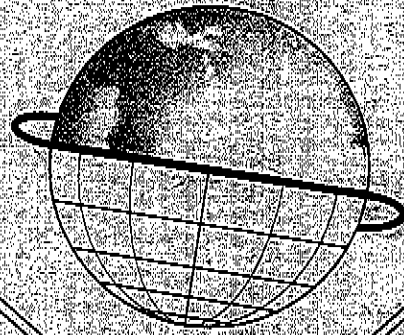


45680

WHO / ICO/IWC/93.1
Original: Anglais
Distribution: Restreinte



IWC :

DEVELOPPEMENT SANITAIRE DES PAYS
LES PLUS DEMUNIS : EXPERIENCES
RECENTES, TENDANCES ACTUELLES
ET DIRECTIONS FUTURES



Organisation mondiale de la santé
Genève, mai 1993

Coopération intensifiée de l'OMS avec les pays
et les populations les plus démunis

IWC

Ce document présente une analyse des expériences récentes de la mise en oeuvre de la Coopération intensifiée de l'OMS avec les pays et les populations les plus démunis (IWC). Ce document comprend quatre sections. La première fixe l'agenda de cette coopération et donne des éclaircissements sur l'approche suivie. La deuxième section passe en revue ce qui s'est développé en pratique et donne un aperçu des opérations en cours. Elle expose en quoi l'allocation de ressources pour la santé a pu être influencée. Elle donne un résumé des priorités identifiées par les pays en matière de développement sanitaire et sur la base de quelques exemples, elle illustre l'impact spécifique de l'approche dans les pays. Dans la troisième section, un certain nombre d'interrogations en matière de politique sont soulevées à partir de l'expérience acquise. Ces interrogations concernent les changements qui affectent actuellement le développement sanitaire dans les pays, la situation caractéristique des systèmes de santé dans les pays IWC, le rôle de l'OMS en matière de recherche de consensus, le besoin d'évaluer l'efficacité de l'approche et enfin les éléments requis pour renforcer la capacité de l'OMS à remplir son mandat de coopération intensifiée. Les progrès enregistrés au cours des quatre dernières années suggèrent des interventions dans des domaines nouveaux et une plus grande concentration dans d'autres. La section 4 expose cinq domaines devant guider le futur de cette initiative.

Bureau de la Coopération internationale

TABLE DES MATIERES

1. **LA COOPERATION INTENSIFIEE DE L'OMS : UN AGENDA POUR L'ACTION**
 - 1.1 Introduction
 - 1.2 Objectifs
 - 1.3 Les spécificités de l'approche IWC (*)
 - 1.4 Les caractéristiques des pays prioritaires

2. **LA COOPERATION INTENSIFIEE EN PRATIQUE**
 - 2.1 Où l'initiative est-elle mise en oeuvre ?
 - 2.2 Les ressources pour le développement de la santé dans les "pays IWC"
 - 2.3 Les priorités du développement sanitaire dans les "pays IWC"
 - 2.4 Quel a été l'impact de IWC ?
 - 2.5 L'initiative IWC répond-elle à des problèmes stratégiques et importants du développement sanitaire dans les pays où elle est mise en oeuvre ?
 - 2.6 La coopération technique est-elle axée sur le renforcement des capacités nationales ?
 - 2.7 L'OMS travaille-t-elle en partenariat avec les autres agences de développement et influence-t-elle leurs activités ?
 - 2.8 L'OMS fait-elle la preuve d'une capacité à coordonner ses propres apports ?

3. **INTERROGATIONS AU NIVEAU POLITIQUE**
 - 3.1 Un contexte en transformation : le développement sanitaire dans les années 90
 - 3.2 Mettre en oeuvre le changement : un défi immense
 - 3.3 Recherche de consensus : le rôle de la coopération intensifiée dans le développement sanitaire
 - 3.4 Evaluation : mesurer l'efficacité et l'impact de l'initiative IWC
 - 3.5 Appui à IWC : quelles sont les capacités requises ?

4. **LES ORIENTATIONS FUTURES**
 - 4.1 La santé, partie intégrante du développement socio-économique
 - 4.2 La réforme des systèmes de santé : mettre l'analyse économique en pratique
 - 4.3 Développer la capacité à gérer l'aide extérieure
 - 4.4 IWC et la réforme des Nations-Unies
 - 4.5 Renforcer la capacité de l'OMS à coordonner l'utilisation de ses propres ressources

* De l'anglais = Intensified WHO Cooperation

1. LA COOPERATION INTENSIFIEE DE L'OMS : UN AGENDA POUR L'ACTION

1.1 Introduction

En 1989, l'Assemblée mondiale de la Santé (WHA42) invitait le Directeur général de l'OMS à entreprendre une action pour diriger et coordonner les ressources et les programmes de l'OMS, et mobiliser la communauté internationale pour répondre aux besoins élémentaires des pays les plus démunis du monde. Cette initiative est connue sous le nom de "Coopération intensifiée de l'OMS avec les pays et les populations les plus démunis" (IWC)*. Ce document montre ce que signifie IWC dans la pratique et ce qui a été réalisé jusqu'à présent. L'analyse de l'expérience permet aujourd'hui d'identifier ce qui devra être fait dans l'avenir pour renforcer l'initiative.

1.2 Objectifs

La préoccupation qui est au coeur de IWC est l'influence de tous les aspects du développement socio-économique sur l'amélioration de la santé des populations, en particulier dans les pays les plus démunis. Il s'agit donc de mobiliser l'ensemble. Pour atteindre ce but global, IWC s'est dotée de quatre objectifs stratégiques :

- o En premier lieu, grâce à une approche spécifique à chaque pays, IWC met l'accent sur les points stratégiques du **développement socio-sanitaire national**. L'objectif est non seulement d'aider les pays à **mobiliser des ressources** pour répondre aux besoins sanitaires, mais aussi de s'assurer de la **bonne coordination** et de l'utilisation efficace des ressources internes et externes.
- o En second lieu, IWC veut contribuer à créer et **renforcer les capacités nationales**, en particulier dans l'élaboration et la mise en oeuvre de politiques, la réforme des systèmes de santé et la gestion de l'aide.
- o En troisième lieu, il s'agit pour l'OMS de constituer des **partenariats** efficaces avec les autres agences de développement et d'influencer leurs activités, afin de mieux répondre aux besoins de développement des pays en matière de santé.
- o En quatrième lieu, IWC doit permettre de s'assurer que l'OMS est capable de répondre de façon coordonnée et cohérente aux besoins de pays spécifiques. IWC suppose donc des **changements au sein de l'OMS**, à tous les niveaux. Elle cherche plus précisément à transformer l'approche de l'Organisation en matière de coopération technique.

* De l'anglais = Intensified WHO Cooperation

Les objectifs sont inter-dépendants. Le rôle de l'OMS, comme acteur-clé du développement sanitaire, sera compromis si l'Organisation ne "cible" pas l'utilisation de ses propres ressources humaines et financières. De la même manière, une réforme dans l'approche qu'a l'OMS de la coopération technique et dans ses relations avec les autres agences de développement est nécessairement basée sur le postulat que l'Organisation peut remplir un rôle crédible dans le développement sanitaire national, et aider les pays à améliorer les soins de santé pour les plus démunis.

1.3 Les spécificités de l'approche IWC

Ainsi l'OMS, dans le cadre de IWC, s'engage à répondre au contexte très particulier des pays les plus démunis et à utiliser ses ressources limitées de la manière la plus stratégique possible. Le processus adopté dans la coopération révèle les spécificités de l'approche.

Le développement d'une "stratégie-pays"

L'OMS avec un pays, après un accord de principe pour la mise en oeuvre de IWC, examinent conjointement tous les aspects du développement sanitaire, en restituant la santé dans le contexte national global. Les consultations, au-delà du seul secteur de la santé, impliquent les ministères des finances, de la planification économique et de la fonction publique. L'analyse du financement et de la prestation des soins englobe une estimation de la forme et du volume de l'assistance fournie par l'extérieur, une étude du rôle du secteur privé à but lucratif et des organisations non-gouvernementales. L'objectif global est d'évaluer l'environnement économique et institutionnel dans lequel les activités liées à la santé prennent place. L'examen se veut analytique et pas seulement descriptif. Il vise à identifier les problèmes stratégiques les plus critiques, les régions qui ont les besoins les plus urgents et les priorités pour l'action.

Les contacts établis durant les missions initiales permettent au personnel du Bureau du représentant de l'OMS dans le pays d'établir et, par conséquent, de renforcer des relations de travail avec les principaux acteurs du développement sanitaire. Le Bureau du pays joue ainsi un rôle-clé dans la mise en oeuvre de IWC, en facilitant un déroulement continu de l'analyse, un dialogue au niveau politique et un partage des informations.

La réponse de l'OMS

Les interventions dans les pays prioritaires sont conçues avec l'objectif explicite de renforcer les capacités nationales. IWC se préoccupe en outre d'utiliser stratégiquement les ressources de l'OMS - par l'exercice annuel de budgétisation et de programmation est d'une importance critique à cet égard - ainsi que de mobiliser et de coordonner les ressources venant des autres agences de développement. Enfin, la coopération technique de l'OMS se place dans un cadre précis qui spécifie la nature des changements projetés et le calendrier de leur mise en place.

Le processus présenté ici n'est pas nouveau. Il est adopté par de nombreuses agences de développement impliquées dans la coopération technique ou financière. Cependant, à l'OMS, ce processus est important à deux égards. C'est un moyen de faire converger les ressources de chacun des trois niveaux de l'Organisation - Siège, Bureau régional et Bureau du pays - de manière coordonnée et stratégique, qui tranche complètement avec l'approche programme par programme, traditionnelle au sein de l'Organisation. En second lieu, le processus définit un *modus operandi* propre au rôle de l'OMS dans la coopération technique, rôle distinct de celui qui consiste à établir des normes et des standards.

1.4 Les caractéristiques des pays prioritaires

Il est important d'insister sur le fait que cette approche spécifique ne s'applique pas à un seul type de pays. Elle est en effet à la base de toute politique de coopération technique. Cependant, comme toute nouvelle initiative, elle requiert une gestion intensive, il est nécessaire d'établir des priorités. Le nombre de pays dans lesquels l'initiative IWC peut être mise en oeuvre est limité par la capacité de l'OMS à fonctionner de cette manière. En accord avec le mandat de l'Assemblée mondiale de la Santé (WHA 42.3), il a été décidé que IWC agirait en premier lieu dans les pays les plus démunis.

La pauvreté, inextricablement liée à la maladie, va de pair avec des institutions faibles et un manque de personnel qualifié. IWC, se préoccupant en premier lieu de renforcer les capacités nationales prend en compte, dans la sélection des pays, l'existence d'une volonté politique et d'une possibilité réelle de changement institutionnel.

2. LA COOPERATION INTENSIFEE EN PRATIQUE

Cette partie du rapport montre ce qui s'est passé dans la pratique. Elle commence avec la revue des pays où l'initiative IWC est actuellement mise en oeuvre. Elle indique comment celle-ci peut influencer sur le niveau des ressources destinées à la santé et résume les priorités identifiées par les pays.

2.1 Où l'initiative est-elle mise en oeuvre ?

Le tableau 1 donne la liste des pays où la coopération intensifiée de l'OMS est actuellement en cours. Pour chaque région, les pays sont divisés en deux groupes. Le groupe 1 comprend les pays où se déroulent des activités soutenues. Le groupe 2 comprend : a) les pays qui se sont formellement engagés mais où, pour de multiples raisons, les progrès ont été lents, et b) les pays qui se sont joints récemment à l'initiative et où les activités viennent à peine de commencer. En plus de ceux qui figurent sur ce tableau, sept autres pays, tous situés dans la région africaine, sont actuellement demandeurs d'une coopération dans ce cadre.

Tableau 1 : Pays "IWC" - Mai 1993

| REGION | | | | | |
|----------|---|---|--|----------------------|----------|
| | AFRO | SEARO | WPRO | AMRO/PAHO | EMRO |
| Groupe 1 | Bénin Ethiopie Guinée Guinée-Bissau Mozambique Tchad Zambie | Bangladesh Maldives Mongolie Népal | Cambodge Rép. démocr. popul. lao Viet Nam | Bolivie Guatemala | Yemen |
| Groupe 2 | Cap Vert Ouganda République centrafricaine Sao Tome-et- Principe | Myanmar | | Haïti | Djibouti |

Le tableau montre que des activités soutenues sont en cours dans 17 des 24 pays qui se sont engagés dans la coopération intensifiée. Depuis le début de l'initiative, en 1989, le nombre de ces pays augmente régulièrement. Fin 1990, des engagements techniques et financiers étaient conclus avec un total de 14 pays. En avril 1992, des accords étaient passés avec 27 pays, et des activités soutenues mises en place dans huit.

La sélection reflète l'effort accompli pour concentrer la mise en oeuvre de IWC là où elle répond à un besoin prioritaire et où elle peut être la plus efficace. Depuis son démarrage, elle a donné lieu à des missions dans 40 pays potentiellement "demandeurs". Il s'agit, en plus de ceux qui ont été ajoutés à la liste, de quelques pays qui avaient initialement requis ce type de coopération, réalisant par la suite que des apports techniques précis de la part de l'OMS leur étaient plus appropriés.

2.2 Les ressources pour le développement de la santé dans les "pays IWC"

La coopération intensifiée peut influencer de diverses manières sur l'existence et le niveau de ressources pour la santé :

- o Un but de IWC, en développant des relations avec les ministères des finances et de la planification économique, peut être d'augmenter la proportion des dépenses gouvernementales affectées à la santé ou aux secteurs liés à la santé. Un suivi de la répartition des dépenses publiques est en cours dans plusieurs pays IWC.

- o IWC peut aussi aider les gouvernements à assurer une utilisation plus efficace des ressources existantes pour la santé. Cela pourra entraîner des changements dans le mode de répartition des allocations, par exemple entre les soins préventifs et les soins curatifs, les coûts salariaux et non-salariaux, la santé urbaine et la santé rurale. On peut également améliorer la disponibilité de ressources pour les systèmes de santé locaux en transformant et en renforçant la gestion financière. La manière d'assurer le suivi dépendra des objectifs du programme concerné.
- o Les partenariats formés, à travers IWC, avec d'autres agences bilatérales ou multilatérales, peuvent aboutir à une augmentation des flux d'aide aux pays. Les ressources venant des autres agences de développement peuvent être canalisées soit à travers l'OMS, soit après une identification conjointe des besoins, directement vers le pays concerné. Au Mozambique par exemple, FINNIDA a alloué 20 millions de dollars américains sur 12 ans, pour un programme de développement sanitaire dans la province de Manica, à la suite d'une mission d'identification organisée dans le cadre de IWC. En tant que partie prenante à l'initiative au Tchad, le PNUD allouera 1 million de dollars américains au Gouvernement pour le développement de l'infrastructure sanitaire. Dans plusieurs pays IWC, des systèmes ont été mis en place pour suivre le volume, la provenance et l'utilisation des ressources extérieures.
- o L'initiative influence également l'allocation des ressources propres de l'OMS. Unité responsable de la promotion de IWC au Siège de l'OMS, le Bureau de la Coopération internationale (ICO) travaille à sa mise en oeuvre, en collaboration avec les Bureaux régionaux et nationaux. Entre le 1er janvier 1990 et le 15 avril 1993, les engagements financiers de ICO pour les activités dans les pays se sont montés à 4,1 millions de dollars. 88% de ce montant ont été dépensés dans les 17 pays où des activités soutenues sont en cours.
- o Pour aider à la mise en oeuvre de IWC, 2% du budget régulier de l'OMS pour le biennium 1991-1992 (3,1 millions de dollars américains) ont été réaffectés à neuf programmes techniques dans le but de soutenir les activités dans les pays.

Les fonds dépensés directement par ICO proviennent jusqu'à présent du budget régulier de l'OMS, du Fonds de développement du Directeur général, des Gouvernements de Finlande, France, Italie, Japon et Pays-Bas dans le cadre de leurs contributions extra-budgétaires, de la Fondation Sasakawa et de la Banque Mondiale. Ils sont utilisés à la fois pour développer des stratégies nationales et pour mener des activités nationales spécifiques.

2.3 Les priorités du développement sanitaire dans les "pays IWC"

L'expérience des quatre dernières années a montré qu'il existe une cohérence remarquable dans les priorités des pays où l'initiative est mise en place. Une analyse menée sur 18 pays montre que la coopération porte sur les domaines suivants :

- o Politique de santé et stratégie
- o Décentralisation et réorganisation des systèmes de santé
- o Analyse économique, financement et gestion financière
- o Politique, planification et gestion des ressources humaines
- o Mobilisation, coordination et gestion des ressources extérieures
- o Développement de systèmes d'information
- o Renforcement des systèmes de santé au niveau de la province, de la région et du district
- o Renforcement et intégration des activités de lutte contre les maladies
- o Renforcement de la gestion hospitalière.

En plus de ces axes fondamentaux, les pays identifient des problèmes qui leur sont spécifiques. Certains ont une importance particulière : il s'agit des problèmes qui, s'ils ne sont pas traités efficacement, détournent l'attention des questions institutionnelles. Si, par exemple, les hauts responsables du ministère de la santé sont préoccupés par les conséquences, en termes épidémiologiques et politiques, d'une épidémie de choléra, il y aura peu de progrès dans les discussions sur le financement de la santé ou une réforme de type organisationnel.

Il ressort de l'examen des demandes faites dans le cadre de l'initiative un message clair : les pays attendent l'aide de l'OMS aux niveaux politique et institutionnel. Cela n'implique pas que les domaines indiqués ci-dessus doivent devenir la substance d'un "programme IWC". En fait, ce sont tous des domaines dans lesquels l'OMS possède déjà une expertise et pour lesquels il n'est pas souhaitable d'entreprendre des activités parallèles. *La question est de savoir si l'OMS, aux différents niveaux de l'Organisation, a suffisamment d'expertise ou consacre suffisamment d'attention et de ressources à ces questions, étant donné leur évidente importance pour les Etats-membres.*

2.4 Quel a été l'impact de IWC?

La question de savoir comment évaluer l'efficacité de l'initiative est complexe et peut donner matière à controverse. Cela est discuté plus en détail dans la partie 3. Le passage qui suit se doit d'être sélectif. Plutôt que de présenter un compte-rendu exhaustif des programmes des pays, on a choisi en effet d'illustrer les aspects importants de IWC par quelques exemples. Les questions qui suivent, basées sur les quatre objectifs stratégiques (voir para 1.2), ont servi de cadre à l'étude :

- o L'initiative répond-elle à des problèmes stratégiques et importants du développement sanitaire dans les pays où elle est mise en place ?
- o La coopération technique est-elle axée sur le renforcement des capacités nationales ?
- o L'OMS travaille-t-elle en partenariat avec les autres agences de développement et influence-t-elle leurs activités ?
- o L'OMS fait-elle la preuve d'une capacité à coordonner ses propres apports ?

2.5 L'initiative de l'OMS pour une coopération intensifiée répond-elle à des problèmes stratégiques et importants du développement sanitaire dans les pays où elle est mise en oeuvre ?

Dans plusieurs cas la réponse à cette question est, sans équivoque, positive. En **Zambie**, en particulier depuis l'installation du nouveau Gouvernement en 1991, l'OMS joue un rôle pivot en aidant le Ministère de la Santé à formuler une politique et à rendre opérationnels les aspects-clés de la réforme des systèmes de santé. Les domaines de sa coopération technique - décentralisation, financement de la santé, développement des ressources humaines et gestion au niveau des districts et des hôpitaux tertiaires - confirment que l'OMS répond à des problèmes d'importance stratégique.

La Mongolie, comme de nombreuses républiques de l'ancienne Union soviétique, a connu de rapides transformations politiques et économiques. La suppression des subventions a provoqué un manque aigu de médicaments et de biens de consommation et rend nécessaire, de toute urgence, une réforme structurelle. Les trois niveaux de l'OMS ont été impliqués dans la réalisation d'une étude sectorielle, en collaboration avec la Banque Mondiale et la Banque de Développement Asiatique. L'OMS a répondu à l'un des besoins les plus critiques, en aidant le Ministère de la Santé à revoir les options de politique et les implications opérationnelles de différentes formes d'assurance-maladie.

Le Mozambique sort d'un long conflit armé et d'une sécheresse très sévère. Les ressources domestiques sont rares et l'aide extérieure, bien que substantielle en volume global, est fragmentée et peu coordonnée. La politique nationale de santé récemment préparée dans le cadre de IWC, constitue la base d'un plan de développement sanitaire à long terme; elle est donc un moyen par lequel le Gouvernement peut adapter l'aide extérieure à ses propres priorités. Elle guidera également le processus de développement, pendant la période de transition entre une situation d'urgence et une phase de réhabilitation.

L'engagement dans des domaines stratégiques du développement sanitaire peut prendre plusieurs formes. L'élaboration d'une politique au niveau national n'est pas le seul point d'entrée. En **Guinée-Bissau**, par exemple, la gestion au niveau régional, identifiée comme une priorité immédiate, devint le point focal de l'initiative à son démarrage. Cependant, renforcer la gestion sanitaire aux niveaux périphériques du système ne constituait pas une fin en soi. La première intervention, en rendant plus efficaces les équipes régionales, leur permit de jouer un rôle plus actif dans le développement d'une politique nationale. Elles le firent en outre sur la base d'une compréhension plus claire de la manière dont le centre pouvait soutenir les régions.

L'étude de rapports sur les pays montre qu'une continuité est indispensable, si IWC veut mettre tout son potentiel au service de ceux qui cherchent à répondre à leurs problèmes stratégiques. En **Bolivie** et au **Viet-Nam**, par exemple, l'étude initiale suggérait que, dans les deux pays, il était nécessaire de renforcer la capacité nationale en matière de planification et de financement. Cependant, dans la pratique, en partie en raison des difficultés auxquelles les gouvernements et les agences de développement doivent faire face pour répondre à ces problèmes complexes, l'effort de coopération s'est vu détourné vers des activités moins stratégiques, liées à des "projets" plus conventionnels. Dans les deux pays, des plans d'action cherchent actuellement à redresser cette tendance.

2.6 La coopération technique est-elle axée sur le renforcement des capacités nationales ?

L'OMS, à travers IWC, veut renforcer la capacité nationale à répondre aux problèmes stratégiques du développement sanitaire. Le but n'est donc pas de fournir simplement des avis d'experts. Les stratégies de coopération technique cherchent à rendre les hauts responsables nationaux aptes à assumer leurs diverses responsabilités au sein du gouvernement ou des autres agences. Là où l'OMS est impliquée dans la politique nationale et dans la planification, par exemple au **Yemen**, des groupes de travail ont été mis en place au Ministère de la Santé, auxquels des consultants apportent un appui de façon intermittente.

En **Guinée**, l'initiative cherche à renforcer la capacité nationale en gestion hospitalière. Dans plusieurs pays, par exemple en **Bolivie** ou en **Guinée-Bissau**, il s'agit de renforcer la capacité à travers une gestion plus efficace des systèmes de santé aux niveaux des districts, des provinces et des régions.

Le Bénin est au centre du débat international sur le financement communautaire. Un groupe de travail a été créé dans le cadre de IWC. Composé de représentants des Ministères de la Santé, des Finances et de la Planification, il a pour objectif l'étude et la synthèse des expériences différentes et parfois conflictuelles menées dans le domaine du financement. Le but est à la fois de développer la capacité d'analyse du pays et de permettre au Ministère de la Santé d'établir un système de financement cohérent dans tout le pays.

Un travail important réalisé dans le cadre de IWC, a été de développer la capacité d'entreprendre une analyse économique. Au Viet-Nam, une Unité d'Economie a été créée au sein du Ministère de la Santé. Au Népal, après un atelier de travail sur la politique sanitaire et sur le financement des soins de santé, IWC a provoqué la création d'un groupe de travail inter-ministériel en l'économie de la santé. Le Népal doit faire face à des choix extrêmement difficiles dans la préparation et la mise en oeuvre d'une politique de santé. Avec l'aide de IWC, le groupe de travail peut maintenant analyser les implications de différents scénarios quant à la croissance économique nationale et à l'aide extérieure.

La coopération intensifiée a un autre axe principal de renforcement des capacités nationales : La gestion de l'aide par les gouvernements. Cela inclut l'aide à la préparation et à la conduite de tables rondes. Des hauts responsables de ministères de la santé ont également été initiés à des programmes informatiques développés par l'OMS et pouvant être utilisés pour suivre les financements extérieurs (volume, destination et déboursements). Une assistance technique spécifique à la gestion de l'aide a été fournie aux Ministères de la Santé de la Mongolie et du Bangladesh. L'importance de la gestion de l'aide, pour le futur, est abordée plus en détail dans la dernière partie de ce document.

2.7 L'OMS travaille-t-elle en partenariat avec les autres agences de développement et influence-t-elle leurs activités?

Travailler en étroite collaboration avec les autres agences de développement est un aspect essentiel de la coopération intensifiée. En pratique, le partenariat entre l'OMS et les autres organisations peut remplir un certain nombre de fonctions, comme cela est illustré dans les exemples suivants.

L'OMS, à travers IWC, peut travailler en partenariat avec les autres agences pour aider les pays à répondre directement aux problèmes stratégiques du développement sanitaire. Au Yemen, l'OMS (sur un financement des Gouvernements japonais et autrichien) travaille en collaboration avec l'USAID et l'UNICEF pour renforcer la capacité du pays en planification de la santé.

Si l'OMS travaille étroitement avec les hauts responsables des Ministères de la Santé pour élaborer une politique de santé, il est logique qu'elle travaille avec eux également pour s'assurer que la coopération avec les autres agences se conforme aux orientations de cette politique. Les pays dans lesquels l'initiative a le mieux réussi à créer cette relation de travail, la **Zambie** par exemple, sont aussi ceux dans lesquels l'OMS peut remplir avec succès un rôle, même modeste, pour assurer une intervention cohérente des autres donateurs.

Au **Bangladesh**, IWC illustre deux aspects importants du partenariat avec d'autres agences. La coordination des bailleurs de fonds dans le domaine de la santé, a été organisée par la Banque Mondiale dans le cadre d'un consortium. Par ailleurs, dans le 4ème Projet "Santé et Population", l'OMS est agence d'exécution pour 20 composantes du Projet sur 65. Ainsi le partenariat permet-il à la fois au Projet de bénéficier des efforts combinés des trois niveaux de l'Organisation, et à l'OMS d'avoir une voix influente au sein du consortium des donateurs. L'une des préoccupations du Gouvernement du Bangladesh, reprise par l'OMS, est la viabilité à long terme des augmentations de personnel de santé prévues au niveau périphérique par le Projet cité.

Au **Tchad**, le Gouvernement a désigné l'OMS et la Banque Africaine de Développement pour coordonner la préparation d'une étude sectorielle de la santé, débouchant sur l'organisation d'une table ronde. L'ensemble du processus a été conduit en étroite collaboration avec la Banque Mondiale. Malgré un accord sur les stratégies sanitaires entre le Ministère de la Santé et les agences de développement prenant part à la consultation, des difficultés sont apparues ultérieurement, avec des engagements non conformes à ces stratégies pris par le Gouvernement du Tchad, à propos de deux hôpitaux tertiaires. Le partenariat entre l'OMS et les autres agences de développement facilite dans ce cas le développement d'un consensus entre les agences; cela pourra influencer les autorités tchadiennes dans leurs décisions finales concernant les priorités globales du secteur.

La relation établie, dans le cadre de IWC, avec les autorités sanitaires des Etats-membres, permet à l'OMS de travailler en partenariat avec des agences bilatérales de développement pour identifier, planifier et mettre en oeuvre des projets spécifiques. Au **Cambodge** par exemple la nécessité a été reconnue, en lien avec le Gouvernement français, de coordonner la formation dispensée à différentes catégories de personnel de santé. Pour y répondre, le Gouvernement belge fournit, à long terme, deux coordinateurs d'études pour la Faculté de Médecine d'une part, l'Ecole Technique des Travailleurs de la Santé d'autre part. Au **Mozambique**, la coopération intensifiée a donné lieu à la préparation d'un programme d'appui sur 12 ans à la province de Manica, programme financé par FINNIDA.

En plus de la préparation de projets spécifiques, des partenariats sont mis en oeuvre avec des agences s'intéressant au financement global du secteur. Ainsi, en **Ethiopie**, l'OMS va étudier, avec la Communauté européenne, comment utiliser au mieux les fonds de contrepartie générés par l'aide budgétaire, pour promouvoir le développement sanitaire.

2.8 L'OMS fait-elle la preuve d'une capacité à coordonner ses propres apports ?

Une partie de la raison d'être de l'initiative de l'OMS pour une coopération intensifiée est de promouvoir une focalisation plus grande et une efficacité accrue dans l'utilisation de ses propres ressources pour la coopération technique. En pratique, cela peut s'exprimer de plusieurs manières.

Il est largement reconnu que l'efficacité de l'OMS dépend de la qualité de son personnel au niveau des pays. Cela suppose non seulement que le personnel possède les compétences techniques requises pour fournir des conseils d'un haut niveau qualitatif dans les domaines stratégiques, mais également que le Bureau du pays dispose d'une capacité en gestion pour coordonner les apports des autres niveaux de l'Organisation. Là où l'OMS a un rôle dans la coordination des bailleurs de fonds, il s'agit aussi de travailler effectivement avec les autres agences. Pour renforcer la capacité technique de l'OMS au niveau des pays, du personnel qualifié en planification et en gestion de la santé a été affecté en **Bolivie**, au **Bénin**, au **Laos**, au **Cambodge** et en **Zambie**, sur des financements des Gouvernements belge et néerlandais. La mise en place de personnel technique supplémentaire complète (en renforçant les Bureaux des pays) l'approche adoptée dans la région africaine, où des équipes nationales d'appui aux pays ont été mises en place.

La plupart des missions effectuées dans le cadre de l'initiative incluent du personnel venant du Siège, des bureaux régionaux et des pays. Il est crucial cependant que la coordination ne s'arrête pas après chaque mission, et que le processus de coopération en cours dans les pays mette en oeuvre des ressources émanant des trois niveaux de l'Organisation. Cela fonctionne bien au **Bangladesh**, où chaque niveau a un rôle précis dans la collaboration au 4ème Projet "Santé et Population", ainsi que dans un appui plus global au Ministère de la Santé et de la Planification familiale.

Le processus de IWC comporte l'identification de besoins, auxquels répondent ensuite les différentes parties de l'OMS. Beaucoup des apports techniques nécessaires dans le cadre des priorités de développement sanitaire des pays sont fournis par le personnel et des consultants des Bureaux régionaux, des divisions d'infrastructure et, jusqu'à un certain point, par le personnel du Bureau de la Coopération internationale lui-même. Cependant d'autres apports techniques sont souvent nécessaires. Leur mise en oeuvre a été favorisée par la réallocation de 2% du budget régulier de l'OMS pour le biennium 1991-1992 : cette somme doit être utilisée par neuf programmes techniques pour l'aide aux pays bénéficiant de l'initiative IWC. En outre, certaines divisions techniques coopèrent avec des pays IWC sur leurs propres fonds réguliers et extra-budgétaires. On peut citer le cas des programmes "Approvisionnement public en Eau et Assainissement" au **Mozambique** et "Médicaments Essentiels" en **Bolivie**.

Enfin, la manière dont le budget OMS des pays reflète les priorités du développement de la santé dans ces pays, traduit de façon critique les réajustements dans l'utilisation des ressources de l'Organisation. De la même manière, aux autres niveaux de l'Organisation, l'affectation des ressources devrait commencer à refléter les priorités des pays telles qu'elles apparaissent au paragraphe 2.3. Il n'est pas encore possible, à ce stade, d'évaluer l'impact de IWC à ce niveau.

3. LES INTERROGATIONS AU NIVEAU POLITIQUE

La mise en oeuvre de l'initiative de l'OMS pour une coopération intensifiée soulève un nombre important de questions. Ces dernières tiennent aux changements dans le contexte actuel, aux caractéristiques des systèmes de santé des pays IWC, au rôle de l'OMS dans la recherche d'un consensus et dans l'harmonisation des apports et des approches des divers bailleurs de fonds, au besoin d'évaluer l'efficacité de l'OMS, et aux capacités requises, au sein de l'Organisation, pour remplir le mandat IWC.

3.1 Un contexte en transformation : le développement sanitaire dans les années 90

L'amélioration de l'état de santé dans de nombreux pays IWC est lente mais soutenue. Malgré ces progrès, les gouvernements sont encore confrontés à des difficultés pour assurer l'accès des citoyens à un minimum de soins de base. Cela est particulièrement difficile dans les pays où la nécessité de restructurer l'économie réduit le flux des ressources affectées aux secteurs sociaux. Outre l'amélioration de l'état de santé, les pays ont en commun un certain nombre d'objectifs liés aux politiques. Ils doivent assurer une allocation appropriée des revenus du gouvernement au secteur de la santé; une dispensation équitable des soins de santé dans le secteur public; et utiliser les ressources aussi efficacement que possible - à la fois en termes de progrès sanitaire maximum pour les fonds investis et de coût minimum pour les services fournis. Ils devront également tenir compte de la satisfaction des utilisateurs quant à la forme et au contenu des services proposés, et de la nécessité de protéger les individus contre le risque de dépenses catastrophiques, en cas d'accident ou de maladie graves. Ces objectifs doivent être atteints dans un environnement économique où l'on ne peut s'attendre qu'à des augmentations modestes des dépenses de santé ou, plus généralement, à une chute de leur montant.

L'expérience montre les limites de nombreuses hypothèses, autrefois admises, sur le renforcement de la capacité des systèmes de santé nationaux. Premièrement, il y a des limites à ce que peuvent provoquer les interventions du ministère de la santé lui-même. L'efficacité de la gestion sanitaire se heurte à des contraintes communes à tous les ministères en activité. Ces contraintes ont besoin d'être abordées en lien avec la réforme de la fonction publique et la gestion du secteur public dans son ensemble. Deuxièmement, les structures bureaucratiques traditionnelles ne génèrent pas suffisamment de motivation pour garantir des services publics efficaces par rapport à leur coût, et accueillants pour les utilisateurs. Troisièmement, il est reconnu qu'un certain nombre de fonctions que l'on pensait auparavant devoir être de la responsabilité du gouvernement, peuvent être mieux remplies par les organisations du secteur privé. Enfin, dans de nombreux pays IWC, les fonds provenant des impôts et taxes sont insuffisants pour financer un système de santé crédible. La mise en oeuvre du développement et de la réforme du secteur de la santé doit se confronter à ces questions d'ordre institutionnel, si l'on veut que les pays soient capables d'atteindre leurs objectifs en matière de soins de santé.

Dans les pays industrialisés, la principale incitation à la réforme a été la nécessité de contenir les coûts des soins de santé, tout en répondant à la demande du client en termes d'amélioration de la qualité. C'est pourquoi les réformes se sont concentrées sur des mesures qui responsabilisent et augmentent l'efficacité des services publics. Par contraste, dans les pays en voie de développement, les réformes sont plus fortement influencées par la nécessité d'augmenter la couverture sanitaire et d'attirer davantage de ressources dans ce secteur. Bien que, dans le passé, on ait virtuellement assimilé réforme à privatisation, il devient de plus en plus clair que les marchés privés non régulés ne permettent pas d'atteindre les objectifs que les systèmes de santé cherchent à satisfaire. Le secteur public a un rôle essentiel dans le financement de la santé, la définition des priorités, l'identification des besoins, l'équité, la réglementation et le suivi des prestations.

3.2 Mettre en oeuvre le changement : un défi immense

L'initiative de l'OMS pour une coopération intensifiée montre clairement que les pays donnent la priorité aux problèmes de développement sanitaire aux niveaux politique, institutionnel et structurel. La mise en oeuvre de l'initiative donne également un aperçu des caractéristiques des systèmes de santé des pays concernés et, ainsi, une indication du défi auquel doivent faire face les responsables du changement. Il est important de comprendre ces problèmes à l'OMS si l'on veut donner à l'Organisation un rôle "leader" dans le développement sanitaire des pays, et assurer que les changements attendus demeurent réalistes.

Les systèmes de santé dans les pays IWC possèdent plusieurs caractéristiques communes. Le coeur du système est habituellement le ministère de la santé ou son équivalent. Généralement, ministère signifie non seulement le département du gouvernement central, mais l'organisation complète, de la tête politique à la structure sanitaire de village. Il est souvent difficile de séparer les rôles politique, administratif, technique et de gestion, ce qui provoque fréquemment des conflits d'organisation.

Il est évident que pour améliorer l'efficacité de la gestion, il est nécessaire de décentraliser l'autorité. Cependant, il est largement admis que la nécessité de décentraliser cache souvent des motivations qui sont sous-jacentes aux politiques de décentralisation. En pratique, les objectifs en termes de politique et de gestion entrent parfois en compétition. Les considérations politiques conduisent souvent à décentraliser vers un grand nombre de petites unités géographiques, alors que les objectifs de gestion peuvent être mieux servis par des districts, plus grands, et par un niveau intermédiaire fort.

Dans de nombreux pays, les politiques de santé sont encore basées sur l'hypothèse implicite que le gouvernement reste, en dernier lieu, le responsable de tous les aspects du financement et de la fourniture des soins de santé. Les organisations volontaires et celles du secteur privé, qui sont responsables dans une large proportion de la prestation de soins dans de nombreux pays, travaillent de manière indépendante et sans réglementation.

Non seulement il est extrêmement difficile de transformer la structure et le fonctionnement de grandes organisations complexes, mais très peu de personnes possèdent l'ensemble des qualifications techniques, politiques et de gestion nécessaires pour planifier et mettre en oeuvre les changements requis. Ceux qui possèdent ces talents sont inévitablement surmenés, souvent au point de compromettre leur efficacité.

Dans plusieurs pays, le travail mené dans le cadre de IWC consiste à créer une capacité d'analyse économique. Le but est d'assurer que les décisions d'allocations de ressources sont au moins basées sur une estimation réaliste des coûts. Il est cependant important de reconnaître que dans beaucoup de pays, le montant total des fonds disponibles, publics et privés, même s'il est dépensé aussi efficacement que possible, est insuffisant pour répondre aux besoins de santé les plus critiques. Cette pénurie globale fait qu'il est difficile de s'attaquer aux déséquilibres relatifs - entre les soins préventifs et curatifs, la santé urbaine et rurale, les salaires et les autres coûts de fonctionnement.

3.3 Recherche de consensus : le rôle de la coopération intensifiée dans le développement sanitaire

Etant donné la nature et l'ampleur des problèmes auxquels doivent faire face les pays IWC, il faut un consensus pour planifier la manière de les résoudre le plus efficacement. Il est important cependant de ne pas sous-estimer la difficulté de s'entendre sur les priorités ou les stratégies du développement sanitaire.

Peu de ministères de la santé ont mis au point des systèmes efficaces pour identifier des priorités. Traditionnellement, les différentes divisions, programmes et groupes professionnels, au nom de leurs intérêts propres, entrent en concurrence pour l'affectation des ressources. La fréquence avec laquelle les tentatives des ministères de la santé de mettre en oeuvre des structures de gestion efficaces, sont des échecs en termes opérationnels, illustre l'étendue du problème.

Il est fréquent également que les ministères de la santé réagissent aux coupes budgétaires imposées par les ministères des finances ou aux plafonnements de personnel décidés par une commission du service public, plutôt que d'adopter un rôle pro-actif en décidant ce qui peut être fait dans le cadre des contraintes existantes. Les ministères des finances critiquent fréquemment les ministères de la santé pour leurs faibles structures de gestion et leur mauvaise volonté à justifier leurs demandes. Cette situation rend difficile la recherche d'un consensus.

Malgré la tendance générale à passer de projets spécifiques à une aide sectorielle plus large, et de l'investissement en capital à un financement des coûts récurrents, les politiques sanitaires des principaux bailleurs de fonds comportent encore d'importantes incohérences. Etant donné que leurs impératifs d'organisation et les instances devant lesquelles ils sont responsables sont différents, la coordination des donateurs va sans doute rester un idéal. Cependant il faut, au niveau international, donner la priorité à la définition des domaines où il peut y avoir consensus. Au niveau des pays, il faut centrer les efforts sur la conformité aux priorités nationales et éviter les chevauchements et le double emploi.

L'OMS, avec IWC, peut jouer un rôle pivot dans la recherche de consensus à l'intérieur des ministères de la santé, entre les ministères de la santé et les autres départements du gouvernement central, ainsi qu'entre les agences de développement et les ministères de la santé. Mais cela n'est possible que dans les situations où l'OMS est en rapport étroit avec les hauts responsables du gouvernement, pour traiter des questions stratégiques et politiques. Dans les pays où c'est le cas, l'OMS peut être un intermédiaire efficace entre les différentes parties engagées. Sa position d'agence technique lui permet de jouer un rôle d'"interprète".

L'OMS doit pouvoir adopter un point de vue indépendant sur les questions du développement sanitaire. Pour jouer un rôle effectif de "leader", l'OMS ne peut pas donner une aide a priori ou non-critique à n'importe lequel des acteurs engagés. Cependant, elle ne peut pas non plus se contenter de proposer des conseils "standards", si elle veut rester fidèle au développement des pays dans ce qu'ils ont de spécifique. En fait, il s'agit principalement pour l'OMS d'aider les Etats-membres à analyser les implications en termes économiques et organisationnels, de leurs différentes options politiques.

3.4 Evaluation : mesurer l'efficacité et l'impact de l'initiative IWC

Toute discussion sur l'efficacité ou l'impact de l'initiative de l'OMS pour une coopération intensifiée mettra en présence ceux qui pensent qu'il ne peut y avoir de résultats valables pour IWC qu'en termes d'effet positif sur l'état de la santé, et d'autres qui argueront du fait que le développement institutionnel comme objectif de IWC est nécessaire, même s'il n'est pas suffisant, à l'amélioration de l'état sanitaire. Reconnaissant que des facteurs multiples influent sur l'état de la santé, le second groupe affirmera qu'augmenter l'efficacité des institutions que l'on peut supposer avoir une influence sur la santé des populations, est un objectif légitime. Le corollaire de cet argument est le suivant : si le développement institutionnel et le renforcement des capacités nationales sont des objectifs de IWC, il faut alors trouver des moyens pour suivre ce type de réalisations.

En pratique, il est important de reconnaître que l'initiative IWC pourra conduire à toute une "hiérarchie" de résultats. On pourra chercher à évaluer si des systèmes appropriés ont été mis en place (par exemple pour formuler des politiques, déterminer les besoins de personnel, gérer les dépenses et la fourniture de médicaments), s'ils fonctionnent efficacement, s'ils conduisent à une amélioration des prestations et, finalement, si les interventions au niveau politique aboutissent à des changements positifs dans l'état de santé. Tout en ne perdant pas de vue l'importance des conséquences en termes d'état de santé, il est clairement nécessaire d'établir un lien entre IWC et les changements en termes de capacité institutionnelle.

Evaluer l'efficacité de IWC nécessite une conception claire des changements prévus, ainsi que des outils et des méthodes pour déterminer si ce changement a réellement eu lieu. La capacité nécessaire dans ces domaines est actuellement limitée. Bien que les analyses des pays illustrent les contraintes auxquelles doivent faire face les systèmes de santé, les objectifs de IWC en termes de changements institutionnels n'ont pas toujours été clairement établis : Des plans "standards" seraient inadaptés; il faut

néanmoins exprimer plus concrètement les changements attendus en termes de capacité. L'OMS n'est pas seule à être pauvrement équipée en moyens et en méthodes d'évaluation des changements de type institutionnel. IWC montre qu'il est nécessaire de développer des outils et des méthodes pour mesurer le changement dans la performance des systèmes de santé, outils et méthodes qui ne reposent pas simplement sur des mesures de rendement des services ou d'impact en termes d'état de santé.

Enfin, il est important de ne pas évaluer l'impact par rapport aux seuls changements dans les pays. IWC vise également à apporter des transformations au sein même de l'OMS. Des systèmes d'évaluation du changement à partir du degré d'harmonisation entre les allocations de ressources pour la coopération technique et les priorités du développement sanitaire des pays les plus démunis, devraient faire partie intégrante du suivi de IWC.

3.5 Appui à IWC : quelles sont les capacités requises ?

L'expérience de la mise en oeuvre de l'initiative IWC permet de tirer quelques conclusions quant aux caractéristiques d'une coopération technique efficace. Les leçons apprises sont importantes pour le développement organisationnel au sein de l'OMS et d'autres agences. On considérera utilement les capacités en termes d'orientation, de processus et de qualifications techniques.

L'approche "pays" de l'OMS rend nécessaire la distinction entre le modus operandi d'une organisation cherchant à établir des normes et des standards et le travail d'une agence de coopération technique. Pour des raisons tout à fait compréhensibles, la majorité du personnel a coutume d'agir sur le mode normatif. Ces personnes sont ainsi habituées à synthétiser l'expérience de nombreux pays, afin de préparer des standards, des protocoles, des lignes de conduite ou des manuels à usage global ou régional. Le travail spécifique à chaque pays requiert une approche quelque peu différente. Premièrement, il faut se concentrer sur quelques pays identifiés sur la base de leurs besoins, plutôt que sur d'autres. Dans ces pays, ce sont les priorités définies en partenariat avec les autorités nationales qui déterminent la nature des interventions requises et la manière dont les ressources devront être allouées. Il faudra aussi définir des outils, des méthodes et des lignes de conduite, mais ces derniers seront basés sur les besoins des pays et adaptés à leurs conditions particulières.

En terme de processus, la question la plus importante sera de s'assurer que la coopération technique aboutit à développer les capacités nationales. Dans de nombreux cas, des missions intermittentes de consultants (toujours les mêmes), pour aider le travail de groupes locaux ou d'organisations, peuvent être plus efficaces que des assistances techniques plus permanentes. Mais la coopération technique à long terme, si elle met en oeuvre une combinaison adéquate de qualifications et de tempéraments individuels, peut également être efficace. Dans tous les cas, il est clair que la mise en oeuvre de IWC, nécessite, à l'égard des pays, un engagement effectif dans le temps de la part du personnel du Siège et des Bureaux régionaux.

En ce qui concerne l'expertise technique, l'expérience de IWC sur les quatre dernières années est claire. Les pays demandent une coopération liée à la politique de santé, à la planification, au financement et à la gestion; au développement de la capacité à traduire en termes économiques, différentes options politiques et à gérer les ressources extérieures; à la réforme et à la réorganisation des structures institutionnelles-clés. Pour répondre efficacement à cette demande, l'OMS doit avoir accès à un nombre de gens suffisant, disposant d'une expertise technique pertinente. Cependant, à la différence d'une discipline scientifique conventionnelle, il ne faut pas seulement des spécialistes hautement qualifiés qui agissent comme conseillers dans leurs domaines particuliers. Ce qu'il faut, pour assurer la crédibilité auprès des législateurs et des gestionnaires au plus haut niveau, c'est une compréhension des difficultés à gérer et à introduire des changements dans de grandes organisations complexes. Il est important de reconnaître qu'une telle expérience n'est pas toujours associée à l'excellence académique dans un domaine scientifique ou technique particulier.

Un type d'expertise moins spécifique, mais également important, est la capacité d'aborder de manière holistique le développement sanitaire d'un pays. Elle requiert des personnes qui puissent, dans l'analyse, considérer la complexité du tout, identifier les problèmes les plus importants, et suggérer en quel lieu et quelle sorte d'interventions sont les plus à même de provoquer le changement. Ces qualifications sont d'une importance capitale pour l'approche "pays".

Enfin, pour mettre à nouveau l'accent sur un point soulevé plus tôt dans ce document, il est important que IWC ne soit pas définie en termes de domaines particuliers d'expertise technique. C'est plutôt le moyen par lequel l'OMS peut répondre aux besoins de coopération des pays dans ces domaines. Il est cependant extrêmement important de s'assurer que, premièrement, l'OMS consacre suffisamment d'attention au développement de ses capacités dans ces domaines, à tous les niveaux et, deuxièmement, qu'elle permette aux pays d'avoir accès à ces ressources quand nécessaire.

4. LES ORIENTATIONS FUTURES

L'expérience de IWC pendant les quatre dernières années suggère qu'il est nécessaire de développer quelques domaines et de consacrer à d'autres plus d'attention. La partie finale de ce document aborde cinq domaines particulièrement importants.

4.1 La santé, partie intégrante du développement socio-économique

L'initiative de l'OMS pour une coopération intensifiée vise l'amélioration de la santé des populations, en priorité les plus démunis. Elle est aussi un moyen de "cibler" les ressources sur les populations qui sont les plus désavantagées en termes d'état de santé : les populations les plus défavorisées. IWC s'attache, en outre, nécessairement à la lutte contre la pauvreté, facteur déterminant de la maladie.

Etant donné ces buts, il est important que la philosophie sous-jacente à l'initiative se reflète en permanence dans la mise en oeuvre du développement social et économique. Cela peut s'exprimer de plusieurs manières. Les systèmes socio-sanitaires, à la fois aux niveaux national et local, devraient avoir la capacité de définir et d'agir efficacement sur les besoins des groupes de populations désavantagées ou exclues de ces systèmes. De la même manière, lorsqu'on examine des options de financement de la santé, il est essentiel de s'assurer que les pauvres ne sont pas encore plus désavantagés par les stratégies sélectionnées. Dans quelques pays IWC, l'OMS, grâce à son partenariat avec d'autres agences de développement, peut s'assurer que les programmes de développement sanitaire de districts ou de provinces sont dirigés vers les parties du pays où les besoins sont les plus grands. Enfin, il est important que IWC ait pour résultat de renforcer les liens entre le système de santé et les autres secteurs. Il faut s'assurer que les activités de développement dans les autres secteurs bénéficient des conseils de professionnels de santé, et que le processus de développement socio-sanitaire promu par IWC, intègre la contribution des autres secteurs.

4.2 La réforme des systèmes de santé : mettre l'analyse économique en pratique

L'initiative de l'OMS pour une coopération intensifiée avec les pays les plus démunis développe une capacité d'analyse, spécialement dans les pays qui doivent faire face à des choix économiques extrêmement difficiles dans la prestation de soins de santé. L'économie de la santé, comme l'épidémiologie, fournit des informations et des outils d'analyse qui peuvent aider la prise de décision. Il n'y a, cependant, aucune garantie qu'ils seront utilisés. La stratégie adoptée dans plusieurs pays a été de constituer un groupe de travail inter-ministériel en économie de la santé. D'autres pays ont créé des unités d'économie au sein même de leurs ministères de la santé. Il est important qu'après avoir constitué une capacité de production d'analyses économiques, des étapes soient franchies et que l'on s'assure que les informations obtenues sont utilisées à bon escient. Il est toutefois aussi crucial de reconnaître que la mise en oeuvre d'une réforme peut être influencée par de nombreux aspects d'ordre institutionnel et politique. Elle ne doit pas non plus être guidée par des considérations de type strictement économique.

4.3 Développer la capacité à gérer l'aide extérieure

Il est utile de distinguer trois concepts : la **mobilisation de ressources** pour la santé, la **coordination inter-agences des bailleurs de fonds** actifs dans un pays particulier, et le développement des systèmes gouvernementaux pour la **gestion de l'aide extérieure**. L'OMS joue un rôle important dans la mobilisation des ressources, à travers son partenariat avec les différentes agences. En relation avec le second concept, l'OMS joue un rôle vital en portant les problèmes du développement à l'attention des bailleurs de fonds du secteur de la santé, même si le rôle de coordinateur est assuré par une autre agence. Développer des systèmes pour suivre et gérer l'utilisation des ressources extérieures a été identifié comme une priorité dans presque tous les pays IWC. La gestion de l'aide représente un domaine où l'OMS, en vertu de son statut particulier, a un avantage comparatif sur les autres agences. A partir du travail déjà accompli dans les pays IWC, l'OMS doit développer sa capacité d'aide aux pays dans ce domaine. Cela

impliquera non seulement d'aider à organiser des rencontres et de proposer des formations, mais aussi de mettre en place des systèmes de gestion, des méthodes et des logiciels pouvant être utilisés par les ministères de la santé.

4.4 IWC et la réforme des Nations-Unies

L'initiative de l'OMS pour une coopération intensifiée est conforme au rôle envisagé pour les agences spécialisées dans la Résolution (47/199) de l'Assemblée générale des Nations-Unies, adoptée en décembre 1992 et concernant les activités opérationnelles du système des Nations-Unies pour le développement. L'intention d'assurer une plus grande coordination de l'aide fournie par les agences des Nations-Unies au niveau des pays, est particulièrement importante pour le développement futur de IWC. L'aide aux pays sera guidée par un court document de stratégie nationale qui esquissera les grandes lignes de la contribution à apporter au développement du pays par le système des Nations-Unies. Les agences spécialisées auront la responsabilité particulière du dialogue au niveau politique, du conseil sectoriel, de la coordination de l'aide, de l'élaboration et de la formulation de programmes nationaux de développement, sectoriels et sous-sectoriels. Ce concept est en nette conformité avec l'approche IWC.

4.5 Renforcer la capacité de l'OMS à coordonner l'utilisation de ses propres ressources

Etant donné l'importance d'assurer une efficacité plus grande et un rendement meilleur en ces temps de contraintes financières, il faut examiner de près comment les ressources propres de l'OMS sont allouées aux pays IWC. Les ministères de la santé souhaitent assurer que les allocations contenues dans les budgets de l'OMS pour leur pays reflètent les priorités nationales. Du point de vue de l'OMS, ces allocations devraient montrer comment des fonds limités peuvent être utilisés plus efficacement. L'expérience acquise dans la mise en oeuvre de la coopération intensifiée doit intégrer le processus de planification et de programmation de l'OMS. Cela suppose, entre autres, de renforcer la capacité de l'OMS à aider les pays dans l'analyse de leurs besoins, à les traduire en plans et en budgets stratégiquement conçus. Démontrer l'efficacité des apports de l'OMS nécessitera aussi d'établir un lien entre l'allocation des ressources dans le budget du pays et les résultats obtenus en termes d'impact auprès des plus démunis.