



Conseil économique et social

Distr. générale
1^{er} juin 2009
Français
Original : anglais

Session de fond de 2009

Genève, 6-31 juillet 2009

Point 2 b) de l'ordre du jour provisoire*

Débat de haut niveau : examen ministériel annuel

Note verbale datée du 28 mai 2009, adressée au Président du Conseil économique et social par la Mission permanente de Sri Lanka auprès de l'Organisation des Nations unies

La Mission permanente de la République socialiste démocratique de Sri Lanka auprès de l'Organisation des Nations Unies présente ses compliments au Président du Conseil économique et social et a l'honneur de demander que le rapport de la Réunion préparatoire de l'Asie du Sud, organisée dans le cadre de l'examen ministériel annuel du Conseil économique et social sur le thème « Stratégies de financement des soins de santé » et tenue à Colombo du 16 au 18 mars 2009 (voir annexe), soit distribué en tant que document du Conseil pour examen à sa session de fond de 2009 au titre du point 2 b) de son ordre du jour provisoire.

À la réunion régionale préparatoire, les participants ont examiné les principaux problèmes auxquels les pays – en particulier les pays à faible revenu – font face pour financer leur système de santé en vue d'atteindre les objectifs convenus sur le plan international en matière de santé publique. Ils ont examiné les manières dont la communauté internationale pouvait soutenir les pays à mesure qu'ils passaient à la couverture universelle en a) augmentent les ressources financières affectées à la santé, b) en rendant le financement plus prévisible et c) en acheminant des fonds vers les pays bénéficiaires d'une façon qui renforce les systèmes de financements nationaux et les capacités locales et améliore le financement dans les situations de crise. La réunion a également donné l'occasion d'échanger des exemples de pratiques optimales et d'initiatives en matière de financement des soins de santé. Le Gouvernement sri-lankais est persuadé que le rapport fera une contribution précieuse à la considération du thème de l'examen ministériel annuel de 2009.

* E/2009/100.



**Annexe à la note verbale du 28 mai 2009 adressée au Président
du Conseil économique et social par la Mission permanente
de Sri Lanka auprès de l'Organisation des Nations unies**

**Rapport de la réunion préparatoire régionale de l'Asie du Sud
sur les stratégies de financement des soins de santé pour l'examen
ministériel annuel du Conseil économique et social**

Résumé

Dans le cadre de l'examen ministériel annuel du Conseil économique et social, une réunion régional préparatoire pour l'Asie du Sud sur le thème « Stratégies de financement des soins de santé » a été tenue à Colombo du 16 au 18 mars 2009. Elle a été accueillie par le Gouvernement de la République démocratique socialiste de Sri Lanka, en collaboration avec le Département des affaires économiques et sociales de l'ONU et l'Organisation mondiale de la santé. Organisée en tant que manifestation multipartite, la réunion a été composée de séances plénières et de réunions-débats et a compté sur la participation de 121 délégués.

Les participants, y compris plusieurs ministres, ont examiné les principaux problèmes auxquels font face les pays – en particulier les pays à faible revenu – pour financer leur système de santé en vue d'atteindre les objectifs convenus sur le plan international en matière de santé publique globale. Ils ont examiné les manières dont la communauté internationale pouvait soutenir les pays à mesure qu'ils passaient à la couverture universelle en a) augmentent les ressources financières affectées à la santé, b) en rendant le financement plus prévisible et c) en acheminant des fonds vers les pays bénéficiaires d'une façon qui renforce les systèmes de financements nationaux et les capacités locales et qui améliore le financement dans les situations de crise. La réunion a également donné l'occasion d'échanger des exemples de pratiques optimales et d'initiatives nouvelles. Les délibérations ont eu lieu dans le contexte de l'aggravation de la crise financière et économique internationale.

Principaux messages de politique générale

Les principaux messages suivants se sont dégagés de la discussion :

Sources intérieures de financement des soins de santé

- Pour réaliser la couverture universelle, il faut trouver les moyens d'accroître le financement intérieur et d'utiliser les ressources de manière plus efficace
- Pour garantir un accès équitable aux soins de santé, il faut passer d'un système basé sur les frais à la charge des patients à un système de paiement anticipé et de mise en commun des fonds;
- Comme la proportion de l'ensemble des dépenses publiques consacrée à la santé demeure faible dans la plupart des pays d'Asie, et comme les revenus augmentent, il est possible d'augmenter le financement intérieur, même en période de baisse des taux de croissance des pays.

Sources extérieures de financement des soins de santé

- Il faut accroître le financement extérieur, le rendre plus prévisible et l'aligner davantage sur les priorités nationales, et il faut l'acheminer vers les pays bénéficiaires d'une manière qui renforce les systèmes nationaux de financement;
- Les sources novatrices de financement sont les bienvenues, mais elles doivent être additionnelles;
- Il faut contrecarrer la tendance qu'ont les donateurs de concentrer leur attention sur des pays particuliers en négligeant les autres.

Soins de santé dans les situations de conflit

- Il est possible d'améliorer les soins de santé même quand les pays font face à une crise;
- En préservant le financement des systèmes de santé – en particulier des soins de santé primaires – les pays sont mis à même de prévenir des catastrophes secondaires telles que les épidémies;
- Par rapport à d'autres secteurs, le secteur de santé n'est pas financé suffisamment durant la période de relèvement et de reconstruction.

I. Introduction

À l'occasion du Sommet mondial de 2005, les chefs d'État et de gouvernement ont chargé le Conseil économique et social de procéder à des examens ministériels annuels dans le cadre de son débat de haut niveau en vue d'examiner les progrès accomplis dans la mise en œuvre des décisions des conférences et sommets de l'Organisation des Nations Unies et d'évaluer leur impact sur la réalisation des objectifs définis par ces conférences et sommets. En 2009, le troisième examen ministériel annuel est consacré à l'examen du thème « Mise en œuvre des objectifs convenus et des engagements pris sur le plan international en matière de santé publique ».

Du 16 au 18 mars, le Gouvernement de la République socialiste démocratique de Sri Lanka a accueilli, avec le soutien du Département des affaires économiques et sociales de l'ONU et de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), une réunion régionale préparatoire pour l'Asie du Sud sur le thème « Stratégies de financement des soins de santé » destinée à faire une contribution à l'examen de 2009¹.

La réunion a donné l'occasion aux pays de l'Asie d'apporter une contribution à cet examen, entre autres en partageant les pratiques optimales et les enseignements tirés en matière de financement des soins de santé susceptibles de promouvoir le renforcement des activités en faveur de la réalisation des objectifs de développement convenus sur le plan international (voir Appendice).

La réunion a compté sur la participation de 121 délégués, y compris plusieurs ministres, d'autres hauts représentants de gouvernements d'Asie et d'autres régions, et des experts du système des Nations Unies et d'autres organisations internationales, d'organisations non gouvernementales (ONG), des milieux universitaires et du secteur privé. Les délégués ont examiné les tendances, les problèmes et les solutions potentielles dans le domaine du financement intérieur et extérieur des soins de santé, les défis posés par les systèmes de santé dans les pays en conflit ou en situation d'après crise, les pratiques optimales, les initiatives nouvelles en matière de financement des soins de santé, ainsi que les progrès accomplis par la région vers la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) et les difficultés rencontrées à cet égard.

II. Compte-rendu des délibérations de la réunion régionale préparatoire

A. Séance d'ouverture et discours d'orientation

La réunion a été ouverte par M. Rohitha Bogollagama, Ministre des affaires étrangères de la République socialiste démocratique de Sri Lanka. Dans ses observations de bienvenue, le Ministre a déclaré que la crise économique et financière internationale et les crises alimentaire, énergétique et environnementale mondiales soulevaient des problèmes encore plus redoutables pour le financement des soins de santé, et plus généralement pour la réalisation des OMD. Il a souligné l'importance d'un partenariat mondial en faveur de la réalisation de ces objectifs,

¹ Voir <http://www.un.org/ecosoc/newfunct/amrregional2009.shtml> pour la note liminaire, le programme, les déclarations, les exposées et la liste des participants.

même pour des pays comme Sri Lanka, qui étaient en train d'atteindre les OMD. Il s'est dit persuadé que la réunion permettrait aux différents participants de procéder à un échange précieux d'expériences.

Dans sa déclaration, M. Nimal Siripala de Silva, Ministre de la santé et de la nutrition de Sri Lanka, a décrit les diverses façons dont la crise économique et financière se répercutait de manière préjudiciable sur le secteur de santé, puis a identifié des mesures susceptibles de prévenir ou d'atténuer ces incidences négatives. Il a demandé que le secteur social soit protégé dans toute la mesure du possible. Il a fait observer que Sri Lanka fournissait des soins de santé sans redevance avec un budget qui est inférieur seulement à ceux de la défense et de l'éducation. Alors que Sri Lanka a été gravement touché par la crise, elle n'a pas réduit ses dépenses de santé qu'elle considérait comme un investissement dans l'avenir du pays. Pour réduire les coûts des soins de santé, le Gouvernement soutenait la prévention des maladies et la promotion de la santé. La majeure partie des dépenses sanitaires de Sri Lanka était financée par des ressources intérieures, mais le Ministre a souligné que les principales agences internationales de financement comme la Banque mondiale, le Fonds monétaire international et la Banque asiatique de développement avaient la responsabilité partagée de combler les déficits causés par la crise financière et économique mondiale.

M. Ratnasiris Wickremanayake, Premier ministre de la République socialiste démocratique de Sri Lanka, a rappelé dans son discours d'orientation qu'à Sri Lanka, le financement public des soins de santé avait commencé il y a plus de 2000 ans quand les rois bouddhistes avaient créé des hôpitaux publics et les avaient entretenus grâce aux recettes royales. Bien que Sri Lanka ne soit certainement pas un pays riche, son système de santé est considéré par les observateurs internationaux comme figurant parmi les meilleurs, et cela malgré l'incidence préjudiciable du terrorisme et d'une catastrophe naturelle, le tsunami de 2004.

Le Premier ministre a fait observer que des gouvernements sri-lankais successifs avaient été attachés à l'idée de soins de santé pour tous. Bien que ses taux de croissance aient été modérés, Sri Lanka avait consacré systématiquement une bonne part du revenu national aux programmes de protection sociale destinés à réduire la pauvreté et la morbidité. L'orateur a également noté que la gratuité des soins de santé et de l'éducation a toujours été la politique nationale, mais que le président Mahinda Rajapaksa a placé les questions de développement, y compris la réduction de la pauvreté, au centre de son programme politique connu sous le nom de «Mahinda Chintana ». Le Gouvernement visait à atteindre une croissance annuelle de 7 à 8 % à moyen terme en adoptant des stratégies de promotion de la croissance et de réduction de la pauvreté.

Le Premier ministre a déclaré que Sri Lanka s'enorgueillissait de ses réalisations concernant les OMD. Il a dit que le pays appréciait le soutien que les organismes de donateurs, y compris le système des Nations Unies, lui avaient apporté en faveur de la réalisation de ses objectifs de développement.

M. Hamidon Ali, ambassadeur et Vice-président du Conseil économique et social, a décrit le mandat et le but de l'examen ministériel annuel du Conseil. Il a souligné le lien existant entre le thème de l'examen de 2009 concernant la santé publique mondiale et le sujet de la réunion régionale et a déclaré que cette dernière aiderait à préciser les problèmes rencontrés par l'Asie en matière de financement des soins de santé, notamment en période de troubles économiques mondiaux.

M. Hamidon a rappelé que Sri Lanka avait accompli de gros progrès en matière de santé, mais que bon nombre de pays étaient loin d'atteindre les OMD dans ce domaine, et arrivaient difficilement à joindre les deux bouts alors que les budgets des services de santé diminuaient. Il a souligné que la crise financière risquait d'anéantir les résultats obtenus récemment et de compromettre les progrès, tout en offrant l'occasion de revoir la direction et la nature du financement des soins de santé. L'histoire a montré que la simple réduction des budgets ne constituait pas une solution. Pour progresser vers la réalisation des OMD, il était essentiel de maintenir les filets de sécurité de base, notamment en période de crise économique.

Dans sa déclaration, M. Thomas Stelzer, Sous-secrétaire général pour la coordination des politiques et les affaires interorganisations du Département des affaires économiques et sociales de l'ONU, a dit que la réunion se tenait à un moment où le monde traversait la crise financière et la récession économique les plus graves depuis la grande dépression de 1929. Dans le même temps, la communauté internationale était engagée dans une initiative historique visant à réduire de moitié la pauvreté, à combattre la maladie et à améliorer le niveau de vie de millions de personnes. Dans ces conditions, tous devaient apprendre à faire plus avec moins de ressources.

L'orateur a appelé l'attention sur les progrès accomplis vers la réalisation des OMD en matière de santé, progrès facilités par une croissance économique soutenue, une augmentation de près de 100 % de l'aide provenant de sources publiques et privées entre 2000 et 2006, et un engagement solide des dirigeants du monde et des philanthropes privés. Toutefois, il a noté qu'un engagement solide et l'augmentation des ressources ne suffisaient pas. Il a mis en relief cinq leçons essentielles que la communauté internationale a apprises, à savoir qu'il fallait améliorer les systèmes de prestations sanitaires; augmenter l'efficacité de l'aide grâce à la coordination entre des donateurs et la prévisibilité de l'aide; accorder une attention accrue aux pays en situation de crise puisque les 22 pays qui étaient le plus loin d'atteindre les OMD étaient en situation de conflit ou sortaient d'un conflit; accorder également une attention accrue aux défis nouveaux comme la crise mondiale des agents sanitaires et les maladies non transmissibles; et enfin, qu'il fallait reconnaître l'importance des facteurs déterminants sociaux en matière de santé pour la réalisation des objectifs en matière de santé et de développement. L'orateur a rappelé que le Conseil économique et social avait une longue tradition consistant à asseoir différentes parties prenantes et différents secteurs à la même table, et que cette tradition marquerait également l'examen ministériel annuel de 2009 consacré à la santé.

Le docteur Anarfi Asamoah-Baah, Directeur général adjoint de l'OMS a mis en relief cinq thèmes concernant la fourniture des soins de santé. Premièrement, la prévention de la maladie constituait un investissement majeur à long terme, et le vieillissement de la population allait encore augmenter son coût. Deuxièmement, il était impossible de miser sur le financement extérieur pour les soins de santé; il fallait trouver des solutions intérieures. Troisièmement, il n'existait aucune politique de financement des soins de santé qui répondait à toutes les situations, mais une leçon générale qui semblait se dégager, c'est qu'il fallait éviter les erreurs, par exemple la dépendance excessive à l'égard des frais à la charge des patients. Quatrièmement, il fallait régler deux problèmes: accroître les ressources et améliorer leur efficacité grâce à la réforme du secteur de santé. Il ne s'agissait donc non seulement d'obtenir des fonds supplémentaires, mais également de fournir des

soins de santé meilleurs pour l'argent dépensé. Enfin, la crise financière risquait fortement de saper les progrès accomplis les dernières années, mais donnait aussi l'occasion de réformer les systèmes de santé pour les rendre plus solides.

B. Session 1 : Stratégies de financement des soins de santé

Réunion-débat 1 : Financement intérieur

Dans ses observations liminaires, le professeur Weligamage D. Laksman de l'université de Colombo, animateur des débats, a décrit l'expérience spéciale de Sri Lanka. Le niveau élevé de ses services de santé et ses autres réalisations obtenus depuis la fin des années 1970 malgré un revenu relativement faible font de Sri Lanka une aberration statistique. Ses réalisations ont été attribuées en particulier à l'intervention de l'État et aux dépenses publiques effectuées dans un cadre social démocratique. L'orateur a fait observer qu'à Sri Lanka, comme partout ailleurs, les fonds provenaient de trois secteurs : du secteur public, du secteur privé et des frais à la charge des patients. Alors que les dépenses de santé publiques avaient augmenté de manière spectaculaire depuis 2004, il existait des domaines où Sri Lanka devait investir encore davantage, par exemple dans les régions orientale et septentrionale qui venaient de sortir d'un conflit armé. En plus de l'augmentation des ressources que le Gouvernement, le secteur privé, et peut-être les organismes et pays donateurs, dans l'intérêt de l'équité, consacraient au secteur de santé, il fallait également rendre l'utilisation des ressources disponibles plus efficace.

M^{me} Tsolman Jadamba, Vice-ministre de la santé de la Mongolie, a décrit les problèmes auxquels se heurtait la Mongolie à la recherche d'un modèle approprié pour le financement de ses services de santé. Elle a expliqué qu'avant 1990, les services avaient été financés à partir du budget de l'État et par la suite dans le cadre du système de sécurité sociale. À l'heure actuelle, les soins étaient financés par les fonds de l'assurance-maladie et par les frais à la charge des patients. La participation du secteur privé était en train de s'accroître. L'orateur a dit que la Mongolie avait besoin d'un système de financement qui fournissait des incitations appropriées pour assurer la qualité, l'équité et la transparence des services de santé.

Sur la base de l'expérience acquise lors de la crise financière asiatique de 1997, elle a dit que l'on s'inquiétait vivement de la possibilité que les systèmes de santé puissent subir les effets de la crise financière actuelle. À l'époque, on n'avait fait aucune étude pour évaluer l'incidence de la crise sur la santé des enfants; toutefois, 10 ans plus tard, l'examen médical administré aux jeunes recrues a permis de constater que 29 % d'entre eux souffraient d'un retard de croissance. Pour empêcher que la crise actuelle produise des effets analogues, la Mongolie s'est employée à contrecarrer les effets de la crise financière en mobilisant des sources intérieures et extérieures pour financer les soins de santé.

Le docteur Rashid Jooma, Directeur général du Ministère de la santé du Pakistan, a décrit l'évolution du financement des soins de santé dans ce pays. Il a fait observer que les dépenses de santé s'élevaient à environ 17 dollars par habitant, une augmentation de quelque 15 % pendant les 15 dernières années compte tenu de l'inflation et de l'augmentation de la population. Les principaux facteurs qui limitaient l'augmentation du financement intérieur étaient la collecte limitée de revenus par les administrations provinciales ou de district et la sous-utilisation des fonds.

Le docteur Jooma a attiré l'attention sur le fait qu'il n'existait pas toujours un lien direct entre les résultats en matière de santé et le niveau des dépenses. Il était important d'accorder la priorité au financement, à la mise au point d'intervention techniquement solides, et de surveiller les résultats pour garantir que chaque unité (dispensaire, district) était responsable de son propre budget et rendait compte de son exécution. L'orateur a souligné que le financement devait être lié aux résultats, et qu'il fallait examiner les possibilités de mobiliser des ressources, entre autres par la fiscalité, les redevances, la réallocation de ressources et l'aide extérieure.

S'agissant de la protection sociale, l'orateur a dit que l'assurance maladies graves était actuellement fournie au Pakistan par des réseaux de soutien rural. Le Gouvernement était également en train d'élargir la couverture et les subventions pour des soins onéreux tels que l'hospitalisation en tenant compte du revenu du ménage et offrait des versements en espèces conditionnels pour attirer des clients vers les services de prévention.

Le docteur David B. Evans, Directeur du Département du financement des systèmes de santé de l'OMS, a rappelé que les trois principales fonctions en matière de financement des soins de santé étaient la collecte de recettes, leur mise en commun et les achats. Il a souligné que les systèmes de santé contenaient beaucoup d'autres éléments, tels que les prestations, la main-d'œuvre, les produits médicaux, les vaccins et les technologies qui étaient nécessaires pour apporter à la population des soins de santé efficaces, équitables et de qualité.

L'orateur a noté que l'on s'inquiétait de la possibilité que les gouvernements puissent faire objet de pressions en vue de réduire les dépenses de santé, en particulier dans les pays d'Asie. On avait de bonnes raisons de s'y opposer, à plus forte raison que le monde avait appris à l'occasion des crises passées qu'il était impératif de dépenser pour les soins de santé en période de récession économique pour protéger les pauvres et les groupes les plus vulnérables.

Pour réduire la dépendance à l'égard des frais à la charge des patients, il était important de passer aux paiements anticipés et à la mise en commun des fonds en tant que pas vers la réalisation de la couverture universelle. Comme les pays étaient obligés de faire davantage avec de moindres ressources, la crise donnait l'occasion d'accroître l'efficacité des prestations grâce à une attention accrue accordée à un financement axé sur les résultats. Le docteur Evans a déclaré que les récessions et les crises offraient l'occasion d'avancer des idées hardies et qu'il fallait la saisir. En période de crise économique et financière, il était particulièrement important de renforcer la protection sociale en garantissant que les populations pauvres et vulnérables aient accès aux services de santé. Les dépenses de santé pouvaient constituer un élément précieux des programmes de stimulation dans les pays en récession.

En guise de clôture, le professeur Lakshman a fait observer que de nombreux pays ne disposaient que de ressources extrêmement limitées pour la santé. Il était donc peu probable que les ressources intérieures fussent à répondre aux besoins de santé des populations vivant dans les pays les plus pauvres du monde. En période d'incertitude économique, il était essentiel d'évaluer les problèmes affrontés par les systèmes de financement intérieur de manière à améliorer les soins de santé primaires pour tous. On a noté qu'en plus de l'augmentation du volume des ressources intérieures, il fallait également concentrer l'attention sur l'amélioration de leur efficacité. On a dit que l'on devrait souligner davantage la mise en valeur

des compétences, la création de capacités, la formation et la gestion. Les enseignements concrets que l'on pouvait tirer du secteur privé concernaient, entre autres, l'amélioration des prestations grâce à des chaînes d'approvisionnement efficaces, les systèmes de distribution, le contrôle de la qualité et la manière de transformer les idées en action, l'accent étant mis sur un impact rapide.

Réunion-débat 2 : Financement extérieur des soins de santé

Les participants ont examiné l'évolution de la situation en Asie du Sud en ce qui concernait les sources, la quantité et la qualité de l'aide extérieure en matière de santé et les moyens dont disposaient les gouvernements pour garantir que le financement extérieur soutenait le développement des systèmes et institutions nationaux. En outre, on a examiné l'impact de la crise financière actuelle sur les ressources financières globales affectées à la santé, et les moyens de surmonter la crise.

Le docteur David B. Evans, Directeur du Département du financement des systèmes la santé de l'OMS et animateur des débats, a expliqué que le soutien extérieur apporté aux pays avait augmenté de manière spectaculaire depuis 2000, en particulier en matière de santé. Alors que les pays de l'Asie du Sud n'étaient pas, en règle générale, fortement tributaires du financement extérieur des soins de santé, dans certains pays, des ressources extérieures représentaient plus de 30 % des dépenses de santé globales.

M. Shinichi Asazuma, Coordonnateur principal de la Division de la coopération internationale du Ministère des affaires étrangères du Japon, a souligné qu'une approche intégrale à la santé devait reposer sur la participation et l'inclusion. Dans le contexte de la crise financière actuelle, les pays devaient maintenir leurs engagements à l'égard du secteur de santé, continuer à examiner des mécanismes de financement novateurs et s'employer à améliorer l'allocation et l'utilisation des ressources à l'intérieur des pays en développement. Il a informé les participants que la quatrième Conférence internationale de Tokyo sur le développement de l'Afrique avait adopté le Plan d'action de Yokohama et que les participants s'étaient engagés à soutenir les activités internationales en matière de santé mondiale.

À l'occasion du sommet du Groupe des Huit tenu à Hokkaido Toyako (Japon) les participants avaient approuvé le Plan d'action de Toyako sur la santé mondiale et étaient convenus de créer un mécanisme de suivi pour surveiller les progrès. Le Plan d'action prévoyait des mesures destinées à renforcer les systèmes de santé, à améliorer la santé maternelle et infantile; à combattre les maladies infectieuses; à promouvoir une approche intersectorielle et à accroître les ressources. On avait accordé une attention particulière au renforcement des systèmes de santé grâce à l'amélioration de la main-d'œuvre du secteur, au financement et à l'information en matière de santé grâce à l'instauration d'un équilibre judicieux entre les interventions verticales axées sur les maladies et les interventions horizontales systémiques, et à la promotion d'une approche fondée sur la participation. Dans ce cadre de la suite donnée au sommet du Groupe des Huit, le Japon avait soumis à l'Assemblée mondiale de la santé un projet de résolution sur les soins de santé primaires et s'attendait à ce que les décisions concernant le renforcement des systèmes de santé soient suivies de mesures concrètes lors du sommet du Groupe des Huit à La Maddalena (Italie) et au-delà.

Le docteur Ravindra P. Rannan-Eliya, Directeur de l'institut de politique sanitaire à Colombo, a mis l'accent sur les recommandations que le groupe de travail de Takemi avait adressées au Groupe des Huit. La santé mondiale constituait une question importante pour le Groupe des Huit étant donné la lenteur des progrès accomplis vers la réalisation des OMD en matière de santé et ses conséquences pour la pauvreté et les risques transnationaux, tels que la grippe aviaire. L'accroissement des dépenses de santé ne s'était pas répercuté pleinement sur des progrès réalisés pour les OMD concernant la santé. La forte dépendance à l'égard des frais à la charge des patients continuait d'enfoncer chaque année plus de 100 millions de personnes dans la pauvreté. Alors qu'il était peu probable que l'objectif mondial consistant à dépenser 30 dollars par habitant pour la santé soit atteint, il était possible d'atteindre les OMD et de parvenir à la couverture universelle en augmentant l'efficacité des services. L'orateur a signalé que certains des pays de l'Asie du Sud parmi les plus pauvres avaient atteint les OMD en matière de santé avec des dépenses publiques de moins de 10 dollars par habitant.

Le docteur Rannan-Eliya a souligné que pour améliorer les résultats en matière de santé, les pays devaient assurer la protection contre les risques, l'accès des pauvres aux services et l'efficacité de ces derniers. D'après les résultats d'une étude mondiale, seul le financement public – y compris le financement grâce la sécurité sociale financée par la fiscalité – pouvait constituer le principal moyen de financer les soins de santé avec succès. Dans les pays pauvres, seul le financement public grâce aux recettes fiscales s'était avéré efficace, alors que dans les pays à revenu moyen ou élevé, l'assurance-maladie sociale pouvait réussir. L'orateur a invité les pays du Groupe des Huit à accroître le soutien qu'ils apportaient aux pays qui avaient des systèmes de santé publique et qui cherchaient à supprimer les redevances. En outre, ils devraient aider à renforcer la capacité technique et la capacité en matière de formulation des politiques des pays en développement. L'orateur considérait que la crise financière donnait occasion d'améliorer la protection sociale et de modifier la structure des prestations de la santé publique.

M^{me} Ursula Schafer-Preuss, Vice-présidente de la Banque asiatique de développement, a dit que l'Asie du Sud avait atteint des résultats remarquables en matière de santé. Toutefois, même pendant la récente période de croissance économique soutenue et d'augmentation des recettes fiscales, les dépenses de santé y étaient les moins importantes du monde, les dépenses publiques étaient très faibles et les frais à la charge des patients considérables. Pour ces raisons, les résultats pour les pauvres laissaient souvent à désirer, et le financement public des services de santé n'était pas suffisamment efficace ou équitable. À l'avenir, le financement des soins présenterait des difficultés encore plus grandes étant donné l'accroissement et le vieillissement de la population et les contraintes budgétaires résultant de la crise financière et économique mondiale. En période de récession économique, il était encore plus important d'accorder une priorité élevée aux dépenses de santé et de rechercher des gains stratégiques majeurs.

M^{me} Schafer-Preuss a recommandé l'adoption de quatre politiques en matière de santé, notamment pour la région de l'Asie du Sud. La première consistait à assurer le financement des soins de santé essentiels qui protégeaient les pauvres et augmentaient la productivité nationale ainsi que l'inclusion et la stabilité sociale. En deuxième lieu, il fallait investir dans une quantification, une surveillance et une évaluation efficace des dépenses de santé et de leurs résultats. En troisième lieu, il fallait financer la nutrition puisque 45 % des enfants de moins de cinq ans en Asie

souffraient d'une insuffisance pondérale modérée ou grave, bien que beaucoup d'interventions soient à la fois abordables et rentables. En outre, conformément au consensus de Copenhague, les experts ont identifié la supplémentation des enfants en micronutriments comme le moyen le plus économique d'aider les pauvres. Quatrièmement, il fallait taxer le tabac et utiliser les recettes pour augmenter – et non remplacer – les dépenses publiques de santé existantes. L'orateur a dit qu'en misant sur ces quatre politiques, les pays pouvaient améliorer l'efficacité de leurs services de santé sans augmenter sensiblement leur coût.

M. Pablo Gottret, économiste principal du Groupe pour le développement humain de la région de l'Asie du Sud de la Banque mondiale, a noté que la part des donateurs dans les dépenses totales de santé en Asie du Sud avait augmenté, et qu'elle était importante pour certains programmes publics, mais que le financement extérieur ne constituait pas une part importante des dépenses de santé dans la région. Il a également fait observer qu'une large part de l'aide bilatérale en matière de santé était destinée à l'Afrique subsaharienne et à des programmes verticaux, principalement à la lutte contre le VIH/sida. En outre, il a signalé que les pays de l'Asie du Sud présentaient généralement de faibles niveaux de dépenses de santé publiques, beaucoup d'entre eux dépendant fortement des frais à la charge des patients. L'existence de contraintes fiscales donnait à penser que les ressources additionnelles proviendraient surtout des recettes intérieures et de l'utilisation plus efficace des fonds.

De l'avis de M. Gottret, le financement par des donateurs posait des problèmes dans la région, surtout dans le contexte de la crise économique financière et économique actuelle, qui résidaient, entre autres, dans l'insuffisance des ressources, l'instabilité du financement qui rendait le financement des dépenses renouvelables difficile et l'interchangeabilité de l'aide. Les déformations provoquées par le financement par des donateurs et la viabilité insuffisante des programmes en l'absence d'une mobilisation suffisante des ressources intérieures continuaient de soulever des inquiétudes. La crise financière et économique actuelle réduisait la capacité des gouvernements à accroître voire à maintenir les niveaux actuels de dépenses de santé intérieures à un moment où les envois de fonds accusaient également une baisse. De même, les dévaluations pourraient rendre les médicaments importés moins abordables. Dans ces conditions, les ménages étaient tributaires davantage des services de santé financés par l'État. Les décideurs devaient s'employer avant tout à garantir l'accès aux services essentiels, notamment pour les populations appartenant aux 20 % les plus pauvres de la population dont la santé et l'état nutritionnel étaient le plus influencés par des programmes bien ciblés. La protection des dépenses de santé publiques ne devait pas être un objectif en soi, mais il fallait garantir l'accès aux services essentiels.

M. Simon Wright, Directeur de projet de l'organisation Action for Global Health (réseau européen d'ONG et d'organisations charitables qui visent à aider les pays en développement à atteindre les OMD en matière de santé d'ici à 2015) a décrit les engagements pris par l'Europe en matière de santé mondiale. Dans le contexte d'une crise financière et économique mondiale toujours plus grave, il a invité instamment les pays développés à respecter leurs engagements concernant l'aide publique au développement (APD) consacrée à la santé, à améliorer la qualité de l'APD, et à mettre en place des mécanismes de financement novateurs dans ce domaine. Ils devraient également envisager la possibilité d'accroître leur soutien budgétaire dans ce secteur et d'utiliser le Partenariat international pour la santé et

les initiatives connexes en tant que moyen d'accroître le financement des soins de santé par des donateurs. Les pays en développement devraient mobiliser les citoyens en vue de faire de la santé une priorité, de réduire les inégalités et de garantir l'accès universel aux soins.

Le docteur Jorge Bermudez, Secrétaire exécutif de la Facilité internationale d'achat de médicaments (UNITAID – mécanisme novateur destiné à faciliter l'accès aux médicaments et aux moyens de diagnostic pour le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme), a dit que l'UNITAID cherchait à faire la différence en utilisant les recettes d'une taxe de solidarité sur les billets d'avion achetés dans les pays contributeurs pour financer des médicaments et des diagnostics dans les pays bénéficiaires. Elle visait également à instaurer des partenariats solides avec les agents d'exécution comme l'OMS et le Fonds mondial pour la lutte contre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme. Depuis 2006, le nombre de ses membres est passé des 5 pays fondateurs – Brésil, Chili, France, Norvège et Royaume-Uni – à 29 pays et la Facilité a financé des projets dans 90 pays. L'UNITAID a augmenté la valeur de sa contribution en utilisant ses fonds pour réduire les prix du marché; en améliorant la qualité des médicaments; en encourageant l'emploi des médicaments adaptés aux besoins des patients et en veillant à la livraison de médicaments urgents.

Dans le débat qui a suivi, les participants ont examiné les questions concernant les prestations fournies par les administrations publiques ou des ONG, ainsi que la question du financement horizontal ou vertical. Les représentants des gouvernements ont souligné que les ressources extérieures devaient être axées sur le renforcement des programmes horizontaux et réparties par les ministères de la santé. Si les services de santé étaient fournis par des acteurs multiples, et si les programmes verticaux mettaient l'accent sur des maladies spécifiques au lieu de renforcer les systèmes de santé, cela risquait de déformer les résultats d'ensemble. On a également mis en doute la viabilité des programmes verticaux financés par des donateurs dans le contexte de la crise financière actuelle. Les représentants des ONG ont souligné en particulier que certaines administrations publiques étaient moins efficaces que d'autres et que dans certains pays, des ONG étaient à même de fournir des services de santé plus efficaces. De même, les ONG étaient souvent plus souples et plus novatrices que les institutions nationales, mais devaient travailler en partenariat avec les gouvernements et dans le cadre des plans nationaux. On a également dit que les gouvernements pourraient jouer un rôle de supervision et de consultation pour garantir que les prestataires de services répartissent et utilisent leurs fonds de manière appropriée. On a conclu que la question de l'acheminement de fonds par le biais des gouvernements ou des ONG devait être examinée dans chaque situation concrète.

Un participant a appelé l'attention sur le problème posé par la diversité des systèmes de santé du monde. Pour acheminer des fonds de façon efficace, il fallait des modèles adaptés aux besoins des pays spécifiques. À cette fin, il fallait d'abord élaborer des directives normatives concernant les modalités de financement public; de fixer des repères concernant les recettes; d'identifier des mesures fiscales potentielles; et d'établir des normes concernant la mise en commun des fonds dans le cadre des assurances-maladie sociales. Ensuite, il s'agissait de développer la capacité du pays à identifier les solutions qui lui convenaient le mieux. Enfin, il fallait aider activement les pays à développer les possibilités existantes.

Le docteur Evans a résumé les débats en disant que la crise financière mondiale ne manquerait pas d'aggraver la crise causée par l'accès insuffisant aux soins de santé et les catastrophes économiques provoquées par les frais à la charge des patients. La communauté internationale devait veiller à éviter la diminution du financement. Il était certes utile de rendre le Groupe des Huit comptable de ses engagements, mais il était nécessaire de se rappeler que l'APD pourrait diminuer plus avant, les engagements étant liés à des produits intérieurs bruts actuellement en baisse. L'orateur a également noté que conformément à la discussion, les pays en développement, soutenus par la communauté internationale, devraient prendre en main les négociations relatives à la aide, mettre en cause certaines des conditionnalités proposées, et rendre compte à la population de l'utilisation de l'aide. L'accent devrait être mis sur la protection des personnes et non sur le maintien du volume de l'APD.

C. Session 2 : Les systèmes de santé dans des situations de crise

Réunion-débat 3 : Problèmes posés par les systèmes de santé dans les pays en situation de crise ou d'après crise

Le docteur Poonam Singh, Directeur régional adjoint, Bureau régional de l'OMS pour l'Asie du Sud-Est, présidant la troisième réunion-débat, a commencé en reconnaissant que les crises actuelles et les effets du changement du climat toucheraient le plus durement les populations pauvres et vulnérables. Ces crises avaient compromis plus avant l'accessibilité financière et physique et la qualité des services de santé. L'orateur a signalé que le Rapport sur les catastrophes dans le monde montrait que pendant la décennie de 1996 à 2005, la région de l'Asie et du Pacifique, qui abritait 25 % de la population mondiale, avait été la scène de 44 % des catastrophes mondiales et avait représenté 58 % de la mortalité due à des catastrophes.

Les participants se sont penchés sur les différentes composantes d'un système de santé qui risquaient d'être affectées durant une crise et les mesures que les gouvernements pourraient prendre en matière de préparation, de secours et de relèvement. Ils ont également examiné l'efficacité des secours d'urgence en répondant aux besoins de santé et en appuyant les systèmes de santé, ainsi que les améliorations qu'il était possible d'apporter en pleine crise financière.

Décrivant le financement des soins de santé en Afghanistan, le docteur Ahman Jan Naeem, Directeur général par intérim chargé des politiques et de la planification au Ministère de la santé de l'Afghanistan, a présenté les principaux résultats d'une enquête menée en 2008. Cette enquête avait identifié les difficultés que posait l'identification de l'ensemble des dépenses de santé, les frais à la charge des patients constituant la principale source de financement en Afghanistan.

Le montant total des dépenses de santé publiques de l'Afghanistan ont augmenté de 54 % depuis 2003, mais demeuraient faibles comparées à ceux des autres pays à faible revenu de la région. D'après les estimations, le financement extérieur au total représenterait toujours plus de 90 % des dépenses. Une grande partie de l'aide extérieure était allouée aux soins de santé primaires et à la lutte contre les maladies transmissibles, ce qui était conforme à la situation du pays en matière de morbidité. En revanche, les crédits budgétaires affectés aux médicaments et aux fournitures médicales étaient tout à fait insuffisants; en conséquence, les frais

importants à la charge des ménages constituaient un obstacle financier majeur à l'accès des pauvres. Bien que l'on considère que la priorité accordée aux soins de santé primaire était favorable aux pauvres, leur financement était loin d'être équitable. La distance à parcourir pour obtenir des soins représentait un autre obstacle majeur.

Le docteur Naeem a souligné qu'il fallait disposer de plus amples informations pour prendre en connaissance de cause des décisions visant à accroître l'efficacité des prestations, améliorer au maximum la santé de la population et atteindre les OMD. Pour relever ce défi, le Ministère était en train de d'élaborer une stratégie de financement des soins incluant quatre éléments essentiels. Le premier concernait la création d'une unité économique et de financement de la santé au sein du Ministère de la santé, chargée, entre autres, de conduire des études sur le rendement des dépenses, de déterminer le coût des services de santé publics et privés et de coordonner l'aide, ainsi que l'établissement de comptes sanitaires nationaux. En deuxième lieu, il s'agissait d'améliorer la gouvernance en matière de financement de la santé, y compris la budgétisation des programmes, la planification et la budgétisation provinciales et la gestion des contrats de prestation de services conclus avec les ONG. Troisièmement, la stratégie visait à améliorer la gestion financière des installations et des ressources, et à assurer leur utilisation efficace, à soutenir l'autonomie des secteurs public et privé, et à améliorer la prise des décisions financières. Le dernier élément de la stratégie concernait la recherche et la mise au point de mécanismes de financement appropriés pour la gestion et la mise en commun du risque au sein de la population et la réalisation d'un financement plus équitable et plus viable des soins de santé en Afghanistan.

M. Nicholas Rosellini, Directeur régional adjoint du Programme des Nations unies pour le développement (PNUD) à Bangkok (Thaïlande), a signalé que la région de l'Asie et du Pacifique faisait face à trois séries de problèmes, entre autres des catastrophes naturelles fréquentes et sévères, certains des conflits les plus anciens et les plus récents du monde, avec 16 pays touchés par des conflits intérieurs et extérieurs, ce à quoi il fallait ajouter les crises mondiales financière, alimentaire et pétrolière, ainsi que la grippe aviaire, dont la région constituait l'épicentre.

M. Rosellini a souligné que ces crises multiples avaient une incidence à la fois directe et indirecte sur la réalisation des OMD. Par exemple, il était difficile d'éliminer la pauvreté extrême et la faim quand les dégâts causés aux logements, à l'infrastructure des services et à l'appareil productif, ainsi que les pertes en vies humaines, réduisaient les moyens de subsistance. La vente forcée des facteurs de production par des ménages vulnérables à l'issue d'une crise risquait de reléguer de nombreuses personnes à une pauvreté à long terme et d'aggraver les inégalités. De même, il était difficile de combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies quand la mauvaise santé et une nutrition insuffisante affaiblissaient l'immunité après des catastrophes. L'orateur a dit que les deux tiers des infections par le VIH survenaient dans des situations de crise complexes et devaient être abordées pendant la période de secours humanitaires. En outre, il était essentiel de dresser des plans de gestion des crises en matière de VIH en vue de mettre au point des méthodes de relèvement.

M. Rosellini a souligné que dans des situations d'après catastrophe et d'après conflit, il fallait un financement rapide, souple et prévisible pour la planification et

l'exécution des programmes de relèvement. En outre, il était crucial de faciliter la stabilisation et l'accès universel aux services pour ouvrir une voie pratique à la consolidation de la paix. Pourtant, en analysant le financement au début de la période de relèvement, on a constaté que le relèvement économique et le secteur de l'infrastructure bénéficiaient de la majeure partie des ressources, c'est-à-dire de 30 % du volume total, alors que 2 % revenaient à la santé et 4 % à l'eau et à l'assainissement. De l'avis de l'orateur, en l'absence d'un financement suffisant, il était impossible d'envisager un relèvement durable.

M. Chinnaswamy Kumar, Coordonnateur du soutien technique de la micro-assurance de CARE (Inde), a traité des interventions sanitaires en faveur des victimes indiennes du tsunami. CARE, l'une des organisations à intervenir rapidement après le tsunami, a mis au point un programme d'action destiné à identifier les lacunes dans les mesures prises face à la crise et à les combler. M. Kumar a expliqué qu'en élaborant son projet, CARE visait à établir un lien entre les programmes de secours, de relèvement et de réadaptation et les programmes de préparation aux catastrophes et de réduction du risque.

Il a mis l'accent particulier sur un programme de micro-assurance introduit par CARE à l'issue du tsunami en tant que mécanisme de réduction du risque qui venait s'ajouter aux initiatives de relèvement des moyens de subsistance en vue de faire face à des catastrophes répétées de différente ampleur. Ce programme de micro-assurance-maladie, lancé à titre pilote dans un district en tant que programme d'assurance mutuelle soutenu par une compagnie d'assurance privée, était en train d'être étendu à d'autres districts.

Pour garantir l'efficacité des interventions face à une crise, celles-ci devaient être adaptées aux besoins et priorités des communautés; suppléer aux autres initiatives; reposer sur des normes et principes de programmation qu'il ne fallait jamais compromettre; et même dans le contexte d'une catastrophe, il était important d'institutionnaliser les systèmes et les procédures et de créer des capacités locales en matière de viabilité, de gestion et de gouvernance. Le message essentiel, c'est que des catastrophes pouvaient être transformées en une chance pour les communautés.

Le docteur Roderico Ofrin, Conseiller régional de l'OMS pour les mesures sanitaires d'urgence au Bureau régional de l'OMS à Delhi, a dit que la pauvreté et la mauvaise santé allaient généralement de pair, mais que cela était toujours le cas pour les catastrophes et la pauvreté. Les catastrophes détruisaient les installations sanitaires et l'infrastructure connexe et rendaient difficile la continuation des programmes ordinaires comme le traitement de la tuberculose et les vaccinations, ce qui pouvait provoquer des épidémies.

Il fallait des programmes intersectoriels pour réduire les risques posés par les catastrophes. De telles stratégies aidaient à garantir que les structures des installations sanitaires et leurs autres éléments étaient à même de résister et de continuer à fournir des soins de santé de base. Il s'agissait en particulier de mesures concrètes destinées à créer des installations propres à résister aux catastrophes, à garantir que les services savaient collaborer en cas de catastrophe, et à identifier les moyens de préserver les données.

Dans le débat qui a suivi, on a fait observer que la réforme humanitaire de 2005 visait à répondre à certaines des préoccupations exprimées par les participants,

par exemple l'absence de comptes à rendre, de coordination et de fonds ciblés concrètement. Dans le cadre de la réforme, les coordonnateurs humanitaires étaient censés assurer une direction efficace, on a introduit le Fonds central d'intervention pour les urgences humanitaires pour améliorer le financement des secours humanitaires, et on a adopté une approche globale destinée à améliorer la coordination entre les différents acteurs. Mises à l'épreuve au Myanmar, les nouvelles structures ont aidé à assurer une action humanitaire efficace.

Les mesures prises ont contribué à accroître le financement pour les catastrophes humanitaires, mais n'ont pas permis de régler le problème posé par le financement insuffisant des activités de préparation connexes. Il devrait être manifeste qu'il est urgent de se préparer aux catastrophes puisqu'il existe d'ores et déjà 10 millions de migrants écologiques attribuables à des catastrophes causées par le changement de climat, et leur nombre risquait d'augmenter.

On a souligné qu'il fallait soutenir des approches basées sur les communautés et la participation et cibler les plus vulnérables. Les activités communautaires devraient développer les structures sanitaires traditionnelles et les systèmes autochtones tout en respectant les valeurs traditionnelles. Les participants ont relevé que la préparation des communautés était essentielle à une action efficace face à des catastrophes.

Le docteur Poonam Singh, animateur des débats, a ajouté que la plupart des pays de la région considéraient que la préparation était surtout l'affaire des gouvernements. Ils ont saisi l'occasion donnée par le tsunami pour développer des initiatives et des partenariats avec d'autres pays. Comme la plupart des victimes étaient causées dès les premières heures d'une catastrophe, alors que d'autres se hâtaient apporter des secours, il était essentiel de développer la capacité des communautés à répondre à ces situations.

D. Session 3 : Progrès accomplis vers la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement et problèmes connexes

Les participants à la réunion-débat consacrée aux progrès accomplis vers la réalisation des OMD et les problèmes rencontrés à cet égard se sont employés à mettre en relief les mesures prises par les gouvernements pour promouvoir la réalisation de ces objectifs; les progrès qu'ils ont accomplis; et les obstacles et problèmes rencontrés. Ils ont reconnu que bien que la région de l'Asie du Sud ait accompli des progrès concernant les OMD en matière la santé, il fallait renforcer les efforts pour les atteindre d'ici à la date limite de 2015, notamment en ce qui concernait la santé maternelle et la malnutrition des enfants.

L'animateur des débats, le docteur Aminath Jameel, Ministre de la santé de la famille et des Maldives, a encouragé les participants à réfléchir aux progrès accomplis et aux défis à relever à l'avenir, sans oublier qu'il restait seulement six ans pour atteindre les OMD.

Le premier expert, M. Gunasekera, Directeur de la planification nationale au Ministère des finances et de la planification, a décrit les progrès accomplis par Sri Lanka vers la réalisation des OMD. Le pays a amélioré nettement la situation au cours des années et était en train d'atteindre, ou a déjà atteint, les objectifs concernant la pauvreté et la faim, l'éducation universelle, la santé maternelle et

l'élimination du VIH/sida, du paludisme et de la tuberculose. Le pays progressait également vers la réalisation des indicateurs concernant l'égalité des sexes, mais il fallait accroître les efforts en faveur de la participation politique des femmes.

S'agissant des autres objectifs, Sri Lanka progressait solidement. En matière de viabilité environnementale, la proportion des terres recouvertes par des forêts avait baissé depuis le millénaire, mais le pays était sur la bonne voie pour les autres indicateurs environnementaux. Pour atteindre l'OMD n° 7, le Parlement entendait protéger les ressources forestières en limitant les abattages. L'orateur a ajouté que Sri Lanka collaborait étroitement avec les donateurs et d'autres pays pour atteindre l'objectif n° 8 et a obtenu des succès en adoptant les technologies de l'information et de la communication. Il a identifié les différences interrégionales comme constituant le principal obstacle à la réalisation des OMD. Sri Lanka a abordé ce problème dans son plan de développement pour la période 2008-2015; l'orateur est persuadé que le pays atteindra tous les OMD d'ici à 2015.

M. Abdalmahmood Abdalhleem Mohamad, Représentant permanent du Soudan auprès de l'Organisation des Nations unies et Président du Groupe de 77 et de la Chine, a dit que les progrès vers la réalisation des OMD étaient inégaux. Il fallait de plus grands efforts pour réaliser l'éducation primaire universelle, en particulier pour les filles, et pour réduire de moitié le nombre de personnes sans accès à l'eau potable salubre et à un assainissement adéquat. L'orateur a également souligné que pour atteindre l'objectif de viabilité environnementale, il était crucial de traiter du changement du climat en tenant compte des responsabilités différentes des pays développés et en développement. S'agissant des objectifs concernant la santé, les progrès concernant la réduction et l'élimination de maladies comme le VIH/sida, le paludisme et la tuberculose demeuraient lents, notamment dans les pays les moins avancés. L'orateur a souligné qu'il fallait de plus amples ressources financières pour créer des systèmes de santé plus solides dotés d'une capacité scientifique et de recherche adéquate.

M. Mohamad a souligné que la crise financière mondiale risquait de retarder la réalisation des OMD de plusieurs années. Il a signalé que les importantes pertes de richesse avaient un impact énorme sur les dépenses publiques, notamment dans le secteur social, et bon nombre de pays parmi les moins avancés deviendraient davantage tributaire de l'aide extérieure. L'extrême pauvreté était d'ores et déjà en train d'augmenter, notamment au sein des groupes les plus pauvres et les plus défavorisés dans les pays les moins avancés et en Afrique subsaharienne.

M. Mohamad a déclaré que la gravité de la situation exigeait un contrôle efficace de la mise en œuvre du Partenariat mondial pour le développement. Il a invité l'ONU à aider à élaborer une matrice complète des engagements pris au titre de l'OMD 8 et à préciser des buts et des repères spécifiques pour cet objectif. Cela permettrait de mettre en place un environnement international favorable, ce qui était essentiel pour faciliter la réalisation des autres objectifs du développement convenus sur le plan international.

M. Bernard Savage, chef de la délégation de la Commission européenne au Sri Lanka et aux Maldives, a fait observer qu'à elle seule, la croissance économique ne permettait pas de réduire la pauvreté et d'atteindre les OMD. S'agissant des soins de santé, il existait une forte corrélation entre le niveau des dépenses de santé publiques et l'accès aux services de base, ainsi que le progrès soutenu vers la réalisation des OMD 4,5 et 6. Aux termes de l'engagement d'Abuja, les pays

membres de l'Union africaine étaient censés porter le niveau de leurs dépenses de santé à 15 % de leur budget national, ce qui pourrait rapprocher les pays en croissance économique du seuil établi par la Commission macroéconomie et santé, à savoir des dépenses de santé de 50 dollars par habitant. La communauté des donateurs pourrait aider à combler le déficit restant en augmentant le volume des ressources affectées à la santé publique et en coordonnant leur utilisation.

L'orateur a déclaré également qu'en augmentant l'aide apportée par l'Union européenne, en la rendant plus prévisible et en l'alignant davantage sur les politiques nationales, on encouragerait l'adoption de politiques rationnelles et un financement adéquat, assurant ainsi un accès équitable aux services de base, y compris la santé. Il a recommandé d'apporter un soutien budgétaire direct, permettant le financement des principaux éléments des services de santé, et de lier l'aide au développement aux résultats obtenus en matière de santé. Au lieu de se concentrer sur des maladies spécifiques, il fallait accorder une attention accrue aux ressources humaines, à l'accès aux médicaments, au financement de la santé et à une gestion décentralisée fondée sur la participation. L'orateur a noté que conformément à ces objectifs, la Communauté européenne s'était engagée en vertu du Plan d'action Union européenne-Union africaine à soutenir l'élimination des redevances pour les soins de santé de base. La Communauté européenne soutenait également le Partenariat international pour la santé et encourageait tous les partenaires de développement à s'y associer.

M^{me} Purnima Mane, Directeur exécutif adjoint, Fonds des Nations unies pour la population (FNUAP), a souligné que les progrès les plus faibles avaient été accomplis concernant l'ODM 5, amélioration de la santé maternelle. Si la tendance actuelle se maintenait, deux objectifs – réduire la mortalité maternelle de 75 % et assurer l'accès universel à la santé procréative d'ici à 2015 – ne seraient pas atteints. En outre, le taux de la mortalité maternelle représentait peut-être un indicateur essentiel du fonctionnement du système de santé et de sa capacité à répondre à des situations de crise.

De l'avis de M^{me} Mane, un accouchement heureux dépendait de toute une série de facteurs de développement ainsi que d'une série d'interventions bien planifiées. À l'heure actuelle, 99 % des décès maternels avaient lieu dans le monde en développement, l'Afrique subsaharienne et l'Asie du Sud étant les régions les plus touchées. Pour améliorer la santé procréative, il fallait accorder la priorité à trois interventions essentielles : accès à la planification familiale, soins obstétricaux d'urgence et soins compétents lors de l'accouchement. Par exemple, en finançant la formation de sages-femmes, Sri Lanka a ramené son taux de mortalité maternelle de 1500 pour 100 000 naissances vivantes à environ 30. Pour accélérer les progrès, les gouvernements et les partenaires de développement devaient mettre l'accent sur le renforcement des systèmes de santé, en particulier grâce à la mise en place de chaînes d'approvisionnement solides, d'installations bien équipées et à la formation d'un nombre adéquat d'agents sanitaires qualifiés. D'après les estimations, un financement additionnel de 6 milliards de dollars permettrait de sauver chaque année la vie d'un demi million de femmes et de 8 millions de nouveau-nés.

E. Session 4 : Pratiques optimales et nouvelles initiatives en matière de financement des soins de santé.

La session était présidée par le docteur Anarfi Asamoah-Baah, Directeur général adjoint de l'OMS, et les débats ont été animés par le docteur David Evans, Directeur du département du financement des systèmes de santé de l'OMS. Huit exposés ont été présentés à la session, qui a mis en relief les initiatives de financement novateur des services de santé, telles que le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, la Facilité internationale d'achat de médicaments; et le projet pilote de financement de la santé de l'organisation Heartfile au Pakistan. Les exemples des pratiques optimales des pays ont été tirés de l'expérience d Sri Lanka et du Japon. L'Indonésie a partagé les leçons qu'elle avait apprises quant à l'importance qu'il y avait à gérer le contexte politique de la réforme du secteur de santé. La Self Employed Women's Association (SEWA) (association indienne de femmes exerçant une activité indépendante) a décrit, dans l'optique d'une organisation de la société civile, ses activités avec les femmes et leur rôle dans les soins de santé. La société Pfizer a présenté des exemples concrets de la manière dont les partenariats secteur privé secteur public avaient permis d'améliorer sensiblement les soins. Un résumé des exposés individuels est annexé à ce compte-rendu.

III. Conclusions et recommandations

Dans sa déclaration de clôture, M. Rohita Bogollagama, Ministre des affaires étrangères de la République socialiste démocratique de Sri Lanka, à remercié les organismes des Nations unies, en particulier le Département des affaires économiques et sociales de l'ONU, l'OMS et la Commission économique et sociale pour l'Asie et le Pacifique, de leur soutien.

Il a déclaré que la réunion avait montré que les crises actuelles, y compris la crise financière, auraient des conséquences préjudiciables pour la réalisation des OMD. Il a également souligné que la grande diversité manifestée par la région excluait toute solution unique. Alors que le secteur public devait assurer la direction, la société civile et le secteur privé avaient un rôle crucial à jouer, notamment par des partenariats secteur public secteur privé.

L'orateur a identifié quatre messages essentiels qui s'étaient dégagés de la réunion. Premièrement, les objectifs en matière de santé devaient être poursuivis par des approches multisectorielles inclusives. Deuxièmement, il fallait allouer des ressources suffisantes, puisque le financement intérieur demeurait la base des politiques sanitaires. Il fallait s'employer à rendre l'utilisation des fonds plus efficace. Troisièmement, un financement adéquat et prévisible était crucial pour les pays les plus pauvres. Il fallait trouver des moyens novateurs de mobiliser des ressources additionnelles. Enfin, les pays en situation d'après crise devaient bénéficier d'une aide spéciale et tirer les leçons de l'expérience les uns des autres.

M. Thomas Stelzer, Sous-secrétaire général pour la coordination des politiques et les affaires interorganisations du Département des affaires économiques et sociales de l'ONU, a remercié Sri Lanka de sa gracieuse hospitalité et les gouvernements italien et japonais du soutien généreux qu'ils ont apporté pour l'organisation de la réunion. Il a déclaré que des discussions franches sur le

financement de la santé abordées de différents points de vue avaient dégagé une grande richesse d'informations qui constitueraient une excellente base pour les délibérations du Conseil économique et social à sa session annuelle de juillet.

Il a déclaré que le principal message de la réunion, c'était que la crise actuelle soulevait des problèmes, mais ouvrait également des possibilités : les gouvernements avaient l'occasion de réexaminer leurs systèmes de santé dans le nouveau contexte dans lequel ils étaient appelés à fonctionner. Cela exigeait une approche multisectorielle et l'engagement d'une série de parties prenantes, et il fallait rechercher des solutions adaptées aux situations concrètes, notamment après une crise. Une fois les domaines prioritaires identifiés, ce n'était que si l'on passait de la parole aux actes que la réunion pouvait faire la différence. Par conséquent, l'orateur a encouragé les participants à examiner la manière dont ils pouvaient tirer parti des idées novatrices et solutions pratiques évoquées pour surmonter leurs propres problèmes nationaux en matière de santé. Il a également souligné l'importance qu'il y avait à maintenir l'engagement les uns à l'égard des autres, et à l'égard du Conseil économique et social, grâce à d'autres réunions régionales préparatoires ou à des exposés nationaux volontaires présentés dans le cadre de l'examen ministériel annuel.

Conclusions

Une crise sanitaire existait dans bien des pays même avant le commencement de la crise financière actuelle. D'après les estimations, la forte dépendance à l'égard des frais à la charge des patients aurait réduit chaque année plus de 100 millions de personnes à la pauvreté, même avant la crise. Les groupes vulnérables dans les pays à revenu faible ou moyen et les pays en situation de conflit ou d'après conflit étaient particulièrement touchés. De nos jours, les pays à revenu faible ou moyen représentaient 84 % de la population mondiale et plus de 93 % des malades, mais bénéficiaient de moins de 11 % des dépenses de santé mondiales. En outre, les 22 pays qui étaient le plus loin d'atteindre les OMD étaient des pays en situation de conflit ou d'après conflit.

Étant donné la crise financière actuelle, il était encore plus difficile de surmonter cette crise préexistante. La nouvelle crise risquait de compromettre les progrès accomplis de haute lutte en vers la réalisation des OMD. Il fallait mettre à profit les leçons tirées des crises passées et garder à l'esprit qu'il était impératif, en période de recul économique, de maintenir le soutien intérieur au secteur de santé afin de préserver l'accessibilité financière et physique et la qualité des services de santé pour les pauvres et les groupes les plus vulnérables. À un moment où les pays en développement dépendaient de plus en plus fréquemment de l'aide au développement, les donateurs devaient respecter leurs engagements à l'égard du secteur de santé. Alors que la crise posait de nombreux problèmes, elle devrait également être considérée comme une chance de réformer les systèmes de santé et de réexaminer les modalités de financement des soins.

Le financement intérieur demeurait le fondement de la politique sanitaire. La forte corrélation existant entre les niveaux élevés de dépenses de santé publiques d'une part, et l'accès aux services de santé de base et les progrès soutenus accomplis vers la réalisation des OMD 4, 5 et 6 qui concernent la santé, de l'autre, donnait à penser que les gouvernements continueraient à accorder la priorité au financement

des soins de santé, entre autres par des mesures fiscales ou l'assurance-maladie sociale financée grâce à l'impôt. On a fait observer que dans les pays à faible revenu, seul le financement public grâce à l'impôt et l'administration publique des services s'étaient avérés efficaces, alors que dans les pays à revenu moyen ou élevé, l'assurance-maladie sociale pouvait réussir. Alors que les différentes expériences décrites à la réunion montraient qu'il n'existait pas de solution universelle en matière de financement des soins, une leçon générale semblait se dégager, à savoir qu'il était important de réduire la dépendance à l'égard des frais à la charge des patients et de passer au paiement anticipé et à la mise en commun des fonds pour éviter des dépenses de santé catastrophiques et pour préparer l'introduction de la couverture universelle.

Depuis la signature de la Déclaration du Millénaire, l'aide publique au développement (APD) a plus que doublé et l'APD affectée à la santé a augmenté non seulement en valeur absolue, mais en tant que proportion de l'APD totale. Bien que le financement extérieur ne représente pas une part élevée des dépenses de santé globales dans la région asiatique dans son ensemble, pour cinq pays, des sources extérieures finançaient plus de 30 % des dépenses de santé, et pour huit pays additionnels, la proportion était de plus de 10 %. Pour ces pays en particulier, il était urgent de maintenir les niveaux actuels de l'aide, car ils devaient accroître leur capacité à mobiliser des ressources intérieures, c'est-à-dire élargir leur assiette fiscale. Toutefois, on a signalé qu'il ne se serait peut-être pas suffisant d'honorer les engagements du passé puisque l'APD risquait de diminuer, les engagements étant liés au niveau des PNB actuellement en baisse. La bonne nouvelle, c'est que dans les crises financières mondiales précédentes, l'APD consacrée à la santé n'a pas toujours baissé. Il était important d'encourager les donateurs à éviter que cela arrive cette fois-ci. À cet égard, le fait que le Groupe des Huit ait inscrit la santé mondiale à son ordre du jour – et que l'Allemagne, le Japon et dernièrement d'Italie se soient engagés à renforcer les systèmes de santé, comme cela s'est manifesté à Tokayo – devait être considéré comme un signe encourageant.

Dans le Plan d'action de Toyako sur la santé mondiale, les participants ont souligné l'importance qu'il y avait à trouver un équilibre judicieux entre les interventions verticales axées sur les maladies et les interventions horizontales portant sur les systèmes de santé. On s'est inquiété de ce que les programmes verticaux qui visaient des maladies spécifiques plutôt que le renforcement des systèmes de santé puissent fausser les résultats d'ensemble et être impossibles à maintenir dans le contexte de la crise financière actuelle. L'imprévisibilité, l'instabilité et la conditionnalité, l'accent mis sur certaines maladies en particulier, ainsi que le fait que les gouvernements étaient parfois contournés, étaient cités comme constituant certains des principaux problèmes. On a considéré que les pays bénéficiaires devaient prendre les choses en main, être plus fermes en négociant les modalités de l'aide et rejeter certaines des conditionnalités proposées.

Les mécanismes de financement novateur existants, comme l'UNITAID, et de nouvelles sources novatrices qui pourraient être créées à l'issue des travaux du Groupe d'interventions de haut niveau sur le financement novateur, le soutien accru apporté aux budget sectoriel, et l'utilisation du Partenariat international pour la santé et d'autres initiatives étaient mentionnés en tant que moyens efficaces d'accroître le financement des donateurs en matière de santé. Dans l'ensemble, on a souligné qu'il fallait continuer de s'employer surtout à protéger les personnes, et non à maintenir le volume de l'APD.

On a souligné que l'amélioration de l'allocation et de l'utilisation des fonds était aussi importante que l'augmentation de leur volume, car il n'existait pas de corrélation directe entre les dépenses de santé et les résultats correspondants. Par conséquent, les mesures à prendre en matière de financement des soins de santé devaient viser non seulement à obtenir davantage d'argent pour la santé, mais également davantage de santé pour l'argent. Dans le contexte du double objectif de l'accroissement des fonds et de l'efficacité de leur utilisation, on a noté que même si l'aide restait inférieure aux engagements et si l'objectif mondial de dépenses de santé de 30 dollars par habitant n'était pas atteint, on pouvait toujours réaliser les OMD et la couverture universelle en améliorant l'efficacité des services. Le recours plus fréquent à un financement axé sur les résultats et une attention accrue accordée aux soins préventifs et à l'amélioration des connaissances en matière de santé étaient cités en tant que mesures susceptibles de permettre des économies à long terme dans le contexte du vieillissement de la population et de l'importance épidémiologique croissante des maladies non transmissibles.

On a signalé que les crises produisaient des effets à la fois directs et indirects sur la réalisation des OMD. Par exemple, il était difficile d'éliminer l'extrême pauvreté et la faim quand les dégâts causés aux logements, à l'infrastructure des services, aux moyens de production et les pertes de vies humaines compromettaient la subsistance. Des systèmes de santé primaire solides, et les soins de santé primaires en particulier, pouvaient aider à prévenir des catastrophes secondaires telles que les épidémies. L'extension des soins de santé primaires constituait donc à la fois un moyen efficace d'améliorer l'accessibilité financière et physique et la qualité des services et un moyen de renforcer la capacité de réagir aux crises et d'accélérer le relèvement et la reconstruction.

S'agissant du financement des services de santé après les catastrophes et après les conflits, on a souligné qu'un financement rapide, souple et prévisible était essentiel pour un relèvement rapide. Pourtant, une analyse du financement des programmes de relèvement initiaux a montré que les activités économiques et l'infrastructure bénéficiaient des ressources les plus importantes, à savoir 30 % du total, alors que seulement 2 % avaient été consacrés à la santé et 4 % à l'eau et à l'assainissement.

On a souligné que des mécanismes de réduction du risque, tels les systèmes de micro-assurance communautaire, qui venaient s'ajouter aux initiatives destinées à rétablir les moyens de subsistance, pouvaient aider à éviter des catastrophes secondaires de différente gravité. Les interventions devaient être adaptées aux besoins et priorités des communautés et suppléer aux autres initiatives. Comme la plupart des décès se produisaient durant les premières heures d'une catastrophe, il était essentiel de développer la capacité des communautés à faire face aux situations de crise.

Tout au long de la discussion, on a souligné l'importance qu'il y avait à engager une plus vaste gamme d'acteurs. En outre, l'une des leçons apprises, c'est qu'il était important de mobiliser un appui politique suffisant pour la réforme des services de santé.

Recommandations

Les participants ont adopté une série de recommandations à l'intention du Conseil économique et social et des acteurs régionaux :

- **Il faut renouveler l'engagement en faveur du principe de l'accès universel aux soins de santé, y compris la revitalisation des soins de santé primaires, et réaffirmer l'importance de la 'Santé pour Tous';**
- **Il faut souligner que les pays donateurs doivent honorer plus rapidement leurs engagements tendant à améliorer la quantité et la qualité de l'aide publique au développement, et que ce n'est pas au moment de la crise économique actuelle, pendant laquelle les populations dépendent davantage du secteur public, qu'il faut réduire le volume du financement extérieur en misant sur une utilisation plus efficace des ressources;**
- **Il faut renforcer les services publics dans le secteur social en général et dans le domaine des soins de santé en particulier;**
- **Il faut s'employer à obtenir des résultats meilleurs et plus équitables en matière de santé, entre autres en encourageant la mise en commun des risques et les systèmes d'assurance sociale qui répondent aux intérêts des pauvres;**
- **Il faut garantir un financement extérieur dans les régions de l'Asie qui auront encore besoin pendant quelque temps d'un soutien extérieur prévisible en matière de santé, tout en reconnaissant que l'aide des donateurs ne pourra jamais constituer une solution à long terme et qu'il faut donc utiliser l'aide pour accroître la capacité des gouvernements à la fois en ce qui concerne la mobilisation des ressources intérieures et leur utilisation plus efficace;**
- **Il faut poursuivre les efforts destinés à mieux intégrer les ressources extérieures dans les systèmes nationaux de santé afin que les gouvernements puissent développer ces systèmes, réduire les doubles emplois et parvenir à un maximum de synergies;**
- **Il faut reconnaître qu'il n'existe pas de politique universelle susceptible de répondre à toutes les situations, mais que la communauté internationale doit donner des orientations quant à la manière dont les pays bénéficiaires peuvent développer leur propre système de financement et soutenir leur capacité à négocier avec les donateurs dans des conditions d'égalité;**
- **Il faut encourager les efforts qui visent à promouvoir l'élaboration de méthodes novatrices de financement des systèmes de santé, tout en soulignant que les nouvelles sources de financement doivent venir s'ajouter aux engagements pris au titre de l'APD et aux ressources nationales;**
- **La prise en main des programmes par les pays exige la pleine participation des citoyens dans la définition des politiques et le contrôle de leur exécution; il est particulièrement important d'associer les femmes et les communautés marginalisées à ces processus;**
- **Les ONG et les organisations de la société civile peuvent jouer un rôle important de sensibilisation et influencer les politiques, l'exécution des**

projets pilotes et l'amélioration des services négligés, et il faut les soutenir;

- **Il faut accroître le financement des mesures préventives et des mesures de réduction du risque posé par des catastrophes. Il faut accorder la priorité aux soins de santé primaires, moyen efficace d'améliorer l'accessibilité financière et physique et la qualité des services, d'accroître la capacité d'action en période de crise et d'accélérer le relèvement et la reconstruction;**
- **Il faut s'attaquer au problème posé par le financement insuffisant du secteur de santé dans les situations de crise en assurant un financement rapide, souple et prévisible des plans et programmes de relèvement initiaux;**
- **Il faut encourager l'adoption d'une approche intégrée en tant que moyen de promouvoir la collaboration intersectorielle et la coordination efficace de l'activité des divers organismes de développement et des différents acteurs à l'appui des priorités des gouvernements;**
- **Il faut renforcer la capacité des communautés à faire face aux crises et aux catastrophes en tant que principale stratégie de réduction des risques et de préparation aux catastrophes.**

Appendice

Exposés concernant les pratiques optimales et les nouvelles initiatives en matière de financement des soins de santé

1. M. Robert Filipp, Chef du financement novateur, Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, a décrit les succès obtenus par le Fonds. Depuis 2002, le Fonds est devenu une institution importante qui avait réuni 20 milliards de dollars, qui finançait le tiers de l'ensemble du financement multilatéral dans le domaine du VIH/sida, et les deux tiers des ressources consacrées au paludisme et à la tuberculose. Le Fonds s'employait également à prévenir ces maladies et a lancé une série d'initiatives additionnelles de mobilisation de fonds, telles que les produits RED. L'orateur a expliqué que le Fonds agissait seulement en tant que bailleur de fonds en répondant aux demandes des pays, alors que ces derniers exécutaient les programmes. De l'avis de M. Filipp, les programmes étaient gérés par les pays, étaient transparents et inclusifs et axés sur les résultats. Il a souligné que le Fonds finançait également des programmes de renforcement des systèmes nationaux de santé et l'élaboration de stratégies sanitaires nationales. La situation financière du Fonds demeurait solide malgré la crise financière mondiale, mais le problème consistait à maintenir la question de la santé publique mondiale en bonne place sur l'ordre du jour international.

2. Le docteur Sania Nishtar, PDG, Heartfile, a décrit le projet pilote de financement de soins de santé équitables au Pakistan. Les dépenses de santé étaient l'une des causes les plus importantes de la pauvreté après l'alphabétisme et le chômage. Cela était particulièrement manifeste dans les pays d'Asie et du Pacifique où les frais à la charge des patients représentaient le principal moyen de financement des soins. L'orateur a expliqué que le projet pilote exécuté au Pakistan visait à mettre en place un modèle de financement viable et susceptible d'être reproduit qui protégeait les pauvres contre des dépenses catastrophiques et offrait une transparence accrue aux donateurs afin de garantir la viabilité. Conformément à ce modèle novateur, le prestataire est payé par le biais d'un fonds en vue d'améliorer l'accès des plus pauvres aux soins de santé.

3. Le docteur Thomas Teuscher présente la Facilité de médicaments abordables contre le paludisme, initiative lancée en mai 2009. Il a souligné que la lutte contre le paludisme facilitait la réalisation de l'ensemble des OMD et constituait en conséquence la troisième intervention la plus rentable en matière de santé. Le nouveau mécanisme améliorait l'accès aux traitements essentiels en réduisant le prix des médicaments. L'initiative utilisait le co-paiement mondial de l'UNITAID pour garantir l'accès universel aux traitements à un prix abordable dans les établissements publics et privés. En outre, la Facilité visait à donner accès gratuitement à une thérapie combinée gratuite ou peu onéreuse pour le patient grâce à la négociation du prix des médicaments anti-paludiques, et la fixation des prix et des conditions pour la distribution internationale. Comme ce mécanisme utilisait les moyens internationaux existants de lutte contre des maladies, il ne déformait pas les systèmes nationaux et réduisait les frais à la charge des patients.

4. Le docteur Ravindra P. Rannan-Eliya, Directeur de l'Institut pour la politique sanitaire, a donné un aperçu des services de santé à Sri Lanka les décrivant comme un troisième modèle pour la prestation des soins de santé. Les pays en développement qui consacraient seulement entre 2 et 3 % du PIB aux soins de santé

n'avaient pas les moyens nécessaires pour la création de systèmes nationaux de santé, et devaient combiner utilement le financement public et privé. Dans le cas de Sri Lanka, les dépenses publiques représentaient seulement 48 % de l'ensemble, mais ce budget limité était utilisé de manière efficace. Sri Lanka affectait les fonds publics surtout aux hôpitaux et aux malades hospitalisés, et veillait à garantir l'accès des pauvres aux services de santé publics. Ses politiques ciblaient les pauvres et visaient à améliorer constamment l'efficacité du système de santé.

5. Le professeur Hasbullah Thabrany, Directeur de l'Institut de la sécurité sociale de l'Université de l'Indonésie, a décrit les politiques qui avaient gouverné l'élaboration du nouveau système national d'assurance-maladie en Indonésie et les enseignements tirés à cet égard. La réforme du système de santé a été la conséquence de l'adoption de la loi sur la sécurité sociale nationale en 2004. Le nouveau modèle de soins de santé visait à améliorer les résultats et à remplacer l'ancien système fragmenté. Le financement devait être assuré grâce à un modèle de sécurité sociale nationale conformément auquel le Gouvernement subventionnerait l'accès des pauvres. Le modèle s'est heurté à l'opposition des autorités locales, des politiciens et des donateurs extérieurs, et a été critiqué pour être un système obligatoire dont les fonds sont gérés par le Gouvernement central. L'orateur a dit qu'une leçon importante apprise grâce à l'expérience indonésienne, c'est qu'il fallait également tenir compte des aspects politiques lorsqu'on changeait les modalités de financement des soins de santé.

6. Le docteur Kiyataka Segami, président du Conseil d'administration, de l'agence nationale de protection sociale et de services de santé, a décrit la politique nationale du Japon concernant la prévention du syndrome métabolique. Ce syndrome, qui réduit sensiblement l'espérance de vie des malades, était une maladie caractérisée par une série de facteurs à risque comme l'obésité abdominale, l'hypertension et la résistance à l'insuline. Le Japon a adopté une série de stratégies et a engagé toutes les parties prenantes à lutter contre l'accroissement des dépenses médicales causées par la prévalence croissante du syndrome métabolique dans sa population vieillissante. Le traitement mettait l'accent sur une approche holistique, les mesures primaires visant à prévenir et limiter les facteurs de risque, grâce à la promotion de modes de vie plus sains, les médicaments étant utilisés en dernier recours. Le succès de cette approche résidait dans l'application d'un plan cohérent à long terme coordonnée avec les différents décideurs des parties prenantes.

7. M. Kewal Handa, Directeur exécutif de la société Pfizer en Inde, traite du potentiel des partenariats mondiaux entre secteur public et secteur privé. Des exemples comme 'Operation Sanjeevini' qui fournissait des services de secours pour les accidents de la circulation, le système de micro-assurance maladie Arogya Raksha Yojana, plan d'assurance-maladie pour des patients urbains et ruraux à faible revenu, le réseau des hôpitaux Hrudavaya, créé par le docteur Devi Shetty, qui fournissait des services de chirurgie cardiaque gratuits et subventionnés conformes au derniers progrès technique, l'association pour les soins globaux donnés aux lépreux créée par Novartis, qui donnait aux patients accès aux traitements et à la gestion de leur handicap, montraient que des partenariats entre secteur public et secteur privé pouvaient faire une contribution importante à prestation de soins efficaces. De tels partenariats créés par la société Pfizer elle-même comme le Mobilize against Malaria programme, le Diflucan Partnership Programme, et la Pfizer India Healthcare initiative avaient tous pour but d'offrir des

traitements (médicaments et services), d'enseigner (éducation et activités de proximité), de construire (infrastructure) et de servir (plaidoirie sociale).

8. M^{me} Rehana Riyauala, Coordinatrice de la Self Employed Women's Association, a dit que l'association avait été créée en 1972 en Inde et comptait actuellement plus d'un million de membres. Il s'agissait d'une organisation de femmes pauvres travaillant dans le secteur non structuré qui comprenait trois mouvements : syndical, travailliste et féministe. Pour atteindre son double objectif : emploi et autosuffisance, l'association employait une approche intégrée de création de capacités, de sécurité sociale et de formation de capital. L'orateur a expliqué que l'association fournissait à ses membres des soins de santé préventive et curative, ainsi que des programmes d'éducation et de formation sanitaires. Elle a également lancé une série d'initiatives, portant entre autres sur les soins de santé pour les pauvres, en particulier dans les zones rurales, et la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles. L'orateur a dit que pris ensemble, ces éléments avaient permis de rendre la situation des femmes en Inde plus viable.
