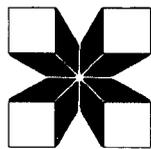


**IDRC
CRDI**



C A N A D A

International
Development
Research Centre

Centre de
recherches pour
le développement
international



World Bank
Banque mondiale



WORLD HEALTH

ARCHIV
613:341.232
I 3F

**Futur partenariat pour accélérer
l'amélioration de la santé**

Rapport de la conférence

**18-20 octobre 1993
Ottawa, Canada**

**Future Partnership for the
Acceleration of Health Development**

Report of a Conference

**18-20 October 1993
Ottawa, Canada**

Futur partenariat pour accélérer l'amélioration de la santé

***Rapport d'une conférence tenue à Ottawa (Canada)
du 18 au 20 octobre 1993***



***et parrainée par le Centre de recherches pour le développement
international,***

la Banque mondiale et l'Organisation mondiale de la santé

This report is also available in English.

ARCHIV
613:341.23
I 3F

Futur partenariat pour accélérer l'amélioration de la santé

Table des matières

Sommaire 1

Conclusions générales 2

Éléments d'intervention 3

Création de compétences pour la réforme des politiques de la santé 6

De quelles compétences s'agit-il? 6

Comment peut-on établir des partenariats? 7

Intérêt et contribution de la recherche en santé 10

Champ d'application 10

Établissement de priorités 10

Échelons communautaire, national et mondial 11

Intégration et coordination 12

Augmentation et réorientation des investissements 13

Augmentation et réorientation des investissements 15

Principes, enjeux et conclusions 15

Annexes

A. Participants à la conférence

B. Documents de travail commandés

B.1 Développement des capacités pour la réforme des systèmes de santé

B.2 Renforcement de la contribution de la recherche en santé

B.3 Pour une augmentation et une réorientation de l'aide extérieure à la santé

Sommaire

Plus de 150 représentants des pays en développement, des organismes d'aide multilatérale et bilatérale au développement et de fondations et autres organismes internationaux se rencontraient à Ottawa, au Canada, du 18 au 20 octobre 1993 pour promouvoir et rendre plus efficaces les partenariats qui se forment en vue de l'amélioration de la santé dans le monde en développement. Parrainée conjointement par le Centre de recherches pour le développement international (CRDI) du Canada, la Banque mondiale et l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et s'appuyant sur le *Rapport sur le développement dans le monde 1993 : Investir dans la santé*, document qui a suscité un intérêt considérable chez les décideurs, dans les organismes de développement et dans les milieux de la recherche, cette conférence sur un *futur partenariat pour accélérer l'amélioration de la santé* visait à examiner les faiblesses des programmes nationaux et internationaux de développement sanitaire équitable dans les pays du Tiers-Monde et à convenir de mesures pratiques d'augmentation du champ d'application et de l'efficacité des partenariats et des investissements en santé.

En prenant pour point de départ le *Rapport sur le développement dans le monde 1993*, les participants ont analysé trois problèmes liés et se sont demandé comment on pouvait, dans des partenariats d'amélioration équitable de la santé :

- créer des compétences ou des capacités dans les pays en développement pour une réforme des politiques de la santé devant soutenir un développement sanitaire durable;
- renforcer l'intérêt, la coordination et la contribution de la recherche en santé pour une réforme sanitaire dans les pays en développement;
- augmenter, réorienter et améliorer les investissements d'amélioration de la santé.

Un souci commun à ces trois thèmes était de s'assurer que l'on exploite les ressources sanitaires, tant nationales qu'internationales, de sorte que le secteur de la santé réussisse mieux :

- à rendre les services de santé accessibles et équitables;
- à répondre aux besoins des populations;
- à répartir les ressources avec efficacité et efficience;

- à faire participer les populations servies et à rendre des comptes à celles-ci;
- à ménager une durabilité à long terme.

En adoptant de tels principes directeurs pour une réforme équitable de la santé, on optimiserait le progrès sanitaire des 5 milliards de gens qui habitent les pays en développement, et plus particulièrement des pauvres dont le nombre dépasse le milliard.

La conférence s'est amorcée par les mots de bienvenue de son président, Vulimiri Ramalingaswami, professeur honoraire de l'Institut panindien des sciences médicales, de Keith Bezanson, président du CRDI, de Jean-Paul Jardel, directeur général adjoint de l'OMS, et d'Armeane Choksi, vice-président à la Valorisation des ressources humaines à la Banque mondiale. Ce dernier a défini dans son allocution les principaux objectifs et thèmes de la rencontre. Ont suivi des communications et un premier examen des études expressément commandées par l'OMS, le CRDI et la Banque mondiale sur les trois thèmes de base. Les participants se sont ensuite divisés en trois groupes de travail. Les grandes conclusions et recommandations dégagées en groupe de travail ont fait l'objet d'une discussion en séance plénière à la fin de la deuxième journée. On a synthétisé les recommandations dans un rapport provisoire et on les a étudiées, révisées et entérinées le dernier jour.

Conclusions générales

La conférence visait à faire voir les principes généraux qui devraient nous guider dans notre cheminement depuis la parution du Rapport sur le développement dans le monde 1993 (RDM 1993) et a réussi à faire naître un consensus remarquable tant sur les principes en cause que sur les orientations d'ensemble :

- D'abord, on s'accordait à dire que le RDM 1993 avait créé la possibilité d'entreprendre de plus belle de renforcer et d'appuyer la réforme des politiques de la santé et un développement sanitaire soucieux d'équité. Il y a un besoin inégalé d'exploiter les perspectives découlant d'un intérêt puissant et grandissant pour une telle réforme et au Nord et au Sud, ainsi que d'une volonté croissante de susciter des partenariats en santé comme rouage clé du développement des ressources humaines. On convenait aussi qu'il était inutile de songer à des structures institutionnelles internationales importantes ou coûteuses pour aborder les questions de réforme des politiques sanitaires.

- Ensuite, on reconnaissait la nécessité de prendre des mesures immédiates pour établir et préciser le futur cheminement et, dans cette optique, de vite créer un leadership énergique avant que cette occasion ne s'évanouisse. On était d'accord pour dire que la meilleure façon d'y parvenir était de constituer sur-le-champ un ou peut-être deux groupes de travail en participation sous les auspices de l'OMS et de la Banque mondiale.
- Enfin, tous disaient qu'il n'y avait pas de formule magique, de chemin simple et rectiligne ni de solution facile. Ce qui se dégageait des travaux, c'était une affirmation de la détermination et de la concertation dans l'examen des problèmes complexes et difficiles de réforme du secteur de la santé pour un développement sanitaire équitable. On savait ne pas trop devoir compter ni insister sur une poignée de technologies privilégiées, d'interventions contre la maladie ou de slogans. On reconnaissait que la réforme comporterait des choix difficiles à arrêter de concert en vue de la réorientation des investissements à l'échelon tant national qu'international.

Éléments d'intervention

Les points qui précèdent et les éléments d'intervention que nous allons énumérer indiquent et reconnaissent qu'une démarche intégrée en ce qui concerne les trois sous-thèmes de la conférence en matière d'amélioration de la santé (création de compétences, recherches et ressources) est possible et souhaitable.

1. Comment pouvons-nous créer des compétences dans les pays en développement pour entreprendre une réforme des politiques de la santé devant soutenir un développement sanitaire durable?

On appuyait la mise en place d'un réseau de création de compétences en réforme de la santé. On convenait de la nécessité de créer sans délai un groupe de travail provisoire qui concevrait et élaborerait une proposition détaillée d'établissement d'un tel réseau. L'OMS se chargerait de constituer ce groupe en consultation avec la Banque mondiale. On proposait pour cette démarche plusieurs principes directeurs, qui figurent dans le présent rapport.

2. Comment peut-on renforcer l'intérêt, la qualité et la contribution de la recherche en santé pour une réforme sanitaire?

On convenait qu'un examen ouvert et participatif des priorités de recherche actuelles en santé internationale s'imposait à la lumière du cadre analytique présenté dans le RDM 1993, ainsi que des améliorations ou des démarches novatrices supplémentaires à mettre au point. Idéalement, on devrait mener cet exercice à bien pour le Sommet mondial pour le développement social de mars 1995. Selon la recommandation faite à la conférence qui a eu lieu à Bellagio en septembre 1993 sur le *renforcement de l'étude et de la régulation des maladies infectieuses*, l'OMS devrait fournir le secrétariat d'un tel examen *spécial*. Le présent rapport énonce plusieurs principes directeurs concernant le champ des recherches à prévoir sur ces priorités. Un groupe d'organismes subventionnaires a accepté de financer l'initiative. On reconnaît que ce bilan international aura des liens de complémentarité avec ceux qui s'établissent au niveau national (par le Conseil de la recherche en santé au service du développement (CRSD) ou la stratégie de recherche nationale essentielle en santé (RNES), par exemple). On propose en outre de s'attacher aux mécanismes de contrôle du financement national et international des travaux et des réseaux de recherche en santé à ces deux niveaux.

On s'accordait également à dire qu'il fallait un appui commun de l'essai de la conception et de la réalisation des programmes d'intervention sanitaire établis sur le plan national, des réformes des politiques de la santé et d'une coordination accrue des activités des donateurs dans 6 à 10 pays intéressés. Signalons à cet égard que l'Agence canadienne de développement international (ACDI), le CRDI, le Département de la population, de la santé et de la nutrition de la Banque mondiale, plusieurs programmes de l'OMS et d'autres organismes intéressés collaboreront à une initiative semblable comportant des estimations et des analyses de la morbidité nationale, la mise au point de programmes adaptés d'intervention hygiéniste et clinique, une collaboration avec des pays à la réalisation de ces programmes en projet pilote, et des travaux de recherche en vue de l'évaluation des démarches. On serait ainsi appelé à tirer des enseignements généraux susceptibles de s'appliquer dans d'autres pays.

3. Comment peut-on augmenter, réorienter et renforcer les investissements d'amélioration de la santé?

On doit charger un groupe de travail d'examiner les questions d'augmentation et de réorientation des investissements en développement sanitaire équitable, dont certaines sont évoquées dans le présent rapport. En consultation avec l'OMS et d'importants organismes subventionnaires, la Banque mondiale entreprendra de diriger les travaux à effectuer dans ce domaine.

Reconnaissant que les thèmes de la création de compétences, de la recherche en santé et de l'augmentation et de la réorientation des investissements sanitaires sont liés et nécessaires à la réforme des politiques de la santé, l'OMS et la Banque mondiale jugeront si les activités énumérées exigent que l'on crée des groupes de travail ou des secrétariats distincts qui travailleraient en étroite coordination ou s'il faut plutôt prévoir des structures communes.

Création de compétences pour la réforme des politiques de la santé

Pour appuyer et accélérer la réforme des politiques de la santé, on doit réaffecter les ressources aussi bien nationales qu'internationales pour remédier au manque évident de concordance entre la nécessité d'une telle réforme et la faiblesse des capacités susceptibles d'être mobilisées dans des pays se situant à divers stades de développement. Les organismes internationaux font déjà face à une forte demande en progression d'aide technique dans ce secteur.

La discussion a porté sur deux questions, celles de la nature précise des capacités à créer et des façons d'appliquer les propositions.

De quelles compétences s'agit-il?

La notion de création de compétences ou de capacités comporte trois éléments : développement des ressources humaines, développement institutionnel et création d'un milieu propice. On a examiné quatre étapes de la démarche de réforme en fonction des aspects suivants :

- élaboration d'un cadre de politiques pour le secteur de la santé;
- établissement de priorités;
- évaluation organisationnelle et constatation des possibilités de changement;
- réalisation des changements.

Les différents intervenants du processus de changement ont des besoins de formation distincts sur le plan de la gestion, de l'économie de la santé, de la compréhension du rôle des autres secteurs en matière de santé, et de l'adaptation d'outils d'établissement de priorités.

À propos des modes de création de compétences, il a été question aussi bien d'exploitation conjuguée des expériences respectives des pays que de brefs séminaires pour les hauts responsables des politiques, et de formation de base dans les disciplines techniques utiles. On pensait que la recherche nationale essentielle en santé (RNES) avait un grand rôle à jouer, surtout dans l'établissement de priorités et aussi dans la contribution à apporter aux autres

éléments des mécanismes de réforme. Il est sûr que la recherche en politiques est une fonction essentielle et fortifiante dans l'intégration d'activités améliorées d'investissement (financier) en santé et de création de compétences pour le développement sanitaire et la réforme du secteur de la santé, ainsi que de recherches d'une qualité nettement supérieure.

Dans l'évaluation organisationnelle et la réalisation des changements, on a reconnu les apports des sciences du comportement et de la gestion et des sciences politiques. De plus, on a fait ressortir l'importance de concevoir des stratégies de formation en solution de problèmes.

Comment peut-on établir des partenariats?

Des partenariats internationaux réunissant des institutions des pays en développement et des pays industrialisés aussi bien que des organismes multilatéraux pourraient renforcer les activités nationales et contribuer à augmenter les ressources consacrées aux réformes. On doit mettre en place des mécanismes organisationnels qui facilitent la concertation et le juste dosage des intérêts et des compétences. On a appuyé l'idée de la création d'un tel réseau. On chargera un groupe de travail d'élaborer une proposition détaillée d'établissement d'un réseau de création de compétences en réforme de la santé. En consultation avec la Banque mondiale, l'OMS entreprendra de constituer ce groupe.

On a proposé plusieurs principes directeurs pour les fonctions et les tâches du réseau. Il s'agit de :

- mettre l'accent sur des stratégies créatrices d'équité (y compris pour les inégalités entre les sexes);
- ménager une association dans la direction du réseau;
- rendre les pays plus capables de lancer une réforme des politiques de la santé en raffermissant, par exemple, les capacités de décision reposant sur l'information.

Le réseau aurait les fonctions suivantes :

- servir de plaque tournante pour l'amélioration du partage :
 - a) de l'information;

- b) de l'aide technique;
- c) des expériences en réforme des politiques de la santé;
- appuyer les pays dans la conception et l'exécution d'une telle réforme;
- aider à créer et à affiner des outils et des stratégies d'analyse et de réforme des politiques sanitaires et promouvoir leur utilisation.

Les institutions faisant partie du réseau, dans ses divers nœuds ou dans l'ensemble du dispositif, devraient elles aussi avoir des fonctions bien définies. Il faut pour le réseau un pivot central ou un moyeu. Aspect encore plus important, ce même réseau devrait servir de plaque tournante (mécanisme d'accès) aux pays en développement en pleine réforme de leurs politiques sanitaires, qui pourraient ainsi se voir communiquer les expériences et les soucis d'autres pays en la matière et avoir accès aux organismes du réseau pour en obtenir des renseignements, des conseils techniques ou un financement à long terme.

Pour soutenir et diriger le réseau, on pourrait mettre sur pied une initiative internationale de réforme des politiques de la santé avec l'aide d'un noyau de pays en développement et d'organismes de parrainage qui se sont engagés à fournir des ressources financières et humaines.

Ce noyau pourrait aussi jouer un rôle de guide dans l'initiative au nom d'un groupe plus important de participants, dont les institutions collaboratrices et les représentants des pays en développement, des organismes d'aide bilatérale et des autres organismes onusiens. On pourrait réunir tous ces participants en un comité consultatif mondial. Un groupe d'experts indépendants pourrait conseiller et guider les responsables de l'initiative. Les intéressés interviendraient en leur qualité individuelle de spécialistes des questions non seulement de santé publique, mais aussi de réforme des politiques de la santé.

Il faudrait prévoir un secrétariat de réseau qui faciliterait :

- les travaux de recherche-développement en vue de l'amélioration des instruments d'analyse et d'exécution en réforme des politiques;
- la mobilisation des appuis pour le renforcement des capacités nationales et institutionnelles de réforme (plus particulièrement mais non exclusivement dans les pays en développement);

- l'analyse des expériences nationales en vue de parfaire notre compréhension des questions de réforme des politiques sanitaires;
- la promotion des réformes dans les divers pays et la participation à de tels exercices.

Il importe que le noyau d'organismes subventionnaires s'entende sur la taille et les fonctions de ce secrétariat. Il faudrait à tout le moins prévoir une fonction «échange de renseignements» et poursuivre avec d'autres institutions collaboratrices les travaux de recherche-développement sur les outils méthodologiques et analytiques pouvant servir à étudier, par exemple, les taux internationaux de morbidité et la rentabilité (efficacité par rapport au coût) des interventions proposées dans le *Rapport sur le développement dans le monde 1993*. L'OMS accepte la tâche d'élaborer une proposition au sujet de la composition, du fonctionnement et des ressources nécessaires du réseau, qui sera soumise à tous les intéressés à des fins de consultation.

Intérêt et contribution de la recherche en santé

La recherche représente un apport essentiel dans la promotion de la réforme des politiques de la santé et du développement sanitaire.

Dans les pages qui suivent, nous énoncerons des principes directeurs, dégagerons les questions clés et énumérerons les principales conclusions dans ce qui représente un effort en vue de tirer le meilleur parti des possibilités créées par la diffusion du RDM 1993 pour le renforcement des initiatives en cours de recherche en santé et une accélération de l'amélioration de la santé au niveau national.

Champ d'application

- L'amélioration de la santé ne procède pas uniquement de l'évolution du secteur de la santé. Dans un programme de recherche, on doit tenir compte d'autres secteurs comme ceux de l'éducation, de l'agriculture et de la gestion de l'eau pour diriger et promouvoir le développement sanitaire.
- Des recherches s'imposent aux échelons communautaire, national et mondial.
- Pour soutenir la prise de décision, on a besoin de meilleures méthodes de recherche-bilan (évaluation rapide). Les études biomédicales, les recherches appliquées, les études en santé publique et en promotion sanitaire et la recherche qualitative, participative et communautaire sont autant de formes importantes de la recherche en santé. On doit mettre plus l'accent sur une démarche «sciences sociales et comportementales» en recherche sanitaire.

Établissement de priorités

La Commission sur la recherche en santé au service du développement (CRSD) et le RDM 1993 attirent l'attention sur le manque de concordance entre les taux internationaux de morbidité (le fardeau de la maladie écrasant le plus souvent les pays en développement), d'une part, et les

priorités de financement de la recherche en santé qui privilégient surtout l'étude des problèmes des pays industrialisés, d'autre part. La recherche en santé porte relativement peu sur les problèmes présentant le plus d'intérêt pour les habitants et les décideurs des pays en développement. On éprouve ainsi le besoin de concevoir des méthodes et des démarches d'établissement de priorités qui tiennent compte d'aspects comme la morbidité locale, les possibilités d'intervention rentable (efficacité-coût), les avantages comparatifs et les sources de financement complémentaire.

Échelons communautaire, national et mondial

- Les priorités que se fixent les collectivités en matière de santé peuvent différer de celles qui se dégagent d'une analyse de morbidité et de rentabilité des interventions. Des études sociales, culturelles et économiques relevant davantage de la micro-recherche s'imposent nettement si on veut découvrir des priorités locales.
- On doit appuyer les pays dans l'établissement de priorités de recherche nationale en santé (stratégie de recherche nationale essentielle en santé, par exemple). La communauté internationale devrait réagir aux priorités nationales en procurant des fonds qui aideront à créer des compétences de choix de priorités et d'exécution de travaux de recherche. Si les pays ont leurs propres plans de recherche nationale en santé, l'établissement des priorités des organismes subventionnaires s'en trouvera facilité.
- On ressent l'urgent besoin de revoir les priorités actuelles de la recherche internationale en santé. On devrait s'adonner à cet exercice à la lumière du cadre analytique exposé dans le RDM 1993 et des démarches supplémentaires à mettre au point. Idéalement, on devrait terminer cette révision à temps pour le Sommet mondial pour le développement social de mai 1995. Selon la recommandation de la conférence tenue à Bellagio en septembre 1993 sur le *renforcement de l'étude et de la régulation des maladies infectieuses*, l'OMS devrait fournir le secrétariat de cet examen *spécial*. Un groupe d'organismes subventionnaires a accepté de financer l'initiative. L'étude des priorités sanitaires sur le plan international aura des liens de complémentarité avec les

bilans établis au niveau national (Conseil de la recherche en santé au service du développement (CRSD), stratégie de recherche nationale essentielle en santé, etc.).

- Il devrait s'agir d'un exercice ouvert et participatif auquel seraient pleinement associés les organismes s'occupant de politiques et de recherches en santé à l'échelon national et international (plus précisément l'OMS, la Banque mondiale, le Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD), le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), la Communauté européenne et le CRSD).

Intégration et coordination

- On doit aborder globalement certains problèmes en ayant recours à divers types de recherche (études biomédicales et cliniques, recherche sur les systèmes de santé, travaux sur le terrain, études socio-économiques, etc.) pour une meilleure compréhension des déterminants complexes de la santé et des perspectives d'intervention sanitaire.
- Aujourd'hui plus que jamais auparavant, le milieu est tout à fait propice à la coordination, à la liaison et à la collaboration entre chercheurs et réseaux de recherche aux niveaux national et international.
- Des réseaux en place comme ceux des programmes spéciaux de l'OMS (programmes des maladies tropicales, de la reproduction humaine et du Groupe Puebla), du CRSD, du programme des sciences sociales en médecine, du projet des partenariats universitaires (Réseau d'établissements d'enseignement à orientation communautaire pour les sciences de la santé) et du programme international d'épidémiologie clinique (International Clinical Epidemiology Network ou INCLEN) pourraient mieux appuyer les activités de recherche nationales et internationales, tout en soutenant les stratégies de recherche nationale essentielle en santé dans l'établissement des priorités nationales.

- Il faut apporter une aide aux études sur les mécanismes de fixation de priorités pour le programme mondial. On devrait y associer d'autres organismes et établir de solides relations avec le CRSD. Ce faisant, on devrait aussi renforcer des organes de coordination comme ce même CRSD. Des pays pourraient organiser des tables rondes d'organismes donateurs pour le soutien à prêter aux programmes nationaux de recherche et au raffermissement des capacités de recherche. Ces tables rondes devraient être liées aux mécanismes plus larges de coordination des interventions des pays subventionnaires au niveau national.
- La coordination pourrait consister à tout le moins en échanges de renseignements, d'où la possibilité de constater les lacunes ou les éléments inutiles de double emploi et d'en venir un jour à une collaboration et à une coordination en règle. La coordination pourrait aussi jouer un grand rôle dans l'intégration intersectorielle de la recherche.

Augmentation et réorientation des investissements

Nous devons aider :

- à promouvoir dans les pays une élaboration de politiques publiques saines qui reposent davantage sur la recherche ou l'information;
- à mieux équilibrer les fonds qui vont à la recherche sur les problèmes actuels du Nord et du Sud, tout en reconnaissant le besoin d'aborder les problèmes créés par les transitions qui s'opèrent maintenant dans le domaine de la santé;
- à mobiliser les ressources nationales pour l'application des priorités de recherche des pays (nous devons en outre pleinement reconnaître les apports «en nature» des pays bénéficiaires à leurs propres travaux de recherche prioritaires);
- à surveiller les mouvements nationaux et internationaux de fonds destinés aux activités de recherche et d'établissement de réseaux de recherche en santé à ces deux échelons.

Augmentation et réorientation des investissements

Principes, enjeux et conclusions

- L'amélioration de la mobilisation et de l'affectation des ressources ainsi que des politiques au niveau national est primordiale dans le développement sanitaire. L'aide extérieure n'en conserve pas moins un important rôle de catalyseur dans la réforme des politiques de la santé.
- Souvent, cette aide n'a pas mené à l'élaboration de politiques sanitaires équitables et soucieuses de l'égalité des deux sexes et n'a pas suffisamment mis l'accent non plus sur le soutien de la création de capacités institutionnelles en matière de réforme des politiques de la santé et de développement sanitaire durable. On doit substituer à des démarches techniques, épidémiologiques et économiques étroites une démarche plus ample qui reconnaît la complexité des institutions et des systèmes de santé.
- On se doit d'améliorer l'affectation des ressources tant intérieures qu'extérieures. On devrait mettre au point au niveau national des programmes de services cliniques et d'intervention hautement rentables (efficacité-coût) en santé publique au niveau national et leur assurer des fonds publics et internationaux avant de consentir de nouveaux investissements publics dans des services moins rentables. On pourrait recourir à un financement privé et à des régimes de recouvrement des frais pour financer d'autres services cliniques. Règle générale, les partenaires du développement devraient s'efforcer de promouvoir l'équité et le rendement des investissements publics et d'accélérer la prestation de services de base à tous, tout en restreignant la croissance des services spécialisés à financement public qui sont avant tout destinés aux nantis de ce monde.
- Les milieux donateurs doivent examiner les façons de mieux mettre l'aide extérieure au service des réformes. Il faut pour cela des engagements à plus long terme et des mécanismes plus souples et

plus coopératifs reposant sur des objectifs et des priorités convenus. Les interventions des donateurs devraient être plus axées sur les programmes et mieux épouser les priorités nationales.

- Les organismes subventionnaires et les ministères de la santé doivent améliorer leur capacité de négocier un financement accru de la santé en s'appuyant sur le puissant argument du rôle de la santé dans la promotion du bien-être et de la croissance économique et dans la lutte à la pauvreté. Les arguments économiques présentés dans le *Rapport sur le développement dans le monde* sont autant de bons éléments de justification des investissements en santé. On pourrait toucher une plus grande clientèle en exploitant d'autres moyens de communication (simples présentations visuelles, présentations plus perfectionnées en magnétoscopie ou à l'aide de logiciels) pour la propagation des messages du rapport. Il faut les diffuser largement, au-delà des milieux de la santé, en s'adressant aux décideurs des organismes donateurs et des pays en développement.
- Les donateurs doivent s'efforcer davantage de raffermir et de développer les capacités des pays en développement de négocier, gérer et coordonner les ressources intérieures et extérieures et de répondre de leur utilisation.
- On devrait non seulement réaffecter les ressources, mais aussi encourager a) les nouveaux donateurs, b) le secteur privé et c) les organismes d'aide multilatérale à accroître le financement. On reconnaît que, dans une période d'intensification de la concurrence pour l'obtention de ressources restreintes, les donateurs habituels peuvent se trouver dans l'impossibilité d'augmenter nettement leur aide extérieure, mais si on réussit à montrer l'intérêt des investissements en santé, une réaffectation de fonds d'autres secteurs devient possible.
- On a discuté des avantages et des inconvénients de l'établissement d'un nouveau fonds mondial (comme le Fonds pour l'environnement mondial) d'aide à certains types d'activités sanitaires hautement prioritaires. Avant de songer à de nouveaux

mécanismes comme celui-là, on doit établir une stratégie qui garantira que les ressources ainsi mobilisées s'ajouteront aux moyens actuels. On ne doit pas affaiblir les présents efforts de financement.

- Il y a lieu de beaucoup améliorer la coordination des activités des donateurs. Il doit y avoir coordination au niveau national sous la direction des gouvernements. On n'a pas à mettre en place de nouveaux mécanismes internationaux coûteux.
- On doit aussi examiner les possibilités d'établissement ou d'amélioration de systèmes d'information permettant de surveiller les mouvements de fonds, les projets en cours d'examen, les études de politiques nationales et l'incidence des besoins d'investissement.
- L'existence de *cadres* bien structurés d'établissement de politiques et de priorités nationales en matière de santé aiderait à orienter les politiques intérieures et permettrait aux donateurs de justifier un surcroît de financement. Les donateurs pourraient aider les pays à se doter de tels cadres. Le *Rapport sur le développement dans le monde 1993* et d'autres comme *Better Health in Africa* de la Banque mondiale peuvent faciliter cette élaboration.
- Dans les pays donateurs, on devrait faire en sorte que la population connaisse et appuie davantage l'aide extérieure consacrée aux investissements en santé.
- On convenait qu'il fallait un soutien commun de l'essai de la conception et de la réalisation de programmes d'intervention sanitaire établis par des pays, des réformes des politiques de la santé et de l'amélioration de la coordination des activités des donateurs dans 6 ou 10 pays intéressés. Signalons à cet égard que l'ACDI, le CRDI, le Département de la population, de la santé et de la nutrition de la Banque mondiale, plusieurs programmes de l'OMS et d'autres organismes intéressés collaboreront à une initiative semblable.

**CONFÉRENCE SUR UN FUTUR PARTENARIAT POUR
ACCÉLÉRER L'AMÉLIORATION DE LA SANTÉ**

18 au 20 octobre 1993, Ottawa, Canada

- Les problèmes sanitaires anciens et nouveaux et les efforts de réforme du secteur public et de la santé sont autant de défis qui font appel aux compétences et aux expériences des donateurs. Ces derniers peuvent miser davantage sur la collaboration avec d'autres institutions, surtout à l'échelon local, en vue d'améliorer les efforts de développement durable.
- S'il est peu approprié de fixer des valeurs cibles de financement international dans le cas de l'aide extérieure, il peut être fort utile d'en établir pour les ressources extérieures qui vont à des *pays* pour des programmes ou des formes d'aide bien précis.
- On a recommandé de créer un groupe de travail (faisant partie d'un organe plus ample établi par la conférence ou représentant un organe distinct ayant des liens étroits de coordination avec d'autres groupes de travail) pour examiner ces questions et d'autres dans le cadre de l'augmentation et de la réorientation des investissements dans le développement sanitaire équitable.

Annexes

**Conference on a Future Partnership for the Acceleration
of Health Development, October 18-20, 1993, Ottawa, Canada**

**Conférence sur un futur partenariat pour accélérer l'amélioration
de la santé, du 18 au 20 octobre, Ottawa, Canada**

PARTICIPANTS

Dr. M.S. Abdulla
Chairman, Kenya Medical Research Institute (KEMRI)
Medical Research Centre
PO Box 20752
Nairobi, Kenya
FAX: 254-2-747 417
TEL: 254-2-725 016

Dr. Naftali Agata
Senior Deputy
Director of Medical Services
Ministry of Health
P.O. Box 30016, Cathedral Road
Nairobi, Kenya
FAX: (254-2) 725 902
TEL: (254-2) 717 077

Mr. Edward Aiston
A/Director General
International Affairs
Jeanne Mance Building, Room 972
Health Canada
Tunney's Pasture
Ottawa, ON K1A 0K9
Canada
TEL: (613) 957-7298
FAX: (613) 952-7417

Mr. Sri-Ram Aiyer
Director, LATDR, I4025
World Bank
1818 H Street, NW
Washington, D.C. 20433
USA
FAX: (202) 477-0643

Professeur Eusebe Alihonou
Centre National Hospitalier et Universitaire
B.P. 188
Cotonou, Benin
FAX: 229-301-288/300-938
TEL: 229-300 001

Mr. R.J. Anderson
Acting Programme Manager
World Health Organization
1211 Geneva 27
Switzerland
FAX: 41-22-791-0746

Honourable Joshua Angatia
Minister of Health
Ministry of Health
P.O. Box 30016, Cathedral Road
Nairobi, Kenya
FAX: (254-2) 725 902
TEL: (254-2) 717 077

Dr. Marja Anttila
Health Advisor
Finnish Department of International
Development Cooperation (FINNIDA)
Ministry for Foreign Affairs
Fin-00160 Helsinki
Finland
FAX: (358-0) 1341-6428
TEL: (358-0) 1341-6425

Dr. Stella Anyangwe
Vice President
Society for Women Against AIDS in Africa (SWAA)
Department of Epidemiology & Community Medicine
Faculty of Medicine
University of Yaounde
Yaounde, Cameroon
TEL: (237) 31-76-19
FAX: (237) 31-51-78/31-12-24

Ms. Lori Jones Arsenault
Research Assistant
Health Sciences Division
International Development Research Centre (IDRC)
PO Box 8500
Ottawa, ON K1G 3H9
Canada
FAX: (613) 567-7748
TEL: (613) 236-6163 ext 2548

Dr. Asamoah-Baah
Director of Planning
Ministry of Health
P.O. Box M44
Accra, Ghana
TEL: 233-21-772-077
FAX: 233-21-663-810

Dr. Carolyn H. Ashbury
Director of Health
The Pew Charitable Trusts
One Commerce Square, Suite 1700
2005 Market Street
Philadelphia, PA 19103
USA
FAX: (215) 575-4939
TEL: (215) 575-4861

Mr. Bernard Bach
Conseiller Scientifique
Ambassade de France
464, rue Wilbrod
Ottawa ON K1N 6M8
Canada
TEL: (613) 238-1051
FAX: (613) 238-7884

Dr. Enis Baris
Senior Program Officer
Health Systems
Health Sciences Division
International Development Research Centre (IDRC)
PO Box 8500
Ottawa, ON K1G 3H9
Canada
FAX: (613) 567-7748
Tel: (613) 236-6163, ext 2270

Ms. Sylvia Barrow
Health Specialist
Africa and Middle East Branch
Canadian International Development Agency (CIDA)
200 Promenade du Portage
Hull, PQ K1A 0G4
Canada
FAX: (819) 997-4762
Tel: (819) 953-0732

Dr. Jose Barzelatto
Director
Reproductive Health and Population
The Ford Foundation
320 East 43rd Street
New York, New York 10017
USA
FAX: (212) 697-7354
TEL: (212) 573-4920

Mr. Victor Benavides
Canadian Society for International Health
170 Laurier Avenue West, Suite 902
Ottawa, ON K1P 5V5
Canada
FAX: (613) 230-8401
TEL: (613) 230-2654

Dr. Taieb Bencheikh
12, rue Bni Amir Rabat
Rabat, Morocco
FAX: (212-7) 756-087
TEL: (212-7) 756-087

Mr. Yves Bergevin
Associate Dean and Director
International Health Programme
Faculty of Medicine
McGill University
1020 Pine Avenue West, Room 17A
Montreal, PQ H3A 1A2
Canada
FAX: (514) 398-2814
TEL: (514) 398-7424/(514) 398-1847

Dr. Kenneth Bernard
Associate Director
Office of International Health
Department of Health and Human Services
18-90 Parklawn Building
5600 Fishers Lane
Rockville, Maryland 20857
USA
FAX: (301) 443-0742
TEL: (301) 443-9426

Dr. Anne-Claude Bernard-Bonnin
Hôpital Sainte-Justine
Clinique externe de pédiatrie
3175, chemin Côte Sainte-Catherine
Montréal, QC H3T 1C5
Canada
FAX: (514) 345-4800

Dr. Stefano Bertozzi
Health Economist
Global Programme on AIDS
World Health Organization
1211 Geneva 27
Switzerland
FAX: 41-22-791-0107
TEL: 41-22-791-4679

Mr. Keith Bezanson
President
International Development Research Centre (IDRC)
P.O. Box 8500
Ottawa, ON K1G 3H9
Canada
FAX: (613) 238-7230
Tel: (613) 236-6163 ext. 2599

Dr. Wolfgang Bichmann
Senior Public Health Advisor
Kreditanstalt für Wiederaufbau (KfW)
(German Development Bank)
Palmengartenstr 5-9
D-60325 Frankfurt
Germany
TEL: 49-69-7431-3520
FAX: 49-69-7431-2944

Dr. Jose-Luis Bobadilla
Health Policy Specialist
Population Health and Nutrition Department
World Bank
1818 H Street, NW
Washington, DC 20433
USA
FAX: (202) 477-0643
TEL: (202) 473-2174

Ms. Mary Bridgeo
Communications Officer
Canadian Society for International Health (CSIH)
170 Laurier Avenue West, Suite 902
Ottawa, ON K1P 5V5
Canada
FAX: (613) 230-8401
TEL: (613) 230-2654

Dr. Merlin B. Brinkerhoff
Director
Division of International Development
International Centre
University of Calgary
2500 University Drive NW
Calgary, AB T2N 1N4
Canada
FAX: (403) 289-0171
TEL: (403) 220-7703

Ms. Cathy Bruyère
Health Planner
Assembly of First Nations
55 Murray Street 5th Floor
Ottawa, ON K1N 5M3
Canada
FAX: (613) 238-5780
TEL: (613) 236-0673

Dr. Denis Carroll
A/Deputy Chief of Communicable Diseases Division
Office of Health, Room 1234
USAID
Washington, DC 20523-0057
USA
FAX: (703) 875-4686
TEL: (703) 875-4480

Dr. Gelia T. Castillo
Professor of Rural Sociology
College of Agriculture
University of the Philippines at Los Banos
Laguna, 3720, Philippines
TEL: (63-2) 817-2548
FAX: (63-2) 817-0598

Mrs. Margaret Catley-Carlson
President
Population Council
1 Dag Hammarskjöld Plaza
New York, NY 10017
USA
FAX: (212) 755-6052
TEL: (212) 339-0503

Mme. Geneviève Chedeville-Murray
Chef de la Division Multilatérale
Direction de la Coopération Scientifique,
Technique, et Educative
Ministère des Affaires Étrangères
34, Rue La Pérouse
75016 Paris Cedex 1B
France
FAX: (33-1) 40 66 75 40
TEL: (33-1) 40 66 69 98

Dr. Armeane Choksi
Vice President
World Bank
1818 H Street, NW
Washington, DC 20433
USA
FAX: (202) 477-0848

Dr. Sadia Chowdhury
Director, Women's Health & Development Programme
BRAC
66 Mohakhali C.A.
Dhaka 1212
Bangladesh
TEL: 880-2-509-070/884 081
FAX: 880-2-883-542/883 614

Dr. Zafrullah Chowdhury
Projects' Coordinator
Gonoshasthaya Kendra
Nayrhat, Dhaka 1350
Bangladesh
FAX: (880-2) 83 31 82
TEL: (880-2) 81 14 95/86 35 67

Mr. Robert Clay
Acting Deputy Director/Office of Health
USAID
Room 1222, SA-18, A.I.D.
Washington, DC 20523
USA
FAX: (703) 875-4686
TEL: (703) 875-4553

Dr. Phyllis Colvin
Director, Health Policy
Health Canada
Tunney's Pasture
Ottawa, ON K1A 0K9
Canada
TEL: (613) 957-3083
FAX: (613) 957-1204

Dr. Joseph Cook
Edna McConnell Clark Foundation
250 Park Avenue
New York, NY 10177-0026
USA
FAX: (212) 986-4558
TEL: (212) 551-9138

Mr. Andrew Creese
National Health Systems and Policies
World Health Organization
1211 Geneva 27
Switzerland
FAX: 41-22-791-0746
TEL: 41-22-791-2570

Mr. Goran Dahlgren
Senior Advisor to the Director General
Public Health Policies
Swedish International Development Authority
Birger Jarlsgatan 61
10525 Stockholm
Sweden
FAX: 46-8-612-6380
TEL: 46-8-728-5100

Mr. Ralph Davidson
Consultant
Carnegie Corporation of New York
437 Madison Avenue
New York, NY 10022
USA
FAX: (212) 754-4073
TEL: (212) 207-6268

Ms. Gillian Davis
Unit Leader, Health and Environment
Care Canada
P.O. Box 9000
Ottawa, ON K1G 4X6
Canada
FAX: (613) 226-5777
TEL: (613) 228-5661

Dr. Joe H. Davis
Associate Director for International Health
Centers for Disease Control and Prevention
1600 Clifton Rd., N.E.
Atlanta, Georgia 30333
USA
FAX: (404) 639-2452
TEL: (404) 639-2102

Dr. Frank de Man
Attaché for Health
Royal Netherlands Embassy
4200 Linnean Avenue NW
Washington, DC 20003
USA
FAX: (202) 362-1859
TEL: (202) 244-9865

Ms. Janet de Merode
Director
Population, Health and Nutrition Department
World Bank
1818 H Street, NW, S-6055
Washington, DC 20433
USA
FAX: (202) 477-0643

Dr. Jose Maria De Igrejas Campos
Vice-Minister of Health
Avenida Eduardo Mondlane
Maputo, Mozambique
FAX: 258-1-32103
TEL: 258-1-430814

Dr. François Decaillet
Public Health Advisor
Directorate General VIII
European Commission
rue de la Loi 200
1049 Brussels, Belgium
FAX: (32-2) 299-2907
TEL: (32-2) 299-2517

Dr. Don de Savigny
Principal Program Officer
Health, Society and the Environment
Health Sciences Division
International Development Research Centre (IDRC)
PO Box 8500
Ottawa, ON K1G 3H9
Canada
FAX: (613) 567-7748
Tel: (613) 236-6163 ext. 2268

Mrs. Mawarwati Djamaluddin
Chief Division of Foreign Aid
Bureau of Planning
Ministry of Health
Jl. H.R. Rasuna Said Blok X5 KAV. No. 4-9
DKI Jakarta 12950
Indonesia
FAX: (62-21) 520-1588

Dr. John Donohue
Director, Evaluation & Research Office
UNICEF
3 UN Plaza, Room 82K
New York, NY 10017
USA
FAX: (212) 755-1393
TEL: (212) 702-7186

Dr. Nick Drager
Medical Officer
Office of International Cooperation
World Health Organization
1211 Geneva 27
Switzerland
FAX: 41-22-791-0746
TEL: 41-22-791-2789

Mr. Siddharth Dube
Research Analyst
Population, Health and Nutrition
World Bank
1818 H Street NW, E-9069
Washington, DC 20433
USA
FAX: (202) 477-0643

Dr. John Evans
Chairman
Allelix Biopharmaceuticals Inc.
6850 Goreway Drive
Mississauga, ON L4V 1P1
Canada
FAX: (416) 677-9595
TEL: (416) 677-0831

Dr. Esmat Ezzat
Dean, Faculty of Medicine
Suez Canal University
Ismailia, Egypt
FAX: 20-64-229-982/224-995
TEL: 20-64-328-935/229-982

Dr. Richard Feachem
Dean
London School of Hygiene and Tropical Medicine
Keppel Street
London WC1E 7HT
United Kingdom
FAX: (44) 71-323-4562
TEL: (44) 71-927-2237

M. Olivier Fichet
Adjoint Scientifique
Ambassade de France
464, rue Wilbrod
Ottawa ON K1N 6M8
Canada
TEL: (613) 238-1052
FAX: (613) 238-7884

Dr. Gilles Forget
Director
Health, Society and the Environment
International Development Research Centre (IDRC)
PO Box 8500
Ottawa, ON K1G 3H9
Canada
FAX: (613) 236-6163 ext. 2545
Tel: (613) 567-7748

M. Pierre Fournier
Directeur,
Unité de santé internationale
Faculté de médecine
Université de Montréal
2375 chemin côte-Ste-Catherine
C.P. 6128, succursale A
Montréal, QC H3C 3J7
Canada
FAX: (514) 343-7770
TEL: (514) 343-7878

Dr. Lennart Freij
Head, Health and Nutrition Section
Swedish Agency for Research
Cooperation with Developing Countries (SAREC)
P.O. Box 16140
S-103 23 Stockholm
Sweden
FAX: 46-8-791-2199
TEL: 46-8-791-2141

Dr. Julio Frenk
Fundacion Mexicana para La Salud
Periférico sur 4809
Col. San Pedro Mártir, Tlalpan
Mexico DF 14650
Mexico
FAX: (525) 655-8211
TEL: (525) 655-9011/318-9639

Dr. Jaime Z. Galvez-Tan
Undersecretary and Chief of Staff
Department of Health
1086 del Monte Avenue
San Francisco del Monte - QC
Metro Manila 1105
Philippines
FAX: 63-2-711-9509/711-6050
TEL: 63-2-711-6061/711-6095

Dr. Tore Godal
Director
Special Program in Research & Training
in Tropical Diseases (TDR)
World Health Organization
1211 Geneva 27
Switzerland
FAX: 41-22-788-0839
TEL: 41-22-791-3802

Ms. Jean Goodwill
Lecturer Indian Health Studies
Saskatchewan Indian Federated College
Home Address: Box 519
Fort Qu'Appelle, SK S0G 1S0
Canada
Tel: (306) 332-6261
FAX: (306) 332-5985

M. Gaston Grenier
Directeur Général
Institut International de Recherche
Scientifique (IIRSDA)
KM 17 Route à Dabou
B.P. V51
Abidjan, Cote D'Ivoire
FAX: (225) 45-6828
TEL: (225) 45-4170

Mr. Davidson R. Gwatkin
Director
International Health Policy Program (IHPP)
1818 H Street, NW
Washington, DC 20433
USA
FAX: (202) 477-0643
TEL: (202) 473-3223/473-3666

Dr. Demissie Habte
Director
ICDDR,B
GPO Box 128
Dhaka, 1000
Bangladesh
FAX: 880-2-883-116
TEL: 880-2-601 411/600 034

Dr. Catherine Hankins
Public Health Epidemiologist
Centre for AIDS Studies
Public Health Unit
Montreal General Hospital
980 Guy Street
Montreal, PQ H3H 2K3
Canada
FAX: (514) 932-1502
TEL: (514) 932-3055 / (514) 527-4962

Mr. Frank Hartvelt
Deputy Director
Global and Inter-Regional Programmes
United Nations Development Programme
1 United Nations Plaza FF 12-102
New York, NY 10017
USA
FAX: (212) 906-6350
TEL: (212) 906-5858

Ms. Janet Hatcher Roberts
Senior Program Officer
Health Systems
Health Sciences Division
International Development Research Centre (IDRC)
PO Box 8500
Ottawa, ON K1H 3H9
Canada
FAX: (613) 567-7748
TEL: (613) 236-6163 ext. 2014

Mr. Robert Hecht
Principal Economist
Latin American & Caribbean Region
World Bank
1818 H Street, NW
Washington, DC 20433
USA
FAX: (202) 477-0643
TEL: (202) 473-2926

Dr. Michael Heisler
Director of Programs
Child Survival and Development Task Force
The Carter Centre
One Copenhill
Atlanta, Georgia 30307
USA
FAX: (404) 872-9661
TEL: (404) 872-4122

Dr. Ralph Henderson
Assistant Director-General
World Health Organization
1211 Geneva 27
Switzerland
FAX: 41-22-791-0746
TEL: 41-22-791-2411

Ms. Gillian Holmes
Health Economist, EC3HR
World Bank/ODA
1818 H Street NW, 43-162
Washington, DC 20433
USA
FAX: (202) 477-0954
TEL: (202) 458-5242

Dr. Anwar Islam
Senior Program Officer
Health Systems
Health Sciences Division
International Development Research Centre (IDRC)
PO Box 8500
Ottawa, ON K1G 3H9
Canada
FAX: (613) 567-7748
Tel: (613) 236-6163 ext. 2546

Mr. Vulimiri Jagdish
Senior Public Health Specialist
Population and Human Resources Division
World Bank
1818 H Street NW
Washington, DC 20433
USA
FAX: (202) 473-8299
Tel: (202) 473-4164

Dr. Michel Jancloes
Associate Director
Office of International Cooperation
World Health Organization
1211 Geneva 27
Switzerland
FAX: 41-22-791-4153
TEL: 41-22-791-2731/791-2111

Dr. Jean-Paul Jardel
Assistant Director-General
World Health Organization
1211 Geneva 27
Switzerland
FAX: 41-22-791-0746
TEL: 41-22-791-2365

Mr. Stephen Jarrett
Senior Advisor
UNICEF
3 UN Plaza
New York, NY 10017
USA
FAX: (212) 326-7059
TEL: (212) 326-7048

Mrs. Michèle Jean
Deputy Minister
Health Canada
Tunney's Pasture
Ottawa, ON K1A 0K9
Canada
FAX: (613) 957-8422
TEL: 613) 957-0212

Dr. Jorge Jimenez de la Jara
Associate Researcher in Public Health
Centre for Development Studies
Nueva de Lyon 128, Providencia
Santiago, Chile
FAX: (56-2) 232-6860
TEL: (56-2) 231-1953/212-3172

Mr. Matthias Kerker
Scientific Advisor
Swiss Development Cooperation (SDC)
Eigerstrasse 73
3003 Berne
Switzerland
FAX: (41-31) 372-4105
TEL: (41-31) 322-3340

Mr. Robert Kestell
Chief, Education and Health Division
Inter-American Development Bank
1300 New York Avenue NW
Washington, DC 20577
USA
FAX: (202) 623-1308
TEL: (202) 623-1884

Dr. Irene Klinger
Chief, Office of External Relations
Pan American Health Organization
525 23rd Street NW
Washington, DC 20037-2897
USA
FAX: (202) 861-8886
TEL: (202) 861-3194

Dr. Robert Knouss
Deputy Director
Pan American Health Organization
525 23rd Street NW
Washington, DC 20037
USA
FAX: (202) 223-5971
TEL: (202) 861-3178

Dr. Rolf Korte
Head, Health Population and Nutrition Division
Deutsche Gesellschaft fuer
Technische Zusammenarbeit (GTZ)
Dag Hammarskjold Weg 1 - 5
65760 Eschborn
Germany
FAX: 49-6196-79-7104
TEL: 49-6196-79-1224

Ms. Lilani Kumaranayake
Health Economist
Economic Development Policy Branch
CIDA
200 Promenade du Portage
Hull, PQ K1A 0G4
Canada
FAX: (819) 953-6356

Mme. Huguette Labelle
President
Canadian International Development Agency (CIDA)
200 Promenade du Portage
Hull, PQ K1A 0G4
Canada
FAX: (819) 953-3352

Ms. Anne LaFond
Research Coordinator
Save the Children Fund
Mary Datchelor House
17 Grove Lane
London SE5 8RD
United Kingdom
FAX: (44-71) 793-7610
TEL: (44-71) 703-5400

Dr. Maureen Law
Director General
Health Sciences Division
International Development Research Centre (IDRC)
PO Box 8500
Ottawa, ON K1G 3H9
Canada
FAX: (613) 567-7748
TEL: (613) 236-6163, ext. 2600

Dr. Robert Lawrence
Director, Health Sciences
The Rockefeller Foundation
1133 Avenue of the Americas
New York, NY 10036
USA
FAX: (212) 764-3468
TEL: (212) 852-8320

Dr. Rune A. Lea
Health Advisor, Health Division
Norwegian Agency for Development Cooperation
(NORAD)
P.O. Box 8034 DEP
0030 Oslo 1
Norway
FAX: 47-22-314 402
TEL: 47-22-314 525

Dr. Daniel LeTouzé
Senior Scientist
Health Systems Program
Health Sciences Division
International Development Research Centre (IDRC)
PO Box 8500
Ottawa, ON K1G 3H9
Canada
FAX: (613) 567-7748
Tel: (613) 236-6163 ext 2403

Mr. Ernest Loevinsohn
Director General, Policy Branch
Canadian International Development Agency (CIDA)
200 Promenade du Portage
Hull, PQ K1A 0G4
Canada
FAX: (819) 953-3352

Mr. Colin Lonergan
Director, Health and Population
Australian International Development
Assistance Bureau (AIDAB)
Canberra, Australia
FAX: 61-6-276-4870
TEL: 61-6-276-4652/276-4000

Dr. Daniel Lopez-Acuña
Chief Executive Secretariat -
Health and Environment
Pan American Health Organization
525 23rd Street, NW
Washington, DC 20037
USA
FAX: (202) 861-2647

Dr. Jan Loubser
Director General
Scientific, Technical and Information
Directorate
Canadian International Development Agency (CIDA)
200 Promenade du Portage
Hull, PQ K1A 0G4
Canada
FAX: (819) 953-3348

Dr. J. Dick MacLean
Chairman
Canadian University Consortium for
Health in Development
c/o 170 Laurier Avenue W., Suite 902
Ottawa, ON K1P 5V5
Canada
FAX: (514) 937-2455
TEL: (514) 933-7045 / (514) 731-2888

Honourable Flora MacDonald
Chairperson
International Development Research Centre (IDRC)
PO Box 8500
Ottawa, ON K1G 3H9
Canada
FAX: (613) 238-7230
Tel: (613) 236-6163

Mr. Pekka Metso
First Secretary
Finnish Department of International
Development Cooperation (FINNIDA)
Ministry for Foreign Affairs
Fin-00160 Helsinki
Finland
FAX: (358-0) 1341-6300
TEL: (358-0) 1341-6334/1341-6331

Mr. Rajiv L. Misra
Permanent Secretary to Government of India
Department of Health
Ministry of Health and Family Welfare
Nirman Bhawan, New Delhi 110 003
INDIA
FAX: 91-11-301-4252
TEL: 91-11-301-8863/301-6116

Dr. Bertha Mo
Senior Program Officer
Medical Anthropologist
Health, Society and the Environment
Health Sciences Division
International Development Research Centre (IDRC)
PO Box 8500
Ottawa, ON K1G 3H9
Canada
FAX: (613) 567-7748
Tel: (613) 236-6163 ext 2283

Dr. Lilah Moore
Essential National Health Research
International Development Research Centre (IDRC)
PO Box 8500
Ottawa, ON K1G 3H9
Canada
FAX: (613) 567-7748
TEL: (613) 236-6163, ext. 2492

Dr. W. Henry Mosley
Professor and Chairman
Johns Hopkins University School of
Hygiene and Public Health
615 North Wolfe Street
Baltimore, Maryland 21093
USA
FAX: (410) 955-0792
TEL: (410) 955-7956

Dr. Mutuma Mugambi
Director
Institute of Primate Research
National Museums of Kenya
Box 24481, KAREN
Nairobi, Kenya
FAX: 254-2-566 298/882546/882160
TEL: 254-2-884309

Ms. Cara Murphy Keyman
Research Officer
Health Sciences Division
International Development Research Centre (IDRC)
PO Box 8500
Ottawa, ON K1G 3H9
Canada
FAX: (613) 567-7748
Tel: (613) 236-6163 ext 2424

Dr. David Nabarro
Chief, Health Population Advisor
Overseas Development Administration
94 Victoria Street
London SW1E 5JL
United Kingdom
FAX: 44-71-917-0174
TEL: 44-71-917-0107

Dr. Vic Neufeld
Director
Centre for International Health
McMaster University
1200 Main Street West, Room 3N44B
Hamilton, ON L8N 3Z5
Canada
FAX: (905) 521-1445
TEL: (905) 525-9140 Ext. 22033

Dr. Yvo Nuyens
Programme Manager
Health Systems Research
World Health Organization
1211 Geneva 27
Switzerland
FAX: 41-22-791-0746
TEL: 41-22-791-2525

Dr. Nyi Nyi
Special Advisor to Executive Director
UNICEF
3 UN Plaza, Room 1320
New York, NY 10017
USA
FAX: (212) 326-7758
TEL: (212) 326-7160

Prof. Raphael Owor
Professor of Pathology
Faculty of Medicine
Makerere University
P.O. Box 7072
Kampala, Uganda
FAX: 256-41-259-146 c/o Mary Owor, UNICEF

Dr. Agostino Paganini
Manager, B.I.M.U.
UNICEF
3 UN Plaza, H-10F
New York, NY 10017
USA
FAX: (212) 326-7059
TEL: (212) 326-7384

Mr. Ok Pannenberg
Division Chief, AFIPH
World Bank
701 - 18 St. NW, Room J8093
Washington, DC 20433
USA
FAX: (202) 473-8145
Tel: (202) 473-4415

Mr. Liu Peilong
Director, Foreign Loan Office
Ministry of Public Health
44 Houhaibiyuan
Xicheng District
Beijing, China
FAX: 86-1-401-5622
TEL: 86-1-401-5621/254-3376

Dr. Peter Poore
Senior Medical Officer
Save the Children Fund
Mary Datchelor House
17 Grove Lane
London SE5 8RD
United Kingdom
FAX: 44-71-703-2278
TEL: 44-71-703-5400

Dr. Denis Prager
Director of Health Program
MacArthur Foundation
140 S. Dearborn Street, Suite 1100
Chicago, Illinois 60603
USA
FAX: (312) 917-0315
TEL: (312) 726-8000

Dr. Edward J. Ragan
Program Director
Canadian Public Health Association
1565 Carling Avenue, Suite 400
Ottawa, ON K1Z 8R1
Canada
FAX: (613) 725-9826
TEL: (613) 725-3769

Dr. N. Kumara Rai
Head, Bureau of Planning
Department of Health
Jl. H.R. Rasuna Said, Kuningan
Jakarta Selatan 12950
Indonesia
FAX: (62-21) 520-1588
TEL: (62-21) 520-1588

Dr. Vulimiri Ramalingaswami
Professor Emeritus
Department of Pathology
All India Institute of Medical Sciences
New Delhi 110029, India
FAX: (91-11) 462-2707

Dr. Olikoye Ransome-Kuti
Visiting Professor
School of Hygiene and Tropical Medicine
Johns Hopkins University
615 North Wolfe Street, Rm 2502
Baltimore, Maryland 21205
USA
FAX: (410) 614-1419
TEL: (410) 614-2530/955-3928

Dr. Sheila Robinson
President
Canadian Society for International Health (CSIH)
c/o International Centre
University of Calgary
2500 University Drive NW
Calgary, AB T2N 1N4
Canada
FAX: (403) 289-0171
TEL: (403) 220-7700

Dr. Jean Rochon
Directeur
Division de la Protection et la
Promotion de la Santé
Organisation Mondiale de la Santé
1211 Genève 27
Suisse
FAX: 41-22-791-0746
TEL: 41-22-791-3462

Dr. Allan Ronald
Section of Infectious Diseases
Room A1105
St. Boniface General Hospital
409 Tache Avenue
Winnipeg, MN R2H 2A6
Canada
FAX: (204) 233-7125
TEL: (204) 237-2927

Dr. Aagje Papineau Salm
Medical Advisor
Directorate of International Cooperation
Ministry of Foreign Affairs
P.O. Box 20061
NL 2500 EB The Hague
The Netherlands
FAX: 31-70-348-5956
TEL: 31-70-348-4894

Mr. James E. Sarn
Director of Health, Population and Nutrition
Save The Children
54 Wilton Road
Westport, Connecticut 06880
USA
FAX: (203) 222-9176
TEL: (203) 221-4012

Ms. Helen Saxenian
Population, Health and Nutrition
World Bank
1818 H Street, NW
Washington, DC 20433
USA
FAX: (212) 477-0643

Dr. Philip Schambra
Director, Fogerty International Center
National Institutes of Health
Building 31 B2C02
9000 Rockville Pike
Bethesda, MD 20892
USA
FAX: (301) 402-2173
TEL: (301) 496-1415

Mr. Paul Shaw
Senior Economist
World Bank
1818 H Street, NW
Washington, DC 20433
USA
FAX: (202) 477-2976
TEL: (202) 473-3441

Mr. Charles Shields, Jr.
Executive Director
Canadian Society for International Health
170 Laurier Avenue West, Suite 902
Ottawa, ON K1P 5V5
Canada
FAX: (613) 230-8401
TEL: (613) 230-2654

Dr. Stephen Simon
Executive Director
MicroNutrient Initiative Unit
PO Box 8500
Ottawa, ON K1G 3H9
Canada
FAX: (613) 567-4349
TEL: (613) 236-6163 Ext. 2210

Dr. Guillermo Soberon
Executive President
Fundacion Mexicana para la Salud
Periférico sur 4809
Col. San Pedro Mártir, Tlalpan
Mexico DF 14650
Mexico
FAX: (525)655-8211
TEL: (525)655-9011/318-9639

Mr. James A. Socknat
Chief, Human Resources and Social Development Division
Asia Technical Department, MC 10-217
World Bank
1818 H Street NW
Washington, DC 20433
USA
FAX: (202) 477-0357
TEL: (202) 458-1232

Dr. Annette Stark
Regional Program Officer (HS)
International Development Research Centre (IDRC)
Tanglin PO Box 101
Singapore 9124
FAX: (65) 235-1849
Tel: (65) 235-1344/1576

Dr. Goran Sterky
Professor and Head
Department of International Health Care Research (IHCAR)
Karolinska Institute
17177 Stockholm
Sweden
TEL: 46-8-300863
FAX: 46-8-311590

Ms. Birgit Storgaard
Head of Department
Technical Advisory Services
Danish International Development Agency
Ministry of Foreign Affairs
Asiatisk Plads 2
DK-1448 Copenhagen K
Denmark
FAX: 45-31-540-533
TEL: 45-33-920-215/920-000

Mr. Muthu Subramanian
Chief, GSP
World Health Organization
1211 Geneva 27
Switzerland
Tel: (41-22) 791-2111
FAX: (41-22) 791-0746

Dr. Mohamed Sylla
Conseiller chargé de la Supervision
des Activités de RNES/Guinée
Ministère de la Santé Publique et Affaires Sociales
B.P. 585
Conakry
Republique de la Guinée
FAX: 224-445-001/224-442-485
TEL: 224-442-074

Ms. Peggy Thorpe
Health Specialist, Asia Branch
Canadian International Development Agency (CIDA)
200 Promenade du Portage
Hull, PQ K1A 0G4
Canada
FAX: (819) 953-3352

Dr. Vincent Tookenay
President
Native Physicians Association of Canada
11th Floor, Jeanne Mance Building
Tunney's Pasture
Ottawa, ON K1A 0L3
Canada
FAX: (613) 941-8904
TEL: (613) 954-8778

Dr. Peter Tugwell
Chair, Department of Medicine
Faculty of Medicine
Ottawa General Hospital
501 Smyth Road
Ottawa, ON K1H 8L6
Canada
FAX: (613) 737-8851
TEL: (613) 737-8900

Mr. Mark Wheeler
Senior Policy Analyst
Health Policy Division
Health Canada
Tunney's Pasture
Ottawa, ON K1A 0K9
Canada
FAX: (613) 957-1204
TEL: (613) 952-8553

Ms. Inger Ultvedt
First Secretary
Department of International Cooperation
Ministry of Foreign Affairs
Sweden
TEL: 46-8-786-6557
FAX: 46-8-723-1176

Dr. Panduka M. Wijeyaratne
Principal Program Officer
Health, Society and the Environment
Health Sciences Division
International Development Research Centre (IDRC)
PO Box 8500
Ottawa, ON K1G 3H9
Canada
FAX: (613) 567-7748
TEL: (613) 236-6163 ext 2550

Dr. Johan Van Mullem
Administration générale de la coopération
au développement (AGCD)
Place du Champ de Mars 5, Boîte 57
1050 Brussels, Belgium
FAX: (32-2) 519-0585
TEL: (32-2) 519-0245/519-0244

Dr. Richard Wilson, M.D.
Coordinator, Council on Health Research
for Development (COHRED)
Palais des Nations
1211 Geneva 10
Switzerland
FAX: 41-22-733-1452
TEL: 41-22-798-5783

Dr. Cesar Vieira
Health Policies Program
Coordinator
Pan American Health Organization
525 23rd Street, NW
Washington, DC 20037
USA
FAX: (202) 861-2647
TEL: (202) 861-3235

Dr. Pat Youri
Director
Community Health Department
African Medical and Research Foundation
P.O. Box 30125
Nairobi, Kenya
FAX: 254-2-505-288
TEL: 254-2-502 815/501 301

Mr. Stephen G. Wallace
Senior Program Manager
International Financial Institutions
Multilateral Programs Branch
Canadian International Development Agency (CIDA)
200 Promenade du Portage
Hull, PQ K1A 0G4
Canada
FAX: (819) 953-5348
TEL: (819) 994-3881

Mrs. Eva Wallstam
Deputy Director
Health Division
Swedish International Development
Authority (SIDA)
S-105 Stockholm
Sweden
TEL: 46-8-728-5433
FAX: 46-8-612-6380

Développement des capacités pour la réforme des systèmes de santé

Le Rapport sur le développement dans le monde 1993 est une plate-forme de choix pour définir des buts et établir des priorités dans le secteur de la santé. Mais ces buts ne peuvent être atteints qu'à travers une réforme en profondeur et une amélioration radicale des systèmes de santé existants, laquelle ne peut être appliquée qu'au niveau des pays. Le développement des capacités des systèmes de santé nationaux est donc un élément fondamental pour la mise en oeuvre du programme d'action contenu dans le Rapport sur le développement dans le monde. Le présent document s'efforce de répondre à quatre questions:

1. Quels sont les objectifs du développement des capacités pour la réforme du système de santé?
2. Quels sont les éléments de la réforme, quels sont les principaux défis à relever et de quelles connaissances dispose-t-on pour faciliter la réforme?
3. Compte tenu des connaissances exigées, qui a besoin de quelles compétences? Où trouver ces compétences, et quelles nouvelles méthodes de formation adopter?
4. Comment instaurer un partenariat plus étroit afin de soutenir le développement des capacités pour la réforme du système de santé (options possibles)?

1. Quels sont les objectifs du développement des capacités pour la réforme du système de santé?

Le Rapport sur le développement dans le monde 1993 a démontré sans doute possible qu'investir dans la santé revenait à investir dans le développement. Or, dans de nombreux pays, la santé de la population souffre autant de l'inaptitude des institutions à mener des politiques efficaces de prévention, de lutte et de traitement que du fardeau de la maladie et de l'incapacité. Les pouvoirs publics et les donateurs continueront à refuser d'investir davantage dans la santé tant que les systèmes de santé seront aussi inefficaces.

Ainsi, lors d'une récente réunion sur "Les maladies infectieuses dans le monde: renforcement de la recherche et de la lutte" (organisée par la Fondation Rockefeller à Bellagio (Italie), du 30 août au 3 septembre 1993), des participants ont estimé qu'on pourrait faire beaucoup mieux lorsqu'il s'agit d'évaluer l'étendue et la gravité du problème de la mortalité et des incapacités dues à ces maladies; de fixer des priorités afin d'appliquer les connaissances et techniques

existantes dans le cadre de programmes de santé publique et de soins de santé primaires; et de mobiliser le soutien politique et économique nécessaire pour que ces priorités se traduisent par une action efficace.

Ces objectifs ne valent pas uniquement pour les maladies infectieuses, ils valent également pour tous les aspects de la santé, en particulier dans les pays en développement; ils ne valent pas uniquement pour les évaluations régionales et mondiales, mais surtout pour les politiques et les systèmes de santé nationaux.

Des mesures visant à améliorer la santé doivent enfin être prises au niveau national et c'est à ce niveau que les capacités doivent être développées. Tout système coordonné de développement des capacités en vue d'une réforme des politiques de santé doit donc viser au minimum à:

- Développer les connaissances et les capacités du pays en ce qui concerne les quatre éléments du processus de réforme: l'élaboration d'un cadre pour la politique sanitaire, l'établissement de priorités, l'évaluation des organisations qui composent le système de santé et la mise en oeuvre de la réforme.
- Accroître le transfert d'expériences pratiques entre les pays.
- Accroître le volume de compétences internationales disponibles pour apporter une aide au niveau national.
- Développer la formation à court et à long terme dans les disciplines pertinentes telles que l'économie, l'épidémiologie, les sciences comportementales, sociales et politiques et le droit.
- Mettre au point des méthodes de formation d'un meilleur rapport coût/efficacité - telles que l'enseignement à distance.
- Accroître le volume des ressources disponibles pour la santé.
- Renforcer la collaboration internationale en matière de réforme des politiques de santé, de développement des systèmes de santé et de réaménagement institutionnel.
- Améliorer encore les techniques destinées à évaluer la charge de la morbidité et les adapter et les appliquer au niveau des pays.
- Développer les études coût/efficacité, portant en particulier sur les interventions groupées (afin de répartir les coûts), et les adapter et les appliquer au niveau des pays.
- Mettre au point des méthodes efficaces de décentralisation du système de santé et en étudier les conséquences pour les institutions politiques locales.

- Améliorer les méthodes de diffusion des technologies sanitaires au niveau national et international.
- Mettre au point des méthodes de collecte et de suivi de l'information qui répondent aux besoins à la fois du centre et de la périphérie.

2. *Quels sont les éléments de la réforme, quels sont les principaux défis à relever et de quelles connaissances dispose-t-on pour faciliter la réforme?*

La mise en place d'un processus de réforme comprend quatre étapes, par lesquelles devront passer tous les pays, et qui exigent chacune un type de compétences et de connaissances particulières:

- Elaboration d'un cadre de politique sanitaire qui constitue un engagement.
- Etablissement de priorités à l'intérieur de ce cadre.
- Evaluation des organisations en place.
- Et l'étape la plus difficile: mise en oeuvre concrète du changement.

Le Rapport sur le développement dans le monde 1993 apporte une contribution majeure en ce qui concerne la deuxième de ces étapes - l'établissement de priorités -, mais si l'on veut que la réforme devienne réalité, les connaissances et le potentiel des pays doivent être développés dans ces quatre domaines. En outre, la réforme doit être considérée comme un processus continu; en effet, la situation politique, sociale, économique et environnementale des pays évolue constamment et le développement des capacités ne doit pas être considéré comme une mesure isolée, mais plutôt comme une action continue qui exigera, de la part des pays comme au niveau mondial, une capacité d'adaptation intelligente et souple.

Nous allons donc examiner les quatre éléments du processus de réforme tout à tour et nous demander, pour chacun, quelles sont les connaissances nouvelles requises pour orienter efficacement le processus de réforme.

2.1 *Elaboration d'un cadre de politique sanitaire*

Un cadre de politique sanitaire établit des engagements. Il définit, sur le plan opérationnel, les notions d'équité et d'efficience à l'intérieur d'un pays ou d'une région et énonce les responsabilités des différents intervenants, gouvernementaux ou non gouvernementaux, et du public. Un tel cadre est un outil précieux pour solliciter l'appui de groupes d'intérêts importants, définir une vision d'ensemble et établir l'autorité nécessaire.

L'élaboration d'un cadre de politique sanitaire consiste avant tout à parvenir à un consensus sur les principaux axes du changement et à définir des cibles, des changements organisationnels et de nouveaux instruments d'action en termes généraux. Une démarche et des compétences politiques particulières sont nécessaires pour faire accepter le cadre politique, puis solliciter un appui et établir un consensus autour de celui-ci.

Les connaissances et les avis techniques dans ce domaine sont rares.

2.2 Etablissement des priorités à l'intérieur du cadre politique

Le deuxième élément consiste à établir des priorités en fonction du cadre de politique sanitaire. Les priorités doivent être établies en tenant compte de l'insuffisance générale de ressources par rapport aux besoins et de la nécessité d'adopter des procédures transparentes et cohérentes afin d'accroître la responsabilisation politique.

Les connaissances et les avis techniques disponibles dans ce domaine ne manquent pas, mais concernent essentiellement l'établissement de priorités au niveau mondial. Le Rapport sur le développement dans le monde 1993 offre un support technique important en proposant une méthode de mesure de la charge de morbidité et du rapport coût/efficacité des interventions. Il existe par ailleurs une importante littérature sur la définition des priorités, à laquelle il a été largement fait appel par le passé pour évaluer les priorités dans l'affectation de ressources au secteur de la santé aux niveaux national, régional et local. Nous avons donc là une base relativement solide de connaissances techniques relatives au développement des capacités.

Cependant, les priorités mondiales définies à titre indicatif dans le Rapport sur le développement dans le monde 1993 ne doivent être utilisées au niveau national ou à un niveau inférieur qu'après avoir été convenablement adaptées, en tenant compte des données locales et des problèmes considérés localement comme prioritaires. S'il n'est pas fait appel aux compétences et à l'expérience locales pour l'établissement des priorités, une approche trop théorique des problèmes exclura nécessairement les décideurs au niveau national, en les dépossédant des décisions, ce qui fait qu'ils ne seront pas convaincus par le choix des priorités.

2.3 Evaluation des organisations existantes

Le troisième élément de la réforme consiste à évaluer les points forts et les points faibles du système de santé.

Les connaissances et les avis techniques disponibles en ce qui concerne l'analyse du système de santé sont très vastes, mais ne sont pas toujours appropriés. Il existe une grande diversité d'instruments et de techniques, mais la majorité répond davantage aux besoins des organismes d'aide extérieure qu'à ceux des administrateurs du système de santé, et rares sont ceux qui sont utilisés de façon systématique. On est encore loin d'avoir mis en place des mécanismes financiers et organisationnels qui incitent à adopter des pratiques d'un meilleur rapport

coût/efficacité à long terme. Par contre, une somme de connaissances et de données d'expérience considérable a été réunie en ce qui concerne les obstacles à l'adoption de ces pratiques.

2.4 Mise en oeuvre de la réforme: la clé du succès

Nous en arrivons maintenant au quatrième élément du processus de réforme, le plus difficile n'étant pas tant l'analyse que la mise en oeuvre, car le risque est grand de voir, à ce stade, modifier - parfois jusqu'à les supprimer totalement - les politiques et les priorités établies. L'étape de la mise en oeuvre pose un problème particulier dans les pays les moins avancés. Outre les handicaps auxquels ils doivent faire face - moins bonne santé, moins de ressources et structures organisationnelles fragiles -, les décideurs sont confrontés, dans les pays pauvres, à une tâche beaucoup plus complexe à divers égards que leurs homologues des pays industrialisés. Ils doivent par exemple veiller à ce que les donateurs extérieurs ne se substituent pas à eux pour l'élaboration et l'exécution de politiques dans le secteur de la santé sous prétexte qu'ils tiennent les cordons de la bourse. Outre la négociation de nouvelles responsabilités, la mise en place de nouvelles structures et de nouvelles modalités de fonctionnement doit être entreprise et menée à bien en faisant appel à toute une série d'individus, d'associations professionnelles ou d'organisations, relevant ou non du Ministère de la santé, ce qui exigera une gamme de compétences qui déborde largement le champ de la médecine ou de la santé publique.

Un spécialiste de la planification sanitaire¹ a également décrit le laxisme qui prévaut dans nombre d'administrations publiques de pays en développement, qui fait que les objectifs publics de l'organisation ou les besoins du consommateur ne sont pas suffisamment pris en considération. Cette attitude entravera l'adoption de techniques rationnelles de prise de décisions à tous les niveaux.

La tâche des administrateurs du secteur de la santé des pays pauvres est donc plus ardue; ils doivent en fait faire face à tout un ensemble de problèmes dans un esprit parfois nettement moins "orienté sur les résultats" que les administrations publiques de pays riches. La mise en oeuvre de la réforme suppose donc que les pouvoirs publics aient la capacité d'élaborer et de gérer leur propre politique, de négocier et de coordonner les diverses priorités et d'estimer les besoins d'aide extérieure, le plus souvent sans pouvoir compter sur leur administration.

Les connaissances et les avis techniques disponibles sur les problèmes liés à la mise en oeuvre font cruellement défaut. Le Rapport sur le développement dans le monde 1993 propose des instruments analytiques efficaces pour traiter les problèmes de l'allocation de ressources au secteur de la santé, mais reste très discret sur les mesures immédiates à prendre pour améliorer la gestion ou pour gérer la transition vers des services d'un meilleur rapport coût/efficacité.

¹Asamoah-Baah, A. *Identification of Needs in Health Economics in Developing Countries*. Document rédigé par le Groupe spécial OMS sur l'économie de la santé. Août 1993.

Le développement des capacités pour mettre en oeuvre le changement est, d'une façon générale, un domaine peu documenté, malgré quelques tentatives peut-être un peu trop enthousiastes. Nous ne savons pas encore, par exemple, s'il est possible d'instaurer (et comment) un vaste système de récupération des coûts qui soit autofinancé, dont les fonds puissent être utilisés pour améliorer les services au niveau local, et qui permette par conséquent d'améliorer l'accès aux soins pour les plus démunis. Nous ne savons pas non plus précisément quelle doit être la capacité économique et administrative d'un pays ou d'une région pour qu'un mécanisme d'assurances sociales puisse constituer un moyen viable et durable de financement des services de santé pour l'ensemble de la population. Il ne faut surtout pas penser qu'un seul groupe - qu'il s'agisse des milieux universitaires ou d'organisations internationales - détient les solutions aux problèmes d'exécution. L'expérience des administrateurs du secteur de la santé qui ont mis en oeuvre le changement dans leur pays (en Nouvelle-Zélande, au Ghana, en Suède, au Chili, au Royaume-Uni, au Canada, en Hongrie, par exemple) peut être très instructive pour les autres pays. Il faudrait trouver rapidement de nouvelles sources de données d'expérience (y compris d'ordre politique, juridique ou gestionnaire) qui se prêtent à un transfert.

2.5 Le besoin de connaissances nouvelles

Comme le montrent les paragraphes ci-dessus, les outils et les données d'expérience nécessaires pour pouvoir mettre en oeuvre la réforme des politiques de santé n'en sont pas tous au même stade d'élaboration et de diffusion. Il existe, ou l'on est en train de mettre au point, des instruments et des méthodes destinés à mieux comprendre les répercussions des politiques et des tendances macro-économiques sur la santé, à prévoir l'évolution des revenus et des coûts, à mieux comprendre les déterminants du comportement des consommateurs, à procéder à une analyse complète des activités sanitaires au niveau local, à établir des priorités, en estimant le fardeau de la maladie et les déterminants de la morbidité, et à mesurer le rapport coût/efficacité des interventions individuelles et des ensembles d'interventions. Des recherches au niveau national et global sont nécessaires afin de recenser les changements juridiques, organisationnels et financiers susceptibles d'encourager l'adoption d'ensembles d'interventions prioritaires acceptables, dans le secteur public comme dans le secteur privé. Des analyses comparatives devront également être effectuées afin de bien comprendre ce qui fonctionne et ce qui ne fonctionne pas et pourquoi.

3. Compte tenu des connaissances exigées, qui a besoin de quelles compétences? Où trouver ces compétences, et quelles nouvelles méthodes de formation adopter?

L'utilisation des années de vie corrigées du facteur invalidité (AVCI) dans le Rapport sur le développement dans le monde 1993, comme instrument pour l'établissement des priorités, associe les méthodes et les données propres à l'économie et à l'épidémiologie. Ces deux disciplines sont en effet nécessaires à une approche globale de la réforme du secteur de la santé mais, comme on l'a montré plus haut, ne sont pas suffisantes. Les perspectives offertes par les sciences comportementales et gestionnaires sont également nécessaires, ainsi que les apports non négligeables de la science politique et du droit. Le transfert de données d'expérience par les

praticiens de la réforme du système de santé (par opposition aux enseignants) est également très important. Or, seuls quelques rares spécialistes du secteur de la santé sont à même de posséder et de pouvoir utiliser toutes ces compétences.

3.1 *Qui a besoin de quelles compétences?*

Au niveau mondial, il peut être utile de schématiser grossièrement quelles sont les compétences nécessaires (voir tableau ci-après), étant entendu que celles-ci devront toujours être adaptées pour tenir compte des spécificités des pays (population, niveau d'instruction, etc.). Rares sont les personnes qui devront avoir des compétences professionnelles dans tous les domaines qui intéressent le processus de réforme.

Niveau décisionnel	Compétences requises (type et niveau)
Responsable au plus haut niveau (Ministre), Secrétaire d'Etat, Cabinet (secteur de la santé et secteurs apparentés)	Bien savoir quelles sont les contributions que peuvent apporter l'économie, l'épidémiologie, les sciences sociales, le droit ou les sciences politiques
Directeurs du plan ou du budget (secteur de la santé)	Compétences techniques professionnelles dans un ou plusieurs des domaines ci-dessus, aptitude à évaluer les apports techniques d'autres secteurs
Directeurs nationaux/régionaux de la santé, chefs de programme, équipes de gestion locale	Compétences professionnelles en épidémiologie, principes régissant l'affectation des ressources, systèmes intégrés de gestion, personnel, logistique, etc.
Compétences spécialisées (à l'intérieur ou à l'extérieur du secteur de la santé)	Economie sanitaire et financement de la santé, comptabilité de gestion, établissement de contrats, psychologie du comportement dans l'entreprise, relations industrielles, etc.

3.2 Où trouver ces compétences?

Le développement des capacités selon le modèle classique - formation et recherche sur les politiques - est assuré par toute une gamme d'institutions aussi bien dans les pays développés que dans les pays en développement et dans tous les domaines, mais rarement dans le but d'appuyer la réforme du système de santé. En partie du fait de la formation dispensée par les établissements de pays développés, et en partie du fait de leurs propres activités de formation, certains pays en développement se sont dotés d'un noyau de compétences en matière d'analyse des politiques de santé (Thaïlande, Philippines, Kenya, Mexique, par exemple), chargé à la fois de la recherche appliquée et de la formation. Un nombre beaucoup plus important de pays disposent de réservoirs de compétences analytiques et gestionnaires qui, moyennant un investissement minime, pourraient être réorientées sur les problèmes de santé et le secteur de la santé et constituer ainsi une base nationale solide à partir de laquelle le débat sur la réforme sanitaire pourrait avoir lieu (Inde, Chine, Egypte, Brésil, Russie, par exemple).

Les sources de soutien extérieur au développement du potentiel sont relativement peu nombreuses. Seul le Programme international pour une politique de santé est un organisme spécialisé dans ce domaine; il est axé sur l'apprentissage par la recherche sur les politiques. Depuis plusieurs années, divers programmes de l'OMS aident des institutions de pays en développement à mettre au point différents types d'activités de recherche et de formation en économie de la santé et gestion sanitaire, tout en parrainant des formations courtes dans les pays, portant sur des questions comme l'analyse des coûts, la récupération des coûts et le renforcement de la planification et de la gestion au niveau des districts. La Banque mondiale a coparrainé, à travers l'Institut de développement économique, un certain nombre de séminaires de formation à l'économie sanitaire, dont certains en collaboration avec l'OMS et d'autres organisations. La plupart des possibilités de formation classique (longue ou courte) dans ce domaine sont offertes par Cambridge et Boston, aux Etats-Unis d'Amérique, et Londres et York, au Royaume-Uni. Il faudrait élargir l'éventail des disciplines enseignées dans le cadre de la formation et de la recherche appliquée sur la réforme sanitaire à tous les domaines recensés dans les paragraphes précédents, et ne pas se borner à l'économie et à l'épidémiologie.

Il faut donc faire appel à un éventail beaucoup plus large d'institutions, et non pas uniquement aux départements universitaires actuellement spécialisés en santé internationale ou en économie sanitaire, pour trouver les compétences et l'expérience nécessaires.

- Certains pays, développés ou en développement, possèdent des instituts de gestion sanitaire à but non lucratif spécialisés dans le développement du potentiel national et le conseil technique (par exemple, l'Institut danois d'administration des hôpitaux, le Centre for Educational Development in Health d'Arusha, et le King's Fund en Grande-Bretagne).
- Il existe dans de nombreux pays des établissements de formation à l'administration publique qui assurent, ou pourraient assurer, une formation et une recherche dans le domaine de la réforme sanitaire.

- Il existe dans la plupart des pays des sources éventuelles d'appui technique dans le secteur privé (par exemple, pour la comptabilité de gestion, les achats ou l'entretien du matériel).
- Les pays où une réforme sanitaire a été entreprise depuis plusieurs années pourraient faire bénéficier les autres de leur expérience.

Certains conseillers ou gestionnaires de ces pays pourraient apporter beaucoup à d'autres pays. A l'heure actuelle, le transfert d'expériences ne se fait qu'à petite échelle et au coup par coup. On pourrait utiliser de façon beaucoup plus rationnelle les compétences et expériences dont on dispose - que ce soit à l'intérieur des pays ou entre pays. Une action plus planifiée et mieux coordonnée des organisations internationales actives dans le domaine de la santé pourrait servir de catalyseur à une amélioration de la rentabilité à ce niveau.

3.3 Quelles nouvelles méthodes de formation adopter?

Actuellement, on a recours à diverses stratégies de développement des capacités, qu'il s'agisse de programmes de formation postuniversitaire ou de formation sur le tas. Les cours existants sont souvent destinés à des personnes d'horizons très différents et exerçant des responsabilités très variées. Il semble que nous aurions beaucoup à gagner à repenser les activités de développement du potentiel du point de vue des pays, tout en axant le programme de formation sur un ensemble de sujets particulier (et sur un thème général). Actuellement, la formation est surtout dispensée dans le cadre de cours ou de travaux de recherche appliquée, mais c'est peut-être simplement parce que ces activités sont les plus simples à mettre en place.

L'efficacité des différentes formules et des différents établissements de formation n'a été que très peu évaluée, de même que l'on n'a pas beaucoup expérimenté les méthodes d'enseignement à distance, la formation des formateurs, ou encore les stratégies de développement des institutions, par exemple. Il faut davantage prendre en considération le coût et l'efficacité des activités de formation selon qu'elles ont lieu dans le pays, à l'échelon de plusieurs pays, ou au niveau international. Un examen des méthodes et de leur efficacité, ainsi que des groupes cibles et des domaines enseignés, est également nécessaire.

4. Renforcement du partenariat afin de soutenir le développement des capacités pour la réforme du système de santé: options possibles

Il est essentiel que la réforme du système de santé aux niveaux national et international soit soutenue par un partenariat international qui garantisse qu'un volume de ressources suffisant est consacré au processus et que ces ressources sont utilisés de façon efficace et efficiente.

Ce partenariat doit concilier les activités et les recherches nécessaires sur les problèmes généraux au niveau mondial, qui peuvent être analysés et promus au niveau central, et une action essentielle au niveau des pays - en particulier en ce qui concerne les problèmes liés à l'exécution - ancrée dans les réalités économiques, politiques et culturelles de chaque pays.

Afin de mieux répondre aux besoins des programmes nationaux et à ceux de la communauté internationale, les mécanismes mis en place devront donner un "droit de regard" aux nombreux participants, y compris les principaux donateurs et les pays en développement eux-mêmes, dont on attend non seulement qu'ils apportent des ressources, mais aussi qu'ils jouent un rôle déterminant dans le processus de réforme lui-même; c'est pourquoi un juste équilibre d'intérêts et d'expériences doit être établi.

Trois grandes options sont donc possibles. La première est celle du "changement minimum", qui consisterait simplement à mettre à profit l'impulsion donnée par le Rapport sur le développement dans le monde 1993 pour signaler la nécessité d'accorder une priorité accrue et davantage de ressources aux organismes qui s'emploient actuellement à développer les capacités analytiques pour l'élaboration et la mise en oeuvre des politiques de santé dans les pays en développement. Il faudrait organiser régulièrement des réunions internationales afin de rassembler les principaux intéressés et, éventuellement, envisager des activités conjointes. Fondamentalement, les institutions continueraient de traiter ces questions comme elles l'ont toujours fait.

La deuxième option est tout à fait à l'opposé. Elle consisterait à créer une entité ad hoc dont le mandat général se fonderait sur le même objectif. Cette entité pourrait prendre diverses formes. Il pourrait s'agir d'une commission internationale dotée de ressources et d'un programme d'action, à l'image de la Commission indépendante de la Recherche en Santé, dont les tâches seraient définies et l'action suivie par un organe consultatif représentant des groupes tels que celui qui se réunit à Ottawa. Ou bien il pourrait s'agir d'une structure beaucoup plus importante et plus permanente, telle que la Fondation pour le développement du potentiel en Afrique.

Le reproche que l'on pourrait faire à la première option est de manquer de dynamisme et de continuité. La deuxième option suppose certainement des doubles emplois - en effet, quelles sont les institutions parmi celles qui participent à la présente réunion qui se considèrent comme totalement inactives dans le domaine du développement des capacités pour l'analyse de la politique sanitaire? Par ailleurs, au moins un organisme, le Programme international pour une politique de santé, a d'ores et déjà cette seule vocation.

La troisième option consisterait à mettre en place un réseau. Les nombreuses parties intéressées constitueraient un réseau, lequel, au même titre que chacun de ses maillons, aurait des fonctions clairement définies. Il devrait s'articuler autour d'un pivot central et, surtout, devrait permettre aux pays en développement engagés dans un processus de réforme d'avoir accès, moyennant un

mécanisme approprié, à d'autres pays menant la même expérience ou ayant des préoccupations analogues, ainsi qu'aux institutions du réseau qui leur fourniraient informations, conseils techniques et financement à long terme.

Afin d'appuyer et de diriger un tel réseau, une initiative internationale pour la réforme sanitaire pourrait être lancée avec l'appui d'un petit groupe d'organisations parrainantes qui s'engagerait à fournir des moyens financiers et des ressources en personnel.

Ce petit groupe d'organisations parrainantes pourrait également être chargé de diriger l'initiative pour le compte d'un plus grand nombre de participants, qui comprendraient des institutions collaboratives, des représentants de pays en développement, des représentants d'organismes de développement bilatéraux et d'autres organisations des Nations Unies. Ce groupe plus large pourrait se réunir au sein d'un groupe consultatif mondial, qui pourrait par la suite évoluer vers un "conseil conjoint de coordination" (pour reprendre le nom d'une structure analogue du Programme spécial PNUD/Banque mondiale/OMS de recherche et de formation concernant les maladies tropicales - TDR). Un groupe d'experts indépendant pourrait aussi éventuellement être chargé de fournir des avis et de guider cette initiative. Il s'agirait de personnalités qui siègeraient à titre personnel en tant que spécialistes de tel ou tel domaine.

Le but n'est pas de donner des pouvoirs à une grande administration centrale, mais plutôt de donner des pouvoirs à un réseau d'institutions et de pays collaborateurs qui serait le principal moteur de l'initiative et définirait les principaux axes de la recherche-développement, de la collecte de données, du débat sur les questions générales relatives à la réforme des politiques de santé et à la mise en oeuvre de cette réforme dans les pays, en s'efforçant de surmonter les obstacles à l'amélioration de la santé et de la prestation des soins de santé.

Le secrétariat du réseau jouerait le rôle de catalyseur et contribuerait lui-même à plusieurs domaines essentiels: recherche et développement sur l'amélioration des instruments d'analyse et de mise en oeuvre des politiques; mobilisation de l'aide en faveur du renforcement des capacités nationales et institutionnelles en vue de la réforme (surtout, mais pas exclusivement, dans les pays en développement); analyse de l'information reçue afin de jouer un rôle directeur en fixant un calendrier d'action pour la réforme des politiques sanitaires; et promotion du processus de réforme lui-même et participation à celui-ci dans les pays.

Les dimensions et les fonctions du secrétariat du réseau resteraient à définir, mais il faut envisager, au minimum, une fonction de centre d'information; les activités de recherche-développement sur la charge mondiale de la morbidité et le rapport coût/efficacité des interventions commencées avec le Rapport sur le développement dans le monde 1993 devraient être poursuivies en partenariat avec les autres institutions collaboratrices.

L'OMS considère que son rôle immédiat dans ce processus est double: premièrement, il s'agit d'intensifier ses activités d'appui aux pays pour promouvoir la réforme du secteur de la santé; et, deuxièmement, de mettre en place un ensemble de relations plus régulières, systématiques et durables avec d'autres partenaires de par le monde, dans les pays développés comme dans les pays en développement.

L'OMS a une proposition à faire à titre de contribution aux discussions qui devront avoir lieu. Elle offre d'accueillir le secrétariat de l'initiative en étroite partenariat avec les organisations parrainantes. Mais elle reste, bien entendu, ouverte à toute autre proposition.

Renforcement de la contribution de la recherche en santé

Enjeux, besoins, possibilités et questions

I. Enjeux

La recherche en santé peut sûrement apporter une importante contribution au développement et au bien-être de l'homme. Dans ses réflexions sur la santé, le Rapport sur le développement dans le monde 1993 (RDM) de la Banque mondiale livre d'éloquents indications sur l'importance de l'amélioration de la santé pour le développement et cite maints exemples à l'appui de sa conclusion selon laquelle les «investissements de recherche-développement dans le domaine de la santé ont largement contribué à l'amélioration de la situation sanitaire dans le monde»¹. Le RDM corrobore ainsi les constatations d'un rapport antérieur, celui de 1990 de la Commission sur la recherche en santé au service du développement².

Les cas où la recherche a concouru au progrès sanitaire abondent. Le RDM en donne une importante suite d'exemples et fait remarquer que «le programme de recherche sur les maladies tropicales et le programme de recherche en reproduction humaine, financés par les donateurs et exécutés par l'OMS, ont permis de mettre au point ou d'améliorer un certain nombre de médicaments et de tests de diagnostic...»³ Le rapport de la Commission décrit le rôle de premier plan de la recherche dans la réussite de la campagne mondiale contre la variole, dans la mise au point de vaccins lyophilisés et thermostables et d'aiguilles bifurquées permettant aux préposés d'immuniser un grand nombre de gens après une brève formation, ainsi que dans la recherche sur le terrain par laquelle on a pu dans le programme accorder plus d'importance à la surveillance qu'à l'immunisation en masse⁴. Beaucoup d'autres exemples s'imposent à l'esprit, et notamment celui de la création d'une thérapie de réhydratation buccale au Centre international de recherche sur les maladies diarrhéiques au Bangladesh (ICDDR,B) et les organismes qui collaborent avec ce centre.

¹ Banque internationale pour la reconstruction et le développement, Rapport sur le développement dans le monde 1993 : investir dans la santé, New York, Oxford University Press, 1993, p. 175.

² Commission sur la recherche en santé au service du développement, Health Research: Essential Link to Equity in Development, New York, Oxford University Press, 1990.

³ Rapport sur le développement dans le monde 1993, p. 175.

⁴ Health Research, p. 15.

Et pourtant, quelque impressionnants que soient ces apports, il n'y a personne - et surtout pas les auteurs des deux études précitées - qui oserait prétendre que les programmes de recherche sanitaire dans le monde comme ils se présentent actuellement réalisent plus qu'une fraction de tout leur potentiel. Avec des améliorations, le système mondial de recherche en santé pourrait apporter beaucoup plus qu'il ne l'a fait jusqu'ici. Voici quelques-uns des points à améliorer que l'on évoque le plus fréquemment :

A. Quantité et qualité

Bien que les limites des données nous empêchent de tirer des conclusions solides, la recherche sur les problèmes de santé des pays en développement semble avoir piétiné ou reculé ces dernières années sur le plan quantitatif. Comme le signale le RDM (et un des autres documents de fond de la Conférence d'Ottawa), l'importance quantitative de l'aide au développement dans le domaine de la santé - une des principales sources d'aide à la recherche en santé - est restée la même par habitant, tout en fléchissant en valeur relative⁵. Abordant plus directement la question de la recherche sanitaire à proprement parler, la Commission fait remarquer que «si on ne dispose pas de données solides, on pense cependant que l'investissement en recherche sur les problèmes de santé des pays en développement a probablement plafonné ou diminué depuis dix ans...»⁶

Et le RDM et le rapport de la Commission font valoir tout l'intérêt de renverser la vapeur en désignant tous les secteurs qui devraient commander l'attention. Pour la Commission, on doit privilégier la recherche au niveau national, et en particulier ce qu'elle appelle la recherche nationale essentielle en santé (RNES), c'est-à-dire la recherche à spécificité nationale qui porte «sur les besoins sanitaires, les profils de morbidité, l'affectation des ressources, l'évaluation des programmes, le financement de la santé et d'autres questions relatives aux objectifs et au fonctionnement du système de santé d'un pays»⁷. Dans le RDM, on confirme l'intérêt de cette recherche nationale et on examine aussi les besoins de recherche sur le plan international⁸.

La qualité importe autant que la quantité, bien sûr, et il est difficile de ne pas avoir l'impression que le gros de la recherche qui se fait aujourd'hui est d'une qualité scientifique insuffisante pour livrer des constatations valables. La Commission aborde franchement la question et évoque les nombreuses contraintes auxquelles se heurtent les chercheurs des pays en développement pour

⁵ Rapport sur le développement dans le monde 1993, p. 172.

⁶ Health Research, p. 36.

⁷ Ibid., p. 20.

⁸ Rapport sur le développement dans le monde 1993, p. 162-164.

conclure que «la qualité de la recherche, qui est manifestement un paramètre difficile à mesurer, tend à rester marginale dans bien des cas, restreignant la confiance que l'on peut avoir dans l'utilité des résultats de la recherche»⁹.

B. Utilité

Un argument lié et peut-être encore plus probant pour la réforme et l'extension de la recherche en santé est celui de l'importance de garantir l'utilité de la recherche sur le plan de l'amélioration de la santé. L'utilité restreinte d'une grande partie de la recherche qui se fait aujourd'hui en santé ressort particulièrement par rapport aux besoins sanitaires des pauvres. Comme le disent les membres de la Commission, «nous avons constaté un manque flagrant de concordance entre le fardeau de la maladie, dont le plus clair échoit au Tiers-Monde, et l'investissement en recherche sanitaire, qui porte dans une mesure prépondérante sur les problèmes de santé des pays industrialisés»¹⁰. En 1986, selon ces mêmes membres, 5 % seulement de toute la recherche en santé avait directement pour objet les problèmes sanitaires des pays en développement, où habite 80 % environ de la population du globe. Pour chaque année de vie possible perdue, on dépensait dans les pays en développement uniquement la moitié de 1 % de ce qu'on investissait dans les pays industrialisés¹¹.

On pourrait puiser dans le RDM et à d'autres sources de nombreux autres exemples précis de cette difficulté. Ainsi, les aspects démographiques du besoin ou l'incidence éventuelle sur les conditions sanitaires n'entrent guère en jeu dans bien des cas lorsqu'on établit des priorités de recherche en santé. C'est pourquoi on constate tant d'écarts saisissants et l'extrême insuffisance des sommes qui vont à la recherche sur une foule de questions présentant un intérêt tout particulier pour un très grand nombre de pauvres¹². On néglige la mise au point de produits, l'évaluation technologique et les politiques sanitaires¹³. Les systèmes d'information sur la santé absorbent d'abondantes ressources, mais donnent peu de renseignements pouvant servir à la gestion des programmes¹⁴.

Une grande partie de la recherche en santé est aussi taxée d'inutilité parce que, même si elle porte sur ce que les épidémiologistes considèrent comme des questions importantes, elle peut ne pas répondre aux soucis sanitaires les plus pressants des décideurs et de la population en général.

⁹ Health Research, p. 47.

¹⁰ Ibid., p. xvii.

¹¹ Ibid., p. 29.

¹² Rapport sur le développement dans le monde 1993, p. 159.

¹³ Ibid., p. 176.

¹⁴ Ibid., p. 155.

C. Coordination

Le manque de coordination est la bête noire de tous. Tout le monde peut en donner de noirs exemples. Le RDM est très précis quand il fait voir les dangers du morcellement et illustre les risques et les mesures correctives prises¹⁵.

La mauvaise coordination dans la recherche en santé s'observe à bien des niveaux et peut évidemment coûter cher. Ce sont les chercheurs et les organismes d'aide qui les financent qui héritent de ce coût :

- Pour le chercheur, le morcellement des organismes d'aide accroît largement le temps et les efforts que l'on doit consacrer à des montages financiers cohérents et assez importants pour que des activités puissent utilement s'exercer. C'est autant de temps et d'énergie perdus pour la recherche même et sa productivité. Parfois, les problèmes engendrés par le morcellement peuvent tourner à la catastrophe. Ainsi, un institut africain bien en vue de recherche sanitaire sur le terrain a fait faillite malgré un généreux financement de ses projets dans une foule de domaines par un certain nombre d'organismes d'aide, et ce, à cause d'un soutien insuffisant de ses fonctions administratives de base.
- Pour l'organisme d'aide, les coûts sont également de taille. Tout ce qui rend le chercheur moins efficace diminue d'autant le rendement de l'aide à la recherche. Le morcellement et le manque de coordination sont aussi synonymes de double emploi avec le gaspillage qui l'accompagne.

On ne doit pas non plus abuser de la coordination. Une certaine diversité parmi les organismes d'aide peut largement contribuer à enrichir les choix de sujets et de méthodes qui s'offrent aux chercheurs. Ajoutons que, avec l'incertitude inhérente à la recherche, la concentration est de nature à augmenter nettement les risques. Il pourrait se révéler beaucoup moins productif d'affecter tous les fonds de recherche à une seule activité que de diversifier la stratégie de financement, car l'activité ainsi privilégiée pourrait être en réalité moins prometteuse qu'on ne l'escomptait.

Pour la plupart des chercheurs et des représentants d'organismes donateurs, les dangers d'une coordination insuffisante paraîtront probablement bien plus pressants que les risques d'une coordination excessive que nous venons d'évoquer. En fait, la nécessité d'une meilleure coordination est sans doute une des rares questions d'aide à la recherche en santé sur lesquelles semblent s'entendre les organismes d'aide et les chercheurs en santé dans les pays en développement.

¹⁵ Ibid., p. 174-175.

II. Besoins

Pour les raisons indiquées, on se doit sûrement de renforcer la contribution de la recherche en santé. À regarder les choses de plus près, on peut dégager trois besoins particuliers, chacun découlant d'un des trois enjeux mentionnés à la section précédente. Ce sont des besoins auxquels on doit répondre au niveau tant national qu'international. Les voici :

A. Développement des compétences

On doit se soucier de développement des compétences si on éprouve le besoin de relever, comme nous l'avons signalé plus haut, la quantité et la qualité de la recherche en santé. On s'est particulièrement intéressé à cette création de capacités sur le plan national, surtout en ce qui concerne les pays en développement. Pour beaucoup, cette activité doit viser à l'utilisation la plus appropriée des ressources supplémentaires là où on doit renforcer les infrastructures de recherche pour qu'un surcroît de financement mène à des résultats de haute qualité. L'utilité du développement des compétences ne se limite nullement aux pays en développement. On peut aussi songer à raffermir les capacités internationales en recherche sur les problèmes sanitaires des régions pauvres en créant, par exemple, dans les pays industrialisés ou les pays avancés du Tiers-Monde des instituts internationaux qui feront de la recherche ou serviront de centres de ressources pour la recherche.

La création de capacités a été un thème particulier de la Commission, dont le rapport fait valoir que «le renforcement des capacités de recherche des pays en développement est un des moyens les plus puissants, rentables et durables de promotion de la santé et du développement»¹⁶. Cet organisme et ceux auxquels il a fait place ont cultivé activement ce thème, et un important exposé stratégique sur le renforcement des compétences en recherche est actuellement en chantier.

B. Recherches prioritaires

Si pressant que soit indubitablement le besoin d'un relèvement des capacités, peu de gens diront que c'est là tout le problème, car on dispose déjà d'une grande capacité, en particulier au niveau international et dans nombre de pays industrialisés. Comme nous l'avons indiqué plus haut, on doit affecter plus efficacement cette capacité à l'étude des questions d'intérêt pour l'amélioration des conditions sanitaires. En d'autres termes, on doit rendre beaucoup plus utiles les recherches entreprises.

Un des meilleurs exemples est celui de la recherche spécifique sur les maladies où on s'est doté de capacités bien supérieures à celles d'autres secteurs. Du RDM se dégagent trois grandes considérations susceptibles de guider les gens dans l'établissement des priorités de recherche-développement, surtout au niveau international : l'importance numérique des décès et des

¹⁶ Health Research, p. 71.

invalidités causés par une maladie ou une affection déterminée, la disponibilité de techniques de lutte présentant un bon rapport efficacité-coût, la possibilité de mettre au point des interventions d'une plus grande efficacité-coût. La priorité en recherche irait à la découverte de méthodes de lutte contre les maladies qui font beaucoup de victimes (mortalité et invalidité) si les méthodes actuelles sont insuffisantes ou si les possibilités de concevoir des interventions plus rentables (efficacité-coût) sont bonnes. À l'annexe A, on donne des exemples de priorités de recherche que pourrait nous indiquer une telle démarche.

Il n'y a sûrement pas que dans la recherche spécifique sur les maladies que la nécessité de rendre les travaux plus utiles se fasse sentir. Il existe des besoins criants dans d'autres domaines. Ainsi, le RDM s'étend longuement sur les questions de politiques que soulève une transformation de structures qui fait passer du dirigisme à une orientation «marché» dans les systèmes de santé d'un grand nombre de pays en développement. Les artisans des politiques ont un urgent besoin de données de recherche des économistes et des spécialistes des sciences sociales pour bien aborder les questions nouvelles suscitées par cette évolution. Ils doivent également s'appuyer sur les milieux de recherche en sciences sociales pour s'attaquer aux facteurs qui, dans le cadre social et les rapports hommes-femmes, créent des différences d'état de santé entre les groupes, ainsi que comprendre les comportements au sein des ménages qui influent autant sur les conditions sanitaires.

C. Consultation

Le troisième besoin, qui découle de l'insuffisance des mécanismes actuels de coordination, est celui d'une concertation plus étroite et plus efficace des représentants des organismes d'aide et des milieux de recherche dans les pays en développement. Il est sûr qu'on consulte déjà beaucoup grâce à des réunions internationales fréquentes, mais revêtant un caractère spécial dans bien des cas, comme celle qui se tient à Ottawa, grâce aussi au comité consultatif de l'OMS sur la recherche en santé et à des mécanismes nationaux comme ceux dont parle le RDM à propos du Zimbabwe, du Bangladesh, du Mozambique et du Sénégal¹⁷.

Et malgré tout, les problèmes de coordination que nous avons évoqués subsistent toujours. On a manifestement besoin de quelque chose de mieux. Le document de la Conférence d'Ottawa sur l'augmentation et la réorientation de l'aide extérieure en santé porte sur la coordination nationale des mouvements globaux de ressources. Beaucoup diront qu'il faut quelque chose de comparable en recherche sanitaire au niveau tant national qu'international.

¹⁷ Rapport sur le développement dans le monde 1993, p. 175.

III. Possibilités

Une fois les besoins constatés, on devra examiner les possibilités de les satisfaire et mettre en place des mécanismes appropriés à cette fin. Comme les possibilités à privilégier dépendront de la nature des besoins à combler, il serait prématuré de procéder à une évaluation détaillée des options qui s'offrent avant même que n'ait lieu à Ottawa le débat sur les besoins.

Il est toutefois et possible et important de commencer du moins à réfléchir aux possibilités. On peut peut-être le mieux y parvenir en se reportant à un ensemble de possibilités en guise d'illustration. Ce que nous présentons ici, c'est un petit nombre de possibilités retenues selon la fréquence de leur apparition dans l'examen récent des questions d'utilité et de coordination.

Dans toute possibilité à envisager, il faudrait sûrement prévoir une place de choix pour les organismes internationaux qui ont joué un rôle si constructif jusqu'ici dans le dossier international de la santé. On doit sans doute songer à l'Organisation mondiale de la santé comme chef de file international dans la recherche sanitaire, à la Banque mondiale comme principal organisme de financement multilatéral des activités en santé qui, par ailleurs, a si bien su attirer l'attention dans son Rapport sur le développement dans le monde 1993 sur les questions pressantes que nous avons mentionnées au départ, et enfin au Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD) qui a déjà fait la preuve qu'il pouvait collaborer avec l'OMS et la Banque mondiale dans le cadre d'initiatives de santé interagences.

Une nette possibilité serait de laisser un ou plusieurs de ces organismes s'occuper des besoins constatés soit à sa manière soit dans le cadre d'une mission ou d'un mandat précis recommandé par les participants à la Conférence d'Ottawa. On peut également penser à de nombreuses possibilités d'après les expériences récentes en santé et dans des domaines de développement voisins.

Nous présentons quatre de ces possibilités de compléter le travail actuel des organismes internationaux de premier plan. Dans chaque cas, il s'agit de mécanismes pouvant permettre de s'attaquer aux enjeux et aux besoins mentionnés plus haut. Pour les deux premières, il est question d'institutions s'occupant déjà de recherche en santé et, pour les deux autres, de mécanismes qui ont bien fonctionné dans d'autres secteurs de développement. Les quatre ne s'excluent nullement les unes les autres : une pourrait être appropriée à certains besoins et une autre au reste; on pourrait aussi envisager des options de rechange qui réuniraient les meilleures caractéristiques des quatre.

A. Imitation des programmes de la recherche sur les maladies tropicales (RMT) et de la reproduction humaine (RH)

Les programmes RMT et RH du PNUD, de la Banque mondiale et de l'OMS sont assez bien connus dans les milieux de la santé pour qu'on n'ait pas à s'y attarder. Comme l'indique le passage du RDM cité au départ, leurs résultats sont dignes de mention.

Chacun s'est signalé dans son activité par l'efficacité avec laquelle il a répondu aux trois besoins énumérés à la section II dans ses domaines d'intérêt. Il a en effet suscité beaucoup de recherches sur ses questions prioritaires, s'est activement occupé de création de capacités et a privilégié une consultation active entre organismes d'aide en matière d'établissement et d'application de priorités.

Une des possibilités que l'on pourrait envisager consisterait à créer des programmes comme les programmes RMT et RH dans d'autres domaines de recherche en santé. Ainsi, on pourrait imaginer un programme du type RMT-RH consacré à une ou à plusieurs des grandes priorités de l'annexe A en ce qui concerne l'étude des maladies ou encore aux questions de réforme du secteur de la santé.

B. Liens avec le Conseil de la recherche en santé au service du développement (CRSD)

Le CRSD succédait récemment à la Commission sur la recherche en santé au service du développement, dont le rapport de 1990 tient une si grande place dans le présent exposé. Il a à sa tête un groupe de représentants d'organismes d'aide et de décideurs clés en recherche sanitaire dans les pays en développement. À l'heure actuelle, le CRSD a pour principale activité de coordonner les travaux d'établissement local de priorités en recherche nationale essentielle en santé (RNES) dans 15 ou 20 pays d'Afrique, d'Asie et d'Amérique latine. Il bénéficie de l'appui d'un consortium d'organismes donateurs dirigé par le CRDI canadien et la SAREC suédoise. Il a un petit secrétariat à Genève.

Jusqu'à présent, le CRSD s'est plus employé à répondre (en partie) aux trois besoins énumérés à la section précédente qu'à aborder d'autres besoins. Il a voulu plus particulièrement stimuler la recherche prioritaire au niveau national, sans s'intéresser autant à la recherche au niveau international. Il a peu fait jusqu'ici dans le domaine du développement de compétences, mais a commencé à s'intéresser à la question à l'occasion de l'élaboration de l'exposé stratégique dont nous avons parlé plus haut. Représentant une initiative à financement multisources, il s'est révélé fort efficace en réunissant les représentants des pays donateurs et des pays en développement pour un examen des questions d'intérêt commun.

Comme ses dirigeants sont les premiers à l'admettre, le CRSD en est encore aux balbutiements. C'est pourquoi on doit se demander de combien de tâches il devrait se charger à un stade aussi hâtif. On s'accorde cependant à dire qu'il mérite d'être renforcé et qu'il importe toujours de l'encourager à assumer des responsabilités supplémentaires dès qu'il le pourra.

C. Exemple du Groupe consultatif pour la recherche agricole internationale (GCRAI)

Le GCRAI est un consortium d'organismes donateurs qui, tous les ans, procure pour 260 millions d'aide à presque une vingtaine de centres internationaux de recherche agricole, surtout dans le Tiers-Monde. L'organisme et ses centres ont apporté une contribution largement

reconnue à la recherche agronomique, notamment par la mise au point de variétés de blé à haut rendement au centre mexicain et de variétés de riz très productives aux Philippines.

Sur les trois besoins indiqués à la section précédente, il a manifestement réussi à en combler deux. Il a d'abord stimulé des recherches hautement prioritaires sur des cultures déterminées dans les centres internationaux auxquels il vient en aide. Il a ensuite facilité la coordination des efforts d'un grand nombre d'organismes d'aide dans la mobilisation financière de soutien de la recherche. Il est moins connu pour avoir créé des capacités ou appuyé la recherche au niveau national.

On s'est beaucoup intéressé à la possibilité de mettre en place des mécanismes du type GCRAI dans le domaine de la santé. Le RDM¹⁸ en parle, tout comme des recensions de ce document¹⁹. Le rapport de la Commission s'étend aussi quelque peu sur la question. Celle-ci a jugé l'expérience GCRAI hautement instructive pour le secteur de la santé. En général, elle y voyait le meilleur moyen de renforcer les instituts nationaux et pensait que l'on devrait garder pour les cas spéciaux des centres internationaux comme ceux que soutient le GCRAI²⁰.

Ainsi, il serait peut-être souhaitable qu'un organisme du type GCRAI se charge de la coordination et de l'obtention de fonds pour une diversité d'organismes de recherche en santé. Il pourrait peut-être s'agir des principaux programmes nationaux de recherche sanitaire, de certains réseaux internationaux qui visent à renforcer les instituts nationaux de recherche (réseaux RMT et RH et réseaux du Groupe Puebla) et de quelques organismes internationaux (comme l'ICDDR,B).

D. Exemple du consortium d'organismes donateurs dans le domaine de l'éducation en Afrique (DÉA)

Le consortium DÉA réunit une quarantaine d'organismes d'aide internationaux, nationaux et privés. Il a vu le jour en 1988 dans le prolongement d'un rapport de la Banque mondiale sur l'éducation en Afrique. Il se veut une tribune pour un dialogue, une consultation et une planification en matière de politiques entre gouvernements africains et organismes d'aide et aussi entre organismes donateurs. Un comité de direction formé de représentants des milieux africains de l'enseignement et des organismes d'aide veille sur ses activités qui sont de trois ordres : dialogue permanent sur les politiques possibles par des rencontres régulières des membres du DÉA; soutien des débats et des recherches par des groupes de travail s'occupant de sujets précis (manuels, enseignement supérieur, création de compétences en recherche, etc.) et organisés par les différents organismes participants; diffusion des résultats des activités des groupes de travail

¹⁸ Ibid., p. 176.

¹⁹ Il y a, par exemple, la recension de la revue Science sur le Rapport sur le développement dans le monde («World Bank Report Calls for Network to Bolster Research», Science, vol. 261, n° 5118, 9 juillet 1993, p. 155).

²⁰ Health Research, p. 58-60.

et des débats sur les questions de politiques. Le secrétariat DÉA, d'abord logé à la Banque mondiale, se trouve aujourd'hui à l'Institut international de planification de l'éducation à Paris.

Jusqu'ici, le DÉA s'est plus intéressé aux questions de consultation et de coordination qu'aux deux autres besoins mentionnés à la section II en ce qui concerne la recherche sanitaire, à savoir le développement des compétences et l'aide à la recherche prioritaire, aspects qui n'ont cependant pas été délaissés. Comme on l'a signalé, il y a un groupe de travail qui étudie directement tout ce qui est création de capacités pour la recherche en éducation. Ajoutons que certains groupes de travail DÉA ont apporté de l'aide à la recherche.

Dans les milieux éducatifs africains, les gens sont particulièrement nombreux à voir l'intérêt des activités DÉA, et c'est pourquoi on pourrait envisager quelque chose de semblable dans le domaine de la santé. Le cas échéant, un organisme comparable pourrait tabler sur les points forts du DÉA en consultation et rendre plus dynamiques les volets «développement de compétences» et «aide à la recherche».

IV. Questions

La question de base qui se pose à la Conférence d'Ottawa est de savoir quelle possibilité d'intervention convient le mieux aux besoins et aux enjeux relevés. On pourrait sans doute mieux aborder la question en deux étapes. Il s'agit d'abord de passer en revue les enjeux, besoins et possibilités évoqués dans les sections qui précèdent pour voir si ce sont les plus importants et apporter au besoin des modifications. Il s'agit ensuite de reconnaître, parmi les options envisagées, celle qui peut le mieux répondre aux besoins jugés primordiaux.

A. Première étape

En première étape, on pourrait se poser les questions suivantes :

1. *Enjeux* : À la section I, on a fait mention de trois enjeux souvent débattus dans le domaine de la recherche sanitaire, à savoir ceux de la quantité et de la qualité, de l'utilité et de la coordination.

- S'agit-il des questions les plus importantes ou y en a-t-il de plus prioritaires?
- Parmi ces trois enjeux, y en a-t-il qui soient beaucoup plus importants que les autres? Ainsi, quelqu'un soutiendrait-il par exemple, à l'encontre de ce que nous avons dit à la section I, que le gros de la recherche qui se fait actuellement en santé intéresse de près les problèmes de santé des pays en développement et que, par conséquent, la question de l'utilité n'est pas primordiale?

2. *Besoins* : À la section II, nous avons parlé de trois besoins découlant des trois enjeux évoqués à la section I; ces besoins sont liés au développement des compétences, aux recherches

prioritaires et à l'efficacité de la consultation.

- Ces besoins sont-ils ceux qui découlent le plus logiquement des enjeux mentionnés?
- Quelle est l'importance relative de chacun de ces besoins? Ainsi, devrait-on attacher plus d'importance au renforcement des capacités de recherche, plus particulièrement dans les pays en développement, ou à l'affectation des capacités existantes à des recherches prioritaires?
- A-t-on bien décrit les divers besoins? Pour ce qui est des recherches prioritaires par exemple, peut-on dégager les principaux enjeux par une démarche épidémiologique comme celle que nous proposons à la section II ou devrait-on privilégier une autre méthode en s'en remettant, par exemple, aux vues de la population servie ou des décideurs sur les questions qui présentent le plus d'intérêt pour eux?

3. *Possibilités* : À la section III, nous avons constaté l'importance de l'Organisation mondiale de la santé, de la Banque mondiale et du PNUD comme mécanismes possibles. Nous avons ensuite suggéré quatre possibilités, chacune étant fondée sur des modèles qui ont donné ou pourraient donner de bons résultats dans d'autres secteurs de la santé et du développement (RMT-RH, CRSD, GCRAI et DÉA).

- Bien sûr, ce ne sont là que quatre des nombreuses possibilités auxquelles on aurait pu songer²¹. Y en a-t-il d'autres qui sont encore plus prometteuses ou dont les caractéristiques sont particulièrement dignes de mention?

B. Seconde étape

Une fois établi l'éventail des enjeux importants, des besoins pressants et des possibilités intéressantes, un choix s'impose. Pour progresser, il faudra retenir parmi les possibilités qui s'offrent celle qui convient le mieux aux besoins constatés.

Pour faire ce choix sans doute difficile, il faudra répondre à de nombreuses questions, dont les suivantes :

- Les organismes et les programmes en place peuvent-ils suffire à relever la quantité, la qualité et l'utilité de la recherche en santé autant qu'on le souhaite ou encore à répondre

²¹ Ainsi, dans le rapport CRSD sur le renforcement des capacités de recherche (voir plus haut), il est question des enseignements à tirer du Réseau international d'amélioration du Lathyrus Sativus et d'éradication du lathyrisme (INISEL).

à tout autre besoin reconnu par les participants à la Conférence? Ou devra-t-on lancer une initiative spéciale?

- Sur quoi devrait porter en particulier toute initiative de ce genre? Ainsi, devrait-on mettre l'accent sur la recherche essentielle au niveau national ou à la recherche internationale sur les questions d'intérêt mondial? Devrait-on accorder la priorité au renforcement des capacités, à la promotion de la recherche sur les questions hautement prioritaires à l'aide des capacités en place ou à la recherche d'une consultation plus efficace entre donateurs, décideurs et (ou) chercheurs?
- Comment devrait-on organiser et gérer une telle initiative? Devrait-on la confier à un ou à plusieurs des organismes internationaux de premier plan ou vaudrait-il mieux mettre en place des mécanismes supplémentaires? Quelles seraient les principales caractéristiques de ces mécanismes?
- Qui paierait? Combien d'argent les organismes donateurs qui participent à la Conférence d'Ottawa seraient-ils disposés à consacrer à tout projet intéressant issu de la rencontre?

Exemples de priorités de financement de la recherche et de la mise au point de produits qui se dégagent de l'examen de l'importance de maladies déterminées, du rapport efficacité-coût des interventions actuelles et des perspectives d'innovation

Maladie	Importance de la morbidité et de la mortalité précoce dans les pays en développement*	Rapport efficacité-coût des interventions actuelles	Exemples de priorités de recherche pour la prévention, le traitement et la gestion des cas
Mortalité périnatale et maternelle	125	Il existe des interventions efficaces par rapport au coût dans la plupart des cas.	Recherche «opérationnelle» en vue d'abaisser le coût des interventions et d'en faciliter l'exécution en région rurale.
Infections pulmonaires	119	Il existe un traitement efficace par rapport au coût pour environ 40 % des infections pulmonaires aiguës (qui réagissent aux antibiotiques); le respect du mode de médication par le patient pose un problème.	Recherche «opérationnelle» sur les façons rentables de réduire la pollution de l'air intérieur; régimes antibiotiques peu coûteux ou simplifiés; diagnostics peu coûteux, simples et sûrs; vaccin antipneumococcie.
Maladies diarrhéiques	99	La thérapie de réhydratation buccale est efficace par rapport au coût, mais ne convient comme traitement que dans environ 40 % des cas.	Vaccins contre la rotavirose et l'entérotoxigénie (<i>Escherichia coli</i>); vaccin amélioré contre le choléra; façons de renforcer l'hygiène; meilleure gestion des cas de diarrhée persistante; prévention de la diarrhée par la promotion de l'allaitement maternel et l'amélioration du sevrage.
Maladies infantiles (coqueluche, poliomyélite, diphtérie, rougeole et tétanos)	67	Il existe des modes d'immunisation efficaces par rapport au coût, mais la population doit être mieux couverte.	Vaccins nouveaux ou améliorés pour réduire la propagation, administration des vaccins plus tôt dans la vie et accroissement de la thermostabilité dans certains cas.
Tuberculose	46	Il existe des interventions efficaces par rapport au coût; la résistance aux médicaments et le respect des protocoles posent des problèmes.	Recherche «opérationnelle» sur un meilleur respect des protocoles; obtention d'instruments de contrôle de la résistance aux médicaments; simplification des diagnostics à l'intention des centres de santé; nouveaux protocoles moins coûteux de médication.

*Millions d'années de vie après rajustement en fonction des cas d'invalidité.

Exemples de priorités de financement de la recherche et de la mise au point de produits qui se dégagent de l'examen de l'importance de maladies déterminées, du rapport efficacité-coût des interventions actuelles et des perspectives d'innovation

Maladie	Importance de la morbidité et de la mortalité précoce dans les pays en développement*	Rapport efficacité-coût des interventions actuelles	Exemples de priorités de recherche pour la prévention, le traitement et la gestion des cas
Maladies cardio-ischémiques et cérébro-vasculaires	42	Certaines mesures antitabagisme sont très efficaces par rapport au coût; une gestion rentable après attaque ou infarctus du myocarde est possible par une modification du comportement et une médication appropriée.	Recherche sur la gestion économique de ces affections.
Maladies transmises sexuellement (infection VIH comprise)	41	Il existe un traitement efficace par rapport au coût pour les infections symptomatiques; des problèmes se posent dans le cas des infections asymptomatiques, des tests coûteux de diagnostic non exécutables en centre de santé et du manque de modes de prévention à «contrôle féminin».	Des tests de diagnostic peu coûteux peuvent être utilisés dans les centres de santé dans le cas de la blennorragie, de la chlamydie, du chancre mou, de la trichomonase et de la syphilis; mode de prévention non effractif et à «contrôle féminin» (virucide vaginal, etc.); algorithmes de traitement pour les femmes asymptomatiques.
VIH	28	On a trouvé un certain nombre de modes de prévention efficaces par rapport au coût; il n'existe pas de cure efficace; les médicaments destinés à prolonger la vie des patients sont dispendieux.	Modes de prévention à «contrôle féminin» comme les virucides vaginaux; vaccin anti-SIDA pour la prévention, la thérapie et (ou) la non-transmission de la mère au fœtus ou au bébé; simplification des tests de diagnostic du VIH et diminution de leur coût.
Collisions de véhicules automobiles	26	Les taxes sur l'alcool représentent un moyen efficace par rapport au coût.	Recherche «opérationnelle» pour découvrir et éprouver d'autres interventions rentables comme les campagnes d'éducation de l'automobiliste et les programmes d'amélioration des «points chauds» des autoroutes.
Helminthiases	18	Il existe des médications efficaces par rapport au coût pour de nombreuses helminthiases, mais on doit exclure les femmes qui peuvent être enceintes ou en allaitement.	Recherche «opérationnelle» sur l'extension de la protection de la population; vérification de la sécurité des médicaments en période de grossesse en vue d'une extension de la protection; chimiothérapie pour maladies multiples; vaccins de recombinaison pour la schistosomiase.

Source : données de référence pour le Rapport sur le développement dans le monde 1993.

Pour une augmentation et une réorientation de l'aide extérieure à la santé

L'aide extérieure à la santé, estimée à 4,8 milliards de dollars en 1990, représente moins de 3% du montant des dépenses de santé dans les pays en développement. Elle peut cependant représenter une part non négligeable du budget d'investissement (et, dans certains pays, une bonne partie du budget total) de la santé, et elle peut jouer un important rôle de catalyseur dans la réforme de la politique sanitaire. La Conférence d'Ottawa a notamment pour objectif d'examiner et d'arrêter des mesures visant à augmenter le montant de l'aide extérieure et à améliorer son efficacité par le biais d'un renforcement du partenariat entre la communauté internationale et les gouvernements.

A l'heure actuelle, il n'y a pas cohérence entre les principales déclarations de principe sur la santé de la communauté internationale et les tendances de l'APD. Les années 80 ont vu l'émergence d'un solide consensus sur le fait qu'investir dans la valorisation des ressources humaines était indispensable au développement économique et social et méritait un rang de priorité élevé de la part des gouvernements comme des bailleurs de fonds. Pourtant, l'aide publique au développement (APD) consacrée à la santé, en pourcentage du total de l'aide, a baissé au cours des années 80: la part de la santé dans l'APD est tombée de 8% pour la période 1981-85 à 6,5% pour la période 1986-90, après avoir régulièrement augmenté au cours des années 70¹. Beaucoup de pays à faible revenu, notamment en Afrique subsaharienne, auront besoin de davantage d'assistance, ne serait-ce que pour arriver au strict minimum de services de santé.

Tout aussi important est le fait que l'aide extérieure et les ressources intérieures pourraient être utilisées beaucoup plus efficacement. Les apports des bailleurs de fonds sont encore pour une part importante consacrés à des hôpitaux et à un matériel sophistiqué qui assurent des services d'un faible rapport coût-efficacité, principalement aux couches favorisées de la population des pays en développement. L'appui des bailleurs de fonds perd également en efficacité en raison de la fragmentation de l'aide extérieure existant dans de nombreux pays. L'efficacité de cet appui se ressent aussi d'importants hiatus (de l'intérêt et de l'expertise des bailleurs de fonds), notamment dans le domaine de la réforme de la politique sanitaire. Le présent document analyse la contribution que les bailleurs de fonds peuvent apporter à une refonte des politiques sanitaires

¹On considère comme APD les ressources dont la gestion a pour principal objectif la promotion du développement économique et où l'élément de don représente au moins 25%. L'aide extérieure totale est un concept plus large, qui recouvre l'APD, les prêts multilatéraux et les flux des ONG. Voir Michaud et Murray, 1993.

et à une amélioration de la mobilisation de ressources intérieures pour la santé dans les pays en développement. Il s'attache à cinq questions clés², qui sont étudiées plus en détail dans les sections ci-après:

- Comment les bailleurs de fonds peuvent-ils améliorer l'affectation de l'aide?
- Comment peuvent-ils réduire de déficit de ressources qui, dans les pays les plus pauvres, empêche qu'un ensemble minimum de services soit assuré aux pauvres?
- Comment peuvent-ils remédier aux faiblesses de leur expertise?
- Comment les bailleurs de fonds peuvent-ils mieux coordonner leur participation au dialogue sur la politique sanitaire et leur aide financière à la santé au niveau d'un pays?
- Que peuvent-ils faire face à la stagnation de l'ensemble des flux d'aide à la santé en pourcentage de l'APD?

Premier problème: L'aide est mal affectée

En matière d'investissement et de coopération technique, il est fréquent qu'on ne se préoccupe pas assez du rapport coût-efficacité et de l'incidence du point de vue de l'équité. Une aide continue d'être apportée à l'aménagement de nouveaux hôpitaux tertiaires dans les pays à faible revenu, alors que les prestations de santé les plus efficaces quant aux coûts, qui sont fournies aux échelons inférieurs de la pyramide sanitaire (communautés, centres de santé et hôpitaux de district), ne disposent toujours pas de fonds suffisants. Dans le même temps, il est absolument nécessaire d'investir dans l'amélioration de la gestion et de l'efficacité des hôpitaux existants.

Pour améliorer l'affectation de l'aide, il faut que l'aide extérieure soit fournie dans le cadre d'un *plan sanitaire stratégique national*. Ce plan sanitaire définirait l'ensemble des interventions de santé publique et des services cliniques essentiels que le gouvernement s'efforcera de financer (pour une partie au moins de la population) et spécifiera les politiques, les actions de formation et les investissements matériels qu'exige ce programme national. L'aide extérieure, venant s'ajouter à une réorientation des dépenses nationales, pourra alors être axée sur ces besoins.

Ce programme national ne doit pas être défini au plan international et appliqué uniformément à tous les pays en développement. C'est aux pays qu'il appartient de prendre l'initiative de définir leurs programmes et la manière dont les prestations définies seront fournies localement. Le Rapport sur le développement dans le monde 1993 donnait un exemple de "programme minimum" d'interventions de santé publique et de services cliniques essentiels méritant d'être étudiés dans la plupart des pays en développement, en raison de l'ampleur de la charge de

²Il s'agit là de fournir une base de départ à un débat beaucoup plus large sur l'efficacité de l'aide ne se limitant pas nécessairement aux problèmes et options présentés ici -- dans le cadre de la Conférence d'Ottawa.

morbidité à laquelle ils s'attaquent et de leur forte efficacité quant aux coûts. Certaines de ces interventions (par exemple, traitement anti-tuberculose et prévention et traitement des MST) sont encore très négligées. Pour ce qui est du SIDA, le Rapport sur le développement dans le monde 1993 préconisait d'y affecter chaque année 500 millions de dollars supplémentaires d'aide extérieure pour couvrir un quart du coût estimatif de la stabilisation de l'épidémie.

Des *plans sanitaires stratégiques nationaux* complets et cohérents pourraient être établis en faisant appel aux meilleurs spécialistes de la santé publique et stratèges politiques du pays, aidés par les bailleurs de fonds en tant que de besoin. On pourrait chercher à obtenir un consensus national en faveur de ce plan stratégique par le biais d'un débat public des conclusions et recommandations. Ces plans présenteraient beaucoup d'avantages. Ils permettraient un ancrage plus profond des idées et propositions dans le pays et les gouvernements seraient ainsi mieux à même de déterminer les priorités intérieures et celles de l'aide extérieure. Si le plan stratégique présentait des priorités convaincantes et assurait la viabilité des investissements, il donnerait aux bailleurs de fonds de solides arguments en faveur de l'octroi de ressources supplémentaires à ce pays.

Quel que soit le type de plan stratégique, l'assistance extérieure devra appuyer un renforcement à long terme des *capacités*, surtout dans les domaines de l'information sanitaire, de l'analyse et de la gestion, et de la formation dans les domaines de la santé publique et des soins primaires. L'assistance extérieure doit porter davantage sur la *recherche biomédicale* en vue d'un élargissement de la gamme des traitements efficaces quant au coût et sur la *recherche opérationnelle* pour établir les meilleurs moyens d'assurer efficacement ces interventions. Renforcement des capacités et recherche sanitaire seront étudiés dans le cadre de groupes de travail distincts lors de la Conférence d'Ottawa.

Définir les bonnes priorités est une première étape indispensable. Il est également capital, pour augmenter l'impact de l'assistance extérieure, d'améliorer la qualité de la conception du projet ou de l'assistance technique et leur exécution, en se préoccupant en particulier de la viabilité des projets. L'existence d'un cadre législatif et réglementaire valable et de systèmes d'entretien et d'appui adéquats améliore la viabilité des projets. A l'heure actuelle, toutefois, les procédures d'assistance technique et d'investissement des bailleurs de fonds sont souvent rigides et réduisent donc efficacité et viabilité. Les achats liés peuvent conduire à des approvisionnements inefficaces. Les restrictions mises au financement des coûts en monnaie nationale prédisposent à l'emploi de fournitures et services à forte intensité de capital et d'importations, impossibles à financer une fois épuisé le concours des bailleurs de fonds.

Options à envisager à Ottawa

La communauté des bailleurs de fonds peut faire bien davantage pour améliorer l'affectation des niveaux actuels d'aide au secteur de la santé. La Conférence d'Ottawa pourrait, par exemple:

- examiner comment encourager les gouvernements à établir des plans sanitaires stratégiques nationaux à court ou moyen terme et envisager plusieurs mécanismes pour

y aider. Un mécanisme de financement mondial pourrait être créé, par exemple, pour accorder des dons à cette fin;

- chercher à dégager un consensus sur la nécessité d'affecter une part accrue de l'aide extérieure à des programmes de services cliniques et d'interventions de santé publique, définis au plan national, et préconiser un niveau précis d'aide extérieure pour ces programmes;
- chercher à dégager un consensus sur la nécessité de renforcer les capacités et définir des niveaux d'aide extérieure précis pour cela;
- identifier des mesures favorisant une participation accrue au financement des charges récurrentes dans les pays les plus pauvres et un déliement de l'aide;
- convenir de la nécessité d'améliorer le suivi de l'emploi des ressources extérieures et définir les mesures à prendre pour le faire;
- parvenir à un accord sur un moratoire de l'appui des bailleurs de fonds à de nouveaux hôpitaux tertiaires et à du matériel médical sophistiqué dans les pays où le programme national n'est pas offert à tous.

Deuxième problème: Les pays les plus pauvres ont besoin d'une aide encore plus importante si l'on veut assurer à leurs populations un programme minimum

Dans beaucoup de pays à faible revenu, l'écart est considérable entre les dépenses de soins de santé et les coûts du programme minimum présenté dans le Rapport sur le développement dans le monde 1993. Selon le Rapport, il faudrait 10 milliards de dollars supplémentaires pour mettre en oeuvre le programme dans les pays à faible revenu. Déterminer dans quelle mesure on peut combler cet écart en réorientant les dépenses publiques, en ciblant davantage le programme national sur les pauvres et en mobilisant davantage de ressources intérieures pour la santé ne peut être décidé qu'au cas par cas. Les bailleurs de fonds peuvent s'efforcer de faciliter ces évolutions ou réformes lors d'échanges de vues avec les Ministères des finances, du Plan et de la santé. Il n'en reste pas moins que, dans beaucoup de pays à faible revenu, il faudra, à l'évidence, une aide extérieure accrue pour combler ce déficit de ressources. Le coût du programme minimum a été estimé à environ 12 dollars par habitant en dollars de 1990, alors qu'à présent les dépenses publiques sont inférieures à 5 dollars par habitant dans au moins 11 pays africains dont la population représente près de 60% du total de la région. De même, en Asie, le secteur public dépense moins de 5 dollars par habitant au Bangladesh, en Inde, en République démocratique populaire lao, au Népal et au Viet Nam, pays qui comptent au total plus de 1 milliard d'habitants.

Pour combler ces déficits de ressources, les bailleurs de fonds peuvent augmenter leurs flux d'aide, en liant leur appui à une réorientation des dépenses financées par le pays et cibler l'aide existante sur les pays les plus pauvres et, dans ces pays, sur les couches les plus défavorisées. Il est cependant notoire que les considérations géopolitiques et commerciales sont pour beaucoup dans l'affectation de l'aide. Si l'on rapporte l'APD au revenu par habitant, on constate que ces deux facteurs sont très peu liés. Les bailleurs de fonds, comme les pays eux-mêmes, dépensent leurs ressources inégalement. Même au sein d'un pays, les régions riches reçoivent souvent davantage d'aide par habitant que les autres.

Du point de vue régional, l'aide extérieure est fortement concentrée sur l'Afrique subsaharienne, où elle a financé près de 15% du total des dépenses de santé en 1990. Par habitant, l'Afrique subsaharienne est également la première bénéficiaire des flux d'aide sanitaire (Tableau 1). Quelques pays sont lourdement tributaires de l'aide: c'est ainsi qu'au Mozambique l'aide a financé plus de la moitié des dépenses récurrentes et 90% des dépenses d'investissement du secteur de la santé en 1991.

Les réunions des groupes consultatifs peuvent être l'occasion d'obtenir des engagements d'assistance à un secteur. Cela s'est fait pour la Tanzanie et la Zambie. Si la capacité d'absorption par le pays d'un supplément d'aide extérieure pose problème, les réunions de groupes consultatifs peuvent également être l'occasion d'étudier les meilleurs moyens de le résoudre. Les ONG locales seraient probablement capables d'assurer davantage de prestations là où la capacité d'absorption de l'Etat est limitée.

Tableau 1. Montant de l'aide extérieure par habitant selon les régions, 1990

Région	Aide par habitant (en dollars)
Afrique subsaharienne	\$ 2,45
Amérique latine et Caraïbes	\$ 1,33
Croissant moyen-oriental	\$ 1,31
Autres pays et îles d'Asie	\$ 0,87
Inde	\$ 0,34
Chine	\$ 0,07

Note: Pour une explication de ce découpage régional, on se reportera au Rapport sur le développement dans le monde 1993.

Options à envisager à Ottawa

La Conférence d'Ottawa pourrait examiner comment mieux cibler les ressources extérieures sur les pays pauvres de manière à y contribuer au financement d'un programme minimum et comment encourager dans le dialogue sur l'action à mener une mobilisation accrue des ressources intérieures et leur réaffectation au profit de la santé. La conférence pourrait:

- convenir de minimums de services (comment ceux qui figurent dans le "programme minimum" du Rapport sur le développement dans le monde 1993) à assurer aux pauvres dans tous les pays;
- fixer un objectif d'aide extérieure pour cela dans les pays les plus pauvres et identifier les initiatives à prendre pour y parvenir. Par exemple, la conférence pourrait prendre des mesures pour appuyer la recommandation du Rapport sur le développement dans le monde 1993, qui préconise de consacrer 1,5 milliard de dollars supplémentaires d'aide extérieure aux pays les plus pauvres pour ce programme;
- appeler les bailleurs de fonds à contribuer davantage au financement des charges récurrentes dans les pays les plus pauvres;
- commanditer une évaluation sélective de ceux des pays à faible revenu qui ont bénéficié de montants assez élevés d'aide extérieure pour la santé mais ont enregistré des résultats médiocres, de manière à en tirer des enseignements pour les gouvernements et la communauté internationale.

Troisième problème: L'existence de hiatus dans l'expertise des bailleurs de fonds limite l'efficacité de l'aide à la santé

Si le renforcement des capacités est indispensable dans les pays en développement³, il faut aussi que les bailleurs de fonds enrichissent leurs compétences et leur expertise pour aider les pays en développement à faire face aux nombreux problèmes clés qui se posent aujourd'hui. Certains de ces problèmes sont nés de l'évolution de la charge de morbidité ou des interventions nécessaires pour traiter les maladies: les défis lancés par la propagation du SIDA, les besoins sanitaires de populations vieillissantes et l'apparition régulière de microbes pharmaco-résistants, etc. Il existe d'autres problèmes ayant trait au financement de la santé et au mode de fourniture des prestations, que les pays industrialisés s'efforcent, eux aussi, de résoudre. En ce qui concerne la réforme de la politique sanitaire, les bailleurs de fonds ne doivent pas céder à la tentation de promouvoir un seul modèle, mais doivent plutôt encourager toute une variété d'approches, en se fondant sur l'expérience de nombreux pays. On est également beaucoup plus

³Ce sujet fait l'objet d'un examen approfondi dans le document sur le "Renforcement des capacités en vue d'une réforme de la politique sanitaire et des systèmes de santé".

sensible à la nécessité de s'attaquer à des problèmes anciens, comme la violence à l'égard des femmes, sans disposer encore de moyens d'action élaborés. Et même dans les domaines où les bailleurs de fonds sont actifs depuis un certain temps, comme celui des investissements de matériel et d'équipement, on n'a guère réussi jusqu'ici à mettre en place des dispositifs d'entretien viables. Les hiatus constatés dans l'expertise des bailleurs de fonds, qui sont indiqués au Tableau 2, touchent notamment à l'utilisation de méthodes d'analyse du rapport coût-efficacité et de la charge nationale de morbidité en vue de l'établissement de priorités, de la réforme de la fonction publique et de la décentralisation des services de santé.

Tableau 2. Hiatus constatés dans l'expérience et l'expertise des bailleurs de fonds: quelques exemples

Grands domaines	
Systèmes de santé	Listes de matériel essentiel, entretien du matériel, systèmes de référence, systèmes d'assurance de qualité
Politique sanitaire	Réforme de la fonction publique, systèmes permettant de mieux lier les budgets des équipements à leur performance, comptabilité analytique d'exploitation et autonomie, décentralisation des services de santé.
Recherche sanitaire	Problèmes neuropsychiatriques. Des priorités de recherche pourraient être fixées, notamment en étudiant la charge de morbidité globale et le coût-efficacité des interventions existant pour lutter contre la morbidité, de manière à identifier les problèmes de santé pour lesquels il faut mettre au point des interventions efficaces quant au coût.
Information sanitaire et analyse	Charge de morbidité nationale. Systèmes de comptabilité analytique d'exploitation et d'information de gestion. Analyse coût-efficacité.

Les lacunes de l'expertise des bailleurs de fonds pourraient être identifiées de manière à permettre à différents bailleurs de fonds, ou groupes de bailleurs de fonds, de prendre l'initiative de renforcer leurs compétences et leurs assistance technique et investissements dans différents domaines. Cela implique de dialoguer franchement et en toute connaissance de cause pour identifier explicitement quel organisme ou ONG aurait un avantage comparatif dans un domaine donné. L'avantage comparatif tient, en partie, au type d'instrument dont disposent les différents organismes pour l'aide extérieure. Les agences des Nations Unies privilégient l'assistant technique. Les banques multilatérales, la CEE et l'OPEP accordent des prêts et dons au secteur de la santé. Les ONG ont leurs avantages propres: elles comptent un pourcentage élevé d'agents de terrain et elles s'appuient sur les communautés, elles ont généralement de faibles charges

d'exploitation et sont souvent extérieures à la politique. L'avantage comparatif sera également fonction de l'expérience acquise jusque-là par les différents bailleurs de fonds, du dosage de compétences de leur personnel (ou de leur accès à des experts extérieurs), de l'étroitesse de leur collaboration avec les ONG, du nombre de leurs agents de terrain, entre autres. Cette identification de l'avantage comparatif pourrait commencer à la réunion d'Ottawa et se poursuivre dans le cadre d'un groupe de travail chargé d'y donner suite. Il sera peut-être bon que plusieurs bailleurs de fonds collaborent dans quelques domaines clés. Certains ont déjà pris l'initiative dans plusieurs domaines. Cela pourrait être officialisé et des méthodes de collaboration pourraient être définies pour faire fond sur cette expertise. Parmi les spécialisations constatées, citons:

- Belgique et Suisse: gestion des systèmes de santé de district;
- Danemark et Norvège: eau et assainissement;
- Allemagne: entretien du matériel médical;
- Fondation Rockefeller: programmes de formation de santé publique;
- UNICEF: déficiences en micronutriments, programmes de vaccination;
- OMS: médicaments essentiels, recherches sur les maladies tropicales, prévention du SIDA.

Il convient également d'encourager une plus grande collaboration Sud-Sud dans ces domaines nouveaux. C'est ainsi que le Chili met actuellement en oeuvre de vastes réformes de sa politique sanitaire. Il a décentralisé les services de santé et a encouragé les fonds d'assurance maladie privés. Ce faisant, il s'est heurté à de nombreux problèmes et a dû adapter sa stratégie. Il pourrait donc fournir des conseils aux pays qui envisagent des réformes similaires. Le Gouvernement tunisien met actuellement en oeuvre un programme de réformes des hôpitaux publics, qui leur accorde une plus grande autonomie budgétaire et administrative. Il a probablement beaucoup à apporter aux pays qui entreprennent des réformes similaires.

Options à envisager à Ottawa

La Conférence d'Ottawa pourrait:

- inventorier de manière systématique les lacunes existant dans les capacités des bailleurs de fonds lors de la conférence et identifier lesquels d'entre eux pourraient prendre l'initiative de renforcer leurs compétences et assistance technique et investissement dans les différents domaines;
- identifier un mécanisme permettant un partage systématique de l'information sur l'expertise des bailleurs de fonds et celle qui existe dans le secteur privé;

- se tourner vers l'avenir pour évaluer les problèmes qui surgiront dans le secteur de la santé et envisager la manière de s'y préparer.

Quatrième problème: Adéquation de la coordination au plan national

Une mauvaise coordination de l'aide extérieure au plan national peut entraîner de lourdes charges pour le gouvernement, un gaspillage de ressources et des frais de transactions excessifs pour les gouvernements comme pour les bailleurs de fonds. Les organismes des bailleurs de fonds ont souvent des exigences en matière de budget, de passation des marchés et de comptabilité qui diffèrent pour les projets d'investissement et l'assistance technique. Cela peut exiger des pays collaborant avec plusieurs bailleurs de fonds des prodiges de gestion. La quantité de temps exigée des agents de l'Etat par les bailleurs de fonds peut être stupéfiante: l'OMS a ainsi calculé que le directeur d'un projet santé d'Afrique de l'Ouest était éloigné de son poste 120 jours par an, quand on faisait la somme de toutes les manifestations organisées par les bailleurs de fonds. L'action d'un bailleur de fonds peut aussi aller à l'encontre de celle d'un autre. C'est ainsi que le Rapport sur le développement dans le monde 1993 constatait la coexistence récente, dans un pays d'Afrique de l'Ouest, de trois politiques de recouvrement des coûts différentes, bénéficiant de l'appui de trois organismes bailleurs de fonds différents, dans des régions différentes. Dans certains pays où les bailleurs de fonds interviennent chacun dans une province différente, une telle situation peut nuire à la formulation de politiques sanitaires nationales cohérentes. Les divergences quant aux fonds sont parfois inévitables entre bailleurs de fonds -- les bailleurs de fonds peuvent convenir de n'être pas d'accord. Mais il y a aussi des cas où les conseils donnés à l'échelon du pays diffèrent parce que les bailleurs de fonds n'ont pas pris le temps de rapprocher leurs points de vue.

Les gouvernements bénéficiaires sont les principaux responsables de la coordination de l'aide. Les organismes bailleurs de fonds peuvent faciliter celle-ci en mettant les gouvernements mieux à même de prendre l'initiative, en apportant leur appui à des réunions de groupes consultatifs ou tables rondes, et en cofinçant des projets. Ils peuvent aussi chercher des occasions de travailler ensemble sur les questions de fond.

Il est impératif que la santé soit à l'ordre du jour des groupes consultatifs, tables rondes des bailleurs de fonds et autres instances importantes où l'aide au développement est étudiée pays par pays. Il est encore plus important d'avoir des réunions et un partage d'informations informels au niveau du pays. Les bailleurs de fonds pourraient contribuer à la création de groupes locaux informels qui se réuniraient périodiquement avec les pouvoirs publics pour étudier la situation et les problèmes du secteur de la santé, comme cela se fait au Mozambique et au Sénégal. Ce type de coordination de l'aide est facilité par la présence en poste dans le pays bénéficiaire de personnel de haut niveau.

Le cofinancement par des bailleurs de fonds de projets et programmes sanitaires importants permet de réduire la charge administrative pour l'Etat comme pour les bailleurs de fonds en unifiant les procédures et en simplifiant le dialogue entre celui-ci et la communauté

internationale. Le cofinancement offre la possibilité d'améliorer la qualité des projets en faisant appel aux compétences et à l'expertise de différents bailleurs de fonds. Les projets de santé et de population financés conjointement par plusieurs bailleurs de fonds au Bangladesh et au Zimbabwe témoignent de l'atout que représente une coordination sur le terrain. De larges accords de cofinancement interorganismes peuvent aussi aider à l'échelon d'un pays; l'appel récemment lancé par l'UNICEF à la Banque mondiale en vue d'un effort commun de solution aux carences en iode constatées dans plusieurs régions en est un exemple.

Il est également important qu'il y ait consensus entre les bailleurs de fonds sur les avis à donner; des conseils contradictoires peuvent souvent être contre-productifs. Des évaluations sectorielles conjointes et des travaux d'analyse associant plusieurs bailleurs de fonds peuvent contribuer à la formation d'un tel consensus. L'examen avec les gouvernements de la politique sanitaire doit aussi se situer dans le contexte d'un débat plus large sur les priorités intersectorielles et les politiques macroéconomiques de mobilisation des ressources intérieures et de répartition des dépenses publiques.

Options à envisager à Ottawa

La Conférence d'Ottawa pourrait:

- préconiser un échange systématique de travaux sur les questions de fond⁴ prévus et en cours, et des documents directifs et stratégiques publiés.
- identifier précisément des mécanismes facilitant l'échange d'information entre bailleurs de fonds et encourageant les travaux en commun sur les questions de fond, le cofinancement et les groupes consultatifs, ainsi que la création de bureaux de terrain en vue d'une collaboration plus étroite;
- étudier la mise en place de réseaux de courrier électronique reliant les gouvernements et les bailleurs de fonds (au niveau mondial et dans le pays) en vue d'un échange plus régulier d'information.

Cinquième problème: Les flux globaux d'aide à la santé, en pourcentage de l'APD, stagnent ou déclinent

Le PNUD dans son Rapport mondial sur le développement humain annuel, plaide en faveur d'une augmentation de l'aide des bailleurs de fonds aux dépenses de santé, et la Banque a fait de même dans ses récents Rapports sur le développement dans le monde. Ces rapports, ainsi que d'autres documents de politique générale, présentent des arguments convaincants en faveur de l'augmentation de l'aide à la santé. Malgré cela, l'aide à la santé en pourcentage du total de

⁴Signaler les travaux en cours, en indiquant le nom de la personne responsable, faciliterait les contacts informels.

l'APD est tombée à la fin des années 80 des 8% qu'elle représentait pour la période 1981-85 à 6,5% pour la période 1986-90, après avoir augmenté en passant d'une moyenne de 3% en 1973-76 à 7% en 1985.⁵ Les flux bilatéraux d'aide à la santé sont tombés d'une moyenne d'environ 7% de l'APD pour la période 1980-85 à 5% pour 1986-90, alors que les flux d'aide multilatéraux augmentaient quant à eux sensiblement. Sur la base des tendances actuelles, la part des apports des organismes multilatéraux, prêts à des conditions non concessionnelles inclus, devrait continuer d'augmenter jusqu'à représenter environ la moitié de l'APD à la santé d'ici au milieu des années 90.

Les milieux de la santé pourraient s'inspirer du domaine de l'environnement pour attirer davantage de ressources. Citons notamment de Protocole de Montréal, par lequel les pays se sont engagés à verser des sommes d'argent à un fonds fiduciaire pour financer des projets visant à réduire les rejets dans l'atmosphère de substances menaçant la couche d'ozone. De même, le Fonds pour l'environnement mondial, ou FEM, offre un autre exemple de fonds fiduciaire finançant des études et investissements en vue de projets environnementaux.

Il serait bon de disposer de meilleurs mécanismes pour pouvoir suivre de plus près à la fois le volume de l'aide et ses emplois⁶. Mais, surtout, il faut réfléchir aux moyens de rétablir, ou même d'augmenter, la part de l'APD allant à la santé. Une telle augmentation vient à une heure difficile, étant donné la stagnation, sinon la diminution, des budgets d'aide dans de nombreux pays. Mais l'enveloppe globale continue d'augmenter pour les banques multilatérales et certains organismes bilatéraux et il faut privilégier une augmentation des flux destinés à la santé. Le Rapport sur le développement dans le monde 1993 demandait 2 milliards de dollars supplémentaires aux bailleurs de fonds chaque années pour couvrir environ un quart (soit 0,5 milliard de dollars) des coûts de stabilisation de l'épidémie de SIDA et un sixième (soit 1,5 milliard de dollars) du supplément de ressources nécessaires pour fournir les prestations du "programme minimum" présenté dans le rapport dans les pays à faible revenu.

Dans le même temps, les bailleurs de fonds doivent prendre conscience de l'importance des actions intersectorielles en faveur de la santé -- de la nécessité de rendre l'environnement de la santé plus porteur. Il s'agit notamment d'apporter un soutien à des politiques de croissance économique dont profiteront les pauvres, d'augmenter les investissements en faveur de la scolarisation, notamment des filles, et d'assurer la promotion de la femme et le respect de ses droits.

⁵Pour un examen plus détaillé de ces tendances on se reportera à Michaud et Murray, 1993.

⁶Le Comité d'aide au développement (CAD) de l'OCDE publie un rapport annuel sur l'APD, mais seule l'assistance bilatérale directe est ventilée par secteur. L'assistance multilatérale ne l'est pas. Les études de l'aide extérieure au secteur de la santé qui procèdent à une ventilation par pays ou activité sont tributaires du Système de notification des pays créanciers (SNPC), dont les données sont très insuffisantes. (On a estimé leur portée à seulement 63% pour la santé.) Le champ couvert varie selon les bailleurs de fonds et les années. On se reportera à Michaud et Murray, 1993, pour un examen approfondi.

Options à envisager à Ottawa

La Conférence d'Ottawa pourrait:

- examiner s'il est réaliste de chercher à obtenir 2 milliards de dollars, ou plus, d'aide supplémentaire pour la santé et, dans ce secteur, pour certains problèmes et pays;
- peser le pour et le contre d'un nouveau mécanisme de financement mondial -- une sorte de fonds fiduciaire -- et, si l'idée est bien accueillie, entreprendre d'autres études pour étudier la faisabilité d'un tel mécanisme;
- débattre de la nécessité de concevoir de meilleurs mécanismes de suivi de l'aide extérieure et, s'ils sont jugés nécessaires, définir les étapes suivantes.

Suite à donner à la Conférence d'Ottawa

Si nous voulons que nos débats d'Ottawa sur ces cinq problèmes et d'autres débouchent sur des mesures concrètes, il importera de classer par ordre de priorité les domaines de la santé dans lesquels on se sera accordé à juger nécessaire d'améliorer la qualité et d'augmenter les niveaux globaux d'aide extérieure. Il nous faudra lancer de petits groupes de travail, ou un mécanisme du même type, pour poursuivre des tâches précises à l'issue de la Conférence d'Ottawa. Et il sera indispensable d'instaurer un mécanisme de rapport pour ces groupes de travail et de définir comment l'ensemble des bailleurs de fonds pourra se rencontrer périodiquement.

Références

- Banque mondiale, *Rapport sur le développement dans le monde 1993: Investir dans la santé*.
- Cassen, Robert, et al. 1986. *Does Aid Work? Report to an Intergovernmental Task Force*. Clarendon Press. Oxford.
- Michaud, Catherine et Murray, Christopher. 1993. Aid flows to the Health Sector in Developing Countries: A detailed analysis 1972-1990, document de référence du *Rapport sur le développement dans le monde 1993*.
- OCDE. 1992. *Principes du CAD pour une aide efficace*, Paris.
- PNUD. 1993. *Rapport sur le développement humain 1993*. Paris. Economica.

Banque mondiale
27 septembre 1993