



COMMISSION ÉCONOMIQUE ET SOCIALE POUR L'ASIE ET LE PACIFIQUE

Sous-Comité de la santé et du développement

Première session
1^{er}-3 décembre 2004
Bangkok

**QUESTIONS DIVERSES CONCERNANT LA PROMOTION DE LA SANTÉ POUR LE
DÉVELOPPEMENT DANS LA RÉGION DE LA CESAP: AUGMENTATION DE
L'INVESTISSEMENT SANITAIRE DANS LE CADRE DU DÉVELOPPEMENT**

(Point 5 b) de l'ordre du jour provisoire)

Note du secrétariat

RÉSUMÉ

L'investissement sanitaire est un impératif car la santé renforce des capacités qui sont essentielles pour améliorer la qualité de la vie. Il est aussi à la base du développement intellectuel, physique et spirituel. Sur le plan économique, la santé est un pilier du capital humain, et un élément crucial pour la croissance économique. L'idée autrefois largement répandue d'après laquelle les objectifs sanitaires se réaliseraient automatiquement grâce au développement économique est fortement contestée.

Dans un grand nombre de pays de la région, les investissements dans la santé ne sont guère productifs ou n'encouragent pas l'équité, d'où des taux élevés de mortalité et de morbidité qui pourraient être évités.

Le présent document relève quelques événements récents qui visent à donner à la santé sa place dans le développement global: objectifs internationalement adoptés dans la Déclaration du Millénaire; conclusions de la Commission Macroéconomie et Santé; et documents stratégiques de réduction de la pauvreté. Il établit des corrélations entre les mécanismes prévus dans ces trois initiatives.

On y souligne la nécessité d'accroître l'investissement sanitaire, qui doit faire partie intégrante du développement global. Des stratégies de développement qui ne traitent pas des problèmes de santé de façon structurée ne pourront porter tous leurs fruits.

Le document étudie aussi les diverses façons d'accroître l'investissement sanitaire et d'améliorer l'utilité des dépenses. Il ne suffira pas d'accroître le montant des investissements pour obtenir des résultats suffisants en matière de santé. Ces investissements devront, en outre, servir à résoudre les problèmes que posent la capacité d'adaptation des systèmes de santé ainsi que les déterminants sanitaires. On y insiste sur la nécessité d'accroître le financement du développement, de renforcer la coordination et d'améliorer la capacité d'absorption des pays.

Le présent document complète trois autres documents du secrétariat sur les déterminants sanitaires du développement, le renforcement des capacités dans le secteur de la santé publique et le projet de cadre régional d'action stratégique: promotion de la santé et du développement durable.

TABLE DES MATIÈRES

	<i>Page</i>
Introduction.....	1
I. SANTÉ ET BIEN-ÊTRE ÉCONOMIQUE ET SOCIAL: UN LIEN INEXTRICABLE	1
A. Pourquoi investir davantage dans la santé?.....	1
B. Que font les pays de la région en matière d'investissement sanitaire?.....	3
C. Des investissements dans le secteur de la santé permettraient-ils d'améliorer la santé des populations?.....	5
II. PROCESSUS ET CORRÉLATIONS	6
A. Accroissement de l'investissement sanitaire: un impératif pour le développement.....	6
B. Investir pour les pauvres.....	8
C. Investir dans les facteurs déterminants de la santé.....	10
D. Investir dans le système de santé.....	13
III. GARANTIR DES RESSOURCES SUFFISANTES POUR LA SANTÉ.....	14
A. Ressources internes	14
B. Aide au développement.....	15
C. Approche sectorielle.....	16
D. Partage des risques	17
Conclusion	17
Références	19

Introduction

1. La santé renforce des capacités qui sont essentielles pour améliorer la qualité de la vie. Hommes et femmes, même pauvres, mettent la santé au premier rang de leurs priorités. En être privé signifie se trouver dans un état de «réelle pauvreté», qui peut être significativement plus intense que la pauvreté monétaire (Sen, 1999). Amartya Sen, lauréat du Prix Nobel, souligne l'importance de la santé en tant que droit humain fondamental.

2. La santé est à la base du développement intellectuel, physique, affectif et spirituel. Sur le plan économique, la santé et l'éducation sont les deux piliers du capital humain. Une population en bonne santé est un élément essentiel du recul de la pauvreté, de la croissance économique et d'un développement économique à long terme (OMS, 2001). Santé et stabilité sociale sont étroitement liées; la détérioration de l'une entrave le progrès de l'autre et inversement en se répercutant finalement sur le développement économique.

3. L'idée autrefois largement répandue d'après laquelle les objectifs sanitaires seraient automatiquement atteints grâce à l'expansion économique est fortement contestée. L'expérience de la région de la CESAP en matière de développement économique va à l'encontre de ce que l'on croyait précédemment, à savoir que le développement des soins de santé, de l'éducation et des autres conditions de la vie humaine était un luxe que seuls pouvaient s'offrir les pays riches. Les économies performantes de la région se sont lancées dans une expansion massive de l'éducation et des soins de santé avant de pouvoir briser le joug de la pauvreté (Sen, 1999). On reconnaît maintenant que la santé contribue notablement à la réalisation du progrès économique et social.

4. Le présent document expose les raisons qui militent en faveur d'un accroissement urgent de l'investissement sanitaire pour que la région de l'Asie et du Pacifique atteigne les objectifs de développement adoptés par la communauté internationale dans la Déclaration du Millénaire.

I. SANTÉ ET BIEN-ÊTRE ÉCONOMIQUE ET SOCIAL: UN LIEN INEXTRICABLE

A. Pourquoi investir davantage dans la santé?

5. La mortalité infantile, la diarrhée, la pneumonie et le paludisme sont la cause de plus de la moitié des décès de la région. Or, il est prouvé que pour chacun de ces problèmes il est possible d'intervenir à peu de frais même dans des milieux à faible revenu. L'ampleur des interventions diffère notablement selon les milieux riches ou pauvres en ressources.

6. Dans les pays à revenus intermédiaires et élevés, 90 % des enfants sont vaccinés contre la diphtérie, la coqueluche et le tétanos. Plus de 90 % des femmes enceintes sont soumises à une visite prénatale au moins et plus de 90 % des naissances sont assistées par du personnel de santé qualifié.

7. Par contraste, dans certaines régions de l'Asie de l'Est et du Sud-Est, moins de 50 % des femmes enceintes bénéficient d'un examen prénatal et 20 % seulement des naissances se font avec l'aide d'un personnel médical formé.

8. Sur 6 millions de personnes environ nécessitant un traitement antirétroviral dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, seules 300 000 y ont accès. En Asie et dans le Pacifique, où plus de 8 millions de personnes vivent avec le VIH/sida, la couverture du traitement aux antirétroviraux ne dépasse pas 5 % (Banque mondiale, 2003).

9. Dans son rapport, la Commission Macroéconomie et Santé relève que la santé du milliard de personnes les plus pauvres, dont la majorité se trouve dans la région de la CESAP, serait radicalement améliorée si l'on visait un groupe relativement réduit de maladies et états morbides en recourant aux interventions peu coûteuses disponibles actuellement (tableau 1).

Tableau 1. Maladies et états morbides et interventions peu coûteuses

Maladie/état morbide visé	Intervention peu coûteuse
VIH/sida	<ul style="list-style-type: none"> • Usage accru du préservatif • Mesures préventives
Tuberculose	<ul style="list-style-type: none"> • Traitement de brève durée sous surveillance directe
Paludisme	<ul style="list-style-type: none"> • Emploi de moustiquaires imprégnées d'insecticide • Meilleure prise en charge des cas
Maladies de l'enfance	<ul style="list-style-type: none"> • Thérapie de réhydratation orale • Traitement des infections respiratoires • Vaccination • Vermifugeage scolaire • Programmes à assise communautaire
Affections maternelles et périnatales	<ul style="list-style-type: none"> • Utilisation d'accoucheuses qualifiées • Réduction de la transmission mère-enfant du VIH/sida grâce au traitement par antirétroviraux • Vaccination à l'anatoxine tétanique
Maladies liées au tabagisme	<ul style="list-style-type: none"> • Augmentation des taxes • Interdiction complète de la publicité

Source: Renseignements figurant dans le document de l'OMS *Macroéconomie et Santé: Investir dans la Santé pour le développement économique* (Genève, OMS, 2001).

10. On estime que l'application réelle de ce petit nombre de mesures aurait pour effet de réduire sensiblement les cas de mortalité évitables et de faire l'économie de 87 % des décès d'enfants de moins de 5 ans, soit de 43 à 60 % dans le cas d'enfants de sexe masculin (de plus de 5 ans) et de 51 à 83 % dans le cas d'enfants de sexe féminin (de plus de 5 ans).

11. Même les nations les plus pauvres ont les moyens d'intervenir efficacement pour traiter les problèmes de santé responsables d'une grande proportion des cas de mortalité évitables à condition qu'elles renforcent leurs investissements et les rendent plus productifs. Cette approche verticale peut sembler évidente par sa simplicité et les possibilités qu'elle offre de maîtriser totalement sur le plan médical certaines situations exigeant des résultats à court terme. À long terme, il importe de faire en sorte que des mesures plurisectorielles et la participation des communautés se conjuguent pour éliminer les causes profondes du mauvais état de santé des groupes défavorisés afin que les interventions sociales soient équitables et répondent aux besoins de l'ensemble des populations.

12. Aucune des interventions susmentionnées, qui visent les maladies et les menaces à la santé représentant une part importante du fardeau de la morbidité, n'est onéreuse (à l'exception du traitement par antirétroviraux dont le coût, cependant, ne cesse de baisser). Le tout est d'utiliser les fonds existants de façon plus productive.

B. Que font les pays de la région en matière d'investissement sanitaire?

13. L'analyse des données relatives à 27 des pays les moins avancés et pays en développement de la région (OMS, 2004a) révèle que les dépenses publiques de santé par habitant allaient de 2 dollars des États-Unis à 40 dollars alors que le montant total des dépenses de santé par habitant variait de 8 à 54 dollars. Vu le montant de ces dépenses, la Commission Macroéconomie et Santé a estimé dans son rapport qu'il en coûterait au moins 36 dollars, estimation prudente, pour intervenir au niveau le plus élémentaire contre les quelques maladies responsables des taux les plus élevés de morbidité et de mortalité et se prêtant aux méthodes relativement peu coûteuses disponibles actuellement. Les pays les moins avancés et divers autres pays à faible revenu devraient relever sensiblement leurs investissements sanitaires pour assurer effectivement les interventions essentielles.

14. Le tableau 2 indique les dépenses en soins de santé dans 14 pays de la région de la CESAP ventilées selon quatre indicateurs particuliers:

- a) Total des dépenses de santé en pourcentage du produit intérieur brut (PIB);
- b) Dépenses publiques en pourcentage du total des dépenses de santé;
- c) Dépenses privées en pourcentage du total des dépenses de santé;
- d) Paiements directs en pourcentage du total des dépenses de santé.

15. Ces indicateurs permettent de mieux se rendre compte de l'ampleur des paiements directs et de la couverture des régimes d'assurance privés et autres systèmes de protection contre les risques, dans les 14 pays en question. Les paiements directs correspondent aux sommes versées directement par les malades sur leurs ressources propres. Les dépenses privées de santé englobent les régimes d'assurance sociale privés, les systèmes d'assurance commerciaux sans but lucratif, les organisations de soins de santé intégrées et autres régimes d'assurance maladie par prépaiement.

16. Le tableau 2 expose les disparités existant entre les pays de la région. Le total des dépenses de santé calculées en pourcentage du PIB varie entre 11,8 (Cambodge), 8,3 et 9,2 (Nouvelle-Zélande et Australie respectivement) pour descendre à 5,5 (Chine), 2,4 (Indonésie) et 1,6 (Azerbaïdjan).

17. Il montre encore que le pourcentage des dépenses privées dans l'ensemble des dépenses de santé dépassait 45 % dans 7 des 11 pays les moins avancés et pays en développement énumérés. Les autres pays étaient l'Azerbaïdjan, le Bhoutan, les Fidji et la Papouasie-Nouvelle-Guinée où ce pourcentage allait de moins 33 % à 9,4 % (Bhoutan).

18. Le pourcentage des paiements directs dans l'ensemble des dépenses privées de santé des pays les moins avancés et des pays en développement était de 100 au Bhoutan, aux Fidji, en Inde et au Pakistan et de plus de 90 en Azerbaïdjan, au Bangladesh, en Chine, en Indonésie et en République islamique d'Iran.

Tableau 2. Dépenses de santé dans la région de la CESAP (2001)
(%)

Membres de la CESAP	Total des dépenses de santé en % du PIB	Dépenses publiques générales de santé en % du total des dépenses de santé	Dépenses privées en % du total des dépenses de santé	Paiements directs en % des dépenses privées de santé
Azerbaïdjan	1,6	66,9	33,1	97,7
Bangladesh	3,5	44,2	55,8	93,2
Bhoutan	3,9	90,6	9,4	100
Cambodge	11,8	14,9	85,1	84,6
Chine	5,5	37,2	62,8	95,4
Fidji	4	67,1	32,9	100
Inde	5,1	17,9	82,1	100
Indonésie	2,4	25,1	74,9	91,8
Iran (République islamique d')	6,3	43,5	56,5	94,2
Pakistan	3,9	24,4	75,6	100
Papouasie-Nouvelle-Guinée	4,4	89	11	83,3
Australie	9,2	67,9	32,1	59,6
Japon	8	77,9	22,1	74,9
Nouvelle-Zélande	8,3	76,8	23,2	72

Source: OMS, *Rapport sur la santé dans le monde 2004* (Genève, OMS, 2004).

Note: Chiffres calculés par l'OMS de façon à assurer la comparabilité mais ne reflétant pas nécessairement les statistiques officielles des États membres, qui peuvent utiliser d'autres méthodes rigoureuses de calcul.

19. À l'opposé, le pourcentage des dépenses privées dans l'ensemble des dépenses de santé s'élevait à 23 % en Nouvelle-Zélande, 22 % au Japon et 32 % en Australie. Les paiements directs constituaient 60 % de l'ensemble des dépenses privées de santé en Australie, près de 75 % au Japon et 72 % en Nouvelle-Zélande.

20. Ce tableau révèle la très faible couverture assurée par les régimes d'assurance de santé privés ou sans but lucratif dans les pays en développement et pays les moins avancés de la région, où les paiements directs sont élevés, alors que dans les pays développés, où le financement public de la santé est important, la couverture des risques par l'assurance privée est également étendue.

C. Des investissements dans le secteur de la santé permettraient-ils d'améliorer la santé des populations?

21. Les investissements dans la santé constituent un élément important de toute stratégie globale de développement. En privilégiant trop souvent la productivité économique on a réduit l'importance de la santé en tant que secteur où les investissements se justifient en soi. En considérant la morbidité et la mortalité sous un angle purement monétaire et en traitant la santé comme un produit pour lequel les investissements doivent être justifiés économiquement on a compromis et mis en péril la santé publique. L'inanité de cette conception a été démontrée avec éclat au moment où s'est déclarée la pneumopathie atypique. Il est temps d'agir, d'investir et d'engager rapidement des dépenses susceptibles d'avoir une profonde incidence sur la santé publique, et aussi d'instaurer des régimes de protection sociale universelle.

22. Il est encore plus important de donner un nouveau sens à l'investissement sanitaire, qui ne doit pas consister simplement à augmenter les montants affectés aux systèmes de prestation de soins et aux interventions sanitaires verticales, mais doit viser également à:

- Renforcer les effectifs et les compétences et changer les attitudes pour protéger le droit des catégories défavorisées à un accès équitable à des services de santé de qualité, qui est un droit fondamental;
- Promouvoir une action militante et plurisectorielle ainsi que le partenariat, et éliminer les obstacles traditionnels à l'avènement d'un millénaire fondé sur la confiance mutuelle et le consensus en vue d'atteindre l'objectif commun de la santé pour tous;
- Mettre au point des instruments pour évaluer les déterminants de la santé – eau et air purs et des conditions d'hygiène adéquates – qui ont des effets non négligeables sur la santé.

23. Les pays les moins avancés et les pays à faible revenu de la région ne peuvent s'attendre à progresser dans la réalisation des objectifs de santé s'ils se contentent d'accroître les dépenses affectées aux programmes actuels. L'augmentation des dépenses publiques constitue un moyen d'action qui doit s'accompagner de politiques et d'institutions appropriées permettant de mieux contrôler les dépenses de santé et d'en accroître l'efficacité.

II. PROCESSUS ET CORRÉLATIONS

A. Accroissement de l'investissement sanitaire: un impératif pour le développement

a) *Revitalisation des soins de santé primaires*

24. Les soins de santé primaires font l'objet d'un renouveau d'intérêt en tant qu'élément fondamental de la stratégie permettant de réaliser l'objectif de la santé pour tous (Déclaration d'Alma-Ata, 1978). L'action entreprise depuis plusieurs années pour redonner à la santé la place qui lui revient, au centre des programmes de développement à tous les niveaux, commence à porter ses fruits puisque les gouvernements augmentent leurs investissements pour atteindre cet objectif. Vingt-six ans après Alma-Ata l'appui international en faveur des principes de soins de santé primaires ne se dément pas. Les contextes mondial, national et local de prestation des soins de santé primaires ont radicalement changé. Les principes d'équité, d'accès universel, de participation communautaire et d'approche intersectorielle de la santé conditionnent l'efficacité des soins rendus.

25. Les systèmes de soins de santé primaires devront prendre en compte les grands problèmes de santé publique et créer les conditions nécessaires pour que les catégories pauvres et marginalisées bénéficient de services de santé efficaces.

b) *Objectifs de développement pour le Millénaire*

26. L'accord international relatif aux objectifs de développement pour le Millénaire conclu lors du Sommet du Millénaire des Nations Unies (septembre 2000) a constitué une étape importante dans la même direction. Les membres des Nations Unies se sont engagés à atteindre lesdits objectifs d'ici à 2015.

27. Trois des huit objectifs concernent directement la santé, mais celle-ci ayant des dimensions sociales, économiques et environnementales, tous les autres objectifs ont également un rapport avec elle. Le processus de réalisation des objectifs de développement pour le Millénaire est essentiel pour la santé. Il fixe des buts acceptés par tous, permettant de suivre les progrès accomplis, et donne des indications pour élaborer des politiques et stratégies holistiques et durables.

28. Ces objectifs ont été décrits comme n'étant pas seulement des buts à atteindre mais comme représentant un engagement ferme à l'égard d'un processus plus large et plus intégrateur du développement humain. Compte tenu de la pertinence de ces objectifs du point de vue de la santé, beaucoup de pays de la région ne pourront les atteindre qu'en accroissant substantiellement leurs investissements dans ce secteur et en modifiant les grandes orientations de leurs politiques sanitaires (OMS, 2004b).

c) *La Commission Macroéconomie et Santé*

29. Un troisième événement a été la publication du rapport de la Commission Macroéconomie et Santé en décembre 2001. La Commission a été créée en janvier 2000 par le Directeur général de

l'Organisation mondiale de la santé (OMS) pour évaluer l'importance de la santé dans le développement économique mondial. La Commission a demandé que les investissements sanitaires figurent au centre des programmes de développement nationaux en adoptant des politiques macroéconomiques à long terme et en mettant l'accent sur les rapports entre investissements sanitaires et réduction de la pauvreté. Puisque la santé est influencée par de multiples facteurs, notamment économiques, sociaux et environnementaux, il s'ensuit que les investissements sanitaires doivent inclure les dépenses de santé dans d'autres secteurs non sanitaires.

30. Trente-quatre pays au moins, y compris 15 de la région, ont commencé à donner suite au processus engagé par la Commission, notamment en effectuant des analyses de situation et en mettant en place des stratégies plurisectorielles pour renforcer l'engagement de tous les partenaires d'accroître les ressources affectées à la santé.

31. La Commission n'est pas une fin en soi. Il s'agit d'un processus qu'il faut adapter pour répondre aux besoins particuliers des divers pays de la région. On pourrait dire également que c'est une démarche ouvrant la perspective d'un financement adéquat et durable de la santé s'intégrant dans un cadre de développement général. Certains pays de la région ont établi leur propre commission nationale. D'autres ont adopté les principes préconisés par la Commission et ont commencé à préparer leur propre politique macroéconomique.

d) Documents stratégiques de réduction de la pauvreté

32. Les documents stratégiques de réduction de la pauvreté, sur lesquels se fondent la Banque mondiale et le Fonds monétaire international pour fournir une aide, peuvent servir à intégrer la santé au développement. Ils s'inspirent des cinq principes fondamentaux ci-après concernant directement la santé:

1. Ils doivent être élaborés en tenant compte des besoins propres à chaque pays;
2. Ils doivent favoriser les pauvres et être axés sur les résultats;
3. Ils doivent privilégier une approche plurisectorielle;
4. Ils doivent se fonder sur une approche participative reposant sur des partenariats entre pouvoirs publics, société civile et secteur privé;
5. Ils doivent stimuler une action durable.

e) Corrélations

33. Il existe des corrélations et des synergies entre les actions de revitalisation des soins de santé primaires, la réalisation des objectifs de développement pour le Millénaire et le suivi du rapport de la Commission Macroéconomie et Santé. Ces actions visent, dans une grande mesure, un objectif commun et suivent des principes et des stratégies analogues. Néanmoins, on a tendance à ne pas faire apparaître ces corrélations, au niveau de la mise en œuvre à l'échelon national.

34. Plusieurs pays ont commencé à suivre ou à adapter les conclusions du rapport de la Commission en formulant leur propre programme de développement et de croissance, pour atteindre les objectifs de développement pour le Millénaire. Les pays qui suivent le rapport de la Commission estiment qu'il complète ces objectifs en leur indiquant la marche à suivre. Le rapport de la Commission énumère et met en avant certaines priorités et certains des objectifs de développement relatifs à la santé, et encourage la mise en place de mécanismes intersectoriels se rapportant aux priorités sanitaires. Il offre aussi les moyens de mener une évaluation approfondie des modèles de financement des soins de santé existants ainsi que du caractère équitable du système de prestation des soins de santé.

35. Il existe donc des rapports clairs entre les objectifs de développement pour le Millénaire et le rapport de la Commission, les premiers indiquant les buts à atteindre et le deuxième la manière d'y parvenir. Le rapport peut aider à redéfinir et à remplacer des approches sectorielles actuellement trop limitées par des stratégies intégrées s'inscrivant dans un véritable cadre multisectoriel.

36. La santé, qui est déterminée par un grand nombre de facteurs économiques, sociaux et environnementaux, n'a retiré aucun avantage de la méthode traditionnellement appliquée aux dépenses s'inscrivant dans le cadre étroit de ce secteur. Elle doit être considérée comme un élément important dans tous les programmes de développement, qui englobent des déterminants tels que la pauvreté, l'eau et l'hygiène, l'éducation et l'emploi.

37. L'expérience des dernières décennies montre a contrario que les programmes de développement qui n'intègrent pas les questions de santé ne donnent pas les résultats escomptés.

38. Il existe aussi une synergie entre les documents stratégiques de réduction de la pauvreté et le rapport de la Commission. Les premiers peuvent servir d'instruments pour atteindre les objectifs de développement pour le Millénaire. Le rapport y contribue en plaçant la santé au centre du développement et en recensant, en vue de les éliminer, les obstacles à un accès équitable aux soins. Le processus Macroéconomie et Santé pourrait aussi permettre de faire en sorte qu'au moment de la répartition des ressources et de l'établissement des priorités, l'augmentation des investissements de santé vise bien les pauvres. On observe donc une corrélation naturelle entre les deux processus: Macroéconomie et Santé et Stratégies de réduction de la pauvreté. Leur intégration offrirait une importante plus-value pour le renforcement du secteur de la santé. Il faut donc qu'ils se poursuivent compte tenu des principes et de la stratégie relatifs aux soins de santé primaires.

B. Investir pour les pauvres

39. Les stratégies favorables aux pauvres dans le secteur de la santé sont importantes pour assurer un accès équitable aux services de santé et réduire les disparités entre riches et pauvres devant la maladie. La pauvreté extrême prive plus d'un milliard d'êtres humains des soins de santé essentiels et les empêche de profiter des progrès accomplis en matière de santé et de technologies médicales. Ce phénomène d'exclusion touche les ménages et communautés économiquement pauvres, ainsi que les groupes sociaux marginalisés.

40. Les frais d'hospitalisation peuvent conduire à la pauvreté. En Inde, 58 % des dépenses annuelles totales sont consacrées aux soins de santé, et 40 % des patients hospitalisés empruntent de l'argent ou vendent des biens pour couvrir leurs frais médicaux. Environ 25 % des Indiens hospitalisés n'étaient pas pauvres au moment de leur première admission, mais le sont devenus à cause des frais d'hôpitaux (Banque mondiale, 2002). En Chine, environ 18 % des ménages ruraux ayant recouru aux services de santé ont dû faire face à des dépenses supérieures à leur revenu total (Liu, Rao et Hsiao, 2003). Au Cambodge, 44,6 % des Cambodgiens sans terre se sont trouvés dans cette situation à cause des frais occasionnés par la maladie grave d'un seul membre de leur famille. Des études effectuées par l'OMS au Cambodge ont également révélé que les soins médicaux représentaient environ 30 % des dépenses totales des ménages, et que l'incapacité de faire face aux maladies était la principale cause de vulnérabilité des pauvres de ce pays (Bloom, River Path Associates and Sevilla, 2002).

41. La prestation de services de santé abordables et de qualité à tous, et spécialement aux plus pauvres et aux plus vulnérables, est un aspect vital de la réduction de la pauvreté. Des interventions ciblées en faveur des pauvres pourraient inclure les mesures suivantes:

a) Ciblage géographique

42. Dans de nombreux pays de la région, les dépenses consacrées à la santé sont destinées principalement aux villes. Une réorientation du financement en faveur des zones plus pauvres, ainsi que des efforts pour renforcer le processus décisionnel et redditionnel au niveau local, permettraient d'obtenir de meilleurs résultats dans le secteur de la santé.

43. La décentralisation a donné des résultats variables. Dans certains pays, l'accessibilité et l'efficacité des services de soins de santé primaires en sont sorties renforcées. Les enseignements tirés de la décentralisation donnent à penser que cette approche ne pourra fonctionner que si l'on investit dans le renforcement des capacités de l'administration locale, la participation des communautés et les mécanismes de supervision des services essentiels de santé publique.

b) Répartition modifiée des crédits entre niveaux de soin

44. Les dépenses que les pays en développement consacrent à la santé ont tendance à se concentrer aux niveaux secondaire et tertiaire, au détriment de la promotion et de la prévention. Néanmoins, un simple redéploiement budgétaire en faveur des soins de santé primaires ne donnera pas nécessairement de résultats en l'absence de mesures propres à améliorer la qualité et la capacité de réaction des établissements publics et à sensibiliser les bénéficiaires des soins.

c) Interventions spécifiques

45. Certains programmes, tels que le traitement de brève durée sous surveillance directe et la gestion intégrée des maladies infantiles, ainsi qu'une taxation plus lourde des produits dont la

consommation nuit à la santé et l'interdiction de la publicité pour ces produits, donnent de bons résultats dans la lutte contre la maladie. Le rapport de la Commission Macroéconomie et Santé présente également une liste de 10 à 12 interventions efficaces permettant de s'attaquer aux principaux facteurs de morbidité et de décès. Ces interventions ne doivent cependant pas faire perdre de vue l'objectif général des soins de santé universels.

d) Ciblage de groupes de population spécifiques

46. De nombreux pays de la région s'efforcent de subventionner tous les services de santé publique ouverts à tous, mais au bout du compte les services sont de qualité médiocre et profitent surtout aux catégories les plus riches. Il y a de bonnes raisons d'investir dans des interventions qui visent les pauvres, car la malnutrition ainsi que la mortalité infantile et maternelle pèsent sur eux de façon disproportionnée.

e) Politiques et stratégies de réduction des risques pour la santé

47. L'adage selon lequel il vaut mieux prévenir que guérir est plus que jamais d'actualité, car la négligence coûte de plus en plus cher. Il est crucial d'investir dans des politiques et des stratégies efficaces visant à réduire les risques pour la santé, cette méthode ayant prouvé qu'elle offrait un meilleur rapport coût-efficacité face aux problèmes liés à la santé. Des dépenses relativement modestes pour réduire les risques peuvent donner des résultats substantiels sur le plan de la santé. Ces stratégies pourraient inclure une taxation plus lourde de l'alcool pour financer des campagnes de lutte contre la conduite en état d'ivresse.

C. Investir dans les facteurs déterminants de la santé

48. Certains déterminants de la santé pour lesquels des investissements auraient à long terme un impact sensible sur la santé sont examinés ci-après. Il existe de nombreux autres facteurs déterminants, d'ordre économique, social et environnemental, auxquels il faudrait consacrer davantage de ressources pour obtenir des résultats en matière de santé.

a) Investir dans le développement du jeune enfant, la démarginalisation et l'éducation des femmes

49. L'état de santé tout au long de la vie dépend dans une large mesure de conditions de vie optimales dès le départ, à commencer par la qualité de l'environnement fœtal et la présence de soins néonataux. Malgré la résilience de l'être humain et sa capacité à «rebondir» en dépit de carences, à condition d'intervenir au bon moment, tout retard dans le développement intellectuel, physique et affectif chez le nourrisson et l'enfant peut avoir des conséquences durables susceptibles de limiter son aptitude à s'extraire de la pauvreté et à surmonter les difficultés héritées de la génération précédente. Même les habitudes en matière d'alimentation et d'exercice physique, facteurs influençant une prédisposition à l'obésité et aux maladies cardiovasculaires, se prennent dans l'enfance. L'imitation du comportement des adultes peut entraîner un tabagisme précoce, avec tous les risques de cancer et d'autres problèmes de santé que cela entraîne.

50. Investir dans des crèches de qualité, le développement du jeune enfant et l'éducation préscolaire est particulièrement important pour la promotion de la santé, car l'impact d'un tel investissement sur la santé publique est positif: l'enfant est en meilleure santé et mieux nourri, son niveau d'alphabétisation est plus élevé, ce qui lui donne plus de chances de trouver un emploi meilleur et plus sûr. Le financement de l'éducation des filles, en particulier, se ressent également de manière positive dans le développement économique et social d'un pays. La baisse du taux de mortalité infantile au Japon dans les années 1920 est liée à l'accès universel et gratuit à l'enseignement primaire dont y avaient bénéficié tant les garçons que les filles au début des années 1900 (Carr, 2004).

51. Beaucoup de femmes de la région n'ont guère de contrôle sur les ressources du ménage et sur les décisions qui ont des conséquences directes pour leur santé, et ces femmes sont moins susceptibles de bénéficier de soins ou de visites prénatals durant les trois premiers mois de leur grossesse, méthode éprouvée pour réduire la mortalité maternelle et infantile.

b) Investir dans l'information sur la santé

52. L'ignorance est un facteur majeur de mauvaise santé. Elle fait que les gens ne vont pas se soigner quand ils en ont le plus besoin. Les pauvres qui ne comprennent pas bien les problèmes paient pour les traitements inadaptés de santé. Dans certains pays, beaucoup d'enfants viennent au monde sans l'aide d'un(e) accoucheur(se) qualifié(e), malgré l'existence de systèmes de santé maternelle et infantile qui leur assurent la gratuité des soins. La diffusion d'informations et des services de conseils appropriés permettraient de faire mieux connaître les questions de santé. Des informations sur les services de santé génésique peuvent contribuer à autonomiser les femmes. Il serait donc rentable d'investir dans les établissements publics de santé et la sensibilisation des communautés, afin de transmettre l'information et de favoriser les changements de comportement.

c) Investir dans l'hygiène, l'assainissement et l'eau potable

53. Investir dans l'hygiène, l'assainissement et l'accès à l'eau potable permettrait de prévenir des maladies responsables à hauteur de 70 % de la morbidité et de la mortalité infantiles. Cela allégerait l'énorme fardeau que constituent les maladies hydriques et les maladies résultant de la contamination de l'eau par des bactéries, des produits chimiques ou des métaux. Les investissements destinés à la construction d'installations d'adduction d'eau et d'assainissement doivent englober la promotion du changement durable des comportements concernant l'entretien et l'utilisation de ces installations.

54. La contamination de l'eau est à l'origine de nombreux problèmes de santé affectant des millions de personnes dans la région. Malgré cela, la vérification régulière de la qualité de l'eau a été négligée par les budgets publics. La recherche-développement concernant la vérification de la qualité de l'eau là où les ressources manquent doit être soutenue financièrement. Les communautés et les gouvernements doivent pouvoir tester régulièrement la qualité de l'eau et prendre des mesures d'assainissement en cas de contamination.

d) *Investir dans l'accès aux transports*

55. Les routes, les voies fluviales et les infrastructures de transports sont vitales pour assurer un accès physique rapide aux services de santé, accès qui peut sauver des vies. Les pauvres n'ont souvent pas les moyens de payer le transport vers les établissements de santé. En Indonésie, le «Mouvement pour les mères» aide les communautés à mettre en place un service de transport d'urgence pour les femmes sur le point d'accoucher. La Malaisie et Sri Lanka fournissent un transport gratuit et subventionné vers les hôpitaux en cas d'urgence. Investir dans des partenariats ONG-communautés visant à assurer un service de transport vers le centre d'orientation le plus proche est une excellente solution pour permettre aux pauvres d'accéder aux services de santé.

e) *Investir dans la qualité de l'air en milieu fermé*

56. La pollution de l'air en milieu fermé due à l'utilisation de biocombustible est un facteur majeur de risque de pneumonie, de maladies respiratoires et du cancer du poumon, en particulier chez les femmes qui sont chargées la plupart du temps de la préparation des repas. Les enfants en bas âge qui sont autour d'elles sont également menacés. Il faut accroître les moyens financiers pour la recherche sur des technologies peu coûteuses, économes en combustible et écologiquement durables, et sur des appareils de cuisson non polluants. En Chine, un projet communautaire faisant appel à de telles technologies a été financé par les autorités sanitaires, après que l'on ait constaté que la mortalité infantile due à la pollution de l'air en milieu fermé avait diminué grâce à l'amélioration de la qualité de cet air.

f) *Investir dans les communautés*

57. Malgré le soutien de nombreux gouvernements de la région en faveur des organisations communautaires et des initiatives prises par les communautés pour mettre en œuvre des programmes dans le domaine de la santé, il convient d'investir davantage pour développer les capacités de gestion des organisations locales et celles des représentants des communautés à participer à l'administration des établissements de santé publics. On a tout intérêt à encourager les communautés à se saisir des questions de santé publique et à intervenir davantage dans la prévention et la promotion de la santé. Les communautés pourraient en coopération avec les administrations locales exploiter leurs propres ressources pour apporter de nombreux changements positifs dans le domaine de la santé. Des expériences menées récemment en Inde donnent l'exemple d'une gouvernance efficace grâce à la participation communautaire. Dans le programme intégré de nutrition mis en œuvre dans l'État du Tamil Nadu (Inde), les responsabilités des agents de nutrition de la collectivité et les résultats attendus d'eux, sont clairement définis. Les communautés concernées peuvent ainsi évaluer les services dispensés, et les agents prennent eux-mêmes conscience de leurs responsabilités (Banque mondiale, 2003).

D. Investir dans le système de santé

58. Un critère d'évaluation du fonctionnement d'un système de santé est sa capacité de réaction et d'écoute, en particulier sa capacité de fournir rapidement des services à ses usagers, de maintenir la qualité des équipements et des locaux à un niveau adéquat, de respecter la dignité des patients et la confidentialité des informations personnelles.

59. De nombreux prestataires de services de santé du secteur public de la région ne font pas suffisamment preuve d'une telle capacité. Des prestataires de services de santé mal payés, peu motivés, parfois inadéquatement formés et évoluant dans des systèmes de santé strictement hiérarchisés, sont caractéristiques de systèmes où la capacité de réaction et d'écoute fait défaut. Les patients reçoivent souvent des soins inadaptés à leurs besoins. Cela pousse les usagers à renoncer aux services de santé publique disponibles et à se tourner vers le secteur privé, ce qui augmente les dépenses directes. Les pauvres sont les plus touchés, car ils sont les moins à même de faire face à des dépenses de santé supplémentaires (OMS, 2000).

60. Une bonne partie du secteur public est gérée selon une structure de commandement et de contrôle où les initiatives et les décisions ne sont prises qu'aux échelons supérieurs. Il y a généralement peu de place aux échelons inférieurs, voire aucune, pour l'initiative et la prise de décisions concernant la gestion, ce qui favoriserait la responsabilisation devant l'utilisateur. Une bonne gestion du secteur de la santé à tous les niveaux, et des politiques transparentes axées sur l'amélioration de la santé et assorties de modalités de mise en œuvre claires, sont essentielles pour que les investissements dans la santé portent leurs fruits.

a) Investir dans les ressources humaines destinées à la santé

61. De nombreux pays en développement et pays moins avancés de la région pâtissent de taux de rotation élevés dans le secteur de la santé. Les réserves de ressources humaines sont souvent minces, et elles diminuent même dans certains pays.

62. Dans certaines parties de la région, le personnel de santé non qualifié prédomine sur le personnel qualifié. Quand bien même le traitement adéquat serait administré, rien ne garantirait qu'il aboutisse. L'absentéisme et le manque de motivation sont des problèmes graves dans les établissements de santé du secteur public.

63. Investir davantage pour améliorer les conditions de travail, relever les indemnités et réduire l'écart salarial entre les secteurs public et privé pourrait résoudre en partie ce problème, de même qu'un contrôle plus strict de la gestion.

64. Lorsque l'on décide d'investir dans des ressources humaines destinées au secteur de la santé, il convient de ne pas oublier que de nombreux centres de soins de santé primaires manquent cruellement de personnel et d'infrastructures. Les méthodes de formation d'inspiration occidentale

produisent un personnel de santé mieux adapté au marché et plus susceptible de quitter le secteur public pour le privé ou d'émigrer. Il est urgent de remédier à cette crise, en sélectionnant les candidats en fonction de la probabilité qu'ils répondront aux engagements pris en matière de santé, et en intégrant dans la formation les principes et les pratiques des soins de santé primaires.

b) Investir dans des partenariats public-privé pour la prestation des services de santé

65. Dans de nombreux pays de la région de la CESAP, les prestataires privés jouent un rôle croissant dans les services de santé. C'est surtout le cas dans les zones où les infrastructures publiques sont absentes, ou même lorsqu'elles existent, ne sont ni accessibles ni dotées des capacités de réaction et d'écoute. Ces prestataires privés dispensent des soins ambulatoires de premier niveau, ainsi que des soins plus élaborés de niveaux secondaire et tertiaire.

66. Les prestataires privés pourraient être incorporés dans les systèmes à financement public sur une base contractuelle ou dans le cadre de partenariats, afin d'améliorer la prestation des services de santé de base. Selon cette formule, les pouvoirs publics verseraient un montant forfaitaire par patient. Cela permettrait de réduire les paiements directs tout en mettant les ressources du secteur de la santé au service du bien commun. Il nécessiterait toutefois un contrôle systématique pour empêcher les abus et veiller à ce que les prestataires privés ne réclament pas aux patients une indemnité séparée. Ce partenariat pourrait être instauré tant avec des prestataires individuels qu'avec des institutions privées.

III. GARANTIR DES RESSOURCES SUFFISANTES POUR LA SANTÉ

67. Il faudra mobiliser des ressources suffisantes pour couvrir les dépenses supplémentaires que de nombreux pays devront consacrer à la santé afin d'atteindre les objectifs fixés dans ce secteur.

A. Ressources internes

68. Les ressources et les dépenses publiques constituent la partie la plus importante de l'investissement dans la santé. Les dépenses de santé à financement interne sont couvertes par les recettes générales, les cotisations d'assurance sociale ou les deux.

69. La part des recettes qui échoit au secteur de la santé est déterminée par le montant total des impôts prélevés et le montant réel alloué à ce secteur. La faiblesse des dépenses consacrées à la santé peut s'expliquer par ces deux facteurs. La plupart des pays les moins avancés et des pays à revenu faible, par exemple, consacrent moins de moyens à la santé parce que leurs recettes générales sont inférieures et que les crédits alloués à la santé sont peu élevés.

70. Collecter des ressources internes en faveur de la santé prend du temps, et une action de mobilisation est cruciale à cet égard. Certains signes donnent à penser que les pays qui se sont associés aux processus de la Commission Macroéconomie et Santé et des objectifs de développement pour le Millénaire allouent davantage de fonds au secteur de la santé. En République de Corée et en

Thaïlande, les impôts d'affectation déterminée prélevés sur les biens socialement indésirables tels que le tabac et l'alcool ont permis de dégager des montants considérables pour la promotion de la santé. L'Inde a récemment introduit une taxe parafiscale afin d'obtenir des fonds supplémentaires pour l'éducation: elle consiste en une majoration de 2 % appliquée aux impôts directs et indirects prélevés par le Gouvernement central. Les recettes ainsi collectées sont affectées au financement d'un programme global portant sur l'amélioration de la situation dans le secteur de l'éducation. Une mesure similaire pourrait être appliquée pour générer davantage de ressources internes en faveur de la santé.

B. Aide au développement

71. Les organismes de développement pourraient apporter un appui technique à la réforme fiscale et inciter les gouvernements à accorder davantage d'attention et de moyens financiers à la santé. Ces organismes pourraient également fournir une assistance financière pour pallier les carences en matière de dépenses de santé.

72. Le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme a été créé après la session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies consacrée au VIH/sida (juin 2001). Son objectif est de collecter, gérer et allouer des ressources supplémentaires pour faire face aux problèmes causés par les graves épidémies de tuberculose et de paludisme et à la grave menace que constitue le VIH/sida. Le Fonds finance des programmes conformes au principe de la prise en charge par le pays concerné. Depuis 2001, il a recueilli 4,7 milliards de dollars qui assureront le financement jusqu'à 2008, et il a engagé 1,5 milliard de dollars à l'appui de 154 programmes répartis dans 93 pays. Les activités financées par le Fonds sont limitées à des interventions ciblées réparties dans la lutte contre ces trois maladies (Fonds mondial, 2004).

73. Le Fonds a besoin d'un appui continu. Il serait peut-être utile à l'avenir d'en élargir la portée pour financer des interventions ciblées visant les causes principales de morbidité et de mortalité. Malgré certains problèmes de rodage dans l'exécution et le décaissement, le Fonds a tracé la voie pour la mobilisation des donateurs et la coordination du financement en vue d'obtenir des résultats ciblés en matière de santé.

74. En partenariat avec ONUSIDA et le Fonds mondial, l'OMS a lancé en septembre 2003 son initiative «3 millions d'ici 2005» qui vise à fournir d'ici 2005 un traitement antirétroviral à 3 millions de personnes vivant avec le VIH/sida (OMS, 2003). Cette initiative repose sur cinq piliers:

- Un rôle d'avant-garde au niveau mondial, un partenariat solide et une action de plaidoyer;
- Un appui aux pays, dans l'urgence et dans la durée;
- Des outils simplifiés et standardisés pour délivrer le traitement antirétroviral;
- Un approvisionnement efficace et fiable en médicaments et produits diagnostiques;
- La capacité d'identifier rapidement les connaissances nouvelles et d'appliquer ailleurs les solutions.

75. Le financement par les donateurs présente des inconvénients. Dans certains cas, les coûts des transactions demeurent élevés. La cellule du projet est parfois parallèle aux structures locales, ce qui donne l'impression qu'elle rend des comptes au donateur plutôt qu'au gouvernement. Il y a peut-être une tendance à remplacer le financement intérieur par une aide au développement destinée à la santé; ce secteur recevant de ce fait peu de fonds, tandis que les ressources internes sont réaffectées à des dépenses non liées à la santé. Il faut résister à cette tendance si l'on souhaite accroître à long terme le financement total de la santé.

76. S'agissant des programmes, de la recherche et du développement au niveau national, ainsi que des biens collectifs mondiaux et des opérations des organisations internationales, le rapport de la Commission Macroéconomie et Santé (OMS, 2001) estime que l'insuffisance de financement net s'élèvera à environ 22 milliards de dollars en 2007 et à 38 milliards en 2015. Il faudra donc que les donateurs consentent un gros effort financier en termes absolus, mais pas au détriment d'autres secteurs tels que l'éducation.

77. Les flux bilatéraux totaux se sont élevés en moyenne à 2 milliards 550 millions de dollars, soit environ 0,01 % du PNB du donateur ou 1 % par 100 dollars. Les conditions indispensables à l'augmentation du financement par les donateurs sont notamment les suivantes: des objectifs clairs et quantifiables concernant la portée et les résultats de l'action menée dans le domaine de la santé; un appui aux pays qui s'efforcent d'augmenter leurs ressources internes; et une suspension de l'aide si les gouvernements ne tiennent pas leurs engagements. Cependant, il est urgent que la communauté des donateurs envoie des signaux positifs clairs indiquant qu'elle est déterminée à accorder à la santé un financement largement supérieur durable et prévisible.

78. Les pays bénéficiaires doivent se doter de la capacité d'absorber des flux de dons accrus, et d'améliorer l'administration et la gestion des affaires publiques. En outre, les pays doivent renforcer leurs capacités d'exécution, notamment pour ce qui est des systèmes de gestion et des compétences en matière de gestion locale. Il importe au plus haut point de promouvoir de nouveaux systèmes de reddition de comptes tant en aval (au niveau de la communauté) qu'en amont (au niveau central).

C. Approche sectorielle

79. Des mesures similaires à celles de l'approche sectorielle pourraient être prises pour éviter que chaque organisme bilatéral ou multilatéral ne crée des structures parallèles, et pour coordonner l'utilisation de la totalité des fonds des donateurs et des ressources internes. Selon l'approche sectorielle, l'aide des donateurs et les dépenses du ministère de la santé sont intégrées à un programme sectoriel coordonné unique. Le ministère de la santé met en œuvre le programme sectoriel après avoir consulté toutes les parties prenantes, comme les autres ministères, les partenaires donateurs et la société civile. Le budget et le cadre comptable sont communs, et des procédures d'examen conjointes sont établies. Les capacités locales concernant la gestion du système de santé et la prestation de soins en sortent renforcées, et le gouvernement crée des mécanismes visant à assurer une utilisation plus efficiente des ressources ainsi qu'une obligation plus forte de rendre des comptes.

80. La réforme du secteur de la santé est généralement un aspect central de l'approche sectorielle; elle comprend la conception de meilleurs systèmes de gestion, la décentralisation (y compris la gestion locale et l'obligation pour les acteurs locaux de justifier leur action), l'obligation accrue de rendre compte de la qualité et de l'efficacité des prestations, ainsi qu'une plus grande implication des parties prenantes.

D. Partage des risques

81. Les dépenses de santé privées absorbent la majeure partie des revenus dans les pays les plus pauvres. Dans de nombreux pays de la région, les paiements directs dépassent 60 % des dépenses de santé totales. Les gouvernements devront peut-être jouer un rôle plus important en prenant en charge ces paiements directs par le biais de mécanismes efficaces de partage des risques.

82. Le rapport de la Commission Macroéconomie et Santé a recommandé que les paiements directs assumés par les pauvres soient davantage incorporés à des systèmes de financement communautaire visant à prendre en charge la prestation des soins de santé au niveau communautaire. Il s'agit d'inciter les communautés locales à créer un fonds qui serait financé conjointement par le gouvernement et par les donateurs et qui couvrirait les services curatifs de base autres que la gamme des services essentiels, lesquels seraient financés intégralement par des fonds publics.

83. Cette méthode se distingue de celle qui consiste à faire payer les usagers, et qui a pour conséquence de priver les plus pauvres des services de santé essentiels, tout en ne permettant de récupérer qu'une fraction infime des coûts. L'objectif des systèmes de santé doit être de répartir les risques et de subventionner les pauvres par le partage des risques. Les risques pourraient être répartis au moyen de cotisations à la caisse non liées aux risques, et d'un fonds central inter-caisses de péréquation des risques prévoyant une gamme de prestations minimales obligatoires pour tous les membres. Les pauvres pourraient bénéficier de subventions à l'offre assurées par les ministères de la santé ou par des cotisations différentielles.

Conclusion

84. Les preuves que la santé est indispensable au développement économique durable semblent claires: l'augmentation de l'espérance de vie et l'allègement du fardeau de la maladie contribuent à faire baisser les taux de fécondité, ce qui entraîne des investissements accrus dans le capital humain, stimule la productivité de la main-d'œuvre et favorise les investissements. Une plus grande stabilité sociale et macroéconomique, un développement économique plus rapide et une diminution de la pauvreté devraient être les résultats naturels de cette dynamique.

85. Le lien étroit entre santé et croissance économique ne semble pas toujours pleinement apprécié par les responsables politiques. Étant donné la part actuelle des dépenses publiques consacrées au secteur de la santé, une stratégie visant à identifier les conditions d'un renforcement des investissements, à fixer les priorités et à favoriser l'efficacité des dépenses présente une utilité directe pour de nombreux pays de la région de l'Asie et du Pacifique.

86. Le niveau des dépenses publiques est étroitement lié à l'état de santé de la population. Un engagement plus poussé de la part des donateurs jouerait un rôle majeur, en particulier pour les pays à faible revenu.

87. L'augmentation des investissements dans la santé nécessite toutefois un engagement politique qui ne se limite pas à allouer des crédits budgétaires au secteur de la santé. Les pays doivent veiller à ce que les catégories pauvres et marginalisées de la population aient un accès équitable aux services de santé. Cet engagement pourrait se matérialiser principalement de deux manières:

a) En améliorant le système de prestation des services de santé;

b) En investissant de façon ciblée dans des interventions essentielles visant à s'attaquer aux états pathologiques et aux maladies qui sont constitutives du fardeau excessif que doivent supporter les pays à faible revenu.

88. Des investissements plus élevés dans la santé doivent s'accompagner d'une approche multisectorielle et d'une bonne compréhension de la nature de tels investissements, dans le contexte des stratégies générales de réduction de la pauvreté et de développement économique. Les mesures principales devraient comprendre des programmes globaux correctement gérés impliquant les communautés, le secteur de la santé et d'autres secteurs connexes. Il semble que l'option la plus viable consiste à associer toutes les dynamiques actuelles qui tendent à un renforcement des investissements dans la santé afin de les inclure dans un cadre multisectoriel, et d'élaborer des stratégies adéquates qui combinent des interventions ciblées efficaces et une action sur les facteurs déterminants de la santé. Cette stratégie devrait également placer la santé au centre des efforts de réduction de la pauvreté et faire en sorte que les systèmes de santé soient en mesure de s'adapter aux besoins des plus pauvres.

Références

- Bloom, David. E., River Path Associates and Jaypee Sevilla (2002). "Health, wealth, AIDS and poverty" (ONUSIDA, Genève).
- Carr, Dara (2004). "Comment améliorer la santé des plus démunis", *Bulletin de santé*, n° 1, 2004.
- Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (2004). <www.theglobalfund.org/en/about/road/history/default.asp>, 26 août 2004.
- Liu, Y., K. Rao et W.C. Hsiao (2003). "Medical expenditure and rural impoverishment in China", *Journal of Health, Population and Nutrition*, vol. 21, n° 3, septembre 2003, p. 216-222.
- Sen, Amartya K. (1999). *Development as Freedom* (New York, Alfred A. Knopf).
- OMS (2000). *Rapport sur la santé dans le monde 2000* (OMS, Genève).
- OMS (2001). *Macroéconomie et santé: Investir dans la santé pour le développement économique. Rapport de la Commission Macroéconomie et Santé* (OMS, Genève).
- OMS (2003). *Trois millions de personnes sous traitement d'ici 2005 – Comment y parvenir: La stratégie de l'OMS* (OMS, Genève).
- OMS (2004a). *Rapport sur la santé dans le monde 2004* (OMS, Genève).
- OMS (2004b). *Macro-economics and Health: An Update*, <www.who.int/macrohealth/action/en/mh_and_country_update.pdf>, 20 juillet 2004.
- Banque mondiale (2002). *Better Health Systems for India's Poor: Findings, Analysis and Options* (Banque mondiale, Washington).
- Banque mondiale (2003). "Overview: the Millennium Development Goals – rising to the challenges" (projet) (Banque mondiale, Washington).

- - - - -