



COMMISSION ÉCONOMIQUE ET SOCIALE POUR L'ASIE ET LE PACIFIQUE

Soixante-troisième session
17-23 mai 2007
Almaty (Kazakhstan)

QUESTIONS DE POLITIQUE GÉNÉRALE INTÉRESSANT LA RÉGION DE LA CESAP

(Point 3 b) de l'ordre du jour provisoire)

**DÉVELOPPEMENT DES SYSTÈMES DE SANTÉ DANS LE CONTEXTE DU
RENFORCEMENT DE LA CROISSANCE ÉCONOMIQUE EN VUE DE LA
RÉALISATION DES OBJECTIFS DU MILLÉNAIRE POUR LE
DÉVELOPPEMENT EN ASIE ET DANS LE PACIFIQUE**

Note du secrétariat

RÉSUMÉ

Santé et croissance économique se renforcent mutuellement, l'amélioration de la santé n'étant pas une simple conséquence de la croissance économique, mais une arme capitale contre la pauvreté. La région de l'Asie et du Pacifique a marqué d'importantes avancées économiques et sociales au cours des dernières décennies ; elle reste toutefois confrontée à d'impressionnants niveaux de pauvreté absolue, et les moyennes régionales dissimulent des disparités considérables de croissance, de développement et de santé, au sein des pays comme entre eux. Il faut impérativement que des systèmes de santé robustes et bien dotés soient mis en place afin d'offrir des soins de santé de qualité, de manière efficace et équitable, à toutes les couches de la société.

C'est dans ce contexte qu'a été préparée l'étude thématique destinée à la soixante-troisième session de la Commission, intitulée *Développement des systèmes de santé dans le contexte du renforcement de la croissance économique en vue de la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement en Asie et dans le Pacifique*, qui est résumée dans le présent document. Elle examine les liens entre la santé et la croissance économique, et en quoi les investissements dans la santé sont un moyen efficace de faire reculer la pauvreté. Les progrès enregistrés en vue de la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement sont examinés, ainsi que d'autres questions telles que les changements démographiques et épidémiologiques, les besoins d'investissement, les modalités qui permettraient d'assurer à tous l'accès aux soins de santé, et l'incidence des politiques commerciales sur l'accès aux médicaments et sur les résultats de santé. Selon cette étude, la région dispose de la marge de manœuvre budgétaire et politique nécessaire pour développer et renforcer les systèmes de santé ; l'étude fait valoir que la coopération régionale pourrait contribuer utilement à résoudre des questions telles que la riposte à apporter aux maladies émergentes, la mise en place de mécanismes de financement et de collaboration en matière de recherche, et la mise en commun d'expériences ayant favorisé le développement du secteur de la santé et des secteurs associés. La Commission souhaitera peut-être débattre de ces propositions et de celles formulées dans l'étude précitée.

SOMMAIRE

	<i>Page</i>
I. INTRODUCTION	1
II. LE LIEN STRATÉGIQUE ENTRE SANTÉ ET CROISSANCE ÉCONOMIQUE.....	2
III. LES SYSTÈMES DE SANTÉ ET LES OMD.....	4
IV. ASSURER À TOUS L'ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ EN ASIE ET DANS LE PACIFIQUE	8
V. INVESTISSEMENTS REQUIS EN VUE DE LA RÉALISATION DES OMD DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ.....	9
VI. LES LIENS ENTRE SANTÉ ET COMMERCE – PERSPECTIVES RÉGIONALES.....	12
VII. CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS.....	16

I. INTRODUCTION

1. Au cours des dernières décennies, la région Asie-Pacifique a vécu de radicales transformations économiques et sociales, comme l'atteste le taux annuel moyen de croissance de ses pays en développement qui a été deux fois supérieur à la moyenne mondiale entre 1988 et 2005. Les moyennes régionales masquent toutefois d'énormes disparités de croissance, de développement et de santé, au sein des pays comme entre eux. La région doit faire face à des niveaux vertigineux de pauvreté absolue, et abrite une proportion importante de la population mondiale d'enfants dénutris et de personnes vivant avec moins d'un dollar par jour, n'ayant pas accès à l'eau salubre et à des moyens d'assainissement, ou souffrant de tuberculose.

2. Certains des facteurs qui s'opposent à l'amélioration de la santé et à la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) en matière de santé concernent le secteur de la santé lui-même. Citons notamment le faible niveau des dépenses de santé, l'insuffisance des infrastructures de soins et la pénurie de personnels de santé. D'autres facteurs sociaux, qui ne relèvent pas directement de ce secteur, ont également une profonde influence sur la santé. Il s'agit entre autres de la pauvreté, de la faim, de l'éducation, des connaissances en matière de santé, des attitudes liées au sexe et de l'accès insuffisant à l'eau potable et aux moyens d'assainissement.

3. La région est aussi confrontée à des problèmes de santé émergents. L'allongement de l'espérance de vie a donné lieu à un vieillissement rapide de la population dans nombre de pays de la région, et cette tendance semble vouloir s'accélérer. Elle a des conséquences de taille pour les planificateurs et les décideurs, car le fardeau de morbidité intensifie la demande de services de santé coûteux. De même, l'évolution des modes de vie due à la croissance économique entraîne une prévalence accrue des maladies non transmissibles qui vient se superposer à la charge de maladies transmissibles existante. Parallèlement, le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme ainsi que diverses maladies émergentes, comme le syndrome respiratoire aigu sévère et la grippe aviaire, risquent d'imposer de dramatiques reculs.

4. Tout témoigne de la nécessité d'un renforcement prioritaire et global des services de santé et de la capacité des systèmes de santé nationaux à fournir les soins nécessaires. Des systèmes de santé mieux étayés pourraient répondre à la plupart des besoins, sans compter qu'ils sont la clé de l'accès durable aux soins de santé pour tous, un résultat qui dépasserait les OMD et apporterait une réponse aux exigences nouvelles posées par des sociétés vieillissantes et par les nouvelles maladies.

5. La région doit également s'atteler à un large éventail de problèmes annexes, notamment l'accès aux médicaments et le commerce des services de santé. Parallèlement, les migrations des personnels de santé qui quittent la région pour des pays à revenu élevé génèrent d'importants envois de fonds et permettent aux intéressés de se perfectionner, mais parfois en contrepartie de pénuries aiguës de personnel qualifié.

6. Le développement de la coopération régionale constitue une démarche logique et nécessaire pour relever ces défis et d'autres enjeux majeurs. Les pays de l'Asie et du Pacifique doivent exploiter leurs ressources au mieux, peut-être dans le cadre d'un nouveau mécanisme régional de financement, afin de mobiliser les capitaux considérables qu'exige le développement de la santé et des autres secteurs. De même, un mécanisme régional de recherche, d'étude des systèmes de santé et de promotion des politiques d'intervention favoriserait la réalisation de travaux de recherche et d'analyse fondés sur des bases factuelles sur les problèmes auxquels se heurtent les systèmes de santé de la région. La coopération régionale pourrait également contribuer à résoudre les difficultés d'accès aux médicaments et à gérer les flux d'échange internationaux de services de santé ; la coopération régionale contribuerait ainsi à protéger la santé publique tout en optimisant les retombées économiques.

II. LE LIEN STRATÉGIQUE ENTRE SANTÉ ET CROISSANCE ÉCONOMIQUE

7. L'expérience acquise dans la région comme ailleurs témoigne que santé et croissance économique se renforcent mutuellement. Par conséquent, les investissements dans la santé se justifient au plan économique dans la mesure où ils peuvent réduire la charge de morbidité et de mortalité et contribuer à un plus grand bien être, tant sanitaire qu'économique.

8. Le relèvement des revenus favorise l'amélioration de l'état nutritionnel, tandis qu'une meilleure santé se traduit par des chances accrues de réussite scolaire. L'amélioration de la santé permet en outre de développer la productivité des travailleurs, et donc une offre plus importante de main-d'œuvre. Enfin, la hausse des revenus qui en découle peut donner lieu à une augmentation des niveaux d'investissement et à une formation accrue de capital.

9. La croissance économique permet d'affecter davantage de ressources à la santé et au développement des systèmes de santé. Tous les segments de la société peuvent en profiter, notamment les pauvres et les groupes vulnérables qui supportent le gros de la charge de morbidité. Les investissements réalisés par les secteurs public et privé peuvent contribuer au développement des systèmes de santé. Ils permettent aussi de veiller à la qualité et à la viabilité de l'offre de services de santé.

10. La prise de conscience des facteurs de risque liés aux maladies infectieuses comme aux maladies non transmissibles est très largement fonction des ressources allouées à l'éducation et à la promotion sanitaires. À cet égard, des conditions économiques favorables peuvent engendrer un climat porteur, ce qui est également vrai pour les facteurs liés aux modes de vie, notamment la prise de conscience des bienfaits de l'exercice physique et d'une alimentation équilibrée, ou des effets pervers du tabagisme, de l'alcoolisme et de la toxicomanie.

11. Au cours du siècle dernier, les progrès techniques – que ce soit au niveau des connaissances ou des capacités de gestion et d'organisation dans la santé et les autres secteurs – ont fait beaucoup pour améliorer les résultats de santé, et la tendance semble devoir perdurer. Les investissements dans

la recherche-développement sont souvent porteurs d'importantes retombées, d'où leur intérêt pour le secteur privé. Les partenariats stratégiques entre les secteurs public et privé permettent de mettre en pratique, pour le bien de tous, les résultats des travaux de recherche-développement, par exemple en produisant et en distribuant des médicaments de faible coût.

12. Bien que la région de la CESAP dans son ensemble ait enregistré des progrès considérables du point de vue de la croissance économique et des résultats de santé, il existe des différences considérables au sein des pays comme entre eux. Certains pays, notamment en Asie de l'Est, ont connu une croissance économique spectaculaire au cours des dernières années, mais un tiers des pays de la région a un revenu annuel par habitant inférieur à 1 000 dollars, un chiffre qui tombe à moins de 500 dollars pour presque la moitié d'entre eux. De plus, près des deux tiers des pauvres de la planète vivent dans la région Asie-Pacifique, pour la plupart en Asie du Sud, la sous-région où les résultats de santé sont les plus faibles.

13. Globalement, les tendances des indicateurs de santé, comme l'espérance de vie et la mortalité infantile, se sont sensiblement améliorées. Ainsi, les gens d'Asie et du Pacifique vivent aujourd'hui presque 30 ans plus vieux qu'il y a 45 ans. De vastes disparités existent là encore dans la région et au sein des pays. Les crises économiques, les inégalités de revenu, les guerres et autres perturbations ont un retentissement néfaste sur l'espérance de vie et la mortalité infantile, même si les défaillances de la gouvernance et l'absence de politiques de santé appropriées ont aussi eu leur part de responsabilité.

14. En effet, même si la hausse des revenus peut entraîner une amélioration des résultats de santé, les investissements partent à vau-l'eau lorsque le climat d'intervention n'est pas favorable et que l'équité et la qualité des services restent lettre morte. L'expérience de l'État indien du Kerala, de Sri Lanka et du Viet Nam montre que beaucoup peut être accompli, même avec des moyens assez limités, avec des politiques axées sur les besoins des pauvres, une utilisation judicieuse des installations de santé existantes et des personnels de santé compétents.

15. D'après les informations disponibles pour la région de la CESAP, la relation entre revenu et santé n'est pas linéaire. Au niveau des revenus les plus bas, la santé s'améliore en flèche à mesure de l'augmentation des revenus, mais au-delà d'un certain point, la relation est peu marquée, même si elle demeure positive. Des politiques sociales bien ciblées, prévoyant notamment une augmentation des dotations au profit du secteur de la santé, peuvent notablement améliorer les résultats de santé ainsi que les niveaux de revenu.

16. Les économies générées par les investissements consentis en faveur d'une riposte globale aux maladies transmissibles et non transmissibles seraient porteuses d'avantages économiques considérables, tout en réduisant massivement la morbidité et la mortalité. Ainsi, d'après certaines estimations, la perte globale de revenu national imputable aux maladies non transmissibles en Chine, en Inde et en Fédération de Russie pendant la période 2005-2015 serait de 1,097 milliard de dollars. Au Cambodge, en Inde, en Thaïlande et au Viet Nam, quelque 5,6 millions de personnes sombreront dans la pauvreté en raison du VIH/sida entre 2003 et 2015.

17. Les politiques macroéconomiques nationales peuvent être conçues et exécutées de manière à promouvoir le développement d'un secteur de la santé performant. La corruption et l'affectation malavisée des ressources peuvent être corrigées en améliorant la gouvernance à tous les niveaux pour favoriser la santé et la croissance. Par ailleurs, l'insuffisance des moyens humains peut être corrigée en levant les fonds nécessaires et en créant des institutions de formation pour améliorer la prestation de services de santé, notamment aux personnes qui en ont le plus grand besoin.

18. Les groupes les plus vulnérables et les plus nécessiteux, notamment les femmes et les pauvres, pourraient être pris en charge au titre de régimes de protection sociale ciblés et dûment financés. Du fait des avances de fonds qu'ils doivent faire, ces groupes supportent le plus lourd fardeau financier, alors que ces dépenses sont à la fois inéquitables et inefficaces en tant que mode de mobilisation des ressources de santé. Pour protéger utilement ces groupes et leur garantir l'accès aux services de santé, il faudra intensifier les efforts engagés aux niveaux national, régional et mondial pour développer le secteur de la santé.

III. LES SYSTÈMES DE SANTÉ ET LES OMD

19. La région de l'Asie et du Pacifique est globalement en bonne voie pour réaliser la plupart des OMD d'ici 2015 ; au-delà des moyennes régionales se dessine toutefois un tableau moins optimiste. En chiffres absolus, l'ampleur du dénuement dans la région est stupéfiant. Elle compte une large proportion des ruraux de la planète qui n'ont pas accès à des moyens d'assainissement, des enfants en insuffisance pondérale, des sous-alimentés, des personnes vivant avec moins d'un dollar par jour et du nombre de cas de tuberculose.

20. S'agissant de la cible 5 du quatrième des objectifs du Millénaire pour le développement (Réduire de deux tiers, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans), la région de la CESAP dans son ensemble a enregistré des progrès réguliers au cours des derniers 10 ans. Pour nombre de pays, cette cible demeure cependant hors d'atteinte, car près de 5 millions d'enfants meurent chaque année dans la région avant d'atteindre leur cinquième anniversaire. Pour ce qui est de la cible 6 (Réduire de trois quarts, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité maternelle) du même objectif, un demi million de femmes meurt chaque année dans le monde par suite de complications de la grossesse ou de l'accouchement, la moitié d'entre elles dans la région de la CESAP.

21. En ce qui concerne la cible 7 du sixième objectif (D'ici à 2015, avoir stoppé la propagation du VIH/sida et avoir commencé à inverser la tendance actuelle), les dernières estimations montrent que plus de 9 millions de gens vivaient avec le VIH/sida dans la région de la CESAP en 2005, et que la part de la région dans la pandémie mondiale va probablement s'accroître. Si les programmes de prévention et de traitement sont maintenus au niveau actuel, il pourrait y avoir jusqu'à 18 millions de victimes du VIH/sida dans la région d'ici 2010. Les tendances de la pandémie en Asie et dans le Pacifique attestent une progression rapide du VIH/sida chez les jeunes, et une prévalence supérieure

chez les femmes de 15 à 24 ans que chez les hommes du même groupe d'âge. Quant à la cible 8 du même objectif (D'ici à 2015, avoir maîtrisé le paludisme et d'autres grandes maladies, et avoir commencé à inverser la tendance actuelle), le paludisme demeure enraciné dans les zones rurales. La région de la CESAP compte aussi la plus large part du fardeau mondial de tuberculose en nombre absolu, avec 12 des 22 pays ayant enregistré le plus grand nombre de nouveaux cas en 2004.

22. Nombre d'obstacles entravent la réalisation des OMD en matière de santé. Les difficultés sont d'abord d'ordre infrastructurel, étant donné l'absence ou l'insuffisance des installations de santé ou leurs conditions suboptimales d'hygiène et de sécurité. Ainsi, le fait que les soins anténataux et les soins obstétricaux d'urgence soient inexistantes ou inaccessibles est largement responsable de la lenteur des progrès concernant les objectifs 4 et 5 dans de nombreux pays de la région. Les hôpitaux et les centres de soins sont souvent surpeuplés, et les patients doivent attendre longtemps pour se faire diagnostiquer et traiter ; en outre, le nombre de lits d'hôpital est très insuffisant dans certains pays. Même lorsque les soins obstétricaux d'urgence sont disponibles, la médiocrité des pratiques intra partum et postnatales entraîne fréquemment un risque accru d'infections néonatales.

23. L'insuffisance des ressources humaines est patente si l'on considère que la région abrite 60 % de la population mondiale, mais seulement 30 % des effectifs de santé mondiaux. Elle dispose en moyenne de vingt agents de santé pour 10 000 habitants, contre 110 pour 1 000 personnes en Amérique du Nord et en Europe. Elle a aussi l'un des plus faibles taux mondiaux d'accouchements assistés par du personnel qualifié, qui est de seulement 37 % dans les sous-régions d'Asie du Sud et d'Asie du Sud-Ouest. Le manque de moyens humains se fait particulièrement sentir dans la lutte contre le VIH/sida, les maladies non transmissibles et la santé mentale. Dans le cas du VIH/sida, de nombreux pays de la région sont confrontés à une grave pénurie de professionnels de santé spécialisés dans les protocoles de traitement, les procédures de suivi et les problèmes de pharmacorésistance.

24. Les difficultés d'accès aux médicaments et vaccins essentiels et de qualité sont une source de préoccupation majeure. Environ un tiers de la population de la planète n'a pas accès aux médicaments essentiels qui permettraient de sauver ou de prolonger des vies. Des problèmes structurels internes, tels que les faibles capacités de nombreux systèmes de santé, les contrôles insuffisants, voire inexistantes, des vaccins et des médicaments et/ou les goulets d'étranglement au niveau de la distribution ou de la délivrance des médicaments font obstacle à l'accès aux médicaments efficaces.

25. Il faut corriger l'insuffisance des dépenses publiques et des investissements dans le domaine de la santé. De nombreux pays de la région consacrent moins de 5 % de leur PIB à la santé, soit moins des 30 à 40 dollars par habitant que la Commission macroéconomie et santé juge nécessaires pour assurer l'apport des services sanitaires fondamentaux. Les déterminants sociaux, environnementaux et économiques interviennent dans la réalisation des OMD en matière de santé. Ainsi, la pauvreté est un facteur déterminant pour l'état de santé. Par exemple, la mortalité maternelle et infantile et la prévalence des maladies, qui relèvent de l'objectif 6, sont étroitement liées à la pauvreté.

26. Les gens doivent en outre avoir un minimum de connaissances en matière de santé afin de faire des choix informés par rapport aux risques sanitaires et comprendre l'intérêt des mesures de promotion sanitaire visant à prévenir les maladies et à améliorer la santé. La région de la CESAP a bien progressé du point de vue de l'inscription des enfants à l'école et des taux de réussite scolaire. Dans la plupart des pays de la région, les taux d'inscription scolaire sont supérieurs à 80 %. Toutefois, 13 pays, notamment dans les sous-régions d'Asie du Sud, Asie du Sud-Ouest, Asie du Nord et Asie centrale, font état d'une régression par rapport au niveau de référence de 1990 pour ce qui est de l'objectif 2.

27. L'inégalité des sexes est l'un des principaux facteurs à l'origine du peu d'amélioration sur quelques-unes des objectifs du Millénaire pour le développement. Dans bien des sociétés de la région, les normes sociales et culturelles accordent un statut mineur aux femmes, à leur bien-être et à leurs intérêts. Ces normes ont une incidence sur la manière dont les sociétés, les communautés, les familles et les femmes elles-mêmes réagissent aux besoins de santé de ces dernières. L'égalité des sexes en matière d'éducation est la clé de l'autonomisation des femmes et de leur accès à l'information sur les services de santé.

28. L'insalubrité de l'eau et le manque d'hygiène et d'assainissement contribuent lourdement à la charge des maladies infectieuses, en particulier chez les nourrissons et les enfants. Bien que la région Asie-Pacifique soit bien dotée en ressources hydriques, elle abrite près des deux tiers des 1,1 milliard de gens qui n'ont pas accès à l'eau potable dans le monde. Le nombre de personnes qui ne bénéficient pas de services d'assainissement adéquats y est également plus élevé que dans toutes les autres régions, malgré les progrès notables enregistrés durant les derniers 10 ans.

29. Les migrations concourent très largement à propager les maladies transmissibles, et demeurent une sérieuse entrave à la réalisation des OMD. Le rôle des migrants et des populations mobiles dans la propagation du VIH/sida a fait l'objet de nombreuses études. Les migrations contribuent aussi à la propagation de la tuberculose et à la réapparition du paludisme dans certaines régions. Dans nombre de pays d'accueil, les migrants n'ont pas droit aux services de santé publique, parfois même lorsqu'ils sont en situation légale.

30. L'opprobre et la discrimination systématiques exercés à l'encontre de nombreux groupes sociaux ont des répercussions sérieuses sur leur santé et leur capacité à se prévaloir des services, sanitaires ou autres. Les toxicomanes par voie intraveineuse, les travailleurs du sexe et les hommes ayant des relations homosexuelles comptaient au nombre des premiers à être infectés par le VIH dans la région de la CESAP. Dans la plupart des pays de la région, ils ont difficilement accès à l'information et aux services sanitaires du fait du caractère illégal de leur profession, de leur appartenance et de leur comportement sexuels.

31. Les handicapés physiques et mentaux sont fréquemment l'objet de discriminations et d'attitudes de rejet, y compris par leurs propres familles, et se retrouvent parfois sans foyer ou abandonnés dans des institutions. Selon les estimations, la région de la CESAP compterait quelque 400 millions de personnes handicapées. Dans leur immense majorité, il s'agit de personnes pauvres ou victimes de l'exclusion sociale pour lesquelles l'accès aux services publics, notamment les soins de santé, est encore plus problématique que pour le reste des gens.

32. Les systèmes de santé de la région Asie-Pacifique doivent se préparer à relever les défis posés par le vieillissement rapide des populations et par l'évolution épidémiologique qui génère une poussée des maladies non transmissibles. Dans la région de la CESAP, le nombre de personnes âgées (plus de 65 ans) a été multiplié par presque 3,5 en une cinquantaine d'années, passant de 64 millions en 1950 à 234 millions en 2000. Selon les prévisions, ce nombre devrait grimper à 918 millions d'ici 2050, soit quasiment un quadruplement. Ces changements démographiques ont eu de profondes répercussions sur le fardeau de morbidité de la région et, par conséquent, sur la nature des exigences pesant sur les systèmes de santé.

33. Les pays en développement et les pays les moins avancés de la région ont toujours été confrontés à une plus lourde charge de maladies transmissibles telles que le paludisme, la tuberculose, les maladies transmises par l'eau et les autres maladies infectieuses. Selon une opinion jusqu'ici communément répandue, les maladies dites « liées au mode de vie » comme le diabète, les maladies cardiovasculaires et d'autres maladies non transmissibles telles que le cancer étaient plus répandues dans les pays développés. Toutefois, du fait de l'accroissement de la proportion de personnes âgées et de l'évolution des modes de vie, de nombreux pays de la région doivent aujourd'hui faire face à une prévalence accrue des traumatismes et des maladies non transmissibles qui viennent bien sûr s'ajouter au fardeau persistant des maladies transmissibles.

34. Les percées technologiques, notamment dans le domaine des technologies de l'information, de la communication et de l'espace, ouvrent des perspectives considérables pour développer l'accès aux systèmes de santé ainsi que leur qualité. Ces technologies offrent aux personnes et aux services publics des possibilités nouvelles permettant de satisfaire la demande croissante de soins de santé grâce aux améliorations notables de productivité, d'accessibilité et de qualité des soins. Elles pourraient aussi contribuer à façonner l'offre de soins future en l'axant davantage sur la personne.

35. S'agissant des OMD liés à la santé, des progrès durables ne pourront être enregistrés qu'au moyen d'une démarche globale visant le renforcement des systèmes de santé et l'offre de services de base, dans des conditions d'équité et d'efficacité. À cet effet, il faudra remédier au manque d'infrastructures et aux défaillances de l'approvisionnement en médicaments essentiels. Cela impliquera de s'atteler aux déterminants de la santé liés au sexe, à l'éducation, à la pauvreté et à l'environnement, ainsi qu'à des facteurs plus généraux, notamment les politiques commerciales et économiques.

IV. ASSURER À TOUS L'ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ EN ASIE ET DANS LE PACIFIQUE

36. Il est essentiel de fournir des soins de santé à tous, en s'appuyant sur des systèmes de santé pleinement opérationnels, afin de prémunir les populations de la région de la CESAP contre des dépenses de santé exorbitantes qui sont source de pauvreté. La région est d'une exceptionnelle diversité du point de vue des niveaux de développement économique et de l'état des systèmes de santé nationaux. Il ne saurait donc y avoir de problématique ou de réponse unique applicable à tous les pays. De réels succès ont néanmoins été enregistrés en matière de couverture universelle, à tous les degrés de développement, et d'importants enseignements peuvent en être retirés.

37. La plupart des pays de la région disposent déjà de politiques sanitaires appuyant le principe de l'offre de soins de santé à tous ; dans la pratique, ce principe ne se traduit pas nécessairement par une couverture sanitaire généralisée ou par une offre équitable de services de santé, ce que la plupart des gouvernements reconnaissent.

38. Les systèmes de santé de la région ont des résultats très variés du point de vue de l'accès efficace et équitable aux services de santé. Même si les pays à revenu élevé de la région ont généralement de meilleurs résultats, certains pays à revenu faible ou intermédiaire s'en sortent aussi plutôt bien, ce qui souligne l'importance des politiques sanitaires et de la conception des systèmes de santé. Selon des données empiriques, les pays en développement de la région – tous niveaux de revenu confondus – qui sont parvenus à développer l'accès aux services de santé, sont également bien placés à l'égard de l'ensemble des indicateurs des OMD.

39. Dans les pays concernés, on distingue deux grandes catégories de couverture sanitaire généralisée :

a) une couverture de santé pour tous, essentiellement financée par l'impôt, comme au Brunei Darussalam, en Malaisie, en Nouvelle-Zélande, à Sri Lanka, en Thaïlande, et à Hong Kong (Chine) ;

b) les systèmes d'assurance sociale offrant une couverture sanitaire généralisée, comme en Australie, au Japon, en Mongolie et en République de Corée.

40. L'expérience des pays de la région qui ont enregistré des progrès notables dans ce domaine apporte plusieurs grands enseignements, notamment :

a) bien que la plupart des pays de la région disent s'être dotés de politiques appuyant le principe des soins de santé pour tous, ils ont beaucoup de mal à les appliquer ;

b) les pays les plus pauvres ne disposent peut-être pas des compétences administratives et organisationnelles nécessaires à la bonne mise en œuvre des systèmes d'assurance sociale ; dans leur cas, seuls les systèmes financés par l'impôt ont donné des résultats concluants ;

c) quelle que soit la formule adoptée, l'offre de soins de santé aux populations pauvres exige un effort majeur de financement par l'impôt de la part des pouvoirs publics, soit par une aide budgétaire directe qui vient financer des prestations publiques et gratuites, soit par des prélèvements fiscaux qui alimentent un fonds d'assurance sociale, au lieu et place des cotisations des pauvres ;

d) l'instauration d'une couverture sanitaire généralisée a des retombées financières et administratives de taille, et ne peut réussir sans l'engagement des pouvoirs publics qui doivent en faire une priorité de leur programme d'action et de politique générale. Les universitaires et les chercheurs spécialisés dans les questions de santé et d'équité dans les pays de la région doivent trouver des moyens pour que les résultats de leurs travaux soient utilisés en vue de l'élaboration des politiques d'intervention ;

e) aucun pays n'est parvenu à mettre en place une couverture sanitaire généralisée en s'appuyant sur des mécanismes ciblés, et tous prônent l'universalité des droits et de l'accès aux services et à l'assurance-maladie. Les interventions ciblées, comme en Malaisie et à Sri Lanka, demeurent informelles et non explicites ;

f) l'offre généralisée de soins de santé implique à la fois une baisse des prix qui constituent un réel obstacle pour les pauvres, qu'il s'agisse des prix officiels ou de la part à la charge du malade, et une offre effective de services dont les pauvres ne sont pas exclus ;

g) le développement économique — essentiellement parce qu'il favorise la progression de l'emploi dans le secteur formel — est un préalable important à la bonne exécution d'une stratégie d'assurance sociale visant la garantie de soins de santé à tous ;

h) les pays qui sont parvenus à offrir une couverture sanitaire généralisée n'ont pas cherché à transiger sur la qualité en se contentant de fournir des services de base, à faible coût et d'un bon rapport coût-efficacité ;

i) ceux qui ont obtenu de bons résultats ont souvent tenu compte de l'expérience d'autres pays pour concevoir et mettre en place leurs propres systèmes, bien qu'ils aient tous retenu des solutions et des stratégies adaptées à leurs circonstances ;

j) la coopération régionale pourrait s'avérer fort utile en aidant les pays de la région à partager leur expérience des différentes formes de couverture sanitaire généralisée, et des mécanismes de renforcement des systèmes de santé. Elle contribuerait par ailleurs à une meilleure compréhension des réussites.

V. INVESTISSEMENTS REQUIS EN VUE DE LA RÉALISATION DES OMD DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ

41. Dans de nombreux pays de la région de la CESAP, l'insuffisance des dépenses sociales et l'application défailante des politiques visant à optimiser les investissements en faveur de la santé ont freiné la réalisation des OMD correspondants. Compte tenu de l'importance des avances de fonds par les malades et des capacités limitées du secteur privé dans ces pays, les gouvernements doivent veiller

à investir les fonds nécessaires au renforcement des systèmes de santé. De plus, il convient d'utiliser au mieux la marge de manœuvre disponible pour appliquer des politiques favorables aux pauvres et veiller à ce que les couches les plus démunies de la société profitent des retombées de l'intensification des investissements. Dans certains pays d'Asie et du Pacifique, les dépenses publiques seront probablement bien en deçà des investissements nécessaires, et il conviendra donc d'avoir recours aux financements extérieurs et privés.

42. Des études doivent être entreprises afin de préciser les besoins d'ensemble en matière d'investissement, et l'écart entre les besoins et les disponibilités locales. On se heurte dès lors à la difficile transposition des résultats d'un pays à l'autre et à la compatibilité des méthodologies. L'aspect le plus important est d'améliorer la collecte de données fiables ainsi que leur traitement ; cela étant et malgré l'utilité des chiffres, l'augmentation des dépenses ne garantit en rien l'amélioration des résultats de santé dans la mesure où l'efficacité, l'équité et la qualité sont tout aussi essentielles.

43. Selon plusieurs études récentes, les pays en développement – toutes régions confondues – devront disposer chaque année jusqu'à 2015, d'un complément de financement de 20 à 94 milliards de dollars pour réaliser les OMD en matière de santé. Elles estiment en outre qu'une part annuelle de l'ordre de 15 à 30 milliards de dollars devra provenir des pays et organismes bailleurs de fonds.

44. Les besoins d'investissement en faveur de la santé dans la région Asie-Pacifique varient en fonction des estimations. Les chiffres avancés par la Commission macroéconomie et santé, soit plus de 30 dollars par habitant, représenteraient un défi considérable. Des chiffres de l'ordre de 20 dollars, sur la base des estimations du projet Objectifs du Millénaire de Nations Unies et de l'expérience de Sri Lanka et de la Mongolie, semblent plus accessibles. En effet, les OMD en faveur de la santé sont réalisables dans tous les pays avec une allocation de ressources accrues au secteur de la santé, une utilisation avisée des ressources et des politiques favorables aux pauvres. La croissance économique permettrait d'atteindre plus facilement le chiffre de 20 dollars par habitant, étant entendu que les maladies transmissibles telles que le VIH/sida et la grippe aviaire exigent une attention permanente. Dans certains pays, notamment les moins avancés, les ressources nationales devront être complétées par des financements extérieurs. Pour les pays les moins avancés de la région de la CESAP, une augmentation des dépenses de santé à hauteur de 20 dollars par habitant impliquerait des investissements annuels modestes, de l'ordre de 3,6 milliards de dollars, soit 32,4 milliards de dollars entre 2007 et 2015, en plus des financements mobilisés à l'interne par les pays eux-mêmes.

45. Outre la réalisation des OMD liés à la santé, la hausse des dépenses doit tenir compte de l'évolution démographique et de la modification des schémas de morbidité qui pourraient avoir un retentissement majeur sur les dépenses de santé. À eux seuls, ces facteurs pourraient entraîner une augmentation annuelle des dépenses de l'ordre de deux points de pourcentage dans les pays de la région. Le vieillissement de la population sera probablement très coûteux du fait que les personnes âgées sont plus souvent touchées par des maladies chroniques ou des problèmes de santé exigeant de recourir à des technologies modernes et à des médicaments de coût élevé.

46. Investir dans la prévention et la promotion sanitaire peut contribuer à réduire le fardeau de morbidité et de mortalité qui ne cessera de s'alourdir au vu des tendances actuelles. Les mécanismes d'assurance sociale et maladie doivent faire une large place à la prévention et à la promotion sanitaire. Si l'on se fonde sur le niveau moyen des dépenses de prévention – soit 3,82 % des dépenses de santé – de 15 pays à revenu élevé ou intermédiaire disposant de comptes nationaux de la santé, ainsi que sur les estimations de la Commission macroéconomie et santé, l'investissement annuel nécessaire serait de l'ordre de 3 à 4 dollars par habitant en moyenne. Ces chiffres sont réduits de moitié si l'on s'appuie sur d'autres estimations et sur l'expérience d'autres pays.

47. Ces investissements, comme ceux nécessaires à la prévention et au traitement de maladies transmissibles telles que le paludisme, la tuberculose, le VIH/sida et la grippe aviaire, peuvent sembler importants, mais ils seraient porteurs, outre le recul de la morbidité et de la mortalité, de retombées et de gains économiques considérables en termes d'assiduité au travail, de productivité et de revenu. L'accroissement des dépenses publiques devrait toutefois se faire en parallèle du développement des services, dans le secteur de la santé comme au-delà, par exemple l'amélioration des transports publics jusqu'aux hôpitaux et l'accès à l'eau et à l'assainissement. Par ailleurs, les politiques et les capacités institutionnelles utiles pour la croissance – notamment par la promotion des échanges, le développement des infrastructures et l'encouragement à l'investissement – peuvent promouvoir la réalisation des OMD concernant la santé. Les pouvoirs publics doivent aussi instaurer des conditions propices pour que les institutions investissent dans le secteur social ou fournissent des services sociaux, en se dotant des structures d'intervention, des réglementations et des cadres juridiques nécessaires.

48. Pour corriger le manque d'investissement, les ressources internes et externes doivent impérativement être utilisées plus efficacement. C'est notamment le cas dans les pays les moins avancés qui ont encore un long chemin à parcourir pour réaliser les OMD. Les pays bailleurs de fonds sont encore loin de fournir l'aide attendue, à hauteur de 0,7 % de leur produit national brut. Ils doivent accroître leurs engagements et aider les pays en développement à mieux s'implanter sur leurs marchés. Parallèlement, les pays bénéficiaires doivent adopter des politiques cohérentes, logiques et bien conçues assurant au mieux l'utilisation rentable et équitable des ressources.

49. Globalement, il convient de privilégier des démarches sectorielles cohérentes pour planifier et mettre en œuvre des interventions ciblées en vue de la réalisation des OMD liés à la santé ; elles devront améliorer la coordination au sein du secteur de la santé, renforcer la responsabilité et l'adhésion des pays et consolider les systèmes nationaux de gestion et d'offre de services. Les plans adoptés à cet effet devront porter à la fois sur la prévention et les traitements pour tenir compte de l'évolution démographique et épidémiologique ainsi que des autres variables. De plus, les textes de loi devraient faciliter l'investissement dans la prévention et le traitement des maladies, et contribuer à lutter contre l'opprobre auxquels sont confrontés certains malades, comme les victimes du VIH/sida.

VI. LES LIENS ENTRE SANTÉ ET COMMERCE – PERSPECTIVES RÉGIONALES

50. Le secteur de la santé subit les contrecoups d'autres secteurs, notamment dans le domaine du commerce et de l'économie. Outre les politiques et réglementations internes spécifiques au secteur de la santé, de nombreux engagements, règlements et usages internationaux ont une incidence sur la capacité d'un pays à offrir des soins de santé efficaces à l'ensemble de la population. Citons notamment les investissements et les échanges de services et de produits sanitaires, particulièrement les produits pharmaceutiques. Ils ont une influence majeure sur les systèmes de santé, sans pour autant relever de politiques ou de réglementations internes, et sont donc de puissants déterminants de la santé.

51. Des politiques et des pratiques cohérentes devront être adoptées pour surmonter plusieurs problèmes liés à l'offre et à la demande, et améliorer durablement l'accès aux médicaments à un prix abordable. Il convient notamment de favoriser la recherche-développement en vue de la mise au point de produits pharmaceutiques et d'innovations dans les domaines utiles pour la région ; d'assurer la mise en œuvre équilibrée des régimes de protection de la propriété intellectuelle, et ; de promouvoir une concurrence loyale ainsi que les partenariats entre les secteurs public et privé.

52. La région Asie-Pacifique compte le plus grand nombre de gens qui n'ont pas accès aux médicaments essentiels. Selon les estimations, existerait dans le monde 1,7 milliard de gens dans cette situation, et 60 % d'entre eux se trouvent dans la région de la CESAP.¹ Les trois cinquièmes de la population mondiale vivent dans la région Asie-Pacifique, alors que sa part du marché pharmaceutique mondial est seulement de 18,1 %. Le Japon à lui seul compte pour 11,4 %, tandis que le reste de la région ne représente que 6,6 %. Le commerce mondial de produits pharmaceutiques est dominé par les pays industrialisés. La région Asie-Pacifique est un importateur net de produits pharmaceutiques, et les échanges inter et intrarégionaux sont très peu développés dans ce domaine. Selon les estimations de l'Organisation mondiale de la santé, seuls 10 des 188 pays étudiés disposent d'une industrie pharmaceutique évoluée, dotée d'importantes capacités de recherche. Les pays à revenu élevé représentent 96 % des dépenses mondiales de recherche sur la santé. La concentration des investissements et des capacités de recherche-développement pharmaceutique dans les pays à revenu élevé a eu pour conséquence que les maladies tropicales ou communes dans les pays en développement ont été laissées pour compte, et les médicaments élaborés pour lutter contre les maladies tropicales au cours des 30 dernières années ont été extrêmement rares.

53. Divers éléments attestent une montée des capacités dans des pays tels que la Chine et l'Inde qui ont des capacités d'innovation croissantes, et deviennent des chefs de file régionaux en matière de production de principes actifs. Ce sont aujourd'hui de nouveaux concurrents dans la conquête de parts du marché mondial. Les capacités de recherche pharmaceutique pourraient fort bien se développer,

¹ Organisation mondiale de la santé, *The World Medicines Situation* (WHO/EDM/PAR/2004.5) (Genève, Organisation mondiale de la santé, 2004), chap. 7.

car de nombreux pays de la région Asie-Pacifique s'intéressent de plus en plus aux biotechnologies. Conscients de leur intérêt pour la croissance ainsi que de son importance stratégique, plusieurs gouvernements de la région en ont fait un secteur phare.

54. Les régimes de protection de la propriété intellectuelle pourraient avoir un retentissement sur les prix et la disponibilité de produits pharmaceutiques dans la région. Les médicaments génériques élaborés par ingénierie inverse représentent une proportion non négligeable des exportations de la Chine et de l'Inde, une source d'approvisionnement qui pourrait s'avérer problématique en cas d'évolution du droit des brevets, et se répercuter sur les consommateurs comme sur les producteurs. La concurrence des antirétroviraux génériques mis au point par des pays en développement a favorisé l'accès au traitement du VIH/sida. Parallèlement, l'Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce (ADPIC),² tel qu'il existe aujourd'hui, prévoit des arrangements qui ne sont pas pleinement exploités dans les législations nationales adoptées par les pays. Cet accord permet aux États de prévoir des exceptions aux droits des titulaires de brevet dans des cas tels que les situations d'urgence nationale, ou lorsque le titulaire du brevet ne met pas son invention à disposition, sous réserve de la réalisation de certaines conditions. S'agissant des brevets pharmaceutiques, des précisions ont été apportées à cette mesure qui a été encore assouplie par la Déclaration de Doha de 2001 sur l'Accord ADPIC et la santé publique.³ Par cette déclaration, les États membres de l'OMC sont convenus que l'Accord ADPIC ne peut et ne doit pas empêcher les membres d'adopter des mesures de protection de la santé publique. Ils ont insisté sur le fait que les pays sont en droit de se prévaloir des arrangements prévus à l'Accord ADPIC, notamment les licences obligatoires et les importations parallèles. Le nombre croissant d'accords bilatéraux de libre-échange entre les pays de la région et les pays développés a des retombées sur ces derniers comme sur les pays en développement de la région dans la mesure où les dispositions de certains accords bilatéraux et régionaux relatifs aux produits pharmaceutiques vont au-delà des exigences posées par l'Accord ADPIC.

55. Les États membres de la CESAP doivent prendre diverses mesures pour assurer l'accès à des médicaments de prix abordable, notamment en adoptant et en faisant respecter des réglementations rigoureuses gouvernant l'offre et la demande de médicaments essentiels afin d'en garantir l'accès aux populations. Un équilibre difficile devra être trouvé entre la nécessité d'encourager l'innovation et l'obligation impérieuse de garantir l'accès aux médicaments à un coût raisonnable. Les pays de la région doivent mettre en place des programmes nationaux de recherche dotés de financement à long terme. Il conviendra d'envisager l'acquisition de nouvelles connaissances et technologies pour

² Voir les *Instruments juridiques reprenant les résultats des négociations commerciales multilatérales du cycle d'Uruguay, conclus à Marrakech le 15 avril 1994* (Publication du Secrétariat du GATT, N°. GATT/1994-7).

³ Organisation mondiale du commerce, document WT/MIN(01)/DEC/2 disponible à l'adresse suivante : <http://docsonline.wto.org>.

appuyer ces recherches. D'autres mesures importantes devront être instaurées du côté de l'offre, notamment : la mise à profit de tous les arrangements prévus par l'Accord ADPIC, la définition de sauvegardes telles que les importations parallèles et les licences obligatoires, et la levée des obstacles à l'introduction des médicaments génériques. Les mesures ayant une incidence sur la demande prennent notamment la forme de politiques favorisant une utilisation rationnelle des médicaments ainsi que la prescription de médicaments génériques. Il serait logique d'engager une action régionale pour se prévaloir des mesures d'assouplissement prévues par les accords commerciaux, et des solutions originales, fondées sur la coopération et la collaboration, pourraient ainsi se dégager.

56. Le commerce transfrontière de services de santé prend une importance croissante, et a un retentissement majeur sur le fonctionnement des services de santé. Les décideurs des ministères de la santé et de l'économie doivent avoir une idée plus nette de son impact potentiel. Le commerce des services de santé prend quatre formes :

- a) Mode 1 : offre transfrontière ;
- b) Mode 2 : utilisation des services à l'étranger ;
- c) Mode 3 : présence commerciale ;
- d) Mode 4 : mouvement des personnes physiques.

57. Le commerce international de services de santé a connu un essor considérable dans la région. Le commerce transfrontière s'y développe encore, mais l'expansion rapide des télécommunications et des technologies de l'information a généralisé le recours à la télémédecine entre différents pays. Il reste toutefois beaucoup à faire avant que celle-ci devienne un mode viable de prestation transfrontière de services de santé, car de nombreuses questions relatives aux licences, à la responsabilité et à la qualité n'ont toujours pas été résolues. La deuxième modalité se rapporte aux services fournis dans le territoire d'un pays membre à un utilisateur d'un autre pays. Elle impose aux consommateurs de se déplacer en vue de leur formation ou de leur traitement médical. Les déplacements internationaux des patients deviennent un important secteur commercial dans les pays de destination comme l'Inde, la Malaise, Singapour, la Thaïlande et d'autres dans la région.

58. La troisième modalité concerne l'investissement dans la création d'hôpitaux, la gestion des hôpitaux ou l'assurance-maladie. Divers éléments attestent que la participation étrangère demeure limitée dans le secteur de la santé des pays membres de la CESAP. En Indonésie, elle représente seulement 1 % des lits d'hôpitaux, tandis qu'en Thaïlande, elle correspond à 3 % du total des investissements dans les hôpitaux privés. Signalons également les investissements réalisés par des entrepreneurs indiens, malais, singapouriens et thaïlandais dans le secteur de la santé de pays étrangers. La quatrième modalité recouvre les déplacements temporaires des personnes physiques. Les migrations des personnels de santé sont chose commune dans certains pays membres de la CESAP. Les professionnels de santé qui s'expatrient vers des pays tels que l'Australie, le Canada, les États-Unis, le Royaume-Uni et l'Europe viennent généralement d'Asie du Sud et d'Asie du Sud-Est. C'est

également dans les pays de la région que sont recrutées nombre des infirmières employées dans des pays de l'OCDE et du Moyen-Orient. Cette migration des travailleurs de santé donne lieu à des envois de fonds importants, mais elle a néanmoins des effets pervers, tels que la raréfaction des ressources humaines et la perte des investissements essentiels consentis par les pays en développement dans le capital humain.

59. Les déplacements transfrontières de patients en quête de traitement ont fait l'objet d'une étude de cas régionale. Divers facteurs incitent des personnes vivant dans les pays développés à se déplacer pour se faire soigner, notamment la popularité croissante de la chirurgie esthétique, le fait que certaines interventions ne sont pas remboursées par les régimes d'assurance-maladie, les délais de plus en plus longs imposés par les régimes de santé nationaux en vue d'interventions chirurgicales et l'accès à des informations complètes sur l'Internet. Mentionnons également le fait que des installations de qualité et des services médicaux de pointe sont désormais disponibles dans la région, notamment dans le secteur privé, ainsi que les différences de prix importantes entre les pays développés et les pays en développement, pour les mêmes interventions et un suivi de qualité égale. Les pays d'accueil en retirent des avantages sensibles, notamment une intensification du tourisme, la modernisation des techniques et protocoles de soins et des services de santé de qualité accrue. Au nombre des désavantages, citons la création d'un système de santé à deux vitesses, un « exode des cerveaux » interne – les professionnels de santé se détournant du secteur public au profit d'emplois plus lucratifs dans le privé – et le risque de voir s'installer une conception technocentrée des soins de santé, à savoir le recours à des technologies médicales coûteuses pour traiter des maladies – même quand il existe des interventions bon marché mais tout aussi efficaces – qui pousserait le coût des traitements à la hausse.

60. Au plan des politiques d'intervention, les pays de la région peuvent instaurer des mesures de protection pour faire en sorte que le commerce des services de santé ne nuise pas à l'offre publique de services, ou adopter des politiques de facilitation qui optimisent les retombées positives de ces échanges tout en protégeant les systèmes de santé publics. Les mesures de protection ont notamment pour objet : a) la mise en place de politiques en faveur des pauvres permettant de s'assurer que les ressources modernes, technologiques ou autres, acquises par les hôpitaux privés au moyen des investissements étrangers ou du tourisme médical, soient accessibles à tous ; b) l'adoption de politiques remédiant aux problèmes de recrutement et de rémunération dans le but de retenir les personnels de santé et de freiner l'émigration des spécialistes ; et c) la collecte et le partage d'informations fiables sur le commerce des services de santé afin d'en quantifier les avantages et d'identifier les conséquences potentiellement néfastes pour concevoir des mesures d'intervention opportunes. Les mesures de facilitation visent notamment à créer des groupes d'étude multisectoriels, l'accréditation des hôpitaux des pays d'accueil, l'adoption de normes en matière de soins de santé, la tenue d'archives médicales, le respect de la confidentialité des patients et la transférabilité des droits de l'assurance-maladie. Dans tous ces domaines, la coopération régionale doit jouer un rôle capital.

VII. CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

61. L'analyse des données sur la situation mondiale et régionale témoigne d'une relation double entre santé et croissance. Alors même que la croissance économique a largement contribué à l'amélioration des résultats de santé au cours du siècle dernier, l'expérience de certains pays de la région montre qu'il ne saurait y avoir de progrès notables sans une augmentation majeure des revenus. Les mêmes éléments attestent qu'une meilleure santé contribue à une augmentation de la productivité et à la croissance économique. La santé peut devenir un outil essentiel dans la lutte contre la faim et la pauvreté. En tout état de cause, on a sous-estimé à quel point il était important d'améliorer la santé pour favoriser la croissance économique, alors même que cette amélioration peut servir de fondement à une croissance économique plus durable.

62. Ce schéma ressort clairement des progrès irréguliers des pays de l'Asie et du Pacifique du point de vue de la réalisation des OMD dans le domaine de la santé. On constate d'énormes disparités des différents niveaux de santé, ainsi qu'au sein d'un même pays. Les moyennes nationales dissimulent le fait que dans nombre de pays, de vastes régions et d'importants groupes humains, les plus pauvres et les plus désavantagés, n'ont pas bénéficié des progrès et de la croissance économique. La réalisation des OMD liés à la santé a été lente et inégale dans de nombreux pays d'Asie et du Pacifique, en raison principalement du financement insuffisant des systèmes de santé qui manquent cruellement d'installations, de moyens humains et des médicaments essentiels. La clé de la réalisation de ces OMD consiste à adopter une démarche globale et à renforcer les systèmes de santé pour assurer leur bon fonctionnement et l'offre de services de santé.

63. Il convient en outre de regarder au-delà des OMD. Les populations de certains pays de la région vieillissent rapidement et, parallèlement, la prévalence des maladies non transmissibles s'accroît. Cette évolution démographique et épidémiologique a une sérieuse incidence sur les systèmes de santé dans la mesure où elle alourdira la charge supportée par le secteur des services et augmentera la demande de soins et de rééducation fonctionnelle. Pour satisfaire cette demande, il faudra des systèmes de santé efficaces, équitables et dotés de financements suffisants, à même de fournir des prestations de base mais de qualité à toutes les couches de la population. Améliorer le niveau de santé exige par ailleurs de s'atteler aux principaux facteurs déterminants de la santé, notamment l'éducation, l'égalité des sexes, l'environnement, l'assainissement et l'accès à l'eau potable, certains de ces aspects faisant l'objet d'autres OMD. Les avancées sur ces différents points exigent des interventions qui ne relèvent pas de la compétence du secteur de la santé. Les facteurs touchant à l'économie et au commerce ont un retentissement majeur sur les résultats de santé dans la mesure où ils influent, par exemple, sur l'accès à des médicaments de coût abordable et sur les migrations des personnels de santé. Remédier à ces obstacles est tout aussi important que remédier aux problèmes qui sont du ressort du secteur de la santé. On peut distinguer d'une part les mesures nationales, et d'autre part, celles qui relèvent plus généralement de la coopération régionale.

64. À l'échelon national, les mesures nécessaires doivent notamment avoir pour objet de :

a) *renforcer l'ensemble des systèmes de santé* : cette action devra être axée sur les aspects suivants :

i) *forcer les infrastructures* : les installations de santé sont de niveau différent d'un pays à l'autre, selon l'histoire de leurs systèmes de santé et des modèles de prestation de soins adoptés. Les installations de santé doivent être modernisées d'urgence dans de nombreux pays de la région ;

ii) *développer les effectifs de santé et leur qualité* : la pénurie de personnels de santé compétents est l'un des principaux obstacles à la réalisation des OMD dans les pays de la région, une situation qui doit être corrigée d'urgence ;

iii) *assurer l'accès à des médicaments essentiels de qualité et de coût abordable* : à cet effet, des mesures devront être mises en place dans le secteur de la santé et au-delà ; cet aspect est capital pour la réalisation des OMD. Les pays de la région Asie-Pacifique devront se doter de réglementations solides, et veiller à leur application, du côté de l'offre comme de la demande. Un équilibre devra être trouvé entre la promotion de l'innovation, qui contribue à l'élaboration de nouveaux médicaments, et la protection de l'accès aux médicaments ;

b) *offrir à tous un ensemble de prestations de base* : c'est un aspect crucial, à la fois pour permettre l'accès à des services de santé d'un coût abordable pour toutes les couches de la population, mais aussi pour contribuer à la réalisation des OMD en matière de santé. L'adoption, par un pays ou une région, d'une démarche fondée sur le droit à la santé peut constituer un socle incontournable en vue d'une offre généralisée de soins de santé. Dans la région Asie-Pacifique et ailleurs, deux approches ont été appliquées avec succès pour assurer une couverture de santé à tous :

i) le financement des services de santé nationaux par l'impôt, et ii) le financement de l'assurance médicale et sociale. Le contexte national détermine l'utilité et l'efficacité relative de ces deux stratégies, bien que, de manière générale, l'assurance médicale et sociale ait surtout donné des résultats concluants dans les pays à revenu élevé ou intermédiaire, et que le financement par l'impôt ait plutôt fait ses preuves dans les pays à faible revenu. Pour mettre en place une couverture médicale généralisée, le plus difficile est de veiller à ce que des recettes fiscales suffisantes soient affectées à la prise en charge des groupes les plus vulnérables et démunis et ce, quelle que soit la formule adoptée : financement par l'impôt ou assurance médicale et sociale ;

c) *accroître les investissements dans le secteur de la santé* : les deux axes stratégiques qui précèdent nécessiteront une augmentation massive des investissements dans le secteur de la santé. À cet effet, tous les intervenants, en particulier les gouvernements des pays d'Asie et du Pacifique, les bailleurs de fonds et les organismes d'aide devront consentir un effort majeur ;

d) *corriger les facteurs ayant un effet préjudiciable sur le secteur de la santé* : l'état de santé des populations ne dépend pas uniquement des politiques mises en œuvre dans le secteur de la santé ; en conséquence, les politiques de tous niveaux doivent impérativement tenir compte des considérations sanitaires. Cette intégration contribuerait à renforcer les mesures de promotion sanitaire. Elle permettrait aussi d'identifier les conséquences néfastes de certaines politiques pour la santé, et d'engager les mesures propres à les écarter ou à les atténuer. Cette intégration doit se manifester dans les politiques concernant le commerce, l'agriculture, l'environnement, les transports, l'emploi, la planification et l'éducation ainsi que dans les mesures de lutte contre la pauvreté et le secteur social ;

e) *promotion sanitaire et environnements sains* : la promotion sanitaire dépasse le cadre des soins et porte aussi sur les modes de vie et les environnements sains. La promotion d'environnements sains souligne la relation fondamentale entre les gens et leur milieu de vie, et tient compte des liens entre développement durable et santé d'une part, et entre la détérioration des lieux de vie et les risques sanitaires, d'autre part. Les mesures de promotion sanitaire exigent une pluralité d'approche, des contributions interdisciplinaires et un engagement à plusieurs niveaux s'inscrit dans la durée. Elles nécessitent une action coordonnée de la part de l'ensemble des intervenants, notamment les pouvoirs publics, les secteurs économiques, sanitaires et sociaux, les organisations non gouvernementales, les organisations bénévoles, les collectivités locales, le secteur industriel et les médias ;

f) *recourir aux nouvelles technologies notamment les technologies de l'information, de la communication et de l'espace, pour améliorer les systèmes de santé* : ces technologies peuvent faciliter un accès équitable aux services de santé et promouvoir leur qualité et leur efficacité. Leur intégration ne peut toutefois se faire sans les infrastructures nécessaires. Une distribution électrique fiable et les infrastructures techniques nécessaires doivent donc être mises en place sur l'ensemble du territoire des pays. L'accès aux services de santé en ligne peut être un facteur d'équité pour les populations vulnérables et isolées au lieu de profiter aux couches les plus aisées de la société.

65. Nombre des problèmes et obstacles qui entravent la réalisation des OMD ignorent les frontières nationales et régionales. Les mesures adoptées par un pays ne peuvent venir à bout de problèmes qui s'étendent sur plusieurs pays ou régions. Ce genre de situation exige une action concertée de la part de tous les pays concernés. De plus, les ressources disponibles dans un pays sont probablement insuffisantes pour résoudre un problème commun. Les programmes, politiques et services ayant une incidence sur plusieurs pays devraient être considérés comme des « biens publics régionaux ». Bien que la coopération régionale constitue une démarche pratique et logique pour tenter de corriger ces problèmes, la région de la CESAP n'y a eu recours que très rarement. L'étude thématique identifie plusieurs domaines où la coopération régionale pourrait s'exercer de manière concrète, et certains d'entre eux sont développés ci-dessous.

66. *Mécanismes régionaux visant à accroître les investissements dans le secteur de la santé* : nombre de pays de l'Asie et du Pacifique n'ont pas les capacités nécessaires pour générer à l'interne les ressources nécessaires à la réalisation des OMD en matière de santé et à l'offre de prestations de base à toute la population. Ils devront donc mobiliser d'importants financements extérieurs. La région doit investir massivement dans les infrastructures de santé, les ressources humaines et les fournitures médicales. Les sommes requises uniquement pour la modernisation et l'entretien des infrastructures ont été estimées à plus de 100 milliards de dollars entre 2007 et 2015. Les mécanismes actuels de coordination de l'aide publique au développement et des autres formes d'assistance extérieure au secteur de la santé n'ont pas eu l'effet recherché, et il convient donc de rechercher de nouvelles formules et de nouvelles sources de financement de la santé dans la région.

67. *Mécanisme de recherche sur les systèmes de santé* : il faut impérativement définir un programme de recherche sur le fonctionnement des systèmes de santé dans la région Asie-Pacifique, en particulier sur leur financement, les modalités de l'offre, l'efficacité, la qualité et l'équité des services de santé. À ce jour, la recherche sur les systèmes de santé n'a guère suscité d'intérêt dans la région. Cela tient à une combinaison de facteurs, dont le peu d'empressement à financer de telles recherches, le manque de capacités et l'absence de prise de conscience de son importance. Il convient de remédier à cette lacune en créant un mécanisme régional d'étude des systèmes de santé afin de rassembler, dans les pays de la région, les informations nécessaires au renforcement de ces systèmes.

68. Ce mécanisme régional pourrait avoir pour objectif d'appuyer et de promouvoir des politiques sanitaires fondées sur des bases factuelles, moyennant une analyse approfondie des systèmes de santé et des facteurs ayant une incidence sur leur fonctionnement. Il permettrait d'aborder une multitude de questions présentant un intérêt pour les pays de la région, et favoriserait la création de capacités de recherche et d'analyse des politiques d'intervention. La conception et l'exécution des recherches pourraient donner lieu à des partenariats avec les pouvoirs publics, les organismes internationaux et les institutions de recherche travaillant dans le domaine de la santé, et favoriseraient la mise en commun des expériences pour faciliter l'élaboration des politiques. Ce mécanisme ferait appel aux compétences d'une large gamme d'universitaires, de décideurs politiques et d'experts pour déceler les tendances à l'œuvre dans le secteur de la santé, et suggérer des réformes.

69. D'autres domaines se prêtant bien à la coopération régionale ont été développés dans l'étude thématique, notamment :

- a) promouvoir une couverture sanitaire généralisée ;
- b) engager une surveillance efficace des maladies transmissibles ;
- c) adopter des mesures régionales pour garantir l'accès aux médicaments à un prix abordable ;
- d) optimiser les retombées du commerce des services sanitaires

70. Il ne fait aucun doute qu'une collaboration régionale accrue permettrait d'accélérer les progrès en vue de la réalisation des OMD dans le secteur de la santé, et de s'atteler à l'immense pauvreté qui sévit dans la région. La collaboration permettrait de circonvenir les différences considérables de développement. Elle permettrait par ailleurs de mobiliser les forces vives de la région pour élaborer des stratégies à même de relever ces défis et de lever les ressources nécessaires à leur mise en œuvre. Tarder à mettre en place cette coopération régionale pourrait entraîner des surcoûts et la perte de possibilités d'intervention.

- - - - -