



COMITE REGIONAL DE L'AFRIQUE

AFR/RC53/8 Rév. 1  
23 juin 2003

Cinquante-troisième session  
Johannesbourg, Afrique du Sud, 1<sup>er</sup>-5 septembre 2003

ORIGINAL : ANGLAIS

Point 8.1 de l'ordre du jour provisoire

MACROECONOMIE ET SANTE : L'AVENIR DANS LA REGION AFRICAINE

Rapport du Directeur régional

RESUME

1. En janvier 2000, le Directeur général de l'OMS a constitué la Commission Macroéconomie et Santé (CMS) afin d'étudier les liens entre l'augmentation des investissements dans la santé, le développement économique et la réduction de la pauvreté.
2. L'analyse à laquelle la Commission s'est livrée a révélé que :
  - a) la mauvaise santé contribue puissamment à la pauvreté et à la faible croissance économique;
  - b) quelques pathologies sont en grande partie responsables de la forte proportion de mauvaise santé et de décès prématurés;
  - c) un accroissement sensible du recours à des interventions rentables pour s'attaquer aux problèmes de santé prioritaires est susceptible de sauver annuellement des millions de vies;
  - d) un système "de proximité" s'impose si l'on veut accroître les interventions rentables ciblant les pauvres;
  - e) à leur niveau actuel, les dépenses de santé des Etats Membres ne suffisent pas pour mettre en œuvre les interventions rentables.
3. La Commission a recommandé que l'on fasse preuve, tant au niveau national qu'international, d'une plus grande volonté politique d'accroître les investissements dans des systèmes de santé de proximité et de recourir davantage à des interventions rentables pour s'attaquer aux problèmes de santé nationaux prioritaires. Etant donné que les différents Etats Membres se trouvent dans des contextes différents et face à des défis différents, le

présent document propose des mesures génériques qui peuvent être prises pour élaborer des plans d'investissement en vue d'accroître le recours à des interventions rentables pour s'attaquer aux problèmes de santé et aux problèmes connexes revêtant un caractère prioritaire.

4. Le Comité régional est prié d'examiner et d'adopter les mesures génériques proposées ci-après en vue de l'application des recommandations de la Commission Macroéconomie et Santé au niveau des pays.

## SOMMAIRE

	Paragraphe
INTRODUCTION .....	1 - 4
APPLICABILITE A LA REGION AFRICAINE DES CONCLUSIONS DE LA COMMISSION MACROECONOMIE ET SANTE .....	5 - 14
REACTIONS REGIONALE ET NATIONALES AU RAPPORT DE LA COMMISSION MACROECONOMIE ET SANTE .....	15 - 26
L'AVENIR .....	27 - 40
CONCLUSION.....	41 - 43

## INTRODUCTION

1. Améliorer la santé n'est pas une fin en soi, c'est aussi un moyen fondamental de réduire la pauvreté et d'instaurer une croissance économique soutenue. Dans la Région africaine de l'OMS, il faut sensiblement améliorer les résultats sanitaires parce que l'énorme charge actuellement imposée par la maladie compromet, dans une large mesure, le développement socioéconomique.
2. Conscient de cette nécessité, le Directeur général de l'OMS a constitué, en janvier 2000, une Commission Macroéconomie et Santé (CMS) pour étudier les liens entre l'augmentation des investissements dans la santé, le développement économique et la réduction de la pauvreté. Les conclusions de la Commission, publiées en décembre 2001,<sup>1</sup> ont démontré que des investissements judicieux dans la santé peuvent contribuer à augmenter la croissance économique dans les pays en développement.
3. A sa Cinquante-Cinquième session, en mai 2002, l'Assemblée mondiale de la Santé s'est félicitée du programme d'action de la CMS qui offre une approche utile pour la réalisation des objectifs de développement de la Déclaration du Millénaire (ODM)<sup>2,3</sup> ainsi que des cibles du Nouveau Partenariat pour le Développement de l'Afrique (NEPAD).<sup>4</sup>
4. Le présent document tente de replacer les principales conclusions de la CMS dans la perspective africaine. Il vise à guider les Etats Membres de la Région africaine quant aux mesures génériques à prendre pour appliquer le programme d'action recommandé par la CMS, dans le contexte des plans nationaux de développement et des stratégies de réduction de la pauvreté.

## APPLICABILITE A LA REGION AFRICAINE DES CONCLUSIONS DE LA COMMISSION MACROECONOMIE ET SANTE

5. *La mauvaise santé contribue puissamment à la pauvreté et à la faible croissance économique (et inversement).* La valeur économique des années de vie perdues à cause du SIDA en 1999 est estimée à 12 % du produit national brut de l'Afrique subsaharienne. Dans les zones libérées du paludisme, la croissance économique moyenne est supérieure d'au moins 1 % à celle des zones d'endémicité paludéenne.<sup>5</sup> Par ailleurs, on estime que toute progression de 10 % de l'espérance de vie à la naissance se traduit par une élévation correspondante de la croissance économique d'au moins 0,3 à 0,4 % par an.

---

<sup>1</sup>OMS, Macroéconomie et Santé : Investir dans la santé pour le développement économique, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2001.

<sup>2</sup>Résolution WHA55.19, Contribution de l'OMS à la réalisation des objectifs de développement de la Déclaration du Millénaire, mai 2002.

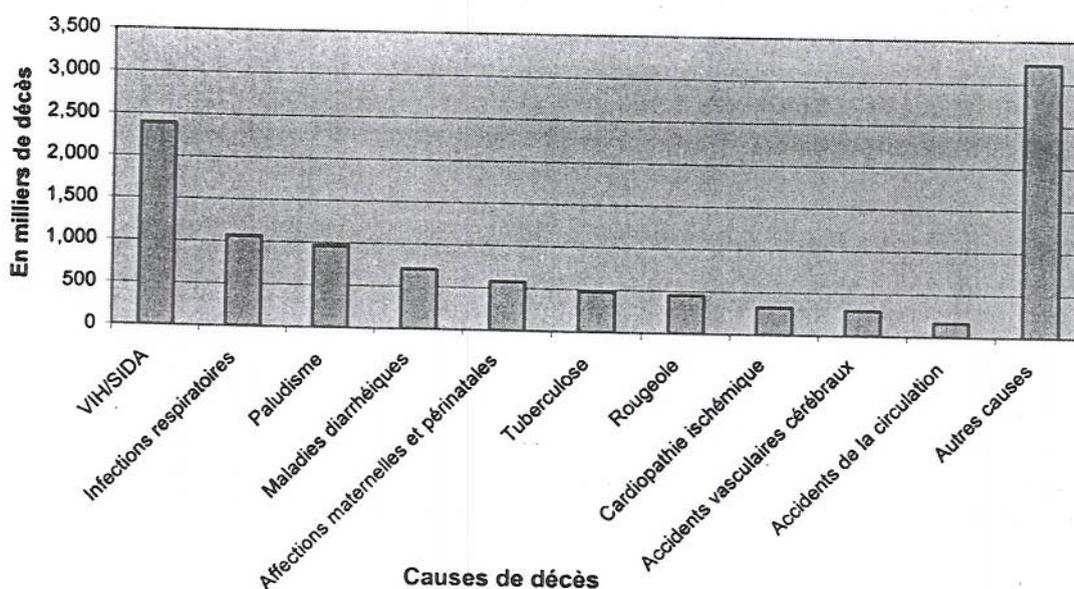
<sup>3</sup>ONU, Objectifs de développement de l'ONU pour le Millénaire (ODM), New York, Organisation des Nations Unies, 2000.

<sup>4</sup>NEPAD, NEPAD's Human Development Programme: NEPAD Health Strategy, Pretoria, Afrique du Sud, 2001.

<sup>5</sup>Gallup, J. L. et Sachs J. D., The economic burden of malaria, *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, Jan.-Fév.; 64 (1-2 Suppl): 85-96, 2001.

6. *Quelques pathologies sont en grande partie responsables de la forte proportion de mauvaise santé et de décès prématurés.* En l'an 2000, 70 % des 10,7 millions de décès survenus dans la Région africaine étaient imputables aux dix causes énumérées dans la Figure 1.<sup>6</sup> Le VIH/SIDA, les infections des voies respiratoires inférieures, le paludisme, les maladies diarrhéiques et les affections maternelles et périnatales intervenaient pour 54 % des décès et 51 % des années de vie corrigées de l'incapacité. Cette forte morbidité, et les multiples effets qu'elle entraîne sur la productivité, la démographie et l'éducation, ont contribué, de façon significative, à la faiblesse chronique des résultats de l'économie africaine.<sup>7</sup>

**Figure 1 : Les principales causes de décès dans la Région africaine de l'OMS**



7. *Un accroissement sensible du recours à des interventions rentables pour s'attaquer aux problèmes de santé prioritaires est susceptible de sauver annuellement des millions de vies dans la Région.* Actuellement, l'accès des populations aux services de santé est estimé à 53 % en moyenne, et moins de 30 % des individus ont accès à des médicaments essentiels.<sup>8</sup> Bien que beaucoup d'interventions rentables (emploi de matériaux imprégnés d'insecticide, traitement antituberculeux de brève durée sous surveillance directe (DOTS), préservatifs, vaccins contre les maladies mortelles de l'enfance, etc.) soient disponibles, les pauvres n'y ont pas accès. Il faut donc accroître très sensiblement le recours à ces interventions.

<sup>6</sup>OMS, Rapport sur la santé dans le monde 2002, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2002.

<sup>7</sup>Bloom, D. E. et J. D. Sachs, "Geography, demography, and economic growth in Africa", *Brookings Papers on Economic Activity*, 207-295, 1998.

<sup>8</sup>OMS. Stratégie pharmaceutique de l'OMS : Cadre d'action pour les médicaments essentiels et politiques pharmaceutiques 2000-2003. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2000.

8. *Un système de proximité<sup>9</sup> s'impose si l'on veut faire passer à l'échelle supérieure les interventions de santé publique rentables ciblant les pauvres.* Des systèmes dits de proximité, constitués de centres de santé, de postes de santé et d'antennes périphériques sont capables d'assurer les principales interventions rentables<sup>10</sup> qui s'imposent pour réduire la morbidité et améliorer la situation sanitaire dans la Région. Pour mettre en place un système de proximité efficace, il faut investir davantage dans les infrastructures ainsi que dans le renforcement des capacités du personnel de santé.

9. *Il existe des possibilités d'améliorer l'affectation des ressources entre les systèmes de santé, telle qu'elle s'opère actuellement, en augmentant la proportion de celles qui vont aux systèmes de proximité.* En entreprenant des réformes importantes du secteur sanitaire, davantage de ressources peuvent être réaffectées des systèmes de soins généreusement dotés et moins rentables vers des systèmes de proximité plus efficaces. De plus en plus d'indices montrent également que, dans la Région, des hôpitaux<sup>11</sup> et des centres de santé<sup>12</sup> peuvent accueillir davantage de malades dès lors que les ressources dont ils disposent sont mieux gérées.

10. *Malgré les efforts faits pour gagner en efficacité dans l'utilisation des ressources disponibles, le niveau des dépenses de santé dans les Etats Membres ne suffit pas pour faire passer les interventions rentables à l'échelle supérieure.* Les dépenses publiques par personne et par an se situent entre US \$1 et US \$9 dans 29 pays; entre US \$11 et US \$23 dans huit pays; et entre US \$37 et US \$294 dans neuf pays.<sup>13</sup> Le rapport de la CMS estime qu'une dépense publique minimale de US\$34 par personne et par an sera nécessaire pour assurer une gamme essentielle d'interventions de santé publique de manière à atteindre à la fois les ODM et les cibles du NEPAD. Ainsi, les gouvernements des 37 Etats Membres, qui dépensent actuellement moins de US \$34 par personne et par an pour la santé, devront augmenter leurs dotations budgétaires pour atteindre le budget de santé minimal recommandé.

11. *Les Etats Membres peuvent augmenter leurs ressources internes consacrées à la santé.* A Abuja, les Chefs d'Etat des pays africains se sont engagés à affecter au moins 15 % de leur budget annuel au secteur de la santé.<sup>14</sup> Pourtant, en 2000, quatre pays consacraient moins de 5 % de leur budget annuel à la santé; 23 pays lui consacraient entre 5,1 et 10,3 %; et 15 pays entre 10,6 et 14,6 %. Deux pays seulement dépensaient plus de 15 % de leur budget pour la santé.<sup>15</sup> Autant dire que 44 pays consacraient moins de 15 % de leur budget national à la santé

<sup>9</sup>Un système de santé qui fournit, à un prix abordable, des soins promotionnels, préventifs et curatifs de base dans des localités principalement habitées par des pauvres.

<sup>10</sup>Des interventions rentables sont des interventions de santé publique qui coûtent le moins cher possible par unité d'efficacité.

<sup>11</sup>Kirigia J. M., Emrouznejad A. et Sambo L.G., Measurement of technical efficiency of public hospitals in Kenya: Using data envelopment analysis, *Journal of Medical Systems*, 26(1): 29-45, 2002; Asbu E. Z., McIntyre D. et Addison T. (2001), Hospital efficiency and productivity in three provinces of South Africa, *South African Journal of Economics*, 69(2): 336-358, 2001.

<sup>12</sup>Kirigia J. M., Sambo G. L. et Scheel, Technical efficiency of public clinics in Kwazulu-Natal province of South Africa, *East African Medical Journal*, 78(3):S1-S13, 2001.

<sup>13</sup>OMS, Rapport sur la santé dans le monde 2002 : Réduire les risques et promouvoir une vie saine, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2002.

<sup>14</sup>OUA, Déclaration d'Abuja sur le VIH/SIDA, la tuberculose et autres maladies infectieuses connexes. Addis-Abeba, Organisation de l'Unité africaine, 2000.

<sup>15</sup>OMS, Rapport sur la santé dans le monde 2002, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2002.

et qu'ils devront prendre les mesures qui s'imposent pour honorer les engagements pris par leurs Chefs d'Etat respectifs.

12. *Malgré l'augmentation des ressources internes affectées à la santé, le déficit de financement devra encore être comblé par des sources externes.* On estime qu'à l'échelle mondiale, US \$27 milliards par an (contre US \$6 milliards actuellement) devront être obtenus de donateurs internationaux pour compléter les ressources internes. Par conséquent, les Etats Membres se doivent de plaider leur cause, individuellement et collectivement, au niveau international, pour obtenir une juste part de ces fonds. En outre, il faudra nettement améliorer la gestion des ressources ainsi que l'aptitude à utiliser les ressources supplémentaires d'une manière qui profite tout particulièrement aux pauvres.

13. *L'investissement dans les secteurs connexes doit progresser.* On estime actuellement que 47 % de la population de la Région n'a pas accès à des moyens d'assainissement suffisants; que 40,2 % manque d'eau de boisson saine; que 40 % des adultes de la Région sont illettrés; et que le taux de scolarisation dans l'enseignement primaire est de 63 % et, dans l'enseignement secondaire, de 21 %.<sup>16</sup> D'où l'impérieuse nécessité d'augmenter les investissements dans des secteurs tels que l'eau, l'assainissement, l'éducation et l'agriculture, qui ont tous un impact sur la santé, si l'on veut atteindre les ODM correspondants.

14. *L'investissement en biens publics<sup>17</sup> mondiaux se rapportant aux maladies prioritaires doit augmenter au niveau des pays.* On estime que, sur les US \$70 milliards consacrés à l'effort de recherche et développement en santé dans le monde, 10 % seulement vont à la recherche sur les problèmes de santé des pauvres, qui représentent pourtant 90 % des problèmes de santé du monde.<sup>18</sup> Les Etats Membres et la communauté internationale devraient œuvrer ensemble au renforcement des centres nationaux de recherche de telle sorte qu'ils puissent produire les données factuelles et les informations nécessaires pour améliorer les politiques et les stratégies en matière de santé, les interventions sanitaires et la prestation des services dans la Région africaine.

## REACTIONS REGIONALE ET NATIONALES AU RAPPORT DE LA COMMISSION MACROECONOMIE ET SANTE

### Réaction régionale

15. En juin 2002, l'Atelier régional pour le Renforcement des Capacités en Economie sanitaire s'est tenu à Windhoek (Namibie). Au total, 103 économistes, planificateurs et spécialistes de la santé publique chevronnés, venus de 43 pays, y ont participé et se sont livrés à un examen critique des conclusions et des recommandations de la CMS; de la composante santé des Documents sur la stratégie de réduction de la pauvreté (DSRP); du financement des soins de santé; des comptes nationaux de la santé; et de l'évaluation de la performance des systèmes de santé.

<sup>16</sup>PNUD, Human development report 2002, New York, Oxford University Press, 2002.

<sup>17</sup>Les biens publics sont indivisément consommés par tout le monde; ils se caractérisent donc par la non-exclusion et la non-concurrence. Les résultats de la recherche, l'eau des rivières et des lacs, les jardins publics, etc., en sont autant d'exemples.

<sup>18</sup>Forum mondial pour la Recherche en Santé, The 10/90 report on health research 2001-2002, Genève, Organisation mondiale de la Santé, (2002).

16. Les participants ont estimé que les pays qui se proposeraient d'appliquer le programme d'action de la CMS risqueraient de se heurter aux difficultés suivantes :

- a) capacité limitée des ministères de la santé d'entreprendre une action de plaidoyer et de négocier avec d'autres secteurs et partenaires;
- b) faiblesse des systèmes nationaux d'information pour la gestion sanitaire;
- c) nécessité de réviser la composante santé des DSRP afin d'y inclure des stratégies visant à faire passer la gamme essentielle d'interventions à l'échelle supérieure;
- d) prolifération de comités à l'échelon national;
- e) amenuisement des ressources humaines par suite de l'exode des cerveaux;
- f) absence de mécanismes durables de financement des soins de santé;
- g) nécessité de rendre les systèmes de santé attentifs aux besoins et aux aspirations des pauvres;
- h) coordination du soutien apporté par les donateurs afin qu'ils contribuent davantage à la réalisation des objectifs de développement sanitaire national.

17. Une synthèse des problèmes soulevés et des recommandations formulées au cours de l'atelier de Windhoek, ainsi que le rapport de la CMS, ont été diffusés aux pays.

#### **Réactions nationales**

18. En mars 2003, deux pays seulement avaient pris des mesures concrètes pour appliquer les recommandations de la CMS. Leurs réactions sont examinées ci-après.

#### ***Ghana***

19. Faisant suite à la participation du Ghana à la consultation organisée par le Siège de l'OMS à Genève en juin 2002, le Ministre de la Planification économique et de la Coopération régionale a tenu une réunion avec des représentants des ministères de la santé, des finances, des administrations locales et du développement rural ainsi que d'institutions bilatérales et multilatérales présentes dans le pays, afin d'examiner les conclusions et recommandations de la CMS ainsi que les perspectives d'avenir.

20. Ultérieurement, en 2002, le Président du Ghana a lancé l'Initiative ghanéenne Macroéconomie et Santé (GMHI), comportant :

- a) la constitution d'un comité consultatif chargé d'orienter la formulation du plan d'intensification des interventions prioritaires et de se faire l'avocat, aux niveaux national et international, d'une augmentation des investissements dans la santé; et

- b) la mise sur pied d'un comité technique chargé d'effectuer une analyse de la situation sanitaire, et une analyse économique des différentes interventions sanitaires et options de financement.

21. Dans le cadre de l'Initiative, les thèmes suivants ont été retenus à des fins d'analyse détaillée :

- a) dépenses de santé;
- b) assurance-maladie;
- c) problèmes de santé envisagés dans les Stratégies de Réduction de la Pauvreté au Ghana (GPRS);
- d) salubrité de l'environnement et gestion des déchets;
- e) eau et assainissement en milieu urbain et rural; et
- f) mobilisation de ressources pour l'intensification des interventions sanitaires.

L'analyse a permis de produire des rapports techniques qui ont ensuite été examinés au cours d'un atelier réunissant des partenaires locaux et internationaux.

22. L'Initiative ghanéenne procède actuellement à l'élaboration d'un plan d'investissement visant à faciliter la révision et accélérer la mise en oeuvre de la composante santé des GPRS.

### *Ethiopie*

23. En novembre 2002, une équipe OMS/Université Columbia a effectué une mission d'une semaine en Ethiopie afin de sensibiliser les décideurs et autres partenaires du pays aux principales conclusions et recommandations de la CMS. L'équipe a rencontré différents interlocuteurs: ministres, parlementaires, chefs de bureaux sanitaires régionaux, représentants d'institutions onusiennes, de groupes de donateurs, la Christian Development Relief Association, les dirigeants de l'Association éthiopienne de santé publique et de l'Association des économistes.

24. Le Ministère de la Santé, en collaboration avec l'OMS et l'Université Columbia, a donc pu élaborer le Plan d'action Macroéconomie et Santé couvrant le premier semestre de 2003. On projette actuellement de constituer un groupe technique multisectoriel macroéconomie et santé qui fonctionnerait sous l'autorité du Ministre de la Santé, ainsi qu'un comité d'orientation commun central chargé de mettre en oeuvre le processus macroéconomie et santé.

25. Un certain nombre d'actions de plaidoyer sont prévues, comprenant notamment :

- a) un atelier d'élaboration de consensus à l'intention de responsables concernés de ministères pour débattre de questions pertinentes sur le thème "macroéconomie et santé";
- b) un atelier du Programme de Développement du Secteur sanitaire (HSDP) pour examiner la façon dont l'Initiative macroéconomie et santé peut jouer le rôle de catalyseur dans la mise en oeuvre du HSDP et du Programme de Développement durable et Réduction de la Pauvreté (SDPRP);

- c) un (ou des) séminaire(s) d'éducation participative, à l'intention de parlementaires, sur l'importance de la santé pour le développement économique;
- d) des séminaires réunissant des responsables gouvernementaux, des ONG et des donateurs pour débattre de la façon dont les partenariats peuvent contribuer à améliorer l'accès aux services de santé;
- e) le recours aux médias pour informer à la fois le secteur public et le secteur privé de l'initiative éthiopienne en matière de macroéconomie et de santé.

26. On s'attend que la phase préparatoire de six mois du processus macroéconomie et santé conduite à un plan d'investissement à long terme en vue d'accélérer la mise en œuvre du Programme de Développement du Secteur sanitaire et du Programme de Développement durable et de Réduction de la Pauvreté.

## L'AVENIR

27. Le rapport de la CMS recommande une plus grande volonté politique, au niveau tant national qu'international, d'augmenter les investissements pour faire passer la mise en œuvre des interventions sanitaires essentielles à l'échelle supérieure, en utilisant des systèmes de santé de proximité. Etant donné que les différents Etats Membres font face à des défis différents, et eu égard à ce qui s'est fait au Ghana et en Ethiopie, le présent document propose des mesures qui peuvent être prises pour appliquer les recommandations de la CMS. Les mesures proposées ci-après devraient s'appliquer dans le cadre :

- a) des politiques nationales, des plans de développement et des stratégies de réduction de la pauvreté tels qu'ils existent actuellement; ainsi que
- b) des structures et processus d'administration, de planification, de mise en œuvre et de surveillance continue en place dans les différents pays.

28. Les mesures qui pourraient être prises au niveau des pays sont les suivantes :

### **Mesure n° 1 : Diffusion, au niveau des pays, des conclusions et recommandations de la CMS et édification d'un consensus sur leur applicabilité**

29. Les ministères de la santé, avec le concours des représentations de l'OMS dans les pays, pourront organiser une réunion des principaux partenaires pour diffuser les conclusions et recommandations de la CMS et parvenir à un consensus sur leur applicabilité à la situation sanitaire nationale. Cela pourrait enclencher un processus menant à un plus grand engagement politique et financier envers le secteur de la santé.

### **Mesure n° 2 : Conclure des arrangements institutionnels pour faciliter l'application des recommandations de la Commission Macroéconomie et Santé dans les pays**

30. Les différents Etats Membres pourront se doter d'un comité d'orientation interministériel sur la macroéconomie et la santé ou, le cas échéant, élargir le mandat et la composition des comités existants investis de fonctions analogues afin de donner suite aux recommandations

de la CMS. Ce comité pourra mener l'action tendant à multiplier les interventions sanitaires prioritaires et, aux niveaux national et international, entreprendre de plaider la cause d'une augmentation des investissements dans la santé. Il pourra se composer de ministres de la santé, de la planification économique et de la coopération régionale, des finances, de l'administration locale et du développement rural, des travaux publics et du logement ainsi que de parlementaires, de représentants de la société civile, du secteur privé, des institutions onusiennes, et des donateurs bilatéraux et multilatéraux.

31. Un comité technique, jouant le rôle de secrétariat du comité national d'orientation sur la macroéconomie et la santé, pourra être constitué afin de procéder à une analyse de la situation sanitaire ainsi qu'à une analyse économique des différentes interventions sanitaires et options de financement possibles. Ce comité pourra se composer d'un économiste de la santé, de représentants des ministères de la santé, de l'eau et de l'assainissement, des finances, de la planification économique et de la coopération régionale, de l'administration locale et du développement rural, ainsi que de représentants de la communauté des donateurs et du bureau de l'OMS dans le pays.

### **Mesure n° 3 : Analyse et élaboration d'une stratégie**

32. En s'inspirant des recommandations de la CMS et d'autres plans stratégiques nationaux tels que les Documents sur la Stratégie de réduction de la Pauvreté, le comité technique procédera à des analyses de la situation sanitaire nationale; des politiques sanitaires nationales et notamment des politiques et des plans relatifs aux ressources humaines; de la performance du système de santé (buts et fonctions); des comptes nationaux de la santé (ou des dépenses nationales de santé); et des indicateurs macroéconomiques (pauvreté comprise) afin de faciliter l'élaboration d'une stratégie judicieuse d'intensification des interventions sanitaires. Les lacunes apparaissant en matière d'information et de performance des systèmes de santé pourront faire l'objet d'un plan stratégique portant sur plusieurs années. Ce plan vise avant tout à étendre la couverture des services de santé (et connexes), en tenant compte de la synergie avec d'autres secteurs de la prestation des services de santé. Il doit aussi se conformer à un cadre politique rationnel en matière de macroéconomie, doit aussi fournir la base permettant de combler les lacunes en matière d'information par un investissement suffisant dans la recherche opérationnelle.

33. Ce plan doit contenir :

- a) une analyse des secteurs sanitaire et connexes;
- b) un ensemble de problèmes de santé nationaux prioritaires;
- c) une gamme d'interventions de santé publique essentielles rentables pour s'attaquer aux problèmes;
- d) les niveaux de couverture actuels des différentes interventions essentielles;
- e) les taux de couverture cibles des différentes interventions sanitaires essentielles;

- f) le coût de l'accroissement du recours aux interventions essentielles jusqu'aux niveaux voulus, y compris le coût du renforcement des services de santé de proximité;
- g) une estimation du niveau actuel des dépenses (ventilées par sources) afférentes aux interventions essentielles;
- h) une estimation de l'insuffisance des dépenses (c'est-à-dire le point "f" moins le point "g" ci-dessus);
- i) une indication de la façon dont l'insuffisance des dépenses serait comblée (par des sources internes et internationales); et
- j) un chapitre surveillance continue et évaluation.

34. Les ministères et institutions compétents, principalement responsables des composantes spécifiques de telle ou telle intervention de santé publique essentielle, devront formuler des propositions en vue d'intensifier ces interventions.

#### **Mesure n° 4 : Comblar les insuffisances de dépenses**

35. Le comité technique, sur recommandation du comité d'orientation, élaborera différents scénarios de la façon dont les insuffisances pourront être comblées. Les avantages et inconvénients de chaque scénario seront minutieusement pris en considération et examinés. Les scénarios pourront faire une place : à la réduction des inefficacités techniques et répartitives entre les secteurs et sous-secteurs liés à la santé et au sein de ceux-ci; l'abandon des actes de diagnostic et des interventions sanitaires les moins rentables; une assurance-maladie nationale à caractère social<sup>19</sup> financée par des taxes sur le tabac et les alcools; une taxe spécialement affectée à la santé; la réaffectation de ressources budgétaires provenant d'autres secteurs tels que la défense; la réduction des subventions à l'industrie manufacturière d'exportation; les crédits attendus de l'Initiative en faveur des pays pauvres très endettés (PPTE); les prêts à des conditions avantageuses et les subventions de donateurs bilatéraux et multilatéraux; l'élaboration de propositions de projets pour soumission à l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination (GAVI), au Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme (FMSTP) et au Programme multipays de la Banque mondiale contre le SIDA.

---

<sup>19</sup>Carrin G., Desmet M. et Basaza R., Social health insurance development in low-income developing countries: New roles for government and non-profit health insurance organizations, au chapitre 10 de : Scheil-Adlung X. *Building Social Security: The challenge of privatization* (London: Transaction Publishers), 2001.

**Mesure n° 5 : Se servir du plan stratégique pluriannuel élaboré dans le cadre de la mesure n° 3 pour réviser les plans de développement des secteurs de la santé et connexes ainsi que les éléments correspondants des DSLP**

36. Les plans de développement des secteurs sanitaire et connexes (santé, approvisionnement en eau et assainissement, éducation) et les composantes correspondantes des DSRP devront être révisés pour tenir compte du plan de passage à l'échelle supérieure de la mesure n° 3 ci-dessus.

**Mesure n° 6 : Application du plan stratégique pluriannuel**

37. Les ministères et institutions responsables des composantes spécifiques du plan stratégique (services de santé, eau, assainissement, nutrition) feront passer leurs interventions respectives à l'échelle supérieure.

**Mesure n° 7 : Surveillance continue, évaluation et comptes rendus**

38. Le comité d'orientation sur la macroéconomie et la santé surveillera l'application du plan stratégique ainsi que des propositions élaborées par chaque ministère ou institution chef de file. Pour cela, le comité d'orientation élaborera des indicateurs de base et décidera de la fréquence des comptes rendus, en application des mécanismes nationaux d'établissement des rapports. En sa qualité de guide, le comité d'orientation pourra envisager de se réunir tous les six mois afin d'examiner les progrès réalisés dans l'application du plan stratégique et des propositions qui s'y rapportent. Les leçons tirées de ces examens serviront ensuite à réviser les plans.

**Le soutien de l'OMS aux pays**

39. L'OMS tirera parti de l'avantage relatif dont elle dispose en matière de santé pour aider les pays à appliquer les recommandations de la CMS. Plus précisément, l'OMS :

- a) diffusera les principales conclusions et recommandations de la CMS aux ministres de la santé et autres partenaires importants du développement;
- b) aidera les pays à développer ou à renforcer les mécanismes institutionnels nationaux déjà en place pour la planification, l'application et la surveillance continue des recommandations de la CMS;
- c) fournira un soutien technique au comité d'orientation et aux ministères ou institutions chefs de file pour leur permettre d'élaborer des plans et des propositions en vue de faire passer les interventions nationales à l'échelle supérieure;
- d) renforcera la capacité des Etats Membres de recueillir, d'analyser, d'étayer, de diffuser et d'utiliser des éléments d'appréciation pertinents à caractère sanitaire et économique;
- e) surveillera et rassemblera des informations sur les leçons tirées de l'application des recommandations de la CMS dans les différents pays, tout en facilitant un partage du savoir entre ceux-ci.

### **Le soutien des autres partenaires**

40. Des alliances seront constituées et maintenues à tous les niveaux, pour garantir que tous les Etats Membres bénéficient d'un appui approprié dans le processus d'élaboration, de mise en oeuvre, de surveillance et d'évaluation des plans pluriannuels visant à intensifier les investissements en santé en faveur des pauvres. Ces alliances feront participer des acteurs tels que les institutions pertinentes des Nations Unies ainsi que les agences bilatérales de développement, la Banque mondiale, la Banque africaine de Développement, le Secrétariat du NEPAD, la société civile, les ONG nationales et internationales, les organisations privées, les initiatives académiques et mondiales, par exemple : le Fonds mondial de Lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme, l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination, l'Initiative «Halte à la tuberculose», et enfin le Programme Faire reculer le paludisme.

### **CONCLUSION**

41. Dans le présent document, on a tenté de replacer les principales conclusions de la CMS dans le contexte de la Région africaine. Sept grandes mesures y sont également proposées à l'intention des pays qui souhaitent appliquer le programme d'action de la CMS.

42. En collaborant étroitement avec des partenaires du développement sanitaire, les Etats Membres peuvent améliorer leur avenir économique en investissant davantage dans des systèmes de santé de proximité et en recourant plus qu'ils ne le font actuellement à des interventions rentables pour s'attaquer à leurs problèmes de santé prioritaires.

43. Le Comité régional est prié d'examiner et d'adopter les mesures génériques proposées dans le présent document en vue de l'application des recommandations de la CMS au niveau des pays.