



Vaccination contre la rougeole au Mozambique.

Financement de la santé : une chance à saisir

**Beaucoup de
publicité et
de générosité,
mais pour quels
résultats?**

*George Schieber,
Lisa Fleisher et
Pablo Gottret*

ON N'A JAMAIS autant parlé de la santé des pauvres dans le monde, et jamais on n'y a consacré autant d'argent. Des célébrités se servent de leur notoriété pour dénoncer la situation sanitaire affligeante des pays pauvres, et la communauté internationale s'est donné jusqu'à 2015 pour atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD), dont trois concernent directement la santé. Ainsi, au moment où la mondialisation accroît le risque de voir des cas isolés de maladies telles que le SRAS et la grippe aviaire se propager à toute la planète, les bailleurs de fonds traditionnels mais aussi de nouveaux donateurs ont accru considérablement leurs concours. L'aide au développement destinée au secteur de la santé n'a cessé d'augmenter depuis 1990 : de 2 milliards de dollars environ cette année-là, elle est passée à près de 12 milliards en 2004 (soit un doublement de la part relative de l'aide extérieure dans les dépenses de santé des pays en développement), l'essentiel de cette hausse ayant eu lieu au cours de ces cinq dernières années.

Pourtant, malgré les bonnes intentions et les nouveaux instruments, la situation sanitaire dans le monde demeure désastreuse. Depuis 1985, dans certains pays africains, l'espérance de vie

a *diminué* de 10 à 20 ans, en raison surtout de la pandémie de VIH/sida qui a tué 25 millions de personnes depuis qu'elle a été détectée pour la première fois en 1981. À l'échelle mondiale, la tuberculose tue 5.000 personnes par jour, alors que cette maladie peut être traitée et évitée. À cette tragédie humaine s'ajoute un lourd tribut économique. Dans les pays les plus touchés, le VIH/sida va probablement réduire le revenu national de 20 % d'ici à 2020 et on estime que, en amputant la croissance économique, les maladies et les décès dus à la tuberculose coûtent de 1,4 à 2,8 milliards de dollars par an. Or, les pays en développement continuent d'être frappés par 90 % des maladies dans le monde alors qu'ils n'absorbent que 12 % des dépenses mondiales de santé. Sauf à remédier aux carences de la structure mondiale de l'aide et à entreprendre de profondes réformes dans les pays, la communauté internationale et les pays bénéficiaires de l'aide risquent de laisser passer cette chance historique d'améliorer la santé des populations pauvres.

L'économie politique de l'aide

Comment expliquer cette situation catastrophique de la santé dans le monde? Pour mieux comprendre le problème, il est instructif de

s'interroger sur les motivations et les contraintes des donateurs et des bénéficiaires de l'aide.

Au niveau des pays, les autorités veulent garantir un système de santé efficace. Pour ce faire, elles doivent s'assurer des recettes suffisantes, et ce de façon durable, équitable et efficace. Il faut qu'elles mutualisent les risques sanitaires et achètent des services de santé afin d'offrir à leurs citoyens un socle de services essentiels et aussi de les protéger financièrement en cas de maladie catastrophique. D'un point de vue rationnel, cela signifie que les gouvernements devraient financer ou subventionner les services de santé qui constituent des biens publics de base et des biens tutélaires. Ils devraient aussi, par souci de justice élémentaire, financer les services destinés aux pauvres et, dans l'idéal, assurer une protection financière à l'ensemble de la population. L'important est que le principe d'efficacité préside à l'achat des services de santé, car les gains d'efficacité dégagent de nouveaux revenus. L'aide accordée par les pays donateurs, qui constitue l'une des nombreuses sources de revenu pouvant aider à financer un système de santé de base, est une source de financement importante dans de nombreux pays à faible revenu.

Au niveau des donateurs, ce sont d'autres considérations qui priment. Ils accordent leurs concours de diverses manières : sous forme d'aide ciblée fournie directement à certains pays, par l'intermédiaire de fonds mondiaux pour la santé (qui sont des entités indépendantes créées par les donateurs pour concentrer le surcroît d'aide sur certains secteurs) et par le biais des organisations internationales. Les pays qui octroient de l'aide le font pour des raisons très variées, notamment pour financer des biens publics mondiaux, promouvoir la sécurité sanitaire mondiale en protégeant contre les pandémies, faire jouer la solidarité internationale et soutenir les politiques nationales. En général, le plus difficile pour les pays donateurs est de convaincre leur électorat que l'aide étrangère constitue une bonne utilisation de l'argent des contribuables. C'est ainsi que, de plus en plus, ils veillent à ce que l'aide accordée puisse être liée à des produits et résultats tangibles et mesurables. De ce fait, en matière de santé, l'aide est souvent ciblée sur des maladies ou des interventions spécifiques pour lesquelles un lien direct peut être établi entre la dépense,

l'achat de services et, parfois, les résultats. Il est beaucoup plus difficile de faire accepter l'aide destinée à financer les systèmes ou les dépenses de santé et le budget général. Ces caractéristiques de l'aide étrangère et les carences de la gouvernance mondiale en matière de santé créent un décalage entre les contributions des donateurs et les besoins des pays. Non seulement cela peut empêcher l'aide de parvenir aux pays qui en ont le plus besoin, mais aussi, souvent, amène à ne pas tenir compte des méthodes de financement préférées des pays.

On comprend aisément que, dans ces conditions, les besoins soient souvent insatisfaits et que le niveau et l'efficacité des dépenses de santé restent nettement inférieurs à ce qui serait nécessaire pour atteindre les OMD. Les pays à faible revenu consacrent quelque 5 % de leur PIB à la santé, alors que la proportion est d'environ 6 % dans les pays à revenu intermédiaire et de 10 % dans les pays à revenu élevé (tableau 1). En valeur corrigée en fonction du taux de change du dollar, le total des dépenses de santé par habitant était en 2003 de 22 dollars dans les pays à faible revenu et de plus de 3.000 dollars dans des pays à revenu élevé. De plus, bien que l'aide publique au développement (APD) soit remontée à 0,33 % du revenu national brut (RNB) en 2005 après dix ans de baisse (graphique 1), elle reste largement inférieure au 0,7 % du RNB promis par les pays développés et au 0,54 % du RNB que le Projet Objectifs du Millénaire juge nécessaire pour atteindre les OMD. Du côté positif, l'aide au développement dans le secteur de la santé est passée de 4,6 % de l'APD en 1990 à 15 % en 2004. Pour l'essentiel, cette augmentation est due aux bailleurs de fonds bilatéraux et aux fondations privées, la plus grande partie de l'aide étant acheminée par des fonds mondiaux pour la santé indépendants de création récente. En revanche, la contribution des banques multilatérales de développement et des agences spécialisées de l'ONU est restée relativement inchangée (graphique 2).

Problèmes au niveau des pays

Pourtant, le faible montant et l'inefficacité des dépenses ne sont que la partie émergée de l'iceberg. Il y a trois autres raisons pour lesquelles les pays à faible revenu, en particulier en Afrique, ne réussiront peut-être pas à financer les services de santé de base

Tableau 1

Richesse et santé

Plus les pays s'enrichissent, plus l'État prend en charge les dépenses de santé.

(niveaux et composition des dépenses de santé par régions et catégories de revenu selon la Banque mondiale, moyennes pondérées par la population, 2003)

Régions	PIB par habitant (dollars) ¹	Dépenses de santé par habitant (dollars) ¹	Dépenses de santé par habitant (taux dollar international) ²	Total dépenses de santé (% du PIB)	Dépenses publiques ³			Dépenses personnelles ⁵		Sources extérieures ³
					Sécurité sociale ⁴	Dépenses privées ³	personnelles ⁵	personnelles ³		
Asie de l'Est-Pacifique	1.267	64	276	5,1	37,5	42,8	62,5	84,2	52,7	0,9
Europe de l'Est-Asie centrale	2.976	194	521	6,2	62,0	43,8	38,0	81,2	30,8	1,3
Amérique latine-Caraïbes	3.325	225	535	6,9	49,3	33,1	50,7	72,7	36,8	1,1
Moyen-Orient-Afrique du Nord	2.360	101	289	5,7	47,4	22,6	52,6	86,4	45,4	1,1
Asie du Sud	545	24	122	4,4	26,1	8,9	73,9	95,8	70,8	2,9
Afrique subsaharienne	608	38	116	5,2	40,8	4,9	59,2	80,1	47,4	14,8
Niveaux de revenu										
Pays à faible revenu	481	22	102	4,6	31,2	7,7	68,8	91,9	63,2	7,1
Pays à revenu intermédiaire (tr. inf.)	1.659	97	342	5,6	43,6	38,3	56,4	81,1	45,7	0,6
Pays à revenu intermédiaire (tr. sup.)	5.596	341	677	6,4	55,5	56,8	44,5	79,0	35,1	0,3
Pays à revenu élevé	30.811	3.466	3.427	10,7	64,8	43,3	35,2	57,0	20,1	0,0
Moyenne mondiale	5.969	602	752	6,0	42,9	29,0	57,1	81,3	46,5	2,9

Sources : Banque mondiale (2006); Organisation mondiale de la santé (2006).

Note : Les moyennes nationales sont pondérées par la population du pays considéré. De ce fait, certains chiffres diffèrent de ceux de la Banque mondiale (2006), qui utilise des pondérations légèrement différentes pour certaines séries.

¹Chiffres ajustés en fonction des taux de change.

²Chiffres ajustés en fonction de la PPA.

³Pourcentage du total des dépenses de santé.

⁴Pourcentage des dépenses publiques de santé.

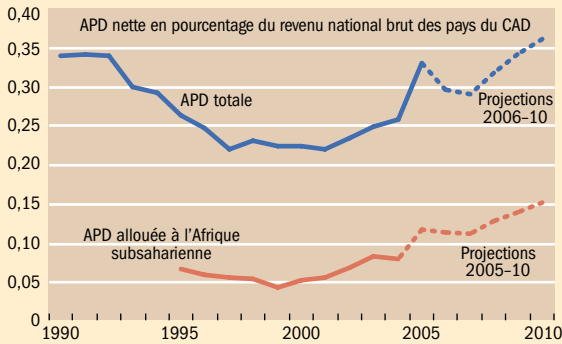
⁵Pourcentage des dépenses privées de santé.

Graphique 1

Besoins insatisfaits

L'APD totale reste inférieure à ce qui serait nécessaire pour atteindre les OMD, surtout en Afrique.

(en pourcentage)



Source : Comité d'aide au développement (CAD) de l'OCDE; projections du Secrétariat du CAD.

et la protection financière nécessaires pour atteindre les OMD concernant la santé.

Premièrement, plus de 60 % des dépenses de santé sont à la charge des patients dans les pays à faible revenu, contre 20 % dans les pays à revenu élevé. En Afrique, la proportion avoisine 50 % en moyenne et atteint au moins 30 % dans 31 pays africains. Les dépenses à la charge des patients sont l'une des sources les plus régressives et les plus inefficaces de financement des dépenses de santé pour les pauvres, car elles les privent des bienfaits de la redistribution du revenu, de la mutualisation des risques et de la protection financière.

Deuxièmement, la sécurité sociale couvre une part de plus en plus grande des dépenses de santé à mesure que les pays s'enrichissent, mais dans les pays à faible revenu, elle n'en couvre que 2 %. On peut donc se demander si la sécurité sociale constitue vraiment un mécanisme viable de mutualisation des risques dans les pays à faible revenu, compte tenu en particulier de la prépondérance de l'emploi informel dans la plupart de ces pays.

Troisièmement, l'aide extérieure représente environ 7 % des dépenses de santé dans les pays à faible revenu et n'est pas une source majeure de financement de ces dépenses dans les autres catégories de pays. Cela dit, cette donnée brute masque d'importantes différences entre pays et régions. Par exemple, l'aide extérieure occupe en Afrique une place bien plus grande qu'ailleurs dans le financement des dépenses de santé (15 % environ). Dans les autres régions, la proportion est inférieure à 3 %. Sur les 23 pays pour lesquels l'aide extérieure couvre plus de 20 % de ces dépenses, 15 sont situés en Afrique. En outre, il ne faut pas oublier que l'aide extérieure représente 55 % des entrées de capitaux en Afrique. Dans les cinq autres régions en développement, ce sont les envois de fonds des travailleurs émigrés et les investissements directs étrangers qui constituent l'essentiel des entrées de capitaux, l'aide extérieure n'atteignant que 9 %. Naturellement, ce recours massif à l'aide extérieure pour financer les dépenses de santé et les autres services n'est pas sans poser des problèmes de viabilité aux pays concernés, qui, dès lors, ne peuvent guère planifier pour le long terme.

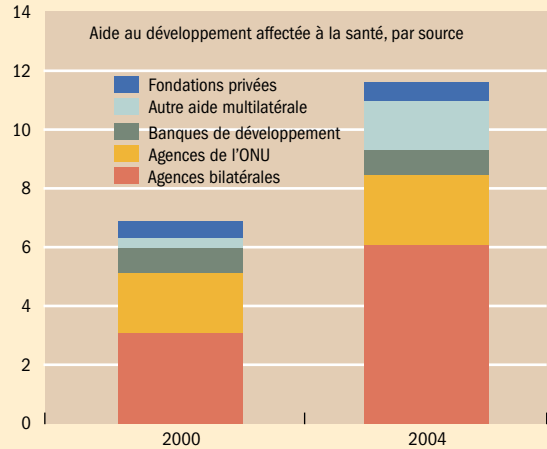
Comme on pouvait s'y attendre, la capacité des différents pays de mobiliser des recettes intérieures reflète la structure de leurs

Graphique 2

Nouvelles sources de financement pour la santé

De nouveaux intervenants jouent un rôle croissant dans le financement de la santé dans les pays en développement.

(milliards de dollars)



Source : Catherine Michaud (communication personnelle avec les auteurs), novembre 2006.

Note : La catégorie «autre aide multilatérale» comprend l'Union européenne, le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, et l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination.

dépenses. Ainsi, comme le montre le tableau 2, les ressources intérieures ne représentent que 18 % du PIB dans les pays à faible revenu. Cette proportion augmente avec le revenu des pays. Le même schéma s'applique aux recettes de la sécurité sociale : dans les pays à faible revenu, moins de 1 point de pourcentage des recettes proviennent des cotisations de sécurité sociale.

Dans nombre de pays pauvres, les dépenses et les recettes disponibles sont nettement inférieures à ce qui serait nécessaire pour atteindre les OMD ou l'objectif de 34 dollars de dépenses par habitant recommandé par la Commission Macroéconomie et Santé de l'OMS. Actuellement, quelque 50 pays à faible revenu sont en deçà de cet objectif. Même s'ils pouvaient accroître leurs ressources intérieures de 1 à 2 %, comme le suggère la commission, il leur faudrait encore une aide extérieure massive pour améliorer et développer leurs systèmes de santé. Cependant, il ne s'agit pas seulement, hélas, de trouver des ressources financières. Il faut aussi modifier la structure mondiale de l'aide; de leur côté, les pays doivent à la fois accroître leur capacité d'absorption de l'aide et rehausser l'efficacité de leurs dépenses, quel qu'en soit le financement. Autrement dit, à l'accroissement de l'aide doit répondre une amélioration de la qualité et de l'efficacité de cette aide.

Le casse-tête de l'aide mondiale

Les problèmes cités tiennent en partie à l'absence de gouvernance au niveau mondial et aux chevauchements. Ils sont dus aussi aux méthodes et aux instruments utilisés pour fournir l'aide. Enfin, les difficultés rencontrées dans les pays et la complexité inhérente du secteur de la santé rendent la situation encore plus inextricable.

Au niveau mondial, il n'y a aucun responsable unique. Plus de cent organisations distribuent de l'aide dans le secteur de la santé, mais aucune n'a été désignée comme chef de file. Qui plus est, les mandats et les rôles respectifs des organisations donatrices ne sont pas clairement définis. Il n'y a pas non plus de mécanisme en place pour veiller à ce que les pays respectent

leurs engagements en matière d'aide et pour aider les bailleurs de fonds et les pays à coordonner l'arrivée de l'aide publique et privée par des centaines de canaux différents. En outre, il est urgent d'améliorer la prévisibilité et la durée de l'aide, d'harmoniser les procédures des donateurs et d'aligner ces procédures sur les systèmes des différents pays.

Ces dix dernières années, les modalités de financement et de distribution de l'aide ont profondément changé. Il faut désormais compter avec des fondations privées et des fonds mondiaux, tels que la Fondation Bill et Melinda Gates, le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, et l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination, qui apportent des dons importants (ils fournissent actuellement environ 15 % de l'aide au développement en matière de santé). Une grande partie de cette aide est distribuée aux pays selon une procédure de demandes individuelles et non en fonction des besoins les plus pressants.

L'organisation de l'aide extérieure est aussi mise à mal par la pléthore d'instruments et de modalités. L'aide est souvent imprévisible, volatile et de courte durée, ce qui complique l'établissement de budgets et de programmes par les pays bénéficiaires. En particulier, les bailleurs de fonds n'ont guère aidé les pays à se fixer des priorités pour atteindre les OMD. Le volume d'aide nécessaire ne sera pas disponible à brève échéance et beaucoup de pays devront attendre plus de 20 ans peut-être avant de pouvoir remplacer par un financement intérieur les dépenses actuellement financées par l'aide. Les concours décaissés sont inférieurs aux engagements pris. En outre, ils sont souvent affectés à des maladies et des interventions spécifiques qui ne correspondent pas forcément aux besoins épidémiologiques nationaux. Il s'ensuit que les pays consacrent des ressources à des programmes qui ne cadrent pas avec leurs grandes priorités. Qui plus est, du fait qu'elle est souvent liée à des programmes spécifiques, l'aide encourage la multiplication des canaux de livraison et de financement, ce qui empêche toute approche globale des systèmes de santé et tout financement à long terme au niveau national. Lorsque l'essentiel de l'aide est destiné aux «chouchous» des donateurs, la réalisation des OMD au niveau mondial est compromise. Étant donné que la distribution de l'aide suit des procédures administratives et des cycles budgétaires différents, les coûts de transaction sont élevés à la fois pour les donateurs et pour les pays. Enfin, les instruments utilisés pour fournir l'aide ne tiennent pas compte

des chocs économiques et l'absence de cadre de référence pour mesurer les résultats signifie que ni les donateurs ni les pays n'ont à rendre des comptes.

De même, *au niveau national, l'absorption de l'aide est limitée* par les carences en matière de gouvernance, la mauvaise gestion du secteur public, la fragilité des institutions, la pénurie de cadres et de professionnels de la santé, la médiocrité des politiques et la difficulté de mobiliser des recettes intérieures. Dans ces conditions, il est difficile d'utiliser à bon escient l'aide étrangère et les ressources intérieures. Actuellement, la moitié environ de l'aide est extrabudgétaire et, pour une bonne part, n'entre pas dans la balance des paiements. En moyenne, les pays ne reçoivent que 20 % environ de l'APD sous forme d'un soutien au budget général qu'ils peuvent utiliser dans les secteurs qu'ils jugent prioritaires. De ce fait, les gouvernements diminuent les dépenses dans les domaines privilégiés par les bailleurs de fonds, ce qui réduit «l'effet d'entraînement» de l'aide étrangère visant ces secteurs. Comme pour l'aide des donateurs, il n'existe pratiquement aucune obligation de rendre des comptes : peu de pays ont mis en place des systèmes efficaces de suivi et d'évaluation.

Comme si ces problèmes ne suffisaient pas, *le secteur de la santé lui-même est par nature plus complexe que les autres secteurs*, pour les raisons suivantes :

- Pour la plus grande partie, le financement dont a besoin le secteur de la santé concerne les *dépenses ordinaires à long terme*. Cela est problématique, car, traditionnellement, l'aide est axée sur *l'investissement à court terme*. Les pays doivent trouver le moyen de se ménager une marge de manœuvre budgétaire suffisante pour les dépenses de santé, d'autant plus que le secteur de la santé est fondamental tant en raison de la part du budget public qu'il absorbe que de son rôle important d'employeur public.
- De nombreux facteurs non sanitaires ont une influence sur le secteur de la santé, ce qui nécessite des approches complexes portant sur plusieurs secteurs à la fois.
- Les comportements individuels influent de façon fondamentale sur les résultats en matière de santé mais ils sont très difficiles à influencer ou à modifier.
- La mesure des résultats sanitaires (autres que les naissances et les décès) et l'identification des liens de causalité sont par nature des entreprises complexes.
- Beaucoup plus d'une centaine d'organisations majeures opèrent dans le secteur de la santé, à l'échelle mondiale et au niveau national, c'est-à-dire bien plus que dans n'importe quel autre secteur.
- Le secteur privé joue un rôle important et souvent primordial à la fois dans le financement et la fourniture des services de soins de santé; or, il est souvent absent du débat sur l'élaboration des politiques.
- Le marché de l'assurance et, plus généralement, le secteur de la santé nécessitent des cadres réglementaires complexes.
- L'aspect «protection financière», élément coûteux du financement des dépenses de santé, est une caractéristique presque exclusive du secteur de la santé (et de quelques programmes types de protection sociale tels que les systèmes de retraite, d'assurance-chômage et d'aide sociale) et obligent les pouvoirs publics à opérer des choix difficiles, compte tenu de la rareté des ressources, entre différents objectifs sanitaires.

Que faire?

Si la structure mondiale de l'aide ne devient pas plus efficace et si les pays ne se dotent pas des moyens d'utiliser cette aide à bon

Tableau 2

Une base de revenu étroite

Les pays à faible revenu ont du mal à prélever des impôts qui pourraient servir à améliorer la santé publique.

(recettes moyennes de l'administration centrale, % du PIB, début des années 2000)

Régions	Recettes totales	Recettes fiscales	Cotisations sécurité sociale
Amériques	20,0	16,3	2,3
Afrique subsaharienne	19,7	15,9	0,3
Europe centrale, Pays baltes, Russie et ex-républiques soviétiques	26,7	23,4	8,1
Moyen-Orient et Afrique du Nord	26,2	17,1	0,8
Asie et Pacifique	16,6	13,2	0,5
Petites îles (population < 1 million)	32,0	24,5	2,8
Niveaux de revenu			
Pays à faible revenu	17,7	14,5	0,7
Pays à revenu intermédiaire (tr. inf.)	21,4	16,3	1,4
Pays à revenu intermédiaire (tr. sup.)	26,9	21,9	4,3
Pays à revenu élevé	31,9	26,5	7,2

Source : Gupta et al. (2004).

escent, l'investissement massif dans la santé auquel nous assistons aujourd'hui ne permettra pas d'améliorer la santé des pauvres comme tout le monde le souhaite. Face à cette absence de résultats, les bailleurs de fonds pourraient à l'avenir être moins disposés à intervenir dans ce domaine. Le Comité d'aide au développement de l'OCDE s'efforce d'améliorer l'efficacité de l'aide et nombre de bailleurs de fonds individuels essaient d'harmoniser leurs procédures entre eux et avec les organisations internationales, et d'aligner leurs processus administratifs sur ceux des pays bénéficiaires. Mais nous sommes encore loin du but.

Que doivent faire les bénéficiaires? Les pays en développement devraient ne plus se plier à la volonté des donateurs qui refusent d'aligner leurs contributions sur les priorités nationales. Mais de leur côté ils doivent s'efforcer davantage de mieux gérer le secteur public. Et il faudra pour cela qu'ils s'attachent à améliorer la gouvernance et la transparence. Ils doivent améliorer leurs systèmes financiers et d'attribution des marchés publics et mieux intégrer les différents secteurs dans leur cadre macroéconomique global. Sans une gestion efficace du secteur public reposant sur des politiques sectorielles, un processus de passation de marchés

et des systèmes de gestion financière solides, les donateurs ne seront pas en mesure de soutenir par le biais du budget général les programmes établis par les pays eux-mêmes. Surtout, les pays comme les bailleurs de fonds doivent être responsabilisés. Les pays doivent aussi se doter des moyens de percevoir des fonds par l'impôt et, plus généralement, accroître l'efficacité des dépenses publiques. Les pays en guerre ou en proie à des troubles civils connaissent des défis particuliers, tout comme les pays qui sortent d'un conflit. En matière de dépenses de santé, les pays doivent fonder leurs décisions sur des considérations de rentabilité ainsi que sur les principes de justice, d'efficacité et de viabilité, et non sur des slogans, des solutions mirobolantes ou la dernière formule à la mode comme les y incitent certaines organisations donatrices. Il leur faudra davantage d'assistance technique pour prendre de meilleures décisions en matière de soins de santé, et les gouvernements comme les donateurs doivent s'engager à long terme en faveur du changement. Il est essentiel que l'impulsion soit donnée au plus haut niveau de l'État.

Que doivent faire les bailleurs de fonds? Au-delà de la question du montant global de l'aide, il faut chercher à accroître l'efficacité de l'aide en la rendant plus prévisible et plus durable, et en panachant au mieux les instruments. Les gouvernements des pays donateurs devront persuader les contribuables qu'il est préférable d'accorder davantage d'aide sous forme de soutien au budget général et non, comme c'est la mode actuellement, pour des maladies et des interventions déterminées. Cela ne sera pas facile. De même, de meilleurs mécanismes doivent être mis en place pour amener les pays à respecter leurs engagements en matière d'aide. Il faudrait concevoir une toute nouvelle approche en ce qui concerne le niveau, la qualité et le déploiement de l'aide. Même si la voie à suivre pour y parvenir n'est pas encore très claire, il est essentiel que le Groupe des Huit, l'Union européenne, l'OCDE et les grandes organisations multilatérales assument plus résolument un rôle directeur.

«Il faut espérer que la période actuelle, propice à l'amélioration de la santé des pauvres dans le monde, ne se terminera pas avant que des résultats concrets aient été obtenus.»

Il sera indispensable de mieux diffuser les bonnes pratiques à l'échelle mondiale pour créer une nouvelle culture fondée sur les résultats. L'assistance technique devrait être ciblée de manière à aider les pays à améliorer la gestion de leurs dépenses publiques et à mettre en place des régimes de soins médicaux efficaces intégrés à leur cadre macroéconomique. Les donateurs doivent être responsabilisés par de nouveaux mécanismes permettant d'allouer une plus grande part de l'aide mondiale en fonction des besoins plutôt que de considérations de politique intérieure, que celles-ci aboutissent à privilégier certains pays

(les «chouchous») ou certains services. À l'échelle mondiale, il n'existe aucun projet pour venir en aide aux «orphelins de l'aide». Les bailleurs de fonds s'efforcent de remédier à beaucoup de ces déficiences, mais un grand nombre de questions fondamentales n'ont toujours pas été résolues.

Il faut espérer que la période actuelle, propice à l'amélioration de la santé des pauvres dans le monde, ne se terminera pas avant que des résultats concrets aient été obtenus. Les enjeux sont trop grands, tant pour des raisons humanitaires que pour la sécurité mondiale. Mais si la commu-

nauté internationale se révèle incapable de concilier intérêts nationaux et besoins publics mondiaux, et si les gouvernements et les bailleurs de fonds n'améliorent pas l'efficacité de l'aide et n'obtiennent pas des résultats concrets, le sort des pauvres du monde entier restera incertain. ■

George Schieber est conseiller en politique sanitaire, Lisa Fleisher est spécialiste de la santé publique et Pablo Gottret est économiste principal au sein du Réseau du développement humain de la Banque mondiale.

Bibliographie :

- Banque mondiale, 2006, Indicateurs 2006 du développement dans le monde (Washington).*
- *et Fonds monétaire international, 2006, Global Monitoring Report 2006: Strengthening Mutual Accountability—Aid, Trade, and Governance (Washington).*
- Gottret, Pablo, and George Schieber, 2006, Health Financing Revisited: A Practitioner's Guide (Washington: World Bank).*
- Gupta, Sanjeev, and others, 2004, "Foreign Aid and Revenue Response: Does the Composition of Foreign Aid Matter?" in Helping Countries Develop: The Role of Fiscal Policy, edited by S. Gupta and others (Washington: International Monetary Fund).*
- Millennium Project, 2005, Investing in Development: A Practical Plan to Achieve the Millennium Development Goals (United Kingdom: Earthscan).*
- Organisation mondiale de la santé, 2006, Rapport sur la santé dans le monde 2006 (Genève).*
- Organisation mondiale de la santé, Commission macroéconomie et santé, 2001, Macroéconomie et santé : investir dans la santé pour le développement économique.*
- Wagstaff, Adam, and others, 2006, "Millennium Development Goals for Health: What Will It Take to Accelerate Progress?" in Disease Control Priorities in Developing Countries, Second Edition, edited by Dean T. Jamison and others (Washington: World Bank and Oxford University Press).*