaines dont il n'est pas suffisamment tenu compte dans les objectifs de développement. Les indicateurs recommandés dans le cadre d'initiatives internationales telles que le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme et l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination, seront également pris en considération.

Cette analyse s'accompagne d'une évaluation des interventions potentielles qui peuvent être utilisées pour faire face à des défis sanitaires en pleine évolution (10). Comme dans le domaine de la survie de l'enfant (9), nous savons désormais que certaines stratégies permettent de réduire la charge de morbidité chez les adultes – notamment la prévention et le traitement du VIH/SIDA, la réduction de la consommation de tabac et d'alcool, la prévention des maladies cardiovasculaires et le traitement des maladies mentales.

L'OMS doit jouer un rôle de premier plan pour aider les pays à se préparer, en renforçant leur infrastructure sanitaire et leurs systèmes de santé, à faire face à des menaces sanitaires mondiales émergentes en pleine évolution. Des politiques purement nationales ne permettront pas de lutter contre les épidémies de maladies transmissibles et non transmissibles ; de fait, pour pouvoir résister aux menaces qui se jouent des frontières nationales, il est nécessaire de mettre en place des mécanismes spécifiques.

L'OMS peut contribuer à la réalisation des OMD, d'une part en fournissant des données plus fiables sur la nature mondiale des défis sanitaires et les stratégies recommandées pour les relever et, d'autre part en appuyant les pays qui s'efforcent de faire face à ces menaces.





Lorsque

01 02 03 04 **05** 06 07
chapitre

des pays en développement adoptent les OMD – et que des pays riches s’engagent à les soutenir –, les incidences au plan des ressources doivent être claires pour tous. Bien que les montants requis soient relativement faibles en termes mondiaux, ils dépassent sensiblement les niveaux actuels des investissements dans le secteur de la santé.

Les gouvernements des pays à faible revenu devront aussi fournir des ressources ; même les pays les plus démunis ont une certaine marge pour dépenser davantage pour la santé. Cela, pourtant, ne suffira pas. La réalisation des objectifs liés à la santé nécessitera une augmentation spectaculaire de l’*aide pour la santé*. Comme cela a été dit précédemment, les pays en développement qui veulent attirer ces ressources devront améliorer la qualité de leurs plans et de leurs stratégies de santé, et renforcer leurs systèmes de santé.

Ce chapitre examine ce que coûtera la réalisation des OMD liés à la santé, et tente de répondre aux arguments opposés à une augmentation de l’aide. Le chapitre 6 traitera des questions relatives à l’efficacité de l’aide, à savoir les moyens d’assurer que l’aide est fournie sous la forme la plus utile et la plus efficace pour les pays.

Suivi de l'objectif 8

La réalisation des objectifs 1 à 7 du Millénaire pour le développement dépendra largement des mesures prises par les pays en développement. Les mesures énoncées dans l'objectif 8, décrivant ce que les pays riches doivent faire pour fournir le soutien nécessaire, en sont le complément. Tandis que l'objectif 8 recense les principaux éléments d'un véritable partenariat mondial pour le développement – principalement l'aide, le commerce et l'allègement de la dette –, il ne fixe pas de cibles quantifiées spécifiques pour mesurer les efforts des pays donateurs. L'absence de cibles spécifiques pour les mesures des pays riches est considérée comme une faiblesse majeure des OMD, les pays en développement n'étant pas les derniers de cet avis. En réaction, certains pays donateurs ont établi leurs propres « rapports sur les OMD » – complétant ceux qui sont publiés par les pays en développement – qui sont axés sur la qualité et la quantité de leur aide, sur leur rôle dans le commerce mondial, l'allègement de la dette, les transferts de technologies ainsi que sur leur opinion concernant ces questions, et la cohérence générale des politiques publiques.

Ces donateurs sont notamment la Commission européenne, le Danemark, la Finlande, l'Irlande, la Norvège, les Pays-Bas, le Royaume-Uni et la Suède. D'autres rapports sont déjà annoncés pour 2005, et notamment un rapport conjoint des pays de l'Union européenne.

La dette

Pour les pays classés comme « très endettés », l'allègement de la dette pourrait être une source de fonds plus importante que l'aide traditionnelle. Au Malawi et au Mozambique, une annulation de 100 % de la dette débloquerait immédiatement US\$ 600 millions de ressources supplémentaires par pays pour la période 2000-2015. En Ouganda, US\$ 1 milliard pourrait ainsi être débloqué et US\$ 700 millions en République-Unie de Tanzanie. Même après un allègement maximum de la dette au titre de l'initiative Pays pauvres très endettés (PPTe) renforcée, ces pays paieraient US\$ 3 milliards pour le service de la dette entre 2000 et 2015 ; ce chiffre exclut les paiements liés aux dettes contractées plus récemment (6). Outre le volume des ressources débloquées, l'annulation de la dette pourrait être un moyen efficace de fournir des ressources : elle débloque des fonds pour le budget général et elle constitue une source de revenu durable, permettant aux gouvernements de planifier à long terme l'utilisation des ressources supplémentaires. Des efforts doivent donc être faits pour accroître et étendre l'allègement de la dette, notamment en faveur des pays qui ne remplissent pas actuellement les conditions requises par les systèmes existants pour bénéficier d'un allègement. L'annonce faite par les ministres des finances du G7 en février 2005, selon laquelle ils accorderaient des allègements pouvant atteindre 100 % sur les sommes dues aux institutions internationales telles que le Fonds monétaire international, est encourageante à cet égard.



Objectif 8

Le huitième objectif des OMD est de « Mettre en place un partenariat mondial pour le développement ». C'est l'objectif qui fait l'originalité des OMD, les assimilant à un pacte entre les pays riches et les pays pauvres, et établissant explicitement que les progrès dans les pays pauvres dépendront des actions des pays riches. L'objectif 8 (voir ci-contre) représente le côté des donateurs dans l'accord sur les OMD et rappelle que la sécurité et la prospérité mondiales passent par la création d'un monde plus équitable pour tous.

La teneur du « partenariat mondial » a été élaborée de différentes manières. Le Consensus de Monterrey – résultat de la Conférence des Nations Unies sur le financement du développement de 2002 – apparaît comme énonçant les principaux éléments de ce partenariat qui comprennent la libéralisation du commerce, les flux financiers privés, la dette (voir ci-contre), la mobilisation de ressources nationales et l'aide au développement.

Il est évident que tous ces aspects influencent profondément la capacité des pays à réaliser les sept premiers OMD. L'aide est particulièrement importante pour le secteur de la santé (comme pour les autres secteurs sociaux) car une large part de ses ressources provient des caisses de l'Etat et, vu l'absence d'intérêts réalisés sur les investissements dans la santé publique, ils ne peuvent être remplacés par des investissements privés. *L'aide est donc souvent la seule solution de remplacement fiable en cas de pénurie de fonds publics pour la santé.*

Quel sera le coût de la réalisation des OMD liés à la santé ?

L'aide au développement en faveur de la santé a été évaluée à US\$ 8,1 milliards (€ 6,3 milliards) en 2002, année la plus récente pour laquelle on dispose de chiffresⁱ (1). C'est là une progression importante par rapport aux US\$ 6,4 milliards en moyenne entre 1997 et 1999 qui témoigne de la tendance à la hausse des niveaux d'aide généraux. Le montant total de l'aide fournie par les membres de l'OCDE a augmenté de 7 % en termes réels entre 2001 et 2002 et de 3,9 %

supplémentaires en 2003 (2, 3). L'augmentation entre 2002 et 2003 était due en grande partie aux premiers apports d'aide à la reconstruction de l'Irak, tandis qu'une grande partie de l'augmentation de l'aide en faveur de la santé est due aux nouveaux crédits promis au Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme, en majorité destinés à l'Afrique subsaharienne.

Si positives soient ces augmentations, elles restent très en deçà des besoins. Selon une estimation récente du Projet du Millénaire, la réalisation de tous les OMD nécessitera environ US\$ 135 milliards d'aide publique au développement en 2006, et jusqu'à US\$ 195 milliards d'ici à 2015. Fait important, le Projet du Millénaire note que ces augmentations demeurent nettement en deçà de la cible adoptée en 1970 par l'Assemblée générale des Nations Unies, et renouvelée récemment à Monterrey, à savoir l'allocation par les pays riches de 0,7 % de leur PNB à l'aide au développement : or US\$ 135 milliards représentent 0,44 % du PNB de ces pays.

Dans le domaine de la santé, plusieurs études ont porté sur la nécessité d'accroître les dépenses. En 2001, la Commission Macroéconomie et Santé a estimé qu'un ensemble d'interventions minimales et les infrastructures nécessaires pour les mettre en œuvre coûteraient entre US\$ 30 et US\$ 40 par habitantⁱⁱ (4). Selon d'autres estimations, ce coût pourrait atteindre US\$ 60 par habitant (5). Si ces chiffres diffèrent sensiblement, le message dominant est clair : dans les pays les plus démunis, le niveau des dépenses de santé, qui ne dépasse guère actuellement US\$ 8 à US\$ 10 par habitant, dans les pays les moins avancés, doit être relevé.

Les chiffres mondiaux doivent maintenant être harmonisés avec les estimations par pays du coût de l'intensification de l'aide. Le calcul du coût de l'extension de certains programmes de lutte contre la maladie est utile aux fins de la sensibilisation, mais il doit être complété par des estimations qui tiennent compte des incidences financières de l'extension et du renforcement du secteur dans son ensemble. De cette façon, le calcul des coûts aidera à plaider en faveur de l'augmentation des budgets de la santé.

ⁱ Ce chiffre inclut les contributions d'organismes bilatéraux et multilatéraux, de l'Organisation des Nations Unies et de la Banque mondiale, de la Fondation Bill and Melinda Gates et du Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme.
ⁱⁱ Ce chiffre ne tient pas compte de la planification familiale, des hôpitaux tertiaires et des situations d'urgence.

L'incidence économique d'une intensification de l'aide

Or l'attention porte désormais, non plus sur le calcul des coûts, mais sur la difficile question de savoir comment mobiliser un soutien pour les investissements à long terme en faveur de la santé. Un débat est maintenant ouvert au sujet des éventuels effets macroéconomiques qu'aurait un accroissement rapide des flux d'aide aux pays pauvres. Certains sont opposés à un accroissement rapide car ils estiment que lorsque l'aide est utilisée pour payer des biens et des services locaux (salaires, matériaux de construction, etc.) on court le risque de voir les prix de ces ressources s'élever sans que les approvisionnements augmentent pour autant (7). Cette question affecte le secteur de la santé, où les coûts locaux représentent en général 70-75 % des dépenses totales (8) et où les effectifs de personnel qualifié ne peuvent pas être renforcés rapidement. D'autres problèmes se posent :

- lorsque l'aide est apportée sous forme de prêts, elle alourdit le poids de la dette et peut menacer la viabilité de l'endettement ;
- les flux d'aide étant généralement volatiles, ils risquent d'accentuer l'instabilité macroéconomique et d'affecter la viabilité de l'augmentation des coûts récurrents comme les salaires, suscitant des inquiétudes quant à la viabilité budgétaire à moyen terme ;
- l'accroissement des flux d'aide peut provoquer une volatilité passagère des taux de change et des taux d'intérêts, ce qui est susceptible de porter préjudice aux investissements du secteur privé.

Toutefois, les données sur lesquelles reposent ces inquiétudes sont pour la plupart insuffisantes, ou ont été recueillies dans les années 80 et 90 ; elles ne sont donc peut-être plus applicables dans les pays qui ont entrepris des réformes macroéconomiques dans le domaine des dépenses publiques. De plus, de nombreuses préoccupations concernent les modalités de la fourniture de l'aide – la prévisibilité pose un problème particulier, de même que la synchronisation des paiements avec les cycles budgétaires nationaux. Ainsi, des niveaux d'aide élevés ne sont pas nécessairement problématiques en soi. Des apports d'aide raisonnablement prévisibles

et continus ne sont pas non plus intrinsèquement inflationnistes, ni nécessairement cause d'instabilité macroéconomique.

Le plus important est de comparer les inconvénients potentiels d'un accroissement de l'aide aux avantages probables, et au coût d'une absence de mesures. Dans les pays pauvres qui parviennent à améliorer quelque peu la santé et qui connaissent une certaine stabilité économique, et où les pouvoirs publics sont prêts à entamer un processus d'accroissement de l'aide, la communauté internationale doit apporter son soutien. Il pourra enfin être nécessaire de repousser les plafonds financiers et les normes de gestion des dépenses, et les institutions financières internationales devront impérativement exercer un suivi étroit. On saura ainsi ce qui fonctionne et des leçons pourront être retirées pour les opérations futures.

Il appartient aux pays eux-mêmes de décider du montant exact de l'aide qui pourra être absorbée utilement et de sa destination. Dans certains endroits, les dépenses peuvent augmenter immédiatement dans des secteurs tels que la construction routière et l'assainissement (qui peuvent influencer de façon positive sur la santé s'ils sont bien choisis) pendant que le secteur de la santé se dote de systèmes de base qui lui permettront d'absorber davantage de ressources. L'essentiel est de veiller à ce que l'accroissement des investissements aide à faire des progrès équitables sur la voie de la réalisation de tous les OMD, compte tenu de la nature synergique des objectifs.

Ayant déjà collaboré avec les ministères de la santé, l'OMS sait que de nombreux pays reçoivent des avis divergents quant aux incidences macroéconomiques potentielles d'une augmentation de l'aide au développement. Les donateurs (et en particulier les institutions financières internationales) doivent travailler de concert pour éviter ces contradictions et, le cas échéant, encourager les pays à rechercher des avis indépendants. L'OMS s'emploiera, avec ses partenaires, à construire une argumentation économiquement solide en faveur d'une augmentation de l'aide afin d'encourager l'adoption d'une approche beaucoup plus ambitieuse du relèvement du niveau et de la prévisibilité des ressources fournies aux pays pauvres, y compris aux Etats fragiles et aux pays en situation de crise.

Conclusion

Il existe un

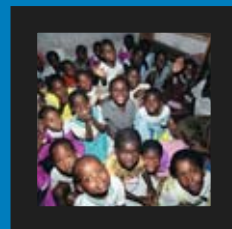
consensus

international croissant au sujet de la nécessité d'augmenter sensiblement l'aide au développement en faveur de la santé pour permettre la réalisation des OMD. Les récentes déclarations du G8 selon lesquelles l'aide destinée à l'Afrique sera doublée d'ici à 2010 sont fort encourageantes, mais il faut maintenant que ces promesses se transforment en décaissements. Si le secteur de la santé veut attirer sa juste part de ces nouvelles ressources, il lui faudra établir des plans et des stratégies sanitaires améliorés (comme nous l'avons indiqué au chapitre 2) et recueillir davantage de données sur les effets positifs d'une intensification de l'aide aux pays à faible revenu et sur les avantages et les inconvénients d'une absence d'action. Pour leur part, les donateurs devraient améliorer la prévisibilité et la souplesse des apports d'aide pour aider les ministères de la santé à planifier les dépenses récurrentes comme les salaires et le traitement à vie du VIH/SIDA. En même temps, les pays pourraient avoir besoin d'aide pour gérer et absorber une augmentation de ressources. D'autres questions relatives à l'efficacité de l'aide au développement sont examinées plus avant dans le chapitre suivant.

- 1 - Michaüd C. Development assistance for health (DAH): recent trends and resource allocation. In: *Investir davantage en faveur de la santé des plus démunis. Deuxième consultation sur le thème Macroéconomie et Santé*, Genève, 29-30 octobre 2003, (Annexe 5). Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003 (http://www.who.int/macrohealth/events/health_for_poor/en/dah_trends_nov10.pdf, consulté le 26 avril 2005).
- 2 - *Données finales sur l'aide publique au développement (APD) pour 2003*. Paris, Organisation de Coopération et de Développement économiques, Comité d'Aide au Développement, 2003 (<http://www.oecd.org/dataoecd/19/51/34352612.pdf>, consulté le 26 avril 2005).
- 3 - *Application de la Déclaration du Millénaire adoptée par l'Organisation des Nations Unies. Rapport du Secrétaire général*. New York, Organisation des Nations Unies, 2004 (A/59/282 ; http://millenniumindicators.un.org/unsd/mi/pdf/a59_282f.pdf, consulté le 26 avril 2005).
- 4 - *Macroéconomie et santé : investir dans la santé pour le développement économique. Rapport de la Commission Macroéconomie et Santé*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2001 (http://www3.who.int/whosis/cmh/cmh_report/report.cfm?path=cmh,cmh_report&language=french, consulté le 26 avril 2005).
- 5 - *Rapport sur la santé dans le monde 2000 - Pour un système de santé plus performant*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2000 (http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_fr.pdf, consulté le 25 avril 2005).
- 6 - Kapoor S. *Resource rich BWIs, 100% debt cancellation and the MDGs*. Londres, Jubilee Research and New Economics Foundation, juin 2004 (<http://www.jubileeplus.org/latest/mdgpaper.pdf>, consulté le 26 avril 2005).
- 7 - *Macroeconomic issues for scaling-up aid flows*. Londres, Department for International Development, 2004 (Macroeconomics Note No. 2).
- 8 - *MDG-orientated sector and poverty reduction strategies: lessons from experience in health*. Document présenté au Forum de haut niveau sur les objectifs du Millénaire pour le développement en matière de santé, Abuja, 2-3 décembre 2004 (<http://www.hlfhealthmdgs.org/Documents/MDGorientedPRSPs-Final.pdf>, consulté le 26 avril 2005).



Améliorer l'efficacité de l'aide allouée à l'action de santé



Les modalités de

l'aide

01 02 03 04 05 **06** 07
chapitre

– ainsi que les priorités et les conditions dont elle est assortie – influencent dans une large mesure les politiques de santé et la prestation des services. Le présent chapitre traite de la validité des mesures prises pour accroître l'efficacité de l'aide allouée au secteur de la santé, et de l'émergence de nouveaux mécanismes d'aide – à savoir les initiatives mondiales en faveur de la santé. Il explore également des approches de la coopération pour le développement dans les Etats fragiles.

Appropriation, harmonisation, alignement et résultats

L'*harmonisation* et la *simplification* des politiques des différents donateurs, de même que leur alignement sur les priorités et les systèmes des pays, sont des éléments clés de toute action visant à accroître l'efficacité de l'aide. L'expérience du Viet Nam est un résumé des problèmes à affronter. En 2003, le Viet Nam a accueilli quelque 400 missions de donateurs distinctes, dont 2 % seulement ont été exécutées en collaboration. Les donateurs ne font que très peu appel aux systèmes en place dans le pays : le pourcentage de projets utilisant les systèmes nationaux existants est de 13 % seulement pour les systèmes de surveillance et d'évaluation, de 18 % pour les systèmes d'achats et de 9 % pour les systèmes de vérification des comptes. Dans le secteur de la santé, la coordination entre les nombreux donateurs est apparemment mauvaise et il n'existe aucun système d'harmonisation des activités. En outre, aucun donateur n'utilise les systèmes nationaux de surveillance sanitaire (1).

Le cas du Viet Nam n'est ni atypique ni nouveau. Dès les années 80, on craignait que la prolifération des projets d'assistance – sans parler des différences entre les politiques des donateurs, les procédures d'exécution et les mécanismes de notification – non seulement nuisait à l'efficacité de l'aide, mais aussi faisait obstacle au développement en imposant un fardeau excessif aux systèmes administratifs et aux mécanismes de notification des pays et en leur enlevant le sentiment d'être parties prenantes à ces projets.

Cette prise de conscience a conduit, à la fin des années 80 et au début des années 90, à imaginer de nouvelles modalités pour la coopération au développement. L'octroi d'aides budgétaires – des ressources allouées directement aux ministères des finances, soit sous forme de fonds à objet non désigné, soit affectées à un secteur spécifique comme la

santé – a été considéré comme un moyen plus efficace d'acheminer l'aide dans la mesure où cette façon de procéder donne aux gouvernements la possibilité de répartir les fonds comme ils l'entendent et réduit les coûts de transaction. De même, les approches sectorielles (voir le chapitre 3) se sont imposées comme un moyen de coordonner les activités des partenaires pour le développement autour d'objectifs politiques communs à l'échelon sectoriel.

A la fin des années 90, le document de stratégie de réduction de la pauvreté était devenu le principal instrument du développement : il offrait en effet des possibilités d'actions coordonnées et cohérentes en regroupant à la fois les institutions financières internationales et les donateurs bilatéraux, il assurait les gouvernements d'un soutien financier direct et il confiait aux pays le soin d'élaborer eux-mêmes leurs stratégies de développement.

Les *Forums de haut niveau sur l'harmonisation* (Rome, février 2003) et sur *l'efficacité de l'aide* (Paris, mars 2005), ont donné une impulsion nouvelle aux mesures prises pour rendre l'aide plus efficace. C'est à Rome qu'ont été énoncées pour la première fois les incidences concrètes du programme d'harmonisation et d'alignement – cependant qu'à Paris, les partenaires du développement ont lancé le processus important de fixation de cibles et d'indicateurs qui viennent s'ajouter aux efforts visant à améliorer l'aide (voir ci-contre).

Un enjeu important pour l'avenir sera de déterminer comment associer au débat sur l'efficacité de l'aide les nouveaux donateurs. Au cours des 10 années à venir, les nouveaux Etats membres de l'Union européenne, ainsi que le Brésil, la Chine, la République de Corée et la Russie deviendront sans doute des donateurs importants, et il sera essentiel de les convaincre d'adopter, dès le départ, des pratiques garantes d'une coopération fructueuse.

Par la Déclaration de Rome sur l'harmonisation (2), les donateurs s'engagent à :



- veiller à ce que l'aide au développement soit fournie conformément aux priorités des pays partenaires, y compris à leurs stratégies d'atténuation de la pauvreté ;
- réduire leurs missions, examens et rapports, alléger les conditionnalités, simplifier et harmoniser la documentation ;
- renforcer leurs efforts en matière de coopération déléguée à l'échelon national et accroître la marge de manœuvre du personnel en poste dans les pays pour qu'il gère de façon plus efficace les programmes et les projets ;
- appuyer le travail d'analyse dans les pays de façon à renforcer la capacité de direction des gouvernements et à favoriser leur appropriation des résultats obtenus ;
- fournir une aide budgétaire, ou sectorielle, ou un appui à la balance des paiements lorsque cela est conforme au mandat du donateur et lorsque des politiques appropriées et des modalités fiduciaires existent. Les critères ou principes qui régissent les bonnes pratiques – notamment l'alignement sur les cycles budgétaires des pays et les examens de la stratégie nationale de réduction de la pauvreté – doivent être utilisés pour fournir cette aide.

01 02 03 04 05 **06** 07
chapitre

Au Forum de Paris sur l'efficacité de l'aide (3), les donateurs se sont fixé des objectifs provisoires pour 2010, en spécifiant notamment que :

- 75 % de l'aide serait accordée selon des calendriers convenus ;
- 85 % de l'aide serait comptabilisée dans les budgets ;
- au moins 25 % de l'aide serait accordée sous la forme d'approches fondées sur les programmes.

Pour leur part, les pays en développement sont convenus :

- d'élaborer des stratégies nationales de développement ayant des objectifs statistiques prioritaires clairement définis, correspondant aux cadres de dépenses à moyen terme et comptabilisées dans les budgets annuels ;
- d'établir des cadres de suivi axés sur les résultats (75 % des pays partenaires les auront d'ici à 2010).

Des cibles correspondant à sept autres indicateurs seront élaborées d'ici à septembre 2005, avant le Sommet des Nations Unies chargé de faire le point des progrès accomplis en vue des objectifs du Millénaire pour le développement. Ces indicateurs concernent notamment le pourcentage de l'aide non liée, le recours aux systèmes nationaux, le nombre de missions conjointes des donateurs et la diminution de l'utilisation de structures d'exécution parallèles comme les unités d'exécution de projets.

i - Ces points sont un résumé des dispositions de la Déclaration de Rome sur l'harmonisation.

La santé : un secteur de plus en plus complexe

Les efforts visant à accroître l'efficacité de la coopération pour le développement sont particulièrement indiqués dans le cas du secteur de la santé qui se caractérise par le nombre élevé de ses acteurs, tant nationaux qu'extérieurs, et – surtout dans les pays les plus pauvres – par une très forte dépendance à l'égard de l'aide.

L'augmentation du volume de l'aide au développement en faveur de la santé mentionnée au chapitre 5 s'est accompagnée de l'apparition d'initiatives et de partenaires nouveaux – dont beaucoup ont leurs propres mandats, priorités et procédures administratives. Il est possible de distinguer au moins trois grands groupes d'initiatives mondiales en faveur de la santé :

- les actions axées sur la **recherche et le développement** de technologies nouvelles (vaccins, médicaments, épreuves diagnostiques, etc.) pour combattre des maladies négligées par le secteur commercial ;

- les **fonds mondiaux**, comme le Fonds pour les vaccins et la vaccination et le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme, qui apportent des ressources nouvelles mais imposent aussi des charges supplémentaires en matière d'administration et d'établissement de rapports ;

- les **partenariats mondiaux**, comme les partenariats Faire reculer le paludisme et Halte à la tuberculose, dont le but est de coordonner les actions menées par différents partenaires contre des maladies déterminées.

Ces initiatives mondiales en faveur de la santé contribuent à sensibiliser le public et à mobiliser des ressources très attendues. En l'espace de trois ans à peine, le Fonds mondial de lutte contre le SIDA a approuvé l'octroi de subventions totalisant US\$ 3,1 milliards pour 127 pays (un montant de US\$ 1 milliard avait été décaissé en mars 2005) (4). De plus, les

initiatives mondiales offrent souvent un excellent moyen de nouer des liens avec des groupes de la société civile, ce qui est particulièrement important pour lutter contre le VIH/SIDA.

Toutefois, ces nouvelles initiatives ont aussi suscité des inquiétudes et posé des défis. Premièrement, on constate que, dans certains pays, les priorités sont faussées par l'ampleur des engagements, par exemple quand une part insoutenable de ressources est allouée aux médicaments contre le VIH/SIDA. Deuxièmement, ces initiatives peuvent affaiblir les systèmes de santé en détournant du personnel et des ressources au profit de programmes verticaux dont le coût est également insoutenable à terme au plan intérieur, lésant ainsi les institutions nationales et d'autres programmes de santé tout aussi essentiels. Troisièmement, elles peuvent, en fonction des fonds alloués, établir des arrangements distincts pour la coordination, l'exécution et le suivi, et imposer de ce fait un fardeau supplémentaire aux administrations nationales chargées de gérer les flux de l'aide.

Les auteurs de ces initiatives sont eux-mêmes dans bien des cas conscients de ces problèmes et s'attachent de plus en plus à faire en sorte que leurs activités soient conformes aux stratégies et aux politiques nationales de santé et puissent aider à renforcer les systèmes de santé. L'OMS prend activement part à nombre de ces initiatives sanitaires et accueille plusieurs partenariats mondiaux. Elle s'emploie à associer davantage les pays aux initiatives mondiales en faveur de la santé et à faciliter l'accès aux ressources en fonction des besoins et des priorités des pays.

Coopération pour le développement dans les Etats fragiles

L'idée que l'aide soit plus efficace dans les pays correctement gouvernés est à la fois une intuition et le fruit de l'expérience. Le problème est que les pays bien gouvernés ne sont pas ceux qui ont le plus besoin d'aide. Les Etats fragiles – ceux dont les

systèmes de gestion publique et les institutions sont faibles – représentent un sixième de la population du monde en développement et un tiers des individus qui vivent avec moins de US\$ 1 par jour. Ces pays sont ceux qui ont le moins de chances d'atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement : un tiers des décès maternels et près de la moitié des décès d'enfants de moins de cinq ans enregistrés dans les pays en développement surviennent dans les Etats fragiles.

Il est de plus en plus largement admis qu'aider ces Etats n'est pas seulement nécessaire, mais également rentable par rapport à ce qu'il en coûterait de ne pas intervenir. Il est préférable d'aider des pays à ne pas se désintégrer ou à ne pas sombrer dans des conflits plutôt que de réagir après coup. D'après une étude récente (5), chaque dollar investi dans la prévention de conflits rapporte en moyenne plus de US\$ 4 d'économie à la communauté internationale. L'aide peut en outre être un puissant moyen de stabiliser des pays au sortir d'une crise et de hâter leur réintégration dans le processus de développement.

Toutefois, opérer dans des Etats fragiles n'est pas chose aisée pour les organismes de développement, si bien que l'aide accordée à ces Etats est d'environ 40 % moins élevée, par habitant, que l'aide dont bénéficient les autres pays (non fragiles) à faible revenu.

L'aide accordée aux Etats fragiles tend aussi à être plus irrégulière. Les donateurs qui interviennent dans ces pays y mettent souvent en place des systèmes parallèles pour pallier les insuffisances des

01 02 03 04 05 **06** 07
chapitre

Il est préférable d'aider des pays à ne pas (...) sombrer dans des conflits plutôt que de réagir après coup.

institutions nationales ; cela risque de fragiliser encore plus les Etats et de rendre plus difficiles d'éventuelles opérations de renforcement des capacités. L'alignement « fantôme » sur les priorités et les systèmes nationaux (en fondant par exemple les systèmes des donateurs sur les frontières administratives locales ou sur les cycles locaux de planification et de budgétisation) est un moyen d'aller de l'avant.

Dans le domaine de la santé, les Etats fragiles posent aux donateurs des problèmes particuliers, mais offrent aussi des opportunités. Si les actions de santé coûtent en général plus cher dans ces pays que dans les autres pays à faible revenu à cause du manque d'infrastructures, de l'insécurité et de la nécessité d'agir à petite échelle, elles constituent néanmoins l'un des meilleurs moyens d'établir des contacts durables avec la population dans la mesure où elles lui apportent un réconfort dont elle a grandement besoin et contribuent à redonner confiance dans l'Etat.

D'autres problèmes se posent, notamment :

- comment tirer le meilleur parti possible de prestataires non publics tout en renforçant l'autorité et les capacités de réglementation du ministère de la santé ?
- comment former, équiper et rémunérer des agents de santé lorsque le réservoir de la main-d'œuvre qualifiée est épuisé ?
- comment éviter que le financement des services de santé ne soit interrompu au cours de la période de transition entre le conflit et l'après-conflit ?

Il faut que les donateurs trouvent et institutionnalisent des moyens plus efficaces de travailler avec les Etats fragiles. Il n'existe pas de recette miracle, mais une aide bien ciblée et correctement enchaînée – en particulier pour la prestation de services et le renforcement des capacités nationales (publiques et privées) – peut favoriser des initiatives de consolidation de la paix, prévenir l'apparition de crises et réduire la fragilité.



Conclusion

Les flux de l'aide augmentant, les partenaires du développement devraient apporter une

attention

particulière aux mécanismes opérationnels du secteur de la santé, dont la complexité va croissant, et s'attacher en priorité à renforcer les institutions et les structures gestionnaires des Etats. Tout aussi importants sont la cohérence des politiques ainsi que le sentiment d'appropriation et l'autorité des gouvernements. Comme il est indiqué dans la Déclaration de Paris, il faudrait pour cela que beaucoup plus d'aide soit accordée sous la forme d'un soutien budgétaire afin que les gouvernements aient la possibilité d'apporter les améliorations sectorielles – notamment de renforcer les fonctions essentielles des systèmes de santé – sans lesquelles les objectifs du Millénaire pour le développement ne pourront être atteints.

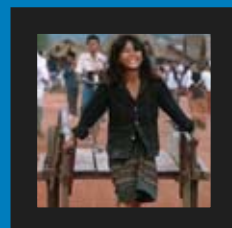
Les initiatives mondiales en faveur de la santé peuvent faciliter une hausse spectaculaire et rapide des ressources allouées à la santé et aider les acteurs de la société civile à mieux se faire entendre. Elles représentent aussi des défis bien particuliers eu égard aux efforts fournis pour harmoniser l'aide à l'action de santé, alléger les tâches administratives et le travail de notification qui incombent aux pays bénéficiaires, respecter les priorités des pays et renforcer les systèmes de santé.

Il faut que les partenaires du développement se mobilisent davantage en faveur des Etats fragiles et acceptent les difficultés et les quelques risques de ce type d'engagement. Un travail supplémentaire s'impose aussi pour réduire les coûts et les incertitudes du travail dans les Etats fragiles. Cela suppose notamment que soient mis au point des instruments plus efficaces pour l'harmonisation et l'alignement ; que soit constituée une base de données factuelles plus solide offrant des modèles de prestations de santé et des moyens de reconstituer la main-d'œuvre dans des Etats fragiles ; et que soient enfin recueillies des données supplémentaires sur le moyen de tirer le meilleur parti possible des ressources des Etats et des donateurs en vue du financement du secteur de la santé.

- 1 - *Survey on harmonisation and alignment. Measuring and harmonisation and alignment in 14 partner countries.* Edition préliminaire. Paris, Organisation de Coopération et de Développement économiques - Comité d'Aide au Développement, 2005 (version française en préparation) (<http://www.oecd.org/dataoecd/31/37/33981948.pdf>, consulté le 27 avril 2005).
- 2 - *Déclaration de Rome sur l'harmonisation.* Rome, 24-25 février 2003 (http://www1.worldbank.org/harmonization/romehlf/Documents/language/FR%20-%20Rome_Declaration.pdf, consulté le 27 avril 2005).
- 3 - Forum de haut niveau sur l'efficacité de l'aide. Paris, 28 février - 2 mars 2005 (<http://www.aidharmonization.org/>, consulté le 27 avril 2005).
- 4 - *Rapport de situation – 14 mars 2005.* Genève, Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme, 2005 (http://www.theglobalfund.org/en/files/factsheets/progressreport_fr.pdf, consulté le 27 avril 2005).
- 5 - *Why we need to work more effectively in fragile states.* Londres, Department for International Development, janvier 2005 (<http://www.dfid.gov.uk/pubs/files/fragilestates-paper.pdf>, consulté le 27 avril 2005).



Problèmes liés au suivi des progrès et à la mesure des réalisations



Les OMD ont un

atout

important : leur association à des indicateurs mesurables de progrès et à un système institutionnalisé de notification. L'exercice global du suivi des OMD a conduit à rendre public un ensemble fiable et comparable de statistiques sanitaires relatives aux pays. Il est désormais possible en effet d'avoir accès à des données concernant la mortalité de l'enfant et la couverture des interventions sanitaires pour une vaste majorité de pays. En outre, ces données sont souvent accompagnées d'informations explicatives concernant les définitions, les sources, les méthodologies utilisées pour l'estimation et les sources possibles d'erreurs.

Toutefois, l'importance accrue portée à l'examen des progrès a attiré l'attention sur plusieurs problèmes interdépendants qui se posent aux plans politique, technique et opérationnel, ainsi que sur les insuffisances sous-jacentes des systèmes d'information sanitaire des pays, dont dépend un suivi fiable. Par exemple, si le suivi des OMD permet d'obtenir des données descriptives de bonne qualité concernant un progrès ou une stagnation, il ne permet pas leur analyse. On ne peut pas bien comprendre la mesure dans laquelle une diminution des ressources destinées aux soins de santé est associée en totalité ou en partie à une détérioration des résultats sur le plan sanitaire. L'absence de données sanitaires infranationales limite également la possibilité d'étudier les changements relatifs et de cartographier les inégalités à l'échelon du pays.

01 02 03 04 05 06 **07**
chapitre

Les enjeux au niveau des politiques

Par rapport aux grandes orientations, les cibles et les indicateurs prévus dans les OMD ont joué un rôle important en appelant l'attention sur des besoins essentiels en matière de santé et de développement, et en permettant le suivi des réactions aux niveaux mondial et national. Il existe cependant des tensions inhérentes au processus de suivi qu'il faut gérer. L'une d'elles concerne l'équilibre entre la notification aux niveaux mondial et national. D'un point de vue mondial, l'accent est mis sur la comparabilité entre pays – afin de déterminer ceux qui sont sur la bonne voie pour atteindre les objectifs et ceux qui n'y parviendront pas. De ce point de vue, il est essentiel que les indicateurs soient élaborés en utilisant des définitions et une collecte de données normalisées et que l'on soit d'accord sur les méthodes à utiliser pour combler les lacunes dans les données.

Toutefois, vu sous l'angle national, la comparabilité entre les pays est moins pertinente que le sentiment d'appropriation, la représentativité et les variations entre les divers groupes de population. Les responsables des grandes orientations nationales doivent aussi être capables de contrôler l'efficacité de politiques et de programmes pour lesquels les données factuelles sont encore relativement limitées.

L'idéal serait que la définition et la production d'indicateurs mondiaux répondent aux besoins des pays et émanent des systèmes nationaux d'information sanitaire. Dans la pratique, toutefois, les besoins nationaux et les besoins mondiaux ne font pas toujours l'objet des mêmes indicateurs. Une partie de la difficulté réside dans le fait que de nombreux indicateurs – ceux qui sont le plus nécessaires dans les pays et qui sont le plus utiles pour améliorer les résultats – peuvent ne pas être les mêmes que les indicateurs dont on a besoin pour le suivi mondial.

Un autre facteur de complexité réside dans la pertinence des OMD au niveau infranational. Cette question a donné lieu à un vaste débat dans le contexte de l'équité. Comme l'a souligné Gwatkin (1), la réalisation des OMD au niveau national et leur réalisation au niveau mondial sont deux choses différentes. Bien que la communauté mondiale de la santé ait nécessairement largement privilégié l'échelon national dans le cadre de la notification mondiale, dans les pays, il faut d'urgence suivre les progrès dans des groupes spécifiques de population ou dans des zones particulières du pays.

Les enjeux techniques

D'un point de vue technique, la simplicité et la spécificité des indicateurs OMD masquent certains problèmes importants. La plupart des indicateurs OMD liés à la santé sont complexes et difficiles à mesurer car les systèmes d'information sanitaire des pays sont souvent insuffisants et fragmentaires, ayant souffert depuis longtemps d'un manque d'investissement.

Ainsi, il n'est possible de rendre compte annuellement de manière fiable de la mortalité des adultes – nombre de décès par âge, par sexe et par cause – que s'il existe un système d'enregistrement complet et exact des décès et une certification médicale de la cause de décès. Or cela n'existe que dans 78 pays – qui représentent environ un tiers de la population mondiale, pour la plupart des pays à revenu élevé. Pour les pays restants, les estimations de la mortalité ne sont en effet que des estimations – c'est-à-dire qu'elles reposent sur des données incomplètes, sur l'extrapolation de tendances et sur la modélisation. Et c'est précisément dans ces pays que la charge d'ensemble de morbidité est la plus élevée et que des données valables sont nécessaires d'urgence pour orienter l'élaboration des politiques et la mise en œuvre des programmes.

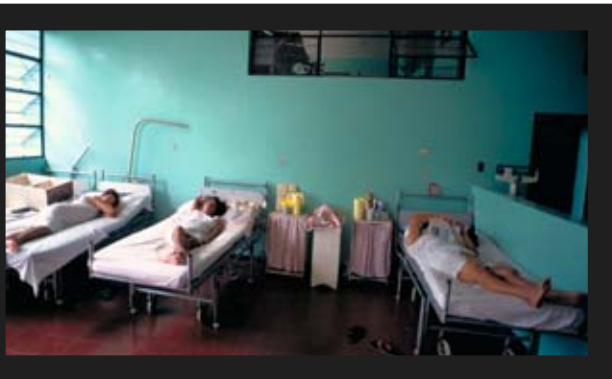
Des tentatives sont faites pour améliorer la notification de la cause de décès en utilisant des techniques d'autopsie verbale, c'est-à-dire que les renseignements non médicaux sur les causes et les circonstances du décès sont fournis par les membres de la famille ou d'autres personnes, ces renseignements étant ensuite examinés par un médecin qui établit la cause du décès. Toutefois, la fiabilité et la validité des autopsies verbales restent à démontrer, surtout en ce qui concerne la mortalité des nouveau-nés et la mortalité prématurée des adultes.

L'estimation de l'incidence et de la prévalence de maladies comme le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme pose également problème. Trois conditions préalables doivent être remplies pour que l'on puisse obtenir des données valables sur les maladies :

- un test diagnostique fiable pour la pathologie (un test clinique, une question d'enquête ou un ensemble de signes et de symptômes) ;
- des moyens fiables d'administrer des tests à des groupes de population représentatifs – par exemple dans le cadre d'enquêtes ou d'une surveillance portant sur les ménages ;
- des moyens convenus de procéder aux ajustements voulus pour tenir compte des biais connus dans l'information, ou combler les lacunes des données.

Malheureusement, il est rare que toutes ces conditions soient remplies. Par exemple, bien qu'il existe un test de diagnostic fiable pour le VIH et qu'il puisse être administré dans des sites de surveillance – ou de plus en plus à travers des enquêtes en population –,





Les OMD sont parvenus à centrer l'attention sur l'importance de données valables en tant que base de la prise de décision en matière de politique gouvernementale.

des incertitudes demeurent quant à la façon de corriger les biais inhérents à ces deux méthodes de collecte des données.

La situation est plus difficile en ce qui concerne les autres maladies transmissibles comme le paludisme, pour lesquelles il n'y a pas de test diagnostique fiable ou de moyen efficace d'administrer un test à l'ensemble de la population. L'identification de nombreuses affections repose essentiellement sur le dépistage chez les personnes qui viennent d'elles-mêmes se faire soigner, alors que l'on sait qu'elles ne représentent qu'une petite partie des malades dans les pays en développement.

Une autre complication tient au fait que les indicateurs de l'état de santé, tels que la mortalité et la prévalence, ne réagissent que lentement à l'exécution des programmes car ils sont le reflet de divers facteurs programmatiques, environnementaux, ou liés au contexte, ce qui les rend peu sensibles au changement. Les réductions de la mortalité de la mère ou de l'enfant, par exemple, exigent des efforts multisectoriels à long terme portant non seulement sur des besoins du système de santé en matière de prévention et de soins, mais aussi sur des déterminants indirects comme les pratiques familiales et communautaires et le contexte socio-économique et culturel.

Heureusement, en plus des indicateurs de l'état de santé qui sont difficiles à mesurer, les indicateurs OMD comportent plusieurs indicateurs de couverture des programmes

tels que la couverture vaccinale, l'utilisation des soins maternels et l'emploi des préservatifs. Les indicateurs programmatiques ont plusieurs avantages sur les indicateurs de résultat, dont le fait qu'ils soient généralement plus faciles à mesurer – en interrogeant directement les gens eux-mêmes par des enquêtes dans les ménages – n'est pas le moindre.

En outre, dans la mesure où il a été établi que les indicateurs de couverture étaient associés à des résultats difficiles à quantifier, ils peuvent être utilisés comme des indices intermédiaires de progrès. Ainsi, par exemple, si la mortalité palustre est très difficile à mesurer avec précision, la proportion de ménages utilisant des moustiquaires imprégnées d'insecticide peut être estimée à l'aide d'enquêtes dans les ménages – et l'emploi des moustiquaires est, on le sait, étroitement associée aussi bien à la prévalence du paludisme qu'à la mortalité provoquée par cette maladie.

Par ailleurs, s'en remettre en grande partie aux enquêtes dans les ménages signifie que le coût du suivi régulier peut être prohibitif. Pour un suivi fréquent, il est essentiel d'identifier des indicateurs intermédiaires facilement mesurables, peu onéreux, et sensibles au changement. Le choix de ces indicateurs est un exercice délicat : certes, l'indicateur doit être simple et facilement mesurable, mais il ne doit pas trop compromettre la spécificité, c'est-à-dire qu'il doit conserver une forte valeur prédictive pour le résultat sanitaire en question.

Au-delà des complexités techniques que représente la mesure d'indicateurs sanitaires spécifiques, il faut être capable simultanément de suivre la performance de l'ensemble du système de santé. Mais il s'agit là d'un exercice difficile et il n'y a actuellement aucun indicateur universellement agréé concernant la performance des systèmes de santé qui puisse être suivi au même titre que les indicateurs axés sur les maladies particulières.

Dans le secteur de l'éducation, un seul indicateur – l'inscription dans les écoles primaires – est utilisé comme indicateur de substitution pour la performance d'ensemble du secteur. Pouvoir disposer d'une mesure unique et reconnue des progrès est utile à des fins de sensibilisation et peut faciliter la communication avec les non spécialistes de l'éducation tels que les ministres des finances (2).

Des travaux sont en cours à l'OMS, et parmi ses partenaires, pour définir un ensemble clé d'informations météorologiques pour le système de santé, comprenant la situation géographique et la répartition des établissements de santé ; la situation et la répartition des services essentiels (cartographie de santé publique) ; le niveau et la répartition des ressources humaines ; des informations financières (dépenses, budgets et comptes de la santé) ; et les médicaments, le matériel et les fournitures (prestation de services). La plupart des informations devraient être tirées des dossiers administratifs et donc être facilement accessibles de façon régulière et peu coûteuse.

Les enjeux opérationnels

La notification d'informations statistiques sur les OMD est souvent perçue comme une charge pour le système d'information sanitaire national. Un grand nombre d'indicateurs sont d'un usage limité au niveau national et la recherche de la comparabilité entre pays aux fins du compte rendu mondial exige des moyens statistiques qui ne sont pas toujours disponibles. De plus, la quantité et la qualité des données sanitaires disponibles varient

considérablement selon les pays, de même que – et c'est plus alarmant – leur volonté de produire et d'utiliser des données valables pour la prise de décision. Il a même été suggéré que de nouvelles approches et de nouveaux mécanismes sont nécessaires pour surmonter les risques de conflits d'intérêts lorsque des programmes ou des pays sont chargés du suivi de leur propre progrès (3).

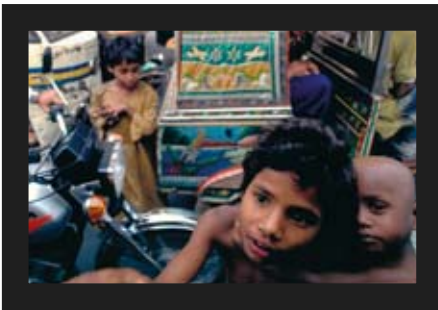
Malgré les difficultés pratiques et les répercussions politiques, les OMD sont parvenus à centrer l'attention sur l'importance de données valables en tant que base de la prise de décision en matière de politique gouvernementale. Il est universellement reconnu qu'une bonne utilisation des données sanitaires permettra d'élaborer des politiques appropriées et donc d'obtenir de meilleurs résultats en matière de santé, y compris dans les domaines actuellement non couverts par les OMD (comme les maladies non transmissibles). Plus important, le fait de mettre à disposition des renseignements concernant la situation, le fonctionnement et la performance des services de santé devrait également améliorer la transparence et la responsabilité dans la gestion du secteur de la santé.

Les obligations internationales des Etats Membres en matière de notification – y compris celle qui est relative aux OMD – créent des possibilités de mobiliser des investissements en faveur des systèmes d'information nationaux et sont un bon point de départ pour des réformes. La pression exercée pour que soient mises en évidence la performance du secteur et la responsabilité vis-à-vis des résultats favorise de meilleurs liens entre la collecte de données, leur analyse et leur utilisation pour améliorer la performance et la responsabilité – en particulier au niveau du district (4). Les programmes de santé publique qui ont établi des systèmes solides de notification systématique, par exemple pour la vaccination, l'éradication de la poliomyélite et le traitement antituberculeux, sont des bases à partir desquelles on peut mettre en place des systèmes plus intégrés.

Réseau de métrologie sanitaire

Au-delà de la création de systèmes d'information portant sur les maladies spécifiques, le renforcement des systèmes nationaux d'information sanitaire dans son ensemble exige la mobilisation de tous les partenaires aux niveaux national, régional et mondial : d'où la création du Réseau de métrologie sanitaire, conçu pour tirer parti de divers savoir-faire et ressources. Le but du Réseau est de créer une synergie entre les donateurs et les organismes d'exécution de façon à renverser la tendance passée au sous-investissement dans les systèmes d'information sanitaire et à en soutenir la modernisation et la réforme ; il vise plus précisément à traiter les problèmes qui se posent aux plans technique, opérationnel et politique :

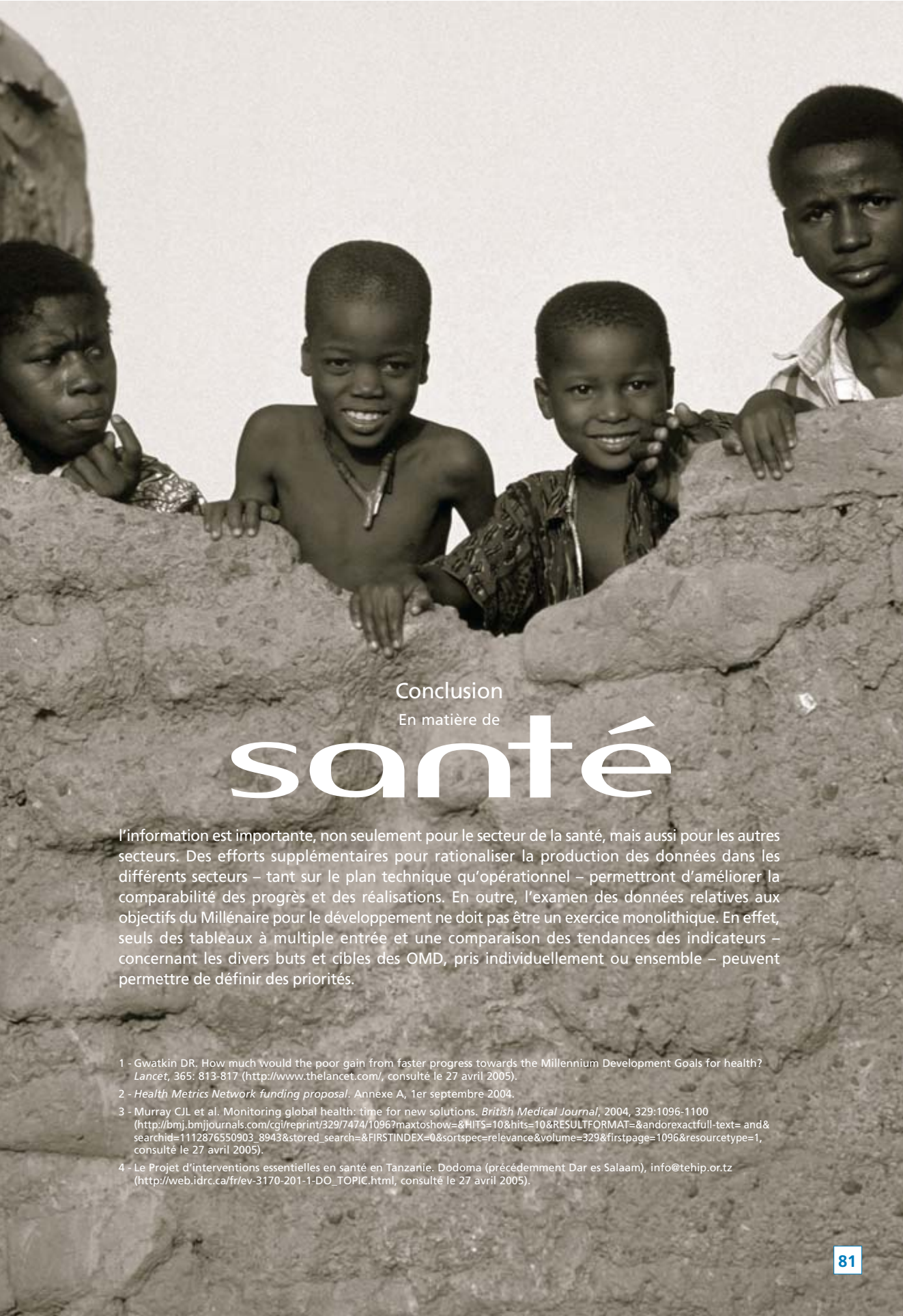
- en favorisant un consensus autour des moyens techniques : outils, indicateurs et analyses, afin de promouvoir le développement des systèmes d'information sanitaire de pays, et d'améliorer l'accès aux données et la qualité de celles-ci ;



- en apportant un soutien technique et financier aux pays afin qu'ils puissent renforcer leurs systèmes d'information sanitaire ;

- en élaborant des politiques, des systèmes et des incitations afin d'assurer l'accès à l'information et son utilisation pour la prise de décision tant au niveau des pays qu'au niveau mondial.

La philosophie du Réseau de métrologie sanitaire repose sur le principe suivant : le renforcement des systèmes d'information sanitaire d'un pays exige une action commune de l'ensemble des partenaires, aussi bien dans le pays que dans la communauté des donateurs, autour d'un ensemble convenu de normes qui privilégient l'action et guident la réforme. En rassemblant tous les partenaires (y compris les donateurs et les organismes techniques) autour d'un plan d'information sanitaire propre aux pays, il sera possible de réduire les chevauchements et les doubles emplois et de traiter sérieusement certains des obstacles politiques, techniques et opérationnels qui entravent un suivi efficace aux niveaux national et mondial – y compris celui des OMD.



Conclusion

En matière de

santé

L'information est importante, non seulement pour le secteur de la santé, mais aussi pour les autres secteurs. Des efforts supplémentaires pour rationaliser la production des données dans les différents secteurs – tant sur le plan technique qu'opérationnel – permettront d'améliorer la comparabilité des progrès et des réalisations. En outre, l'examen des données relatives aux objectifs du Millénaire pour le développement ne doit pas être un exercice monolithique. En effet, seuls des tableaux à multiple entrée et une comparaison des tendances des indicateurs – concernant les divers buts et cibles des OMD, pris individuellement ou ensemble – peuvent permettre de définir des priorités.

1 - Gwatkin DR. How much would the poor gain from faster progress towards the Millennium Development Goals for health? *Lancet*, 365: 813-817 (<http://www.thelancet.com/>, consulté le 27 avril 2005).

2 - *Health Metrics Network funding proposal*. Annexe A, 1er septembre 2004.

3 - Murray CJL et al. Monitoring global health: time for new solutions. *British Medical Journal*, 2004, 329:1096-1100 (http://bmj.bmjournals.com/cgi/reprint/329/7474/1096?maxtoshow=&HITS=10&hits=10&RESULTFORMAT=&andorexactfull-text=and&searchid=1112876550903_8943&stored_search=&FIRSTINDEX=0&sortspec=relevance&volume=329&firstpage=1096&resourcetype=1, consulté le 27 avril 2005).

4 - Le Projet d'interventions essentielles en santé en Tanzanie. Dodoma (précédemment Dar es Salaam), info@tehip.or.tz (http://web.idrc.ca/fr/ev-3170-201-1-DO_TOPIC.html, consulté le 27 avril 2005).

Siègles et acronymes

| | |
|-----------------|--|
| ADPIC | Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce |
| CEI | Communauté d'Etats indépendants |
| FNUAP | Fonds des Nations Unies pour la Population |
| OCDE | Organisation de Coopération et de Développement économiques |
| OMC | Organisation mondiale du Commerce |
| OMD | Objectifs du Millénaire pour le développement |
| OMS | Organisation mondiale de la Santé |
| ONG | Organisation non gouvernementale |
| ONU | Organisation des Nations Unies |
| ONUSIDA | Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA |
| PPTE | Pays pauvres très endettés |
| SRAS | Syndrome respiratoire aigu sévère |
| SWAp | « Sector-wide approach » ; approche sectorielle |
| UNICEF | Fonds des Nations Unies pour l'Enfance |
| VIH/SIDA | Virus de l'immunodéficience humaine/syndrome d'immunodéficience acquise |



**Organisation
mondiale de la Santé**

OMD, santé et politique de développement
Systèmes de mesure et d'information sanitaire
Organisation mondiale de la Santé • Avenue Appia 20 • 1211 Genève 27 • Suisse
Courriel : HDPMDGNews@who.int
www.who.int/mdg
www.who.int/hdp

ISBN 92 4 256298 6



9 789241 562980