

INVESTIR DANS LA SANTÉ



Résumé des conclusions de la Commission Macroéconomie et Santé



ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ



ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ

INVESTIR DANS LA SANTÉ

Résumé des conclusions de la Commission Macroéconomie et Santé

| Table des matières | Page |
|--|------|
| Liste des membres de la Commission | 5 |
| Avant-propos | 7 |
| La Commission Macroéconomie et Santé | 8 |
| Pauvreté et mauvaise santé sont étroitement liées..... | 10 |
| Changer le cours des choses : prévenir 8 millions de décès par an d'ici 2010 | 12 |
| ... et générer au moins US \$360 milliards par an d'ici 2015-2020 | 14 |
| Les pays pauvres n'ont pas les fonds supplémentaires requis | 16 |
| Il est urgent d'investir davantage dans la santé | 18 |
| La fourniture de biens publics mondiaux aux pays pauvres..... | 20 |
| L'accès aux médicaments essentiels | 22 |
| De nouveaux modes d'investissement dans la santé pour le développement | 24 |
| Macroéconomie et santé: tâches à entreprendre au niveau des pays..... | 26 |
| Action engagée par les pays | 28 |

Brochure publiée grâce au financement de la Fondation Bill et Melinda Gates.

Liste des membres de la Commission

Jeffrey D. Sachs, Président

Isher Judge Ahluwalia : Président du groupe de travail N° 4 : Santé et économie internationale

K. Y. Amoako : Membre

Eduardo Aninat : Membre

Daniel Cohen : Membre, Coprésident du groupe de travail N° 1 : Santé, croissance économique et recul de la pauvreté

Zephirin Diabre : Membre, Coprésident du groupe de travail N° 6 : Aide au développement et santé

Eduardo Doryan : Membre

Richard G. A. Feachem : Membre, Coprésident du groupe de travail N° 2 : Biens publics mondiaux pour la santé

Robert W. Fogel : Membre

Dean Jamison : membre, groupe de travail N° 3 : Mobilisation de ressources nationales pour la santé

Takatoshi Kato : Membre

Nora Lustig : Membre, groupe de travail N° 1 : Santé, croissance économique et recul de la pauvreté

Anne Mills : Membre, Coprésident du groupe de travail N° 5 : Amélioration des issues sanitaires chez les pauvres

Thorvald Moe : Membre

Manmohan Singh : Membre

Supachai Panitchpakdi : Membre, groupe de travail N° 4 : Santé et économie internationale

Laura Tyson : Membre

Harold Varmus : Membre

Avant-propos

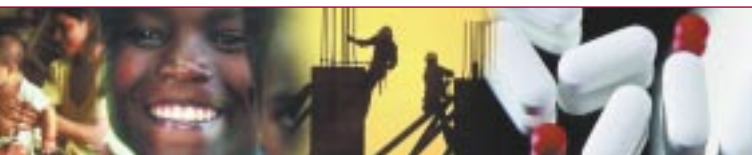
Il y a un an et demi, le Professeur Jeffrey Sachs m'a remis le rapport de la Commission Macroéconomie et Santé. Ce rapport montre tout simplement que la maladie pèse lourdement sur les sociétés et que les investissements en santé peuvent contribuer concrètement au développement économique. Mais la Commission va plus loin en affirmant que l'amélioration de la santé est peut-être l'un des déterminants les plus importants du développement dans les pays à faible revenu.

La Commission plaide en faveur d'une approche de la santé exhaustive et d'envergure mondiale, assortie d'objectifs concrets et de délais précis. Elle souhaite que les forces à l'oeuvre dans la mondialisation contribuent à l'allègement des souffrances et au bien-être. C'est la première fois que l'on chiffre les ressources nécessaires pour atteindre certains des grands objectifs de la Déclaration du Millénaire : un investissement annuel de US \$66 milliards par an d'ici 2007. Une grande partie de cette somme proviendra des pays en développement eux-mêmes, mais la moitié environ doit être versée par les pays riches, sous la forme d'une aide au développement efficace, rapide et axée sur les résultats.

Les investissements en question sont destinés à financer des interventions qui ont fait leurs preuves. Leurs résultats peuvent se mesurer à la réduction de la charge de morbidité et à l'amélioration de la performance des systèmes de santé. De bout en bout, l'accent est mis sur les résultats et sur les investissements qui peuvent changer le cours des choses. Trois maladies – l'infection à VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme – prédominent nettement. Les affections maternelles et infantiles, les problèmes de santé génésique et les conséquences du tabac sur la santé figurent aussi parmi les priorités sanitaires mondiales. Toute tentative sérieuse de favoriser le développement économique et social dans le monde, et de contribuer ainsi à la sécurité de l'homme, doit combattre efficacement cet ensemble de maladies et affections.

Depuis la parution du rapport, les mesures prises pour lui donner suite commencent à porter leurs fruits. Les gouvernements ont entrepris de mobiliser des fonds et de créer des mécanismes efficaces pour les acheminer rapidement vers les secteurs qui en ont besoin. Ils sont de plus en plus nombreux à se conformer aux normes mondiales pour notifier les résultats. Plus d'une douzaine de pays ont mis sur pied une commission nationale ou commencé, par d'autres moyens, à déterminer comment tenir compte des besoins sanitaires nouvellement recensés dans leurs plans nationaux de développement. J'espère que le présent résumé du rapport de la Commission incitera davantage de pays encore à examiner les conclusions de la Commission et les moyens qu'elle préconise pour aborder les problèmes sanitaires et économiques.

Dr Gro Harlem Brundtland
Directeur général
Organisation mondiale de la Santé



La Commission Macroéconomie et Santé

La Commission Macroéconomie et Santé a été mise sur pied en 2000 par le Dr Gro Harlem Brundtland, Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé. Présidée par le Professeur Jeffrey Sachs, elle avait pour mission d'examiner les liens entre la santé et les questions macroéconomiques.

Pour arriver à ses conclusions, la Commission a réparti ses travaux de recherche et d'analyse entre six groupes de travail qui ont à leur tour engagé un réseau mondial d'experts en santé publique, économie et finance.

Le groupe de travail N° 1 : Santé, croissance économique et recul de la pauvreté a examiné les répercussions des investissements sanitaires sur la réduction de la pauvreté et la croissance économique. Ses Coprésidents étaient Sir George Alleyne et le Professeur Daniel Cohen.

Le groupe de travail N° 2 : Biens publics mondiaux pour la santé a passé en revue les politiques, programmes et initiatives plurinationales ayant une incidence positive sur la santé dans plusieurs pays. Ses Coprésidents étaient les Professeurs Richard Feachem et Jeffrey Sachs.

Le groupe de travail N° 3 : Mobilisation de ressources nationales pour la santé a évalué les conséquences économiques de différentes approches de la mobilisation de ressources nationales pour les systèmes de santé et pour les interventions sanitaires. Ses Coprésidents étaient les Professeurs Alain Tait et Kwesi Botchway.

Le groupe de travail N° 4 : Santé et économie internationale a examiné les échanges de services de santé, de produits sanitaires et d'assurances-maladie ; les brevets et les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce ; les mouvements internationaux des facteurs de risque ; les migrations internationales d'agents de santé ; les politiques de financement de la santé et les autres répercussions du commerce sur le secteur de la santé. Ce groupe était présidé par le Dr Isher Judge Ahluwalia.

Le groupe de travail N° 5 : Amélioration des issues sanitaires chez les pauvres a examiné les options techniques, les contraintes et les coûts d'un effort mondial de grande envergure visant à améliorer radicalement la santé des pauvres d'ici 2015. Ses Coprésidents étaient le Dr Prahbat Jha et le Professeur Anne Mills.

Le groupe de travail N° 6 : Aide au développement et santé a examiné les incidences sanitaires des politiques d'aide au développement. Ses Coprésidents étaient MM. Zephirin Diabre et Christopher Lovelace, et Mme Carin Norberg.

Les dix recommandations de la Commission

Les recommandations formulées par la Commission dans son rapport sont résumées dans un programme d'action qui fournit un cadre conceptuel pour examiner cette question et lancer un débat ouvert. Chaque pays est invité à évaluer et à analyser les recommandations de la Commission et à les adapter à son propre contexte socio-économique.

Les principales recommandations sont les suivantes :

- 1. Les pays en développement** devraient commencer à tracer la voie d'un accès universel aux services de santé essentiels sur la base d'une analyse épidémiologique et en fonction des priorités des plus pauvres. Ils devraient aussi essayer d'augmenter en moyenne les crédits budgétaires consacrés à la santé de 1 % du PNB d'ici 2007 et de 2 % du PNB d'ici 2015, et utiliser plus efficacement les ressources.
- 2.** Les pays en développement pourraient établir une **commission nationale macroéconomie et santé** ou un mécanisme similaire pour aider à déterminer les priorités en matière de santé et à mettre au point des mécanismes de financement en accord avec le cadre macroéconomique national, afin de mettre à la disposition des plus pauvres des interventions sanitaires d'un bon rapport coût/efficacité.
- 3. Les pays donateurs** commenceront à mobiliser l'aide annuelle qu'ils se sont engagés à verser pour atteindre la norme internationale recommandée de 0,7 % du PNB des pays de l'OCDE, afin d'aider à financer l'application à plus grande échelle des interventions essentielles et d'accroître les investissements dans la recherche-développement en santé et dans d'autres « biens publics mondiaux ».
- 4.** L'OMS et la Banque mondiale seraient chargées de coordonner l'augmentation massive sur plusieurs années de l'aide des donateurs en faveur de la santé et de contrôler les engagements et les versements des donateurs.
- 5.** Les gouvernements des pays membres de l'OMC devraient prévoir des garanties suffisantes pour les pays en développement, en particulier le droit des pays qui ne fabriquent pas les produits pharmaceutiques pertinents à recourir aux licences obligatoires pour importer des produits génériques en provenance de pays tiers.
- 6. La communauté internationale** et les institutions telles que l'OMS et la Banque mondiale devraient renforcer leurs opérations. Le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme devrait être suffisamment alimenté pour appuyer le processus d'amplification des mesures contre le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme. Il est proposé de créer un fonds mondial de recherche en santé.
- 7.** La fourniture d'autres biens publics mondiaux devrait être encouragée moyennant un financement supplémentaire d'institutions telles que l'OMS et la Banque mondiale.
- 8.** Les mesures qui incitent le secteur privé à mettre au point des médicaments contre les maladies des pauvres devraient être soutenues. Le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme ainsi que d'autres entités chargées des achats devraient s'engager préalablement à acheter les nouveaux produits visés (tels que les vaccins contre le VIH/SIDA, le paludisme et la tuberculose) afin de créer une incitation fondée sur le marché.
- 9.** Au niveau international, l'industrie pharmaceutique, en collaboration avec l'OMS et les pays à faible revenu, devrait faire en sorte que la population ait accès aux médicaments essentiels en s'engageant à les fournir au plus bas prix commercialement viable dans lesdits pays, ainsi qu'à octroyer aux fabricants de génériques des licences de production de médicaments essentiels.
- 10.** LE FMI et la Banque mondiale devraient collaborer avec les pays bénéficiaires pour intégrer l'élargissement des programmes de santé et d'autres programmes de lutte contre la pauvreté dans un cadre macroéconomique viable.

Rapport de la Commission Macroéconomie et Santé, pp. 20-21 et 118-120



Pauvreté et mauvaise santé sont étroitement liées

La mauvaise santé compromet le développement économique et sape les efforts de lutte contre la pauvreté. Les investissements dans la santé sont essentiels pour la croissance économique et devraient constituer un élément clé des stratégies nationales de développement. Les plus grands progrès peuvent être réalisés en se focalisant sur la santé des plus pauvres et sur les pays les moins avancés.

Les liens qui existent entre la mauvaise santé et la pauvreté sont maintenant bien connus. Les personnes pauvres et malnutries ont plus de risques de tomber malades et de mourir des suites de leur maladie que les individus plus riches et en meilleure santé. Inversement, la mauvaise santé contribue à la pauvreté. Les personnes qui tombent malades risquent davantage de sombrer dans la pauvreté et de rester pauvres que les individus en bonne santé, car les maladies invalidantes empêchent les adultes de gagner leur vie. La maladie empêche aussi les enfants d'aller à l'école, réduisant leurs chances d'avoir une vie d'adulte productive.

Aujourd'hui, les épidémies de VIH/SIDA, de paludisme et de tuberculose ont tendance à empirer et on assiste à une érosion rapide des acquis économiques et sociaux des vingt dernières années dans les pays en développement. Les maladies de l'enfant, aggravées par la malnutrition, sont responsables de milliers de décès évitables et la mortalité maternelle et périnatale n'a guère été réduite.

En 2000, la Commission Macroéconomie et Santé a entrepris d'examiner les liens entre la santé et la pauvreté et de démontrer que les investissements dans la santé peuvent accélérer la croissance économique. La Commission a axé ses travaux sur les populations les plus pauvres des pays les plus pauvres du monde. Elle a démontré que les souffrances et les décès évitables sont proportionnellement plus fréquents chez les personnes démunies ; les pauvres sont plus exposés à la maladie en raison de la malnutrition, d'installations d'assainissement inadéquates et du manque d'eau propre et ont moins facilement accès aux soins médicaux, y compris en cas d'urgence. Des maladies graves peuvent appauvrir des familles pour plusieurs années du fait que celles-ci perdent leur revenu et doivent vendre leurs biens pour payer le traitement et d'autres dettes. Le rapport fait aussi ressortir que les interventions salvatrices existantes, y compris les mesures préventives et les médicaments essentiels, ne sont pas à la portée des pauvres. La Commission affirme qu'au cours de la prochaine décennie, le monde pourra faire des progrès notables dans la lutte contre les maladies qui affectent de manière disproportionnée la santé et le bien-être des pauvres en investissant davantage dans les services de santé essentiels et en renforçant les systèmes de santé.

Jusqu'à une date récente, la croissance économique était considérée comme une condition préalable à une réelle amélioration dans le domaine de la santé. Mais la Commission a inversé les termes de la proposition et apporté la preuve qu'une amélioration de la santé est importante pour la croissance économique. Elle a confirmé que, dans les pays où les gens sont en mauvaise santé et où le niveau d'instruction est bas, il est plus difficile d'accéder à une croissance économique durable. La forte prévalence de maladies telles que l'infection à VIH/SIDA et le paludisme est associée à une baisse importante et persistante des taux de croissance économique. Dans certaines zones, par exemple, la prévalence élevée du paludisme est liée à une réduction de la croissance économique d'au moins 1 % par an.

La santé est l'une des pierres angulaires de la croissance économique et du développement social. La Commission a montré que la croissance économique est liée à l'allongement de l'espérance de vie et à une faible mortalité infantile. Les gens en bonne santé sont

plus productifs ; les nourrissons et les enfants bien portants se développent mieux et deviennent des adultes productifs. Une population en bonne santé peut contribuer à la croissance économique d'un pays. La Commission estime qu'un accroissement des investissements dans la santé se traduirait par des centaines de milliards de dollars par an de revenus supplémentaires qui pourraient être utilisés pour améliorer les conditions de vie et l'infrastructure sociale dans les pays les plus pauvres.

L'amélioration de la santé et l'allongement de l'espérance de vie des populations sont une fin en soi et l'un des objectifs fondamentaux de la croissance économique. Ils jouent aussi un rôle central dans la réalisation des **OBJECTIFS DU MILLENAIRE POUR LE DEVELOPPEMENT** fixés par les dirigeants des pays du monde en 2000 pour faire reculer la pauvreté, la faim, la maladie, l'analphabétisme, la dégradation de l'environnement et la discrimination à l'égard des femmes d'ici 2015.

Action de la Commission Macroéconomie et Santé dans les pays

Au cours de la période biennale 2001-2003, le rapport de la Commission Macroéconomie et Santé a été diffusé dans de nombreux pays. La parution de ce rapport et les initiatives qui ont suivi ont fourni l'occasion à différents groupes nationaux – depuis les ministères jusqu'aux groupements universitaires, à la société civile, aux ONG et au secteur privé – de débattre de leur vision de la santé et d'élaborer des plans pour incorporer la promotion d'une meilleure santé dans les stratégies de développement national.

Objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé

Lors du Sommet du Millénaire en septembre 2000, les membres des Nations Unies ont réaffirmé leur engagement à oeuvrer pour un monde dans lequel le développement durable et l'élimination de la pauvreté seraient une priorité absolue.

Objectif 1 : Réduire l'extrême pauvreté et la faim – Cible 1 : réduire de moitié, entre 1990 et 2015, la proportion de la population dont le revenu est inférieur à US \$1 par jour. **Cible 2 :** réduire de moitié, entre 1990 et 2015, la proportion de la population qui souffre de la faim.

Objectif 2 : Assurer l'éducation primaire pour tous – Cible 3 : d'ici à 2015, donner à tous les enfants, garçons et filles, partout dans le monde, les moyens d'achever un cycle complet d'études primaires.

Objectif 3 : Promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes – Cible 4 : éliminer les disparités entre les sexes dans les enseignements primaire et secondaire d'ici à 2015 si possible, et à tous les niveaux de l'enseignement en 2015 au plus tard.

Objectif 4 : Réduire la mortalité infantile – Cible 5 : réduire de deux tiers, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans.

Objectif 5 : Améliorer la santé maternelle – Cible 6 : réduire de trois quarts, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité maternelle.

Objectif 6 : Combattre le VIH/SIDA, le paludisme et d'autres maladies – Cible 7 : d'ici à 2015, avoir stoppé la propagation du VIH/SIDA et commencé à inverser la tendance actuelle. **Cible 8 :** d'ici à 2015, avoir maîtrisé le paludisme et d'autres grandes maladies, et avoir commencé à inverser la tendance actuelle.

Objectif 7 : Assurer un environnement durable – Cible 9 : intégrer les principes du développement durable dans les politiques nationales et inverser la tendance actuelle à la déperdition des ressources environnementales.

Objectif 8 : Mettre en place un partenariat mondial pour le développement : pour aider les pays pauvres à éliminer la pauvreté, la faim et les décès prématurés, il faudra créer un nouveau partenariat mondial pour le développement fondé sur des politiques plus énergiques et sur une bonne gouvernance. **Cible 17 :** En coopération avec l'industrie pharmaceutique, rendre les médicaments essentiels disponibles et abordables dans les pays en développement.



Changer le cours des choses : prévenir 8 millions de décès par an d'ici 2010 ...

Une poignée de maladies et d'états pathologiques sont responsables de la plupart des décès évitables dans les pays à faible et moyen revenus. Les efforts pour élargir l'accès aux interventions existantes contre les maladies infectieuses, pour s'attaquer aux problèmes de santé génésique et de santé de l'enfant et pour combattre la malnutrition permettront d'éviter des millions de décès dans les pays pauvres et d'améliorer considérablement la santé.

Une poignée de maladies et d'états pathologiques sont à eux seuls responsables de la plus grande partie du « déficit de santé » dans le monde : ce sont le VIH/SIDA, le paludisme, la tuberculose, les maladies qui tuent les mères et leurs jeunes enfants, les maladies liées au tabac et les maladies de l'enfant telles que la pneumonie, la diarrhée, la rougeole et d'autres maladies évitables par la vaccination – qui sont toutes aggravées par la malnutrition. Ensemble, elles causent environ 14 millions de décès par an chez les moins de 60 ans et 16 millions de décès par an dans tous les groupes d'âge confondus. La plupart de ces décès surviennent dans les pays en développement, qui sont ceux qui dépensent le moins pour les soins de santé et où les habitants les plus pauvres sont les plus touchés.

Rapport de la Commission Macroéconomie et Santé, pp. 114 à 117, rapport du groupe de travail N° 5, pp. 169 à 171

Pourtant, la forte mortalité due à ces grandes maladies (souvent liées à la malnutrition) n'est qu'une partie du problème. Le poids des souffrances infligées à chacun par la maladie est énorme. Continuellement, des centaines de millions de personnes – principalement dans les pays en développement – sont malades, ce qui empêche les enfants d'aller à l'école et les adultes de travailler ou de s'occuper de leurs enfants.

La plupart des décès et des incapacités seraient évitables. Il existe déjà des interventions sanitaires efficaces soit pour prévenir, soit pour traiter les maladies qui fauchent le plus grand nombre de vies humaines. Mais le fait est que les milliards d'habitants pauvres de la planète ne bénéficient pas de ces interventions. La Commission fait valoir qu'en développant les interventions essentielles et en les rendant accessibles partout dans le monde, on pourrait sauver 8 millions de vies par an d'ici 2010. Une riposte amplifiée allégerait d'innombrables souffrances, réduirait de manière spectaculaire le nombre de malades et de décès et fournirait un moyen concret et mesurable de faire reculer la pauvreté et d'assurer la croissance économique et la sécurité.

Rapport de la Commission Macroéconomie et Santé, pp. 33 à 59, rapport du groupe de travail N° 5, pp. 55 à 76

Une riposte amplifiée supposera non seulement un fort accroissement du financement consacré à la santé, mais aussi un engagement ferme des gouvernements à prendre des mesures spécifiques pour réduire les inégalités et l'inéquité sur le plan de la santé, ainsi qu'un large soutien de la communauté internationale et de partenaires à tous les niveaux de la société.

CMH Report p 91-101, Working Group 3 Report p 57-100, Working Group 6 Report p 35-43

Décès (tous âges confondus) et souffrances évitables causés par des maladies infectieuses, des pathologies maternelles et périnatales, des maladies de l'enfant et des déficiences nutritionnelles.

1. En 1998, il y a eu :

- 1,6 million de morts par rougeole, tétanos et diphtérie, trois maladies évitables par la vaccination
- 500 000 décès de femmes au cours de la grossesse et de l'accouchement, la plupart dans les pays en développement
- un million de décès consécutifs au paludisme et 2,4 millions de personnes exposées au paludisme
- 1,5 million de décès par tuberculose et 8 millions de nouveaux cas de la maladie.

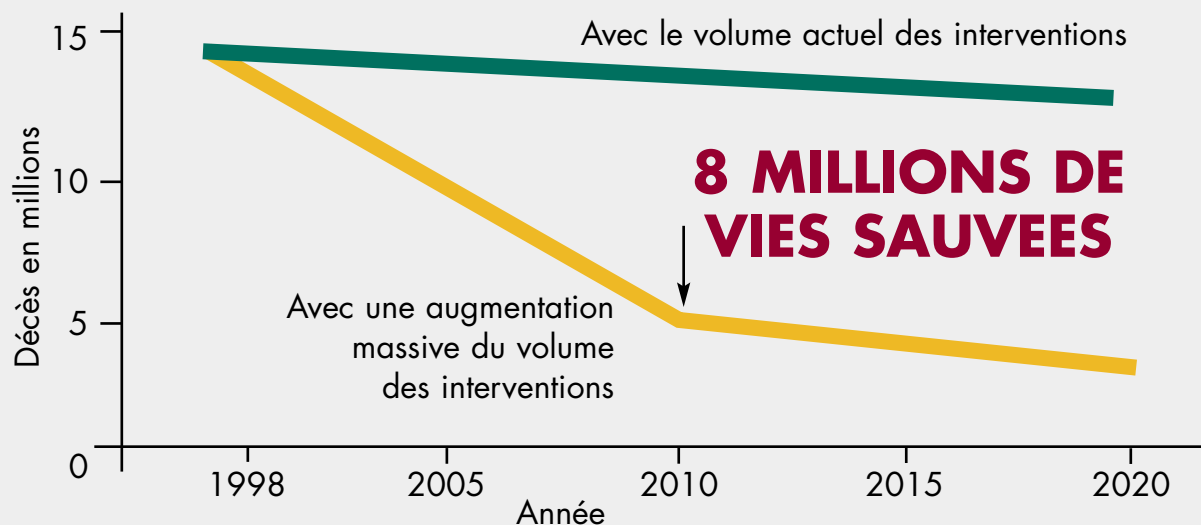
2. En 1999, 5,3 millions de personnes sont mortes d'infection aiguë des voies respiratoires basses et de maladie diarrhéique dans les pays à moyen revenu et à faible revenu, pour la plupart des enfants de moins de cinq ans.

3. En 2002, plus de 40 millions de personnes sont mortes de maladies liées au VIH/SIDA, et il y avait 42 millions de personnes vivant avec le VIH/SIDA.

4. Si les tendances actuelles du tabagisme ne changent pas, on estime qu'environ 500 millions de personnes mourront de maladies liées au tabac au cours des 50 prochaines années.

Une augmentation massive du volume des interventions permettra de sauver 8 millions de vies par an d'ici 2010

Décès dus à des maladies infectieuses, des troubles de la nutrition, des infections respiratoires et des pathologies maternelles et périnatales chez les moins de 60 ans.



Exemples d'interventions essentielles pour lutter contre les principales maladies et pathologies et contre la malnutrition

| Tuberculose | Paludisme | VIH/SIDA | Maladies de l'enfance | Maladies maternelles/périnatales | Tabagisme |
|---|--|--|--|---|---|
| <p>DOTS : traitement de brève durée sous observation directe.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Traitement du paludisme sans complication/du paludisme compliqué • Traitement intermittent chez la femme enceinte • Pulvérisations à effet rémanent dans les habitations • Planification préalable aux épidémies et riposte • Marketing social des moustiquaires imprégnées d'insecticide. | <ul style="list-style-type: none"> • Sécurité transfusionnelle • Prévention et prise en charge clinique des infections opportunistes • Soins palliatifs • Antirétroviraux – substituts du lait maternel pour éviter la transmission mère-enfant • TAHA : traitement antirétroviral hautement actif • Education par les pairs pour les groupes vulnérables • Programme d'échange de seringues pour les utilisateurs de drogues injectables • Marketing social du préservatif • Programmes scolaires et programmes pour les jeunes sur le VIH/SIDA. | <ul style="list-style-type: none"> • Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant • Vaccination • Campagnes de vaccination ciblées • Traitement de l'anémie sévère • PCIME pour la prise en charge de la fièvre à domicile • Micronutriments et traitement anthelminthique • Politiques contre la pollution de l'air dans les habitations • Supplémentation de l'alimentation en iode, fer, folate, zinc. | <ul style="list-style-type: none"> • Planification familiale • Soins obstétricaux d'urgence • Accouchement en présence d'une personne qualifiée • Soins pré- et postnatals. | <ul style="list-style-type: none"> • Conseils pour le sevrage • Thérapie pharmacologique contre le tabagisme. |



... et générer au moins US \$360 milliards par an d'ici 2015-2020

Grâce aux 8 millions de décès prévenus chaque année, on éviterait la perte de 330 millions de DALY* représentant une valeur d'environ US \$180 milliards en avantages économiques directs, sans compter les US \$180 milliards d'avantages économiques indirects résultant d'un accroissement des investissements dans la santé.

*La notion d'année de vie corrigée de l'incapacité (DALY) permet de mesurer à la fois le nombre d'années de vies en bonne santé perdues du fait d'un décès prématuré et le nombre d'années vécues avec une incapacité de degré variable. Une DALY représente une année de vie en bonne santé perdue.

Les 8 millions de vies qui seraient sauvées chaque année représentent au total un nombre beaucoup plus important d'années de vies sauvées (ce que l'on appelle les années de vies corrigées de l'incapacité ou DALY) ainsi qu'une meilleure qualité de vie pour les personnes concernées. La DALY, qui équivaut à une année de vie en bonne santé perdue, constitue en quelque sorte une mesure du « déficit de santé ». Dans son rapport, la Commission Macroéconomie et Santé affirme que l'on éviterait 330 millions de DALY en prévenant 8 millions de décès chaque année, ce qui accélérerait la croissance économique et romprait le cycle de la pauvreté.

La Commission estime que 330 millions de DALY représenteraient une valeur d'environ US \$180 milliards par an en économies directes d'ici 2015 ; les populations les plus pauvres du monde vivraient plus longtemps et en meilleure santé et pourraient de ce fait mieux gagner leur vie. Mais le rendement économique effectif pourrait être bien meilleur encore si les retombées de cette amélioration de la santé ont pour effet de stimuler la croissance économique.

L'allongement de l'espérance de vie et la réduction de la charge de morbidité tendraient à stimuler la croissance en induisant une baisse des taux de fécondité, un accroissement des investissements dans le capital humain, une progression de l'épargne des ménages, une augmentation des investissements étrangers et une plus grande stabilité sociale et macroéconomique. La corrélation entre une meilleure santé et une croissance économique plus forte est confirmée par des analyses macroéconomiques qui indiquent que US \$180 milliards de plus seront générés chaque année d'ici 2020 du fait des avantages économiques indirects. Si l'on tient compte à la fois de la valeur des vies sauvées et de l'accélération de la croissance économique, la Commission estime que les gains pourraient se chiffrer à environ US \$360 milliards par an pendant la période 2015-2020, voire davantage.

Rapport de la Commission Macroéconomie et Santé, pp. 13 et 14, 25 à 27 et 112 à 118

Pour réaliser ces gains énormes sur le plan de la santé et du développement économique, la Commission préconise de consacrer beaucoup plus de ressources au secteur de la santé au cours des prochaines années. Environ la moitié de cette augmentation totale proviendrait de l'aide internationale au développement, tandis que les pays en développement fourniraient l'autre moitié en revoyant les priorités de leur budget. Quelques pays à revenu moyen auront également besoin d'aide pour faire face au coût élevé de la lutte contre le VIH/SIDA.

L'ensemble des investissements dans le domaine de la santé devrait être consacré à l'extension des interventions spécifiques nécessaires pour lutter contre les principales maladies mortelles et invalidantes et pour renforcer les systèmes de prestations de soins de santé de façon à les mettre à la portée de tous, et en particulier des plus pauvres. Il faudrait notamment

appliquer à plus grande échelle les interventions dirigées contre les maladies et pathologies suivantes : Infection à VIH/SIDA ; paludisme ; tuberculose ; rougeole, tétanos, diphtérie et autres maladies évitables par la vaccination ; infections respiratoires aiguës ; maladies diarrhéiques ; maladies maternelles et périnatales ; malnutrition ; et maladies liées au tabac.

Rapport de la Commission Macroéconomie et Santé, pp. 38 à 41, et rapport du groupe de travail N° 5, pp. 19 à 76

En outre, des investissements seraient nécessaires dans le domaine de la santé génésique, y compris l'accès aux moyens contraceptifs. Les efforts conjugués dans les domaines de la lutte contre la maladie et de la santé génésique se traduiraient probablement par une réduction de la fécondité, de plus grands investissements dans la santé et l'éducation de chaque enfant et un ralentissement de la croissance démographique.

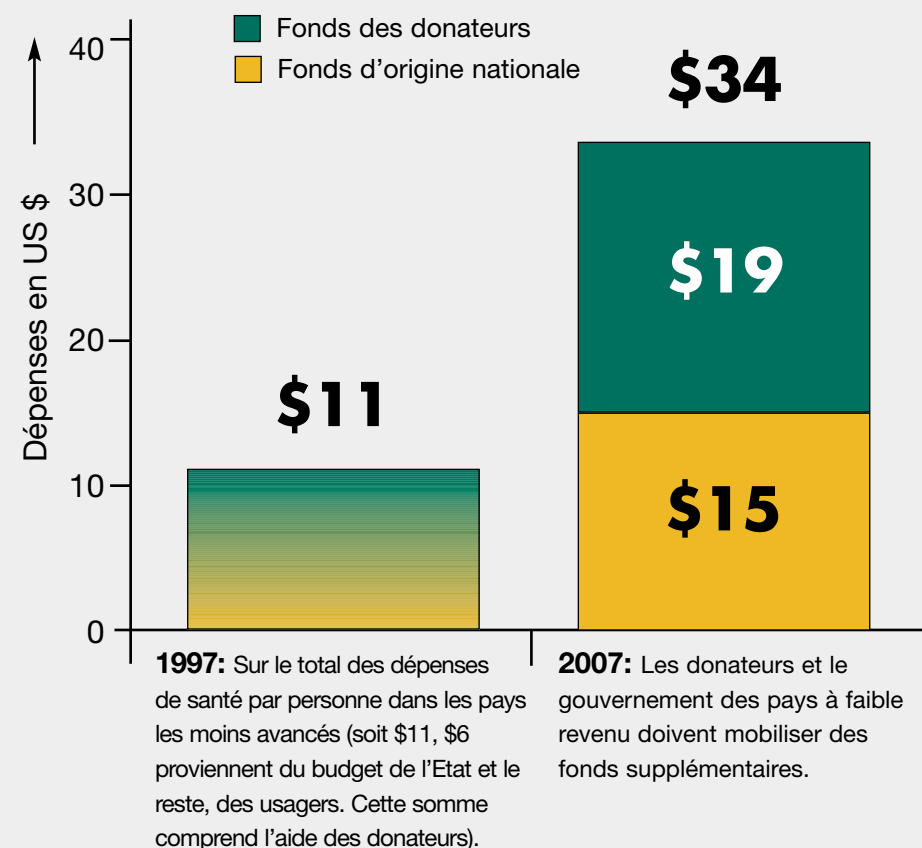
Dépenses internes et aide des donateurs pour la santé (1997-1999)

| | Dépenses publiques de santé (par personne, 1997, US \$) | Total des dépenses de santé (par personne, 1997, US \$) | Aide de donateurs pour la santé (par personne, moyenne annuelle 1997-1999) | Aide de donateurs pour la santé, moyenne annuelle (millions de US \$ 1997-1999) |
|--|---|---|--|---|
| Pays les moins avancés | 6 | 11 | 2.29 | 1,473 |
| Autres pays à faible revenu | 13 | 23 | 0.94 | 1,666 |
| Pays en développement à revenu moyen inférieur | 51 | 93 | 0.61 | 1,300 |
| Pays en développement à revenu moyen supérieur | 125 | 241 | 1.08 | 610 |
| Pays à revenu élevé | 1,356 | 1,907 | 0.00 | 2 |
| Ensemble des pays | | | 0.85 | 5,052 |

Rapport de la Commission Macroéconomie et Santé, p. 62, et rapport du groupe de travail N° 6, pp. 9 à 23

Coût des interventions essentielles

Dans son rapport, la Commission Macroéconomie et Santé estime que le coût minimum à prévoir pour élargir la couverture d'une série d'interventions essentielles est en moyenne de **US \$34** (au taux actuel du dollar) par personne et par an, en comptant les interventions nécessaires pour lutter contre la pandémie de SIDA. Dans les 48 pays les moins avancés du monde, les dépenses moyennes de santé s'élevaient à environ **US \$11** par personne et par an, US \$6 provenant du budget national (y compris l'aide des donateurs) et le reste, des usagers (1997). Les niveaux actuels de l'aide fournie par les donateurs sont très bas ; ils étaient estimés à **US \$2,29** par personne dans les pays les moins avancés en 1997-1999.



Rapport de la Commission Macroéconomie et Santé, pp. 12 et 13 et 61 à 63, et rapport du groupe de travail N° 5, pp. 166 à 168



Les pays pauvres n'ont pas les fonds supplémentaires requis

Les niveaux actuels d'investissement des pays en développement sont loin de suffire pour répondre aux besoins sanitaires et développer les actions de santé et les services essentiels. La Commission prévoit que les pays à faible revenu s'efforceront de mieux utiliser leurs ressources et d'accroître leur budget de la santé à raison de 1% du PNB d'ici 2007 et de 2% d'ici 2015. Mais, elle reconnaît que même ces mesures seront insuffisantes pour générer les fonds nécessaires dans de nombreux pays pauvres, en particulier ceux touchés par le VIH/SIDA.

Un accroissement important des ressources financières consacrées à la santé serait nécessaire pour augmenter massivement le volume des interventions et renforcer les systèmes de prestations sanitaires de façon à rendre ces interventions accessibles, en particulier aux plus pauvres. Mais, en raison principalement du manque de ressources et d'engagement politique, les dépenses de santé dans les pays pauvres sont actuellement insuffisantes pour faire face aux problèmes de santé. La Commission fait valoir que la plupart des pays pourraient mobiliser davantage de ressources internes et les utiliser de façon plus rentable. Elle souligne que les dépenses publiques devraient profiter aux plus pauvres et servir à appuyer des systèmes de financement communautaires protégeant les foyers contre des dépenses de santé catastrophiques, faisant remarquer que, dans certaines régions, les ménages dépensent jusqu'à 40 % de leur revenu en soins de santé.

La Commission a estimé ce qu'il en coûterait d'étendre la couverture des services de santé dans les pays d'Afrique subsaharienne et dans tous les pays en développement à faible revenu. Elle souligne dans son rapport que les gouvernements devraient être au centre des efforts visant à porter les dépenses publiques consacrées à la santé à US \$35 milliards par an d'ici 2007 (soit 1 % de plus de leur PNB) et à US \$63 milliards par an d'ici 2015 (2 % de plus de leur PNB), bien que, dans certains pays, un montant plus faible puisse être suffisant.

Rapport de la Commission Macroéconomie et Santé, pp. 62 à 69, et rapport du groupe de travail N° 3, pp. 57 à 74

Des actions concertées seront également indispensables pour éliminer les contraintes structurelles et renforcer la capacité des systèmes nationaux de santé à assurer les interventions essentielles, fixer des priorités correspondant aux besoins sanitaires, garantir l'équité des soins et travailler en partenariat avec d'autres secteurs. Parmi ses recommandations essentielles, la Commission préconise l'engagement des gouvernements, la transparence, une gouvernance efficace, des partenariats avec les donateurs et, surtout, une bonne gestion du secteur de la santé et d'autres secteurs. Pour développer les services essentiels, il faut un système de prestations sanitaires bien structuré accessible aux plus pauvres. La Commission indique que la mise en place de systèmes proches des usagers dans les centres de santé, les antennes sanitaires ou les services périphériques est une priorité pour étendre la couverture des interventions essentielles. Les systèmes proches des usagers fonctionneront localement, mais seront appuyés par les programmes nationaux pour les principales maladies infectieuses ; ils pourront regrouper à la fois des prestataires publics et privés avec un financement garanti par l'Etat.

Rapport de la Commission Macroéconomie et Santé, pp. 69 à 80, et rapport du groupe de travail N° 5, pp. 50 à 54

En outre, des efforts seront nécessaires pour accroître la participation communautaire et responsabiliser les individus – en sensibilisant la population et en l'incitant à utiliser les interventions et services sanitaires qui sont à sa disposition. Les

donateurs et les partenaires extérieurs devront travailler en collaboration étroite avec les gouvernements pour soutenir et renforcer leur capacité à prendre les choses en main sur le plan des priorités macroéconomiques sanitaires.

Pour atteindre ces objectifs, les pays pauvres devront consacrer davantage de ressources internes à la santé de manière à convaincre les donateurs de leur volonté de relever le défi. Mais, même avec des ressources plus importantes et mieux utilisées, de nombreux pays pauvres seront bien loin encore des niveaux de financement nécessaires pour assurer les services essentiels, en ce qui concerne notamment la lutte contre le VIH/SIDA.

Rapport de la Commission Macroéconomie et Santé, pp. 62 à 100, et rapport du groupe de travail N° 3, pp. 75 à 100

Mobilisation d'un surcroît de ressources internes pour la santé

Pour réformer le financement de la santé, la Commission recommande une stratégie de base comportant les six étapes suivantes :

1. Mobilisation de recettes fiscales accrues pour la santé, à raison de 1 % du PNB d'ici 2007 et de 2 % du PNB d'ici 2015.
2. Accroissement du soutien des donateurs pour financer la fourniture de biens publics et garantir l'accès des pauvres aux services essentiels.
3. Remplacement de la formule de paiement direct par les usagers par un système de prépaiement s'appuyant sur des programmes de financement communautaires.
4. Elargissement de l'initiative en faveur des pays pauvres très endettés par l'augmentation du nombre de pays bénéficiaires et de l'allègement de la dette.
5. Mesures tendant à remédier à l'inefficacité de l'allocation et de l'utilisation des fonds publics.
6. Réallocation de fonds publics jusqu'ici consacrés à des dépenses improductives à des programmes du secteur social axés sur les pauvres.

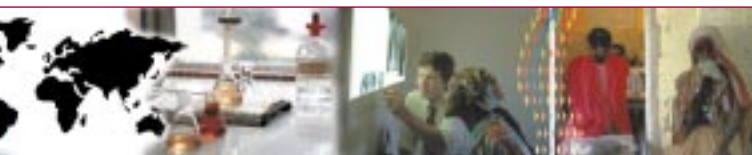
Rapport de la Commission Macroéconomie et Santé, p. 67

Mobilisation d'un surcroît de ressources pour la santé dans les pays à revenu moyen

Dans le cadre de la stratégie de développement économique, la Commission recommande :

1. De garantir un accès universel aux interventions essentielles grâce à un financement public, y compris des transferts de ressources budgétaires vers les régions pauvres.
2. D'inciter les travailleurs du secteur informel à adhérer à des régimes d'assurance fondés sur le partage des risques.
3. D'améliorer l'équité et l'efficacité en agissant sur la budgétisation, les modes de paiement et la maîtrise des coûts (en s'inspirant de l'expérience des pays de l'OCDE).

Rapport de la Commission Macroéconomie et Santé, p. 69



Il est urgent d'investir davantage dans la santé

Il faudra faire appel aux donateurs pour combler le déficit de financement. L'aide octroyée par les pays développés devrait passer de quelque US \$6 milliards par an aujourd'hui à US \$27 milliards d'ici 2007 et US \$38 milliards d'ici 2015. Ces ressources supplémentaires en faveur de la santé doivent s'ajouter aux transferts actuels d'aide.

Les **donateurs doivent** d'urgence augmenter leurs investissements pour combler le déficit de financement de la santé dans les pays les plus pauvres du monde. Le volume global de l'aide a en fait diminué ces dernières années et est bien inférieur aux estimations les plus prudentes des fonds actuellement nécessaires pour passer à l'échelle supérieure. La communauté des donateurs ne doit donc pas seulement éviter que l'aide globale au développement ne continue de baisser, elle doit l'accroître suffisamment pour étendre la couverture des services et interventions sanitaires essentiels. Les donateurs doivent en outre financer la recherche-développement et d'autres interventions utiles pour la santé publique dans le monde (appelées « biens publics mondiaux »). Certes, le volume de financement exigé des donateurs est important en valeur absolue (US \$27 milliards par an en 2007 et US \$38 milliards par an d'ici 2015), mais la Commission soutient qu'il est possible de mobiliser cette aide supplémentaire. Si tous les bailleurs de fonds augmentaient suffisamment leur aide publique au développement (APD) pour atteindre la norme internationale de 0,7 % du PNB des pays de l'OCDE, l'APD se monterait à US \$200 milliards au total en 2007, somme suffisante pour une aide à la santé (US \$27 milliards) et l'intensification d'autres mesures contribuant au recul de la pauvreté et à la croissance.

La Commission estime que quelques pays à revenu moyen auront également besoin d'une aide sous forme de subventions, notamment pour financer l'intensification de la lutte contre le VIH/SIDA. Elle recommande également que la Banque mondiale et les banques régionales de développement accordent davantage de prêts (à des conditions normales) à ceux de ces pays qui cherchent à améliorer leur système de santé. Cette solution est à mettre en balance avec les conséquences macroéconomiques d'une augmentation de la dette.

Malgré le manque manifeste de ressources, la Commission estime qu'il est possible de passer à l'échelle supérieure. L'aide des donateurs a augmenté ces dernières années dans le domaine de la santé (même si l'APD a globalement diminué), car les gouvernements donateurs sont de plus en plus conscients du danger que représentent les maladies infectieuses partout dans le monde et du risque que ces maladies et leurs vecteurs ne se propagent à la faveur des migrations, des voyages et du commerce internationaux. Autre évolution encourageante : la philanthropie privée et la philanthropie d'entreprise apportent de nouvelles idées et de nouvelles ressources dans le secteur de la santé.

Rapport de la Commission Macroéconomie et Santé, pp. 100 à 106, et rapport du groupe de travail N° 6, pp. 9 à 23

La Commission propose que l'OMS et la Banque mondiale, épaulées par un comité directeur de pays donateurs et receveurs, se chargent de coordonner l'augmentation massive sur plusieurs années de l'aide en faveur de la santé et de contrôler les engagements et les versements de ces donateurs. Pour concrétiser cette perspective d'un appui beaucoup plus

massif, il faut que les donateurs aident à développer les capacités de mise en oeuvre et à résoudre les problèmes de gouvernance ou autres qui peuvent se poser.

Les réunions des hautes instances internationales (telles que les sessions conjointes du FMI et de la Banque mondiale, l'Assemblée mondiale de la Santé et la Conférence des Nations Unies sur le Financement du Développement) devraient être, pour les donateurs, l'occasion de s'engager à augmenter leur aide pour la santé.

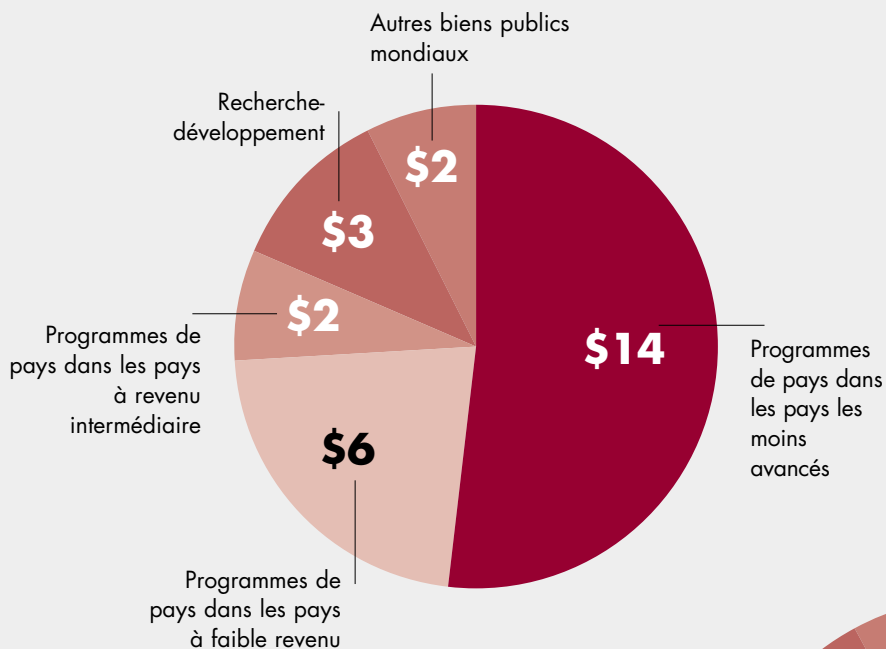
Recommandations concernant les engagements des donateurs

Actuellement modeste, (de l'ordre de US \$6 milliards), l'aide publique au développement doit considérablement augmenter. Les pays donateurs peuvent y contribuer en mobilisant 0,1 % environ de leur PNB, soit un cent par tranche de US \$10 de revenu. La Commission Macroéconomie et Santé estime les subventions nécessaires pour les programmes de pays à US \$22 milliards par an d'ici 2007 et US \$31 milliards d'ici 2015 pour les pays les moins avancés, les pays à faible revenu et les pays à revenu intermédiaire. Il faudra s'efforcer d'améliorer les engagements administratifs des donateurs et faciliter l'appui aux pays pour aider à surmonter les obstacles.

Rapport de la Commission Macroéconomie et Santé, pp. 100 à 112, et document de synthèse du groupe de travail N° 5

Recommandations concernant la ventilation des engagements (marginaux) des donateurs, en US \$ milliards

Pays les moins avancés, pays à faible revenu et pays à revenu intermédiaire



En milliards de US \$ (constants de 2002)

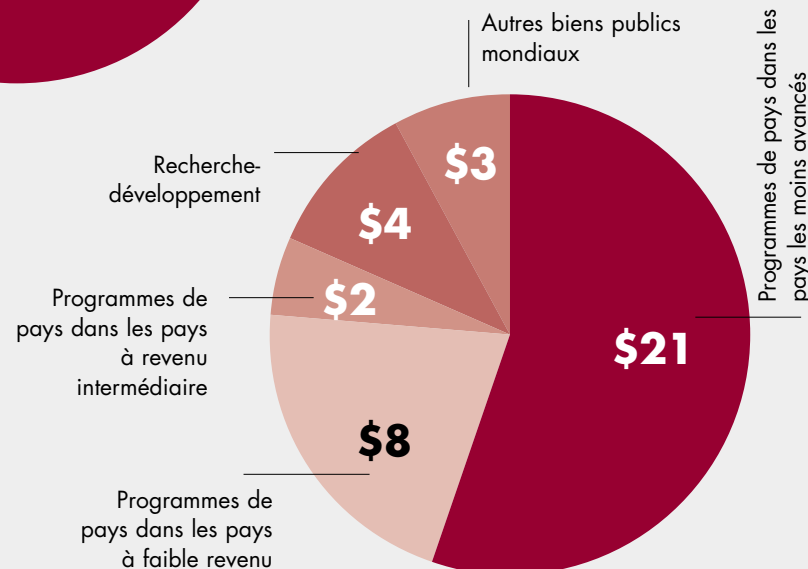
Estimations pour 2007 :

| | |
|---------------------------------|-------------|
| Programmes de pays : | \$22 |
| Recherche-développement : | \$3 |
| Autres biens publics mondiaux : | \$2 |
| Total : | \$27 |

En milliards de US \$ (constants de 2002)

Estimations pour 2015 :

| | |
|---------------------------------|-------------|
| Programmes de pays : | \$31 |
| Recherche-développement : | \$4 |
| Autres biens publics mondiaux : | \$3 |
| Total : | \$38 |





La fourniture de biens publics mondiaux aux pays pauvres

Les avantages qui découlent d'interventions et d'activités sanitaires-éradication d'une maladie ou recherche-développement dépassent les frontières d'un pays et concernent l'humanité tout entière. Ces interventions, dites biens publics mondiaux, sont généralement insuffisamment financées par les gouvernements des pays en développement et doivent être assurées et financées au niveau mondial. La Commission estime qu'il faut allouer au moins US \$5 milliards par an d'ici 2007 et \$7 milliards par an d'ici 2015 à la production de biens publics mondiaux répondant aux besoins sanitaires des pauvres.

Les avantages qui découlent de certaines interventions et activités sanitaires, telles que l'éradication d'une maladie ou la recherche-développement, s'étendent bien au-delà des frontières d'un pays et concernent l'humanité tout entière. Ces interventions, dites biens publics mondiaux, sont généralement insuffisamment financées par les gouvernements des pays en développement et doivent être assurées et financées au niveau mondial. La Commission estime qu'il faut allouer au moins US \$5 milliards par an d'ici 2007 et US \$7 milliards par an d'ici 2015 à la production de biens publics mondiaux répondant aux besoins sanitaires des pauvres.

La guerre contre la maladie demande non seulement des interventions économiques efficaces, des systèmes de santé solides, un engagement politique et des ressources, mais aussi d'importants investissements dans les biens publics mondiaux. L'un des plus importants de ces biens est la recherche-développement axée sur les besoins sanitaires des plus pauvres. La Commission affirme qu'il faut de nouveaux médicaments et vaccins efficaces et abordables contre le VIH/SIDA, la tuberculose, le paludisme, les maladies de l'enfance et les problèmes de santé génésique. On a également besoin de microbicides efficaces, de nouveaux pesticides pour lutter contre les maladies à transmission vectorielle et de nouveaux médicaments pour faire face au problème de plus en plus pressant de la pharmacorésistance. Toutefois, les marchés des pays riches n'incitent guère à mettre au point de nouveaux produits pour combattre les maladies qui sévissent essentiellement dans les pays en développement.

En plus d'encourager la recherche-développement axée sur certaines maladies et affections, il faut améliorer la collecte et l'analyse des données épidémiologiques et la surveillance des maladies infectieuses au niveau international. Un appui supplémentaire est nécessaire pour la collecte de données et l'analyse des tendances sanitaires à l'échelle mondiale, pour l'analyse et la diffusion des meilleures pratiques de lutte contre la maladie et de gestion des systèmes de santé, et pour l'aide technique et la formation. Ces biens publics mondiaux jouent un rôle crucial dans le passage à l'échelle supérieure ; leur fourniture et leur diffusion internationale sont au cœur de la mission de l'Organisation mondiale de la Santé, de la Banque mondiale et d'autres institutions internationales.

Pour aider à acheminer le surcroît d'investissements dans la recherche-développement, la Commission propose de créer un fonds mondial de recherche en santé (FMRS), qui s'ajouterait aux grandes filières actuelles (OMS, plusieurs partenariats public-privé contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme, et le Forum mondial de la recherche en santé). L'un des principaux objectifs de ce fonds serait de soutenir la recherche biomédicale fondamentale et appliquée sur les problèmes de santé qui concernent les pauvres et sur les systèmes et politiques de santé nécessaires pour y remédier. Le fonds viserait à mettre en place dans les pays en développement eux-mêmes un potentiel de recherche à long terme.

Enfin, étant donné que le secteur public n'a pas les moyens de fournir tous les biens publics mondiaux, la Commission estime qu'il faut prendre des mesures incitatives pour encourager les entreprises pharmaceutiques privées à mettre au point des médicaments, des vaccins et autres moyens perfectionnés ou nouveaux destinés aux pays à faible revenu, par exemple l'application de la législation sur les « médicaments orphelins » (médicaments contre des maladies qui ne touchent qu'un très faible pourcentage de la population) aux maladies qui se produisent essentiellement dans les pays en développement ou l'engagement préalable à acheter les nouveaux médicaments et vaccins prioritaires.

Rapport de la Commission Macroéconomie et Santé, pp. 9 et 10, pp. 83 à 94, et rapport du groupe de travail N° 2, pp. 26 à 45

La Commission préconise plusieurs mesures pour intensifier la recherche-développement :

- Un financement annuel de **US \$1,5 milliard** pour les institutions qui visent à développer de nouveaux vaccins et médicaments, telles que le Programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales (TDR), l'initiative intergroupes OMS de recherche sur les vaccins (IVR), le Programme spécial PNUD/FNUAP/OMS/Banque mondiale de recherche, de développement et de formation à la recherche en reproduction humaine (HRP) et les partenariats public-privé ayant pour objet la lutte contre le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme.
- Un financement annuel de **US \$1,5 milliard** grâce au fonds mondial de recherche en santé (FMRS) qu'il est proposé de créer pour financer la recherche fondamentale en sciences de la santé (y compris l'épidémiologie, l'économie de la santé, les systèmes de santé et les politiques de santé) et pour aider les pays en développement à mettre en place un potentiel de recherche à long terme.
- Un **financement accru de la recherche opérationnelle** au niveau des pays, associée à un développement des interventions sanitaires d'un montant égal à 5 % au moins du financement des programmes de pays.
- Une **diffusion plus large de l'information scientifique sur Internet** et des mesures pour accroître les moyens de connection dans les universités et autres établissements de recherche des pays pauvres.
- Un **amendement de la législation sur les médicaments orphelins** dans les pays à haut revenu pour y inclure les maladies des pauvres.
- Des **engagements préalables** à acheter les technologies recherchées, par exemple des vaccins contre le VIH/SIDA, le paludisme et la tuberculose, à titre d'incitation commerciale.

Le déséquilibre 10/90

Nombre de nouvelles technologies comme la génomique et les innovations en matière de diagnostic répondent davantage aux besoins sanitaires des pays industrialisés qu'à ceux des pays en développement. Ce déséquilibre de la recherche entre les problèmes de santé des pauvres et ceux des riches est appelé déséquilibre 10/90 : moins de 10 % des dépenses mondiales de recherche en santé sont consacrées aux problèmes de santé les plus répandus dans les pays en développement et qui représentent 90 % de la charge mondiale de la maladie.

Rapport de la Commission Macroéconomie et Santé, p. 87, et rapport du groupe de travail N° 6, p. 42



L'accès aux médicaments essentiels

Au niveau international, l'industrie pharmaceutique devrait, en collaboration avec les pays à faible revenu et l'OMS, rendre les médicaments essentiels accessibles à ces pays en s'engageant à leur fournir ceux-ci au plus bas prix commercialement viable.

Bien des habitants des pays à faible revenu n'ont pas accès aux médicaments essentiels, principalement parce que ni les pauvres ni leur gouvernement n'ont les moyens de les acheter. De plus, la pénurie de médecins et d'autres agents de santé qui savent sélectionner, prescrire les médicaments disponibles et conseiller sur leur utilisation, aggravée par les insuffisances des systèmes de santé et des services de proximité, a coupé court à une approche axée sur la demande et bloqué l'accès aux pauvres. Dans de nombreux pays, des formalités d'achat astreignantes, des réglementations nationales ainsi que des droits à l'importation et des taxes élevés entravent l'accès aux médicaments essentiels.

Dans un même temps, les fabricants de produits pharmaceutiques tendent à maintenir des marges bénéficiaires élevées, notamment sur les marchés des pays riches, pour récupérer les coûts de la recherche-développement. Mais, pour que l'accès aux médicaments soit possible dans les pays pauvres, il faut que les prix soient l'équivalent ou presque des coûts de production, car les pauvres ne peuvent pas payer le prix de produits brevetés. Il est probable, en outre, qu'un nombre croissant de médicaments essentiels seront brevetés dans un avenir proche. La Commission estime que le mieux serait de fixer des prix différenciés pour les pays à bas revenu. Les pays riches assumeront ainsi les coûts de la recherche-développement en payant les produits brevetés relativement plus cher, tandis que les pays pauvres paieraient un prix proche des coûts de production. La Commission recommande également que l'industrie concède des licences pour ses technologies à des fabricants de médicaments génériques de haute qualité utilisables dans les pays à bas revenu lorsqu'elle décide de ne pas approvisionner ces marchés elle-même ou lorsque les fabricants de produits génériques peuvent montrer qu'ils sont capables de produire des médicaments d'excellente qualité à des prix nettement plus bas.

La Commission préconise un nouveau plan d'action mondial pour l'accès aux médicaments indispensables prévoyant des systèmes de prix différenciés qui deviendraient la règle dans les pays les plus pauvres, l'octroi de licences aux fabricants de génériques et la centralisation des achats. Elle recommande également que l'OMS, les pays à bas revenu et l'industrie pharmaceutique unissent leurs forces et s'entendent sur des directives régissant la fixation des prix et l'octroi de licences de fabrication de produits cruciaux dans les pays en développement pour garantir un approvisionnement ininterrompu en médicaments essentiels. Ces directives établiraient une liste de médicaments essentiels qui seraient vendus aux pays à bas revenu à des prix nettement réduits.

Dans cette entreprise, l'industrie doit rester un partenaire essentiel et respecter les règles du commerce international en matière d'accès aux médicaments essentiels. Parallèlement, une protection efficace des droits de propriété intellectuelle pour préserver les incitations à la recherche-développement de nouveaux médicaments pourrait s'avérer une solution commode et utile.

Enfin, les entreprises privées implantées dans les pays en développement ont elles aussi un rôle crucial à jouer en veillant à ce que leurs travailleurs aient accès aux médicaments et aux services essentiels. Ainsi, les compagnies minières d'Afrique australe, région qui se trouve à l'épicentre de la pandémie de VIH/SIDA, ont une responsabilité particulière, puisqu'elles doivent aider à prévenir la transmission de la maladie et faire en sorte que les travailleurs aient accès aux médicaments et aux soins essentiels.

Rapport de la Commission Macroéconomie et Santé, pp. 94 à 100

Responsabilités des pays à bas revenu

Les pays à bas revenu devraient s'engager de leur côté :

- À empêcher la réexportation des médicaments à prix réduit vers des pays développés, soit légalement, soit au marché noir.
- À éliminer les obstacles à l'accès des consommateurs aux médicaments essentiels, tels que droits de douane et quotas d'importation.
- À assurer, par une réglementation et une coopération avec la communauté des donateurs, une utilisation convenable des médicaments pour éviter le plus possible l'apparition d'une pharmacorésistance ou autres conséquences défavorables d'une mauvaise administration des traitements.
- À garantir l'adjudication avec mise en concurrence, la centralisation des achats et la transparence des prix.

Rapport de la Commission Macroéconomie et Santé, pp. 97 à 99, rapport du groupe de travail N° 4, pp. 33 à 35

Responsabilités de la communauté internationale

- La communauté des donateurs devrait garantir un financement suffisant pour l'achat, le contrôle et le bon usage des médicaments.
- L'OMS, l'industrie pharmaceutique et les pays à bas revenu devraient s'entendre sur des directives régissant la fixation des prix et l'octroi de licences de fabrication dans lesdits pays, complétées par une protection efficace des droits de propriété intellectuelle sur les marchés à haut revenu pour préserver les incitations à la recherche-développement de nouveaux médicaments.
- Les gouvernements des pays Membres de l'Organisation mondiale du Commerce devraient prévoir des garanties suffisantes pour les pays en développement, et en particulier le droit des pays qui ne fabriquent pas les médicaments indispensables à recourir aux licences obligatoires pour importer des produits génériques en provenance de pays en développement.

Rapport de la Commission Macroéconomie et Santé, pp. 96 à 100, rapport du groupe de travail N° 2, pp. 25 à 45

Responsabilités de l'industrie pharmaceutique

- L'industrie pharmaceutique devrait coopérer avec l'OMS et les pays à bas revenu pour convenir ensemble de directives. Ces directives définiraient un mécanisme transparent de fixation de prix différenciés à l'intention des pays pauvres et établiraient une liste de médicaments essentiels contre le VIH/SIDA, la tuberculose, le paludisme, les infections respiratoires, les maladies diarrhéiques et les maladies évitables par la vaccination, qui seraient vendus au plus bas prix commercial viable.
- L'industrie devrait accepter de concéder des licences pour ses technologies à des fabricants de produits génériques de haute qualité utilisables dans les pays à bas revenu lorsque :
 - elle décide de ne pas approvisionner ces marchés elle-même
 - les fabricants de produits génériques peuvent montrer qu'ils sont capables de produire des médicaments d'excellente qualité à des prix nettement plus bas.

Rapport de la Commission Macroéconomie et Santé, pp. 97 à 98, rapport du groupe de travail N° 4, pp. 25 à 45, rapport du groupe de travail N° 2, pp. 39 à 44



De nouveaux modes d'investissement dans la santé pour le développement

Pour améliorer la santé des plus démunis en élargissant l'accès aux services sanitaires essentiels, il faut un partenariat mondial entre pays riches et pays pauvres. Le recours à des mécanismes de financement novateurs et à des cadres nouveaux, conjugué à de puissantes coalitions intersectorielles visant des objectifs communs, aurait pour effet d'améliorer la santé dans les pays à faible revenu. Un système proche des usagers permettrait d'étendre la couverture des services essentiels et de les rendre plus accessibles.

Il faut impérativement trouver le moyen d'obtenir de nouvelles ressources si l'on veut améliorer la santé, faire reculer la pauvreté et nettement progresser dans la voie qui mène aux objectifs du Millénaire pour le développement. Puisque le passage à l'échelle supérieure exigera une augmentation sensible des financements internationaux, il est indispensable d'instaurer un partenariat efficace entre pays donateurs et pays bénéficiaires fondé sur la confiance mutuelle et la performance. Un tel **partenariat** entre pays riches et pays pauvres contribuera à accroître les investissements en santé et à élargir l'accès aux services sanitaires essentiels en privilégiant les interventions dirigées contre les principales maladies. Dans le cadre de ce nouveau partenariat, le financement de la santé évoluera parallèlement aux réformes qu'entreprendront les pays et à l'augmentation des recettes fiscales qui financent la santé. Les mécanismes de financement par les donateurs évolueront vers un allègement de la dette plus important.

Pour accroître l'aide des donateurs, il faudra faire appel à des **mécanismes de financement** novateurs tels que le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme, l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination et un nouveau fonds mondial de la recherche en santé qui facilitera l'affectation de crédits supplémentaires à la recherche-développement. En ce qui concerne le soutien des initiatives prises par les pays afin de faire reculer la pauvreté, les **cadres performants** tels que les documents sur la stratégie de lutte contre la pauvreté offrent un modèle prometteur des relations donateur-bénéficiaire. De plus, les nouvelles modalités d'octroi d'un financement supplémentaire pour passer à l'échelle supérieure dans le secteur de la santé comme les approches sectorielles (APS) sont utiles aux donateurs et aux pays bénéficiaires et aident à coordonner plans et mesures.

Rapport de la Commission Macroéconomie et Santé, pp. 106 à 110

Les éléments présentés par la Commission incitent aussi à penser qu'il sera plus facile de lutter contre la pauvreté si les investissements dans d'autres secteurs augmentent également. Des investissements complémentaires et la collaboration **intersectorielle** dans les domaines de l'éducation, de l'eau et de l'assainissement, entre autres, auront des retombées sur la santé. Par ailleurs, la participation du secteur privé et la coopération avec lui, en particulier avec l'industrie pharmaceutique, sont indispensables pour garantir l'accès aux médicaments dont ont particulièrement besoin les pays à bas revenu.

L'un des éléments que la Commission juge prioritaires pour passer à l'échelle supérieure est un système novateur et bien structuré, proche des usagers, qui desservira mieux les pauvres. Toutefois, la mise en place d'un tel système n'est pas chose aisée. Elle nécessite une forte capacité de direction au niveau national, ainsi que des moyens et une volonté de

transparence au niveau local. Il faudra pour cela de nouveaux engagements politiques, de meilleures capacités d'organisation et une plus grande transparence des services publics et de la budgétisation, conjugués à un financement plus important et à une plus grande transparence, y compris un suivi et une évaluation réguliers. La participation entière et équitable de la communauté est un autre élément essentiel. Si ces conditions ne sont pas réunies, il sera impossible d'intensifier l'action préventive et thérapeutique contre les principales maladies mortelles et invalidantes.

Rapport de la Commission Macroéconomie et Santé, pp. 106 à 110, rapport du groupe de travail N° 5, pp. 50 à 54

Comment faciliter les investissements en santé

- **Le cadre de lutte contre la pauvreté fondé sur un document de stratégie** facilite le financement par les donateurs et permet : 1) l'amélioration des conditions d'annulation de la dette ; 2) le rôle directeur de l'Etat dans la préparation des stratégies nationales ; 3) la participation de la société civile à chaque étape du processus ; 4) une approche globale de la lutte contre la pauvreté ; et 5) la coordination entre donateurs pour parvenir aux buts fixés par les pays.
- **Une commission nationale macroéconomie et santé** peut diriger la tâche du passage à l'échelle supérieure : 1) en évaluant les priorités sanitaires ; 2) en élaborant une stratégie de développement des services ; 3) en collaborant avec d'autres secteurs liés à la santé ; 4) en définissant un cadre de politique macroéconomique ; et 5) en établissant une base épidémiologique, des cibles opérationnelles et un plan de financement, en collaboration avec l'OMS et la Banque mondiale
- **Des approches sectorielles (APS)** peuvent faciliter le passage à l'échelle supérieure, car elles offrent aux donateurs et aux bénéficiaires un mécanisme de coordination novateur pour la mise à disposition de fonds supplémentaires par : 1) une planification conjointe entre les pays donateurs et les autorités nationales ; 2) l'entente sur les stratégies d'aide ; et 3) la mise en commun des moyens pour aider à exécuter une stratégie conçue et appliquée par les pays.
- **Le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme** peut soutenir le passage à l'échelle supérieure en mobilisant des fonds en faveur des programmes de pays. La Commission a proposé que le montant du Fonds mondial passe à **US \$8 milliards** par an d'ici 2007 sur l'ensemble des US \$22 milliards que les donateurs devraient verser au total. Le Fonds doit avant tout : 1) aider en priorité les pays les plus pauvres ; 2) accorder un financement aux pays ayant des stratégies viables ; 3) accorder des subventions pour la préparation des propositions ; 4) encourager les auteurs des propositions à y refléter les conclusions d'un dialogue national sur la santé ; et 5) encourager un effort fiscal manifeste.

Rapport de la Commission Macroéconomie et Santé, pp. 106 à 109, rapport du groupe de travail N° 6, pp. 36 à 43

- La Commission propose de créer un **fonds mondial de recherche en santé** qui soutiendrait la recherche fondamentale et appliquée en sciences biomédicales et sanitaires sur les problèmes de santé des pauvres ainsi que sur les systèmes et politiques de santé nécessaires pour les résoudre. La Commission propose que les donateurs consacrent **US \$1,5 milliard** par an au fonds sur les US \$3 milliards d'aide prévus à la recherche-développement.

Rapport de la Commission Macroéconomie et Santé, pp. 88 à 94



Macroéconomie et santé: tâches à entreprendre au niveau des pays

Dans son rapport, la Commission propose des mesures qui, si elles sont appliquées avec énergie aux niveaux national et international, auront des retombées importantes sur la santé et la richesse des nations et des peuples.

Compte tenu de la diversité de l'infrastructure et des conditions propres à chaque pays, la Commission ne donne pas une feuille de route pour appliquer ses recommandations au niveau des pays. Elle cherche plutôt à inciter chaque pays à examiner ses priorités sanitaires et ses contraintes infrastructurelles et budgétaires. Elle encourage les pays à évaluer la situation épidémiologique, l'état de santé de la population et les déterminants de la pauvreté en vue d'élaborer une stratégie rationnelle qui permettra de développer les interventions sanitaires dans le cadre d'un programme global dans le domaine de la macroéconomie et de la santé.

De nombreux pays ont approuvé les conclusions et les recommandations de la Commission lorsqu'ils ont examiné son rapport à la lumière de leurs besoins sanitaires et économiques. Les suites données aux travaux de la Commission ont pour but d'aider les gouvernements à examiner les questions de macroéconomie et de santé et à choisir des options pour accroître les investissements et intensifier l'action tout en entreprenant les réformes nécessaires pour garantir à tout un chacun des conditions plus équitables et une meilleure santé. L'action de suivi dans les pays consiste à :

- Épauler les responsables politiques, les ministres de la santé et des finances, les groupes universitaires, les grands acteurs du secteur privé, les donateurs et les représentants de la société civile qui examinent les conclusions de la Commission et les moyens qu'elle préconise pour remédier aux problèmes économiques et sanitaires.
- Valider des analyses sérieuses dans le domaine de la macroéconomie et de la santé qui serviront à revoir les politiques d'investissement dans la santé et donneront un nouvel élan aux plans nationaux conçus pour atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement.
- Aider à créer des filières d'aide financière et technique aux gouvernements et à leurs partenaires et jeter les bases d'alliances plus puissantes dans les pays. Les gouvernements seront ainsi mieux à même de planifier et de faire les investissements nécessaires pour améliorer la santé des pauvres plus rapidement et plus durablement.

De nombreux pays ont exprimé le souhait de lier l'action dans le domaine de la macroéconomie et de la santé aux structures, politiques et capacités nationales existantes. Cette action commence par un processus interactif auquel peuvent prendre part les groupes de travail chargés d'élaborer les documents sur la stratégie de lutte contre la pauvreté, les comités directeurs nationaux ou le conseil national de la santé, selon le cas. Les pays peuvent également créer une commission nationale macroéconomie et santé ou faire appel à des groupes sous-régionaux tels que la Commission économique et sociale pour l'Asie et le Pacifique (CESAP). L'exécution d'un plan d'action destiné à accroître les investissements en santé exige une direction et un engagement politiques au plus haut niveau, une cohérence avec le cadre macroéconomique global et de puissantes alliances intersectorielles.

Un organe national chargé des questions de macroéconomie et de santé, ou son équivalent, a pour mission d'organiser et de diriger l'accroissement des investissements nationaux dans le secteur de la santé. Il est appelé à collaborer avec l'OMS, la Banque mondiale et d'autres instances encore pour analyser la situation sanitaire nationale, déterminer les domaines où il faut intervenir en priorité et élaborer les stratégies de financement des interventions prioritaires. Il a pour autres tâches de désigner un ensemble d'interventions essentielles à mettre à la disposition de toute la population au moyen d'un financement public, d'entreprendre un programme pluriannuel de renforcement du système de santé axé sur la prestation des services au niveau local et de fixer des objectifs quantifiés pour la réduction de la charge de morbidité. Les approches intégrées de développement communautaire que sont en train d'élaborer les bureaux régionaux de l'OMS et d'autres organismes peuvent amplifier l'action menée pour améliorer la santé et faire reculer la pauvreté.

Mesures importantes dans le domaine de la macroéconomie et de la santé

Chaque pays souhaitant intervenir dans le domaine de la macroéconomie et de la santé devrait concevoir un plan d'action adapté à sa situation en suivant les grandes lignes tracées dans le rapport de la Commission.

L'établissement d'un plan d'action se fait en plusieurs étapes essentielles :

1. Diffusion des conclusions de la Commission Macroéconomie et Santé et obtention d'un appui politique supplémentaire :
 - diffuser les idées et les messages de la Commission et susciter un débat sur les conclusions formulées dans le rapport
 - décider de la suite à donner aux recommandations de la Commission.
2. Analyse des données, élaboration de stratégies et définition d'un cadre d'action dans le domaine de la macroéconomie et de la santé :
 - déterminer si les conclusions de la Commission s'appliquent au contexte du pays
 - recenser les obstacles du système au passage à l'échelle supérieure
 - s'assurer qu'on dispose d'informations sur la couverture, l'équité et la rentabilité des services prioritaires
 - dresser des plans nationaux d'investissement en santé pour offrir des services efficaces à la population
 - envisager des approches pour fidéliser et former les professionnels de santé à tous les niveaux du système de santé
 - étudier comment incorporer la santé dans les documents sur la stratégie de lutte contre la pauvreté
 - prévoir davantage de crédits pour la santé dans les plans nationaux de dépenses à moyen terme.
3. Lutte contre le VIH/SIDA au plan national :
 - prendre des mesures pour limiter l'impact du VIH sur le niveau de vie, la croissance économique et l'état de santé
 - adopter des politiques et débloquer des ressources pour élargir l'accès à la prévention et aux soins.
4. Estimation des besoins de financement et mobilisation de fonds nationaux et de fonds internationaux supplémentaires :
 - recueillir de meilleures informations sur les coûts de l'absence d'action sanitaire
 - faire la liaison entre les ministères concernés et inclure la santé dans l'initiative en faveur des pays pauvres très endettés
 - établir des relations fructueuses avec les initiatives mondiales de financement.
5. Exécution des plans et surveillance des résultats :
 - développer le potentiel des pays en matière d'administration générale, d'action intersectorielle et de contrôle de la performance
 - évaluer les résultats, les comparer aux dépenses et suivre les flux financiers en faveur de la santé.
6. Meilleure coordination et plus grande cohérence de l'action :
 - se documenter sur les expériences des pays en matière de collaboration intersectorielle
 - instaurer des mécanismes efficaces de coordination au sein des pays, assurer la cohérence de l'action régionale et mondiale, et veiller à ce que les initiatives mondiales répondent aux besoins des pays.

National Responses to the CMH Report Consultation, WHO, June 2002



Action engagée par les pays

Depuis la parution du rapport, l'OMS et ses bureaux régionaux et bureaux de pays collaborent étroitement avec les gouvernements pour faire connaître les conclusions de la Commission et aider les pays à combler le fossé entre les politiques nationales macroéconomiques et sanitaires. Le suivi du rapport dans les pays permet à des entités nationales-ministères, universités, groupes civils et secteur privé de débattre de leur conception de la santé et d'ébaucher des stratégies pour incorporer la santé dans des plans de développement nationaux.

De nombreux pays ont déjà commencé, en mettant à profit leur savoir, leur expérience et leurs ressources, à concevoir des programmes à long terme pour appliquer à plus grande échelle les interventions sanitaires essentielles, généralement dans le cadre d'une stratégie nationale de lutte contre la pauvreté, et s'intéressent aux conclusions de la Commission. Tous ne prévoient pas de créer une commission nationale macroéconomie et santé, mais presque tous inscrivent la mise en oeuvre des recommandations de la Commission dans leurs programmes nationaux de développement. La communauté internationale, dont l'OMS, n'insistera pas auprès des pays pour qu'ils nomment une commission, mais soutiendra les mécanismes macroéconomiques prometteurs qu'ils mettent en place pour définir une approche des questions de macroéconomie et de santé. En concertation avec les pays et les organismes d'aide au développement, l'OMS affinera sa propre approche et l'adaptera à la situation des pays.

En 2002 et 2003, les bureaux régionaux et bureaux de pays se sont fixé pour priorité de faire connaître et de diffuser les conclusions de la Commission. Le rapport a été traduit en allemand, arabe, chinois, espagnol, français et russe, et largement distribué. Dans certains pays, des sites Internet ont été créés pour diffuser les principaux messages de la Commission et donner des informations locales sur les questions de macroéconomie et de santé.

Tous les bureaux régionaux de l'OMS ont largement diffusé le rapport et les documents connexes pour qu'ils soient lus par un public nombreux et pour attirer l'attention des hauts responsables sur le lien entre la santé et la croissance économique, tout en donnant des indications sur la manière d'appliquer les recommandations de la Commission dans les pays.

Des réunions et des conférences ont été organisées, de l'atelier national aux réunions régionales de haut niveau, pour présenter les principales conclusions de la Commission aux responsables politiques, aux universitaires et aux chercheurs et pour discuter de la façon dont les pays qui s'intéressent à l'approche macroéconomie et santé peuvent appliquer les recommandations. La plupart des bureaux régionaux ont également créé des groupes spéciaux chargés d'étudier la pertinence des conclusions de la Commission, de proposer des interventions et des approches adaptées à la situation locale, et de coordonner et soutenir les mesures prises par les pays sur la base des travaux de la Commission.

Au cours de ces deux années, les bureaux régionaux de l'OMS se sont employés avec détermination à diffuser les conclusions de la Commission et plusieurs événements ont été organisés pour faire la promotion du rapport et en discuter. Grâce à cet effort, les hauts responsables politiques ont manifesté leur intérêt et pris des engagements dans plusieurs pays, parmi lesquels l'Ethiopie, le Ghana, le Kenya, le Mozambique et le Rwanda en Afrique ; l'Association des Etats des

Caraiïbes et le Mexique dans les Amériques ; la Jordanie et le Sultanat d'Oman dans la Région de la Méditerranée orientale ; le Bangladesh, l'Inde, l'Indonésie, les Maldives, le Myanmar, le Népal et la Thaïlande en Asie du Sud-Est ; le Cambodge et la Chine dans la Région du Pacifique occidental.

Les missions dans les pays résolus à donner suite aux travaux de la Commission continuent à déterminer l'appui offert aux pays. C'est ainsi que, dans les pays qui ont engagé un processus de réforme, de décentralisation et de lutte contre la pauvreté, l'appui consiste à aider les gouvernements et la communauté des donateurs à accélérer les initiatives déjà prises dans le secteur de la santé en offrant les services d'experts techniques et en cotribuant à développer le potentiel. Les conclusions de la Commission sont considérées comme très utiles aussi pour la réforme du secteur de la santé : elles donnent des indications aux pays ou aux Régions concernant les priorités de financement (y compris les partenariats public-privé et le partage des services) et les amènent à incorporer l'action de divers partenaires. Dans d'autres pays qui ont engagé des réformes, l'aide technique et financière à l'analyse des variables épidémiologiques, budgétaires et macroéconomiques contribue à améliorer la politique gouvernementale en matière de santé.

Dans un nombre croissant de pays, les mesures prises dans le domaine de la macroéconomie et de la santé sont considérées comme un moyen puissant d'attirer une aide des donateurs en faveur de la santé, de mobiliser davantage de ressources nationales et de mieux utiliser les ressources existantes. Dans d'autres, ces mesures portent aussi sur d'autres risques pour la santé comme la dénutrition, la pollution de l'eau et les dangers liés à l'environnement.

Ailleurs, dans certains des pays les plus peuplés du monde en bonne posture pour continuer à se développer sur le plan économique, les gouvernements souhaitent appliquer et adapter les recommandations de la Commission. Compte tenu de leur taille, de la charge de morbidité et des progrès qu'il serait possible de faire en santé, il est indispensable que les recommandations de la Commission y soient reconnues comme la voie de la croissance économique. Ce qu'il advient dans ces pays est crucial pour le reste du monde. Aucun progrès décisif ne pourra être fait sur le chemin qui mène aux objectifs du Millénaire pour le développement si les pays les plus peuplés du monde restent en arrière.

Suite à donner par les pays au rapport de la Commission Macroéconomie et Santé

Une consultation a été organisée au Siège de l'OMS en juin 2002 pour déterminer les suites que doivent donner les pays au rapport de la Commission Macroéconomie et Santé. Les ministres et les hauts représentants des ministères de la santé, des finances et de la planification de 19 pays ont rencontré des représentants de la Banque mondiale, de 12 organismes bilatéraux, de la Fondation Bill et Melinda Gates et de l'OMS pour étudier les moyens de mettre en oeuvre les recommandations de la Commission dans les pays. Ils ont examiné les possibilités d'accroître très nettement les investissements pour atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement qui ont trait à la santé, et déterminé les mesures à prendre par les pays pour intensifier leur action. De hauts représentants des pays suivants ont participé à la consultation :

Senior representatives from the following countries participated in the Consultation:

Région africaine

- Ghana
- Mozambique
- Senegal
- United Republic of Tanzania
- Uganda

Région de la Méditerranée orientale

- Jordan
- The Islamic Republic of Iran
- Oman
- Pakistan

Région des Amériques

- The Caribbean States
- Guatemala
- Santa Lucia and OECS countries

Région de l'Asie du Sud-Est

- Bangladesh
- India
- Indonesia
- Nepal
- Sri Lanka
- Economic and Social Commission for Asia and the Pacific (ESCAP)

Région européenne

- Poland



Investir dans la santé

Conception et réalisation
Agnès Leotsakos

Responsable de la publication
Sheila Davey

Contributions rédactionnelles et techniques
Amin Kebe, B.S. Lamba, Maria Paalman, Mubashar Riaz Sheikh, Rubén M. Suarez-Berenguela, Dai Ellis, Silvia Ferazzi, Tom O'Connell, Ann Rosenberg, Josh Ruxin,

Unité d'appui à la Commission Macroéconomie et Santé de l'OMS et Département Bases factuelles et information à l'appui des politiques

Secrétaire exécutif de la Commission Macroéconomie et Santé, Unité d'appui
Sergio Spinaci

Secrétaires de rédaction
Zarita Khamkhoeva, Tashina Krishniah

Conception graphique
James Elrington

Organisation mondiale de la Santé,
Unité d'appui à la Commission Macroéconomie et Santé
20 Avenue Appia,
1211 Genève 27, Suisse
www.who.int/macrohealth

INVESTIR DANS LA SANTÉ



Résumé des conclusions de la Commission Macroéconomie et Santé

Veillez m'inscrire dans votre fichier d'adresses. Je souhaite recevoir les publications de l'Unité d'appui à la Commission Macroéconomie et Santé qui paraissent.

Quels sont vos principaux centres d'intérêt dans le domaine de la macroéconomie et de la santé ?

Je souhaite recevoir d'autres copies de cette brochure pour la distribuer autour de moi. Réf. : ISBN 92 4 256241 6

NOM :

TITRE

ORGANISATION :

ADRESSE (RUE) :

VILLE :

PROVINCE OU ETAT :

PAYS :

CODE POSTAL :

TEL. (préciser l'indicatif du pays) :

FAX (préciser l'indicatif du pays) :

E-MAIL:

Remarques et commentaires :



Affranchir

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ
UNITE D'APPUI A LA COMMISSION MACROECONOMIE ET SANTÉ
20 AVENUE APPIA
1211 GENEVE 27
SUISSE

