



mars 2002 - Macroéconomie et santé

Document

Investir dans la santé pour le développement économique

Partie 1

Combat publie le résumé d'orientation du rapport "*Macroéconomie et santé : investir dans la santé pour le développement économique*" que la Commission Macroéconomie et Santé de l'Organisation Mondiale de la Santé a remis le 20 décembre dernier. Présenté par le Professeur Jeffrey D. Sachs, Président de la Commission, au Docteur Gro Harlem Brundtland, Directeur général de l'OMS, il donne de solides arguments à tous ceux qui considèrent qu'**investir dans la santé** est non seulement une obligation morale, mais **peut être économiquement efficace**.

Il est possible de sauver chaque année 8 millions de personnes des maladies qui dévastent les pays pauvres tout en favorisant le développement économique. A ceux qui pensent que les progrès sanitaires viendront après un - hypothétique - développement économique, ce rapport apporte la démonstration inverse : la mobilisation de moyens en faveur de la santé est un puissant facteur de développement.

Aux gouvernements et aux acteurs sociaux qui considèrent le domaine de la santé comme un enjeu secondaire dont les budgets sont à réduire par une gestion comptable des dépenses de santé, il offre un sérieux démenti. Parfois difficile, cette lecture "compacte" est néanmoins fort enrichissante. La rédaction

La Commission Macroéconomie et Santé a été mise sur pied en janvier 2000 par le Dr Gro Harlem Brundtland, Directeur général de l'Organisation Mondiale de la Santé, pour déterminer la place de la santé dans le développement économique mondial. Même si nul ne conteste que la santé est à la fois un objectif central et une retombée non négligeable du développement, l'importance d'investir dans la santé pour promouvoir le développement économique et faire reculer la pauvreté est en revanche beaucoup moins bien comprise. Nous avons constaté qu'en donnant aux populations pauvres du monde accès à des services de santé essentiels, notamment à quelques interventions spécifiques, on pourrait sauver chaque année des millions de vies, combattre la pauvreté, favoriser le développement économique et promouvoir la sécurité internationale.

Le présent rapport propose une nouvelle stratégie d'investissement dans la santé pour le développement économique, particulièrement dans les pays les plus pauvres du monde, sur la base d'un nouveau partenariat mondial associant pays en développement et pays développés. Des mesures audacieuses prises en temps voulu permettraient de sauver au moins 8 millions de vie chaque année d'ici la fin de la décennie, tout en prolongeant l'espérance de vie, en accroissant la productivité et en favorisant le bien-être économique des groupes défavorisés.

Cet effort exige deux importantes initiatives : un développement massif des ressources consacrées à la santé par les pays pauvres comme par les donateurs ; et l'élimination des obstacles autres que financiers qui empêchent les pays pauvres d'assurer des services de santé. Nous sommes convaincus que le surcroît d'investissements en santé - qui représente pour les donateurs environ un dixième

d'un pour cent de leur revenu national - serait plus que rentabilisé du fait des millions de vies sauvées chaque année, de l'accélération du développement économique et du renforcement de la sécurité internationale. Faute d'un tel effort concerté, il sera impossible d'atteindre les objectifs de développement pour le millénaire par lesquels la communauté mondiale s'est engagée à améliorer les conditions de vie des déshérités.

A bien des égards, l'ampleur des efforts requis pour passer à l'échelle supérieure s'explique par les niveaux de revenus extrêmement faibles dans les pays concernés, et donc par les montants dérisoires qu'ils consacrent aujourd'hui à la santé, ainsi que par les sommes nécessaires pour garantir ne serait-ce qu'un niveau minimal de dépenses de santé. Une action ambitieuse ne saurait se limiter au secteur de santé, et c'est pourquoi les auteurs du rapport insistent sur l'importance d'une aide accrue en faveur des pays les plus pauvres du monde d'une façon plus générale. C'est, selon nous, de la plus haute importance, au moment même où l'on prend mieux conscience de la nécessité d'atténuer les tensions et les inégalités qui accompagnent la mondialisation.

Nous exhortons la communauté internationale à saisir les possibilités d'action pendant l'année à venir en développant massivement l'accès des populations pauvres aux services de santé essentiels. Par des décisions audacieuses en 2002, le monde pourrait instaurer entre riches et pauvres un partenariat inégalé, en faisant le don de la vie à des millions de déshérités et en prouvant à tous les sceptiques que la mondialisation peut être mise au service de l'humanité tout entière.

Technologie et politique ont rapproché les pays comme jamais auparavant. La mondialisation peut avoir d'énormes retombées, du fait de l'intensification des échanges d'idées, de cultures, de techniques salvatrices et de procédés de production, mais elle est mise en accusation, d'un côté parce que des centaines de millions de pauvres n'en bénéficient pas et, de l'autre, parce qu'elle engendre de nouveaux défis planétaires : des désordres dans une région du monde peuvent en effet s'étendre rapidement à une autre, qu'il s'agisse de terrorisme, de conflit armé, de dégradation de l'environnement ou de maladies (on en a un exemple avec la propagation catastrophique du SIDA dans le monde en l'espace d'une génération).

Les responsables politiques du monde entier ont pris conscience de cette interdépendance planétaire et l'ont affirmé dans des déclarations où ils s'engageaient solennellement à améliorer les conditions de vie des pauvres d'ici 2015. En adoptant en septembre 2000 les objectifs de développement pour le millénaire, le Sommet du Millénaire réuni par l'Organisation des Nations Unies plaidait en faveur d'un recul massif de la pauvreté et d'améliorations sensibles de la situation sanitaire des populations pauvres. S'il est possible d'atteindre ces objectifs, cela ne se fera pas automatiquement. En fait, compte tenu de la trajectoire actuelle, ils ne se concrétiseront que pour une petite frange des pauvres du monde. Pour ce faire, il faudra une détermination à agir, une volonté politique et un transfert durable et ciblé de ressources suffisantes des pays riches vers les pays pauvres.

En un sens, l'importance des objectifs de développement pour le millénaire en santé n'a pas besoin d'être démontrée. Améliorer l'état de santé et l'espérance de vie des pauvres est une fin en soi, un but fondamental du développement économique. Mais c'est aussi un moyen d'atteindre les autres objectifs de développement liés à la lutte contre la pauvreté. Les liens entre santé, recul de la pauvreté et la croissance économique à long terme sont étroits, beaucoup plus étroits qu'on ne le pense généralement. La charge de morbidité dans certaines régions à faible revenu, en particulier l'Afrique subsaharienne, est un obstacle redoutable à la croissance économique et il faut donc l'affronter sans hésiter en s'aidant d'une stratégie de développement globale. La pandémie de SIDA est un défi inouï qui, par son urgence et son intensité, n'a pas de précédent. A elle seule, cette épidémie risque de compromettre le développement de l'Afrique pour toute une génération et pourrait entraîner des dizaines de millions de décès en Inde, en Chine et dans d'autres pays en développement si l'on ne redouble pas d'efforts.

Notre rapport s'intéresse surtout aux pays à faible revenu et aux populations pauvres vivant dans les pays à revenu intermédiaire. Les pays à faible revenu peuplés de 2,5 milliards de gens - et en particulier les pays d'Afrique au sud du Sahara, avec leurs 650 millions d'habitants - font état d'une espérance de vie bien inférieure et de taux de mortalité ajustés

sur l'âge bien supérieurs à ce qu'ils sont dans le reste du monde. Les chiffres sont les mêmes pour les populations pauvres de pays à revenu intermédiaire comme la Chine. Pour faire reculer ces taux de mortalité effrayants, les toutes premières priorités en santé publique restent la lutte contre les maladies transmissibles et l'amélioration de la santé maternelle et infantile. Les principales causes de décès évitables dans les pays à faible revenu sont le VIH/SIDA, le paludisme, la tuberculose, les maladies infectieuses de l'enfant, les pathologies maternelles et périnatales, les carences en micronutriments et les maladies liées au tabac. Avec la maîtrise de ces maladies, conjuguée au développement des programmes de planification familiale, les familles défavorisées pourraient non seulement vivre en bonne santé plus longtemps et plus productivement, mais aussi choisir d'avoir moins d'enfants, tout en sachant que leurs enfants survivront, ce qui leur permettrait d'investir davantage dans l'éducation et la santé de chaque enfant. Quant aux femmes, étant donné le fardeau très lourd que font peser sur elles certaines de ces pathologies, de telles mesures viendraient particulièrement améliorer leur situation. Les améliorations en santé se traduiraient par une hausse des revenus, une intensification de la croissance économique et un ralentissement de la croissance démographique.

Si nous nous intéressons avant tout aux maladies transmissibles ainsi qu'à la santé maternelle et périnatale, nous ne négligeons pas pour autant les maladies non transmissibles qui revêtent une grande importance pour tous les pays en développement ; dans de nombreux pays à revenu intermédiaire, la mortalité par maladies transmissibles a déjà beaucoup diminué, de sorte que les maladies non transmissibles deviennent peu à peu la priorité numéro 1. Bon nombre des maladies non transmissibles, notamment les maladies cardiovasculaires, le diabète, les maladies mentales et le cancer, peuvent être maîtrisées grâce à des interventions relativement peu coûteuses, en particulier des mesures préventives axées sur le régime alimentaire, l'usage du tabac ou le mode de vie. Notre perspective mondiale quant aux priorités doit être complétée par une analyse où chaque pays définira ses propres priorités sanitaires à partir de données épidémiologiques détaillées régulièrement mises à jour. Plaider en faveur de systèmes de santé fondés sur les résultats implique d'autre part la capacité de s'attaquer à d'autres problèmes que nous n'avons pas évoqués en détail ici, comme la prise en charge pour un coût modique des maladies mentales, du diabète et des crises cardiaques. La réalité des faits donne également à penser que les méthodes requises pour développer le système de santé afin d'assurer des interventions orientées vers les maladies transmissibles et la santé génésique permettront également d'améliorer la prise en charge des maladies non transmissibles.

La possibilité de concrétiser les objectifs de développement pour le millénaire dans les pays à faible revenu est dans l'ensemble mal évaluée. Dans le débat qu'elle suscite, il y a d'un côté les optimistes qui pensent que les objectifs sanitaires se réaliseront d'eux-mêmes, en tant que retombée quasi-automatique de la croissance économique. Avec des taux de mortalité parmi les moins de cinq ans qui se situent à 159 pour 1000 naissances dans les pays à faible revenu, contre 6 pour 1000 dans les pays à revenu élevé, ces optimistes radieux pensent que c'est une question de temps et que les taux de mortalité des pays à faible revenu rejoindront ceux des pays riches. Ils ont tort pour deux raisons. Tout d'abord, la charge de morbidité va ralentir la croissance économique censée résoudre les problèmes de santé ; ensuite, si la croissance économique est forte, elle est cependant très loin de suffire. Pour un même niveau de revenu, les indicateurs sanitaires varient énormément. Les faits laissent penser que 73 pays sont loin de réunir les conditions nécessaires à la concrétisation des objectifs de développement pour le millénaire en ce qui concerne la mortalité infantile (66 sont dans le même cas pour la mortalité infanto-juvénile). On ne pourra réduire la charge de morbidité conformément aux objectifs de développement pour le millénaire que s'il existe une stratégie globale concertée pour donner aux pauvres du monde plus largement accès aux services de santé essentiels.



De l'autre côté campent les pessimistes, qui sous-estiment les progrès considérables réalisés dans le domaine de la santé (à l'exception notable du VIH/SIDA) par la plupart des pays à faible revenu et pensent que ce lourd reliquat de maladie est une retombée de systèmes de santé corrompus et désorganisés au-delà de tout espoir dans des pays à faible revenu mal gouvernés. Cette autre vision est elle aussi lourde de malentendus et d'exagérations. Les données épidémiologiques livrent un message crucial : l'essentiel de la charge excessive de morbidité est dû à relativement peu de pathologies identifiables qui se prêtent chacune à des interventions sanitaires aptes à améliorer spectaculairement la situation et réduire le nombre des décès associés à ces pathologies. Le problème est que ces interventions n'atteignent pas les déshérités - en partie pour des raisons de corruption, de mauvaise gestion ou de déficience du secteur public ; toutefois, dans la plupart des pays, il se pose un problème plus fondamental auquel on peut remédier. Les pauvres n'ont - pas plus que leur gouvernement - les moyens financiers d'accéder à ces interventions essentielles. Dans bien des cas, les programmes de santé publique n'ont pas été revus pour tenir compte des pathologies et des interventions évoquées ici.

La Commission recommande avant tout que les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire, en association avec les pays à revenu élevé, donnent aux pauvres plus largement accès aux services de santé essentiels, en s'attachant à certaines interventions. Les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire s'engageraient à fournir eux-mêmes un complément de ressources financières, à assurer la direction politique et la transparence voulues et à mettre en place des mécanismes de participation communautaire et de rigueur comptable pour que des systèmes de santé bien financés et puissent œuvrer dans de bonnes conditions à la solution des grands problèmes de santé. Les pays à revenu élevé s'engageraient dans le même temps à fournir une aide financière beaucoup plus importante sous forme de subventions, en particulier pour les pays qui ont le plus urgemment besoin d'aide et sont concentrés en Afrique au sud du Sahara. Ils décideraient que ce ne doit pas être l'absence de fonds de la part des donateurs qui limite la capacité à assurer des services de santé aux populations les plus pauvres du monde.

Le partenariat devrait se développer progressivement : les interventions dans les pays à faible revenu créeraient les conditions d'un financement des donateurs, celui-ci créant par son ampleur le cadre financier concret d'un système de santé beaucoup plus large et plus efficace où un seul et même programme ferait l'objet de bilans, d'évaluations et de vérifications fréquentes et de corrections à mi-parcours. On éliminerait ainsi le problème de l'œuf et de la poule consistant à décider s'il faut commencer par les réformes ou par le financement des donateurs, car les bailleurs de fonds tout comme les bénéficiaires reconnaîtraient honnêtement qu'il faut à la fois un financement et des réformes à chaque étape et que les deux doivent être garantis par un partenariat étroit. Pour les pays à revenu intermédiaire inférieur où beaucoup de gens sont pauvres, l'une des tâches primordiales du gouvernement serait de mobiliser des ressources supplémentaires pour financer des interventions prioritaires permettant d'atteindre les groupes défavorisés.

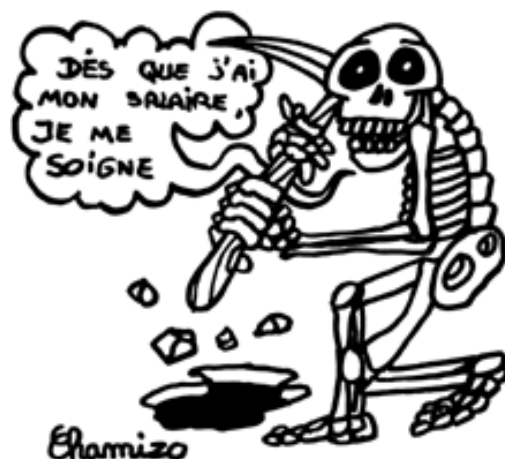
Engager massivement des ressources financières supplémentaires en faveur de la santé, aux

niveaux national et international, est sans doute une condition nécessaire pour faire passer les interventions sanitaires à l'échelle supérieure, mais la Commission reconnaît qu'une telle mesure ne sera pas suffisante. L'expérience montre, s'il en était besoin, que l'engagement politique et administratif de la part des donateurs comme des pays est la clé du succès. Pour mettre en place des systèmes de santé qui soient à l'écoute des usagers, notamment des populations pauvres difficiles à atteindre, il faut procéder à des choix délicats sur le plan politique et rigoureux sur le plan administratif. Certains problèmes, par exemple la place relative à accorder aux besoins sanitaires des nantis et à ceux des pauvres, relèvent du secteur de la santé, mais d'autres, par exemple savoir si les systèmes de budget et d'achat du secteur public fonctionnent ou s'il existe un bon encadrement et une transparence locale de la prestation des services publics, relèvent de la gestion publique. On retrouve au fond des questions plus fondamentales de gouvernance, de conflit et d'importance relative du développement et de la lutte contre la pauvreté dans les priorités nationales.

La Commission est consciente de l'importance de ces problèmes, parmi d'autres, et elle les analyse de façon approfondie dans plusieurs parties du rapport. Pour réussir, il faudra une forte impulsion politique et un engagement sans faille de la part des pays qui peuvent apporter des ressources de même que des pays en développement - dans le secteur privé et public tout comme dans la société civile. Il faut que les rapports entre donateurs et bénéficiaires s'inscrivent dans un climat de franchise, de confiance et de respect. Le succès exige des efforts spéciaux précisément dans les contextes où la situation sanitaire est la plus difficile et où le secteur public est déficient. Les donateurs ne devraient pas compter leur appui pour aider à éliminer ces obstacles. Mais, si les pays ne veulent pas faire un effort sérieux ou si les fonds sont mal gérés, la prudence et le souci de crédibilité imposent de ne pas fournir de financement massif. Même dans ces cas, l'expérience montre toutefois que l'aide des donateurs peut faire beaucoup en aidant à renforcer les capacités locales et en associant la société civile et les ONG. C'est un enjeu de taille mais aussi un objectif dont la pertinence stratégique est plus grande que jamais. Les autorités et les dirigeants qui aideront à encourager et approfondir ces actions apporteront un antidote certain au désespoir et à la haine que peut engendrer la pauvreté.

La Commission s'est tout particulièrement demandé si les pays à faible revenu pourraient se permettre de financer sur leurs fonds propres les systèmes de santé en éliminant les gaspillages dans le domaine de la santé comme dans d'autres. Notre réponse est claire : la pauvreté elle-même constitue un formidable obstacle financier, même s'il y a des gaspillages à éliminer. Il est certain que les pays pauvres devraient améliorer la gestion de leur secteur de la santé, rééquilibrer les différents programmes dans ce secteur et accroître les montants consacrés à la santé même si leur budget est limité. Nous pensons qu'il est possible pour les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire d'augmenter en moyenne les crédits budgétaires consacrés à la santé de 1 % du PNB d'ici 2007 et de 2 % du PNB d'ici 2015 par rapport aux niveaux actuels, même s'il s'agit là d'une prévision optimiste compte tenu de l'acuité de besoins concurrentiels face à des ressources publiques limitées. D'autre part, les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire pourraient faire davantage pour que les dépenses publiques et privées actuelles soient plus équitables et plus efficaces.

Les dépenses publiques devraient être mieux ciblées sur les pauvres, les priorités étant fixées compte tenu des faits épidémiologiques et économiques. Dans certains cas, les dépenses privées prises en charge par les usagers pourraient être remplacées par des systèmes de financement communautaire prépayés. Or, pour les pays à faible revenu, il y a encore entre moyens et besoins financiers un fossé que la communauté internationale des donateurs ne viendra combler que s'il y a des chances d'atteindre les objectifs de développement pour le millénaire.



Dans la plupart des pays à revenu intermédiaire, les dépenses de santé moyennes par habitant sont déjà suffisantes pour assurer une couverture universelle des interventions essentielles, mais celles-ci ne touchent qu'une minorité de gens pauvres. Le phénomène d'exclusion est souvent concentré dans certaines régions (par exemple les zones rurales de l'ouest de la Chine ou du nord-est du Brésil) ou dans certaines minorités ethniques. Quoi qu'il en soit, les dépenses du secteur public consacrées à la santé ne prennent pas suffisamment en compte les besoins des pauvres. De plus, étant donné que, dans de nombreux pays à revenu intermédiaire, une grande partie de la population n'est pas assez protégée sur le plan financier, des dépenses médicales catastrophiques contribuent souvent à la paupérisation des ménages. Vu les conséquences préjudiciables d'un mauvais état de santé sur le développement économique et la lutte contre la pauvreté, nous invitons instamment les pays à revenu intermédiaire à entreprendre des réformes budgétaires et organiques pour veiller à ce que les interventions sanitaires prioritaires touchent l'ensemble de leur population. Nous sommes également convaincus que la Banque mondiale et les banques régionales de développement peuvent, moyennant des financements octroyés à des conditions normales, aider ces pays à passer en quelques années à une couverture universelle des services de santé essentiels.

La Commission a examiné les impératifs en matière d'organisation que suppose un changement d'échelle et les principaux obstacles à surmonter. Fort heureusement, les interventions indispensables évoquées ici n'exigent pas dans l'ensemble de moyens techniques démesurés. Peu d'entre elles font appel à des hôpitaux. La plupart peuvent être menées dans des centres de santé, dans de petites structures que nous appelons postes de santé ou par des services à la périphérie émanant de ces structures. Nous qualifions collectivement ce système de proche des usagers, et il faut lui donner la priorité pour que ces interventions soient accessibles à tous. Mettre en place un bon système proche des usagers n'est pas chose aisée. Il faut impérativement une capacité de direction au niveau national, conjuguée à des capacités et à une volonté de transparence au niveau local. Il faudra pour cela de nouveaux engagements politiques, de meilleures capacités d'organisation et d'encadrement au niveau local et aux échelons supérieurs ainsi qu'une plus grande transparence des services publics et de la budgétisation - avec dans tous les cas un financement plus important. Ces mesures doivent s'appuyer sur une solide surveillance et des capacités d'action communautaire si l'on veut être à l'écoute des déshérités, assurer la transparence des services locaux et veiller à ce que les familles tirent pleinement parti des services dispensés.

Quelques initiatives mondiales lancées récemment contre certaines maladies, notamment la tuberculose, la lèpre, la dracunculose et la maladie de Chagas, ont réussi à assurer des interventions de qualité et, dans certains cas, à faire évoluer les mentalités et les comportements dans des contextes très difficiles sur une base géographique très large. Ce qui caractérise ces initiatives, c'est qu'elles comportent des systèmes rigoureux de suivi, d'évaluation, de notification et de contrôle financier qui permettent de vérifier que les objectifs sont atteints, que les problèmes sont repérés et résolus et qu'il est pleinement rendu compte de l'usage des fonds. On dispose ainsi d'une somme de plus en plus grande de connaissances sur le degré de progrès accompli ainsi que sur les stratégies opérationnelles et gestionnaires qui contribuent au succès. Les enseignements tirés de ces expériences peuvent être utiles sur le plan pratique, en particulier pour l'organisation d'interventions proches des usagers.



Dans la plupart des pays, un système proche des usagers supposerait un dosage de prestataires publics et privés de services de santé dont l'Etat garantirait le financement. Le gouvernement peut soit créer et gérer directement les unités de service, soit passer des contrats de services avec des prestataires travaillant dans un but lucratif ou non. Comme ces dernières années les systèmes de santé publique des pays pauvres se sont avérés très démunis sur le plan de l'organisation et des finances, il s'est développé un important secteur sanitaire non gouvernemental qui s'appuie sur des praticiens privés, des praticiens affiliés à des groupes confessionnels et des organisations non gouvernementales. Cette multitude de prestataires est favorable à la concurrence et constitue une soupape de sécurité en cas de panne du système public. C'est aussi un fait accompli dans presque tous les pays pauvres.

Une bonne stratégie mondiale en faveur de la santé consiste aussi à investir dans de nouveaux savoirs. L'un des domaines déterminants à cet égard est la recherche opérationnelle sur les protocoles de traitement dans les pays à faible revenu. Il y a encore beaucoup à apprendre sur ce qui fonctionne et ne fonctionne pas, et pour quelles raisons, dans bon nombre de ces pays, particulièrement là où les interventions n'ont jusqu'ici pas été appliquées ou documentées. Même lorsque les techniques fondamentales de lutte contre la maladie sont explicites et universellement applicables, il se pose dans chaque contexte local des problèmes spéciaux de logistique, d'observance, de posologie, de distribution et de formulation pharmaceutique que la recherche opérationnelle au niveau local doit aider à résoudre. Nous recommandons que les projets de pays affectent régulièrement au moins 5 % de toutes les ressources à des activités de recherche opérationnelle afin d'étudier les questions d'efficacité, l'optimisation des protocoles de traitement, les aspects économiques des différentes possibilités d'intervention, les modes de prestation ainsi que les préférences des patients et de la population.

Il faut d'autre part investir de toute urgence dans la quête de nouvelles techniques ou l'amélioration de celles qui existent pour lutter contre les maladies les plus meurtrières. Les récents progrès de la génomique, par exemple, devraient bientôt déboucher sur la mise au point de vaccins contre le paludisme et le VIH/SIDA et assurer une protection contre la tuberculose pendant toute la vie. Mais la science ne livre pas tous ses secrets et l'issue est incertaine. Les faits donnent à penser que d'importants investissements dans la recherche pourraient avoir des retombées sociales bien supérieures à celles d'aujourd'hui. Que l'on trouve ou non les vaccins souhaités, il faudra certainement de nouveaux médicaments étant donné l'apparition constante de souches pharmacorésistantes de micro-organismes pathogènes. La Commission demande donc un accroissement important du financement de la recherche-développement au niveau mondial sur les maladies qui représentent le plus lourd fardeau pour les déshérités. Nous attirons particulièrement l'attention sur les maladies concentrées dans les pays pauvres et pour lesquelles les marchés des pays riches n'offrent que peu d'incitation de recherche-développement puisque les cas y sont relativement peu nombreux. Nous insistons d'autre part sur la nécessité de faire de la recherche en santé génésique - par exemple, pour mettre au point de nouveaux microbicides susceptibles d'interrompre la transmission du VIH/SIDA et pour améliorer la prise en charge des problèmes obstétricaux potentiellement mortels.

Mais il faut aussi investir davantage dans d'autres savoirs. Il faut développer la recherche fondamentale et appliquée en sciences biomédicales et sanitaires dans les pays à faible revenu, en même temps qu'intensifier les travaux de recherche-développement sur certaines maladies. L'état des connaissances épidémiologiques (déterminer qui souffre et meurt de quelle maladie) doit être approfondi grâce à l'amélioration de la surveillance et des systèmes de notification. En santé publique, ce savoir est l'un des outils essentiels pour la lutte contre les maladies. La surveillance est également vitale pour le combat contre de nombreuses maladies non transmissibles comme les maladies mentales, contre les effets de la violence et les accidents, et contre la montée rapide du tabagisme et des maladies liées à l'alimentation/la nutrition. Enfin, il faut un système de conseil et de formation bien plus perfectionné pour tous les pays à faible revenu, de façon à pouvoir transposer les leçons tirées de l'expérience dans un pays. La diffusion internationale des nouveaux savoirs et des "meilleures pratiques" est l'un des éléments moteurs du passage à l'échelle supérieure et c'est une responsabilité centrale d'instances comme l'Organisation mondiale de la Santé ou la Banque mondiale ; c'est aussi un but désormais plus facile à atteindre grâce aux méthodes peu coûteuses aujourd'hui disponibles sur l'Internet.

(suite en partie 2)

Organisation Mondiale de la Santé

Ce document est publié avec l'aimable autorisation de la Commission Macroéconomie et Santé. Il est accessible, ainsi que l'ensemble des documents relatifs au travail de la Commission sur le site Internet de l'OMS.

Avertissement de l'OMS : Les appellations employées dans cette publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part du Secrétariat de l'Organisation Mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. La mention de firmes et de produits commerciaux n'implique pas que ces firmes et produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation Mondiale de la Santé de préférence à d'autres. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

Page d'origine : www.reseauvoltaire.net/article8927.html

La guerre contre la maladie demande non seulement des moyens financiers, une technologie suffisante et un engagement politique, mais aussi une stratégie, des axes opérationnels de responsabilité et la capacité d'apprendre tout au long du processus. C'est pourquoi la Commission s'est tout particulièrement attachée à analyser les aspects organisationnels du développement massif des interventions sanitaires avec l'aide des donateurs dans les pays à faible revenu. Nous avons commencé par prendre note des changements qui seront nécessaires dans les pays eux-mêmes. Après tout, c'est là où vivent les gens pauvres que les interventions sanitaires essentielles sont assurées. Le passage à l'échelle supérieure doit donc commencer par l'organisation du système de prestations proche des usagers au niveau local. Là, le rôle de la participation communautaire et plus généralement de la mobilisation d'un large partenariat du secteur public et privé et de la société civile est crucial. Un système proche des usagers doit également s'appuyer sur des programmes nationaux de lutte contre certaines grandes maladies, comme le paludisme, le VIH/SIDA ou la tuberculose. Ces programmes ciblés ont d'énormes avantages s'ils sont bien intégrés dans les services de santé communautaires, parce qu'ils permettent de mobiliser des groupes de compétences qui ne sont pas disponibles au niveau communautaire, de susciter une attention et un financement publics, de canaliser les énergies politiques et de garantir la transparence du secteur public en vue de résultats précis.

Puisque le passage à l'échelle supérieure exigera une augmentation sensible des financements internationaux, il faut impérativement instaurer un partenariat efficace entre donateurs et pays bénéficiaires fondé sur la confiance mutuelle et la performance. A cet égard, il faut revoir les mécanismes de financement des donateurs, un aspect que le système international a pris en compte ces trois dernières années puisqu'il a introduit un nouveau cadre de lutte contre la pauvreté fondé sur un document de stratégie. Les premiers résultats de son application sont prometteurs, et la Commission approuve ce nouveau processus. Une attaque concertée contre la maladie dans le sens que nous recommandons aidera à assurer le succès de cette nouvelle approche des relations entre donateurs et bénéficiaires. Le cadre de lutte contre la pauvreté comporte plusieurs points forts : 1) amélioration des conditions d'annulation de la dette ; 2) rôle directeur des pays dans la préparation de la stratégie nationale ; 3) prise en compte explicite de la société civile à chaque étape du processus ; 4) approche globalisante de la lutte contre la pauvreté ; 5) meilleure coordination entre donateurs pour parvenir aux buts fixés par les pays. Tous ces éléments sont importants et même vitaux pour le succès de l'initiative de santé proposée ici. Si les pays veulent recueillir les fruits de l'application du cadre, ils doivent établir un calendrier de financement durable et un plan d'investissement en santé qui feront partie intégrante du cadre stratégique de lutte contre la pauvreté pour ce qui est de la santé.

Tout en préconisant de développer très nettement les investissements dans le secteur de la santé proprement dit, nous insistons sur la nécessité de procéder à des investissements complémentaires dans les domaines qui conditionnent le recul de la pauvreté (notamment par leurs effets sur la santé). Il s'agit en particulier de l'éducation, de l'eau et de l'assainissement ainsi que de l'amélioration de l'agriculture. L'éducation, par exemple, est l'un des principaux déterminants de l'état de santé, de même que la santé est l'un des principaux déterminants du niveau d'instruction. C'est quand ils sont associés que les investissements dans ces divers secteurs donnent les meilleurs résultats - un aspect que souligne le processus stratégique de lutte contre la pauvreté. Nous n'avons toutefois pas établi d'estimations des coûts en dehors du secteur de la santé.

Dans le cadre de la stratégie de lutte contre la pauvreté, la Commission recommande que chaque pays en développement crée à titre temporaire une commission nationale Macroéconomie et Santé ou une instance équivalente, dirigée conjointement par le ministre de la Santé et le ministre des Finances et composée de représentants de la société civile, afin d'organiser et de diriger la tâche du passage à l'échelle supérieure.

Chaque commission évaluerait les priorités nationales de la santé, fixerait une stratégie pour développer sur plusieurs années la couverture des services de santé essentiels, compte tenu des synergies avec d'autres secteurs déterminants pour la santé, et garantirait la cohérence avec le cadre de politique macroéconomique. Le plan serait lié à l'octroi sous forme de subventions d'une assistance internationale nettement plus importante. Les commissions nationales travailleraient avec l'OMS et la Banque mondiale pour établir une base épidémiologique, des cibles opérationnelles quantifiées et un plan de financement à moyen terme. Chaque commission devrait achever ses travaux en deux ans, d'ici fin 2003. Nous recommandons que chaque pays définisse un programme général d'"interventions essentielles" dont la couverture universelle serait garantie par un financement public (auquel s'ajouterait un financement des donateurs). Quatre grands critères pourraient être appliqués au choix de ces interventions essentielles : 1) elles doivent être techniquement efficaces et pouvoir être menées à bien ; 2) les maladies qu'elles visent imposent un lourd fardeau à la société, compte tenu aussi bien des maladies individuelles que de leurs retombées sociales (par exemple épidémies et impacts économiques négatifs) ; 3) leurs avantages sur le plan social doivent être supérieurs à leur coût (les avantages comprenant les années de vie sauvées et des retombées comme la diminution du nombre d'orphelins ou l'accélération de la croissance économique) ; enfin, 4) les besoins des pauvres doivent être prioritaires.



Selon nos estimations, les interventions essentielles préconisées ici contre les maladies infectieuses et les carences nutritionnelles devraient en principe permettre de sauver d'ici 2010 environ 8 millions de vies par an - principalement dans les pays à faible revenu. La Commission Macroéconomie et Santé a calculé le coût de l'élargissement de la couverture de ces interventions, y compris le coût général de l'expansion et de la supervision du système, pour tous les pays dont le PNB par habitant était en 1999 inférieur à 1200 dollars, ainsi que pour les quelques pays restants de l'Afrique subsaharienne dont le revenu est supérieur à 1200 dollars. Le total des dépenses annuelles de santé pour ce groupe de pays augmenterait de 57 milliards de dollars d'ici 2007 et de 94 milliards de dollars d'ici 2015. Les pays de ce groupe engageraient 35 milliards de dollars supplémentaires par an d'ici 2007 et 63 milliards de dollars supplémentaires par an d'ici 2015. Les donateurs, quant à eux, financeraient par des subventions un montant supplémentaire de 22 milliards de dollars par an d'ici 2007 et 31 milliards de dollars par an d'ici 2015. Actuellement, l'aide publique au développement (APD) est de l'ordre de 6 milliards de dollars. L'ensemble des dépenses des donateurs, y compris les programmes dans les pays et la fourniture de biens

publics au niveau mondial, s'élèverait à 27 milliards de dollars en 2007 et 38 milliards de dollars en 2015. Ce financement accru des donateurs en Résumé d'orientation faveur de la santé viendrait s'ajouter aux transferts d'aide actuels, puisqu'il faudra en même temps accroître l'assistance dans bien d'autres domaines que celui de la santé.

La plupart de l'aide des donateurs serait axée sur les pays les moins avancés, qui ont le plus besoin de subventions pour développer la couverture des services de santé. Pour ces pays, le total des dépenses annuelles de santé augmenterait de 17 milliards de dollars d'ici 2007 et de 29 milliards de dollars d'ici 2015 par rapport à 2002. Vu les très faibles revenus dans ces pays, il serait toutefois difficile de mobiliser des ressources suffisantes pour répondre aux besoins, puisqu'elles augmenteraient de 3 milliards de dollars d'ici 2007 et de 9 milliards de dollars d'ici 2015. Le déficit serait comblé par les 20 dollars d'ici 2015. Le déficit serait comblé par les donateurs, dont l'aide sous forme de subventions s'élèverait à 14 milliards de dollars par an en 2007 et 21 milliards de dollars par an en 2015. Nous notons d'autre part que, sur le plan régional, c'est l'Afrique qui recevrait la plus grande partie de l'aide des donateurs, compte tenu de la pauvreté et de la forte prévalence des maladies sur le continent africain. La prévention du SIDA et la prise en charge des malades représenteraient environ la moitié de l'ensemble des coûts du passage à l'échelle supérieure.

Pour saisir ce que représentent ces sommes, il n'est pas inutile d'examiner les coûts des interventions sanitaires par habitant. On constate qu'en moyenne, la série d'interventions essentielles coûte environ 34 dollars par personne et par an, ce qui est une somme très modique, surtout si on la compare à une dépense moyenne par habitant pour la santé de plus de 2000 dollars par an dans les pays à revenu élevé. Les pays les moins avancés peuvent mobiliser environ 15 dollars par personne et par an d'ici 2007 (près de 5 % du revenu par habitant). Le déficit est donc de 19 dollars par personne et par an. Avec 750 millions d'habitants dans les pays les moins avancés en 2007, on arrive à un chiffre proche de 14 milliards de dollars. Les autres pays à faible revenu peuvent mobiliser en moyenne à peu près 32 dollars par personne (là encore, plus ou moins 5 % du revenu par habitant). Certains de ces pays auront besoin de l'aide des donateurs pour atteindre l'impératif de 34 dollars par personne, mais d'autres pourront s'en passer. Les autres pays à faible revenu auront à eux tous en 2007 une population d'environ 2 milliards d'habitants et, si on procède à un calcul pays par pays, il leur faudra à peu près 3 dollars par habitant en moyenne pour combler le déficit de financement, si bien que le niveau total d'aide nécessaire de la part des donateurs représente approximativement 6 milliards de dollars. Les pays à revenu intermédiaire inférieur auront besoin de 1,5 milliard de dollars supplémentaire, principalement pour faire face au coût élevé de la prise en charge du SIDA.

Il est important de situer en perspective l'ensemble de l'aide des bailleurs de fonds. Si l'assistance requise est importante par rapport à ce qu'ils donnent aujourd'hui pour la santé, elle ne représenterait qu'environ 0,1 % de leur PNB et laisserait de très nettes marges d'augmentation dans d'autres domaines, en fonction des besoins. Nous insistons sur le fait que l'accroissement de l'aide en faveur de la santé doit venir s'ajouter aux flux d'aide actuels, puisqu'il faudra un surcroît d'aide non seulement pour la santé, mais aussi pour l'éducation, l'assainissement, l'approvisionnement en eau et d'autres activités. D'autre part, même si les apports des donateurs semblent importants par rapport aux dépenses de santé actuelles, particulièrement dans les pays les plus pauvres, il faut noter la modicité des sommes que ces derniers dépensent et donc la modicité de leurs revenus. Ce développement de l'aide en faveur du secteur de la santé doit être échelonné dans le temps pour que les ressources puissent être utilisées efficacement et de façon transparente, et c'est ce qui nous a conduits à établir le calendrier de développement de la couverture, qui présente notre base de calcul. Il faut noter que l'aide des donateurs sera nécessaire pendant longtemps, vingt ans peut-être, mais qu'elle cessera un jour lorsque les pays arriveront à un revenu par habitant plus élevé et seront donc mieux à même de financer par leurs propres moyens les services de santé essentiels.

Ce programme aurait des avantages économiques de valeur bien supérieure à son coût. Les 8 millions de vies sauvées grâce à la lutte contre les maladies infectieuses et les carences nutritionnelles se traduiraient par un nombre bien plus élevé d'années de vies gagnées, de même que par une plus grande qualité de vie. Les économistes parlent de gain en matière d'années de vie ajustées sur l'incapacité (DALY), ce qui regroupe l'augmentation du nombre d'années de vie et la diminution du nombre d'années de vie avec incapacité. On estime qu'environ 330 millions d'années d'incapacité seraient épargnées pour chaque tranche de 8 millions de décès évités. En supposant, de façon prudente, que chaque DALY épargnée comporte un avantage économique d'une année de revenu par habitant pour un montant prévu de 563 dollars en 2015, l'avantage économique direct que comporterait ces 330 millions de DALY épargnées serait de 186 milliards de dollars par an et vraisemblablement plusieurs fois ce montant. La croissance économique en serait accélérée et donc les DALY épargnées contribueraient à rompre le cercle vicieux de la pauvreté qui freine jusqu'à présent la croissance économique dans les pays à faible revenu et à mortalité élevée. L'accroissement du revenu par habitant représenterait des dizaines voire des centaines de milliards de dollars supplémentaires par an.



Les 27 milliards de dollars d'aide accordée sous forme de subventions en 2007 seraient orientés vers trois objectifs : 1) l'aide aux pays à faible revenu (et à quelques pays à revenu intermédiaire pour des dépenses liées au VIH/ SIDA) pour contribuer à financer le développement des interventions essentielles et la mise en place du système de santé (22 milliards de dollars, voir les détails à l'appendice 2) ; les investissements dans la recherche-développement (R&D) sur les maladies qui frappent les pauvres (3 milliards de dollars) ; 3) fourniture accrue de biens publics dans le monde par les institutions internationales chargées de coordonner l'effort planétaire, notamment l'Organisation mondiale de la Santé, la Banque mondiale et d'autres institutions spécialisées du système des Nations Unies (2 milliards de dollars). Il y aurait également une aide supplémentaire en faveur des pays à revenu intermédiaire sous forme de prêts à des conditions normales. Nous pensons que, s'ils étaient bien gérés et échelonnés selon le calendrier que nous recommandons, ces flux d'aide pourraient être absorbés par les pays en développement sans déstabilisation macroéconomique ou sectorielle majeure.

Ces cibles financières correspondent à ce qu'il faudrait faire plutôt qu'elles ne rendent compte de ce qui va se produire. Nous savons trop que des pays donateurs se soustraient à leurs obligations internationales malgré leurs énormes richesses et que des pays bénéficiaires renoncent à la bonne gouvernance nécessaire à la protection de leur population. Peut-être l'accroissement des financements ne sera-t-il que modeste ; il se peut que les bailleurs de fonds donnent des millions alors que des milliards seraient nécessaires et que des pays paupérisés se trompent de cible et se battent contre des êtres humains et non contre des maladies, ce qui empêchera la communauté mondiale d'apporter de l'aide. Nous ne sommes pas naïfs : ce n'est pas par hasard que des millions de gens - sans voix ni pouvoir, à l'insu des médias - meurent chaque année alors qu'ils pourraient être sauvés.

La gestion de ces énormes flux financiers émanant des donateurs exigera une nouvelle façon de procéder. La Commission soutient sans réserve la création du Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme, qui s'attaquera dans un premier temps à la riposte mondiale à ces trois maladies. Nous recommandons de relever le montant du Fonds mondial pour le faire passer à quelque 8 milliards de dollars par an d'ici 2007 dans le cadre des 22 milliards de dollars d'aide versés par les donateurs en faveur des programmes de pays. Vu le défi exceptionnel que représentent le SIDA et le risque concomitant de régression économique de l'Afrique et d'autres régions pour des décennies, il nous semble que le Fonds mondial devrait appuyer un programme dynamique et audacieux axé sur la prévention des nouvelles infections et sur le traitement des personnes déjà touchées. Les efforts de prévention viseraient à élargir considérablement la couverture des programmes de prévention parmi les groupes très vulnérables, notamment les professionnel(le)s du sexe et les toxicomanes qui s'injectent des drogues, et à donner largement accès au traitement des infections sexuellement transmissibles, aux services de conseil et de test volontaires, ainsi qu'aux interventions destinées à interrompre la transmission mère-enfant. Vu les coûts et les enjeux de l'élargissement du traitement, surtout si l'on applique le traitement antirétroviral avec efficacité et sans favoriser de résistance virale aux médicaments, les opérations d'élargissement devraient être suivies de près, fondées sur des données scientifiques et faire l'objet de travaux approfondis de recherche opérationnelle. Nous sommes d'accord avec les estimations de l'ONUSIDA et du programme de traitement antirétroviral de l'OMS selon lesquelles il est possible de soumettre, d'ici fin 2006, 5 millions de patients à un traitement antirétroviral dans les pays à faible revenu.

Pour aider à acheminer le surcroît de fonds nécessaire à la recherche-développement, nous souscrivons à la création d'un nouveau fonds mondial pour la recherche en santé, dont les décaissements s'élèveraient à quelque 1,5 milliard de dollars par an. Ce fonds aiderait à faire de la recherche fondamentale et appliquée en sciences biomédicales et sanitaires sur les problèmes de santé qui touchent les démunis de la planète, ainsi que sur les systèmes et politiques de santé nécessaires pour les résoudre. Un montant supplémentaire de 1,5 milliard de dollars par an au titre de l'appui à la recherche-développement devrait être financé par les canaux existants, notamment le Programme spécial de Recherche et de Formation concernant les Maladies tropicales (TDR), l'Initiative de recherche sur les vaccins, le Programme spécial de Recherche, de Développement et de Formation à la Recherche en Reproduction humaine (HRP) - qui relèvent tous les trois de l'OMS - ainsi que les partenariats public-privé dirigés contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme, et d'autres programmes de lutte contre la maladie récemment créés. Dans les deux cas, il serait vital de pouvoir compter sur ce financement accru, puisque les travaux de recherche-développement sont des entreprises de longue haleine. Le Fonds mondial pour la recherche en santé pourrait jouer un rôle important dans la répartition de cette assistance. De manière à appuyer le développement de cet effort de recherche-développement, nous préconisons vivement la diffusion gratuite sur l'Internet des grandes revues scientifiques, ce qui donnera aux chercheurs des pays à faible revenu plus largement accès à un outil essentiel de recherche scientifique.

Le secteur public ne saurait à lui seul supporter la charge, et il faut associer à cet effort l'industrie pharmaceutique. Les principes d'entreprise qui ont récemment impulsé de très louables initiatives de dons de médicaments et de réductions de prix doivent être généralisés pour favoriser l'élargissement des interventions sanitaires dans les pays pauvres. L'industrie pharmaceutique doit veiller à ce que les pays à faible revenu (et les donateurs en leur nom) aient accès aux médicaments essentiels à des prix proches du prix à la production (c'est ce qu'on appelle parfois le plus bas prix commercial viable), pour ne pas payer les prix bien supérieurs qui sont ceux des marchés des pays à revenu élevé. Selon nous, l'industrie est prête à s'engager dans ce sens, ce qui permettrait aux pauvres d'avoir accès aux médicaments essentiels, à la fois grâce à l'établissement de prix différentiels et à l'octroi de licences pour leurs produits aux fabricants de génériques. Si l'industrie pharmaceutique n'est pas prête à coopérer de façon fiable et générale ou bien si cette coopération ne suffit pas, il faudrait appliquer les règles du commerce international en matière d'accès aux médicaments essentiels de manière à obtenir les mêmes résultats. Il est en même temps extrêmement important de veiller à ce que l'élargissement de l'accès aux médicaments pour les pauvres ne compromette pas à l'avenir la capacité d'innovation liée au système des droits de propriété intellectuelle. L'industrie privée en dehors du secteur pharmaceutique a elle aussi un rôle à jouer, notamment en veillant à ce que ses travailleurs - pilier de la productivité des entreprises - aient accès au savoir et aux services médicaux nécessaires à leur survie et à la protection de leur santé. Ainsi, les compagnies minières d'Afrique australe, région qui se trouve à l'épicentre de la pandémie de VIH/SIDA, ont une responsabilité particulière, puisqu'elles doivent aider à prévenir la transmission de la maladie et collaborer avec l'Etat et les bailleurs de fonds pour que les travailleurs aient accès aux soins. [NDLR : Ici, le résumé d'orientation évoque le plan des autres résumés disponibles]

Maintenant que la mondialisation est en accusation, il faut réussir à concrétiser les engagements pris solennellement de faire reculer la pauvreté et d'améliorer la santé. On dispose des ressources humaines, scientifiques et financières nécessaires, mais il reste à les mobiliser. Au moment même où le monde intensifie la lutte contre le fléau du terrorisme, il est très important qu'il s'engage en même temps à sauver des millions de vies par des moyens pacifiques, en mettant à profit la science et la technique modernes ainsi que les énormes richesses des pays développés. Cette action serait une source d'inspiration et un facteur d'unité pour les peuples du monde entier. Nous exhortons les dirigeants de la communauté internationale - dans les pays donateurs comme dans les pays bénéficiaires, dans les institutions internationales comme la Banque mondiale, l'Organisation mondiale de la Santé, l'Organisation Mondiale du Commerce, l'Organisation de Coopération et de Développement Economiques et le Fonds monétaire international, dans les entreprises privées et, enfin, dans la société civile - à saisir les occasions mises en relief dans ce rapport. C'est dans l'unité que le monde va maintenant pouvoir entreprendre et favoriser les



investissements planétaires en santé qui permettront de transformer la vie et les conditions d'existence des pauvres.

Les auteurs de ce rapport sont : Jeffrey D. Sachs, Président, Isher Judge Ahluwalia, K. Y. Amoako, Eduardo Aninat, Daniel Cohen, Zephirin Diabre, Eduardo Doryan, Richard G. A. Feachem, Robert Fogel, Dean Jamison, Takatoshi Kato, Nora Lustig, Anne Mills, Thorvald Moe, Manmohan Singh, Supachai Panitchpakdi, Laura Tyson, Harold Varmus.

Page d'origine : www.reseauvoltaire.net/article8928.html