

Action mondiale en faveur du renforcement des
systèmes de santé

Suivi du Sommet du G8 de Hokkaïdo-Toyako

**Action mondiale en
faveur du renforcement
des systèmes de santé**

Principes directeurs à l'intention du G8

**Groupe de travail sur l'action mondiale en faveur du
renforcement des systèmes de santé**

Copyright © 2009 Japan Center for International Exchange

Tous droits réservés.

Révision : Susan Hubbard et Kimberly Ashizawa.

Couverture et typographie : Patrick Ishiyama.

Japan Center for International Exchange

4-9-17 Minami Azabu, Minato-ku, Tokyo 106-0047 Japon

Site Internet : www.jcie.or.jp

Japan Center for International Exchange, Inc. (JCIE-États-Unis)

274, Madison Avenue, Suite 1102, New York NY 10016 États-Unis

Site Internet : www.jcie.org

Ce rapport a été publié en anglais, *G8 Hokkaido Toyako Summit Follow-Up—Global Action for Health System Strengthening: Policy Recommendations to the G8*, et a été traduit dans français.

Sommaire

Liste des abréviations	7
Le G8 et la santé dans le monde : l'architecture émergeant du Sommet de Hokkaïdo-Toyako par KEIZO TAKEMI et MICHAEL R. REICH	9
Des opportunités de surmonter la crise du personnel de santé par MASAMINE JIMBA	29
Renforcer le financement de la santé dans les pays partenaires en développement par RAVINDRA P. RANNAN-ELIYA	65
Vers une action collective en matière d'informations sanitaires par KENJI SHIBUYA	103
Annexes	137

Liste des abréviations

SIDA	Syndrome de l'ImmunoDéficiency Acquis
CBHI	Assurance santé basée sur les communautés
DHS	Enquête démographique et sanitaire
EHRP	Programme d'urgence en faveur des ressources humaines (Malawi)
UE	Union européenne
G8	Groupe des huit
GAVI	Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination
PIB	Produit intérieur brut
GHWA	Alliance mondiale des personnels de santé
Fonds mondial	Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme
H8	Les huit organisations pour la santé (Health Eight)
HEP	Programme de vulgarisation sanitaire (Éthiopie)
HEW	Agent de vulgarisation sanitaire (Éthiopie)
VIH	virus immunodéficientaire humain
RHS	ressources humaines sanitaires
CNI	Conseil international des infirmières
IHP+	Partenariat international pour la santé et les initiatives connexes
OMT	Organisation mondiale du travail
FMI	Fonds monétaire international
JCIE	Centre japonais des échanges internationaux
JLICA	Initiative conjointe de recherche sur les enfants et le VIH-sida
OMD	Objectif du Millénaire pour le développement
TMM	taux de mortalité maternelle
ONG	organisation non gouvernementale
NHS	service national de santé
AOD	aide officielle au développement
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
P4H	Initiative « Pourvoir à la santé »
PEPFAR	Plan d'urgence du Président des États-Unis pour la lutte contre le sida
SSP	soins de santé primaires
SHI	assurance médicale et sociale
U5MR	taux de mortalité des moins de cinq ans
ONU	Nations unies
ONUSIDA	Programme commun des Nations unies sur le VIH et le sida
FNUAP	Fonds des Nations unies pour la population
UNICEF	Fonds international des Nations unies pour le secours à l'enfance
USAID	Agence américaine pour le développement international
OMS	Organisation mondiale de la santé
WHS	Enquête sur la santé dans le monde

Le G8 et la santé dans le monde: l'architecture émergeant du Sommet de Hokkaïdo-Toyako

*KEIZO TAKEMI et MICHAEL R. REICH**

La déclaration du Sommet du G8 de Hokkaïdo-Toyako, qui s'est tenu au Japon au début du mois de juillet 2008, a couvert les questions relevant de la santé dans le monde sous le thème « Le développement et l'Afrique ». Concernant la santé, le résumé officiel contenait la déclaration suivante:

Les dirigeants du G8 ont accueilli avec satisfaction le « Rapport du Groupe d'experts de la santé auprès du G8 », qui a été présenté assorti de matrices jointes illustrant la mise en œuvre des engagements passés pris par le G8, et ont exposé le Cadre de Toyako pour l'action, lequel comporte les principes d'action en matière de santé. En outre, concernant l'engagement pris par le G8 de fournir \$60 milliards pour la santé, qui a été convenu lors du Sommet du G8 de l'an passé à Heiligendamm, les dirigeants du G8 se sont entendu pour allouer ledit montant sur cinq années. En sus, eu égard à la prévention du paludisme, les dirigeants ont convenu de fournir cent millions de moustiquaires d'ici à la fin de 2010.¹

Le « Rapport du Groupe d'experts de la santé auprès du G8 », qui a été préparé, sous la conduite du Japon, par des responsables gouvernementaux chargés de la santé et de la politique extérieure dans des pays du G8, couvre

* Les auteurs remercient Susan Hubbard, Laura Frost, Masamine Jimba, Scott Gordon, Michael Goroff, Sofia Gruskin, Ravindra Rannan-Eliya, Marc Roberts et Kenji Shibuya pour les observations communiquées sur des versions antérieures de leurs articles. Ils ont également bénéficié de l'assistance fournie par Meghan Reidy dans le cadre de leurs recherches.

Action mondiale en faveur du renforcement des systèmes de santé

un nombre de questions essentielles en matière de santé dans le monde.² Ce rapport reflète l'intérêt croissant qui est porté par le Japon et, de manière plus large, par la communauté sanitaire dans le monde, aux politiques axées sur le renforcement des systèmes de santé.³ Préalablement au Sommet, M. Keizo Takemi et un groupe de dirigeants issus de secteurs divers au Japon ont organisé un Groupe de travail sur les défis de la santé dans le monde et les contributions du Japon, mené par le Centre japonais des échanges internationaux (JCIE), une organisation non gouvernementale à but non lucratif oeuvrant dans les affaires internationales et les questions mondiales, à laquelle participent des acteurs clés de ministères d'État, des agences japonaises de développement, des universitaires et des ONG. Lors de la conclusion du Sommet, le gouvernement du Japon a décidé qu'il avait besoin d'un dispositif lui permettant d'assurer le suivi des nouvelles initiatives d'orientation auxquelles les dirigeants du G8 s'étaient engagés ; en conséquence de quoi il a mis sur pied un processus Track 2, visant à examiner une seconde voie, auquel ont participé le groupe de travail et le JCIE en vue d'explorer les options en matière de politique. Ces efforts avaient pour dessein d'identifier, à l'intention du G8, des principes directeurs orientés vers l'action visant à renforcer les systèmes de santé et de maintenir la dynamique et la continuité dans l'optique des futurs sommets du G8, notamment celui de 2009 qui se tiendra en Italie.

Le présent chapitre donne une vue d'ensemble des activités du Japon en matière de santé mondiale dans le prolongement de la déclaration du Sommet d'Hokkaido-Toyako et présente le contexte des trois autres chapitres, accompagné de principes directeurs pour l'action du G8. Nous examinerons ci-après la manière dont le renforcement des systèmes de santé émerge comme pôle de convergence et montrerons le rôle unique du G8 au sein de la gouvernance et de l'architecture de la santé dans le monde. Nous aborderons ensuite la politique dans les trois chapitres qui suivent et concluons en examinant les orientations futures.

UNE CONVERGENCE CROISSANTE SUR LES SYSTÈMES DE SANTÉ

Le monde connaît actuellement un basculement de son ordre du jour en matière de santé mondiale qui voit privilégier le renforcement des systèmes de santé au détriment des approches spécifiques à une maladie. Ces deux dernières sont souvent appelées les approches « verticale » et « horizontale » pour l'amélioration de la santé. Dans ce débat, certains ont plaidé en faveur

d'une troisième stratégie intermédiaire qui combinerait les deux dans le cadre d'une « approche diagonale ». ⁴ D'autres ont demandé que l'on « laisse de côté » ce débat. ⁵ Nous pensons qu'il est nécessaire de trouver un meilleur équilibre entre les deux approches de manière à ce que les efforts menés afin de lutter contre des maladies spécifiques et de renforcer les systèmes de santé puissent s'étayer de manière plus efficace. Or, il est difficile de définir un équilibre avec précision, particulièrement lorsque la base de connaissances est maigre et fait l'objet de controverses s'agissant de savoir comment les programmes verticaux affectent les efforts horizontaux. Aucun élément concluant ne permet d'affirmer qu'il s'agisse d'un jeu où l'on est toujours perdant, dans le sens où en améliorer l'un revient obligatoirement à faire du tort à l'autre. Toutefois, il est évident que les programmes spécifiques à une maladie sont nerveux concernant tout changement susceptible d'intervenir au niveau des ressources mondiales en faveur des systèmes de santé.

L'intérêt croissant en faveur des systèmes de santé peut être attribué à plusieurs facteurs. Tout d'abord, le développement d'approches spécifiques à une maladie au cours des dix dernières années a eu diverses conséquences inattendues. ⁶ Ces approches ont considérablement contribué à améliorer la santé, notamment dans la mesure où les organismes sanitaires en place au niveau multilatéral et national n'étaient pas en mesure de s'attaquer aux conséquences dévastatrices de maladies comme le VIH/sida dans nombre de pays en développement. Cela dit, les pays bénéficiaires sont aujourd'hui confrontés à toute une palette morcelée de programmes de lutte contre les maladies promus par de multiples donateurs, sans être coordonnés. Il a été reconnu que les coûts d'option de prise en charge des programmes spécifiques à des maladies réduisaient l'efficacité des ministères de la santé. En outre, les programmes spécifiques à des maladies, qui drainent des ressources financières et humaines en dehors des organes gouvernementaux, peuvent contribuer à affaiblir leurs systèmes de santé. Deux des principaux programmes spécifiques à une maladie, le Fonds mondial de lutte contre le Sida, la tuberculose et le paludisme (le Fonds mondial) et l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination (GAVI), un consortium d'organisations visant à promouvoir les vaccins et la vaccination, ont lancé des efforts significatifs en vue de renforcer les systèmes de santé dans les pays bénéficiaires. Si ces programmes ont rencontré des problèmes au niveau de la mise en œuvre, ils reflètent néanmoins le fait que l'on ait reconnu la nécessité de développer aussi bien les approches spécifiques à une maladie que celles basées sur le renforcement des systèmes de santé. ⁷

Le deuxième facteur qui contribue à privilégier les systèmes de santé tient aux récents efforts de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) visant à

Action mondiale en faveur du renforcement des systèmes de santé

réinstaurer les politiques de soins de santé primaires (SSP). L'approche reposant sur les SSP a été officiellement lancée au niveau mondial dans le cadre de la Déclaration d'Alma Ata de 1978.⁸ La mise en œuvre des SSP au niveau des pays a toutefois été confrontée à de nombreux défis dans les pays pauvres. L'OMS cherche à présent à ressusciter l'approche basée sur les SSP dans son « Rapport sur la santé dans le monde » de 2008 publié en octobre à l'occasion du 30^e anniversaire de la Conférence d'Alma Ata⁹, en mettant de nouveau en avant les principes fondés sur la couverture universelle, les approches axées sur les populations et la fourniture efficace de soins de santé primaires.¹⁰

Le troisième facteur concerne la reconnaissance croissante des difficultés qu'engendrent les faiblesses des systèmes de santé s'agissant de réaliser les Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD).¹¹ Les problèmes liés à la performance des systèmes de santé sont considérés comme étant les principales causes des retards dans la réalisation des cibles clés des OMD en matière de santé, ceux liés à la mortalité infantile (OMD₄), à la mortalité maternelle (OMD₅) et à la prévention du VIH-sida, du paludisme et autres maladies (OMD₆). Ces délais sont particulièrement marqués dans les pays de l'Afrique subsaharienne.

Quatrièmement, l'exigence croissante d'efficacité en matière d'aide et d'harmonisation au sein des donateurs au niveau des pays, émanant des principes de la Déclaration de Paris, reflète les préoccupations touchant aux impacts des initiatives de santé mondiale à l'échelle d'un système tout entier. L'augmentation des ressources consacrées à la santé dans le monde privilégie davantage les entrants (notamment les ressources humaines et financières) que les extrants ou impacts sanitaires (tels que couverture effective et santé améliorée). Or, certains résultats tendent à montrer que les tentatives faites par le passé de mettre en place une solide coordination entre les donateurs (dans le cadre de stratégies de réduction de la pauvreté et d'approches sectorielles) ont permis d'améliorer la performance des systèmes de santé.

Ceux qui plaident en faveur des programmes de lutte contre une maladie donnée craignent que le fait de privilégier à nouveau les systèmes de santé ne prive leurs programmes de ressources et ne sape les progrès qui ont été réalisés jusqu'à présent. Il convient de suivre de près le risque de voir les maladies infectieuses gagner du terrain alors que les efforts se multiplient en vue de renforcer les systèmes de santé. Une approche opérant au niveau des communautés, qui soit attentive à la qualité collective de la vie, pourrait permettre d'éviter les conséquences indésirables d'une orientation générale en faveur des systèmes de santé.

RENFORCEMENT DES SYSTÈMES DE SANTÉ

Il n'existe pas de consensus sur la définition opérationnelle du renforcement des systèmes de santé. Plusieurs approches concurrentes promues par divers organismes ont actuellement les faveurs de la communauté sanitaire mondiale.¹² Nous allons ici donner un bref aperçu des principales approches.

L'édition 2000 du « Rapport sur la santé dans le monde » de l'OMS a soulevé un grand débat international sur les questions relevant des systèmes de santé.¹³ Ce rapport définit un système de santé comme comprenant « toutes les activités dont l'objectif premier est de promouvoir, rétablir ou conserver la santé. » Toutefois, la matière du rapport et le débat auquel il a donné lieu portaient quant à eux sur la manière de mesurer les divers aspects des systèmes de santé plutôt que sur la façon de renforcer la performance des systèmes de santé.

L'OMS présente son approche actualisée du renforcement des systèmes de santé dans *Everybody's Business*. Ce rapport de 2007 ne donne toutefois pas une définition ou une délimitation claires d'un système de santé. En fait, ce document indique que « Il n'existe pas de série unique de meilleures pratiques » permettant de renforcer les systèmes de santé car « les systèmes de santé sont hautement spécifiques. »¹⁴ En outre, le cadre présenté dans le rapport n'est pas facile à mettre en pratique. Le rapport identifie six « éléments constitutifs » d'un système de santé : la prestation de services, le personnel de santé, les informations, les technologies médicales, le financement et la direction ou gouvernance. Mais il ne précise pas comment ils s'imbriquent, comment ils sont liés l'un à l'autre ou comment l'on construit un système de santé à l'aide de ces blocs.

La Banque mondiale décrit son approche du renforcement des systèmes de santé dans son document de stratégie 2007 sur le « développement sain ».¹⁵ Le document reconnaît que cette institution a besoin d'une « division collaborative de la main d'œuvre avec ses partenaires mondiaux » (p. 18), dont l'OMS, l'UNICEF et le Fonds des Nations unies pour la population (FNUAP), qui sont considérés comme fournissant l'expertise technique en matière de lutte contre les maladies, la formation des ressources humaines et la fourniture de services. La Banque mondiale considère ses avantages comparatifs comme étant des questions d'ordre plus général relevant du système, notamment le financement de la santé et l'économie sanitaire, de même que les partenariats public-privé, la réforme et la gouvernance du secteur public, la collaboration intersectorielle en faveur de la santé ainsi que la macroéconomie et la santé. L'un de ses grands défis consiste à mettre en œuvre sa stratégie alors que son propre financement tend à se réduire au sein des fonds sanitaires mondiaux, que les

Action mondiale en faveur du renforcement des systèmes de santé

problèmes substantiels vont au-delà de ses domaines d'avantages comparatifs et que sa stratégie précédente de 1997 n'a pas été dûment évaluée (p. 38).

Suite à l'intérêt croissant pour le renforcement des systèmes de santé, le monde est aujourd'hui confronté à une prolifération de modèles, stratégies et approches. Les efforts de l'OMS et de la Banque mondiale ne représentent que deux de ces approches ; il existe en effet d'autres cadres. Comment évaluer ces divers modèles conceptuels et sélectionner celui qui serait approprié ? Malheureusement, il n'existe pas d'approche prête à l'emploi pour renforcer les systèmes de santé, aucune formule unique susceptible d'être appliquée à tous les pays. Améliorer la performance des systèmes de santé est un processus, qui doit en outre être adapté à la situation de chaque pays : sa situation politique et économique, ses valeurs sociales et sa direction nationale.

Du point de vue d'un décideur, un cadre stratégique sur le renforcement des systèmes de santé devrait l'aider à décider de ce qu'il faut faire, comment le faire et quels résultats anticiper. En outre, ce cadre devrait s'inspirer des théories adéquates tout en aidant à générer des résultats pratiques. Il devrait également donner des conseils sur la manière de mettre en œuvre les idées dans les conditions politiques du monde réel et comment relier les objectifs aux différentes perspectives éthiques. Nous pensons que l'approche du renforcement des systèmes de santé proposée par Marc J. Roberts, William Hsiao, Peter Berman et Michael R. Reich¹⁶ représente une grande avancée en vue de satisfaire à ces critères et peut aider à faire le tri parmi les divers concepts promus par diverses agences.

L'ARCHITECTURE DE LA SANTÉ DANS LE MONDE ET LE G8

Le rôle du G8 en matière de santé dans le monde

L'architecture de la santé dans le monde connaît des changements structurels fondamentaux. Comme l'indique le document de stratégie de la Banque mondiale, les acteurs qui dominaient jusqu'à présent sont de plus en plus marginalisés et perdent de leur influence. Cela s'applique aussi bien à l'ancienne prédominance financière de la Banque mondiale qu'à la domination passée de l'OMS en matière de normes. L'élaboration de la politique de santé mondiale est devenue un processus pluripartite dépourvu toutefois d'une démarche institutionnelle explicite et où la concurrence et la confusion règnent aux niveaux national et mondial. La prolifération des cadres pour le renforcement des systèmes de santé

qui se recourent tout en s'opposant reflète cette désorganisation. Nous pensons que le G8 peut jouer un grand rôle afin de catalyser les efforts visant à recadrer l'architecture de la santé mondiale suivant une orientation plus cohérente.

La montée en puissance du G8 coïncide avec les évolutions rapides que connaît la gouvernance de la santé dans le monde au 21^e siècle, en particulier le rôle déclinant de l'OMS en tant que seule agence internationale de santé. Au cours de la décennie passée, de nouvelles parties prenantes sont apparues dans l'arène de la prise de décisions en matière de santé dans le monde, dont la Fondation Bill & Melinda Gates, le Fonds mondial et l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination (GAVI). Parallèlement, la collaboration public-privé est devenue un précepte de la politique de santé, tant au niveau mondial qu'à celui des pays.

Le mandat constitutionnel l'autorisant à représenter ses États membres dans le cadre de l'Assemblée mondiale de la santé était l'un des atouts traditionnels de l'OMS. Toutefois, en cette nouvelle ère de la santé mondiale, l'OMS est, de par son cadre juridique, limitée à ses interactions avec le secteur privé et les ONG. Une autre de ses principales forces et contraintes tient au fait que, par nature agence technique ayant vocation à offrir essentiellement des informations et des conseils techniques, elle ne peut influencer de manière substantielle sur la manière dont les gouvernements allouent leurs ressources financières et humaines pour renforcer leur système de santé.

Les appels à réformer l'OMS ne datent pas d'hier. Chaque nouveau directeur général s'est attelé à changer l'organisation, mais la mise en œuvre de nouvelles idées demeure un défi.¹⁷ Les récents appels à réformer l'OMS reflètent des tentatives plus ambitieuses de réformer les Nations unies (ONU), et ils rencontrent un écho et une priorité croissants au sein de l'ordre du jour mondial.¹⁸ Il est impératif que l'OMS, en sa qualité de premier agence décisionnaire international en matière de santé mondiale, précise et renforce ses principales fonctions et améliore ses compétences techniques et organisationnelles.

Au sein de ce domaine de la santé mondiale de plus en plus encombré, a émergé une nouvelle entité connue sous le nom de Health 8 (Les huit organisations pour la santé) ou « H8 », qui se compose de l'OMS, de la Banque mondiale, de la GAVI, du Fonds mondial, de l'UNICEF, du FNUAP, de l'ONUSIDA et de la Fondation Gates. La réunion de ces figures de proue de la santé mondiale s'apparente à une rencontre de dirigeants politiques mondiaux, en offrant une tribune de discussion dotée de capacités organisationnelles limitées. Lors de leur réunion inaugurale du 19 juillet 2007, les dirigeants du H8 ont déclaré qu'ils « se réunissaient de manière informelle » dans l'objectif de « renforcer leur collaboration en matière de santé dans le monde afin d'obtenir de meilleurs

Action mondiale en faveur du renforcement des systèmes de santé

impacts sanitaires dans les pays en développement. »¹⁹ Parmi les cinq thèmes discutés figurait « l'intérêt renouvelé pour les systèmes de santé. »

Les dirigeants du H8 ont convenu que le renforcement des systèmes de santé devrait être jugé en fonction de son aptitude à avoir des impacts sanitaires, et ils ont appelé l'OMS et la Banque mondiale à « accélérer l'achèvement du cadre normatif pour le renforcement des systèmes de santé. » Le H8 a ainsi créé une opportunité d'améliorer la communication, la collaboration et l'élaboration d'un consensus en matière de politique sanitaire dans le monde, y compris les interactions avec le G8.

Les dirigeants nationaux des grandes économies de marché ont commencé à se rencontrer chaque année à partir de 1975, créant ainsi une nouvelle génération d'institutions internationales. Le G8 a examiné les questions de santé dans le monde à chacune de ses réunions depuis 1996, en suivant une analyse systématique du G8 et de la gouvernance en matière de santé mondiale.²⁰ L'étude a conclu que le G8 était devenu un « centre efficace et hautement performant de la gouvernance de la santé dans le monde sous tous ses aspects. » Les dirigeants japonais et italien ont joué un rôle important pour amener le G8 à examiner les questions de la santé dans le monde, comme l'illustre remarquablement le Sommet de Kyushu-Okinawa de 2000 qui a débouché sur la formation du Fonds mondial.

De par sa nature, le G8 constitue un dispositif très personnel, visible et flexible permettant d'aborder la conception des politiques de santé mondiale. Cette réunion de dirigeants nationaux qui a lieu une fois par an permet d'avoir des discussions poussées avec des parties prenantes extérieures au cercle du G8. Par exemple, le G8 a inclus quatre partenaires africains majeurs au sein de plusieurs réunions afin de discuter des questions cruciales relevant du développement et de la santé. L'émergence du G8 au sein de la gouvernance mondiale en matière de santé reflète le besoin d'avoir un dispositif plus flexible que les institutions sanitaires multilatérales existantes afin de s'attaquer aux menaces sanitaires mondiales qui font leur apparition et nécessitent une action commune. Le G8, qui peut réfléchir et agir en dehors des bureaucraties et acteurs mondiaux en place dans le domaine de la santé, occupe ainsi une place unique, de par son pouvoir et sa vision, pour aider à changer l'ordre du jour et les priorités en matière de santé dans le monde. En revanche, dans le même temps, le G8 ne disposant pas de capacités propres de mise en œuvre, il est obligé de s'appuyer sur les organisations existantes ou de nouvelles entités pour agir.

L'importance prise par le G8 et le H8 au sein de la santé dans le monde reflète un changement de pouvoir au sein de la politique internationale. La mondialisation des questions sanitaires signifie que les programmes communs

s'étendent par-delà les frontières nationales, de sorte que les États individuels ne peuvent pas se concentrer uniquement sur les dossiers géopolitiques qui les intéressent au premier chef. Les États nations capables de relever les défis transnationaux auront par conséquent davantage d'influence sur la politique internationale. Le processus du G8 encourage les huit dirigeants politiques à s'attaquer aux questions mondiales tout en offrant des incitations aux parties prenantes extérieures au G8, à savoir dans le secteur privé, les ONG et les agences internationales, et à identifier des manières d'influer sur ce qui se passe au sein du G8. Ce basculement du pouvoir est en passe de restructurer l'architecture de la conception des politiques de santé mondiale. Les membres du H8 cherchent à définir leur propre rôle au sein de cette nouvelle architecture. Cela dit, l'on ne sait pas exactement où va mener cette restructuration.

L'émergence de la santé dans le monde au sein de la politique étrangère a contribué à accroître l'intérêt du G8. En mars 2007, les ministres des Affaires étrangères du Brésil, de la France, de l'Indonésie, de la Norvège, du Sénégal, de l'Afrique du Sud et de la Thaïlande ont émis la Déclaration ministérielle d'Oslo sur la « nécessité urgente d'élargir la portée de la politique étrangère » afin d'y inclure la santé mondiale. Ils ont déclaré : « Ensemble, nous sommes confrontés à un certain nombre de défis pressants qui requièrent des réponses concertées et des efforts collaboratifs. Nous devons encourager les idées nouvelles, rechercher et développer de nouveaux partenariats et dispositifs, et créer de nouveaux paradigmes de coopération. »²¹ Cette initiative prise par des ministres des Affaires étrangères en matière de santé dans le monde appelle à de nouvelles formes de gouvernance mondiale permettant de s'attaquer aux défis sanitaires et de fixer une série de valeurs communes, dont le principe suivant lequel « chaque pays a besoin d'un système de santé solide et réactif. » C'est avec un grand enthousiasme que les gouvernements du Japon et du Royaume-Uni (RU) ont souscrit à l'idée d'inclure la stratégie de santé mondiale au sein de la politique étrangère.²²

La santé mondiale et la sécurité humaine

Le programme de la santé mondiale dépasse donc le cadre de la santé des populations ; il s'entrecroise désormais avec la politique étrangère, le développement économique ainsi que les droits humains et la dignité humaine. Les nations ignorent ces aspects plus larges à leur propre péril. Au cours des dix dernières années, ces approches axées sur les personnes ont fini par converger sur le concept de sécurité humaine. Celle-ci complémente le concept traditionnel

Action mondiale en faveur du renforcement des systèmes de santé

de sécurité nationale et a été définie comme étant la protection « du centre vital de toute vie humaine d'une manière à valoriser les libertés humaines et l'accomplissement de l'être humain, »²³ en mettant particulièrement l'accent sur le fait d'être à l'abri du besoin et libéré de la crainte. La sécurité humaine peut être réalisée suivant deux types de stratégies : des stratégies de protection qui protègent les personnes contre des menaces critiques et insidieuses et des stratégies d'autonomisation qui leur permettent de développer l'aptitude à faire face aux situations difficiles. Cette approche est particulièrement pertinente au renforcement des systèmes de santé dans la mesure où la sécurité humaine est axée sur les individus et communautés, où elle constitue un processus dépendant de la demande et où elle cherche à promouvoir une vision intégrale de la manière d'améliorer le bien-être.

Le Japon est l'un des plus grands défenseurs de la sécurité humaine. Cette approche offre un contexte pour recadrer le pacifisme d'après-guerre au Japon, qui connaît un moment décisif sous l'égide d'une nouvelle génération de dirigeants. La sécurité humaine forme un socle conceptuel pour un pacifisme japonais renouvelé et une nouvelle forme de citoyenneté mondiale. Au cours de la décennie passée, le gouvernement japonais a utilisé la santé dans le monde pour introduire sa politique en matière de sécurité humaine et a accordé une place prioritaire à la santé mondiale à l'ordre du jour de sa politique étrangère.²⁴ Au sein du cadre de la sécurité humaine, le programme de santé mondiale offre un champ permettant de mettre au point des stratégies concrètes susceptibles d'être mises en œuvre par les agences bilatérales et multilatérales ainsi que dans le cadre des processus du G8.²⁵ Les stratégies doubles qui sont intégrées dans la sécurité humaine - protection et autonomisation au niveau de la communauté -, sont en phase avec l'engagement renouvelé de l'OMS en faveur des SPS et avec les efforts menés par le Japon après la guerre pour renforcer son propre système national de santé.

PRINCIPES DIRECTEURS POUR LE SUIVI DU SOMMET D'HOKKAÏDO-TOYAKO

Afin de maintenir la dynamique créée en faveur du renforcement des systèmes de santé par le Sommet d'Hokkaïdo-Toyako, le gouvernement japonais a demandé que soient élaborés des principes directeurs sur la manière de donner suite aux engagements pris à Toyako, en encourageant le Groupe de travail Takemi et le JCIE à lancer un nouveau projet destiné à explorer des recommandations concrètes. Depuis sa création, le Groupe de travail Takemi a bénéficié de la

participation de dirigeants issus de divers secteurs au Japon, y compris une forte implication ininterrompue des trois ministères gouvernementaux pertinents : affaires étrangères ; santé, travail et protection sociale; et finances. Le projet a préparé trois documents de politique générale sur les thèmes mis en exergue dans le Cadre de Toyako pour l'action en matière de santé dans le monde : personnel de santé, finances de santé et informations relatives à la santé. Le projet a été mené en dehors des canaux officiels des organes gouvernementaux dans le cadre de l'effort diplomatique « Voie 2 » (Track 2) avec la participation informelle des ministères japonais de la Santé, des Finances et des Affaires étrangères, auxquels viennent s'ajouter des représentants des entités membres du H8, des gouvernements du G8 et d'organisations de la société civile. Cette stratégie « Voie 2 » donne toute latitude aux organisateurs du projet pour écouter divers experts et examiner des idées hors des sentiers battus, tout en garantissant la collaboration avec des parties prenantes essentielles. Cette stratégie est conçue pour identifier des approches innovantes au renforcement des systèmes de santé qui soient susceptibles d'être acceptées par le G8 et les agences de mise en œuvre concernées.

Les chapitres, consacrés aux personnes, à l'argent et aux données, traitent trois composantes nécessaires au renforcement des systèmes de santé. Ils couvrent des sujets qui constituent des entrants importants des systèmes de santé : les cadres et les décisionnaires ont besoin de personnes, d'argent et de données afin de décider de ce que doit accomplir un système de santé. Parallèlement, les informations d'ordre sanitaire sont des extrants, dans le sens où elles permettent d'évaluer les activités de différents systèmes de santé (comment l'argent et les personnes sont utilisés et ce qu'ils produisent en termes de résultats et d'impacts sanitaires). Ces trois composantes sont aussi interdépendantes: il faut de l'argent pour embaucher des personnes ; ces personnes travaillent dans un système de santé où elles recueillent, analysent et interprètent les informations sanitaires ; et ces données sont exploitées par des gens qui décident de la manière de dépenser davantage d'argent. Les principales conclusions et recommandations spécifiques en vue de l'action par le G8 sont indiquées ci-dessous.

Personnel de santé

Les ressources humaines sanitaires ont longtemps été un sujet préoccupant dans la planification et la gestion sanitaires, et le monde traverse actuellement une pénurie colossale de travailleurs sanitaires. Cela dit, Masamine Jimba, qui dirige l'équipe de recherche sur le personnel de santé, identifie d'autres grands

Action mondiale en faveur du renforcement des systèmes de santé

défis qui vont au-delà du simple effectif de travailleurs sanitaires, dont les salaires inadéquats, la motivation, la formation et la supervision, de même que la médiocrité des environnements de travail. M. Jimba a par ailleurs identifié une répartition inégale massive du personnel de santé au sein des pays et d'une spécialité ou compétence à l'autre. En réponse, son article recommande que le G8 prenne trois grandes actions afin de s'attaquer à ces problèmes :

- 1 Renforcer la capacité des pays à planifier, mettre en œuvre et évaluer les programmes de personnel de santé de manière à leur permettre d'utiliser plus efficacement le personnel existant et de mettre en œuvre les engagements du G8 ;
 - 1.1 Élaborer des mécanismes permettant d'évaluer les progrès du personnel de santé au niveau des pays ;
 - 1.2 Identifier des moyens de modifier les politiques macroéconomiques afin de réduire les contraintes pesant sur l'élargissement du personnel de santé ;
 - 1.3 Renforcer les réseaux internationaux des institutions de l'éducation supérieure afin de fournir un accès à l'éducation sanitaire et médicale dans les zones aux ressources limitées.
- 2 Traiter, du côté de la demande, les causes de la migration internationale du personnel de santé ;
 - 2.1 Parer soi-même à ses besoins en augmentant le nombre de travailleurs sanitaires dans son propre pays à l'aide de ses propres ressources ;
 - 2.2 Adhérer au code de pratiques de l'OMS pour traiter les questions de la migration ;
 - 2.3 Rechercher des solutions pratiques aptes à protéger le droit des individus à chercher un emploi en migrant et le droit à la santé pour tous.
- 3 Mener un examen annuel des actions menées par les pays du G8 en vue d'améliorer le personnel de santé ;
 - 3.1 Évaluer ce qu'accomplissent les pays du G8, ce qui a fonctionné, preuves à l'appui, sur la base d'une série standard de mesures communes ;
 - 3.2 Exploiter cet examen pour évaluer comment se comportent les systèmes de santé, identifier les lacunes dans le financement et les informations, mettre au point les meilleures pratiques sur la base de l'expérience, accroître les connaissances sur la manière d'améliorer la performance du système de santé en renforçant les ressources humaines, et apprécier comment les pays du G8 mettent en œuvre leurs engagements.

Financement de la santé

Il n'existe pas d'estimations véritablement exactes du financement de la santé dans les pays en développement, mais les dernières tendances montrent que les sources de financement externes et domestiques de la santé sont en hausse. Néanmoins, dans le chapitre qu'il consacre à ce sujet, M. Ravindra P. Rannan-Eliya insiste sur le fait que « davantage d'argent n'a pas nécessairement signifié de meilleurs résultats. » Si certains pays parviennent à avoir un système de santé plus performant moyennant des ressources financières limitées, d'autres ont moins bien réussi alors qu'ils avaient beaucoup investi dans la santé. Cette forte divergence d'un pays à l'autre en matière de performance offre la possibilité de comprendre les conditions qui font que certains systèmes de santé accomplissent davantage malgré un financement limité. L'on s'accorde de plus en plus à dire au niveau international que le financement public constitue une condition importante indispensable, même si la forme qu'il revêt (à savoir fiscalité contre assurance médicale et sociale) demeure sujet à controverse. Une meilleure performance dépend également de la manière d'utiliser les fonds et de savoir comment la couverture du système est élargie aux populations difficiles à atteindre. M. Rannan Eliya recommande que le G8 adopte trois grandes actions pour s'attaquer à ce défi du financement des systèmes de santé dans le monde en développement :

- 1 Compléter les efforts visant à augmenter les fonds en faveur de la santé par des mesures permettant d'améliorer la valeur des dépenses de santé en apportant un soutien à une amélioration du financement de la santé et des politiques favorisant les systèmes qui soient parrainées par les pays ;
- 2 S'appuyer sur le consensus existant entre les experts techniques à travers un engagement explicite du G8 privilégiant l'appui aux politiques nationales de financement de la santé qui placent le financement public de la santé, sous la forme d'un financement fiscal et/ou d'une assurance médicale et sociale, au cœur des efforts menés pour étendre la couverture aux indigents et groupes fragilisés de la société ;
- 3 Investir dans la capacité des pays partenaires en développement à élaborer de meilleures politiques de financement. Cela exigera des investissements accrus en vue de consolider la capacité nationale à évaluer la politique des systèmes de santé ainsi que dans les mécanismes afin de comprendre et partager les enseignements tirés des pays où les meilleures pratiques sont en vigueur.

Action mondiale en faveur du renforcement des systèmes de santé

Informations sanitaires

Le chapitre sur les informations sanitaires, écrit par M. Kenji Shibuya, relève deux grands types de défis dans ce domaine : les inefficacités touchant aux aspects technique et affectation. Pour la première, M. Shibuya explique que, si les données appropriées existent bel et bien, elles ne sont toutefois pas utilisées par les décideurs ou les analystes des politiques, soit parce que ces derniers n'ont pas accès à ces informations, soit parce qu'il n'ont pas la capacité d'analyser et d'exploiter les données pour répondre aux questions relevant de la performance des systèmes de santé. L'auteur décrit l'inefficacité au sein de l'affectation comme consistant à recueillir et compiler des données sans coordination et sans stratégie de mesure clairement définie. Afin de rectifier ces inefficacités, il recommande que le G8 adopte les trois grandes actions suivantes :

- 1 Mettre en œuvre un examen annuel du G8 afin d'évaluer les engagements du G8 en faveur des systèmes et programmes de santé ;
 - 1.1 Définir une série standard de stratégies métrologiques et de mesure afin de suivre et d'évaluer l'efficacité de l'aide, ainsi que celle des programmes et systèmes de santé ;
 - 1.2 Planifier et évaluer au moyen d'un cadre commun et de la métrologie les activités menées par le G8 et ses partenaires en matière de santé.
- 2 Mettre en place une ressource commune numérique au moyen d'un réseau de centres d'excellence mondiaux et régionaux afin d'améliorer l'accès aux séries de données et analyses ainsi que leur qualité au niveau national et mondial ;
 - 2.1 Promouvoir les principes de l'accès ouvert et du partage de données dans le domaine public ;
 - 2.2 Mettre au point une base de données mondiale d'indicateurs communs (à commencer par les cibles des OMD, les ressources humaines et le pistage des ressources) ainsi qu'un échange des données et un mécanisme de garantie de la qualité ;
 - 2.3 Mettre en place un processus de type Cochrane pour le suivi de la santé dans le monde afin d'obtenir une base factuelle empirique pour les politiques de santé.
- 3 Regrouper les ressources de la métrologie sanitaire au niveau mondial et national en vue de créer un Défi de la métrologie en matière de santé mondiale ;
 - 3.1 Développer les capacités et créer une structure incitant les pays et producteurs de données à recueillir, partager, analyser et interpréter des données de meilleure qualité ;

- 3.2 Subordonner le financement de la santé à une évaluation par un tiers qui soit conforme aux principes convenus, y compris l'élaboration d'une stratégie standard de mesure, la mise à disposition des données dans le domaine public, le renforcement des capacités locales et l'utilisation appropriée des technologies de l'information ;
- 3.3 Dans les pays où la déclaration à l'état-civil est lacunaire ou inexistante, y privilégier ce type de système ;
- 3.4 Investir dans une série d'enquêtes auprès de ménages représentatifs au plan national concernant les maladies multiples et les facteurs de risque.

EXPOSÉ

Les trois chapitres consacrés au personnel de santé, au financement de la santé et aux informations sanitaires abordent plusieurs thèmes communs à la politique de santé mondiale. Si ces trois composantes (personnes, argent et données) ne constituent pas un modèle complet de la performance des systèmes de santé, ils occupent toutefois une place primordiale dans l'ordre du jour de la santé dans le monde et sont des éléments importants dans n'importe quel modèle.

Tout d'abord, ces trois chapitres insistent sur la nécessité pour le G8 de traiter la qualité de l'usage des ressources ainsi que la quantité des ressources fournies. Les auteurs sont d'accord sur le besoin d'exploiter plus efficacement les ressources existantes (personnes, argent et données) en sus de la nécessité de ressources supplémentaires issues à la fois de sources externes et domestiques. Le G8 pourrait par exemple encourager les efforts destinés à identifier les meilleures pratiques et les conditions dans lesquelles les ressources sont véritablement utilisées pour améliorer la performance des systèmes de santé.

Deuxièmement, les trois chapitres appellent de concert le G8 à valoriser les capacités nationales et la prise en main par les pays pour renforcer les systèmes de santé. Le G8 est en mesure d'assurer que les pays disposent de ressources humaines financières adéquates afin de recueillir, d'analyser et d'interpréter les données et d'évaluer la performance de leur propre système de santé. Le G8 peut aider les pays à consolider leurs capacités afin d'utiliser plus efficacement les ressources de leur système de santé.

Troisièmement, les trois chapitres s'accordent à dire que le G8 devrait mettre en œuvre un examen annuel des engagements pris en matière de santé mondiale, au moyen d'une série standard de mesures communes destinées à évaluer comment les ressources sont fournies et utilisées pour améliorer la performance

Action mondiale en faveur du renforcement des systèmes de santé

des systèmes de santé. Le Japon a lancé le processus d'un examen annuel des engagements lors du Sommet d'Hokkaido-Toyako. Or ce processus devrait être élargi et institutionnalisé.

Pour véritablement renforcer les systèmes de santé, le G8 devra passer des discussions au sommet à la responsabilisation tandis qu'il devra également collaborer avec les organisations du H8 et les institutions nationales des pays donateurs et bénéficiaires. Le Sommet du G8 est une entité peu étoffée, efficace pour examiner les problèmes critiques d'ordre mondial et accorder telle ou telle priorité aux ordres du jour de la politique internationale. La relation entre le G8 et le H8 continue d'évoluer, comme le veut la nature du processus décisionnaire au sein du H8 lui-même. Les deux entités s'apparentent davantage à des réseaux informels qu'à des institutions formelles. En conséquence, l'action du G8 en matière de renforcement des systèmes de santé exigera de la créativité au niveau mondial et national et davantage d'interactions d'un échelon à l'autre. Le G8 n'a pas vocation à devenir une institution qui chapeauterait la santé mondiale, mais le pouvoir d'influer qui est la marque du G8 peut aider à faire bouger le renforcement des systèmes de santé de manières inédites.

Les recommandations spécifiques adoptent par conséquent diverses stratégies en matière de renforcement des systèmes de santé. Certaines visent à clarifier et renforcer les institutions et cadres en place. D'autres cherchent à créer de nouvelles entités sans pour autant toujours proposer un nouveau dispositif mondial de financement. Nous avons cherché des solutions innovantes aux problèmes des systèmes de santé et tenté d'articuler des idées que l'on ne trouve pas ailleurs, y compris celles qui peuvent ne pas avoir les faveurs des organisations existantes ou qui les gênent. Nous avons cherché à provoquer une réflexion et une action créatrices en matière de renforcement des systèmes de santé. Nous avons toutefois pris soin d'éviter de politiser inutilement la communauté sanitaire internationale, en nous attachant à des fonctions substantielles plutôt qu'aux questions politiques. Un autre objectif primordial du présent rapport est de contribuer à renforcer les capacités et à clarifier le rôle de l'OMS au sein de l'architecture mondiale de la santé.

Ces activités qui s'inscrivent dans le sillage de la Déclaration du Sommet d'Hokkaido-Toyako marquent l'effort concerté mené par le Japon et ses partenaires en vue d'améliorer leurs contributions substantielles à la conception des politiques en matière de santé dans le monde, au lieu de se borner à fournir des subventions. Dans nombre de domaines, la nature des problèmes mondiaux dépasse désormais les capacités des institutions internationales de gouvernance. Cet écart institutionnel représente à la fois une opportunité et une obligation pour les pays du G8 en ce sens qu'il leur offre un nouveau moyen de pression

sur la prise de décision en matière de santé mondiale. Le monde a connu une remarquable augmentation des flux des personnels de santé, des finances de santé et des données sanitaires au niveau mondial. Dans notre univers de la santé en mondialisation croissante, le Sommet du G8 offre un cadre permettant aux dirigeants nationaux de s'engager personnellement pour donner forme à des politiques capables de répondre aux problèmes critiques. Le présent projet a identifié des actions concrètes, dans le contexte de ces approches remises au goût du jour que sont la sécurité humaine et les SSP, que les nations du G8 devraient poursuivre. Ces actions nécessiteront obligatoirement la collaboration avec les organisations de l'H8, d'autres pays développés et à revenus moyens favorablement disposés et les pays bénéficiaires. Nous pensons que le gouvernement du Japon, pour sa part, devrait intégrer plus pleinement la santé mondiale dans sa diplomatie bilatérale et multilatérale, et qu'il devrait améliorer sa diplomatie en travaillant plus étroitement avec les réseaux de la société civile internationale et en encourageant leur développement accru.

Compte tenu de la crise financière mondiale, il est d'autant plus important que le G8 s'attaque au renforcement des systèmes de santé et joigne le geste à la parole sur le plan des engagements pris en matière de santé dans le monde. L'on craint d'éventuelles coupes dans l'aide officielle au développement de la part des pays riches et dans les dons privés aux ONG.²⁶ Mais, ainsi que l'a déclaré en septembre 2008 le Premier ministre du Royaume-Uni, M. Gordon Brown, la communauté internationale devrait faire davantage, et non moins, pour aider les populations les plus pauvres au monde en ces temps de crise économique.²⁷ Le G8 peut jouer un rôle moteur en assurant que les fonds promis soient fournis de manière à créer des avantages tangibles pour les plus indigents de la planète. Nous recommandons que le G8 envisage également de promouvoir le développement de mécanismes de financement innovants pour renforcer les systèmes de santé. Le G8 peut en outre œuvrer pour éviter que les budgets gouvernementaux alloués à la protection sociale dans les pays en développement ne soient réduits sous l'effet de la crise financière et éviter une répétition des coupes qui ont eu lieu sous l'effet des ajustements structurels et des remous économiques qui ont eu lieu dans les années 80 et 90.

BIBLIOGRAPHIE

1. "Summary of the Hokkaido Toyako Summit," July 9, 2008, <http://www.g8summit.go.jp/eng/news/summary.html> (accessed October 15, 2008).
2. G8 Health Experts Group, "Toyako Framework for Action on Global Health," Toyako, Japan. July 8, 2008. http://www.g8summit.go.jp/doc/pdf/0708_09_en.pdf (accessed October 15, 2008).
3. Michael R. Reich, Keizo Takemi, Marc J. Roberts, and William C. Hsiao, "Global Action on Health Systems: A Proposal for the Toyako G8 Summit," *Lancet* 371 (2008): 865–869.
4. J. Sepulveda, F. Bustreo, R. Tapia, J. Rivera, et al., "Improvement of Child Survival in Mexico: The Diagonal Approach," *Lancet* 2008; 368: 2017–27; G. Ooms, W. Van Damme, B. K. Baker, P. Zeitz, et al., "The 'Diagonal' Approach to Global Fund Financing: A Cure for the Broader Malaise of Health Systems?" *Globalization and Health* 4 (2008): 6.
5. M. Uplekar and M. C. Raviglione, "The 'Vertical-Horizontal' Debates: Time for the Pendulum to Rest (in Peace)?" *Bulletin of the World Health Organization* 85 (2007): 413–417.
6. R. A. Atun, S. Bennett, and A. Duran, "When Do Vertical (Stand-Alone) Programmes Have a Place in Health Systems?" Policy Brief (Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2008).
7. J. F. Naimoli, "Global Health Partnerships in Practice: Taking Stock of the GAVI Alliance's New Investment in Health Systems Strengthening," *International Journal of Health Planning and Management* 21 (2008): 1–23.
8. WHO and UNICEF, "Primary Health Care: Report of the International Conference on Primary Health Care," Alma-Ata, USSR. September 6–12, 1978. (Geneva: WHO, 1978).
9. WHO, *The World Health Report 2008—Primary Health Care: Now More than Ever*. (Geneva: WHO, 2008).
10. Margaret Chan, "Return to Alma Ata," *Lancet*; 372 (2008): 865–866.
11. WHO, *Health and the Millennium Development Goals* (Geneva: WHO, 2005).
12. A. Mills, F. Rasheed, and S. Tollman, "Strengthening Health Systems," in D. T. Jamison, J. G. Breman, A. R. Measham, et al., eds. *Disease Control Priorities in Developing Countries*, 2nd edition (New York: Oxford University Press, 2006), 87–102.
13. WHO, *World Health Report 2000—Health Systems: Improving Performance* (Geneva: WHO, 2000).
14. WHO, *Everybody's Business: Strengthening Health Systems to Improve Health Outcomes: WHO's Framework for Action* (Geneva: WHO, 2007).
15. World Bank, *Healthy Development: The World Bank Strategy for Health, Nutrition and Population Results* (Washington DC: World Bank, 2007).
16. Marc J. Roberts, William Hsiao, Peter Berman, AND Michael R. Reich, *Getting Health Reform Right: A Guide to Improving Performance and Equity* (New York: Oxford University, 2004).
17. Richard Horton, "WHO: The Casualties and Compromises of Renewal," *Lancet* 359 (2002): 1605–1611.
18. Select Committee on Intergovernmental Organisations, House of Lords, United Kingdom, "Diseases Know No Frontiers: How Effective are Intergovernmental Organisations in Controlling their Spread?" London: Authority of the House of Lords, July 21, 2008 (HL Paper 143–I).
19. WHO, "Informal Meeting of Global Health Leaders," <http://www.who.int/dg/reports/31072007/en/index.html> (accessed Oct 13, 2008).
20. J. J. Kirton and J. Mannell, "The G8 and Global Health Governance." Paper prepared for a conference on Global Health Governance: Past Practice: Future Innovation, sponsored by the Centre for International Governance Innovation; the Institute of Population Health,

- University of Ottawa; the G8 Research Group, Munk Centre for International Studies, University of Toronto; and Rotary International, Ottawa and Waterloo, November 10–12, 2005.
21. Ministers of Foreign Affairs of Brazil, France, Indonesia, Norway, Senegal, South Africa, and Thailand. "Oslo Ministerial Declaration—Global Health: A Pressing Foreign Policy Issue of Our Time," *Lancet* 369 (2007): 1373–78.
 22. Richard Horton, "Health as an Instrument of Foreign Policy," *Lancet* 369 (2007): 806–807; Masahiko Koumura, "Global Health and Japan's Foreign Policy," *Lancet* 370 (2007): 1983–1985.
 23. Commission on Human Security, *Human Security Now: Protecting and Empowering People* (New York: United Nations, 2003).
 24. Masahiko Koumura, "Global Health and Japan's Foreign Policy."
 25. Keizo Takemi, Masamine Jimba, Sumie Ishii, Yasushi Katsuma, and Yasuhide Nakamura, on behalf of the Working Group on Challenges in Global Health and Japan's Contributions. "Human Security Approach for Global Health," *Lancet* 372 (2008): 13–14.
 26. J. Mitnick, "Financial Crisis Threatens Aid for World's Poorest," *Christian Science Monitor*, October 15, 2008.
 27. United Nations, Press Conference by Secretary-General, Prime Minister of United Kingdom, Chair of Gates Foundation on Millennium Goals High-Level Event, September 25, 2008. http://www.un.org/News/briefings/docs/2008/080925_MDG_Event.doc.htm (accessed Oct 20, 2008).

Des opportunités de surmonter la crise du personnel de santé

*MASAMINE JIMBA**

POURQUOI MAINTENANT ?

Le personnel de santé, les personnes qui assurent réellement les services de santé cliniques et publics, constitue un élément fondamental de tout système de santé en opération. Tous les pays sont confrontés aux défis d'assurer la fourniture et la répartition adéquates des travailleurs sanitaires, de maintenir des niveaux appropriés de formation, de fidéliser les professionnels de la santé et de gérer leurs motivation et performance. Cela dit, dans les pays à faibles ou moyens revenus, les décideurs font face à des défis particuliers, tandis que les éléments qui permettraient d'orienter et d'étayer leurs décisions leur font défaut.¹ Pendant des décennies, les ressources humaines sanitaires (RHS) ont été négligées par les agences bailleurs de fonds et les initiatives en matière de santé mondiale en faveur de domaines plus faciles et moins ciblés, tels que la fourniture de vaccins et autres produits médicaux. La sensibilisation accrue à ces nombreux défis, tels que la migration, le VIH-sida et les contraintes pesant sur l'élargissement des interventions ont mis en exergue l'importance d'investir dans les personnels de santé et

* L'auteur aimerait remercier Lincoln Chen, Suwit Wibulpolprasert, Lola Dare, Thomas Bossert, Edward Mills, Hirotsugu Aiga, Kenji Shibuya, Ravindra Rannan-Eliya, Michael Reich et Keizo Takemi pour leurs précieuses observations ; Meghan Reidy pour ses remarquables contributions ; Grace Y. Chan et Tamy Yamamoto pour leurs importantes contributions au présent article ; ainsi que Tadashi Yamamoto, Tomoko Suzuki et Susan Hubbard pour leur assistance.

Action mondiale en faveur du renforcement des systèmes de santé

contribué à inclure les ressources humaines sanitaires (RHS) dans l'ordre du jour international.

Deux documents majeurs ont défini efficacement le rôle du personnel de santé et lui ont assuré une meilleure place à l'ordre du jour international en matière de santé. Tout d'abord, en 2004, l'Initiative conjointe de recherche sur les enfants et le VIH-sida (JLICA) a publié un ouvrage monumental intitulé *Human Resources for Health : Overcoming the Crisis* (Ressources humaines sanitaires : surmonter la crise). La JLICA a identifié trois forces principales qui taraudent le personnel de santé : la dévastation causée par le VIH-sida, l'accélération de la migration de la main d'œuvre et les conséquences héritées d'un sous-investissement chronique dans les ressources humaines.² Deuxièmement, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a indiqué dans son « Rapport sur la santé dans le monde » publié en 2006 qu'elle estimait que plus de quatre millions de travailleurs de la santé seront nécessaires pour pallier la pénurie, dont 2,4 millions de médecins, infirmières et sages-femmes. L'Organisation a également identifié cinquante-sept pays souffrant d'une pénurie critique, dont trente-six sont situés en Afrique subsaharienne. En la qualifiant de « crise », la JLICA et le Rapport de 2006 sur la santé dans le monde ont réussi à ce que l'on accorde davantage d'attention au personnel de santé au niveau international. Ces développements ont contribué à la création de l'Alliance mondiale pour les personnels de santé (GHWA) en mai 2006, qui est, comme l'a indiqué feu le Directeur général de l'OMS, M. J. W. Lee, guidée par le principe que « chaque personne, dans chaque village, où que ce soit devrait avoir accès à un professionnel de santé qualifié, motivé et soutenu. »³

Cela dit, accoler le terme de crise à une situation a ses limites. Ce qui a contribué le plus à placer le personnel de santé à l'ordre du jour international est la preuve manifeste que les donateurs éprouvaient des difficultés à réaliser les objectifs de leur programme sans augmenter l'effectif de travailleurs sanitaires qualifiés. Cela est particulièrement valable pour les projets relatifs au VIH-sida. Non seulement la maladie proprement dite mais aussi le traitement peuvent avoir des effets délétères sur les RHS, où les programmes verticaux pour le VIH-sida drainent les ressources humaines au détriment du reste du système de santé, ce qui présente des problèmes tant pour le système de santé en place que pour l'élargissement à de nouvelles initiatives.⁴ En outre, se préoccuper uniquement des chiffres a pour effet de négliger les questions plus complexes relevant de la répartition du personnel dans les pays, de sa performance et des mauvaises conditions de travail qui peuvent avoir des répercussions sur celle-ci.⁵

Afin de gérer la crise du personnel de santé, le premier Forum mondial sur les ressources humaines de santé a émis la Déclaration de Kampala et le Programme

d'action mondiale en 2008, lequel a identifié douze actions urgentes à prendre immédiatement.⁶ Quatre mois plus tard, les dirigeants mondiaux qui ont pris part au Sommet du G8 de Hokkaïdo-Toyako ont fait part de leur adhésion à cette déclaration pour prendre des engagements d'ordre financier et technique plus spécifiques en matière de personnel de santé qu'ils ne l'ont fait pour aucun des cinq autres éléments constitutifs du cadre du système de santé de l'OMS : services de santé ; informations sanitaires ; produits médicaux, vaccins et technologies ; et direction et gouvernance.

Dans le Cadre de Toyako pour l'action en matière de santé dans le monde, les recommandations suivantes ont été proposées au titre des actions à prendre en faveur du personnel de santé : agir de concert afin de resserrer l'écart entre les personnels existants et ce qui est nécessaire ; accroître le recours à des travailleurs sanitaires qualifiés ; encourager les stratégies de type « Soigner, Former et Fidéliser » ainsi que la délégation des tâches ; encourager le travail de l'OMS consistant à élaborer le code des pratiques ; et encourager le développement accru de la GHWA.⁷

Comme l'indique l'édition 2006 du « Rapport sur la santé dans le monde », « le moment est venu d'apporter un soutien politique, alors que la prise de conscience des problèmes s'étend, que des solutions efficaces apparaissent et que divers pays ouvrent déjà la voie à des interventions. »⁸ Le personnel de santé bénéficie d'ores et déjà d'apports jamais vus au niveau du financement, de l'assistance technique et de nouvelles initiatives de la part de diverses parties prenantes. Le défi consiste à tirer le meilleur parti de ces apports afin d'améliorer les résultats et conséquences. La question de savoir si cet élan durera dépend des actions prises pour surmonter ce défi.

Dans le présent rapport, nous tentons d'identifier les recommandations les plus importantes et immédiates que les pays du G8 devraient suivre afin de renforcer la capacité des personnels de santé à améliorer la performance des systèmes de santé et les conséquences sanitaires. À cette fin, nous analysons dans un premier temps le rôle joué par le personnel de santé dans le renforcement des systèmes de santé et l'amélioration des conséquences sanitaires. Dans un deuxième temps, nous explorons les principaux défis et opportunités qui peuvent être suscités pour renforcer le personnel de santé. Enfin, nous présentons des principes directeurs préconisant ce que le G8 devrait entreprendre pour améliorer les ressources humaines sanitaires (RHS).

Action mondiale en faveur du renforcement des systèmes de santé

PERSONNEL DE SANTÉ ET SYSTÈMES DE SANTÉ : PRINCIPAUX PROBLÈMES

Parmi les six éléments constitutifs du cadre de système de santé de l'OMS, trois sont liés aux entrants : produits médicaux, vaccins et technologies ; financement de la santé et personnel de santé. Sur ces trois, le personnel de santé est l'un des apports essentiels qui font fonctionner l'ensemble du système de santé. Or, nous n'avons que peu de connaissances sur la manière dont un personnel de santé amélioré peut se traduire par un meilleur système de santé. Le lien entre le personnel de santé et les conséquences sanitaires est tout aussi complexe. Dans la présente section, nous allons analyser ces relations de manière à formuler de meilleures recommandations en faveur d'une action destinée à engendrer de meilleures conséquences en utilisant les entrants existants et les futurs apports supplémentaires pour le personnel de santé.

Ressources humaines et systèmes de santé

L'OMS a mis en avant la nécessité de disposer de travailleurs sanitaires en effectifs suffisants afin d'atteindre les buts de base des Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD). L'OMS a suggéré que le chiffre minimal à cibler soit de 2,3 médecins, infirmières) et sages-femmes pour 1 000 habitants.⁹ Cette cible peut permettre de mobiliser un intérêt accru pour les questions relevant des ressources humaines dans les pays à faible densité. Toutefois, dans nombre de pays, cet objectif ne saurait être réalisé à court terme compte tenu des finances disponibles dans les budgets nationaux. Par exemple, en 2006, l'État d'Ondo (Nigeria), disposait de 0,71 travailleurs sanitaires pour 1 000 habitants, impliquant un budget de US\$14,3 millions sur un budget total de santé s'élevant à US\$22,6 millions.¹⁰ Si l'État d'Ondo voulait se conformer à la cible de l'OMS, soit 2,3, les salaires annuels nécessaires atteindraient la somme astronomique de US\$50,1 millions.¹¹ La cible de l'OMS ne traite pas non plus la question de développer un personnel combinant les qualifications appropriées, notamment le recours à des paraprofessionnels et infirmières). En outre, il ne résout pas le problème d'une surabondance de médecins dans de nombreux pays (par exemple, l'Égypte, certains États de l'Inde ainsi que nombre d'anciens pays du bloc soviétique).¹² Elle ignore enfin les autres facteurs du système qui sont nécessaires pour que les personnels de santé soient efficaces.

Les ressources humaines ne peuvent être efficaces que si le système au sein duquel elles fonctionnent est capable d'assurer les aspects suivants :

- Éduquer des effectifs suffisants de travailleurs sanitaires adéquats et correctement formés ;
- Fournir un financement suffisant pour leurs salaires, fournitures et transport ;
- Les motiver et gérer efficacement leurs besoins administratifs, en informations, en logistique et en fournitures ;
- Mettre en place les infrastructures et modèles de prestation appropriés ; et assurer des conditions de travail sûres.¹³

En d'autres termes, améliorer les ressources humaines exige davantage que de simples effectifs des types appropriés de travailleurs sanitaires; il est nécessaire d'améliorer la manière dont le système génère et appuie les travailleurs sanitaires ainsi que le contexte politique requis pour réaliser et mettre en œuvre les réformes susceptibles d'améliorer les objectifs de santé.¹⁴

Dans nombre de pays, les interventions sont axées sur tel ou tel aspect particulier des ressources humaines, avec plus ou moins de succès. Rares sont ceux, toutefois, qui adoptent l'approche exhaustive et intégrée du Programme d'urgence en faveur des ressources humaines (EHRP) du Malawi, qui est en mesure de multiplier les bénéfices d'un seul aspect.¹⁵ Effort destiné à atténuer l'une des plus graves pénuries de ressources humaines en Afrique subsaharienne, ce programme sur six ans est axé sur la fidélisation, le déploiement, le recrutement, la formation et les incitations au tutorat à destination de onze personnels d'encadrement prioritaires au sein des travailleurs sanitaires. L'EHRP prévoit également d'inciter le personnel sans emploi ou retraité à reprendre du service, d'avoir recours à du personnel expatrié pour combler temporairement les lacunes, d'élargir la capacité domestique en formation et d'initier des primes salariales et des primes internes de service (notamment pour les services ruraux).¹⁶ Les résultats préliminaires de ce programme qui comprend le renforcement des systèmes d'information et de suivi prouvent qu'il a des effets positifs. Certains éléments indiquent une réduction dans la migration des infirmières et une augmentation des inscriptions dans les écoles médicales, peut-être dues à l'augmentation des salaires dans le futur.¹⁷ Ce programme fait donc figure de modèle révolutionnaire permettant de faire le lien entre le personnel de santé et le système de santé dans son ensemble. De la même manière, le gouvernement du Mozambique tente de mener une approche intégrale dans le cadre de son Programme de développement du personnel de santé pour 2008-2015, mais il a encore besoin de partenaires apportant leur soutien et collaborant au projet pour qu'il soit mis en œuvre de manière fructueuse.

Afin d'améliorer la gestion du personnel de santé au niveau des pays, l'OMS a récemment publié un guide de planification stratégique des ressources humaines.

Action mondiale en faveur du renforcement des systèmes de santé

Cet outil, qui est axé sur l'approche fondée sur les systèmes de santé, préconise des indicateurs servant à évaluer les aspects financement, éducation et gestion d'un système de santé qui sont nécessaires pour fournir un personnel de santé efficace.¹⁸ Il offre en outre des stratégies politiques afin d'obtenir une adhésion suffisante aux réformes conçues pour améliorer l'efficacité du personnel de santé. Ce guide recommande en particulier que soit menée une analyse méticuleuse des niveaux de financement disponibles dans l'enveloppe des ressources nationales, des niveaux appropriés de salaires par rapport aux autres marchés du travail, un système éducatif capable de générer suffisamment de diplômés qualifiés dans diverses catégories, une gestion appropriée et des soutiens au système pour les dispositifs d'information sur la gestion de la santé et la logistique. Afin d'assurer des conditions de travail sûres, le Programme conjoint relatif à la violence sur le lieu de travail dans le secteur de la santé mis au point par l'Organisation internationale du travail (OIT) le Conseil international des infirmières (CII), l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et les Services internationaux de population (PSI), tandis que le CII a, de son propre chef, émis des directives pratiques.¹⁹ De tels efforts sont cruciaux pour fidéliser les travailleurs sanitaires, notamment dans les pays en développement.

Personnel de santé et conséquences

Comme le reconnaît le Cadre de Toyako pour l'action en matière de santé dans le monde, il est nécessaire d'avoir une base factuelle plus étoffée pour étayer les changements recommandés au sein des systèmes de santé et des effectifs et types de travailleurs sanitaires requis afin d'améliorer les conséquences sanitaires. Des études récentes tendent à mettre en évidence un lien entre une forte densité de travailleurs sanitaires et un taux moindre de mortalité maternelle et de mortalité infantile d'une part et un taux plus élevé de vaccination d'autre part.²⁰ Ces études agrégatives ne sont pas suffisantes pour analyser les causes et ne rendent pas compte des différents systèmes de santé et des divers assortiments de compétences. Ces études horizontales ne tiennent pas non plus compte de la répartition des travailleurs sanitaires dans un pays donné et ne tiennent donc pas compte des disparités entre les types de travailleurs sanitaires en place, notamment entre le milieu urbain et le milieu rural. Le succès relatif de certains pays à faible densité de travailleurs sanitaires qui ont néanmoins réussi à progresser vers la réalisation des OMD illustre bien le problème. En effet, les données du cycle du compte à rebours de 2008 a montré que seize des soixante-huit pays prioritaires (24 pour cent) étaient en bonne voie d'atteindre

l'OMD4.²¹ Sur ces seize pays, huit (Bangladesh, Érythrée, Haïti, Indonésie, RPD du Laos, Maroc, Népal et Pérou) ont été identifiés comme connaissant une crise du personnel de santé dans le « Rapport sur la santé dans le monde » de 2006. Cela indique qu'une crise du personnel de santé n'engendre pas obligatoirement une crise entravant la réalisation des cibles du OMD4. Un autre exemple permet d'illustrer que l'amélioration des conséquences sanitaires n'est pas uniquement une question d'effectifs. Le Nigeria dispose de 1,45 travailleur sanitaire pour 1 000 habitants contre 0,93 pour le Ghana, deux des chiffres les plus élevés en Afrique de l'Ouest. Or, si le Ghana présente les meilleurs indicateurs de la région, avec un taux de mortalité maternelle (TMM) de 590 et un taux de mortalité des moins de cinq ans (U5MR) de 100, le Nigeria est loin derrière avec un TMM de 1 100 et un U5MR de 183.²²

Il est clair que des études supplémentaires s'imposent pour comprendre le lien entre les conséquences sanitaires d'un côté, et les personnels de santé et les caractéristiques d'un système de santé de l'autre. Toutefois, il est probable que, dans les pays présentant une situation sanitaire médiocre, une faible densité de travailleurs sanitaires, une offre inadéquate en travailleurs sanitaires d'échelon inférieur et un faible niveau de financement, nous avons besoin d'initiatives pour augmenter le personnel de santé adéquatement qualifié et améliorer les systèmes de financement, de gestion et d'éducation. C'est en comprenant ces relations que l'on peut adopter une meilleure action en vue d'utiliser les apports du personnel de santé pour obtenir de meilleures conséquences sanitaires.

DÉFIS RELATIFS AUX PERSONNELS DE SANTÉ

Si l'OMS et la JLICA ont préconisé d'accroître les effectifs de médecins, d'infirmières et de sages-femmes, le défi ne consiste pas uniquement à augmenter le nombre de travailleurs sanitaires. Se contenter d'augmenter leurs effectifs n'améliore pas obligatoirement la performance d'un système de santé ou les conséquences sanitaires. Améliorer la quantité et la qualité des ressources humaines de santé implique en effet des défis plus larges d'ordre systémique.

Effectifs et qualité inappropriés des personnels de santé existants

SURMONTER LES PÉNURIES : la cible de 2,3 travailleurs sanitaires pour 1 000 habitants n'est pas réaliste dans de nombreux pays tandis que d'autres pays connaissent un taux de chômage élevé chez certains cadres du secteur de la

Action mondiale en faveur du renforcement des systèmes de santé

santé. Il n'en demeure pas moins nécessaire d'augmenter certaines catégories de travailleurs sanitaires dans beaucoup de pays à faibles revenus. Les pénuries peuvent être dues à divers facteurs, y compris des gisements insuffisants de diplômés de l'enseignement secondaire, un manque d'écoles médicales ou d'autres aménagements de formation, le VIH-sida, les marchés du travail et la migration.

Le premier défi se situe au niveau du système éducatif. Certains pays ne disposent pas d'un gisement suffisant de diplômés de l'enseignement secondaire susceptible de fournir des candidats aux écoles d'infirmières et médicales, tandis que de nombreux pays souffrent d'un déficit d'infrastructures éducatives pour former des travailleurs sanitaires dans les catégories appropriées et avec les compétences adéquates.²³ Il s'agit d'un domaine où le lien entre les secteurs de la santé et de l'éducation doivent être renforcés.

Deuxièmement, le VIH-sida présente des défis pour les ressources humaines sanitaires à de multiples niveaux. Le traitement du VIH augmente la charge de travail des travailleurs sanitaires, tandis que ces derniers peuvent être eux-mêmes touchés par la maladie, ce qui augmente l'absentéisme pour cause de maladie et réduit leur nombre.²⁴ La pénurie de travailleurs sanitaires qualifiés est de plus en plus reconnue comme une contrainte majeure qui empêche d'élargir la thérapie antirétrovirale, ce qui pèse lourdement sur le VIH-sida.²⁵ En outre, l'on craint de plus en plus que la demande accrue en travailleurs sanitaires pour les programmes de VIH-sida n'enlève le personnel d'autres programmes prioritaires, ce qui indique la nécessité d'avoir une approche intégrale, s'agissant de traiter les besoins en ressources humaines.

Troisièmement, le marché des ressources humaines est souvent influencé par une série de facteurs politiques, économiques et sociaux. L'offre et la demande en ressources humaines sanitaires n'est pas uniquement configurée par les besoins sanitaires et le nombre de travailleurs formés, mais aussi par les salaires et conditions de travail en vigueur comparé aux autres occupations. Des pénuries peuvent voir le jour lorsque les gouvernements ne disposent pas des ressources budgétaires suffisantes pour embaucher les travailleurs sanitaires à un salaire compétitif et leur assurer les fournitures et conditions de travail nécessaires pour accomplir leur travail. Afin d'assurer que les travailleurs sanitaires travaillent effectivement dans le domaine de la santé exige des incitations accrues destinées à les fidéliser et à améliorer l'égalité de la répartition, notamment en milieu rural.²⁶

Enfin, la demande en ressources humaines de santé sur le marché mondial peut provoquer une migration de pays souffrant déjà d'une grave pénurie de travailleurs vers des pays plus riches offrant de meilleurs salaires et de meilleures

conditions de travail. La question de la migration, qui est abordée ci-après, constitue l'un des grands points du présent chapitre.

AMÉLIORER LES COMPÉTENCES DES TRAVAILLEURS SANITAIRES APPROPRIÉS : Outre l'effectif insuffisant de travailleurs sanitaires, la qualité des prestataires de services clés laisse encore à désirer, particulièrement dans les domaines requis pour s'occuper des OMD. La formation professionnelle permanente est cruciale pour assurer des soins de qualité, mais de récentes études montrent que, dans les pays en développement, les travailleurs sanitaires peuvent être particulièrement défavorisés par la répartition inégale de l'accès à des formations professionnelles permanentes dû aux petits budgets, à la localisation en milieu rural et à des processus de sélection partiaux. Cette répartition inégale peut contribuer à une qualité inégale des soins et à un moral en berne.²⁷

En vue de générer des impacts sanitaires, tels que les OMD, et notamment l'OMD⁵, les travailleurs sanitaires ont besoin de compétences et fournitures supplémentaires qui, souvent, ne sont pas disponibles en milieu rural. Les professionnels de santé de haut niveau, les médecins par exemple, qui demandent plus de temps à former et à un coût plus élevé, ne souhaitent pas travailler en région rurale. Le manque de soins obstétricaux et de banques du sang dans les régions isolées contribuent aux taux élevés de mortalité maternelle et infantile. Les médecins généralistes et les paramédicaux n'ont souvent pas les compétences nécessaires en obstétrique et donc, l'accès apparent aux services n'est pas efficace. Une solution a consisté à former des travailleurs sanitaires, normalement considérés comme étant des auxiliaires, à effectuer d'autres tâches, allant des soins primaires à des opérations chirurgicales majeures.

Déléguer des tâches réservées aux médecins, infirmières et pharmaciens à des assistants a rencontré une certaine réticence chez des catégories professionnelles, et soulevé des préoccupations quant à la qualité et la sécurité.²⁸ Toutefois, plusieurs essais menés avec des travailleurs sanitaires communautaires se sont traduits par des réductions substantielles de la mortalité infantile.²⁹ Pour prendre un exemple extrême, des agents cliniques au Malawi et techniciens chirurgicaux au Mozambique sont capables de procéder à des césariennes. Des études menées sur ces deux cas n'ont relevé aucune différence sur le plan des résultats entre les actes chirurgicaux effectués par des médecins et ceux menés par des travailleurs qui n'étaient pas des médecins mais avaient reçu une formation chirurgicale.³⁰ Si ce type de délégation des tâches peut servir de solution à court terme, rien ne prouve qu'il soit une solution efficace sur le long terme. Il peut être nécessaire de réévaluer les compétences et tâches déléguées à

Action mondiale en faveur du renforcement des systèmes de santé

chaque échelon des travailleurs sanitaires afin de s'adapter au mieux aux besoins et contexte de chaque pays.

On trouve d'autres exemples de recours efficace aux travailleurs sanitaires communautaires dans le « Rapport sur la santé dans le monde » de 2008, qui revalorise l'approche basée sur les soins de santé primaires. Parmi les exemples figurent l'élargissement en Malaisie de onze personnels d'encadrement prioritaires au sein des travailleurs sanitaires, la formation de 30 000 agents de vulgarisation sanitaire (HEW) en Éthiopie, des incitations destinées aux travailleurs sanitaires à servir en milieu rural en Zambie, et les 80 000 travailleurs sanitaires au Pakistan. Parmi ces initiatives, les actions innovantes de l'Éthiopie sont uniques sur le plan de la délégation de responsabilités à des travailleurs sanitaires communautaires. Le ministère éthiopien de la Santé a lancé le Programme de vulgarisation sanitaire (HEP) en 2003. Le HEP est un programme innovant basé sur les communautés qui vise à rendre les services de santé essentiels accessibles au niveau populaire. Il ambitionne de former 30 000 agents de vulgarisation sanitaire d'ici à 2009. Le HEP est conçu pour assurer des services au niveau des communautés en couvrant seize programmes de vulgarisation sanitaire classés sous trois grands domaines ; prévention des maladies et lutte (à savoir VIH-sida, infections sexuellement transmissibles, tuberculose et paludisme) ; services de santé familiale ; et hygiène et assainissement environnemental.³¹ En date de janvier 2008, un total de 24 000 agents de vulgarisation sanitaire avaient ainsi été formés et déployés chez les communautés.³²

Pour prendre un exemple en Ouganda, où le VIH-sida exige d'importants effectifs de ressources humaines, les travailleurs sanitaires communautaires assument la charge des infirmières sur le plan de la prestation des services liés au VIH-sida, tandis que les infirmières prennent en charge celle des médecins. Cette initiative a, dans une certaine mesure, permis de soulager le fardeau du pays suite à la pénurie de travailleurs sanitaires qui y sévit.³³ En Tanzanie, des rôles ont été confiés aux travailleurs sanitaires les moins qualifiés en vue d'atteindre les OMD. Une étude de cas sur l'élargissement des interventions prioritaires en Tanzanie avance qu'un nombre considérable de tâches pourrait être assuré par des catégories professionnelles moins qualifiées ou d'autres individus au niveau de la communauté.³⁴ Par exemple, le personnel d'une pharmacie pourrait être autorisé à dispenser des médicaments pour des maladies courantes telles que le paludisme.³⁵

Surmonter les contraintes des politiques macroéconomiques

Nombre des défis évoqués ci-dessus découlent du besoin, au sens large, de planifier les ressources humaines et de renforcer davantage les systèmes de santé. Les bas niveaux de salaires, de même que l'inadéquation des compétences gestionnaires et des systèmes de gestion clés (par ex. : la logistique, les systèmes de gestion des informations) sont des problèmes systématiques répandus qui nécessitent un renforcement. Comme indiqué précédemment, les bas salaires peuvent être un frein au recrutement et à la fidélisation des travailleurs sanitaires qualifiés. Dans certains pays, les dépenses publiques liées aux salaires des travailleurs sanitaires ont été limitées par des facteurs macroéconomiques, tels que le gel des recrutements ou un plafonnement de la masse salariale dans le secteur public qui ont souvent, dans le cadre des programmes d'ajustement structurel, été imposés comme conditionnalité à un prêt de la Banque mondiale. Dans beaucoup de pays, les politiques macroéconomiques ne permettent pas aux gouvernements de payer des niveaux de salaires susceptibles de fidéliser les travailleurs sanitaires.³⁶ La Déclaration de Kampala et le Programme d'action mondiale traitent cette question et préconisent que les institutions financières prennent des actions de type « analyse pour un pays donné des conditions macroéconomiques qui ont des effets sur les plafonds de salaires et les dépenses de santé, et limitent les dispositions de recrutement dans le service public qui sont nécessaires pour satisfaire aux besoins prioritaires fixés dans le secteur de la santé. »³⁷ Il importe que les dialogues entre les gouvernements et les institutions telles que la Banque mondiale ou le Fonds monétaire international (FMI) tiennent compte du besoin d'élargir le personnel de santé tout en assurant que les perspectives de croissance économique globale et la pérennisation fiscale soient maintenues. L'absence totale de transparence constitue, à ce stade, le problème principal. Le FMI et la Banque mondiale parlent de « contraintes de l'espace fiscal », mais personne ne sait comment elles sont estimées ou appliquées.

Améliorer les capacités nationales

Comme l'indique le rapport de la JLICA, les stratégies menées par les pays constituent le moteur principal stimulant le développement de la main d'œuvre.³⁸ Les stratégies nationales comportent cinq dimensions essentielles : 1) impliquer les dirigeants et parties prenantes, 2) planifier les investissements humains, 3) gérer dans l'optique de la performance, 4) développer des politiques d'habilitation, et 5) apprendre pour améliorer. Les pays en développement, seuls ou

Action mondiale en faveur du renforcement des systèmes de santé

en collaboration, doivent renforcer leur capacités en planification stratégique, gestion et conception de politiques, mais la plupart des pays à faible densité et mortalité élevée ne disposent pas des moyens d'y parvenir seuls.

Sachant que le rôle des pays revêt une importance aussi cruciale, la Déclaration de Kampala a identifié sept actions à prendre par ces derniers. Toutefois, les actions suggérées dans la Déclaration concernent ce que le pays *devrait* faire, ce qui est différent de ce que les pays *peuvent* faire. Dans la plupart des pays à faible densité et forte mortalité, le manque de capacités à mener ces sept actions signifie que l'on y verra peu de progrès. Un pays serait mieux en mesure de mener ces actions s'ils bénéficiaient d'un soutien de la part de consultants locaux ou internationaux.

Par exemple, dans un pays à faibles revenus d'Asie du Sud-Est, le Département du personnel et de l'organisation du ministère de la Santé a élaboré, en octobre 2007, un projet de cadre stratégique et un programme de mise en œuvre pour le développement des ressources humaines sanitaires, avec l'assistance du bureau local de l'OMS. Or, un an plus tard, le projet était toujours à l'état de projet. L'Agence japonaise de coopération internationale (JICA) a tenté de lancer dans ce pays un programme de sages-femmes qualifiées, mais, du fait que le programme de mise en œuvre n'avait pas été achevé, le programme est resté bloqué au stade de la planification. Ce cas montre que, suite à un déficit de capacités au niveau de la prise de décision et de la mise en œuvre, le « cadre stratégique et un programme de mise en œuvre » n'a guère avancé pendant plus d'un an. La même chose risque également de se produire dans beaucoup de pays d'Afrique à faibles revenus et forte mortalité.

Cet exemple montre également qu'il ne suffit pas de faire une déclaration ou de formuler des recommandations. Il convient d'accorder beaucoup plus d'attention au renforcement des capacités et à la conversion de programmes bien conçus ou d'une bonne planification en programmes réels. Le fait même d'envoyer à court terme des experts dans les systèmes de santé risque d'avoir une utilité limitée. Ce qui est nécessaire, c'est un facilitateur qui fera avancer les actions pendant une période de temps suffisante. Ce travail de facilitation n'est pas du ressort du G8. Cela dit, le G8 peut y contribuer en proposant que soit constitué un cadre qui permettra que cela soit réalisable. Comme nous l'avons vu avec la Déclaration de Kampala, il est facile de comprendre ce que chaque pays *devrait* faire, mais plus ardu de comprendre ce qu'un pays *peut* faire. Chaque action a besoin d'un soutien maïeutique. La capacité de chaque pays à mener ces actions émergera progressivement sous l'effet des efforts de soutien prêtés par les consultants disponibles localement, qu'ils soient ressortissants du pays ou internationaux.

Pour renforcer la capacité d'un pays à gérer le personnel de santé, l'approche du « dialogue social » de l'OIT peut s'avérer utile. Cette approche inclut des négociations et consultations, à commencer par l'échange d'informations entre et avec des représentants du gouvernement, les employeurs et les travailleurs sur des questions d'intérêt commun liées à la politique économique et sociale.³⁹ Il s'agit d'une des démarches maïeutiques existantes que les facilitateurs pourraient envisager d'adopter, dans la mesure où le rôle qu'elle joue pour faire avancer et maintenir les processus de réforme est désormais largement reconnu au sein du secteur de la santé, contribuant ainsi à améliorer les soins de santé et à en atténuer tout effet néfaste en matière de santé publique. Un exemple de sa mise en œuvre est visible au Ghana, où le dialogue social a été amorcé en 2002. Par exemple, pour traiter les questions de fidélisation et de fuite des cerveaux dans le pays, des représentants du gouvernement, des employeurs, des organes de réglementation, le secteur privé, les instituts de formation, les hôpitaux et des groupes de travail ont été amenés à se rencontrer. Le dialogue social a donné lieu à des marchandages et négociations sur les incitations à fidéliser les professionnels de la santé, en offrant par exemple de meilleures conditions de travail et en créant un comité de répartition des véhicules. En résultat, des incitations tangibles ont été offertes, dont une prime pour les heures de travail supplémentaires et des véhicules pour les travailleurs sanitaires.⁴⁰

S'attaquer à la migration des ressources humaines

Il conviendrait de se pencher sur les questions relevant du personnel de santé non seulement dans l'optique du système de santé d'un pays donné, mais aussi à travers le prisme mondial élargi au marché international du travail. Dans un monde idéal, le niveau des ressources humaines sanitaires devrait être déterminé en fonction de ce qui est nécessaire pour maintenir ou améliorer la situation sanitaire de la population. En réalité, le marché des ressources humaines est souvent influencé par une série de facteurs politiques, économiques et sociaux. L'offre et la demande en RHS sont déterminées non seulement par les besoins sanitaires et l'effectif de travailleurs formés mais aussi le niveau de salaire en vigueur et les conditions de travail par rapport aux autres occupations.⁴¹ Dans les pays africains et asiatiques, la migration des travailleurs sanitaires vers des pays aux salaires plus élevés constitue une grande préoccupation. La migration entraîne des tensions significatives sur le système de santé de beaucoup de pays, souvent en prenant les travailleurs les plus qualifiés toutes catégories confondues, ce qui se traduit par des pénuries dans certaines catégories et spécialités

Action mondiale en faveur du renforcement des systèmes de santé

et nécessite une productivité accrue de la part des travailleurs sanitaires.⁴² Des tensions financières existent également, dans la mesure où les pays investissent dans la formation de nouveaux travailleurs sanitaires uniquement pour voir ces derniers émigrer. L'on estime que le Ghana a, à lui seul, perdu au moins 35 millions de livres en investissement en formation, tandis que le Royaume-Uni a épargné 65 millions de livres depuis 1998 en recrutant au Ghana.⁴³

La mobilité des travailleurs sanitaires est influencée par une série de facteurs « incitatifs » et « draineurs ». Les insuffisances dans les composantes des ressources humaines d'un système de santé, telles que la formation, un encadrement approprié, des salaires compétitifs, une gestion efficace et des conditions de travail sûres, sont autant d'éléments qui incitent les professionnels de santé à émigrer. Drainer des travailleurs sanitaires vers les pays de destination offrent des opportunités de développement professionnel, de meilleurs salaires, de meilleures conditions de travail et un niveau de vie plus élevé.⁴⁴ En définitive, l'émigration est motivée par une pénurie de travailleurs sanitaires dans les pays à revenus moyens ou riches et devrait perdurer tant que les pays de destination ne traiteront pas les causes sous-jacentes aux pénuries de travailleurs sanitaires chez eux. Parmi ces causes figurent le vieillissement des populations, la féminisation des personnels, des quotas d'inscription dans les programmes de formation (médecins) et des périodes de stagnation des salaires provoquant un déclin des inscriptions dans les programmes de formation (infirmières).⁴⁵ Si au Royaume-Uni, les efforts visant à élargir la production des écoles médicales et à modifier la politique d'immigration ont provoqué un surplus de candidats par rapport aux opportunités de formation d'échelon supérieur, aux États-Unis, les prévisions inexactes de surplus de médecins ont débouché sur des politiques qui donneront lieu à des pénuries encore plus importantes.⁴⁶ Les pays développés tout comme les pays en développement ont besoin de mettre en place des politiques destinées à gérer la migration en améliorant le recueil de données afin de faciliter la bonne planification des personnels, en assurant des incitations financières et autres afin d'encourager la fidélisation des travailleurs, et en passant des accords entre les pays pour encourager le développement professionnel et les échanges, tout en limitant les effets défavorables dus à la perte de travailleurs.⁴⁷ Ces efforts devraient être entrepris afin d'« ancrer » les travailleurs sanitaires pour résister aux facteurs « incitatifs » et « draineurs », notamment dans les pays à faibles revenus.

Certains éléments prouvent que la migration a des effets économiques positifs du fait des virements envoyés vers leurs pays d'origine.⁴⁸ Des études récentes qui évaluent les effets de la migration sur l'offre en travailleurs sanitaires et les indicateurs de la situation sanitaire n'ont identifié aucun lien négatif,

indiquant que l'impact de l'offre en ressources humaines sur les systèmes de santé et les conséquences sanitaires reste mal connu. Cet aspect positif de la migration constitue en fait une question complexe qui nous invite à traiter le dossier du personnel de santé non seulement dans le cadre des systèmes de santé mais aussi du point de vue de la vie des populations dans les pays à faibles et moyens revenus.

Toutefois, si les connaissances sur le plan des causes et effets de la migration présente des écarts significatifs, il conviendrait de promouvoir les réformes des systèmes de santé conçues pour accroître la fidélisation et réduire les incitations à émigrer, notamment des travailleurs les plus qualifiés.

Faciliter la coordination des donateurs

Le manque de coordination entre les donateurs et le fait qu'ils « forment une alliance » pour s'attaquer d'un seul bloc à un problème unique présente un défi plus complexe pour les ressources humaines sanitaires. En 2008, le *Global Economic Governance Program* (Programme mondial de gouvernance économique) de l'Université d'Oxford a rassemblé un groupe d'anciens et actuels ministres de la santé ainsi que de hauts fonctionnaires de la santé issus de pays en développement afin de débattre des lacunes et défis auxquels ils sont confrontés pour gérer le financement et les dispositions relatives à la gouvernance en matière de santé actuellement en vigueur au niveau international. Selon leur rapport, « un déluge constant de nouvelles initiatives, axées sur des maladies ou questions spécifiques, rend très difficile aux gouvernements d'élaborer et de mettre en œuvre des programmes de santé nationaux sains pour leur pays. »⁵⁰ En d'autres termes, les bailleurs de fonds passent fréquemment d'une « mode » à l'autre sans se préoccuper de continuité ou de durabilité. Le rapport relate également l'avis largement partagé selon lequel les donateurs sont enclins à sans cesse créer de nouvelles initiatives, telles que les priorités parallèles, tandis que la prestation de soins par les bailleurs de fonds eux-mêmes, ne fait qu'affaiblir les stratégies nationales.⁵¹ Cette difficulté est exacerbée par l'absence de transparence chez les donateurs et le fait que les ministres de la santé ne savent que vaguement à quoi les bailleurs de fonds destinent les fonds. Comme l'a dit un ministre à propos des donateurs, « ils aiment suivre les activités, mais ils n'aiment pas être suivis ou évalués. »⁵²

Sridhar et Batniji avancent que « la communauté sanitaire mondiale devrait envisager d'intégrer le concept de l'appropriation dans l'aide sanitaire et de donner réalité aux principes de la Déclaration de Paris. Faute d'intérêt systématique

Action mondiale en faveur du renforcement des systèmes de santé

pour les besoins articulés des pays en développement dans le cadre de consultations et de réels partenariats, les donateurs œuvrant dans la santé mondiale ne parviendront pas à mettre en place un processus décisionnaire informé et inclusif. »⁵³ Il est vrai qu'une telle incorporation de la direction des pays est inévitable, mais que tous les pays n'ont pas la capacité de s'atteler à la tâche.

Le G8 a déclaré qu'il était important « d'agir de concert ». Cela signifie que les agences donateurs et les pays bénéficiaires, mais aussi que les agences de l'ONU, les ONG et les autres organisations de la société civile doivent œuvrer ensemble. Or, dans ce contexte, il est vital que les pays du G8 agissent tout d'abord collectivement. Dans un certain sens, cela s'est concrétisé sous la forme de leur financement des agences de l'ONU ; le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (Fonds mondial); et autres initiatives internationales en matière de santé. Outre l'OMS et d'autres agences de l'ONU, chaque agence bilatérale dispose d'un bureau des projets dans la plupart des pays. Des documents montrent que seuls le Royaume-Uni (RU) et les États-Unis travaillent actuellement ensemble dans le but commun de renforcer le personnel de santé. Si le RU et les États-Unis travaillent ensemble à renforcer le personnel de santé en Éthiopie, au Kenya, au Mozambique et en Zambie, ils n'assurent pas néanmoins la coordination avec d'autres pays de la même manière. Le soutien bilatéral et multilatéral n'orchestre pas d'action commune, même si le but peut, lui, être commun. Bien que chaque pays se soit engagé à surmonter ensemble la crise du personnel de santé, il n'existe aucun mécanisme solide leur permettant de travailler ensemble à la fois au niveau mondial et national. Des changements s'imposent pour accroître la complémentarité, éviter les efforts redondants et assurer la communication et la transparence entre les agences bailleurs de fonds.

OPPORTUNITÉS D'AMÉLIORER LES PERSONNELS DE SANTÉ

Bien que la présence d'une force coopérante travaillant de concert dans l'optique d'un but déterminé fasse toujours défaut, et que chaque pays ait son propre ordre du jour, il existe actuellement nombre de ressources susceptibles d'être exploitées afin de renforcer le personnel de santé. Parmi elles figurent des recommandations et directives émanant de diverses organisations sanitaires ; des engagements pris par les pays, et notamment par les pays du G8 ; plusieurs initiatives mondiales ; la GHWA ; et l'approche fondée sur la sécurité humaine. La présente section se propose de donner un aperçu de ces ressources et de la

manière dont leurs apports qui, de nature indépendante finissent par faire double, peuvent être cristallisés en une force motrice précieuse afin de nous mettre sur la voie de meilleures solutions à la crise actuelle du personnel de santé.

Recommandations et directives (voir l'Annexe 3)

Plusieurs organisations ont publié des documents et codes destinés à fournir des directives et recommandations ciblant divers thèmes et défis de la crise du personnel de santé. En s'attaquant aux effets pervers de la migration des personnels de santé des pays en développement vers les pays développés aux salaires plus élevés, l'OMS procède à la publication d'un *Code of Practice on International Recruitment of Health Personnel* (Code de pratiques relatif au recrutement international du personnel de santé). Sa version première a été examinée au cours du mois de septembre 2008. Il fixe des directives et principes éthiques en matière de recrutement international par les pays développés, tout en reconnaissant les droits fondamentaux des travailleurs sanitaires. Ce code serait le premier du genre à couvrir la migration à l'échelle mondiale. Bien qu'il ne soit pas juridiquement contraignant, les recommandations qu'il contient peuvent servir de puissantes « règles du jeu » pour élaborer des politiques nationales en matière de recrutement international des professionnels de santé.

LOMS a publié le rapport *Task Shifting – Global Recommendations and Guidelines* (Délégation des tâches : recommandations et directives internationales) afin de proposer une option destinée à résoudre la pénurie de personnel dans les régions à faible densité en professionnels de santé et fort taux de mortalité en utilisant du personnel paramédical formé. Il s'agit là d'une alternative envisageable dans les pays ne disposant pas d'une capacité suffisante en ressources humaines, mais qui cherchent néanmoins à trouver une solution à court terme pour soulager la crise du personnel sanitaire. En outre, la GHWA et l'OMS ont publié *Scaling Up, Saving Lives* (Élargir l'accès, sauver des vies) dans le but de traiter la pénurie de travailleurs sanitaires en élaborant des propositions destinées à étendre leurs éducation et formation. Enfin, la Déclaration de Kampala et le Programme d'action mondiale ont appelé les gouvernements à s'engager dans les stratégies qu'ils proposent afin d'oeuvrer d'un seul bloc à résoudre la crise du personnel sanitaire.

Il est impossible aux gouvernements, donateurs et facilitateurs d'agir de concert sans une série de « dénominateurs communs. » Ces directives et politiques émanant d'organisations faisant autorité, telles que l'OMS, offrent une

Action mondiale en faveur du renforcement des systèmes de santé

occasion d'améliorer les politiques de renforcement des systèmes de santé, et notamment en matière de ressources humaines.

Engagements politiques du G8 (voir l'Annexe 1)

Au cours de la quatrième Conférence internationale de Tokyo sur le développement africain (TICAD) de mai 2008 et du Sommet du G8 d'Hokkaido-Toyako en juillet 2008, le Japon s'est engagé à aider à augmenter et améliorer la qualité et la quantité des RHS dans vingt-six pays afin d'accroître la couverture en personnel sanitaire et remplir l'engagement de former 100 000 travailleurs sanitaires. Plus tard, en juillet 2008, les États-Unis ont ajouté une composante ressources humaines à l'occasion du renouvellement de l'autorisation du Plan d'urgence du Président des États-Unis pour la lutte contre le sida (PEPFAR II), en se fixant pour objectif de former et fidéliser au moins 140 000 professionnels de santé et paramédicaux. En septembre 2008, au cours d'une réunion de haut niveau de l'ONU sur les OMD, le Premier ministre du RU a promis de consacrer environ 540 millions de livres au cours des trois prochaines années en vue de soutenir les programmes nationaux sanitaires de huit pays du Partenariat international pour la santé, qui inclurait la formation accrue de travailleurs sanitaires. Bien que ces engagements ne permettent pas de combler les besoins lacunaires en personnel de santé au niveau mondial, ils offrent d'excellentes opportunités de montrer comment des apports accrus peuvent se traduire par des résultats et conséquences. Ces efforts fructueux pourraient être repris pour déclencher des apports accrus dans les années à venir.

Initiatives mondiales en matière de santé

Les initiatives mondiales en matière de santé telles que le Fonds mondial, le PEPFAR et la Fondation Clinton fournissent une assistance évaluative, financière et technique pour s'attaquer à divers défis sanitaires dans les pays en développement. Bien que la majeure partie des fonds soit utilisée afin de lutter contre des maladies spécifiques comme le VIH-sida, le paludisme et la tuberculose, l'on commence toutefois à les employer pour renforcer les systèmes de santé. Si ces initiatives peuvent avoir leurs propres cibles, elles s'accordent toutefois sur l'importance de renforcer les systèmes de santé sur le plan des RHS. Le détail des actions et engagements pris par ces organisations sont répertoriés à l'Annexe 2.

Outre une assistance financière, en élargissant le personnel sanitaire, l'un des effets secondaires des activités de ces initiatives mondiales est d'aider les pays ciblés à renforcer leurs capacités pour consolider leurs systèmes de santé. Par exemple, la Fondation Clinton, dont les objectifs vont de la lutte contre le VIH-sida au soutien à des programmes de ressources humaines sanitaires, s'est concentrée, lors de sa réunion annuelle en septembre 2008, sur les efforts destinés à former et gérer la plus vaste expansion des travailleurs sanitaires de toute l'histoire en vue d'améliorer la santé dans le monde. En outre, le PEPFAR s'est engagé à financer et former un effectif considérable de professionnels et paraprofessionnels de la santé dans quinze pays en développement, dans le cadre de son initiative sur le VIH-sida. En outre, la Fondation Clinton et l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID) vont même jusqu'à fournir une assistance complète dans certaines zones qui comprend non seulement une aide financière et technique mais aussi des évaluations et un soutien analytique.

L'Alliance mondiale pour les personnels de santé

Les pays du G8 seraient eux-mêmes en mesure d'agir beaucoup plus efficacement si un mécanisme innovant était créé. La GHWA a le potentiel de s'acquitter d'une telle tâche au niveau mondial, mais elle a besoin d'un mécanisme plus puissant pour travailler au niveau des pays. Au niveau mondial, tous les pays du G8, excepté le Japon, adhèrent à la GHWA, bien que le Japon soit sur le point d'en devenir membre. La GHWA agit sur deux orientations stratégiques : accélérer l'action dans des pays individuels et traiter les contraintes d'ordre mondial qui entravent l'action au niveau des pays. Au cours des ses deux années d'existence, la GHWA a développé des programmes et directives permettant aux pays de planifier et gérer les questions relevant des personnels sanitaires. Des groupes de travail ont été instaurés afin de dispenser des conseils sur l'éducation, la formation et le traitement des personnels, l'émigration et la fidélisation du personnel, l'accès universel à la prévention et au traitement du VIH, et le rôle du secteur privé.⁵⁴ Bien que la GHWA tente d'accélérer les actions au niveau des pays, elle risque de rencontrer des difficultés de mise en oeuvre dans la mesure où elle n'y dispose pas de bureaux. Bien que les bureaux locaux de l'OMS seraient en mesure de soutenir ses travaux, ils ne disposent pas toujours de personnels ou experts sanitaires. Les opportunités offertes par la GHWA devraient être davantage exploitées dans la pratique.

Action mondiale en faveur du renforcement des systèmes de santé

Opter pour une approche fondée sur la sécurité humaine afin de surmonter la crise des systèmes de santé

La crise du personnel de santé concerne non seulement ces derniers mais aussi les systèmes de santé, notamment chez les pays à faible densité et haute mortalité. Dans ces pays, plus d'un élément constitutif ne fonctionne pas correctement, et ces éléments se conjuguent pour aggraver le système de santé dans son ensemble. Il en résulte que la plupart de ces pays n'ont guère avancé sur la voie des OMD relevant de la santé.

Selon les données compilées par le moniteur des OMD, cinquante-deux pays à faibles ou moyens revenus s'écartent de la réalisation des OMD 4 et 5. Il s'agit pour la plupart de pays à faible densité et forte mortalité, qui n'ont guère montré d'améliorations dans les conséquences sanitaires au fil des années. Dans ces conditions, se contenter d'augmenter la densité des travailleurs sanitaires ne saurait améliorer ni la performance des systèmes de santé, ni les conséquences sanitaires. Nous pourrions avoir besoin d'un programme doté d'un train de mesures destinées à réparer les systèmes de santé, similaire au programme intégral de mesures de soutien humanitaire, qui comporte une série d'interventions sur le système. L'EHRP du Malawi en est un exemple.⁵⁵ Le *Capacity Project* (Projet relatif aux capacités) de l'USAID s'apparente également à cette démarche et pourrait constituer une meilleure option dans certains pays. Une autre stratégie possible relève de ce que l'on appelle maintenant l'approche fondée sur la sécurité.

Au cours des quinze dernières années, le concept de sécurité a cessé de s'appliquer exclusivement à la sécurité des nations pour englober la sécurité des individus et des collectivités. Afin de les soutenir, l'approche basée sur la sécurité humaine couvre la sécurité alimentaire, sanitaire, environnementale, personnelle, communautaire et politique. Cette approche est en mesure de contribuer à améliorer la santé pour plusieurs raisons. Tout d'abord, en tant qu'approche centrée sur l'être humain, la sécurité humaine est axée sur les besoins réels d'une communauté, tels qu'ils sont identifiés par cette dernière. Deuxièmement, la sécurité humaine met en lumière les fragilités des populations et vise à les aider en construisant leur capacité de résilience aux menaces actuelles et futures et en créant un environnement au sein duquel elles seront en mesure de protéger leur propre santé et celle de leur famille, même si d'autres défis se présentent. Troisièmement, la sécurité humaine a pour objet de consolider l'interface entre la protection et l'autonomisation. Dans le contexte de la santé publique, une approche fondée sur la protection vise à renforcer les institutions d'une société afin de prévenir, suivre et anticiper les menaces sanitaires. Par ailleurs,

une démarche reposant sur l'autonomisation vise à valoriser la capacité des individus et communautés à prendre en main leur propre santé. La sécurité humaine considère également l'interface entre ces deux approches et encourage les détenteurs du pouvoir politique et économique à créer un environnement propice à ce que les individus et collectivités aient une maîtrise accrue sur leur propre santé.⁵⁶

Le dernier aspect de l'approche fondée sur la sécurité humaine est similaire à un aspect des réformes des soins de santé primaire, à savoir « des réformes de politique publique qui promeuvent et protègent la santé des collectivités. »⁵⁷ Les trois autres programmes de réforme des soins de santé primaires, « les réformes de couverture universelle destinées à améliorer l'égalité sanitaire », « les réformes de prestation des services destinées à centrer les systèmes de santé sur les populations », et « les réformes du leadership destinées à rendre les pouvoirs publics plus fiables », sont également étroitement liés à l'approche de la sécurité humaine, dans la mesure où elles privilégient toutes les individus et les communautés.

Bien que la dynamique en faveur de la santé mondiale demeure robuste, les populations vivant dans les pays à plus faible densité et forte mortalité n'en ont pas suffisamment bénéficié. Le moment est aujourd'hui venu de faire une percée dans ces pays. Or, l'approche fondée sur la sécurité humaine est en mesure de surmonter ce défi.

PRINCIPES DIRECTEURS

Afin de tirer parti des opportunités, le G8 devrait prendre les actions suivantes :

- 1) Renforcer la capacité des pays à planifier, mettre en œuvre et évaluer les programmes de personnel sanitaire de manière à leur permettre d'utiliser plus efficacement le personnel existant et de mettre en œuvre les engagements du G8 ;
 - a) Élaborer des mécanismes permettant d'évaluer les progrès du personnel de santé au niveau des pays ;
 - b) Identifier des moyens de modifier les politiques macroéconomiques afin de réduire les contraintes pesant sur l'élargissement du personnel de santé ;
 - c) Renforcer les réseaux internationaux des institutions de l'éducation supérieure afin de fournir un accès à l'éducation sanitaire et médicale dans les zones aux ressources limitées.

Action mondiale en faveur du renforcement des systèmes de santé

- 2) Traiter, du côté de la demande, les causes de la migration internationale du personnel de santé ;
 - a) Parer soi-même à ses besoins en augmentant le nombre de travailleurs sanitaires dans son propre pays à l'aide de ses propres ressources ;
 - b) Adhérer au code de pratiques de l'OMS pour traiter les questions de la migration ;
 - c) Rechercher des solutions pratiques aptes à protéger le droit des individus à chercher un emploi en migrant et le droit à la santé pour tous.
- 3) Mener un examen annuel des actions menées par les pays du G8 en vue d'améliorer le personnel de santé ;
 - a) Évaluer ce qu'accomplissent les pays du G8, ce qui a fonctionné, preuves à l'appui, sur la base d'une série standard de mesures communes ;
 - b) Exploiter cet examen pour évaluer comment se comportent les systèmes de santé, identifier les lacunes dans le financement et les informations, mettre au point les meilleures pratiques sur la base de l'expérience, accroître les connaissances sur la manière d'améliorer la performance du système de santé en renforçant les ressources humaines, et regarder comment les pays du G8 mettent en œuvre leurs engagements.

ANNEXE I : ENGAGEMENTS PRIS PAR LE G8

Pays	Cible	Type d'aide	Détails	Autre soutien au système de santé
Japon	26 pays africains	Formation de 100 000 travailleurs sanitaires	<ul style="list-style-type: none"> + Soutient l'augmentation/l'amélioration de la qualité et quantité des RHS 	
Italie	Pays africains	Développement des ressources humaines et aide financière	<ul style="list-style-type: none"> + Soutient le développement de systèmes de santé et des ressources humaines en collaboration avec les ONG + Importants investissements, souvent sous la forme d'une aide budgétaire sectorielle à 6 pays africains 	
Canada	Mozambique, Mali, Tanzanie, Zambie, Nigeria, Éthiopie, Malawi, Niger et Ghana	Aide financière	<ul style="list-style-type: none"> + Soutient la mise en œuvre de programmes stratégiques nationaux dans le secteur de la santé, qui permettent de recruter, former et fidéliser des travailleurs sanitaires à tous les niveaux de leur système de santé et à élargir la couverture des services sanitaires en première ligne destinés à leurs populations 	
France	20 pays africains et 3 pays asiatiques	Développement des compétences humaines et soutien financier	<ul style="list-style-type: none"> + Forme des personnels à la santé dans des pays en développement + Effectue une contribution annuelle de 6300 millions au Fonds mondial (voir le Fonds mondial à l'Annexe 2) 	
États-Unis	Éthiopie, Kenya, Mozambique et Zambie	Évaluation	<ul style="list-style-type: none"> + Identifie le meilleur moyen d'optimiser le soutien au renforcement des ressources humaines et des systèmes de santé 	L'USAID travaille avec les gouvernements à élargir la portée et à améliorer la qualité des soins de l'assurance santé basée sur les communautés et soutient le développement de systèmes de gestion pharmaceutique dans plus de 20 pays

Action mondiale en faveur du renforcement des systèmes de santé

RU	Éthiopie, Kenya, Mozambique et Zambie	Aide financière	<ul style="list-style-type: none"> • Prévoit de dépenser au moins US\$420 millions pour la santé, y compris le personnel de santé, au cours des trois prochaines années 	
Russie	4 pays africains	Formation et éducation	<ul style="list-style-type: none"> • Forme et dispense une éducation destinée à soutenir les stratégies de lutte contre le paludisme et un cadre pour une initiative d'allègement de la dette 	
Allemagne	7 pays africains	Développement des compétences humaines	<ul style="list-style-type: none"> • Programmes liés aux travailleurs sanitaires : prêter assistance à la réintégration au retour au pays après une formation en Allemagne 	Dépense 6500 millions pour la lutte contre le VIH, le paludisme et la tuberculose, et le renforcement des systèmes de santé

Référence:

G8 Health Experts Group, *Toyako Framework for Action on Global Health—Report of the G8 Health Experts Group*, http://www.g8summit.go.jp/doc/pdf/0708_09_en.pdf.

ANNEXE 2 : RESSOURCES EXISTANTES ISSUES DE L'INITIATIVE
POUR LA SÉCURITÉ SANITAIRE DANS LE MONDE ET
DESTINÉES AU RENFORCEMENT DES PERSONNELS DE SANTÉ

Organisation	Cible	Type d'aide	Détails	Autre
Fonds mondial	Lutter contre le VIH-sida, la tuberculose et le paludisme	Aide financière : financement international de la santé	<ul style="list-style-type: none"> • S'est engagé à hauteur de US\$11,3 milliards dans 126 pays jusqu'à présent, dont 23 pour cent consacrés aux ressources humaines et 9 pour cent aux infrastructures et à l'équipement 	57 pour cent du financement approuvé a été contribué à l'Afrique
Banque mondiale	Pays en développement	Aide financière et technique	<ul style="list-style-type: none"> • Fournit des prêts à faible intérêt, de prêts à taux zéro et des subventions • Investit dans l'éducation, la santé, l'administration publique, les infrastructures, le développement du secteur financier et privé, l'agriculture et la gestion de l'environnement et des ressources naturelles dans les pays en développement 	
PEPFAR	15 pays : Botswana, Éthiopie, Haïti, Mozambique, Nigeria, Afrique du Sud, Ouganda, Zambie, Côte d'Ivoire, Guyana, Kenya, Namibie, Rwanda, Tanzanie et Viêtnam	Aide financière	<ul style="list-style-type: none"> • Investissement estimatif de US\$309 millions en faveur de la formation des travailleurs sanitaires en 2008 • Prévoit de soutenir 2,7 millions de formations afin de cibler la formation et la fidélisation de 140 000 personnes 	Les actions liées au VIH-sida sont les plus privilégiées. Toutefois, les approches latérales bénéficient également du renforcement des personnels de santé

Action mondiale en faveur du renforcement des systèmes de santé

Fondation Clinton, Initiatives mondiales Clinton (CGI)	En partenariat avec 10 pays africains pour 10 programmes des RHS	Évaluation des systèmes de santé et aide financière par la levée de fonds	<ul style="list-style-type: none"> Les interventions incluent la formation, le tutorat clinique, le recrutement, le renforcement des capacités et l'élaboration de programmes de formation 	L'Initiative Clinton en faveur du VIH-sida travaille avec les marchés et les gouvernements afin de rendre les traitements plus accessibles dans le monde en développement
DFID	6 pays africains, Cambodge et Népal	Aide financière	<ul style="list-style-type: none"> Investira 450 millions de livres sur les trois prochaines années pour soutenir les programmes nationaux de santé, en y intégrant la formation de davantage d'infirmières, de sages-femmes et de médecins 	
USAID Capacity Project (Projet relatif aux capacités)	Pays en développement ; construire et maintenir le personnel de santé (Amérique Latine, Afrique, Europe de l'Est et Asie)	Évaluation, soutien financier et technique Leadership mondial ; générer, organiser et communiquer des connaissances sur les RHS Fournit un soutien aux pays pour mettre en œuvre des programmes de RHS efficaces et durables	<ul style="list-style-type: none"> Soutenir une meilleure planification des personnels et du leadership Prêter assistance au développement d'une meilleure éducation et de programmes de formation améliorés Prêter assistance au renforcement des systèmes afin de soutenir la performance des personnels Encourager les travailleurs sanitaires à rester à leur poste 	A participé au développement du Cadre d'action en faveur des RHS, publié dans le « Rapport sur la santé dans le monde » de 2006

Références:

- Fonds mondial, "Distribution of Funding after 7 Rounds," http://www.theglobalfund.org/en/funds_raised/distribution/.
- Banque mondiale, <http://www.worldbank.org/> (accessed October 16, 2008).
- PEPFAR, "Report to Congress by the US. Global AIDS Coordinator on Health Care Worker Training 2008," <http://www.pepfar.gov/documents/organization/105844.pdf>.
- Fondation Clinton, <http://www.clintonfoundation.org/what-we-do/clinton-hiv-aids-initiative/what-we-ve-accomplished>.
- Le Capacity Project, http://www.capacityproject.org/index.php?option=com_content&task=view&id=32&Itemid=66.

ANNEXE 3 : RECOMMANDATIONS EXISTANTES

Code de pratiques pour le recrutement international des personnels sanitaires

Après avoir reconnu l'importance de la migration des travailleurs sanitaires pour les systèmes de santé, l'Assemblée de la santé mondiale a adopté la résolution WHA57.19 qui préconise l'élaboration d'un Code de pratiques pour le recrutement international du personnel de santé. L'OMS a mené des auditions publiques via Internet sur cette première version du code du 1er au 30 septembre 2008. Parmi les entités invitées à contribuer à cette audition figuraient des États membres, des travailleurs sanitaires, des recruteurs, des employeurs, des institutions universitaires et de recherche, des organisations de personnel médical et des organisations infrarégionales, régionales et internationales. Cette initiative a donné à tous les membres concernés par le recrutement international de personnels de santé l'occasion de contribuer des observations sur ce projet. Leurs apports ont été reçus et publiés sur le site de l'OMS.

Objectifs du code

Le code de pratiques a quatre objectifs principaux :

1. Créer et promouvoir, sur une base volontaire, des principes, normes et pratiques pour le recrutement international des personnels de santé ;
2. Servir d'outil de référence afin d'aider les États membres à mettre en place ou améliorer le cadre juridique et institutionnel nécessaire au recrutement international des personnels de santé et à formuler et mettre en oeuvre les mesures appropriées ;
3. Fournir des conseils susceptibles d'être utilisés le cas échéant afin de formuler et mettre en oeuvre des accords bilatéraux et autres instruments juridiques internationaux, contraignants ou volontaires ;
4. Faciliter et promouvoir les discussions internationales et faire avancer la coopération sur les questions liées au recrutement international des personnels sanitaires.

Action mondiale en faveur du renforcement des systèmes de santé

Éléments clés du code :

Les éléments clés de la première version du Code de pratiques pour le recrutement des personnels de santé peuvent être résumés en cinq catégories ; recrutement éthique et juste, partenariat et réciprocité des avantages, sauvegarde des personnels de santé, suivi des flux migratoires des travailleurs sanitaires internationaux et accès au code et retrait du code.

Bien que le code ne soit pas juridiquement contraignant, le cadre est supposé promouvoir le recrutement éthique, la protection des droits des travailleurs sanitaires migrants, ainsi que les solutions permettant de pallier les répercussions économiques et sociales de la migration des travailleurs sanitaires vers les pays développés. Si plusieurs autres codes de pratiques relatifs au recrutement international des professionnels de santé sont déjà disponibles au niveau régional, le Code des pratiques de l'OMS devrait être le premier du genre pour la migration au niveau mondial (OMS 2007, OMS 2008).

Source:

Résolution WHA 57.19

http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA57/A57_R19-en.pdf

WHO Code of Practice on International Recruitment of Health Personnel

<http://www.who.int/bulletin/volumes/86/10/08-058578.pdf>

Summary of comments on the code of practice

http://www.who.int/hrh/public_hearing/comments/en/print.html

La Déclaration de Kampala et le Programme pour une action mondiale

Avalisé par les participants au Forum mondial sur les ressources humaines sanitaires qui s'est tenu à Kampala (Ouganda) le 6 mars 2008, la Déclaration de Kampala et le Programme pour une action mondiale ont permis d'attirer l'attention du monde entier sur la crise des travailleurs sanitaires qui ne cesse de s'aggraver.

Le contenu de la Déclaration de Kampala se compose de douze éléments appelant :

1. Les leaders gouvernementaux à assurer le pilotage général afin de résoudre la crise des personnels de santé, en impliquant toutes les parties prenantes et en assurant au processus un soutien politique constant ;
2. Les dirigeants des partenaires du développement bilatéraux et multilatéraux

- à fournir un appui coordonné et cohérent à l'élaboration et la mise en œuvre de stratégies et de plans exhaustifs de développement des personnels de santé au niveau des pays ;
3. Les gouvernements à déterminer une combinaison adaptée de compétences (skill mix) des personnels de santé, et à mettre en place des politiques coordonnées, y compris au travers de partenariats public-privé, qui permettent une augmentation immédiate et massive des agents de santé communautaire et des personnels de santé de niveau qualification intermédiaire, tout en répondant également au besoin de disposer de plus de personnels de qualifications supérieures et spécialisées ;
 4. Les gouvernements à mettre au point des systèmes rigoureux d'accréditation de l'enseignement et de la formation des personnels de santé, complétés de cadres réglementaires stricts élaborés en étroite collaboration avec les personnels de santé et leurs associations professionnelles ;
 5. Les gouvernements, la société civile, les organisations professionnelles et le secteur privé, à renforcer les capacités de leadership et de gestion à tous les niveaux ;
 6. Les gouvernements, à fournir des avantages adéquats ainsi qu'un environnement de travail facilitateur et sécurisé pour fidéliser le personnel de santé et garantir sa distribution équitable au niveau des pays ;
 7. Tout en reconnaissant la réalité des migrations des personnels de santé et leurs impacts positifs et négatifs, les pays à orienter le marché du travail grâce à des mécanismes appropriés afin de fidéliser les personnels de santé. L'Organisation mondiale de la santé accélèrera les négociations relatives au code de pratiques pour le recrutement international des personnels de santé ;
 8. Tous les pays à travailler collectivement pour répondre à la pénurie actuelle et future des personnels de santé. Les pays plus riches devront accorder une priorité de haut niveau et des financements adéquats à la formation et au recrutement de personnels de santé en nombre suffisant issus de leur propre pays ;
 9. Les gouvernements à accroître leurs financements alloués aux personnels de santé, et les institutions internationales à assouplir les contraintes macroéconomiques relatives à ces financements ;
 10. Les partenaires du développement multilatéraux et bilatéraux à assurer un appui financier adéquat, fiable et durable et à tenir immédiatement les engagements financiers auxquels ils ont souscrit concernant la santé et le développement ;
 11. Les pays à mettre en place des systèmes d'information sur les personnels

Action mondiale en faveur du renforcement des systèmes de santé

de santé, à améliorer la recherche et à développer des capacités de gestion des données afin de fonder les processus institutionnels de prise de décision sur des bases factuelles et de renforcer l'apprentissage collectif ;

12. L'Alliance mondiale pour les personnels de santé à suivre la mise en œuvre de la présente déclaration de Kampala et du Programme pour une action mondiale, et à convoquer une nouvelle fois ce Forum dans deux ans afin de rendre compte et d'évaluer les progrès accomplis.

Hormis la Déclaration de Kampala, le Programme de Kampala pour une action mondiale a proposé six stratégies fondamentales et interdépendantes qui visent à traduire la volonté politique, les engagements, le leadership et le partenariat en actions réelles pour traiter la crise des personnels sanitaires :

1. Constituer le leadership national et mondial pour trouver des réponses aux questions concernant les personnels de santé ;
2. Créer des capacités en vue d'une riposte pertinente fondée sur une base factuelle et un apprentissage commun ;
3. Renforcer l'éducation et la formation des personnels de santé ;
4. Fidéliser un personnel de santé efficace, réactif et équitablement réparti ;
5. Gérer les pressions sur le marché international du travail dans le secteur de la santé et leurs impacts sur les migrations ;
6. Assurer des investissements supplémentaires et plus productifs en faveur des personnels de santé.

Source:

Déclaration de Kampala et Programme de Kampala pour une action mondiale:

<http://www.who.int/workforcealliance/Kampala%20Declaration%20and%20Agenda%20web%20file.%20FINAL.pdf>

Délégation des tâches en vue de s'attaquer à la pénurie de travailleurs sanitaires : recommandations et directives internationales

L'OMS, associée au PEPFAR et à l'ONUSIDA, a élaboré des directives mondiales relatives à la délégation des tâches. Ces directives ont été officiellement lancées au cours de la première Conférence mondiale sur la délégation des tâches qui s'est tenue à Addis Abeba du 8 au 10 janvier 2008. La conférence, qui a réuni des ministres de la santé et autres hauts fonctionnaires d'État, des leaders

d'opinion, des agences des Nations unies et des ONG de pays industrialisés et de pays aux ressources limitées, s'est achevée sur l'adoption de la Déclaration d'Addis Abeba sur la délégation des tâches.

L'on désigne par délégation des tâches le processus suivant lequel les tâches sont transférées, le cas échéant, à des travailleurs sanitaires moins qualifiés. En réorganisant les personnels de cette manière, la délégation des tâches offre une solution valable permettant d'améliorer la couverture des soins de santé en rationalisant l'utilisation des ressources humaines disponibles et en augmentant rapidement les capacités, en attendant que les programmes de formation et de fidélisation soient élargis.

Exemple : délégation des tâches en Ouganda

En Ouganda, la délégation des tâches forme d'ores et déjà la base de la fourniture de la thérapie antirétrovirale. Moyennant un seul médecin pour 22 000 patients et un déficit global de personnel de santé pouvant atteindre 80%, l'Ouganda fait de nécessité vertu. Les infirmières ougandaises sont aujourd'hui chargées d'une série de tâches qui étaient auparavant du ressort des médecins. En revanche, des tâches qui incombaient auparavant aux infirmières ont été déléguées aux travailleurs sanitaires communautaires qui ont reçu une formation, mais n'ont pas de qualifications professionnelles. Dans le cadre de cette approche, l'Ouganda a élargi ses ressources humaines pour fournir des services relatifs au VIH et au sida en créant un éventail de types d'agents sanitaires non professionnels. Ces personnels reçoivent une formation spécifique se rapportant aux tâches qu'on leur demande d'accomplir.

Source:

Déclaration d'Addis Abeba sur la délégation des tâches

http://www.who.int/entity/healthsystems/task_shifting/Addis_Declaration_EN.pdf

BIBLIOGRAPHIE

1. A. Haines and D. Sanders, "Building Capacity to Attain the Millennium Development Goals," *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine & Hygiene* 99, no. 10 (2005):721–726; M. Chopra, S. Munro, J. N. Lavis, G. Vist and S. Bennett, "Effects of Policy Options for Human Resources for Health: An Analysis of Systematic Reviews," *Lancet* 371, no. 9613 (2008): 668–674.
2. Joint Learning Initiative, *Human Resources for Health: Overcoming the Crisis* (Cambridge: Harvard University Press, 2004).
3. World Health Organization (WHO), *World Health Report 2006: Working Together for Health* (Geneva: WHO, 2006).
4. H. Schneider, D. Blaauw, L. Gilson, N. Chabikuli and J. Goudge, "Health Systems and Access to Antiretroviral Drugs for HIV in Southern Africa: Service Delivery and Human Resources Challenges," *Reproductive Health Matters* 14, no. 27 (2006):12–23.
5. WHO, *World Health Report 2006*.
6. WHO, "The Kampala Declaration and Agenda for Global Action," <http://www.who.int/workforcealliance/Kampala%20Declaration%20and%20Agenda%20web%20file.%20FINAL.pdf> (accessed October 2008).
7. G8 Health Experts Group, Toyako Framework for Action on Global Health—Report of the G8 Health Experts Group, http://www.g8summit.go.jp/doc/pdf/0708_09_en.pdf (accessed October 1, 2008).
8. WHO, *World Health Report 2006*.
9. Ibid.
10. African Council for Sustainable Health Development (ACOSHED), *For as Much and With as Much: Sustaining Commitment to Africa's Human Resources and Health Systems Crisis*, forthcoming 2008.
11. Ibid.
12. M. R. Reich, K. Takemi, M. J. Roberts and W. C. Hsiao, "Global Action on Health Systems: A Proposal for the Toyako G8 Summit," *Lancet* 371, no. 9615 (2008):865–9.
13. Joint Learning Initiative, *Human Resources for Health*; WHO, *World Health Report 2006*; A. K. Rowe, D. de Savigny, C. F. Lanata and C. G. Victora, "How Can We Achieve and Maintain High-Quality Performance of Health Workers in Low-Resource Settings?" *Lancet* 366, no. 9490 (2005): 1026–1035; N. Crisp, B. Gawanas and I. Sharp (Task Force for Scaling Up Education and Training for Health Workers), "Training the Health Workforce: Scaling Up, Saving Lives," *Lancet* 371, no. 9613 (2008): 689–91.
14. T. Bossert, T. Barnighausen, A. Mitchell, D. Bowser and G. Gedick, *Assessing Financing, Education, Management and Policy Context: Strategic Planning for Human Resources for Health* (Geneva: WHO, 2007).
15. J. Connell, P. Zurn, B. Stilwell, M. Awases and J. Braichet, "Sub-Saharan Africa: Beyond the Health Worker Migration Crisis?" *Social Science & Medicine* 64, no. 9 (2007):1876–91; D. Palmer, "Tackling Malawi's Health Crisis," *Reproductive Health Matters* 14, no. 27 (2006):27–39.
16. Palmer, "Tackling Malawi's Health Crisis."
17. Global Health Workforce Alliance, *Scaling Up, Saving Lives* (Geneva: WHO, 2008).
18. Bossert, Barnighausen, Mitchell, Bowser and Gedick, *Assessing Financing, Education, Management and Policy Context*.
19. Joint Programme on Workplace Violence in the Health Sector (by ILO, ICN, WHO, PSI), *Framework Guidelines for Addressing Workplace Violence in the Health Sector* (Geneva: International Labour Organization [ILO], 2002); International Council of Nurses, *Safe Staffing Save Lives: Information and Action Tool Kit*, <http://www.icn.ch/indkit2006.htm> (accessed October 2008).

20. S. Anand and T. Barnighausen, "Human Resources and Health Outcomes: Cross-Country Econometric Study," *Lancet* 364, no. 9449 (2004):1603–09; S. Anand and T. Barnighausen, "Health Workers and Vaccination Coverage in Developing Countries: An Econometric Analysis," *Lancet* 369, no. 9569 (2007):1277–85.
21. Countdown Coverage Writing Group, on behalf of the Countdown to 2015 Core Group, "Countdown to 2015 for Maternal, Newborn, and Child Survival: The 2008 Report on Tracking Coverage of Interventions," *Lancet* 371, no. 9620 (2008):1247–58.
22. ACOSHED, *For as Much and With as Much*.
23. Bossert, Barnighausen, Mitchell, Bowser and Gedick, *Assessing Financing, Education, Management and Policy Context*.
24. B. Marchal, V. De Brouwere and G. Kegels, "HIV/AIDS and the Health Workforce Crisis: What Are the Next Steps?" *Tropical Medicine & International Health* 10, no. 4 (2005): 300–4.
25. K. Kober and W. Van Damme, "Public Sector Nurses in Swaziland: Can the Downturn Be Reversed?" *Human Resources for Health* 4 (2006): 13.
26. M. Vujicic and P. Zurn, "The Dynamics of the Health Labour Market," *International Journal of Health Planning and Management* 21, no. 2 (2006): 101–15.
27. H. Aiga and C. Kuroiwa, "Quantity and Distribution of Continuing Professional Education Opportunities among Healthcare Workers in Ghana," *Journal of Continuing Education in Nursing* 37, no. 6 (2006):270–9.
28. C. Hongoro and B. McPake, "How to Bridge the Gap in Human Resources for Health," *Lancet* 364, no. 9443 (2004):1451–56.
29. A. Haines, D. Sanders, U. Lehmann, et al., "Achieving Child Survival Goals: Potential Contribution of Community Health Workers," *Lancet* 369, no. 9579: 2121–31; L. Huicho, R. W. Scherpbler, A. M. Nkowane, C. G. Victora, and the Multi-Country Evaluation of IMCI Study Group, "How Much Does Quality of Child Care Vary between Health Workers with Differing Durations of Training? An Observational Multicountry Study," *Lancet* 372, no. 9642 (2008): 910–16.
30. P. M. Fenton, C. J. M. Whitty and F. Reynolds, "Caesarean Section in Malawi: Prospective Study of Early Maternal and Perinatal Mortality," *BMJ* 327, no. 7415 (2003):587; S. Bergström, "Who Will Do the Caesareans When There Is No Doctor? Finding Creative Solutions to the Human Resource Crisis," *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 112, no. 9 (2005):1168–9.
31. H. Argaw, *The Health Extension Program (HEP) of Ethiopia: Summary of Concepts, Progress, Achievements and Challenges*, WHO Ethiopia country office, 2007, http://www.aaahrh.org/2nd_Conf_2007/Cases/Ethiopia-Argaw%20Health%20Extension%20Program.doc (accessed October 23, 2008).
32. Tedros Adhanom, Minister of Health, Ethiopia, Speech given at the International Conference on Task Shifting, Addis Ababa, Ethiopia, January 10, 2008. http://www.moh.gov.et/index.php?option=com_content&task=view&id=77.
33. WHO, *Task Shifting Global Recommendations and Guidelines* (Geneva: WHO, 2008).
34. C. Kurowski, K. Wyss, S. Abdulla and A. Mills, "Scaling up Priority Health Interventions in Tanzania: The Human Resources Challenge," *Health Policy and Planning* 22, no. 3 (2007):113–27.
35. C. Goodman et al., "Retail Supply of Malaria-Related Drugs in Rural Tanzania: Risks and Opportunities," *Tropical Medical & International Health* 9, no. 6 (2004): 655–63.
36. K. McColl, "Fighting the Brain Drain," *BMJ* 337 (2008):a1496.
37. WHO, "The Kampala Declaration."
38. Joint Learning Initiative, *Human Resources for Health*.
39. ILO, *Social Dialogue in the Health Services: A Tool for Practical Guidance* (Geneva: ILO, 2005).

Action mondiale en faveur du renforcement des systèmes de santé

40. D. Y. Dovlo, "Social Dialogue in the Health Sector: Case Study Ghana," *International Labour Organization Working Paper* 234, 2005.
41. Vujicic and Zurn, "Dynamics of the Health Labour Market."
42. WHO, *World Health Report 2006*.
43. T. Martineau, K. Decker and P. Bundred, "'Brain Drain' of Health Professionals: From Rhetoric to Responsible Action," *Health Policy* 70, no. 1 (2004): 1–10; Save the Children and Medact, "Whose Charity? Africa's Aid to the NHS," <http://medact.org/content/Skills%20drain/Whose%20charity%204%20page.pdf> (accessed November 24, 2008).
44. D. Kline, "Push and Pull Factors in International Nurse Migration," *Journal of Nursing Scholarship* 35, no. 2 (2003): 107–11.
45. R. Cooper, T. E. Getzen, H. McKee and P. Laud, "Economic and Demographic Trends Signal an Impending Physician Shortage," *Health Affairs* 21, no. 1 (2002):140–54; J. Buchan and J. Sochalski, "The Migration of Nurses: Trends and Policies," *Bulletin of the World Health Organization* 82, no. 8 (2004):587–94; B. Pond and B. McPake, "The Health Migration Crisis: The Role of Four Organisation for Economic Cooperation and Development Countries," *Lancet* 367, no. 9520 (2006):1448–55.
46. G. Winyard, "Medical Immigration: The Elephant in the Room," *BMJ* 335, no. 7620 (2007):593–5; R. A. Cooper, "It's Time to Address the Problem of Physician Shortages: Graduate Medical Education is the Key," *Annals of Surgery* 246, no. 4 (2007):527–34.
47. B. Stilwell, K. Diallo, P. Zurn, et al., "Migration of Health-Care Workers from Developing Countries: Strategic Approaches to Its Management," *Bulletin of the World Health Organization* 82, no. 8 (2004):595–600.
48. International Organization for Migration (IOM), "IOM and Remittance: Definition, Scale and Importance of Remittance for Development and Poverty Alleviation," <http://www.iom.int/unitedstates/Fact%20Sheets/PDFs/IOM%20and%20Remittances.pdf#search=%27remittance%20for%20development%20IOM%27> (accessed on October 1, 2008).
49. M. Clemens, "Do Visas Kill? Health Effects of African Health Professional Emigration," *Center for Global Development Working Paper* no. 114 (2007).
50. Global Economic Governance Program, "Setting a Developing Country Agenda for Global Health—A Preliminary Report of a High-Level Working Group" (May 2008), <http://www.globaleconomicgovernance.org/docs/Working%20Group%20Report%20May%202008.pdf> (accessed October 24, 2008).
51. Ibid.
52. Ibid.
53. D. Sridhar and R. Batniji, "Misfinancing Global Health: A Case for Transparency in Disbursements and Decision Making," *Lancet* 372, no. 9644 (2008): 1185–91.
54. F. Omaswa, "Human Resources for Global Health: The Time for Action is Now," *Lancet* 371, no. 9613 (2008): 625–6.
55. Connell, Zurn, Stilwell, Awases and Braichet, "Sub-Saharan Africa"; Palmer, "Tackling Malawi's Health Crisis."
56. K. Takemi, M. Jimba, S. Ishii, Y. Katsuma and Y. Nakamura (Working Group on Challenges in Global Health and Japan's Contribution), "Human Security Approach for Global Health," *Lancet* 372, no. 9632 (2008):13–4.
57. WHO, *The World Health Report 2008—Primary Health Care: Now More than Ever* (Geneva: WHO, 2008)

**GROUPE DE TRAVAIL SUR L'ACTION MONDIALE
EN FAVEUR DU RENFORCEMENT DES SYSTÈMES
DE SANTÉ**

Équipe de recherche sur les personnels de santé

Director:

Masamine JIMBA Professor, Department of International
Community Health, Graduate School of Medicine,
University of Tokyo

Special Advisor:

Lincoln CHEN President, China Medical Board, USA

Reviewers:

Thomas BOSSERT Director, International Health Systems Program,
Harvard School of Public Health, USA

Lora DARE Chief Executive Officer, Center for Health
Sciences Training, Research and Development
(CHESTRAD), Nigeria

Timothy EVANS Assistant Director-General for Information,
Evidence and Research, WHO

Edward MILLS Research Scientist, British Columbia Centre for
Excellence in HIV/AIDS, Canada

Meghan REIDY Harvard School of Public Health, USA

SUWIT Wibulpolprasert Senior Advisor, Ministry of Public Health,
Thailand

Renforcer le financement de la santé dans les pays partenaires en développement

RAVINDRA P. RANNAN-ELIYA *

LES DÉFIS SANITAIRES AUXQUELS SONT CONFRONTÉS LES PAYS EN DÉVELOPPEMENT

Les pays en développement sont confrontés à trois graves défis sanitaires qui exigent que la santé demeure un dossier central du développement mondial : 1) nombre de pays partenaires en développement ne progressent pas comme il le faudrait pour être en mesure d'atteindre les Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD), 2) dans beaucoup de pays, les lacunes importantes dont souffre la protection médicale et sociale contribuent en grande partie à l'appauvrissement, et 3) les insuffisances des systèmes de santé handicapent de plus en plus la sécurité humaine, non seulement dans les pays partenaires en développement mais aussi dans les pays à revenus moyens et élevés.

Le fait que trois des huit OMD relèvent de la santé (OMD 4, 5 et 6) et que les membres du G8 aient pris des engagements substantiels lors de leurs réunions

* L'auteur aimerait remercier William C. Hsiao, qui a assuré la fonction de consultant pour le présent article; Adam Wagstaff, Bong-min Yang, Dan Kress, David Evans, Andrew Cassels, Robert Yates, Peter Berman, Kenji Shibuya, Masamine Jimba, Michael Reich et Keizo Takemi pour leurs précieux commentaires et conseils sur des versions et analyses antérieures; Lara Brearley pour son assistance technique à la rédaction et les recherches de référence qu'elle a menées; Apputhurai Pragalathan pour son appui aux analyses des données de référence; ainsi que Tadashi Yamamoto, Tomoko Suzuki, et Susan Hubbard pour leur soutien.

Action mondiale en faveur du renforcement des systèmes de santé

antérieures reflète la place centrale de la santé dans l'ordre du jour du développement. Or, si des progrès importants ont été accomplis vers la plupart des OMD, les manques les plus graves qui sont apparus se situent clairement au niveau du développement humain et de la santé.¹ Malgré les avancées importantes opérées vers l'OMD6, qui est axé sur les maladies (VIH-sida, paludisme et autres pathologies), la majeure partie du monde en développement n'est pas en voie d'atteindre les OMD 4 et 5 (respectivement mortalité infantile et maternelle) qui, d'une portée générale sont en définitive les plus importants. En Afrique subsaharienne et en Asie du Sud, la plupart des populations vivent dans des pays qui sont en fait plus mal en point en termes de progrès que pendant la période qui a précédé les années 90, et ce malgré les engagements en faveur des OMD.² Progresser plus avant vers la réalisation des OMD touchant à la santé exigera une nette amélioration de l'accès aux services et de la performance des systèmes de santé, ce qui est précisément impossible tant que des politiques efficaces de financement ne seront pas mises en place dans les pays partenaires en développement.

Au cours de la décennie passée, la réalité des faits a montré que les ménages risquaient de devoir faire face à des dépenses catastrophiques lorsqu'ils sont obligés de régler les soins de santé par eux-mêmes. Dans le monde, cent millions de personnes tombent chaque année dans la pauvreté suite au coût d'un traitement médical³, ce qui exacerbe et fait perdurer l'indigence dans les pays les plus pauvres. Les dépenses liées à la santé demeurent la première raison pour laquelle les ménages tombent en deçà du seuil de pauvreté, y compris dans certains pays d'Asie en plein essor comme la Chine, le Vietnam ou le Bangladesh.⁴

Récemment, la sensibilité accrue au besoin d'améliorer la protection contre les risques financiers par rapport aux dépenses de santé catastrophiques a fait converger les ordres du jour de la santé et de la protection sociale, qui étaient auparavant distincts. De ce fait, la question de la couverture santé se trouve placée directement au sein du cadre d'orientation sur la sécurité humaine élaboré par le Japon et coïncide avec les intérêts communs des États membres de l'Union européenne (UE) visant à faire de la protection médicale et sociale le deuxième pilier des stratégies de l'UE destinées à renforcer les systèmes de santé.⁵ Parallèlement, aller dans le sens de la protection médicale et sociale est un élément central au sein de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) qui privilégie de nouveau l'approche reposant sur les soins de santé primaires en vue de renforcer les systèmes de santé.⁶ Ce réajustement des priorités en faveur des aspects de la politique sanitaire touchant à la protection sociale dénote également un alignement de la politique sanitaire mondiale, qui met au centre de ses préoccupations la protection sociale et la solidarité, des

aspects qui ont toujours guidé le financement de la santé chez les nations du G8 elles-mêmes.

Parallèlement à ces développements, l'interdépendance croissante entre les membres du G8 et les pays partenaires en développement sous l'effet de la mondialisation oblige à adopter une vision élargie de la sécurité humaine qui prenne en compte les menaces transnationales sur la santé qui sont en train d'apparaître. Sachant que les économies les plus pauvres sont souvent susceptibles d'être les premières exposées aux futures pandémies⁷ et qu'elles présentent de nouveaux risques pour l'alimentation mondiale et les chaînes d'approvisionnement,⁸ les pays du G8 ont tout intérêt à assurer que leurs pays partenaires financent adéquatement et véritablement les fonctions centrales de la santé publique dans leur système de santé.

À QUOI SONT DUS CES PROBLÈMES?

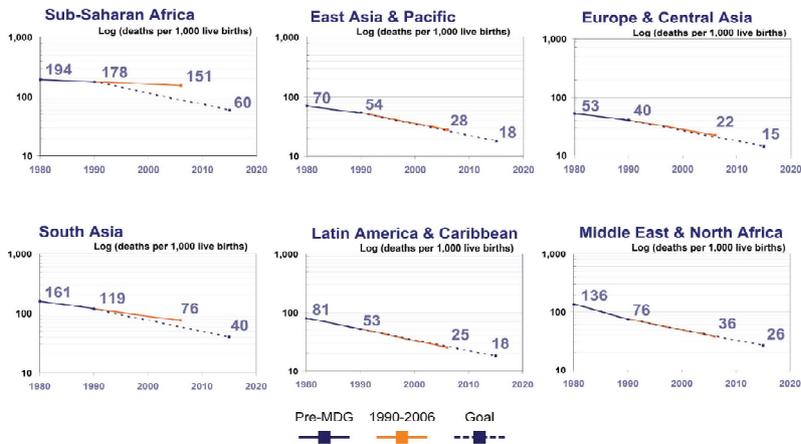
Progrès accomplis à ce jour

Au cours de la décennie passée, le G8 a répondu aux OMD relevant de la santé en s'engageant à contribuer de nouvelles ressources significatives aux secteurs sanitaires dans les pays en développement. Depuis le Sommet de Monterey en 2002, les flux externes de financement destinés à la santé émanant des partenaires officiels tout comme des sources privées ont été élargis, notamment pour le VIH-sida et la santé de la mère et de l'enfant.⁹ Les pays partenaires en développement ont également étoffé leur financement national, moyennant des augmentations significatives en Afrique réalisées dans le cadre d'une combinaison d'expansions fiscales et de l'importance accrue accordée à la santé dans les budgets gouvernementaux.¹⁰ En effet, ainsi que l'observe Mme Margaret Chan, la dirigeante de l'OMS, « la santé n'a jamais vu autant de richesses ».¹¹

Cela dit, malgré cet élargissement tant de l'aide externe que des financements nationaux, les taux de progrès vers la réalisation des OMD 4 et 5 n'ont guère changé, notamment dans les régions les plus critiques de l'Afrique subsaharienne et de l'Asie du Sud,¹² pour lesquelles les données récentes indiquent même un ralentissement des avancées dans les années qui ont suivi 1990 (fig.1).¹³ Aucune région en développement n'a connu une amélioration spectaculaire de la performance. L'argent seul ne s'est pas avéré suffisant ni pour obtenir de meilleurs gains de santé, ni pour réduire l'appauvrissement résultant de factures médicales catastrophiques.

Action mondiale en faveur du renforcement des systèmes de santé

Figure 1 : Progrès vers l'OMD4 par région, 1980-2006¹⁴



Raisons clés

Les raisons pour lesquelles les pays partenaires en développement n'ont souvent pas réussi à améliorer leurs progrès vers les buts sanitaires ou la protection sociale sont multiples. Chez les États qui ont échoué, l'explication en est sans aucun doute l'absence de tout système de santé opérationnel et les perturbations de la vie normale en général. Dans ces conditions, alors qu'il faudra peut-être nous rendre à l'évidence qu'il n'est pas faisable d'atteindre les OMD, la seule réponse véritable réside souvent dans l'aide humanitaire externe, y compris les interventions opérées par les donateurs dans la prestation.

Dans d'autres cas de pays en développement, les problèmes critiques tiennent pour la plupart au niveau du système de santé et nécessitent des politiques et une action concertées de la part des pays partenaires en développement et avec ceux-ci. Ce n'est pas un hasard si les plus importants retards concernent ces OMD 4 et 5 qui exigent d'être améliorés à un niveau élargi situé à l'échelle de l'ensemble du système de santé et ne se prêtent pas aussi facilement aux interventions axées sur une maladie que l'OMD6. Cela s'explique par plusieurs raisons :

- ♦ un financement inadéquat de la santé dans de nombreux pays ;
- ♦ un financement de la santé et des systèmes de prestation inefficaces et inefficaces qui donnent lieu à des insuffisances significatives entre ce qui est

- réalisé et ce qui serait potentiellement réalisable moyennant le financement disponible ;
- une absence d'intégration entre le financement des programmes verticaux et horizontaux, ce qui met les ressources en concurrence et sape les stratégies nationales ; et
 - une absence d'informations sur ce que les pays connaissent du fonctionnement de leurs systèmes de santé et des solutions possibles.

Un financement inadéquat est critique, mais de combien a-t-on besoin ?

En dépit du fardeau nettement plus important des maladies et de la mauvaise santé dans les pays en développement, globalement parlant, les dépenses de santé sont considérablement moindres que dans les pays développés. Une nation moyenne du G8 a consacré plus de dix pour cent de son PIB à la santé en 2007, comparé à cinq et six pour cent chacun dans les pays partenaires à faibles et moyens revenus.¹⁵ Même après ajustement afin de tenir compte des écarts d'achat, dans les pays les plus pauvres, les dépenses de santé, avec US\$ 20 à 50 par habitant, représentent un trentième de ce que dépensent les pays développés, et moins de US\$30 dans la plupart des pays partenaires les plus préoccupants. Compte tenu de ce niveau plus bas de dépenses, la couverture que peuvent acheter les pays en développement via des interventions sanitaires effectives se situe à des niveaux inférieurs. Par exemple, dans un pays en développement typique, une personne ordinaire ne peut voir un médecin qu'une à deux fois par an, tandis que les citoyens des nations du G8 qui sont en bien meilleure santé vont chez le médecin cinq à sept fois par an en moyenne.¹⁶ Il est clair qu'accroître les dépenses peut aider à améliorer la couverture et l'accès.

Le fait que l'on ait largement privilégié l'augmentation de l'aide officielle au développement (AOD) consacrée à la santé depuis au moins 2000 démontre que le G8 a reconnu cette contrainte.¹⁷ Si le G8 tout comme les pays partenaires ont certes été à la hauteur en termes de financement accru de la santé, notamment dans les régions relevant des OMD 4, 5 et 6,¹⁸ cela vaut néanmoins la peine de prendre un temps de réflexion pour se demander si cela a été suffisant.

Depuis le début des années 90, nombreux ont été les efforts menés par l'ONU, la Banque mondiale, l'OMS et d'autres pour savoir quel montant de financement était nécessaire afin d'élargir l'accès aux services minimums de base ou pour atteindre certains OMD liés à la santé ou leur totalité. Leurs estimations indiquent que le financement public et externe requis dans les pays à faibles revenus se situe entre US\$30 et US\$50 par habitant (et davantage dans les pays

Action mondiale en faveur du renforcement des systèmes de santé

à revenus moyens).¹⁹ En revanche, dans les pays à faibles revenus, les dépenses publiques réelles sont inférieures à US\$15, dont près de quarante pour cent, en moyenne, proviennent d'un financement externe.

Bien que le financement externe ait besoin d'augmentations supplémentaires, force est de reconnaître que, même sans la crise financière mondiale actuelle, il n'a jamais été réaliste, dans les pays les plus pauvres, de vouloir atteindre d'ici 2015 des niveaux de US\$30 à 50 par habitant à partir de sources publiques et externes. Cibler de tels niveaux de dépenses représente 10 à 20 pour cent du PIB dans les pays les plus défavorisés, un chiffre en moyenne beaucoup plus élevé que l'ensemble de leurs recettes fiscales, ce qui signifie que seuls des flux externes pourraient combler le manque. Un tel niveau de flux externes présenterait, dans la plupart des pays, de sérieux défis en termes d'absorption et de stabilité macroéconomique.

Toutefois, l'éventualité que le financement ne soit pas à la hauteur des cibles mondiales n'élimine pas obligatoirement toute possibilité d'accomplir des progrès substantiels vers les buts sanitaires clés. Trois raisons permettent de le penser.

Tout d'abord, la plupart des estimations mondiales des coûts apparaissent surestimées, lorsqu'elles sont calculées à partir des données réelles nationales. Les efforts récemment menés ont réagi à cette critique en appliquant des méthodes utilisant des données de niveau national. Ce type de projet conduit par l'ONU, l'UNICEF, la Banque mondiale et autres ont eu tendance à générer des estimations très inférieures pour le financement requis, de l'ordre de US\$20 à 35 par habitant.²⁰

En outre, les estimations actuelles des coûts mondiaux partent du principe que l'expansion ultérieure de la couverture des services sanitaires coûtera autant que la prestation de services en cours. C'est ignorer le potentiel des pays à financer en partie l'expansion de leur couverture en améliorant l'efficacité technique de la prestation de services, à savoir en réduisant le coût moyen par unité d'un service. Cette hypothèse est non seulement contraire à l'expérience passée des nations de l'Organisation de coopération et développement économiques (OCDE), où les gains d'efficacité ont systématiquement réduit les coûts,²¹ mais c'est aussi ignorer la preuve des gains d'efficacité de 1 à 2 pour cent enregistrés dans les pays en développement.²² Les pays en développement qui ont été en mesure de générer de tels gains par le passé, ont été capables d'étendre considérablement leurs services moyennant des augmentations tout à fait modestes de leurs dépenses, sachant qu'une augmentation annuelle de 2 pour cent en efficacité entraîne un doublement de la prestation de services tous les vingt ans sans aucune augmentation du financement. Parmi les exemples passés

figurent le Botswana, qui a doublé sa couverture de services de 1960 à 1980 sans augmenter ses budgets santé au titre de part du PIB, et l'Ouganda, qui a financé un triplement de la prestation de services de 1955 à 1969, pour moitié en augmentant les dépenses et pour moitié par des gains d'efficacité.

Enfin, plusieurs pays en développement à revenus faibles ou moyennement faibles ont été en mesure de réaliser l'accès universel aux services sanitaires de base tout en restant en bonne voie d'atteindre les OMD liés à la santé, mais quasiment tous y sont parvenus en dépensant beaucoup moins que les cibles mondiales de dépenses. Par exemple, le Sri Lanka, un pays à faibles revenus, avait largement réalisé l'accès universel en 1990, les dépenses publiques et privées se chiffrant chacune à moins de US\$10 par habitant. Aujourd'hui, le Vietnam est en bonne voie d'y parvenir, moyennant des niveaux similaires de financement.

Cela indique que même si le financement n'atteint pas les cibles mondiales identifiées qui sont en vigueur, cela ne signifie pas pour autant que les pays ne peuvent pas progresser de manière substantielle vers les OMD et élargir l'accès aux services de santé. Il convient donc de s'attacher davantage à augmenter la valeur obtenue à partir des dépenses actuelles et futures en matière de santé dans les pays en développement.

Des financements et systèmes de prestations sanitaires inefficaces et inefficaces

L'idée selon laquelle les dépenses de santé soient souvent inefficaces et qu'il faille dépenser davantage n'entraîne pas nécessairement de meilleures conséquences est bien connue au sein des nations du G8. Par exemple, aux États-Unis, les dépenses de santé par habitant varient de plus de un à trois dans le pays, sans pour autant que des dépenses plus élevées aient obligatoirement de meilleures conséquences, ni que des dépenses moindres se traduisent par une qualité inférieure. En effet, des centres d'excellence médicale tels que la *Mayo Clinic* sont capables d'assurer des soins de haute qualité pour un coût deux fois inférieur, voire moins, que les autres centres.²³ La question de savoir comment l'argent est transformé en des soins de santé effectifs, accessibles et de qualité est également bien documentée dans nombre de pays en développement.²⁴ Ces problèmes d'inefficacité se distinguent en deux types : affectation et technique. L'inefficacité de l'affectation consiste en une mauvaise répartition des ressources publiques disponibles suivant les usages ou programmes possibles. Par exemple, dans nombre de pays en développement, les services sanitaires préventifs peuvent

Action mondiale en faveur du renforcement des systèmes de santé

être sous-financés, tandis qu'un autre service, tel que le planning familial pourra recevoir davantage de ressources d'une manière disproportionnée alors que le besoin est le même.

Les inefficacités techniques entravent d'autant l'efficacité de l'argent investi dans les programmes ou interventions. Ces inefficacités peuvent signifier que les prestataires n'utilisent pas la méthode du moindre coût pour assurer un service ou fournir la meilleure qualité pour tout niveau de ressources donné. À titre d'exemple, l'on citera le recours aux antibiotiques là où une solution réhydratante orale est suffisante dans des cas de diarrhée, l'échec du système de fourniture à acheter des médicaments au moindre coût disponible, ou une combinaison inefficace de médicaments et de personnel utilisés pour fournir un service. Les inefficacités techniques peuvent aussi être dues à une faible productivité du personnel de soins de santé, qui consultent moins de patients qu'ils ne le pourraient. L'effet de ces inefficacités peut être important et, dans certains pays, l'écart peut atteindre dix fois le coût unitaire de la prestation de services similaires dispensés dans un établissement différent.²⁵

L'existence de telles inefficacités, et le potentiel d'amélioration des résultats qu'elles recèlent à partir des dépenses de santé, est reconnue depuis le début des années 90, comme en témoignent l'édition 1993 du « Rapport sur le développement dans le monde » de la Banque mondiale et la Commission OMS Macroéconomie et Santé.²⁶ Toutefois, l'on ne s'est guère attaché à résoudre ce problème – contrairement au financement inadéquat -, puisque l'on pensait ne pas en savoir assez sur les actions susceptibles d'être prises.²⁷ Si cette approche a pu être une stratégie raisonnable dans les années 90, cela n'a pas été sans répercussions. Au cours de la décennie passée, le problème de l'inefficacité a été largement négligé, un minimum d'efforts ayant été consenti pour comprendre le problème et identifier de possibles solutions. Maintenant que les niveaux de financement sont meilleurs et que l'écart de valeur réalisé d'un pays à l'autre dans leur financement est encore plus manifeste, il est plus que temps de se concentrer sur ce domaine.

L'absence d'intégration entre les systèmes de santé et les programmes verticaux

Les frustrations face aux difficultés rencontrées pour élargir rapidement la couverture des systèmes de santé, les impératifs touchant à l'efficacité des diverses approches de la prestation des interventions critiques, de même que le changement des priorités sanitaires ont donné lieu, dans nombre de pays, au

développement de programmes sanitaires verticaux. Or, si ces initiatives ont certes permis d'inscrire des maladies transmissibles spécifiques à l'ordre du jour mondial, les programmes verticaux ont, quant à eux, créé trois problèmes majeurs. Tout d'abord, le financement sélectif et externe de ces programmes entraîne souvent des distorsions au sein des systèmes de santé, sachant que les programmes verticaux mieux dotés rivalisent avec d'autres parties du système de santé pour des apports essentiels comme le personnel, ou les en privent. Deuxièmement, les programmes verticaux font qu'il est souvent plus difficile pour un pays de planifier judicieusement le développement d'un système intégré de prestation de services de santé, qui doivent rester au cœur de toute expansion durable au sein de la couverture d'ensemble des services sanitaires. Troisièmement, ces programmes peuvent échouer à bénéficier des synergies générées par des services intégrés.²⁸

Ces problèmes n'ont rien de nouveau. La Déclaration originelle d'Alma Ata de 1978, de par son engagement en faveur de la prestation intégrée de services sanitaires, engagement entériné dans le concept des soins de santé primaires de l'OMS, a vu le jour en réaction à l'impression que les investissements dans des soins de santé primaires sélectifs et autres interventions verticales avaient sapé le développement des secteurs sanitaires dans les pays en développement. Dans les années 90, le pendule a basculé dans le sens inverse, alors que les frustrations croissantes sur le plan des progrès réels accomplis dans le développement des soins de santé primaires et l'incapacité apparente à gérer la prolifération des maladies transmissibles dévastatrices et coûteuses, se sont traduites par des investissements accrus dans les programmes verticaux. Le G8 s'est positionné des deux côtés de ce débat, en s'engageant à soutenir les systèmes de santé dans leur ensemble, mais aussi en investissant lourdement dans des programmes verticaux par le biais du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (le Fonds mondial) et le Plan d'urgence du Président des États-Unis pour la lutte contre le sida (PEPFAR). Toutefois, il est aujourd'hui parfaitement évident qu'il convient de s'attacher davantage à aider les pays à renforcer leur système général de santé et la prestation intégrée, dans la mesure où le Fonds mondial et autres initiatives se heurtent aux limites de systèmes sanitaires faibles dont les capacités souvent trop limitées ne permettent pas l'élargissement. C'est une excellente raison de rallier le récent appel de l'OMS à privilégier de nouveau les soins de santé primaires comme indiqué dans son « Rapport sur la santé dans le monde » de 2008 et cela est reflété concrètement dans les initiatives du Partenariat international pour la santé et les initiatives connexes (IHP+) et « Pourvoir à la santé » (*Providing for Health*, P4H) qui mettent en exergue l'harmonisation et le renforcement des systèmes de santé.

L'absence d'informations et de base factuelle permettant de gérer judicieusement les systèmes de santé

Des informations et bases factuelles inadéquates constituent des entraves critiques à l'amélioration de la performance des systèmes de santé. Les problèmes sont présents dans deux domaines. Premièrement, dans la plupart des pays en développement, les systèmes d'informations sanitaires demeurent faibles et ne sont pas en mesure de fournir aux cadres sanitaires les informations requises pour suivre et améliorer judicieusement la prestation des services et les stratégies de financement. Au nombre des insuffisances courantes figurent 1) l'absence de systèmes d'informations fiables, tel que la comptabilité sanitaire nationale, permettant de suivre les dépenses d'ensemble, qu'il s'agisse de financement public, des flux de ressources externes ou de dépenses privées;²⁹ 2) l'absence de systèmes d'informations régulières permettant de suivre l'équité des services sanitaires, qui sont cruciaux, tant pour identifier les inégalités que pour développer des réponses;³⁰ et 3) l'absence de systèmes d'informations qui fournissent aux cadres des données pour comprendre l'efficacité opérationnelle de leurs services sanitaires et soient susceptibles d'aider à améliorer la prestation d'ensemble des services. Il convient d'insister sur le fait que, dans la plupart des pays en développement, l'absence de ces systèmes n'est pas due à l'absence d'outils ou de plateformes d'information, mais au manque criant de capacités nationales pour mettre en œuvre et maintenir ces outils.

Deuxièmement, tandis que les pays sont confrontés au défi d'améliorer leurs systèmes de santé et stratégies de financement, nous savons la plupart du temps quels pays ont réussi et pourraient être de bons modèles à imiter, mais nous connaissons beaucoup moins souvent les détails opérationnels sur la manière dont ils y sont parvenus. Une telle absence de connaissances accessibles sur les meilleures pratiques en matière de financement et de prestation, et l'absence de mécanismes permettant de partager ces connaissances avec les pays en développement, signifie qu'il est rare que la bonne performance soit partagée et les enseignements tirés.

L'IMPORTANCE DES POLITIQUES DE FINANCEMENT SANITAIRE

Sur la période de quinze années fixée pour atteindre les OMD, qui a démarré en 2000, nous avons déjà dépassé le jalon à mi-parcours. Or, il est difficile de démontrer que les investissements accrus dans les pays partenaires ont accéléré

l'avancée vers les OMD 4 et 5. Même en admettant le fait que le VIH-sida ait sérieusement ralenti ou rétrogradé les gains de santé en Afrique, dans d'autres régions, aucun véritable progrès n'a été enregistré et, dans certaines, ils ont même parfois ralenti (fig. 1).

L'argent est indispensable à la prestation de soins de santé, mais il ne saurait seul se traduire par une meilleure santé ou une protection véritable contre les risques. Dans les pays en développement, comme dans le G8, il y a peu de liens, voire aucun, entre le montant dépensé par les pays et les conséquences sanitaires, ou à plus forte raison, entre les dépenses totales et la protection contre les risques.³¹ Dans les années à venir, les membres du G8 et les pays partenaires en développement vont être confrontés à de sérieuses pressions fiscales. Augmenter les dépenses de santé exigera des efforts conséquents, mais des contraintes pèseront sur le degré d'augmentation des dépenses. Dans ce contexte, et compte tenu de ce que nous connaissons déjà sur la corrélation, souvent ténue, entre les dépenses totales et les conséquences sanitaires, il est crucial de compléter la priorité du G8 consistant à augmenter les dépenses en mettant en avant l'amélioration de la valeur des dépenses de santé dans les systèmes de santé partenaires.

Le financement de la santé est le plus important levier de contrôle dont les décideurs disposent pour influencer sur le fonctionnement d'un système de santé. Le financement de la santé comprend non seulement les processus permettant de mobiliser le financement, mais aussi la manière dont les fonds sont canalisés et appliqués pour obtenir des services sanitaires. Outre le besoin accru d'argent, les agences et experts techniques s'accordent largement à dire que les pays en développement sont confrontés à trois défis clés dans leur stratégie de financement de la santé :

1. comment élargir au mieux le regroupement des risques ;
2. comment améliorer l'efficacité de l'utilisation des ressources ; et
3. comment assurer que les pauvres aient accès aux services dont ils ont besoin.³²

Le premier défi consiste à basculer du financement personnel vers des dispositifs de regroupement publics ou privés qui assurent une protection et couverture judicieuses. Les paiements à titre personnel demeurent la source principale de financement de la santé dans les pays en développement, représentant 30 à 85 pour cent des dépenses totales de santé dans les pays les plus pauvres. Les importantes sommes déboursées à titre personnel pour obtenir les soins nécessaires appauvrissent souvent les ménages. Dans

Action mondiale en faveur du renforcement des systèmes de santé

l'ensemble, les bases factuelles montrent que la mesure selon laquelle les ménages doivent faire face à des dépenses aussi catastrophiques est directement liée à la mesure suivant laquelle les systèmes de santé dépendent d'un financement personnel.³³ Faute de regroupement significatif des risques, les pays en développement sont incapables de prévenir une incidence élevée de catastrophes financières associées à la maladie ou de réaliser les objectifs de base de la protection sociale.

Le deuxième défi auquel sont confrontés les pays consiste à assurer que les mécanismes de financement permettent une meilleure affectation et un meilleur usage des intrants. Si le financement est direct, il suffit au gouvernement de planifier l'affectation des ressources, mais il n'est pas garanti que celle-ci sera efficace ou équitable. Si le financement est indirect, dans le sens où les gouvernements achètent des services auprès de prestataires indépendants - comme ce peut être le cas dans les systèmes fondés sur l'assurance -, l'affectation des ressources dépend alors de la manière dont les prestataires sont payés et sur quelle base. La manière dont l'affectation des ressources est liée au financement et les détails de la mise en œuvre réelle ont de l'importance pour l'efficacité globale du système de santé.

Le troisième défi consiste à élargir l'accès des défavorisés aux services médicaux nécessaires et réels, qui sont critiques pour une meilleure santé. Dans la plupart des pays, les indigents ne disposent pas d'un accès adéquat, soit parce qu'ils ne peuvent pas surmonter les obstacles financiers, soit parce que le financement ne parvient pas à amener les services près d'où ils se trouvent. Faute de résoudre cette lacune, les indicateurs sanitaires globaux ne s'amélioreront pas substantiellement. Qu'il s'agisse des contributions des usagers du secteur public ou des paiements opérés en faveur de prestataires privés, les paiements à titre personnel sont des obstacles significatifs à l'amélioration de la santé. Ils découragent l'usage et réduisent la couverture de services de soins préventifs et personnels qui sont disponibles, les deux étant nécessaires pour améliorer les conséquences sanitaires. L'une des justifications principales pour éliminer les redevances d'utilisateur du secteur public tient à ce que celles-ci constituent une alternative gratuite au financement privé, permettant ainsi d'élargir la disponibilité des services que les pauvres peuvent se permettre de payer. De récents travaux en Afrique ont montré comment même de petits paiements associés à la commercialisation sociale de moustiquaires réduisaient l'intérêt suscité et rendaient de tels investissements en commercialisation sociale beaucoup moins rentables qu'une distribution publique gratuite.³⁴ En accroissant l'usage de services critiques, l'élimination des redevances d'utilisateur peut aussi améliorer la rentabilité.

Dans les pays partenaires, les politiques de financement sanitaire doivent donc servir trois fonctions clés :

1. Recouvrement de recettes : Il concerne le mode de mobilisation des fonds, par ex. l'imposition générale des revenus, l'assurance sociale et médicale (SHI), les paiements à titre personnel, etc. Il détermine le niveau global de fonds mobilisés et dans quelle mesure ces niveaux sont pérennes. En général, la capacité en recouvrement de recettes dépend du développement économique et institutionnel du pays, qui est moindre dans les pays les plus pauvres ;
2. Regroupement des risques : Il est critique pour la protection financière. Il dépend de la capacité à prépayer les dépenses engagées dans le traitement médical et à les faire partager par la population. L'impôt et le financement par l'assurance peuvent tous deux servir cette fonction, mais, à l'instar du recouvrement de recettes, la capacité d'un pays à regrouper les risques augmente en proportion des revenus, cette capacité étant la plus faible dans les pays les plus pauvres.
3. Affectation et achat des ressources : Ils relèvent de la manière dont les ressources sont affectées aux intrants, services et patients et dont les prestataires sont payés. Si le financement est organisé directement dans le cadre de services opérés par l'État, il peut être difficile d'assurer une affectation efficace. En revanche, si le financement est indirect par le biais de l'achat, il faut de la part de l'État un degré minimal de capacité à le faire efficacement, ce qui risque davantage de faire défaut dans les pays les plus pauvres.

Il est critique de renforcer les politiques de financement de la santé en faveur des pays partenaires en développement. L'échec à y parvenir demeure la principale contrainte, en empêchant de réaliser de meilleures conséquences à partir des investissements courants. Là où les pays en développement ont mis en place des politiques judicieuses, ils ont réussi à assurer une couverture universelle, une véritable protection contre les risques et à améliorer de manière durable les conséquences sanitaires, et cela souvent à des niveaux de dépenses en dessous de la moyenne.³⁵

QUE SAVONS-NOUS ET QUE NE SAVONS-NOUS PAS ?

De quelles options financières les pays en développement disposent-ils ?

Dans la pratique, les pays ne disposent que de quatre modes de financement différents, hormis le financement à titre personnel et l'aide externe : 1) le service national de santé financé par l'impôt (NHS), 2) l'assurance médicale et sociale (SHI), (3) l'assurance santé basée sur les communautés, et 4) l'assurance santé privée ou volontaire.³⁶

Les deux premières, le service de santé national financé par l'impôt et l'assurance médicale et sociale, sont les modes qui prédominent dans les nations du G8, à l'exception des États-Unis, où l'assurance médicale privée joue un rôle majeur. Le problème des pays en développement est de savoir quels modes utiliser et comment les mettre en œuvre judicieusement afin d'élargir le regroupement des risques, assurer l'accès aux pauvres et optimiser l'efficacité de l'usage des ressources.

Service de santé national financé par l'impôt

Le service de santé national financé par l'impôt constitue la stratégie la plus répandue que les pays en développement ont adoptée. Le recouvrement des recettes publiques s'opère via l'imposition généralisée des revenus, les fonds finançant directement les services sanitaires opérés par l'État, lesquels sont mis à la disposition de la population tout entière sur une base universelle gratuite ou à un prix minimale. Cette approche intègre le financement et la fourniture publics.

Le financement par l'impôt présente de multiples avantages. Tout d'abord, il permet d'obtenir le plus haut niveau de regroupement des risques et s'est avéré être le plus équitable en étant capable de répartir les coûts le plus justement à l'échelle de l'ensemble de la population.³⁷ Deuxièmement, l'imposition offre une assiette de revenus plus étendue que l'assurance sociale, qui risque moins d'être un facteur dissuasif à la création d'emploi dans le secteur formel. Dans les pays pauvres, si la plupart des personnes ne sont pas en mesure d'opérer des contributions significatives à l'assurance, la quasi-totalité de leurs gouvernements est encore capable de lever des impôts. Troisièmement, l'avantage décisif tient à ce qu'ils offrent les services à titre gratuit, éliminant ainsi les obstacles financiers à l'accès.

Malheureusement, la plupart des pays en développement qui dépendent de cette approche ne parviennent pas à assurer un accès équitable aux services

de santé et à une protection adéquate contre les risques. Malgré la promesse d'universalité, dans nombre de pays, les riches captent les services publics disponibles, sans donner l'accès aux pauvres. De tels systèmes publics fonctionnent souvent dans la plus grande inefficacité, ce qui se traduit par une faible qualité et une prestation inadéquate dénuée de réactivité.³⁸ Toutefois, comme dans les nations du G8, aucune base factuelle empirique ne montre que la fourniture par le secteur public soit plus inefficace que l'alternative, à savoir la fourniture privée.

Il n'en demeure pas moins que nombre de pays, tous niveaux de revenus confondus, réussissent à utiliser le mécanisme du service de santé national financé par l'impôt pour assurer que les pauvres aient accès aux services et à une véritable protection contre les risques. Au nombre des exemples figurent le Sri Lanka, le Kerala en Inde, le Honduras, la Malaisie, le Botswana et plusieurs États des Caraïbes et des Îles du Pacifique. La plupart s'en acquittent à bas coût, les dépenses de santé publiques étant inférieures à la moyenne, et en deçà de 2 à 3 pour cent du PIB. La plupart sont des exécutants exceptionnels en matière de santé, sur la voie de réaliser leurs OMD dans ce domaine. Toutefois, il importe de comprendre qu'il ne s'agit pas là de répliques des systèmes de service national de santé que l'on trouve dans les nations du G8, tels que le Royaume-Uni, où le secteur public fournit la quasi-totalité des services. L'ensemble de ces pays en développement dispose de secteurs sanitaires privés financés par le privé et représentant un substantiel 35 à 60 pour cent du total du financement et de la fourniture. Contrairement aux nations du G8, ces pays pauvres n'ont pas les moyens d'affecter le niveau d'impôts sur le revenu (4 à 5 pour cent du PIB) qui est nécessaire pour assurer que la quasi-totalité de la fourniture des services soit financée par des fonds publics. Par conséquent, leur aptitude à gérer la combinaison public-privé du financement et de la prestation est critique. Contrairement à d'autres pays pauvres, ils parviennent à utiliser le système public pour atteindre les plus défavorisés, tout en persuadant les riches de payer par eux-mêmes les services privés. Au sein des économies à hauts revenus, la Région administrative spéciale de Hong Kong (Chine) et Chypre en sont des exemples comparables.³⁹

De manière cruciale, les seuls pays à bas revenus qui ont été capables d'assurer un accès aux services de santé qui soit universel et favorable aux pauvres,⁴⁰ ont tous eu recours à cette approche financée par l'impôt et avec prestation par l'État, complémentée par un financement et une fourniture privés. Malheureusement, l'on ne sait pas exactement ce que ces pays qui présentent les meilleures pratiques font différemment pour obtenir un tel succès et quelles leçons les autres pourraient en tirer. L'élimination des redevances d'utilisateur pourrait en être

Action mondiale en faveur du renforcement des systèmes de santé

un élément, mais nous ne comprenons pas pleinement comment il sont capables de fournir des services efficacement de manière à satisfaire les augmentations inévitables de la demande en patients, qui ont posé des difficultés aux pays africains ayant récemment aboli la redevance d'utilisation.⁴² De la même manière, la plupart ne teste pas les moyens d'accès aux services, mais nous ne comprenons pas entièrement comment ils sont en mesure d'assurer que les services publics desservent avant tout les pauvres.

Assurance médicale et sociale

Dans nombre de pays en développement, notamment ceux à revenus moyens, l'assurance médicale et sociale est la principale méthode de financement. Elle implique le recouvrement obligatoire de contributions auprès de segments définis de la population (en général dans le cadre de cotisations salariales), et le regroupement de ces contributions dans des fonds indépendants qui règlent les services au nom des assurés. Dans le modèle conventionnel d'assurance médicale et sociale, qui a vu le jour en Allemagne, il existe un lien explicite entre le fait de contribuer et le droit aux avantages.⁴³ L'assurance médicale et sociale peut parvenir à regrouper significativement les risques et répartir le fardeau des paiements entre riches et pauvres, mais pas autant que l'imposition généralisée sur les revenus.⁴⁴

Nombre de pays à revenus moyens ont réussi à utiliser l'assurance médicale et sociale pour réaliser l'accès universel et une protection véritable contre les risques. Toutefois, bien que souvent considérée comme une solution au système de service national de santé financé par l'impôt, il s'est avéré beaucoup plus difficile de la mettre en œuvre dans le contexte de pays à faibles revenus. Jusqu'à présent, aucun pays dont les revenus sont inférieurs à US\$1 000 par habitant n'a été en mesure de réaliser l'accès universel aux services de soins de santé dans le cadre de l'assurance médicale et sociale.⁴⁵ Le problème central tient au fait que dans les économies pauvres dotées de secteurs formels réduits, il est beaucoup plus difficile de recouvrer les primes d'assurance médicale et sociale que l'impôt généralisé sur le revenu. Le recouvrement effectif des primes exige également un haut niveau de capacités étatiques (capacité technique et administrative du gouvernement), qui tend à être le plus limité dans les pays à faibles revenus. En conséquence, la plupart des pays en développement n'ont pas été en mesure d'élargir la couverture de l'assurance médicale et sociale au secteur informel et aux populations rurales.⁴⁶

Cela dit, quelques pays pauvres ont réussi de manière significative à étendre la couverture de l'assurance sociale malgré l'existence de secteurs informels importants. Aucun d'eux ne suit le modèle classique d'assurance médicale et sociale, qui lie la couverture assurance aux paiements de l'assurance. Tous en divergent en ayant recours à des fonds fiscaux substantiels pour financer leur dispositif d'assurance médicale et sociale et en élargissant la couverture assurance, en grande partie sur une base non-contributive. Par exemple, tant la Mongolie⁴⁷ que la Thaïlande⁴⁸ ont étendu la couverture à 90 à 100 pour cent de leur population au moyen de l'assurance médicale et sociale, mais afin de financer la majorité de la population qui se trouvait en dehors du secteur formel, 60 pour cent, voire davantage, des fonds de l'assurance proviennent de l'impôt généralisé sur le revenu. Dans ces deux cas, il a été nécessaire d'augmenter les impôts. En Mongolie, ces affectations n'ont pas pu être maintenues et la couverture a chuté, illustrant à quel point il est difficile aux pays pauvres d'utiliser la couverture médicale et sociale lorsque leur assiette fiscale est étroite. Il convient également d'observer que ces deux pays ont amplement exploité les dispositifs d'assurance médicale et sociale pour régler la fourniture publique, indiquant que celle-ci peut encore jouer un rôle important dans le cadre de l'assurance médicale et sociale.

À l'heure actuelle, certains pays à faibles revenus, tels que le Ghana et le Rwanda,⁴⁹ tentent d'utiliser l'assurance médicale et sociale afin de réaliser la couverture universelle. Toutefois, aucun n'a été en mesure de relever les taux de couverture au-delà de 75 pour cent.⁵⁰ Nous n'en savons pas assez sur les limites auxquelles ils sont confrontés ou dans quelle mesure les pauvres bénéficient réellement de la couverture. Ce type de pays a besoin de beaucoup plus d'informations que ce dont nous disposons actuellement sur la manière dont d'autres nations ayant les meilleures pratiques et dotés de petits secteurs formels ont réussi à réaliser la couverture universelle de l'assurance médicale et sociale.

L'assurance santé basée sur les communautés

L'assurance santé basée sur les communautés (CBHI) diffère de l'assurance médicale et sociale en ce qu'elle implique l'adhésion volontaire et qu'elle est contrôlée par des organisations communautaires au lieu d'organes étatiques. Bien que l'assurance santé basée sur les communautés ait été importante à une certaine époque dans certaines nations du G8, (à savoir l'Allemagne et le Japon), où elle a précédé la mise en place de l'assurance médicale et sociale, elle n'est

Action mondiale en faveur du renforcement des systèmes de santé

plus utilisée aujourd'hui dans aucun pays développé et se trouve uniquement dans les pays les plus pauvres.

L'assurance santé basée sur les communautés prend des formes diverses, mais elle est en général en place là où ceux qui sont dans le secteur informel doivent déboursier de leur poche afin d'obtenir des soins de santé, et ils n'ont accès à aucune autre assurance. Des évaluations menées par la Banque mondiale, l'Organisation internationale du travail et autres ont conclu que dans les contextes à faibles revenus, les dispositifs d'assurance santé basée sur les communautés ne contribuent que modestement à la couverture globale et uniquement en complément à d'autres dispositifs formels.⁵¹ À l'exception de la Chine et de certains dispositifs en Inde, l'assurance santé basée sur les communautés ne n'est pas montrée capable de couvrir des effectifs importants (la couverture excède rarement 10 pour cent de la population) ou d'atteindre les très pauvres.⁵² Les raisons principales en sont que les contributions volontaires des indigents sont en général insuffisantes pour financer les niveaux requis de couverture, que le regroupement des risques est inadéquat et que l'élargissement de tels dispositifs informels s'avère difficile.

Bien que nombreux soient ceux qui continuent à plaider en faveur de l'assurance santé basée sur les communautés comme solution possible pour combler les lacunes, la base factuelle montre clairement que les approches fondées sur ce type d'assurance ne sont pas en mesure d'être étendues pour réaliser la couverture universelle ou assurer de hauts niveaux de protection véritable contre les risques.

Assurance santé privée ou volontaire

L'assurance santé privée ou « volontaire » offre certains éléments du regroupement des risques, qui peut être substantiel si la couverture est organisée dans le cadre de groupes d'employés organisés. Toutefois, les problèmes bien connus sur les marchés de l'assurance que constituent l'antisélection et l'écroulement limitent sévèrement sa capacité à couvrir les personnes en dehors des groupes d'employés organisés.⁵³ Les dispositifs d'assurance privée tendent à être très peu rentables, dans la mesure où ils supportent des coûts administratifs et offrent peu de leviers pour maîtriser les coûts. Ainsi, dans les nations du G8, l'assurance santé privée n'a jamais été en mesure d'étendre la couverture médicale à la majeure partie des personnes, tandis que son objectif principal en Europe est uniquement d'apporter une couverture complémentaire aux autres dispositifs publics. Même aux États-Unis, où l'assurance santé privée est la plus

répandue, elle laisse plus de 45 millions de personnes sans couverture⁵⁴ et est un facteur déterminant expliquant les dépenses de santé globales.⁵⁵ Dans les pays en développement, le secteur formel plus réduit et les marchés financiers plus faibles limitent en général la couverture de l'assurance santé privée à moins de 2 à 5 pour cent de la population, et à moins de 5 pour cent du financement global des soins de santé.⁵⁶ Les effets forts de l'antisélection éliminent en général le marché de divers types de couvertures liées aux OMD 4, 5 et 6, les postes tels que les soins maternels, les traitements de routine ambulatoires et les soins liés au VIH-sida étant souvent exclus.

On a souvent avancé (par exemple en Afrique dans les années 90) que les initiatives de l'assurance privée pourraient offrir un moyen d'élargir la couverture des soins de santé dans les pays à faibles revenus.⁵⁷ Or, l'expérience a montré qu'aucune n'a été en mesure de surmonter les problèmes de base qui empêchent l'assurance privée d'élargir la couverture ou d'être avantageuse dans le contexte du G8.⁵⁸ À l'heure actuelle, il existe des initiatives destinées à soutenir les dispositifs d'assurance santé en Afrique, mais aucun n'a montré sa capacité d'élargir la couverture dans les pays africains les plus pauvres. D'ailleurs, un projet en Namibie, propose de dépenser plus de US\$35 par habitant pour étendre les dispositifs d'assurance santé privée subventionnée aux travailleurs aux revenus de la tranche moyenne supérieure, ce qui ne semble pas offrir un moyen rentable, durable ou équitable d'utiliser les rares fonds des donateurs pour étendre la couverture aux pauvres dans une région où les dépenses par habitant consacrées aux défavorisés sont en général inférieures à US\$10.⁵⁹

Que savons-nous qui permettrait d'améliorer les politiques de financement des soins de santé dans les pays en développement ?

Au cours des trois dernières décennies, nous avons accumulé des connaissances considérables sur ce qui fonctionne ou non dans le financement des soins de santé au sein des pays en développement, afin de compléter ce qui a été appris dans les pays du G8 proprement dits. Les experts techniques et agences du développement s'accordent largement à dire que la clé pour augmenter la couverture des services de santé dans les pays les plus pauvres, et pour améliorer l'équité et la protection contre les risques, est d'élargir le financement publique et d'en dépendre.⁶⁰

Les principes généraux selon lesquels les pays en développement et leurs partenaires donateurs devraient améliorer le financement de la santé sont clairs :

Action mondiale en faveur du renforcement des systèmes de santé

1. Afin d'améliorer la couverture des pauvres et améliorer la protection contre le risque financier, les pays doivent passer des paiements personnels à la dépendance sur le financement public, impliquant le financement par l'impôt et/ou l'assurance médicale et sociale ;
2. Bien que l'aptitude à mobiliser le financement par l'impôt dans les pays les plus pauvres soit intrinsèquement limité, nombre de pays ont suffisamment de marge pour augmenter les niveaux actuels et devraient faire davantage pour promouvoir ce type de financement en faveur de la santé⁶¹ ;
3. Une aide externe accrue est susceptible d'aider, mais son efficacité dépend d'un meilleur regroupement et d'une intégration améliorée, associés à des sources de financement nationales et une meilleure conception ;
4. Si l'assurance médicale et sociale est mise à contribution pour élargir les dépenses publiques dans les pays pauvres, elle doit être financée en partie par l'impôt afin d'être en mesure d'étendre la couverture aux pauvres ; compte tenu des contraintes pesant sur l'accroissement de l'impôt dans les pays les plus pauvres, l'assurance médicale et sociale devient alors moins faisable dans ces pays ;
5. Là où le service national de santé financé par l'impôt constitue le canal principal des dépenses publiques, les pays ont besoin de partager le poids du financement avec le secteur privé ; or, la combinaison public-privé doit être gérée judicieusement de manière à ce que les dépenses publiques touchent de préférence les pauvres ;
6. Les redevances d'utilisateur destinées aux interventions sanitaires dont les besoins en couverture amenés à s'accroître devraient être réduits ou éliminés là où cela est possible de manière à améliorer l'accès des pauvres ;
7. Les pays ne devraient pas dépendre sur l'assurance santé privée ou l'assurance santé basée sur les communautés pour élargir la couverture des services aux pauvres, sachant que l'expérience dans les pays du G8 et les pays en développement a montré à plusieurs reprises qu'elles n'étaient pas efficaces.

Où se situent les lacunes dans ce que nous savons ?

Si les grands principes sont clairs, des connaissances détaillées sur la manière de réaliser de telles améliorations dans des contextes nationaux réels et divers nous font défaut. Il y a plusieurs raisons à cela. L'une tient au fait que le financement de la santé tend à avoir souffert de conflits relevant de l'idéologie et des approches analytiques. Les débats en faveur de telle

perspective de marché ou hors marché ont tout particulièrement entravé la formation d'un consensus sur ce que la base factuelle indique. Toutefois, l'on s'accorde désormais à dire que dans le domaine du financement des soins de santé, un rôle fort de l'État s'impose universellement pour traiter les manquements intrinsèques au marché en matière de financement, tandis que l'on accepte que le côté prestation peut parfois bénéficier des approches fondées sur le marché.

Une autre raison tient aux efforts insuffisants visant à expliquer et apprendre de l'expérience passée des meilleures pratiques en matière de financement de la santé dans le monde en développement. Les experts techniques trouvent plus aisé de mener des recherches sur les interventions programmatiques et de les évaluer, que d'investiguer et d'expliquer les succès au niveau des systèmes nationaux de financement, qui nécessitent des approches davantage axées sur l'expérience et la réflexion. Par conséquent, nous savons incroyablement peu sur les enseignements qui peuvent être dégagés de ces succès et comment ils peuvent être appliqués à d'autres.⁶²

Une troisième raison est liée à la manière dont les agences de développement négocient leurs connaissances mondiales sur ce qui fonctionne en matière de financement de la santé. Ces agences obtiennent une grande partie de ces connaissances à partir de ce qui est généré dans le cadre de l'investissement et des activités de conseil menées par leur propre pays, mais étant donné que leur mandat les conduit à se concentrer sur les pays dotés de médiocres politiques de financement de la santé, leur savoir interne sur les pays offrant les meilleures pratiques sont souvent limitées.

Les quatre domaines où les connaissances présentent des lacunes critiques sont les suivants :

1. Quelques pays en développement opèrent des services de santé financés par l'impôt et intégrés, parallèlement à la fourniture privée afin d'apporter une couverture judicieuse et équitable aux pauvres, malgré des dépenses limitées. Ils le font souvent sans cibler explicitement les services publics. Il convient de mieux comprendre comment ils y parviennent et gèrent la combinaison public-privé, dans la mesure où cela concerne directement les pays les plus pauvres dotés d'une capacité fiscale et de facultés à utiliser des stratégies plus sophistiquées qui sont limitées.
2. Une nouvelle gestion du secteur public a été préconisée pour les pays en développement afin de séparer l'achat de la fourniture et d'utiliser les dispositifs de financement comme levier pour améliorer la performance des services publics. Toutefois, rare a été le succès de cette approche dans

Action mondiale en faveur du renforcement des systèmes de santé

les pays pauvres, souvent en raison de la faiblesse des institutions. Les connaissances sont limitées sur la question de savoir comment évaluer les préconditions institutionnelles à de telles réformes, comment répondre aux faiblesses et si ces réformes sont bénéfiques.

3. Dans de nombreux pays, l'expansion de l'assurance médicale et sociale à partir de groupes du secteur formel déjà en place vers des secteurs informels et ruraux est confrontée à des défis significatifs. L'on ne dispose pas de connaissances suffisantes sur la manière suivant laquelle les pays couronnés de succès s'y sont attaqués par le passé et de telles expansions devraient être mises en œuvre de manière à rendre la couverture universelle faisable.
4. Nombre de pays en développement atteignent de hauts niveaux de couverture des services sanitaires et maintiennent de rapides améliorations de leurs indicateurs sanitaires malgré des dépenses réduites, qui sont assurément nettement en deçà des cibles internationales actuellement recommandées. L'on ne comprend pas suffisamment ce qui explique leur capacité à obtenir une aussi bonne valeur à partir d'un petit financement et le rôle que joue le système de financement.

DÉFIS DU G8 EN MATIÈRE DE FINANCEMENT ET D'INITIATIVES MONDIALES

Le G8 joue un rôle dominant par son influence sur l'ordre du jour mondial en matière de santé, tandis que ses pays membres apportent une aide cruciale aux pays partenaires en développement. Au cours de la décennie passée, le financement de la santé a connu des augmentations significatives, mais ses effets en termes d'accélération des progrès sanitaires n'ont souvent été que modestes ou négligeables.

Tourné vers l'avenir, le G8 doit non seulement trouver des soutiens, mais aussi œuvrer avec les pays partenaires pour améliorer les politiques de financement de manière à accroître les retours sur les investissements dans la santé. Pour ce faire, le G8 est confronté à cinq défis :

1. Le G8 ne peut pas imposer de meilleures politiques aux pays partenaires. Comment le G8 peut-il encourager les pays à accroître leur engagement et prendre en charge de meilleures politiques ?
2. L'aide des donateurs n'est pas illimitée. Comment fixer l'ordre de priorité des financements manquants ?

3. Bien que les principes clés d'un financement judicieux de la santé fassent l'objet d'un large consensus, les pays du G8 eux-mêmes contribuent souvent à jeter la confusion au sein des politiques dans les pays en développement. Comment résoudre ce point ?
4. Les fonds et initiatives d'ordre vertical sont une voie clé du financement externe, mais ils provoquent souvent des tensions dans les systèmes de santé. Comment traiter cette question ?
5. La crise financière mondiale va restreindre la capacité fiscale des pays développés et des pays en développement. Quelle réponse devrait être adoptée ?

Améliorer l'environnement des politiques dans les pays partenaires en développement

Les travaux de la Banque mondiale et de l'OCDE sur l'efficacité de l'aide montrent que l'AOD en matière de santé réussit à améliorer les conséquences sanitaires uniquement dans les pays dotés de solides politiques et institutions. La conditionnalité fonctionne uniquement si les gouvernements sont résolus à respecter les conditions auxquelles ils ont souscrit. Les donateurs ne peuvent pas imposer les politiques, seulement aider à les concevoir, et dans la mesure où l'aide est fongible, il arrive souvent que les investissements externes n'aient que peu d'effets sur les schémas de dépenses.⁶³

Il va de soi que l'émergence de bonnes politiques n'est pas uniquement dû aux bases factuelles. L'Allemagne n'a pas introduit l'assurance médicale et sociale, ou la Thaïlande opté pour la couverture universelle, uniquement en raison d'une analyse technique. La politique et la direction politique entrent également en ligne de compte. Toutefois, la capacité nationale à évaluer les options en matière de politiques, à s'adapter à l'expérience internationale et nationale et à analyser les défis est un outil nécessaire pour faciliter le changement de politique et étendre la couverture de soins de santé de manière durable. L'expérience du Japon en est un excellent exemple dont il faut se rappeler : à partir de la fin des années 1880, sa capacité à évaluer les expériences internationales et à décider de son propre chef ce qui était le plus approprié a débouché sur la création et la conception de son système de santé. De la même manière, les États-Unis ont élargi de manière significative la capacité d'analyse des politiques disponible pour ses décideurs, lorsqu'ils ont été confrontés au défi d'améliorer la couverture et d'assurer une meilleure valeur aux dépenses publiques de santé.⁶⁴

Action mondiale en faveur du renforcement des systèmes de santé

Pour que les améliorations en matière de politique de financement perdurent, les pays – plus que les partenaires donateurs –, doivent être convaincus que ces politiques sont souhaitables de même qu'ils doivent disposer de la capacité adéquate à mettre en œuvre ces politiques. La plupart des pays en développement ne disposent pas de la capacité technique nécessaire pour conduire leurs propres évaluations, ce qui leur permettrait également de garder la main sur ces choix. Par conséquent, ils se méfient souvent de la base factuelle, ou la rejettent. La Thaïlande est connue pour ses récentes réformes, mais elles ont pu voir le jour grâce à un effort soutenu visant à consolider les capacités nationales de recherche sur les politiques touchant aux systèmes de santé. Par contraste, nombre de pays africains ne disposent pas même d'un seul expert, sans parler d'institutions, du financement sanitaire.

Bien que cette lacune dans les capacités nationales ait été reconnue,⁶⁵ dans la pratique, il y a eu peu d'améliorations au cours de la décennie passée. L'utilisation de l'AOD pour consolider les capacités offre quelques exemples de meilleures pratiques, comme dans la République du Kirghizistan ou en Chine, mais il s'agit là d'exceptions. Dans un esprit de partenariat, le G8 se doit de faciliter la consolidation des capacités nationales à analyser les politiques afin de compléter les efforts destinés à soutenir les politiques.

Fixer l'ordre de priorité des financements manquants en matière d'aide externe

Les politiques et institutions nationales ont leur importance. Dans le même temps, il n'est pas réaliste d'anticiper que la totalité de l'aide devrait être accordée uniquement aux pays dotés de bonnes politiques et institutions. Tout d'abord, les pays dotés d'institutions faibles sont celles qui risquent le plus de ne pas réussir à réaliser les OMD liés à la santé, et donc celles dont les besoins sont les plus criants. Deuxièmement, les considérations d'ordre humanitaire importent aux gouvernements et publics des nations du G8. Or, dans le cas d'un État en défaillance ou très fragilisé, il n'est pas réaliste de subordonner l'aide aux actions du gouvernement. Dans les pays plus solides, la voie à adopter peut consister à assujettir l'aide externe à la performance. Toutefois, même cette approche n'est pas aussi simple qu'il y paraît. La relation entre l'investissement et les conséquences est souvent difficile à mettre en évidence, ce qui signifie qu'il n'est pas facile de fonder la performance sur les conséquences. Plus important encore, si les objectifs de performance que les donateurs utilisent ne sont pas

liés aux propres stratégies du pays, cela ne fera alors que saper les coordination et planifications nationales.

Le G8 a donc besoin d'une approche plus stratégique pour allouer l'aide externe. Dans les États les plus faibles, les plus vulnérables ou en défaillance, les objectifs humanitaires doivent prédominer, tandis qu'un soutien direct aux services sanitaires peut être nécessaire, le cas échéant, par l'intermédiaire de prestataires non gouvernementaux. Parallèlement, dans les États faibles, il convient de ne pas ignorer le but clé du développement qui consiste à consolider les capacités de l'État. L'aide externe à l'Afghanistan a souvent contourné les institutions étatiques suite aux frustrations provoquées par la faiblesse des capacités. Or, de telles politiques ont presque certainement sapé le développement de l'État, l'efficacité d'ensemble de l'aide et les intérêts critiques du G8 dans ce pays.⁶⁶

Lorsque les pays sont plus forts, l'aide devrait s'attacher à encourager de meilleures stratégies d'orientation et non des objectifs programmatiques spécifiques. Le meilleur moyen d'y parvenir est d'avoir des dispositions assurant que les objectifs de l'AOD soient alignés sur les plans nationaux, dans le cadre d'accords sectoriels par exemple.⁶⁷ Les nations du G8 l'ont reconnu par leur appui aux initiatives de type IHP+ et P4H, qui toutes deux entérinent les principes d'harmonisation, de soutien aux politiques nationales et au financement public. Elles sont susceptibles d'améliorer considérablement le financement de la santé dans les pays partenaires et le G8 devrait étendre son aide aux deux.

Résoudre les messages confus des donateurs en matière de financement de la santé

L'absence de consensus chez les experts techniques et les membres du G8, de même que l'échec constant à adopter une approche systémique du financement de la santé ont conduit la communauté du développement à modifier fréquemment les recommandations destinées aux pays partenaires qu'elle formule en matière de financement de la santé. Par exemple, au cours des trois décennies passées, des agences phares ont conseillé aux pays africains qu'au nombre des solutions aux problèmes de financement de la santé dans la région figuraient l'introduction de redevances d'utilisateur,⁶⁸ des fonds autorenewables pour les médicaments,⁶⁹ l'assurance santé privée,⁷⁰ et l'assurance santé basée sur les communautés ; l'augmentation des impôts ;⁷¹ l'élimination des redevances d'utilisateur ; et l'introduction renouvelée de l'assurance médicale et sociale, et de l'assurance santé privée.⁷²

Action mondiale en faveur du renforcement des systèmes de santé

Hormis le fait de réduire la crédibilité de la base factuelle globale, ces contradictions se traduisent par des incertitudes au niveau des pays et sapent la coordination entre les donateurs et les pays partenaires. Le problème le plus grave tient aux interprétations divergentes des membres du G8 quant au choix entre le modèle basé sur l'assurance médicale et sociale et le service national de santé financé par l'impôt. Le choix entre les deux est délicat et dépend d'une manière critique des circonstances particulières à un pays. Il est entériné dans l'initiative P4H et reflété dans nombre de documents de haut niveau émis par l'OCDE, l'UE et autres,⁷³ de même que dans la résolution pertinente de l'OMS,⁷⁴ que certains membres du G8 ont avalisée. Toutefois, ce consensus est souvent contredit par les divergences pratiques qui apparaissent souvent entre les officiels des agences dans les messages qu'ils transmettent aux pays.⁷⁵ Parallèlement, le consensus général sur le financement public qui rassemble la plupart des experts et est reflété dans les documents consensuels internationaux ne s'est pas adéquatement traduit par des engagements clairs au niveau des politiques. Ainsi, par exemple, bien que les pays du G8 aient pris l'engagement d'appuyer les mécanismes de financement dans le cadre de la P4H, et que plusieurs gouvernements se soient engagés à soutenir l'élimination des redevances d'utilisateur dans un premier temps, la communauté du développement continue à envoyer des signaux contradictoires. Compte tenu de l'importance centrale de cette question, le G8 devrait jouer un rôle en plaidant en faveur d'une position commune et robuste, en tirant parti du consensus que représente l'initiative P4H.

Résoudre les tensions entre les initiatives verticales et les systèmes de santé

La multitude d'initiatives verticales en matière de santé, telles que le Fonds mondial et le PEPFAR, représentent une source majeure de nouveaux financements pour les systèmes de santé. Les tensions qu'elles suscitent sont bien connues. Bien que les nouvelles initiatives, telles que l'IHP+, oeuvrent à harmoniser les investissements des donateurs, ces initiatives verticales perdureront. Une manière de répondre à ce problème a consisté à les appeler à affecter une partie de leur financement au renforcement des systèmes de santé et aux activités transversales.

Les efforts du Fonds mondial en ce sens sont instructifs. Son mandat l'empêche d'apporter tout changement substantiel à ce qu'il finance, mais lorsqu'il a ouvert les voies au soutien au renforcement des systèmes de santé, dans la

réalité, les pays n'ont que peu saisi l'occasion. La raison principale semblerait être la faible capacité des pays à préparer des propositions judicieuses qui exploitent ces nouveaux créneaux de financement. Cela montre que le véritable problème n'est pas que les initiatives de financement verticales sapent la planification nationale, mais que la capacité d'un pays à planifier et gérer de manière globale afin de coordonner efficacement les flux de financement externe est en général faible. Il s'agit de problèmes qui méritent que l'on s'y intéresse davantage, non pas dans le cadre de ces initiatives verticales, mais de la part des agences dont les attributions sont de soutenir le renforcement des systèmes de santé, telles que la Banque mondiale et l'OMS. À cet égard, l'initiative P4H est en mesure d'y contribuer de manière importante en aidant les pays à mieux faire le lien entre le financement national et externe.

Les implications de la crise financière mondiale qui apparaît

La crise financière actuelle va exercer de graves pressions sur les budgets des pays développés et des pays partenaires en développement. Par le passé, cela s'est traduit par des réductions de l'AOD chez les pays développés et des réductions du financement public chez les pays en développement. L'on pourra être tenté d'avoir recours aux politiques pour renvoyer le poids du financement de la santé à des sources privées et de diminuer le soutien aux pays les plus pauvres. S'agit-il de la réponse appropriée et incontournable à donner cette fois-ci ? Les enseignements du passé, de même que les considérations pratiques, montrent que non.

Tout d'abord, dans les pays développés et en développement, l'expérience passée indique clairement qu'en temps de grave ralentissement économique, les personnes les plus pauvres sont les moins à même de retomber sur des ressources privées afin de faire face à leurs besoins sanitaires et sociaux. C'était le cas dans des pays aussi divers que le Japon et le Sri Lanka au début des années 30, ou en Thaïlande et en Indonésie suite à la crise des devises de 1997-1998. Dans chacun de ces cas, le fait de prendre acte de l'échec des mécanismes privés a débouché sur des engagements nationaux plus forts visant à utiliser le financement public pour la santé. C'est précisément ce type de situation qui offre une rare occasion politique d'élargir la protection sociale (ainsi des États-Unis dans les années 30), et les pays donateurs feraient bien de soutenir les pays en développement en ce sens. Deuxièmement, alors que l'économie mondiale ralentit, les pays développés tout comme les pays en développement doivent répondre à l'appel du Fonds monétaire international à mener une action concertée en vue d'accroître

Action mondiale en faveur du renforcement des systèmes de santé

la consommation intérieure.⁷⁶ Il y va de l'intérêt des pays du G8 à encourager les politiques qui stimulent la consommation à moindre coût fiscal dans les pays développés et en développement. Les expansions de la couverture santé peuvent représenter l'un des plus efficaces démultiplicateurs fiscaux pour y parvenir. En fait, dans le cas de la Chine, une expansion significative des dépenses publiques en faveur des services de santé de base serait probablement l'une des manières les plus judicieuses de stimuler la demande intérieure.

Enfin, le G8 et les pays partenaires en développement ont un intérêt commun à empêcher la crise financière de déboucher sur le protectionnisme qui annulerait les avancées en matière de libéralisation du commerce. Une récession durable, de par ses effets négatifs sur une grande partie de la population active, risque de saper la confiance dans l'économie de marché mondiale et au sein du système ouvert d'échanges commerciaux. C'est précisément dans cette situation qu'il est le plus avantageux, aux fins de maintenir l'appui à une économie mondiale ouverte, d'investir dans des mécanismes de protection sociale élargie, y compris pour la santé, qui soient efficaces et financés par des fonds publics, en vue d'aider les groupes vulnérables.

RECOMMANDATIONS POUR L'ACTION DU G8

Malgré des augmentations substantielles des investissements en faveur de la santé dans le monde par les membres du G8, chez les pays partenaires en développement, la performance d'ensemble en vue d'atteindre les OMD liés à la santé ne s'est pas visiblement accélérée. Les faiblesses des politiques de financement de la santé au niveau national jouent un rôle majeur. S'il faut davantage d'argent, il est également crucial d'améliorer la valeur des dépenses de santé en améliorant les politiques de financement. La crise financière mondiale a accru les contraintes fiscales et du crédit dans les pays développés et en développement et a augmenté la vulnérabilité de ceux qui n'ont pas accès à une couverture médicale. D'où la nécessité accrue de mesures de protection sociale et médicale efficaces, en renforçant les mouvements en faveur de la couverture universelle.

Le G8 devrait répondre par trois actions :

1. Le G8 devrait compléter les efforts qu'il mène pour accroître les fonds en faveur de la santé par des efforts visant à améliorer la valeur des dépenses de santé dans le cadre d'un soutien à un financement de la santé et des politiques en matière de systèmes qui émanent des pays ;

2. Le G8 devrait tirer parti du consensus existant chez les experts techniques par son engagement explicite à donner la priorité au soutien aux politiques nationales de financement de la santé qui placent le financement public de la santé, sous la forme d'un financement par l'impôt et/ou de l'assurance médicale et sociale, au cœur des efforts visant à élargir la couverture aux personnes pauvres et aux groupes fragilisés dans la société ;
3. Le G8 devrait investir dans l'aptitude des pays partenaires en développement à élaborer de meilleures politiques de financement. Cela nécessitera des investissements accrus dans la consolidation des capacités nationales en évaluation des politiques relatives aux systèmes de santé et dans les mécanismes en vue de comprendre et de partager les enseignements à tirer des pays dotés des meilleures pratiques.

Implications

L'engagement visant à privilégier le soutien aux politiques nationales de financement de la santé qui placent le financement public au cœur de ces dernières prend acte du fait que le but clé est d'augmenter le regroupement des risques et de réduire les obstacles financiers à l'accès par les pauvres, si l'on veut améliorer la couverture de santé et la sécurité humaine. En termes concrets, cela devrait se traduire par les éléments suivants :

1. Des soutiens et encouragements explicites aux pays partenaires en développement qui souhaitent abolir la redevance d'utilisateur dans leur secteur public, en reconnaissant que son élimination doit être accompagnée d'investissements appropriés dans les systèmes de santé afin d'assurer que des services gratuits soient réellement disponibles et utilisés par les personnes pauvres. Ce type de politique pourrait commencer par la fourniture des services en rapport avec les OMD 4, 5 et 6.
2. Apporter un soutien aux initiatives IHP+ et P4H, en direction des agences d'aide et agences multilatérales des pays du G8 afin de faire passer un message clair et cohérent à l'intention des pays partenaires en développement que les financements par l'impôt et par l'assurance médicale et sociale sont tous deux des options recommandées, mais que le choix en faveur de l'un ou l'autre dépend des circonstances particulières à un pays. Cela devrait refléter les bases factuelles mondiales indiquant que les mécanismes basés sur l'assurance médicale et sociale sont plus faisables dans le contexte des pays à revenus moyens, tandis que les

Action mondiale en faveur du renforcement des systèmes de santé

mécanismes financés par l'impôt ont fonctionné même dans le contexte de pays à faibles revenus.

Investir dans la capacité du pays à opérer le bon choix en matière de politique de financement de la santé revient à reconnaître que c'est seulement lorsque les pays en développement sont en mesure de prendre en charge ces décisions que l'engagement nécessaire du pays prendra forme. En termes concrets, cela nécessite les éléments suivants :

1. Un élargissement des investissements destinés à développer la capacité des pays en analyse des politiques relatives aux systèmes de santé ;
2. Des investissements significatifs pour soutenir les pays partenaires en développement en vue d'améliorer la base factuelle sur les meilleures pratiques en matière de financement et de prestation nationaux qui sont nécessaires pour informer de meilleures politiques d'une manière qui encourage les leçons communes ; et
3. Un réexamen de ce qui a fonctionné auparavant en matière de consolidation des capacités et la manière dont les pratiques des agences peuvent être améliorées, afin d'éviter l'hommage respectueux au renforcement des capacités qui a malheureusement caractérisé les activités passées.⁷⁷

Opportunités

L'on aurait tort de penser que le climat économique actuel ne se prête pas à élargir les engagements du G8 visant à améliorer la santé dans les pays en développement. Au contraire, c'est l'occasion unique de s'attaquer aux défis clés des secteurs sanitaires.

Lors de réunions passées, le G8 a jeté une base crédible susceptible de traiter les problèmes auxquels sont confrontés les pays partenaires, comme l'atteste l'aide externe élargie à la santé et ses engagements à soutenir le renforcement des systèmes de santé. Plus récemment, les initiatives IHP+ et P4H, prônées par des nations du G8 telles que la France, l'Allemagne et le Royaume-Uni, justifient un engagement valorisé qui soit fondé sur l'alignement sur les politiques dirigées par les pays, le soutien au financement public afin d'améliorer la couverture et l'équité, ainsi que la protection médicale et sociale valorisée. Ces deux initiatives insistent également sur l'importance d'investir dans la capacité des pays à évaluer leurs propres progrès et à apprendre de leurs propres expériences réciproques. Par conséquent, les initiatives IHP+ et P4H offrent un

cadre important pour faire avancer les recommandations clés indiquées dans le présent chapitre.

Le G8 devrait tirer parti de ces deux initiatives et les valoriser, en faisant passer un message clair indiquant qu'il appuie l'idée que les principes du financement public pour une meilleure santé se traduisent par une dépendance accrue sur la fiscalité et l'assurance médicale et sociale, en améliorant la valeur des dépenses de santé, et en permettant aux pays en développement de prendre davantage les choses en main. Cela pourrait et devrait permettre d'identifier explicitement la réalisation progressive de la couverture universelle et le renforcement de la protection médicale et sociale comme étant les deux buts motivants.

Parallèlement, le G8 devrait surmonter les craintes que la crise ne réduise les fonds disponibles pour la santé. Comme indiqué, la crise financière actuelle nécessite une expansion de la fiscalité et non une contraction, tant dans les pays développés qu'en développement. Au contraire, la crise offre une occasion de soutenir les augmentations des dépenses de santé qui sont liées à une meilleure couverture et qui peuvent renforcer les systèmes de santé afin d'obtenir une meilleure valeur pour leurs dépenses. À cet égard, le *High-Level Task Force on Innovative International Financing for Health Systems* (Groupe de travail de haut niveau sur le financement international innovant des systèmes de santé) peut jouer un rôle important. Il peut tirer les enseignements des efforts qui ont été menés par le passé pour identifier de nouvelles manières pour les nations du G8 de soutenir financièrement les systèmes de santé et le renforcement des capacités, à un moment où les budgets conventionnels de l'AOD peuvent traverser une passe difficile. Parallèlement, il devrait reconnaître que l'élément déterminant pour avoir de meilleurs systèmes de santé tient aux politiques de financement de la santé des pays eux-mêmes et que de nouveaux mécanismes innovants de financement externe ne seront efficaces qu'à la condition qu'ils soient liés à de meilleures politiques intérieures dans les pays et qu'il les encourage.

BIBLIOGRAPHIE

1. International Monetary Fund and World Bank, *Global Monitoring Report 2008: MDGs and the Environment: Agenda for Inclusive and Sustainable Development* (Washington DC: International Monetary Fund and World Bank, 2008).
2. Adam Wagstaff and Mariam Claeson, *The Millennium Development Goals for Health: Rising to the Challenges* (Washington DC: World Bank, 2004).
3. Ke Xu et al., "Protecting Households from Catastrophic Health Spending," *Health Affairs* 26, no. 4 (2007). cited in *WHO World Health Report 2008*, xiv.
4. More than 70 million people a year have been estimated to fall below the poverty line in selected countries of Asia, with as many as 2.6 percent of households in China and 3.8 percent in Bangladesh doing so in a given month. Eddy van Doorslaer et al., "Effect of Payments for Health Care on Poverty Estimates in 11 Countries in Asia: An Analysis of Household Survey Data," *Lancet* 368, no. 9544 (2006).
5. EU Presidency/Commission, "Background Paper for Informal Meeting of Development Ministers of the European Union, 29–30 September 2008—Working Session: Strengthening Health Systems in Developing Countries" (Brussels: EU Commission, 2008).
6. World Health Organization, *World Health Report 2008: Primary Health Care Now More Than Ever* (Geneva: World Health Organization, 2008).
7. As recent experiences with HIV, SARS, and avian influenza have shown, the most significant global risks of new pandemic pathogens arise in the poorest economies where there is the greatest risk of new pathogens emerging, owing in particular to agricultural practices, and where public surveillance and control systems are weakest.
8. This is well illustrated by the global impacts of the contamination of milk products with melamine in China in 2008.
9. Giulia Greco et al., "Countdown to 2015: Assessment of Donor Assistance to Maternal, Newborn, and Child Health between 2003 and 2006," *Lancet* 371, Special issue Countdown 2008 (2008).
10. Ke Xu et al., "Protecting Households from Catastrophic Health Spending,"
11. Margaret Chan, *Address by Dr. Margaret Chan to Executive Board of WHO* (WHO, 2007 [cited 25 September 2008]); available at http://www.who.int/dg/speeches/2007/eb120_opening/en/index.html.
12. Ke Xu et al., "Protecting Households from Catastrophic Health Spending,"
13. To achieve MDGs 4 and 5, countries must reduce child and maternal mortality by two-thirds of their 1990 levels by 2015. This translates into an average annual reduction in mortality rates of 4.3 percent a year. Historically, the annual rates at which individual countries have been able to reduce mortality have tended to be quite steady over time for individual countries. So for most countries, the MDGs imply accelerating the rate of decline in mortality. For child mortality (MDG 4) for which data are the most reliable, the evidence shows that for the critical regions of South Asia and sub-Saharan Africa, the rates at which countries have been reducing mortality have in fact slowed during the 1990s, with progress being slower than in the preceding decades. To some extent, this is due to the impact of HIV in sub-Saharan Africa, but elsewhere, such as South Asia, this is clearly not the reason.
14. Child mortality estimates from the Inter-Agency Group for Child Mortality Estimation, as described in Edilberto Loaiza, Tessa Wardlaw, and Peter Salama, "Child Mortality 30 Years after the Alma-Ata Declaration," *Lancet* 372 (2008).
15. World Health Organization, *World Health Statistics 2008* (Geneva: World Health Organization, 2008). See also note 7 above.
16. In OECD countries, annual rates of doctor consultations range from 4 to 15 per year, as detailed in OECD, *Health at Glance 2007: OECD Indicators* (Paris: OECD, 2007). This is

- 4–10 times more than in most low-income countries. In the case of hospitalizations, the disparity is even greater, with annual rates in OECD countries being 5–10 times higher.
17. At the 2000 Okinawa Summit, the G7 committed to finding and mobilizing substantial new financial resources for HIV/AIDS and health in general in order to support expansion of coverage of critical health services in developing countries.
 18. Figure 1 shows that overall external flows for health have increased in the past decade. In addition, other data suggest significant increases in recent years in the specific areas of HIV/AIDS and also maternal, neonatal, and child health [Greco et al., "Countdown to 2015: Assessment of Donor Assistance to Maternal, Newborn, and Child Health between 2003 and 2006." *Lancet* 371 (2008): 1268–1275]. Other data show that domestic financing has also increased in most partner countries.
 19. A large number of estimates of the global financing needs have been published. They range considerably in their implied amounts because of differences in the methodologies used and also in what they attempt to estimate. Some, for example, focus on the marginal increases in public spending required to achieve just the health-related MDGs, while others attempt to estimate overall financing levels (both public and external) required to achieve universal coverage with basic health services. The key estimates are given by the WHO Commission on Macroeconomics and Health, *Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development* (Geneva: World Health Organization, 2001), which estimated a public financing need of US\$34 per capita in 2001 in low-income countries, and other more recent World Bank estimates, which have suggested a requirement of US\$30–50 per capita in the poorer developing countries.
 20. Pablo Gottret and George Schieber, *Health Financing Revisited: A Practitioner's Guide* (Washington DC: World Bank, 2006). For a discussion of the UN MDG Needs Assessment Model, the UNICEF/World Bank/WHO Marginal Budgeting for Bottlenecks Model, and other alternative cost estimates, see Chapter 7.
 21. Ernst R Berndt et al., "Chapter 3: Medical Care Prices and Output," in *Handbook of Health Economics*, ed. A. J. Culyer and J. P. Newhouse (Amsterdam: Elsevier Science BV, 2000). The authors review the considerable efforts that have been made to estimate health service efficiency changes in mostly developed economies. See also Martin Hensher, *Financing Health Systems through Efficiency Gains*, Paper No. WG3:2, *CMH Working Paper Series* (Geneva: Commission on Macroeconomics and Health, 2001).
 22. Ravindra P. Rannan-Eliya, "Towards a Model of Endogenous Mortality Decline: The Dynamic Role of Learning and Productivity in Health Systems" (A thesis submitted to the Faculty of the Harvard School of Public Health in partial fulfillment of the requirements for the degree of Doctor of Public Health, Harvard University, 2004).
 23. Peter R. Orszag, "Increasing the Value of Federal Spending on Health Care," in *Statement of Peter R. Orszag, Director, CBO, before the Committee on the Budget, U.S. House of Representatives, July 16, 2008* (Washington DC: Congressional Budget Office, 2008).
 24. World Bank, *World Development Report 2004: Making Services Work for Poor People* (New York: Oxford University Press, 2003); Gottret and Schieber, *Health Financing Revisited: A Practitioner's Guide*.
 25. Rannan-Eliya, "Towards a Model of Endogenous Mortality Decline."
 26. Hensher, *Financing Health Systems through Efficiency Gains*.
 27. Observations by Christopher J. L. Murray, Institute for Health Metrics and Evaluation, at the International Conference on Global Action for Health System Strengthening, November 3–4, 2008.
 28. *World Health Report 2008* (p.49) provides an example of how comprehensive health centers are more effective in increasing coverage rates for vaccination than more selective delivery facilities.

Action mondiale en faveur du renforcement des systèmes de santé

29. Although there have been significant investments by the WHO, the World Bank, and several G8 members to support the development of such NHA systems in partner developing countries since the early 1990s, very few of these investments have resulted in sustained capacity in developing countries to maintain such systems [Anna H. Glenngård and Frida Hjalte, "Findings from a Study of Regional NHA Networks" (Stockholm: SIDA, 2005)].
30. The importance of developing national systems to routinely monitor and understand inequalities is a key recommendation of the WHO Commission on Social Determinants of Health, *Closing the Gap in a Generation: Health Equity through Action on the Social Determinants of Health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health*. (Geneva: World Health Organization, 2008).
31. See note 7 above.
32. Gottret and Schieber, *Health Financing Revisited*.
33. Eddy van Doorslaer et al., "Catastrophic Payments for Health Care in Asia," *Health Economics* 16, no. 11 (2007). See also note 4 above.
34. Jessica Cohen and Pascaline Dupas, "Free Distribution or Cost-Sharing? Evidence from a Randomized Malaria Prevention Experiment" (Cambridge, MA: Poverty Action Lab, Massachusetts Institute of Technology, 2008).
35. Several examples of this, such as Sri Lanka, Thailand, Costa Rica, and Tunisia, are discussed in Gottret and Schieber, *Health Financing Revisited*.
36. Gottret and Schieber, *Health Financing Revisited*.
37. Comparative analyses of who pays taxes in Europe and in other developing regions consistently find that taxation is the mechanism that places the least burden on the poor and mobilizes the most from the better-off [Eddy van Doorslaer, Adam Wagstaffe, Frans Rutten, ed., *Equity in the Finance and Delivery of Health Care: An International Perspective* (Oxford: Oxford University Press, 1993)]. Although there has been concern that indirect taxation, which predominates in many developing countries, is regressive, largely based on this being the situation in Europe, actual studies have demonstrated that in most developing countries even indirect taxation is progressive in its incidence [Owen O'Donnell et al., "Who Pays for Health Care in Asia?" *Journal of Health Economics* 27 (2008)].
38. Gottret and Schieber, *Health Financing Revisited*; Hensher, *Financing Health Systems through Efficiency Gains*.
39. Although Hong Kong SAR and Cyprus are high-income economies, their health financing strategies have until recently looked more like other developing economies, with public financing only paying for about half of overall healthcare services.
40. Owen O'Donnell et al., "The Incidence of Public Spending on Healthcare: Comparative Evidence from Asia," *World Bank Economic Review* 21, no. 1 (2007); Lucy Gilson et al., "Challenging Inequity through Health Systems: Final Report of the Knowledge Network on Health Systems" (Johannesburg: Centre for Health Policy, University of the Witwatersrand, 2007).
41. See note 4 above.
42. Lucy Gilson and Di McIntyre, "Removing User Fees for Primary Care in Africa: The Need for Careful Action," *British Medical Journal* 331 (2005).
43. It is often argued that this link can make SHI more politically sustainable than tax financing.
44. In contrast to the NHS model, SHI usually involves a separation of financing from provision, which allows for purchasing and the use of direct financial incentives to motivate providers. However, this reliance on payment for services can induce inefficiencies as providers face incentives to provide excess care or to raise costs.
45. See note 4 above.
46. William C. Hsiao and R. Paul Shaw, eds., *Social Health Insurance for Developing Nations*,

- WBI Development Studies* (Washington DC: World Bank, 2007).
47. P. Nymadawa and K. Tungalag, "Mongolia," in *Social Health Insurance: Selected Case Studies from Asia and the Pacific* (New Delhi: WHO Regional Office for South-East Asia and WHO Regional Office for Western Pacific Region, 2005).
 48. Viroj Tangcharoensathien et al., "Thailand," in *Social Health Insurance: Selected Case Studies from Asia and the Pacific* (New Delhi: WHO Regional Office for South-East Asia and WHO Regional Office for Western Pacific Region, 2005).
 49. Rwanda is often described as relying not on SHI but on community health insurance, but the high level of public subsidies for the Rwandan *mutuelles* (more than 50 percent) and the considerable degree of state involvement and management mean that it resembles a form of SHI.
 50. Coverage is less than 40 percent still in Ghana and has reached just under 75 percent in Rwanda.
 51. ILO and STEP (Strategies and Tools against Exclusion and Poverty), "Extending Social Health Protection in Health through Community-Based Health Organizations" (Geneva: International Labor Organization, 2002); Bjorn Ekman, "Community-Based Health Insurance in Low-Income Countries: A Systematic Review of the Evidence," *Health Policy and Planning* 19, no. 5 (2004); Melitta Jakob and C. Krishnan, "Review of the Strengths and Weaknesses of Community Financing," in *Health Financing for Poor People: Resource Mobilization and Risk Sharing*, ed. Alexander Preker and Guy Carrin (Washington DC: World Bank, 2004); Gottret and Schieber, *Health Financing Revisited*.
 52. M. Kent Ranson et al., "Equitable Utilisation of Indian Community Based Health Insurance Scheme among Its Rural Membership: Cluster Randomised Controlled Trial," *BMJ* 334, no. 7607 (2007).
 53. William C. Hsiao, "Why Is a Systemic View of Health Financing Necessary?" *Health Affairs* 26, no. 4 (2007); Gottret and Schieber, *Health Financing Revisited: A Practitioner's Guide*.
 54. Carmen DeNavas-Walt, Bernadette D. Proctor, and Jessica C. Smith, "Income, Poverty, and Health Insurance Coverage in the United States: 2007, Current Population Reports, P60-235" (Washington DC: US Census Bureau, 2008).
 55. Gerard F. Anderson et al., "It's the Prices, Stupid: Why the United States Is So Different from Other Countries," *Health Affairs* 22, no. 3 (2003).
 56. Gottret and Schieber, *Health Financing Revisited: A Practitioner's Guide*; see also note 16 above.
 57. R. Paul Shaw and Charles C. Griffin, *Financing Health Care in Sub-Saharan Africa through User Fees and Insurance, Directions in Development* (Washington DC: World Bank, 1995).
 58. Mukesh Chawla and Ravi P. Rannan-Eliya, "Experiences with Resource Mobilization Strategies in Five Developing Countries—What Can We Learn," *Data for Decision Making Publication Number 31-2* (Boston: Harvard School of Public Health, 1997).
 59. This is based on a review of the available documentation for initiatives supported by the Dutch Health Insurance Fund in Nigeria and Namibia.
 60. ILO, "Social Health Protection: An ILO Strategy Towards Universal Access to Health Care," (Geneva: Social Security Department, International Labour Organization, 2007); World Health Organization, *World Health Report 2008: Primary Health Care Now More Than Ever*; Gottret and Schieber, *Health Financing Revisited: A Practitioner's Guide*; see also note 7 above.
 61. Gottret and Schieber, *Health Financing Revisited: A Practitioner's Guide*.
 62. *Ibid.*
 63. *Ibid.*
 64. Peter R. Orszag, "Increasing the Value of Federal Spending on Health Care."
 65. Ministerial Summit on Health Research, "The Mexico Statement on Health Research—

Action mondiale en faveur du renforcement des systèmes de santé

- Knowledge for Better Health: Strengthening Health Systems” (Mexico City: Ministerial Summit on Health Research, Mexico City, November 16–20, 2004).
66. World Bank, “Afghanistan: Managing Public Finances for Development (Report No. 34582-Af)” (Washington DC: World Bank, 2005); Matt Waldman, “Falling Short: Aid Effectiveness in Afghanistan” (Kabul: Agency Coordinating Body for Afghan Relief (ACBAR), 2008).
 67. Ke Xu et al., “Protecting Households from Catastrophic Health Spending”; Gottret and Schieber, *Health Financing Revisited*.
 68. John Akin, Nancy Birdsall, and David De Ferranti, *Financing Health Services in Developing Countries: An Agenda for Reform, A World Bank Policy Study* (Washington DC: World Bank, 1987).
 69. UNICEF, “The Bamako Initiative; Reaching Health Goals through Strengthened Services Delivery” (New York: Bamako Initiative Management Unit, UNICEF, 1990).
 70. World Bank, *Better Health in Africa, Development in Practice Series* (Washington DC: World Bank, 1995); Shaw and Griffin, *Financing Health Care in Sub-Saharan Africa through User Fees and Insurance, Directions in Development*.
 71. Ke Xu et al., “Protecting Households from Catastrophic Health Spending.”
 72. In 2006, the Dutch government invested €100 million in the Health Insurance Fund to support development of private health insurance schemes in Africa (see <http://www.hifund.nl>).
 73. WHO, *World Health Report 2008: Primary Health Care Now More Than Ever*.
 74. WHO World Health Assembly Resolution 58.33—“Sustainable health financing, universal coverage and social health insurance.”
 75. For example, conflicting recommendations on tax financing and SHI by different European donors and international agencies have led to fierce disputes between donor partners in Bangladesh and Tanzania (personal communications from relevant officials to author).
 76. International Monetary Fund, “Letter from IMF Managing Director Dominique Strauss-Kahn to the G-20 Heads of Governments and Institutions, 6 November 2008” (Washington DC: International Monetary Fund, 2008).
 77. WHO Alliance for Health Systems and Policy Research reviewed what might be done in its 2007 Biennial Review, but this initiative needs to be followed up on.

**GROUPE DE TRAVAIL SUR L'ACTION MONDIALE
EN FAVEUR DU RENFORCEMENT DES SYSTÈMES
DE SANTÉ**

Équipe de recherche sur le financement de la santé

Director:

Ravindra RANNAN-ELIYA Director and Fellow, Institute for Health Policy,
Sri Lanka

Special Advisor:

William HSIAO K. T. Li Professor of Economics, Harvard School
of Public Health, USA

Reviewers:

Amanda GLASSMAN Lead Health and Social Protection Specialist,
Inter-American Development Bank

Adam WAGSTAFF Lead Economist (Health), Development Research
Group (Human Development & Public Services
Team); Human Development Unit, East Asia and
Pacific Region, World Bank

Bong-min YANG Professor of Economics, School of Public Health,
Seoul National University, Korea

Vers une action collective en matière d'informations sanitaires

KENJI SHIBUYA *

Dans le monde, neuf pour cent du total des revenus nationaux bruts sont dépensés en faveur du secteur de la santé. Dans les pays en développement, les agences bailleurs de fonds transfèrent chaque année US\$16 milliards vers les programmes de santé.¹ Ces chiffres, qui représentent une augmentation jamais vue du financement de la santé, ont eu pour effet de transformer radicalement le paysage mondial de la santé par rapport à ce qu'il était il y a une décennie. Les Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) ont revitalisé l'intérêt pour les questions relevant de la santé, tandis que l'influx d'argent frais ainsi que la multiplicité des parties prenantes ont ouvert la voie à des structures, réseaux, partenariats et alliances qui innovent au delà de la santé traditionnelle et des modèles de développement.

Ce regain d'intérêt s'est accompagné d'une demande accrue pour de meilleures informations plus abondantes permettant de suivre la performance et d'assurer la responsabilisation. Les informations sanitaires font l'objet d'un intérêt croissant dans le monde, notamment la métrologie et l'évaluation, comme l'illustrent les OMD et les grandes initiatives mondiales prises en matière de santé telles que le financement fondé sur la performance. Cette attention inédite a accru la pression sur les pays

* L'auteur aimerait remercier Chris Murray, Alan Lopez, Osman Sankoh, Octavio Gómez-Dantés, Ties Boerma, Laragh Gollongly, Masamine Jimba, Ravindra Rannan-Eliya, Michael Reich et Keizo Takemi pour leurs précieuses observations; Susan Hubbard, Nono Ayivi-Guedehoussou et Michael MacIntyre pour leurs importantes contributions au présent article; ainsi que Tadashi Yamamoto et Tomoko Suzuki pour leur assistance.

Action mondiale en faveur du renforcement des systèmes de santé

et les agences pour qu'ils produisent des données de haute qualité et en temps opportun.²

Entité parmi les plus influentes au sein de l'arène mondiale, le G8 joue un rôle important pour s'attaquer aux déficiences des systèmes qui sont supposés générer ces informations. Lors du Sommet du G8 d'Hokkaido-Toyako, le « Rapport du Groupe d'experts de la santé auprès du G8 » a reconnu la nécessité d'agir afin de créer un suivi et une évaluation appropriés des systèmes de santé de manière à permettre aux décideurs d'asseoir leur décisions sur des informations sanitaires exactes.³

Le présent chapitre passe rapidement en revue la situation actuelle de la métrologie et de l'évaluation sanitaires dans le contexte du renforcement des systèmes de santé et décrit le rôle du G8. Nous identifions les défis clés dans ce domaine et proposons que soit élaborée une série métrologique sanitaire standard, associée à une stratégie de mesure afin de suivre, d'évaluer et de faciliter l'usage efficace des ressources en matière de santé mondiale. Nous concluons qu'une action collective est requise pour promouvoir la production et l'exploitation d'informations sanitaires judicieuses, notamment au niveau des pays, et pour concrétiser l'engagement du G8 en faveur d'une responsabilisation accrue à l'égard des ressources qui sont investies en vue d'améliorer les systèmes de santé nationaux.

LA CAUSE RELEVANT DE MEILLEURES INFORMATIONS SANITAIRES

Au cours des dix dernières années, les systèmes de santé ont pris une place prépondérante dans l'ordre du jour de la santé mondiale, ainsi que le reflètent l'édition 2002 du « Rapport sur la santé dans le monde » de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) ; des initiatives telles que le Partenariat international pour la santé (Royaume-Uni), Les femmes et les enfants d'abord (Norvège), l'Initiative pour sauver un million de vies (Canada) ; les efforts consentis afin de faire avancer la protection sociale en matière de santé (Allemagne et France) ; ainsi que le Sommet du G8 d'Hokkaido-Toyako et ses activités de suivi (Japon).⁴

Toutefois, faute de mesures solides permettant d'apprécier les réalisations et l'efficacité de l'usage des ressources, les débats sur les priorités sanitaires et sur la question de savoir ce qui fonctionne ou non relèvent alors davantage de l'idéologie que d'une base factuelle.⁵ La plus grande visibilité des systèmes de santé et la demande appelant à davantage de progrès et de responsabilisation

qui s'intensifie rapidement sur le plan de la santé mondiale ont mis en évidence de grandes lacunes au niveau de la prestation et du recours à des statistiques sanitaires pour les pays en développement.

La santé est une composante fondamentale de la sécurité et du développement de la personne.⁶ Une gouvernance efficace en matière de santé - à savoir la capacité des gouvernements nationaux et de la communauté internationale oeuvrant dans le développement à répondre aux besoins sanitaires des populations dans le monde -, exige des lois, le développement, des partenariats et une base factuelle.⁷

Les informations sanitaires contribuent à l'ensemble de ces quatre fonctions aux niveau mondial et national. La fonction probante de la gouvernance en matière de santé dépend de la capacité à compter les naissances, les décès et les causes de ces décès et à en rendre compte. Décompter chaque individu peut également sauvegarder les droits individuels liés à la survie, au mode de vie et à la dignité. Si le renforcement des informations sanitaires est essentiellement une question nationale, la fourniture et l'exactitude de ces informations a également des répercussions mondiales dans la mesure où elles contribuent à la sécurité humaine et au développement. Les efforts de développement en matière de santé et de sécurité humaine convergent sur le besoin critique de disposer de meilleures informations.

Les informations sanitaires peuvent également servir d'autres fins : tout d'abord, maintenir l'intérêt pour la santé mondiale et pour son financement en démontrant ses résultats positifs ; deuxièmement, valoriser l'efficacité en construisant une base solide de connaissances sur ce qui fonctionne, en générant ainsi un processus d'apprentissage partagé entre les pays ; troisièmement, améliorer la qualité du processus décisionnaire en apportant une base factuelle valides ; quatrièmement, favoriser le dialogue interdisciplinaire en réunissant divers domaines d'investigation ; et cinquièmement, promouvoir les valeurs de la transparence et de la responsabilisation comme ingrédients indispensables de la gouvernance démocratique tant à l'échelon national que mondial.⁸

En fait, les agences sanitaires et les pays génèrent aujourd'hui des volumes croissants de données.⁹ Or, ces données ne fournissent pas nécessairement d'informations exhaustives aux usagers, non plus qu'elles ne répondent aux questions critiques posées par la communauté sanitaire mondiale. L'absence d'un suivi et d'une évaluation efficaces de la santé peut être attribuée aux six facteurs suivants.

Premièrement, la quantité et la qualité de données pertinentes permettant de faire avancer le suivi et d'évaluer les systèmes de santé sont médiocres et ont souffert d'un sous-investissement considérable au cours des dix dernières

Action mondiale en faveur du renforcement des systèmes de santé

années.¹⁰ Deuxièmement, les efforts destinés à corriger la rareté des données s'est traduite par une prolifération d'indicateurs, de cadres incohérents et d'activités morcelées chez les parties prenantes.¹¹ Troisièmement, les travaux se recourent d'une agence à l'autre, lesquelles rivalisent entre elles pour combler les mêmes lacunes au lieu d'optimiser leurs avantages comparatifs.¹² Quatrièmement, les progrès en vue de rendre les données accessibles demeurent lents.¹³ À titre d'exemple, à mi-parcours des efforts visant à réaliser les OMD, il n'existe aucune base de données complète accessible au public qui soit dotée de données primaires sur la mortalité infantile, l'indicateur de l'ODM4.¹⁴ Cinquièmement, il n'existe pas d'échanges manifestes entre l'appropriation par les pays, ce qui était une composante centrale de la Déclaration de Paris,¹⁵ et les évaluations indépendantes. En particulier, malgré une tendance croissante en faveur des déboursments basés sur la performance, les agences demeurent vulnérables à la pression politique des pays bénéficiaires.¹⁶ Enfin, beaucoup de pays ne disposent pas des incitations et de la capacité à recueillir, partager, analyser et interpréter des données de meilleure qualité.¹⁷

RENFORCEMENT DES SYSTÈMES DE SANTÉ ET INFORMATIONS SANITAIRES

Au cours des dernières décennies, les efforts mondiaux destinés à améliorer la situation de la santé dans les pays pauvres ont eu recours à deux stratégies distinctes, l'une axée sur les systèmes de santé et l'autre sur des maladies spécifiques. La première stratégie prônait des approches de l'amélioration de la santé qui reposent sur des principes. À la fin des années 70, le monde s'est ainsi lancé dans un vaste effort destiné à renforcer les systèmes de santé, dans le cadre du mouvement des soins de santé primaires. La deuxième stratégie privilégiait les approches spécifiques à une maladie, illustrées par la formation de programmes de lutte contre la maladie et des mécanismes de financement tels que l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination (GAVI) ou le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (Fonds mondial).

À l'heure actuelle, un consensus est train de voir le jour sur le fait que les problèmes de santé dans les pays à faibles et moyens revenus ne peuvent être résolus que moyennant une approche équilibrée entre les solutions axées sur une maladie spécifique ou basées sur un système. Tandis que le gouvernement du Japon avait soutenu une solide approche verticale pour trois principales maladies transmissibles en 2000 lors du Sommet du G8 de Kyushu-Okinawa¹⁸, huit ans plus tard, la déclaration du Sommet du G8 d'Hokkaido-Toyako comportait

des engagements à la fois en faveur de la réalisation des OMD4, 5 et 6 et du renforcement des systèmes de santé.¹⁹

Le *Health 8* (H8), un groupe informel composé de huit grandes organisations liées à la santé (l'OMS, l'UNICEF, le Fonds des Nations Unies pour les activités en matière de population, l'ONUSIDA, le Fonds mondial, la GAVI, la Fondation Bill & Melinda Gates et la Banque mondiale), préconise aujourd'hui l'élargissement des interventions à fort impact nécessaires pour atteindre ces objectifs. Le Partenariat international pour la santé et les initiatives connexes (IHP+) rassemble le H8, la Banque africaine de développement, l'Organisation de coopération et de développement économiques, la Commission européenne, quatorze pays et 12 agences bailleurs de fonds pour plaider en faveur d'une forte coordination entre les donateurs et la prise en main par les pays, en privilégiant plus particulièrement les OMD liés à la santé et le renforcement général des systèmes de santé.

Des tensions persistent toutefois entre les programmes spécifiques à une maladie et le renforcement des systèmes de santé. Il existe en particulier peu d'éléments factuels prouvant que les programmes spécifiques à une maladie aient contribué au renforcement des systèmes de santé. Les tentatives antérieures menées afin de mettre en place une solide coordination entre les bailleurs de fonds (par ex. les stratégies de réduction de la pauvreté et les approches à l'échelle d'un secteur entier) n'ont pas démontré qu'elles aidaient à améliorer la performance des systèmes de santé.²⁰

Parvenir à renforcer les systèmes de santé à travers de tels efforts coordonnés dépend d'un suivi méticuleux de la manière dont le programme est développé dans le pays, sachant qu'aucun système métrologique n'a été mis au point afin d'évaluer la coordination des bailleurs de fonds. Des efforts doivent être menés pour mesurer le degré suivant lequel la coordination entre les donateurs parvient véritablement à améliorer la performance des systèmes de santé.

LES INFORMATIONS SANITAIRES ÉTAYENT LES SYSTÈMES DE SANTÉ

Parmi les six piliers centraux des systèmes de santé proposés par l'OMS,²¹ les informations sanitaires sont à la base de l'ensemble d'un système de santé, y compris leurs entrants (personnel, financement), processus, extrants (couverture réelle) et les impacts (conséquences sanitaires) (Tableau 1). Les informations sanitaires servent aussi à renforcer les fonctions d'une gestion responsable.²²

Tableau 1 : Indicateurs d'évaluation de la performance des systèmes de santé²³

A. Intrants des systèmes de santé et mesures du processus : Il s'agit des ressources investies dans les systèmes de santé et des activités introduites pour réaliser les buts du programme. Les indicateurs de cette catégorie suivent les aspects suivants :

1. Les ressources humaines, telles que les mesures du personnel de santé pour 1 000 habitants, le nombre de personnels complétant la formation annuellement, les nouvelles recrues, les taux d'abandon, etc. ;
2. Les infrastructures et équipements, tels que les inventaires complets des bâtiments et des équipements technologique et de laboratoire en place ;
3. La fourniture de médicaments, y compris les types et quantités de médicaments disponibles dans la zone d'intervention et leur ventilation par district/infra-zone (le cas échéant) ;
4. Les mesures opérationnelles, y compris le nombre d'heures par jour et le nombre de jours par semaine durant lesquels les aménagements assurent des services, les mesures de la gestion du système d'aiguillage des patients vers des centres spécialisés, etc. ;
5. Les activités de programme, telles que le nombre et le type de programmes de vulgarisation communautaire, les matériaux et ateliers pédagogiques à destination des populations, etc.

B. Mesures des extrants des programmes : Il s'agit des mesures portant sur les extrants directs du système de santé ; ils peuvent évoluer sur un temps très court et tout changement peut être attribué directement au système de santé. Par conséquent, ils peuvent servir à contrôler les progrès du suivi tout au long de la mise en œuvre du programme, en identifiant ses points faibles et en évaluant son impact.

1. Couverture : Concernant la série d'interventions qui sont assurées dans le cadre d'un programme, la couverture se définit comme le pourcentage de la population sur lequel s'opère l'intervention par rapport au pourcentage total qui nécessite l'intervention. En d'autres termes, elle mesure le nombre de personnes bénéficiaires d'une intervention (le numérateur) par rapport à l'univers qui nécessite l'intervention (dénominateur). La couverture est mesurée séparément pour chaque intervention, puis additionnée dans une mesure composite de la couverture du système de santé.
2. Couverture réelle : La couverture réelle tient compte de la qualité de l'intervention opérée. La qualité s'échelonne de zéro à un ; si l'individu recevant l'intervention en retire un bénéfice santé maximal, la qualité est alors égale à un. Si l'intervention est assurée mais que personne n'en retire aucun bénéfice santé, la qualité est alors égale à zéro. Les mesures de la couverture réelle sont importantes à suivre, sachant qu'elles suivent à la fois la population recevant les interventions et la qualité des interventions qui sont opérées.

C. Mesures des conséquences (impacts) sanitaires : Il s'agit des trois principaux buts d'un système de santé, à savoir une santé améliorée, l'équité des

contributions financières et la réactivité, sachant que l'aspect principal reste les conséquences sur la santé de la population.

1. Conséquences sur la santé de la population : Améliorer la santé de la population ciblée est le but par excellence d'un programme de soins de santé. La métrologie servant à mesurer la santé d'une population comporte les éléments suivants :
 - a. Mortalité infantile : mortalité des moins de 1 an et moins de 5 ans.
 - b. Mortalité adulte : taux de mortalité par âge et sexe, ainsi qu'une mesure récapitulative de la mortalité adulte telle que « 45q15 », à savoir la probabilité de mourir entre l'âge de 15 et 59 ans.
 - c. Causes de décès : Le nombre de décès attribuable aux causes principales. La liste des causes principales peut varier légèrement d'un pays à l'autre, mais risque probablement de se recouper de manière significative. Il convient de suivre la composition des causes majeures de mortalité chez les enfants et les adultes au titre des apports utiles dans le profil épidémiologique de la population.
 - d. Les conséquences sanitaires et les facteurs de risque spécifiques à une maladie : Ils devraient être fixés séparément pour chaque programme, en fonction de la composition de l'éventail de services fournis.
 2. Dépenses de santé : Elles sont mesurées en termes de dépenses de santé d'urgence et des frais incombant à l'utilisateur. Les indicateurs incluent le montant total des dépenses de santé toutes sources confondues, le montant des frais de santé incombant à l'utilisateur et la proportion de foyers consacrant plus de trente pour cent de leur revenu disponible à la santé.
 3. Réactivité : La réactivité saisit les aspects non médicaux de l'interaction entre un patient et le système de santé. Il est crucial de mesurer les indicateurs de la réactivité des systèmes de santé lors de la mise en œuvre d'un nouveau système de prestation de soins de santé.
 - a. Qualité des soins, dont la propreté des aménagements, la qualité et la propreté des lits des patients, la disponibilité de nourriture durant l'hospitalisation, la satisfaction du patient, etc.
 - b. La promptitude des soins/le temps d'attente, tel que le délai d'attente moyen dans les structures et les délais d'attente moyens avant d'obtenir des soins spécialisés, le cas échéant.
 - c. L'accès aux réseaux sociaux (notamment pour les soins d'hospitalisation), par exemple, la question de savoir si des membres de la famille et autres membres du réseau social sont autorisés à rendre visite au patient pendant son hospitalisation.
 - d. La communication entre les prestataires et les patients, par exemple la question de savoir si les diagnostics sont effectivement communiqués au patient et si le patient comprend ce qu'ils sont supposés faire à la sortie de la structure en termes de prise de médicaments, visites de suivi, etc.
-

Action mondiale en faveur du renforcement des systèmes de santé

Par conséquent, toute action sanitaire opérée au niveau mondial, qu'elle soit verticale ou horizontale, doit être assortie d'une augmentation, en qualité et en quantité, des informations sanitaires et orientée par une série métrologique sanitaire standard et des méthodes d'évaluation pour avoir un effet appréciable (et mesurable) sur la performance du système de santé. Il est extrêmement complexe de générer ces informations pour l'approche horizontale, sachant que la métrologie servant à évaluer la performance d'un système de santé nécessite une palette d'informations sanitaires, dont les dimensions de la formation du personnel de santé, les infrastructures sanitaires de base, l'approvisionnement et la distribution de sources de fourniture fiables pour les médicaments essentiels, le financement durable interne au pays de la santé et les mécanismes de regroupement des risques.

Il est nécessaire d'avoir des informations sur le système de santé dans son entier pour évaluer l'impact de la fidélisation du personnel de santé et des politiques de délégation des tâches en Afrique sub-saharienne et pour tester si le financement basé sur la performance, le financement prévisible à long terme, ou une combinaison des deux, aurait des effets accrus sur la santé.²⁴ Faute d'informations opportunes et de haute qualité ; la communauté mondiale n'est pas en mesure de dire si telle ou telle politique sanitaire a les effets voulus. Par exemple, faute d'estimations corrigées issues des enquêtes auprès des ménages, nous ne saurons pas quand et si la cible de l'OMD₄ aura été réalisée aux niveaux national, régional ou mondial.

La place qui est accordée aujourd'hui par les politiques et financements de la santé dans le monde n'a pas été associée à de meilleures informations sur la performance des systèmes de santé et de nouveaux programmes de santé. Cette pénurie de connaissances entrave les efforts visant à créer un environnement favorable aux investissements sanitaires. Pire encore, l'absence d'une base factuelle pénalise les travaux destinés à améliorer la santé des populations les plus vulnérables dans le monde, qui sont souvent identifiées comme étant les bénéficiaires ciblés par les initiatives spécifiques à une maladie telles que la GAVI ou le Fonds mondial.²⁶

Fonctions principales des informations sanitaires

Les fonctions clés en matière d'informations sanitaires sont opérées par diverses parties prenantes.²⁷ Ces fonctions - aux niveaux mondial, national et infranational - qui impliquent les gouvernements, le monde universitaire et des acteurs de la société civile -, comprennent 1) le recueil et la compilation de données,

2) les processus de suivi et d'évaluation, et 3) l'évaluation systématique des bases factuelles sur les systèmes de santé et la méta-analyse des interventions sanitaires (fig.1). Ces deux dernières étapes génèrent les intrants nécessaires, mais non nécessairement suffisants, à la formulation des politiques.

Au niveau mondial, les agences techniques de l'ONU jouent un rôle clé dans la création de normes et standards servant à recueillir et compiler les données dans les pays. Par exemple, l'OMS prépare la « Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé de santé connexes » et le « Formulaire international du certificat médical de cause de décès ».²⁸

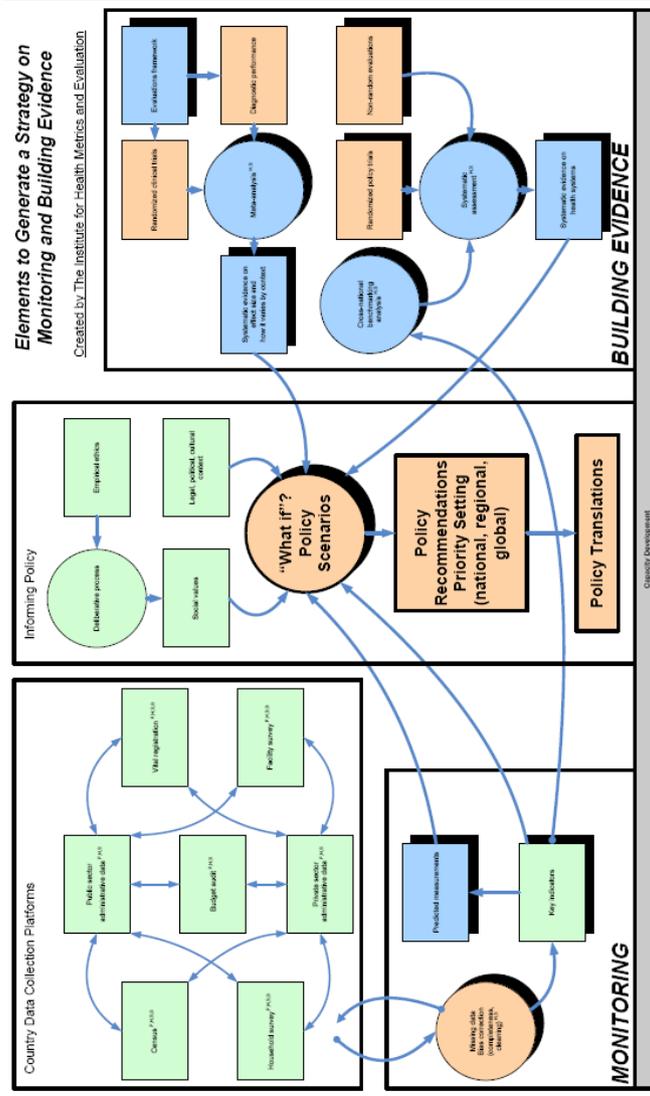
Aux niveaux national et infranational, les informations sanitaires dérivent de sources de données qui reposent soit sur la population, tels que recensements, enquêtes et déclaration à l'État-civil, soit sur les infrastructures, tels que le recensement des aménagements, les relevés des services sanitaires et les relevés administratifs.²⁹ Dans nombre de pays, une tension existe entre la nécessité d'obtenir des données valides et fiables, souvent à un coût élevé, et la nécessité d'avoir des informations locales en temps opportun. Dans la pratique, l'on a souvent recours à des enquêtes périodiques pour obtenir des mesures nationales, tandis que les décideurs locaux doivent se reposer sur la collecte périodique ou continue des relevés administratifs.

De nouvelles méthodes s'imposent pour améliorer la validité et la fiabilité des mesures locales opportunes à un coût raisonnable, y compris le recours à des méthodes d'échantillonnage à un coût moindre dont la conception à des effets plus étendus, des retours de lien entre les enquêtes et les systèmes administratifs permettant d'estimer les biais de la sélection au sein des systèmes administratifs, et les méthodes bayésiennes pour les estimations sur zone locale.³⁰

Les données biaisées sont d'une utilité limitée dans la planification et la prise de décision stratégique, la mise en œuvre des programmes, le suivi des progrès réalisés vers les cibles et l'évaluation de ce qui fonctionne ou non. L'une des fonctions principales des activités liées aux informations sanitaires aux niveaux national et mondial consiste par conséquent à dériver des statistiques dont les sources connues générant des biais sont corrigées, de manière à ce que les chiffres soient comparables sur la durée et d'un site ou d'un pays à l'autre.³¹

L'évaluation systématique des systèmes de santé et des interventions est particulièrement importante pour les politiques nationales au niveau national. Ces évaluations peuvent être opérées par affectation aléatoire de l'intervention et zone de contrôle ou des études non aléatoires de conceptions variées.³² Les études de la performance des systèmes de santé portant sur plusieurs pays sont cruciales pour comprendre pourquoi une politique donnée fonctionne dans tel pays mais non dans tel autre.

Figure 1



(Source: Institute for Health Metrics and Evaluation, unpublished)

La transposition de la base factuelle dans le dialogue sur les politiques et la spécification des actions nécessaires pour avoir un effet constitue une étape souvent négligée dans le cycle des informations sanitaires. Les extraits des informations sanitaires doivent être faciles à exploiter et conçus pour répondre aux besoins immédiats et stratégiques des décideurs. En retour, cela permettra de mieux faire prendre conscience aux décideurs à tous les niveaux l'importance qu'il y a à exploiter des informations sanitaires pour élaborer leurs politiques.

Le flux actuel des informations sanitaires s'opère souvent à sens unique, des collectivités vers les gouvernements centraux ou des pays vers les agences internationales, et l'on s'inquiète donc de ce que la distance entre les capacités et les producteurs locaux de données va encore s'accroître lorsque leur recueil et compilation interviendra à un niveau supérieur. En fait, un nombre assez conséquent de pays en développement a recours à des estimations produites par les agences internationales pour suivre les progrès vers les OMD sans savoir d'où proviennent ces chiffres,³³ et ils risquent de ne pas pouvoir développer leurs capacités à recueillir et analyser des données de meilleure qualité.

En conséquence, le cycle des informations sanitaires a besoin de retourner les informations aux pays et aux collecteurs de données. Le but ultime de la communauté mondiale de la métrologie sanitaire consiste à développer les capacités locales à recueillir des données de haute qualité, à suivre et évaluer les programmes et systèmes sanitaires et à renseigner les politiques.

LE RÔLE UNIQUE DU G8 AU SEIN DE LA SANTÉ DANS LE MONDE

Les pays du G8 représentent quarante-huit pour cent de l'économie mondiale et fournissent approximativement soixante-quinze pour cent de l'aide mondiale au développement. Bien qu'un accord intergouvernemental constitutif et un secrétariat fassent défaut au G8, depuis 1996, le sommet annuel du G8 et les réunions ministérielles périodiques sont apparus comme étant des tribunes importantes pour la politique mondiale de santé.³⁴ Le G8 est unique au sein de l'arène mondiale de la santé : il s'agit d'un petit forum à prise de décision collective, qui porte un intérêt relativement nouveau à la santé des populations dans les pays en développement et a une influence substantielle sur les orientations et les politiques des agences internationales.

Initialement, le G8 a pris des engagements destinés à soutenir l'OMS et le système élargi de l'ONU afin de lever les fonds requis pour ces agences, mais s'est montré incapable de les attirer à lui seul.³⁵ Le G8 a alors pensé qu'il était

Action mondiale en faveur du renforcement des systèmes de santé

nécessaire de lancer ses propres initiatives, en commençant en 2001 par trouver un accord sur la création du Fonds mondial, suivi du Plan d'action pour l'Afrique (2001-2002), du Plan d'action pour la santé (2003), d'une convergence sur le VIH-sida (2006) et, plus récemment, du Cadre de Toyako pour l'action en matière de santé dans le monde (2008). Le Cadre de Toyako a été la première tentative de promouvoir les OMD liés à la santé dans le cadre du renforcement des systèmes de santé,³⁶ en ligne avec les récentes orientations proposées par le IHP+ et autres campagnes mondiales.

Jusqu'à récemment, le G8 a gardé le silence sur la nécessité d'une responsabilisation dans le domaine de la santé mondiale.³⁷ Cependant, lors du Sommet d'Hokkaido-Toyako, le « Rapport du Groupe d'experts de la santé auprès du G8 » a explicitement indiqué la nécessité d'un « suivi approprié et d'une évaluation des systèmes de santé » et a observé que les décideurs doivent être capables de « fonder leurs décisions sur des informations sanitaires exactes. »³⁸

Les dirigeants du G8 ont démontré leur capacité à offrir une alternative aux organisations multilatérales existantes dans le cadre d'initiatives telles que la création du Fonds mondial.³⁹ Outre les engagements en matière de politiques et de ressources que prennent les dirigeants du G8, leurs sommets annuels créent de la valeur en instaurant de nouveaux principes dans les travaux normatifs, en mettant en lumière certaines questions et en modifiant le discours public sur ces thèmes.⁴⁰ Le G8 dispose d'une capacité inégalée à faire le lien entre la santé et le développement au sens large d'un côté et les questions de sécurité de l'autre. Le G8 peut également faciliter le dialogue entre les secteurs public et privé, en mobilisant les ressources intellectuelles, humaines et financières des gouvernements, du monde des affaires et de la société civile active sur le plan de la santé mondiale, tant au niveau mondial que national.⁴¹

Que devrait faire le G8 en matière d'informations sanitaires mondiales ?

Dans l'arène des informations sanitaires, le G8 est en mesure de catalyser efficacement l'action sur le plan d'une série de questions auxquelles les entités existantes, dont le H8, le monde universitaire, la société civile, les donateurs individuels et les agences d'aide bilatérale, ne sauraient s'attaquer effectivement de manière isolée. Le G8 ne devrait pas reproduire ce qu'un seul pays ou agence peut faire, mais se concentrer sur les questions pour lesquelles l'action collective fonctionne le plus efficacement. Il devrait définir des fonctions efficaces et efficientes pour l'architecture des informations relevant de la santé mondiale.

Plusieurs agences de l'ONU disposent des mandats et de l'expérience leur permettant d'aider les pays à élaborer leur système d'informations sanitaires. Toutefois, dans le cas de l'OMS, pour ne citer qu'elle, l'on peut dire que rares sont les progrès qui ont été réalisés pour orienter le développement de ces systèmes au cours des dernières décennies,⁴² et dans certains pays, la couverture et la menée à terme de le relevé des événements vitaux connaît un déclin. Si l'OMS a créé et diffusé un certain nombre de normes cruciales pour le recueil de données, elle n'a pas réellement soutenu la mise en œuvre généralisée de ces normes par pays. L'ONU et ses agences n'ont pas non plus réussi à consolider les capacités que nécessitent les pays pour analyser les données à proximité de leur point de capture.⁴³

Le Réseau de métrologie sanitaire a octroyé des petites subventions à soixante-cinq pays⁴⁴ pour évaluer les informations sanitaires, mais ne peut se permettre une évaluation fouillée pour six d'entre eux. Si ces décisions combinent une stratégie explicite et des ressources limitées, ces dernières déterminent souvent un manque de flexibilité chez les institutions concernées. Assurer une réponse plus efficace aux besoins des pays en expertise et assistance en développant les systèmes d'informations sanitaires est un rôle que pourrait jouer le G8.

M. Jamison et autres collègues proposent un cadre permettant de définir les fonctions essentielles des organisations internationales (Se reporter au Tableau 2). Le premier type de fonction essentielle, qui transcende la souveraineté de tout État-nation, constitue par conséquent le cœur de la coopération internationale en matière de santé. Ces fonctions traitent les problèmes relevant des biens communs mondiaux, au sein desquels les décisions individuelles fondées sur les droits de propriété n'ont aucune efficacité du fait que l'usage des ressources ne saurait être cantonné au sein des frontières d'un pays.

Cela est valable tant pour les biens publics mondiaux, lorsque l'usage par tel ou tel pays producteur n'interdit pas leur utilisation par d'autres pays, que pour les externalités négatives, lorsque le comportement d'un pays donné engendre des dangers et des coûts financiers pour un autre pays. Dans la mesure où ils franchissent les frontières nationales, les problèmes relevant des biens communs sont partagés par riches et pauvres confondus. Les deux fonctions centrales permettant de résoudre ces problèmes consistent à promouvoir les biens publics internationaux et à assurer la surveillance et le contrôle des effets externes négatifs.

Le second type de fonction essentielle concerne les problèmes au sein des pays individuels susceptibles de susciter une action collective au niveau international suite aux lacunes des systèmes nationaux ; dû au fait qu'elles complètent

Action mondiale en faveur du renforcement des systèmes de santé

les activités qui sont avant tout du ressort des États-nations, ces fonctions apportent un soutien.

L'importance placée sur ces deux fonctions essentielles doit être soigneusement équilibrée. Dans le domaine des informations sanitaires, l'action collective initiale peut être axée sur la première fonction essentielle en élaborant une base de données mondiale et en instaurant des normes destinées à améliorer la comparabilité des données, suivi du renforcement des capacités au niveau des pays.

Le G8 est uniquement en mesure d'arbitrer les fonctions et rôles des composantes existantes de l'architecture mondiale en matière d'informations sanitaires. Son pouvoir de mobilisation des ressources peut être exploité pour remodeler les mécanismes existants, consolider les activités morcelées et susciter des effets. Plus particulièrement, dans le cadre du processus de suivi du G8, il conviendrait d'encourager les gouvernements et agences à 1) renforcer les initiatives existantes en vue d'opérer le suivi et les évaluations efficacement, 2) générer et partager des bases factuelles rigoureuses, 3) opérer une synthèse des études, 4) consolider les capacités dans les pays en développement, et 5) faire le lien entre chercheurs, décideurs et directeurs de projet sous la forme d'un système efficace d'informations sanitaires en vue d'utiliser les bases factuelles pour élaborer des politiques.⁴⁶

Tableau 2: Objectifs et fonctions essentiels des organisations internationales⁴⁵

Objectifs de base	Fonctions centrales et exemples	Logique
Assurer des niveaux adéquats de biens apportant des bénéfices à tous les pays	Promotion des biens publics mondiaux Bases de données Normes et standards Recherche et développement Recherche d'un consensus sur la politique de santé	L'action collective constitue une approche économiquement rationnelle permettant de fournir des biens publics susceptibles de bénéficier à tous, et une action collective internationale répond aux opportunités et bénéfices qui s'appliquent à plusieurs nations.
Assurer une réponse opportune aux menaces mondiales et lutter contre le transfert des risques sanitaires à l'échelle internationale	Intervention afin de traiter les effets externes au niveau international Menaces spécifiées dans le cadre de la réglementation internationale de l'OMS en matière de santé Transfert des facteurs risques Commerce des substances nocives licites et illicites	Si les actions dans des pays individuels ont des conséquences pour les autres pays, laisser la prise de décision aux pays échouera à faire prendre en compte tous les coûts et bénéfices.

Objectifs supplémentaires	Fonctions de soutien	Logique
Prêter assistance au développement dans les pays	Coopération technique et financement du développement	En fonction des besoins spécifiques, certains pays nécessitent des investissements ciblés au niveau des connaissances et des ressources financières afin d'améliorer la situation du développement durable.
	Mise en place de capacités	
	Renforcement des capacités	
Protéger la santé des groupes vulnérables	Agence pour les défavorisés	Impératif éthique de protéger les populations lorsque leur gouvernement est défaillant ou lorsque leurs droits de la personne sont enfreints; dans le propre intérêt de chaque nation ou État à prévenir et résoudre les crises humanitaires.
	Les pauvres	
	Groupes spéciaux	

DÉFIS CLÉS ET STRATÉGIES EN MATIÈRE D'INFORMATIONS SANITAIRES

La quantité de données disponible auprès des agences et des pays est en rapide augmentation.⁴⁷ Or, ces données ne permettent pas encore de suivre avec fiabilité les tendances sur le plan des fardeaux que constituent les maladies transmissibles et non transmissibles, l'évaluation de l'impact des initiatives et investissements en matière de santé, ou une évaluation comparable de la performance des systèmes de santé. Nous ne saurons pas si des programmes bien intentionnés font plus de bien que de mal tant que l'on ne disposera pas d'une base factuelle probante.⁴⁸

Ce problème est dû à deux grandes causes dans le domaine des informations sanitaires :

1. Les données existantes ne sont ni accessibles ni présentées d'une manière cohérente (un problème d'inefficacité technique) ; et
2. Les données, très souvent d'une utilité limitée, sont recueillies et compilées sans coordination, et par conséquent moyennant des coûts marginaux plus élevés (un problème d'affectation inefficace).

Corriger ces inefficacités dans les agences, institutions et pays rendra la métrologie sanitaire mondiale plus utile et fiable et permettra de tirer parti de l'avantage comparatif présenté par chaque partie prenante. Le défi le plus important auquel est confrontée la communauté sanitaire mondiale consiste à

Action mondiale en faveur du renforcement des systèmes de santé

développer les capacités locales nécessaires pour recueillir, partager et analyser les données de haute qualité qui sont requises pour orienter la réforme des systèmes de santé en cours.

Inefficacité technique

Il est essentiel de disposer de données pour suivre les progrès accomplis vers les cibles et évaluer la performance des systèmes et programmes de santé. Nombre de consommateurs de statistiques négligent ce fait parce que des chiffres, ceux illustrant les progrès vers les OMD liés à la santé par exemple, continuent à être publiés annuellement et parce que l'on part du principe qu'ils représentent des données significatives.⁴⁹ Les tentatives que font les consommateurs gouvernementaux et scientifiques de ces rapports pour comprendre ou reproduire ces estimations sont entravées du fait qu'ils n'ont pas accès aux données desquelles ces chiffres sont dérivés.

Trois facteurs prépondérants contribuent à l'inefficacité technique du recueil et de la compilation de données : 1) l'absence d'une base de données commune, 2) l'absence d'une métrologie standardisée et d'une qualité assurée des données, et 3) l'absence de capacité et d'incitations à partager les données.

ABSENCE D'UNE BASE DE DONNÉES COMMUNE : Comme principe général, des formats, définitions et normes communs devraient être utilisés pour recueillir, compiler et stocker les informations sanitaires émanant des pays. Toutefois, tous les pays n'opèrent pas, et ne le feront vraisemblablement pas à courte échéance, suivant les meilleures pratiques internationales en la matière. Toutefois, des séries de données non standard sont susceptibles de receler des informations considérables en contenu et valeur (par ex. des données dérivées d'une autopsie verbale sur les causes de la mort). Si ces données sont bien documentées et appréhendées, elles devraient être mises à la disposition du plus grand nombre en vue d'analyses comparées et associées à davantage de compilations standardisées.

Au minimum, une base de données commune devrait inclure toutes les données couramment disponibles ainsi que leurs métadonnées, accompagnées d'une documentation détaillée indiquant s'il s'agit de données brutes, corrigées, ou de statistiques projetées et inclure un lien vers la série de données d'origine.⁵⁰

Par exemple, la mortalité infantile, l'indicateur de l'OMD4, est l'un des rares indicateurs pour les OMD liés à la santé offrant de bonnes données de sources

diverses. Ces sources incluent des systèmes complets ou partiels de relevé des données vitales pour certains pays, des enquêtes démographiques et sanitaires (DHS) et autres études apparentées, des questions de recensement sur le nombre total d'enfants nés et le nombre survivant, et des systèmes d'enregistrement d'échantillons. Des efforts ont été menés afin de mettre toutes les sources de données utilisées pour suivre la mortalité infantile dans le domaine public et harmoniser les travaux des tendances antérieures déterminantes et générer les estimations actuelles.⁵¹

En dépit d'un débat majeur relatif à l'exhaustivité des bases de données sur la mortalité infantile,⁵² chaque institution continue à conserver une série de données indépendante et incomplète sur la mortalité infantile. Si certaines sont dans le domaine public, d'autres ne le sont pas, tandis que nombre d'entre elles ne figurent pas dans les bases de données internationales.

L'OMS est dotée de deux règles contraignantes qui assurent sa légitimité lors du recueil d'informations sanitaires mondiales. En 1948, la première Assemblée mondiale de la santé a adopté une réglementation de la nomenclature des maladies et causes de décès,⁵⁴ ainsi que le Règlement sanitaire international, adopté en 1951, puis révisé et consolidé en 1969, 1973, 1981 et 2005, qui donnent à l'organisation son mandat de surveillance des maladies.

Toutefois, les données compilées par l'OMS sont souvent tributaires des comptes rendus officiels émanant des pays, et il n'est pas rare que les plus récentes données nationales ne soient pas communiquées à l'OMS.⁵⁶ Par exemple, bien que le *Register General of India* (Registre général de l'Inde) publie depuis 1973 des rapports annuels sur les causes de décès médicalement certifiées, la Base de données de l'OMS sur la mortalité ne contient pas de données sur l'Inde depuis 2001. L'OMS n'a reçu aucune donnée de la Chine depuis 2000. En d'autres termes, les deux pays les plus peuplés au monde n'envoient pas leurs dernières données de mortalité à l'OMS,⁵⁷ cela malgré les rapports qui sont partagés avec les scientifiques et autres agences dans le cadre de leurs activités collaboratives. De meilleures données sur la couverture effective des interventions, les facteurs de risque et les variables des systèmes de santé doivent reposer sur des enquêtes auprès des ménages et des relevés administratifs mis en œuvre indépendamment par les agences et pays divers.

Par conséquent, la communauté sanitaire mondiale n'a pas encore été en mesure d'utiliser toutes les données existantes pour évaluer les progrès réalisés en faveur de l'OMD4. Si les données sanitaires pertinentes aux politiques, notamment ceux liés aux OMD4, 5 et 6 et les systèmes de santé, étaient disponibles dans une base de données commune, il serait possible d'opérer une analyse et une synthèse indépendantes aux niveaux national et mondial.

Action mondiale en faveur du renforcement des systèmes de santé

Sachant qu'une quantité croissante de données sera mise à la disposition des usagers en dehors des agences sanitaires traditionnelles grâce aux avancées et investissements en matière de technologies de l'information, une action stratégique collective est nécessaire afin de compiler les données, en s'appuyant sur les principes de la prise en charge des données par les pays. Les entités existantes ont besoin de se renforcer et de clarifier leurs fonctions, tandis qu'il faut mettre au point une architecture commune aux données.

ABSENCE D'UNE SÉRIE MÉTÉOROLOGIQUE STANDARD ET D'ASSURANCE DE QUALITÉ DES DONNÉES : Lors du développement d'un système d'informations sanitaires, il est indispensable de déterminer quoi mesurer exactement, suivant quelle fréquence et comment y parvenir le plus efficacement possible, en tenant compte du fait que les besoins et priorités en matière d'informations divergent d'un pays à l'autre. L'on fera peu de progrès si les pays sont priés de rendre compte sur des milliers d'indicateurs. Toutefois, une telle série de mesures doit être suffisamment étendue pour capturer les informations clés requises pour gérer le système de santé (se reporter au Tableau 1). Il serait fort opportun que le G8 prenne l'ascendant afin de guider les efforts destinés à combler cette insuffisance de connaissances critiques.

De la même manière, l'expérience du projet *Global Burden of Disease* (fardeau mondial de la maladie) et autres analyses comparatives à grande échelle indiquent que nombre de pays n'ont qu'une capacité limitée à évaluer les données d'un point de vue critique.⁵⁸ La condition préalable pour améliorer la qualité des informations sanitaires consiste à améliorer l'aptitude des analystes nationaux, notamment ceux responsables du recueil de données, à évaluer les données d'un œil critique afin d'y déceler les biais et erreurs et d'en apprécier la plausibilité générale. Ces compétences, qui ne font pas partie du programme ordinaire des écoles de santé, devraient être développées si l'on veut que la qualité des données soit quelque peu améliorée.

Lors du Sommet d'Hokkaido-Toyako, le Groupe d'experts de la santé auprès du G8 a recommandé que le G8 continue « à encourager une collaboration accrue entre les parties prenantes dans le but de standardiser la météorologie sanitaire utilisée pour recueillir, analyser et évaluer les données sanitaires destinées à planifier et évaluer les politiques » tant au niveau mondial que national.⁵⁹ Lorsque l'on élabore une série météorologique standard, définir l'univers des indicateurs centraux et un échange entre le nombre d'indicateurs et leur qualité pose toujours problème. Les OMD liés à la santé en sont un excellent exemple.⁶⁰ En fait, concernant leurs indicateurs, la disponibilité d'ensemble, pour tous types de statistiques confondues, sur

le site Internet des OMD des Nations unies atteint seulement quinze pour cent sur la période 1990-2005.⁶¹

Compte tenu des milliers d'indicateurs recommandés par rapport aux rares à être correctement mesurés, la communauté sanitaire mondiale a besoin de s'atteler à améliorer la mesure d'une petite série de domaines prioritaires, y compris l'efficacité de l'aide et les entrants du système de santé (pistage des ressources), résultats (couverture effective) et l'impact (mortalité, causes de décès et morbidité). Les indicateurs prioritaires devraient être sélectionnés sur la base de la signification de la santé publique et des dimensions spécifiques de la mesurabilité.⁶²

L'absence d'échange de données standard et d'un processus d'assurance de la qualité dans la métrologie sanitaire aggrave également l'inefficacité technique. Il est nécessaire mais insuffisant de mettre en place, en particulier par l'OMS, ce type de normes au niveau mondial, tant que des normes ne seront pas élaborées pour améliorer la qualité des données au niveau national.

Introduire des technologies de l'information ne saurait à elle seule résoudre le problème de l'interopérabilité. Dans la pratique, il peut être difficile, voire dénué de sens, d'appliquer un cadre complexe d'assurance de la qualité à un vaste éventail de statistiques. Rien ne permet de prouver que l'assurance de la qualité des données telle qu'elle est favorisée par la communauté de la statistique, ait contribué à améliorer les statistiques. L'indépendance et l'objectivité sont des principes importants, mais ils doivent être associés à des incitations et à la possibilité de mise en conformité. Les processus d'échange de données et d'assurance de la qualité devraient viser à fixer une norme minimale tout en contribuant à la capacité analytique au niveau national.

ABSENCE DE CAPACITÉS ET D'INCITATIONS À PARTAGER LES DONNÉES :

En général, la disponibilité élargie de séries de données se traduira par différentes analyses de questions clés de santé publique. Cela est naturel et doit être encouragé. Un véritable raisonnement scientifique sur ce qui peut et ne peut pas être dégagé des données d'une manière fiable fera avancer la base factuelle utilisée pour la politique publique dérivée de ces données. En élargir l'usage peut également encourager les avancées méthodologiques, ce qui en retour pourra permettre de jeter un nouvel éclairage sur des questions clés de santé publique.

Malgré les avancées technologiques, les progrès en faveur d'un accès ouvert et du partage des données dans le domaine public demeurent lents dans le domaine de la santé mondiale,⁶³ à l'exception des microdonnées issues des enquêtes

Action mondiale en faveur du renforcement des systèmes de santé

démographiques et sanitaires et de la Série intégrée de microdonnées à usage public, qui bénéficient tous deux d'un soutien suffisant sur les plans technique, financier et administratif.

Les données recueillies par nombre d'institutions et de pays restent limitées à un nombre restreint d'investigateurs et de collaborateurs pour une période indéfinie. L'accès est cantonné pour les raisons suivantes : 1) protéger la propriété et les droits de propriété intellectuelle des investigateurs, 2) aider à compenser les coûts de maintenance du recueil de données, et 4) minimiser le risque de mal interpréter les données.⁶⁴

Ces raisons peuvent ne pas s'avérer suffisantes pour restreindre indéfiniment l'accès à des sources incomparables de données, en particulier lorsqu'il est possible de surmonter des obstacles par un usage des restrictions approprié et limité dans le temps.

Il existe des précédents et des protocoles pour traiter les préoccupations relevant de l'accès aux données. Par exemple, assurer un accès élargi aux données d'essais cliniques et aux enquêtes démographiques et sanitaires, au terme d'une certaine période de droits exclusifs aux investigateurs, peut être adapté à d'autres contextes. Le partage de données peut ne pas être garanti dans le cadre de principes ou codes uniquement, mais devrait être encouragé en prévoyant des incitations, consolider les capacités et assurer la pérennisation des activités de recueil de données au niveau national.⁶⁵

Inefficacité de l'affectation

D'un côté, la quantité de données recueillies sur le plan de la santé mondiale est en rapide augmentation.⁶⁶ D'un autre côté, l'intérêt politique et financier qui est aujourd'hui accordé à la santé mondiale n'a pas été associé à de meilleures sources d'information sur la performance des systèmes de santé et des nouveaux programmes sanitaires.⁶⁷ Cela s'explique en partie par la redondance et la fragmentation des activités, et en partie au manque d'investissement durable dans le recueil de données au niveau national.

REDONDANCE AU SEIN DES PARTIES PRENANTES : Chaque aspect des principales fonctions des informations sanitaires (recueil de données, suivi et évaluation, et appréciation systématique) donne lieu à une redondance des activités d'une agence et d'une institution à l'autre et en interne. Au niveau des plateformes de recueil de données, les enquêtes auprès des ménages offre un excellent exemple de redondance et de fragmentation.⁶⁸

Dans les enquêtes démographiques et sanitaires et les Enquêtes en grappes à indicateurs multiples, les modules d'enquête ont été considérablement élargis afin de couvrir un vaste éventail de questions de santé et autres sujets. Les enquêtes portant sur une maladie particulière, telles que celles sur le sida, le paludisme, la tuberculose ou la tabagie, sont de plus en plus courantes et sont souvent associées à un recueil de données cliniques et biologiques. Si cette approche assure davantage de données en rapport avec la maladie concernée, elle impose un fardeau important aux pays et manque une occasion de recueillir des informations sur une palette élargie de questions de santé à un coût relativement peu élevé.

L'Enquête sur la santé dans le monde (WHS) mise en œuvre par l'OMS en 2002-2003 fut l'occasion de mettre à l'épreuve la mise en œuvre du recueil d'une série exhaustive d'informations d'une manière systématique et comparable.⁶⁹ Ce type d'informations, qui est nécessaire pour évaluer la santé adulte et les facteurs de risque, la couverture efficace et la performance des systèmes de santé, n'était pas disponible sur les plateformes de recueil de données. Toutefois, l'OMS n'a pas eu une vision suffisamment stratégique pour impliquer d'autres parties prenantes et améliorer la capacité des pays afin de mettre à contribution le potentiel réel de la WHS.⁷⁰

En théorie, une seule enquête pourrait inclure tous les sujets prioritaires de santé qui nécessitent des données pour la prise de décisions, des maladies infectieuses aiguës aux maladies chroniques non transmissibles. Les facteurs limitants tiennent à la complexité de l'enquête, à la longueur des entretiens et à l'identification des défis. Toutefois, grâce aux avancées technologiques, il est maintenant possible de mener un échantillonnage efficace et d'inclure des biomarqueurs dans les enquêtes basées sur les populations au sein des pays en développement. Des enquêtes communes peuvent aussi faciliter l'intégration de divers efforts existants afin de renforcer la capacité des pays et de fournir des incitations financières et techniques au recueil, à l'analyse et au partage de données de meilleure qualité.

ABSENCE D'INVESTISSEMENT DANS LES PLATEFORMES DE RECUEIL DE DONNÉES STANDARD : Si la demande en informations sanitaires est en augmentation, dans la plupart des pays en développement, les plateformes de recueil de données primaires ne connaissent pas d'amélioration. La possibilité technologique de faire le lien entre les relevés individuels et la métrologie sanitaire en matière de population n'a toujours pas eu d'effets majeurs sur les plateformes de recueil de données primaires dans la plupart des pays en développement.⁷¹

Action mondiale en faveur du renforcement des systèmes de santé

Pour accroître la disponibilité en données primaires de haute qualité, la capacité locale en recueil et analyse de données doit être renforcée, y compris en effectuant des investissements dans les plateformes nationales de recueil de données, et en changeant la culture entourant la publication des données publiques.

Si certains financements sont disponibles pour la production de données, ils se font nettement plus rares s'agissant d'aider au recueil et à la production de données judicieuses. C'est uniquement en prêtant assistance à ceux qui recueillent des données et en les associant à leur analyse que comprendre comment de meilleures données peuvent avoir de meilleures répercussions sur la santé se traduit par une incitation à recueillir des données.

L'absence de progrès au niveau de la déclaration à l'état-civil constitue une autre insuffisance.⁷² Il n'est pas possible de produire continuellement aux niveaux national et infranational des statistiques complètes sur la mortalité maternelle et infantile (OMD 4 et 5) ; de meilleures données sur les décès dus au VIH-sida, à la tuberculose et au paludisme (OMD6) ; et des informations sur qui décède et de quelles causes au moyen des méthodes dont disposent aujourd'hui la communauté sanitaire publique dans la plupart des pays en développement. L'absence d'actes de l'état civil a également d'autres implications. Lorsqu'une naissance n'est pas déclarée, les gens ont moins de chances de bénéficier des droits humains fondamentaux, sur le plan social, politique, civique et économique.

La santé mondiale et les agences de développement continuent à esquiver le défi de s'attaquer à l'absence de systèmes fonctionnels de déclaration à l'état-civil. Il n'existe toujours pas d'hébergement identifiable pour la déclaration à l'état-civil au sein du système des Nations unies, de même que rares sont les efforts manifestes consentis par les agences de développement pour répondre aux demandes d'assistance de la part des pays.⁷³ L'absence de statistiques vitales dans nombre de pays en développement a été décrite comme étant à la fois un symptôme et une cause du sous-développement.⁷⁴

ABSENCE D'ÉVALUATIONS INDÉPENDANTES ET CONTESTABLES : En principe, les engagements pris sur la base des résultats nécessitent un indicateur de référence pertinent et devraient y mesurer directement les modifications subséquentes. Cela nécessite en retour un cadre prédéfini pour le suivi et l'évaluation ainsi qu'un étalonnage.⁷⁵ Or, la majeure partie des évaluations actuelles, telles que l'évaluation des impacts du Fonds mondial sur cinq ans sont menées suivant un mode *ad hoc* au moyen de données de référence limitées ou fondées sur une comparaison des répercussions avant et après l'introduction d'un programme pour un même groupe.⁷⁶

Ces études n'exigent pas nécessairement de base factuelle sur ce qui fonctionne effectivement ou non, puisqu'il n'est absolument pas possible d'écarter la possibilité que toute autre politique ou événement coïncidant avec le programme n'ait pas été la cause du changement observé au niveau des conséquences.⁷⁷

Le principe d'appropriation par le pays et son conflit inévitable avec les évaluations indépendantes et contestables présentent un autre grand défi à ces études.⁷⁸ L'IHP+ qui, tout en insistant sur la responsabilisation mutuelle des bailleurs de fonds et des pays en développement, exclut la nécessité d'une vérification indépendante des progrès effectués au niveau national en faveur des OMD liés à la santé, en est un exemple.⁷⁹

De la même manière, étant donné que les informations sanitaires ont été déterminantes pour promouvoir les programmes spécifiques à une maladie, cela a donné lieu à un débat sur un éventuel conflit d'intérêt dans le cas où ces programmes s'évaluent par eux-mêmes.⁸⁰

Développer un cadre commun et une communauté collaborative

Depuis la publication de l'édition 2000 du « Rapport sur la santé dans le monde », divers cadres exhaustifs ont été proposés pour évaluer les systèmes de santé.⁸¹ De meilleures méthodes et données ont depuis accru les opportunités d'évaluer les systèmes de santé.⁸²

Au fur et à mesure que ces efforts progressent, il conviendra d'adopter un cadre exhaustif et cohérent sur les systèmes de santé, associé à une série d'indicateurs valides et fiables.⁸³

Malgré l'importance des ressources consacrées à la santé dans le monde, le suivi et l'évaluation ont été axés sur les entrants (ressources humaines, ressources financières, etc.) plutôt que sur les résultats et impacts sanitaires (par ex., la couverture effective et les conséquences sanitaires). Un tel déséquilibre dans les pratiques de suivi et d'évaluation doit être corrigé afin de mieux comprendre les impacts à l'échelle du système des diverses initiatives en matière de santé mondiale.

Les nombreuses tentatives de renforcer les systèmes de santé ont également été limitées du fait qu'elles privilégiaient exclusivement la fourniture directe de services plutôt que tous les éléments fonctionnels d'un système de santé (à savoir, la bonne gestion, la création de ressources et le financement). Ce changement de priorité nous a donné une occasion de fournir une base factuelle valide sur la manière de concevoir et gérer efficacement les systèmes de santé, une opportunité qui nécessitera des recherches judicieusement conçues.⁸⁴

Action mondiale en faveur du renforcement des systèmes de santé

Il est urgent que la communauté sanitaire mondiale corrige les deux principales sources d'inefficacités au sein des données indiquées ci-dessus, qui limitent le potentiel des activités en matière d'informations sanitaires aux niveaux mondial et national. Parallèlement, il est nécessaire de réunir les travaux et les bases factuelles se rapportant à l'évaluation des systèmes de santé (Se reporter à la fig.1). Cela requiert une communauté collaborant aux niveaux régional et mondial et des enseignements partagés d'un système à l'autre dont tous les pays soient susceptibles de bénéficier.⁸⁵

Par exemple, la couverture effective est considérée comme étant un meilleur indicateur de la faculté d'un système de santé à assurer des services en combinant les besoins, la qualité, l'accès et l'utilisation des services.⁸⁶ Toutefois cette approche métrologique exige davantage d'informations et de capacité d'analyse que ce dont disposent les pays aux ressources et systèmes d'informations sanitaires sont limités. L'un des grands objectifs du nouveau *Latin American Health Observatory* (Observatoire sanitaire latino-américain) est de compléter les capacités des pays dans le cadre d'une collaboration régionale entre les centres d'excellence en matière de métrologie et d'évaluation sanitaires.

Dans son dernier « Rapport sur la santé dans le monde » de 2008, l'OMS appelle également à davantage de collaboration structurée et intensive entre les pays, concernant l'examen des politiques en matière de soins de santé primaires, ce qui générerait de meilleures données comparatives internationales sur les divergences au sein du développement des systèmes de santé, sur les modèles de bonnes pratiques et sur les facteurs déterminant les réformes réussies.⁸⁷

Maintenir les activités relatives aux informations sanitaires au niveau des pays

L'intérêt actuel porté aux informations sanitaires est davantage suscité par les agences bailleurs de fonds et les fondations que les pays bénéficiaires. Outre le manque de capacités et d'incitations à mener des évaluations décentes, chacune des fonctions des activités relevant des informations sanitaires souffre d'un sous-investissement chronique, notamment dans le domaine du recueil et de la compilation des données nationales. Un rapport récent des agences bailleurs de fonds a estimé que le financement externe nécessaire pour soutenir les infrastructures et dépenses d'exploitation associées s'élève à environ US\$250 millions.⁸⁸

Un mécanisme de financement innovant s'impose pour consolider les capacités des pays afin de leur permettre de suivre et d'évaluer les systèmes de santé

et de maintenir ces activités au niveau national.⁸⁹ Une solution serait l'action collective ou un dispositif qui mobilise des fonds pour le recueil et le partage de données en coordonnant les engagements pris par divers pays, bailleurs de fonds et agences.⁹⁰

Comme dans le cas des programmes de transfert conditionnels de numéraire qui transfèrent de l'argent vers les foyers pauvres à la condition qu'ils se conforment à une série d'exigences en matière de services sanitaires et éducatifs,⁹¹ il serait nécessaire de soumettre l'usage des ressources regroupées à certaines conditionnalités afin d'offrir des incitations et d'améliorer les capacités à recueillir de meilleures données au niveau des pays. Ces conditions imposeraient d'avoir recours à des mesures standard, de partager les données du domaine public et de consolider les capacités locales.

PRINCIPES DIRECTEURS

La solution au manque de responsabilisation et de transparence en matière de santé mondiale est double : améliorer les efforts existants et créer une nouvelle approche qui traite directement l'absence d'incitations permettant de rendre ces efforts représentatifs.⁹²

Compte tenu du rôle unique du G8 sur le plan de la santé mondiale, associé à son adhésion en faveur de la responsabilisation et le rôle de plus en plus prépondérant de la métrologie et de l'évaluation en matière de santé mondiale, nous recommandons que, dans le cadre d'une approche collective et multilatérale, le G8 s'attache à corriger les deux principales inefficacités à l'œuvre dans le domaine de la métrologie sanitaire comme suit :

- 1 Mettre en œuvre l'**Examen annuel** du G8 afin d'évaluer les engagements des pays du G8 en faveur des systèmes et programmes de santé ;
 - 1.1 Définir une série standard d'éléments métrologiques et de stratégies de mesure destinée à suivre et évaluer l'efficacité de l'aide, les programmes et les systèmes de santé ;
 - 1.2 Planifier et évaluer les futures activités liées à la santé par le G8 et les partenaires à l'aide d'un cadre commun et la métrologie.
- 2 Créer une **Ressource commune numérique** au moyen d'un réseau de centres d'excellence mondiaux et régionaux afin d'améliorer l'accès aux séries de données et analyses aux niveaux national et mondial ainsi que leur qualité ;
 - 2.1 Promouvoir les principes de l'accès ouvert et du partage de données dans le domaine public ;

Action mondiale en faveur du renforcement des systèmes de santé

- 2.2 Mettre en place une banque de données mondiale des indicateurs communs (à commencer par les cibles des OMD, les ressources humaines et le pistage des ressources) ainsi qu'un échange de données et un mécanisme d'assurance de la qualité ;
 - 2.3 Créer un processus de type Cochrane destiné à suivre la santé mondiale afin de générer une base factuelle empirique pour les politiques sanitaires.
- 3 Regrouper les ressources de la métrologie sanitaire aux niveaux mondial et national afin de créer le **Défi de la métrologie en matière de santé mondiale** ;
- 3.1 Développer les capacités des pays et producteurs de données et créer une structure d'incitations à leur intention destinée à recueillir, partager, analyser et interpréter des données de meilleure qualité ;
 - 3.2 Subordonner le financement de la santé à une évaluation par une tierce partie qui soit conforme aux principes convenus, y compris l'élaboration d'une stratégie de mesures standard, la mise à disposition des données dans le domaine public, le renforcement des capacités locales et l'usage approprié des technologies de l'information ;
 - 3.3 Dans les pays où le système de déclaration à l'état-civil est incomplet ou inexistant, donner la priorité aux systèmes de ce type ;
 - 3.4 Investir dans une série d'enquêtes auprès de ménages qui soient représentatifs au niveau national pour les maladies multiples et les facteurs de risque.

BIBLIOGRAPHIE

1. Institute for Health Metrics and Evaluation, 2008.
2. Ties Boerma and Sally K. Stansfield, "Health Statistics Now: Are We Making the Right Investments?" *Lancet* 369, no. 9563 (2007):779–86; Christopher JL Murray, "Towards Good Practice for Health Statistics: Lessons from the Millennium Development Goal Health Indicators," *Lancet* 369, no. 9564 (2007):862–73.
3. G8 Health Experts Group, "Toyako Framework for Action on Global Health—Report of the G8 Health Experts Group, 8 July 2008," G8 Hokkaido Toyako Summit, Ministry of Foreign Affairs, Japan, http://www.g8summit.go.jp/doc/pdf/0708_09_en.pdf.
4. Christopher JL Murray, Julio Frenk and Timothy Evans, "The Global Campaign for the Health MDGs: Challenges, Opportunities, and the Imperative of Shared Learning," *Lancet* 370, no. 9592 (2007):1018–20; Michael R. Reich, Keizo Takemi, Marc J. Roberts and William C. Hsiao, "Global Action on Health Systems: A Proposal for the Toyako G8 Summit," *Lancet* 371, no. 9615 (2008):865–9.
5. Christopher JL Murray and Julio Frenk, "Health Metrics and Evaluation: Strengthening the Science," *Lancet* 371, no. 9619 (2008):1191–9.
6. Sabina Alkire, *Valuing Freedoms: Sen's Capability Approach and Poverty Reduction* (Oxford: Oxford University Press, 2002); Commission on Human Security, *Human Security Now* (New York: Commission on Human Security, 2003); Keizo Takemi, Masamine Jimba, Sumie Ishii, Yasushi Katsuma and Yasuhide Nakamura, "Human Security Approach for Global Health," *Lancet* 372, no. 9632 (2008):13–14.
7. Jonas G. Store, "Health and Human Security: Politics, Policies, and Global Institutions," in *Global Health Challenges for Human Security*, by Lincoln Chen, Jennifer Leaning and Vasant Narasimhan, eds. (Cambridge: The Global Equity Initiative, Asia Center, Faculty of Arts and Sciences, Harvard University, 2003).
8. Murray and Frenk, "Health Metrics and Evaluation."
9. Boerma and Stansfield, "Health Statistics Now."
10. Boerma and Stansfield, "Health Statistics Now"; Alan D. Lopez, Carla Abou-Zahr, Kenji Shibuya and Laragh Gollongly, "Keeping Count: Births, Deaths, and Causes of Death," *Lancet* 370, no. 9601 (2007):1744–6.
11. Murray, "Towards Good Practice for Health Statistics."
12. Murray, "Towards Good Practice for Health Statistics"; Christopher JL Murray, Alan D. Lopez and Suwit Wibulpolprasert, "Monitoring Global Health: Time for New Solutions," *BMJ* 329, no. 7474 (2004):1096–1100.
13. Daniel Chandramohan, Kenji Shibuya, Philip Setel, Sandy Cairncross, Alan D. Lopez, Christopher JL Murray, et al., "Should Data from Demographic Surveillance Systems Be Made More Widely Available to Researchers?" *PLoS Medicine* 5, no. 2 (2007):e57.
14. Christopher JL Murray, Thomas Laakso, Kenji Shibuya, Kenneth Hill and Alan D. Lopez, "Can We Achieve Millennium Development Goal 4? New Analysis of Country Trends and Forecasts of Under-5 Mortality to 2015," *Lancet* 370, no. 9592 (2007):1040–54; Tessa Wardlaw, "New Estimates of Global Under-5 Mortality," *Lancet* 370, no. 9596 (2007):1413–4.
15. Ties Boerma, Ed Bos, Veronica Walford, Jennifer Bryce and Carla Abou-Zahr, "A Common Framework for Monitoring Performance and Evaluation of the Scale-Up for Better Health, February 2008," International Health Partnership, http://www.internationalhealthpartnership.net/pdf/IHP_Monitoring_and_Evaluation_EN_FINAL_%20June_2008.pdf.
16. Stephen S. Lim, David B. Stein, Alexandra Charrow, and Christopher JL Murray, "Tracking Progress towards Universal Childhood Immunisation and the Impact of Global Initiatives: A Systematic Analysis of Three-Dose Diphtheria, Tetanus, and Pertussis Immunisation Coverage," *Lancet* 372, no. 9655.

Action mondiale en faveur du renforcement des systèmes de santé

17. Chandramohan, Shibuya, Setel, Cairncross, Lopez, Murray, et al., "Should Data from Demographic Surveillance Systems"
18. Osamu Kunii, "The Okinawa Infectious Diseases Initiative," *Trends in Parasitology* 23, no. 2 (2007):58–62.
19. G8 Health Experts Group, "Toyako Framework for Action."
20. Murray, Frenk and Evans, "Global Campaign for the Health MDGs."
21. World Health Organization, *Everybody's Business: Strengthening Health Systems to Improve Health Outcomes: WHO's Framework for Action* (Geneva: World Health Organization, 2007).
22. Christopher JL Murray and Julio Frenk, "A Framework for Assessing the Performance of Health Systems," *Bulletin of the World Health Organization* 78, no. 6 (2000):717–31.
23. Nirmala Ravishankar, Emmanuela Gakidou, Stephen Lim, Ziad Obermeyer and Christopher JL Murray, "Doris Duke Charitable Foundation PHIT Partnership Implementation Research Framework" (Seattle: Institute for Health Metrics and Evaluation, 2008).
24. Murray, Frenk and Evans, "Global Campaign for the Health MDGs."
25. Murray, Laakso, Shibuya, Hill and Lopez, "Can We Achieve MDG 4?"
26. The Lancet, "A New Institute for Global Health Evaluations," *Lancet* 369, no. 9577 (2007):1902.
27. Murray and Frenk, "Health Metrics and Evaluation"; Health Metrics Network and World Health Organization, "Framework and Standards for Country Health Information Systems" (Geneva: World Health Organization, 2008); Measurement and Health Information Systems, "WHO Strategy for Health Information," World Health Organization, <http://sharepoint.who.int/sites/healthinfo/Lists/MHI%20teams/DispForm.aspx?ID=12>.
28. World Health Organization, *International Statistical Classification of Diseases and Health Related Problems, 10th Revision (ICD-10)*, 2nd ed. (Geneva: World Health Organization, 2005).
29. Boerma and Stansfield, "Health Statistics Now"; Health Metrics Network and World Health Organization, "Framework and Standards."
30. Murray and Frenk, "Health Metrics and Evaluation."
31. Murray, "Towards Good Practice for Health Statistics."
32. Nirmala Ravishankar, Emmanuela Gakidou, Stephen Lim, Ziad Obermeyer and Christopher JL Murray, "Doris Duke Charitable Foundation PHIT Partnership Implementation Research Framework" (Seattle: Institute for Health Metrics and Evaluation, 2008); William D. Savedoff, Ruth Levine and Nancy Birdsall, "When Will We Ever Learn? Improving Lives through Impact Evaluation" (Washington DC: Center for Global Development, 2006).
33. Kenji Shibuya, "Decide Monitoring Strategies before Setting Targets," *Bulletin of the World Health Organization* 85, no. 6 (2007):423.
34. John J. Kirton, Nikolai Roudev and Laura Sunderland, "Making G8 Leaders Deliver: An Analysis of Compliance and Health Commitments, 1996-2006," *Bulletin of the World Health Organization* 85, no. 3 (2007):192–9.
35. John J. Kirton, "The G8 and Global Health Governance: The Case for a 2006 Eurasian HIV/AIDS Initiative" (paper prepared for the International Parliamentary Conference in Conjunction with Russia's G8 Presidency on HIV/AIDS in Eurasia and the Role of the G8, on behalf of the G8 Research Group, University of Toronto, 2006), http://www.g8.utoronto.ca/scholar/kirton2006/kirton_health_060609.pdf.
36. G8 Health Experts Group, "Toyako Framework for Action"; Reich, Takemi, Roberts and Hsiao, "Global Action on Health Systems."
37. Kirton, Roudev and Sunderland, "Making G8 Leaders Deliver."
38. G8 Health Experts Group, "Toyako Framework for Action."
39. Ronald Labonte and Ted Schrecker, "Foreign Policy Matters: A Normative View of the G8 and

- Population Health," *Bulletin of the World Health Organization* 85, no. 3 (2007):185–91; Justin McCurry, "G8 Meeting Disappoints on Global Health," *Lancet* 372, no. 9634 (2008):191–4.
40. John Kirton, Ella Kokotsis, Vanessa Corlazzoli, Mike Varey, Aaron Rath and Laura Sunderland, "Gleneagles Final Compliance Report" (report prepared by the G8 Research Group, University of Toronto, 2005). (<http://www.g8.utoronto.ca/2005g8compliance060612c.pdf>)
 41. Kirton, "The G8 and Global Health Governance."
 42. Prasanta Mahapatra, Kenji Shibuya, Alan D. Lopez, Francesca Coullare, Francis C. Notzon, Chalapati Rao, et al., "Civil Registration Systems and Vital Statistics: Successes and Missed Opportunities," *Lancet* 370, no. 9599 (2007):1653–63.
 43. Lopez, Abou-Zahr, Shibuya and Gollogly, "Keeping Count."
 44. Health Metrics Network, HMN countries site, <http://www.who.int/healthmetrics/library/countries/en/index.html>.
 45. Dean T. Jamison, Julio Frenk and Felicia Knaul, "International Collective Action in Health: Objectives, Functions, and Rationale," *Lancet* 351, no. 9101 (1998):514–7.
 46. William D. Savedoff and Ruth Levine, "Learning from Development: The Case for an International Council to Catalyze Independent Impact Evaluations of Social Sector Interventions" (Washington DC: Center for Global Development, 2006).
 47. Boerma and Stansfield, "Health Statistics Now."
 48. Savedoff, Levine and Birdsall, "When Will We Ever Learn?"; Savedoff and Levine, "Learning from Development."
 49. Murray, "Towards Good Practice for Health Statistics"; Shibuya, "Decide Monitoring Strategies."
 50. Murray, "Towards Good Practice for Health Statistics"; International Monetary Fund, "Data Quality Assessment Framework (DQAF), 2003," <http://dsbb.imf.org/Applications/web/dqrs/dqrsdqaf/>.
 51. Child Mortality Coordination Group, "Tracking Progress Towards the Millennium Development Goals: Reaching Consensus on Child Mortality Levels and Trends," *Bulletin of the World Health Organization*, 84, no. 3 (2006):225–32.
 52. Murray, Laakso, Shibuya, Hill and Lopez, "Can We Achieve MDG 4?"; Wardlaw, "New Estimates."
 53. Inter-Agency Coordination Group on Child Mortality Estimation, "Report of the Inter-Agency Coordination Group on Child Mortality Estimation, 6–7 March 2008," World Health Organization, <http://www.who.int/whosis/mort/20080306event/en/> (<http://www.who.int/whosis/mort/20080306mtgReport.pdf>).
 54. World Health Organization, *Regulations Regarding Nomenclature, 1967*, World Health Organization, <http://www.who.int/entity/classifications/icd/docs/en/NOMREGS.pdf>.
 55. World Health Organization, *International Health Regulations, 2005* (Geneva: World Health Organization, 2005), http://www.who.int/entity/csr/ihr/wha_58_3/en/index.html.
 56. Mahapatra, Shibuya, Lopez, Coullare, Notzon, Rao, et al., "Civil Registration Systems."
 57. World Health Organization, *WHO Mortality Database*, World Health Organization, <http://www.who.int/whosis/mort/en/>.
 58. Ties Boerma and Carla Abou-Zahr, "Monitoring Global Health: Bottom Up Approach Is More Likely to Be Successful," *BMJ* 330, no. 7484 (2005):195–6.
 59. G8 Health Experts Group, "Toyako Framework for Action."
 60. Amir Attaran, "An Immeasurable Crisis? A Criticism of the Millennium Development Goals and Why They Cannot Be Measured," *PLoS Medicine* 2, no. 10 (2005):e318.
 61. Murray, "Towards Good Practice for Health Statistics"; "Millennium Development Goals Indicators: The Official United Nations Site for the MDG Indicators," United Nations Statistics Division, <http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Default.aspx>.

Action mondiale en faveur du renforcement des systèmes de santé

62. Murray, "Towards Good Practice for Health Statistics."
63. Chandramohan, Shibuya, Setel, Cairncross, Lopez, Murray, et al., "Should Data from Demographic Surveillance Systems."
64. Ibid.
65. Ibid.
66. Boerma and Stansfield, "Health Statistics Now."
67. The Lancet, "New Institute for Global Health Evaluations."
68. Boerma and Stansfield, "Health Statistics Now."
69. Saba Moussavi, Somnath Chatterji, Emese Verdes, Ajay Tandon, Vikram Patel and Bedirhan Ustun, "Depression, Chronic Diseases, and Decrements in Health: Results from the World Health Surveys," *Lancet* 370, no. 9590 (2007):851–8; Ziad Obermeyer, Christopher JL Murray and Emmanuela Gakidou, "Fifty Years of Violent War Deaths from Vietnam to Bosnia: Analysis of Data from the World Health Survey Programme," *BMJ* 336, no. 7659(2008):1482–6.
70. UN Statistical Commission, "Report of Friends of the Chair Group on Health Statistics (E/CN.3/2004/4)," (New York: United Nations, 2004).
71. Boerma and Stansfield, "Health Statistics Now"; Murray, "Towards Good Practice for Health Statistics"; Bulletin of the World Health Organization, "The Usual Words of Caution," *Bulletin of the World Health Organization* 86, no. 3 (2008):162.
72. Murray and Frenk, "Health Metrics and Evaluation."
73. Lopez, Abou-Zahr, Shibuya and Gollogly, "Keeping Count"; Philip W. Setel, Sarah B. Macfarlane, Simon Szreter, Lene Mikkelsen, Prabhat Jha, Susan Stout, et al., "A Scandal of Invisibility: Making Everyone Count by Counting Everyone," *Lancet* 370, no. 9598 (2007):1569–77.
74. Carla Abou-Zahr, John Clelan, Francesca Coullare, Sarah B. Macfarlane, Francis C. Notzon, Philip Setel, et al., "The Way Forward," *Lancet* 370, no. 9601 (2007):1791–9.
75. Murray and Frenk, "Health Metrics and Evaluation"; Shibuya, "Decide Monitoring Strategies"; Rafael Lozano, Patricia Soliz, Emmanuela Gakidou, Jesse Abbott-Klafter, Dennis M. Feehan, Cecilia Vidal, et al., "Benchmarking of Performance of Mexican States with Effective Coverage," *Lancet* 368, no. 9548 (2006):1729–41.
76. Boerma, Bos, Walford, Bryce and Abou-Zahr, "A Common Framework for Monitoring"; The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria (Global Fund), "The Five Year Evaluation of the Global Fund," Global Fund, <http://www.theglobalfund.org/en/terg/evaluations/5year/?lang=en>.
77. Ravishankar, Gakidou, Lim, Obermeyer and Murray, "PHIT Partnership Implementation Research Framework"; Savedoff, Levine and Birdsall, "When Will We Ever Learn?"
78. Boerma, Bos, Walford, Bryce and Abou-Zahr, "A Common Framework."
79. Murray, Frenk and Evans, "Global Campaign for the Health MDGs."
80. Murray, Lopez and Wibulpolprasert, "Monitoring Global Health"; Kenji Shibuya, Suzanne Scheele and Ties Boerma, "Health Statistics: Time to Get Serious," *Bulletin of the World Health Organization* 83, no. 10 (2005):722.
81. Reich, Takemi, Roberts and Hsiao, "Global Action on Health Systems"; Boerma, Bos, Walford, Bryce and Abou-Zahr, "A Common Framework"; World Health Organization, *Everybody's Business*; Murray and Frenk, "A Framework for Assessing"; Ravishankar, Gakidou, Lim, Obermeyer and Murray, "PHIT Partnership Implementation Research Framework."
82. Murray and Frenk, "Health Metrics and Evaluation"; Lozano, Soliz, Gakidou, Abbott-Klafter, Feehan, Vidal, et al., "Benchmarking of Performance of Mexican States"; Health Metrics Network, "Health Systems Metrics: Report of a Technical Meeting, Glion, Switzerland, 28-29 September 2006," Health Metrics Network, http://www.who.int/healthinfo/health_system_metrics_glion_report.pdf.

83. Murray, Frenk and Evans, "Global Campaign for the Health MDGs."
84. Ibid.
85. Murray and Frenk, "Health Metrics and Evaluation."
86. Lozano, Soliz, Gakidou, Abbott-Klafter, Feehan, Vidal, et al., "Benchmarking of Performance of Mexican States"; Bakhuti Shengelia, Ajay Tandon, Orville B. Adams and Christopher JL Murray, "Access, Utilization, Quality, and Effective Coverage: An Integrated Conceptual Framework and Measurement Strategy," *Social Science and Medicine* 61, no. 1 (2005):97–109.
87. World Health Organization, *World Health Report 2008: Primary Health Care Now More Than Ever* (Geneva: World Health Organization, 2008).
88. MDG Africa Steering Group, "Achieving the Millennium Development Goals in Africa," http://www.mdgafrica.org/achieving_mdg.html.
89. Ravindra P. Rannan-Eliya, "Strengthening Health Financing in Partner Developing Countries," in this volume, 2008.
90. Savedoff, Levine and Birdsall, "When Will We Ever Learn?"
91. Kenji Shibuya, "Conditional Cash Transfer: A Magic Bullet for Health?" *Lancet* 371, no. 9615 (2008):789–91.
92. Savedoff, Levine and Birdsall, "When Will We Ever Learn?"

GROUPE DE TRAVAIL SUR L'ACTION MONDIALE
EN FAVEUR DU RENFORCEMENT DES SYSTÈMES
DE SANTÉ

Équipe de recherche sur les informations sanitaires

Director:

Kenji SHIBUYA Professor, Graduate School of Medicine,
University of Tokyo

Special Advisor:

Christopher J. L. MURRAY Director, Institute for Health Metrics and
Evaluation, University of Washington, USA

Reviewers:

Ties BOERMA Director, Health Statistics and Information, World
Health Organization

Alan LOPEZ Head, School of Population Health, University of
Queensland, Australia

Osman Alimamy SANKOH Executive Director, INDEPTH Network, Ghana

Annexes

Annexe 1

ARRIÈRE-PLAN DU GROUPE DE TRAVAIL SUR LES DÉFIS EN MATIÈRE DE SANTÉ DANS LE MONDE ET CONTRIBUTIONS DU JAPON

Un groupe de travail sur les Défis en matière de santé dans le monde et les contributions du Japon (appelé de manière informelle le « Groupe de travail Takemi ») a été lancé en septembre 2007 afin de se pencher sur la santé mondiale dans le contexte de la sécurité humaine, un pilier de la politique étrangère du Japon, alors que le Japon se préparait à accueillir la quatrième Conférence internationale de Tokyo sur le développement de l'Afrique (TICAD IV) et le Sommet du G8 à Toyako (Hokkaido) au printemps et à l'été de l'année 2008. Le Centre japonais des échanges internationaux (JCIE) a facilité le lancement de ce groupe et a assuré la fonction de secrétariat.

Lors du Sommet du G8 d'Hokkaido-Toyako, les dirigeants mondiaux ont proposé le Cadre commun du G8 de Toyako pour l'action en matière de santé dans le monde, un cadre destiné à renforcer les systèmes de santé dans le monde, mais plus particulièrement dans les pays en développement. Toutefois, afin que les divers acteurs de la santé mondiale se rejoignent afin de créer un cadre commun, les parties prenantes dans le domaine de la santé mondiale doivent élaborer une compréhension commune de ce que signifie un « système de santé » et un programme partagé pour mettre en place son architecture. L'élan grandissant chez les principaux acteurs japonais de la santé mondiale visant à commencer à traiter ces questions s'est traduit par la formation, en septembre 2008, d'un groupe de travail sur « l'Action mondiale en faveur du renforcement des systèmes de santé » dans le cadre du Groupe de travail Takemi.

La première phase des activités du Groupe de travail a consisté à assurer que la santé mondiale et la sécurité humaine continuent à figurer en bonne place à l'ordre du jour du Sommet de Hokkaido-Toyako. Durant cette phase, ses membres ont mené des visites sur site afin de mieux connaître les défis et comprendre ce à quoi sont confrontés les pays en développement s'agissant d'améliorer la santé et les solutions qu'ils ont trouvés pour s'attaquer à ces défis. Dans le cadre d'un processus intense de recherche et de dialogue, les membres

Action mondiale en faveur du renforcement des systèmes de santé

du Groupe de travail ont élaboré des principes directeurs à l'intention du gouvernement japonais en sa qualité d'hôte du Sommet. Ces principes ont fait l'objet de discussions à Genève, Washington et New York, ainsi que dans le cadre d'une grande conférence à Tokyo. Le Groupe de travail a également discuté en profondeur avec des personnes clés au sein des ministères du gouvernement et le cabinet du Premier ministre qui travaillaient sur l'élaboration de l'ordre du jour du Sommet.

La sécurité humaine, qui a gagné en importance au point de devenir un pilier central des affaires étrangères du Japon, a offert un cadre utile à l'exploration de santé mondiale par le groupe de travail. Approche fondée sur la demande qui tente de traiter les défis interdépendants qui menacent les vies, modes de vie et la dignité des individus et collectivités dans le monde entier, la sécurité humaine semblait être un cadre naturel pour les questions de santé, qui touchent au cœur même de l'existence humaine.

Le Groupe de travail, qui est dirigé par M. Keizo Takemi, ancien vice-ministre principal de la Santé, du Travail et des Affaires sociales, est unique au Japon dans la mesure où il adopte une approche participative afin d'influer sur l'ordre du jour du Sommet. Le Groupe de travail proprement dit est composé de représentants des trois ministères compétents (affaires étrangères ; santé ; travail et affaires sociales ; et finances), des agences gouvernementales d'aide, des universitaires et des ONG. Réunir des représentants des trois ministères afin d'avoir des discussions substantielles est déjà un événement rare au Japon, sans parler d'y associer des représentants d'autres secteurs afin de prendre part au dialogue sur un pied d'égalité. Les discussions ultérieures avec des experts et praticiens du monde entier ont contribué à rendre ce dialogue encore plus mondial et inclusif.

Le Cadre commun du G8 de Toyako pour l'action en matière de santé dans le monde prouve que les pays du G8 prennent encore au sérieux les engagements qu'ils ont pris en vue d'améliorer la santé des individus et collectivités dans le monde. Ce cadre a mis en avant le renforcement des systèmes de santé afin de compléter les programmes cruciaux spécifiques à une maladie qui sauvent d'ores et déjà un nombre incalculable de vies. Le Groupe de travail Takemi a choisi d'explorer les moyens de mettre en œuvre ce cadre commun en examinant en profondeur les trois points d'entrée qui ont été proposés lors du Sommet : le personnel de santé, le suivi et l'évaluation des systèmes de santé, et le financement de la santé. Le Groupe de travail Takemi explore également la question globale qui touche à la mise en place de systèmes de santé intégrés capables de répondre aux défis de fournir des soins de santé primaires tout en s'attaquant aussi aux maladies individuelles, afin de réaliser les Objectifs du Millénaire pour

le développement, et en définitive améliorer la santé et la sécurité humaine des personnes dans le monde. Les articles présentés dans le présent volume sont le résultat de la première étape de cette exploration.

Dans le cadre du suivi du Sommet du G8, le Groupe Takemi a été réorganisé afin de poursuivre quatre objectifs primordiaux. Le premier consiste à identifier des activités concrètes destinées au renforcement des systèmes de santé sur la base du Cadre commun du G8 de Toyako pour l'action en matière de santé dans le monde. Le second est d'assurer que la dynamique au plan politique en faveur du renforcement des systèmes de santé qui a été lancée au cours de l'année passée sous la conduite du Japon se traduise par une action concrète et de garantir la continuité du processus d'avancée vers le Sommet du G8 en 2009, qui se tiendra en Italie, et au-delà. Troisièmement, le présent projet vise à identifier les voies qui permettraient aux nombreux acteurs dans ce domaine de trouver un consensus sur les actions concrètes à prendre pour renforcer les systèmes de santé et développer des partenariats en vue de leur mise en œuvre conjointe. Enfin, le projet vise à explorer les manières dont le G8 lui-même pourrait jouer un rôle catalytique au niveau de la conception des politiques en matière de santé mondiale. Pour toutes ces activités, le Groupe de travail Takemi joue un rôle moteur en opérant une synthèse des initiatives existantes en faveur du renforcement des systèmes de santé dans le monde dans les limites du cadre de la sécurité humaine.

Un groupe de travail de vingt-deux experts mondiaux issus de secteurs divers dans le monde a été lancé en septembre 2008 afin d'explorer plus avant les trois éléments constitutifs et soumettre des principes directeurs, conseillés par un conseil consultatif international composé des meilleurs sommités et praticiens internationaux de ce domaine complexe. Trois équipes de recherche ont été créées au sein du groupe de travail, une pour chacun des points d'entrée mentionnés ci-dessus. Chaque équipe de recherche a été chargée de préparer des documents directifs concis axés sur l'action, qui ont été discutés lors d'un atelier qui s'est tenu le 4 octobre et d'une grande conférence internationale organisée à Tokyo les 3 et 4 novembre sur l'Action mondiale en faveur du renforcement des systèmes de santé. La participation de plusieurs grands experts dans ce domaine issus de toute une diversité d'organisations et secteurs est venue enrichir les débats qui ont eu lieu dans le cadre de ces deux manifestations. Le résultat de cet intense processus de recherche et de dialogue a été soumis, tel que contenu dans le présent rapport, au gouvernement japonais en janvier 2009, lequel a en retour présenté le document et ses recommandations au gouvernement italien.

Action mondiale en faveur du renforcement des systèmes de santé

Le JCIE et le Groupe de travail Takemi travaillent en collaboration avec le gouvernement du Japon (ministères des Affaires étrangères ; de la Santé, du Travail et des Affaires sociales ; et de la Finance) ; la Fondation Bill & Melinda Gates ; la Fondation Rockefeller ; l'Organisation mondiale de la Santé ; la Banque mondiale, le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme ; et autres parties prenantes.

Annexe 2

GRUPE DE TRAVAIL SUR « LES DÉFIS EN MATIÈRE DE SANTÉ DANS LE MONDE ET CONTRIBUTIONS DU JAPON »

Liste des membres

Chair:

Keizo TAKEMI Research Fellow, Harvard School of Public Health;
Senior Fellow, Japan Center for International
Exchange (JCIE)

Director:

Tadashi YAMAMOTO President, JCIE

(alphabetical order)

Kazushi HASHIMOTO Executive Director, Japan Bank for International
Cooperation

Masami ISHII Executive Board Member, Japan Medical Association
Sumie ISHII Managing Director and Executive Secretary, Japanese
Organization for International Cooperation in Family
Planning (JOICFP)

Masamine JIMBA Professor, Department of International Community
Health, Graduate School of Medicine, University of
Tokyo

Yasushi KATSUMA Professor, Waseda University Graduate School of
Asia-Pacific Studies

Kiyoshi KUROKAWA Professor, National Graduate Institute for Policy
Studies (GRIPS); Chairman, Health Policy Institute,
Japan

Daikichi MONMA Deputy Director-General, International Bureau,
Ministry of Finance

Taro MURAKI Assistant Minister for International Affairs, Ministry
of Health, Labour and Welfare

Action mondiale en faveur du renforcement des systèmes de santé

Yasuhide NAKAMURA	Professor, Department of International Collaboration, Graduate School of Human Sciences, Osaka University
Yohei SASAKAWA	Chairman, Nippon Foundation
Takehiko SASAZUKI	President Emeritus, International Medical Center of Japan
Takashi TANIGUCHI	Assistant Minister for Technical Affairs, Minister's Secretariat, Ministry of Health, Labor and Welfare
Shinsuke SUGIYAMA	Director-General for Global Issues, Ministry of Foreign Affairs
Yoshihisa UEDA	Vice President, Japan International Cooperation Agency

En date du 1er janvier 2009

Annexe 3

ACTION MONDIALE EN FAVEUR DU RENFORCEMENT DES SYSTÈMES DE SANTÉ

Conseil consultatif international

Uche AMAZIGO	Director of the African Programme for Onchocerciasis Control (APOC), World Health Organization (WHO), Burkina Faso
Lincoln CHEN	President of the China Medical Board, USA
David DE FERRANTI	Executive Director, Global Health Initiative, Brookings Institution, USA
Julio FRENK	Executive President, Carso Health Institute, Mexico
Yan GUO	Professor in Health Policy & Management, School of Public Health, Peking University, China
Richard HORTON	Editor-in-chief, <i>Lancet</i> , UK
William HSIAO	K. T. Li Professor of Economics, Harvard School of Public Health, USA
Jim Young KIM	Director of the François-Xavier Bagnoud Center for Health and Human Rights (FXB), Harvard School of Public Health, USA
Eduardo MISSONI	Adjunct Professor, Centre for Health Care Research (CERGAS), SDA Bocconi Postgraduate School of Management and Department of Institutional Analysis and Public Management, University Luigi Bocconi, Italy
Sigrun MØGEDAL	Ambassador for HIV/AIDS, Ministry of Foreign Affairs, Norway
Shigeru OMI	Regional Director, WHO, Regional Office for the Western Pacific, Philippines
Peter PIOT	Executive Director, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS), Switzerland

Action mondiale en faveur du renforcement des systèmes de santé

Sujata RAO	Additional Secretary and Director General, National AIDS Control Organisation (NACO), India
Miriam WERE	Laureate, Hideyo Noguchi Africa Prize; Chairperson of the National AIDS Control Council (NACC), Kenya
Suwit WIBULPOLPRASERT	Senior Advisor, Ministry of Public Health, Thailand

Annexe 4

GROUPE DE TRAVAIL SUR L'ACTION MONDIALE EN FAVEUR DU RENFORCEMENT DES SYSTÈMES DE SANTÉ

Liste des membres

Director

Keizo TAKEMI Research Fellow, Harvard School of Public Health;
Senior Fellow, JCIE

Overview Co-authors

Keizo TAKEMI
Michael REICH Taro Takemi Professor of International Health
Policy, Harvard School of Public Health, USA

Literature Review

Yasushi KATSUMA Associate Professor, Waseda University Graduate
School of Asia-Pacific Studies, Japan
Tamotsu NAKASA Director, Expert Service Division, Bureau of
International Cooperation, International Medical
Center of Japan
Yasuhide NAKAMURA Professor, Department of International
Collaboration, Graduate School of Human
Sciences, Osaka University, Japan

Research Teams

Health Information

Director:

Kenji SHIBUYA Professor, Graduate School of Medicine, University
of Tokyo

Action mondiale en faveur du renforcement des systèmes de santé

Special Advisor:

Christopher J. L. MURRAY Director, Institute for Health Metrics and Evaluation, University of Washington, USA

Reviewers:

Ties BOERMA Director, WHO
Alan LOPEZ Head, School of Population Health, University of Queensland, Australia
Osman Alimamy SANKOH Executive Director, INDEPTH Network, Ghana

Health Financing

Director:

Ravindra RANNAN-ELIYA Director and Fellow, Institute for Health Policy, Sri Lanka

Special Advisor:

William HSIAO K. T. Li Professor of Economics, Harvard School of Public Health, USA

Reviewers:

Amanda GLASSMAN Lead Health and Social Protection Specialist, Inter-American Development Bank
Adam WAGSTAFF Lead Economist (Health), Development Research Group (Human Development & Public Services Team); Human Development Unit, East Asia and Pacific Region, World Bank
Bong-min YANG Professor of Economics, School of Public Health, Seoul National University, Korea

Health Workforce

Director:

Masamine JIMBA Professor, Department of International Community Health, Graduate School of Medicine, University of Tokyo

Special Advisor:

Lincoln CHEN President of the China Medical Board, USA

Reviewers:

Thomas BOSSERT	Director, International Health Systems Program, Harvard School of Public Health, USA
Lora DARE	Chief Executive Officer, Center for Health Sciences Training, Research and Development (CHESTRAD), Nigeria
Timothy EVANS	Assistant Director-General for Information, Evidence and Research, WHO
Edward MILLS	Research Scientist, British Columbia Centre for Excellence in HIV/AIDS, Canada
Meghan REIDY	Harvard School of Public Health, USA
Suwit WIBULPOLPRASERT	Senior Advisor, Ministry of Public Health, Thailand

REMERCIEMENTS

Keizo Takemi et Tadashi Yamamoto aimeraient remercier l'ensemble des membres du groupe de travail ayant travaillé sur le présent projet, y compris les auteurs, le Conseil consultatif international, les conseillers spéciaux et les réviseurs pour le travail immense qu'ils ont su accomplir malgré un calendrier serré ; les membres du Groupe de travail Takemi pour leur engagement de tous les instants ; les participants à l'atelier d'octobre et à la conférence de novembre pour leurs apports substantiels aux articles ; ainsi que divers collègues dans le monde entier qui ont pris le temps d'apporter leur éclairage et de faire remonter des informations tout au long de ce processus. Nous aimerions également remercier Susan Hubbard du JCIE-États-Unis, Tomoko Suzuki et autres membres du personnel du JCIE pour le soutien qu'elles et ils ont apporté à la gestion du projet et à la préparation du présent rapport. Nous sommes reconnaissants de la généreuse aide financière que nous avons reçue de la part de la Fondation Bill & Melinda Gates ; de la Fondation Rockefeller et du gouvernement du Japon, sans laquelle nous n'aurions pas été en mesure de conduire les activités qui ont permis de publier le présent rapport.

Des versions antérieures des articles figurant dans le présent volume ont été publiés le 15 janvier 2009 dans le *Lancet*, la revue qui fait autorité dans le monde en matière de santé mondiale.* Les avis présentés dans le présent rapport sont exprimés à titre personnel par les auteurs individuels et ne représentent pas nécessairement les vues des institutions auxquelles ils appartiennent, du JCIE, du Groupe de travail Takemi, du G8 ou du gouvernement du Japon.

* Michael R. Reich and Keizo Takemi, "G8 and Strengthening of Health Systems: Follow-Up to the Toyako Summit." *Lancet* 2008; published online January 15. DOI:10.1016/S0140-6736(08)61899-1.