

Gérer la santé mondiale

Mieux coordonner l'action pour améliorer la santé mondiale et accroître le rendement des dépenses de santé

David E. Bloom

LES PROBLÈMES de santé ont toujours fait fi des frontières. Au 4^e siècle avant Jésus-Christ, la lèpre passa d'Asie en Europe dans le sillage de l'armée d'Alexandre le Grand. Dans la décennie 1340, la peste noire, partie d'Asie centrale, se répandit ensuite en Europe et au Moyen-Orient. Aux 17^e et 18^e siècles, les maladies apportées par les navigateurs européens décimèrent les populations indigènes des Amériques.

À l'époque moderne, les menaces sur la santé se sont de plus en plus internationalisées. On estime qu'en 1918-19, la grippe espagnole fit 50 à 100 millions de victimes — plus que la Première Guerre mondiale. Actuellement, l'intégration croissante des économies permet à des maladies comme le VIH/sida de franchir les frontières et de passer d'un continent à l'autre plus facilement. Certains pensent que, si la grippe aviaire prend une forme transmissible entre humains, elle proliférera avec des effets dévastateurs.

D'autres répercussions de la mondialisation sont de nature à aggraver la situation. Ainsi, le changement climatique — qui résulte largement de la croissance industrielle en Occident et dans les pays émergents — favorise désertification et sécheresse (facteurs de pénuries alimentaires et de malnutrition) et entraînera probablement des déplacements de populations (avec peut-être des conséquences majeures pour la santé). De plus, certaines mesures économiques nationales ou régionales, comme les subventions aux agriculteurs européens et américains, limitent la possibilité d'améliorer le sort des agriculteurs du tiers-monde, sans se soucier des maladies étroitement liées à la pauvreté et à l'inégalité.

Au fur et à mesure que le système de santé s'internationalise, de nouveaux acteurs le transforment. Le financement privé, auparavant négligeable, représente maintenant près du quart de l'aide au développement consacrée à la santé. La fondation de Bill et Melinda Gates domine ce secteur (voir tableau 1), ses

Des médicaments contre le sida dans une société pharmaceutique en Indonésie.



interventions s'élevant à près de 65 % de l'aide totale pour la santé — un montant égal à plus de la moitié des dépenses de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), dont presque tous les pays sont membres. Il convient peut-être de noter que Gates finance surtout le développement technologique (les nouveaux médicaments et vaccins, par exemple), qui aboutira finalement à de nouveaux modes de services directs.

Ces nouveaux acteurs ont augmenté très sensiblement les investissements pour la santé mondiale, mais il est risqué de dépendre d'eux. Les organisations philanthropiques privées ne rendent pas de comptes au public et leurs décisions ne sont pas nécessairement conformes aux besoins les plus urgents (ou à long terme) des pays bénéficiaires. En cas d'inefficacité de leurs programmes, de diminution de leurs ressources ou de désaffection, les pays tributaires de ces fonds risquent d'être privés de soutien.

Parallèlement au développement de la philanthropie privée, on a vu apparaître ou se renforcer une pléthore d'organismes de financement, de donateurs bilatéraux, d'organisations multilatérales et de groupes professionnels voués à remédier aux problèmes de la santé mondiale. Comme les donateurs privés, ces entités n'ont pas nécessairement de comptes à rendre; elles ne répondent souvent qu'indirectement aux besoins ressentis par les pays. En 2005, les donateurs bilatéraux ont versé plus de 8 milliards de dollars pour la santé publique, quelque 80 % de ce montant émanant de six pays — les États-Unis, le Japon, le Royaume-Uni, l'Allemagne, la France et le Canada (voir tableau 2). La plupart des pays industrialisés sont encore loin de l'objectif de l'ONU, qui est d'affecter 0,7 % du PIB à l'aide officielle au développement; la fraction destinée à la santé est très variable.

Le système actuel d'organisation de la santé permet-il de surveiller les nouveaux acteurs et de garantir un traitement équitable, effectif et efficace des vrais problèmes? La réponse semble négative. De nouvelles maladies arrivent au premier plan et de nombreux pays (dont certains relativement pauvres), arrivés au moins à mi-chemin de la transition épidémiologique des maladies infectieuses aux maladies chroniques, supportent un double fardeau : ils ont encore une morbidité et une mortalité élevées, dues aux affections traditionnelles liées à la pauvreté, mais sont aussi confrontés à l'obésité, au diabète, au cancer du poumon et aux maladies cardiaques. Peut-on modifier et renforcer l'organisation actuelle pour qu'elle soit mieux en

mesure de relever les défis d'aujourd'hui? Nous examinons les succès et les échecs du système de gouvernance de la santé mondiale avant de suggérer de nouvelles voies.

Les succès

Au cours des dernières décennies, le système de gouvernance de la santé mondiale a connu un certain nombre de succès. Nous qualifions ici de *gouvernance* la manière dont l'État, le secteur privé et la société civile prennent et appliquent des décisions pour promouvoir et protéger la santé. Le terme englobe le rôle des organisations publiques et privées, mais aussi les règles officielles et non officielles, ainsi que les traditions qui régissent les rapports de ces institutions entre elles et avec ceux dont elles cherchent à défendre la santé. La gouvernance consiste également à alimenter l'échange d'informations, tant sur les actions et les stratégies qui ont donné de bons résultats que sur celles qui ont échoué.

Si les succès les plus visibles concernent la lutte contre des maladies spécifiques, d'autres programmes sont aussi très importants.

Lutte contre des maladies spécifiques. Les campagnes mondiales d'immunisation ont permis d'éradiquer la variole, de limiter l'extension du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) et d'éliminer pratiquement la polio. Quelle a été la clé du succès? La campagne contre le SRAS le montre. Bien que l'affection ait d'abord pris le monde par surprise, l'action concertée menée après l'extension du virus au-delà de l'Asie de l'Est l'a rapidement neutralisée. L'OMS, clé de voûte du système de gouvernance, a travaillé en liaison étroite avec les responsables nationaux de la

Tableau 1

L'aide de philanthropes privés

Gates est largement en tête des fondations américaines qui accordent des dons internationaux dans le domaine de la santé.

(millions de dollars 2005)

Bill & Melinda Gates Foundation	895
Ford Foundation	24
Rockefeller Foundation	22
David and Lucile Packard Foundation	18
William and Flora Hewlett Foundation	13
John D. and Catherine T. MacArthur Foundation	10
Merck Company Foundation	10
Bristol-Myers Squibb Foundation, Inc.	10
ExxonMobil Foundation	9
Starr Foundation	8

Source : The Foundation Center.

Note : Les dons internationaux incluent les dons dans d'autres pays et les dons à des programmes internationaux basés aux États-Unis.

Tableau 2

L'aide des pays

Quelques pays représentent la majorité de l'aide publique à la santé, certains privilégiant la santé plus que d'autres.

	APD bilatérale ¹	APD/RNB	APD à la santé publique ^{1,2}	% APD à la santé publique ²
États-Unis	26.081	0,22	3.636	13,9
Japon	15.116	0,28	1.156	7,6
Royaume-Uni	7.187	0,47	729	10,1
Allemagne	9.122	0,36	593	6,5
France	10.012	0,47	394	3,9
Canada	1.915	0,34	380	19,8
Pays-Bas	3.872	0,82	318	8,2
Suède	1.947	0,94	266	13,7
Norvège	2.048	0,94	243	11,8
Belgique	1.379	0,53	142	10,3
Danemark	785	0,81	131	16,6
Espagne	968	0,27	127	13,1
Irlande	483	0,42	122	25,3
Suisse	1.477	0,44	84	5,7
Luxembourg	222	0,86	54	24,2
Grèce	207	0,17	33	15,8
Autriche	1.246	0,52	24	1,9
Nouvelle-Zélande	217	0,27	18	8,4
Australie	1.440	0,25	14	1,0
Portugal	251	0,21	13	5,1
Total	85.976	0,33	8.475	9,9

Source : <http://stats.oecd.org/wbos/default.aspx>.

Notes : APD = aide publique au développement. RNB = revenu national brut. L'Italie et la Finlande ne sont pas incluses parce que les données sur l'APD à la santé ne sont pas disponibles.

¹Millions de dollars 2005.

²Santé publique = santé politique en matière de population/santé et fertilité, et distribution d'eau et assainissement (www.oecd.org/dataoecd/44/45/35646083.pdf). Cette colonne inclut la lutte contre le VIH/sida (code 13040), mais pas l'atténuation sociale du VIH/sida (section 16064).

santé, ce qui a été déterminant. Face à une menace mondiale, les agences ont laissé de côté leurs divergences et coordonné leurs efforts en établissant rapidement des réseaux mondiaux épidémiologiques, cliniques et de laboratoires.

Lutte contre l'usage du tabac. L'OMS est à l'origine de la convention cadre sur la lutte anti-tabac, adoptée en 2003. Avec la participation de 300 organisations dans le monde, elle a suscité des actions pour réduire près de 5 millions de décès imputables chaque année au tabac et a travaillé avec les pouvoirs publics pour leur faire mieux connaître la recherche scientifique en ce domaine. Elle a aussi aidé le public à prendre davantage conscience des dangers du tabac et créé les conditions politiques pour que les pays s'opposent aux fabricants.

Suivi des maladies. Le réseau mondial d'alerte et d'action de l'OMS suit systématiquement le déclenchement d'épidémies dans le monde entier. Il enquête chaque année sur plus de 200 épidémies, dont 5 à 15 environ exigent «une réaction internationale importante».

Mise au point de vaccins et baisse des prix des médicaments. Les partenariats public-privé, comme l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination (GAVI), ont mobilisé des ressources et réuni sociétés pharmaceutiques, pouvoirs publics et donateurs pour organiser la création et la distribution de nouveaux vaccins prometteurs. Les médicaments antirétroviraux, lancés par des sociétés pharmaceutiques occidentales et diffusés partout (y compris largement en Inde), ont freiné la mortalité par le sida. La pression de la société civile et des campagnes d'information a fait diminuer les prix des médicaments qui traitent des maladies universelles telles que le VIH/sida.

Les échecs

Les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD), adoptés en 2000 par les Nations Unies, ont incontestablement permis d'accroître le financement de la santé. Bien que dénués de force juridique, ils ont concentré des ressources intellectuelles et financières sur la solution de plusieurs problèmes qui handicapent les pays pauvres. Des huit objectifs, trois visent spécifiquement la santé et d'autres la concernent indirectement en tant que moyen d'améliorer le niveau de vie.

Selon un récent rapport de la campagne mondiale sur les OMD relatifs à la santé, il est probable qu'aucun d'entre eux ne sera atteint à la date prévue (2015). Au rythme actuel, le 4^e OMD (diminution des deux tiers de la mortalité infantile) ne serait pas atteint avant 2045; le 5^e (diminution des trois quarts de la mortalité maternelle) ne serait pas réalisé et la mortalité maternelle s'aggraverait dans certaines régions; s'agissant du 6^e, on parviendra sans doute à endiguer le paludisme et la tuberculose en 2015, mais pas à faire reculer le VIH/sida — la croissance de l'infection restant plus rapide que celle du nombre de personnes traitées. Cependant, la campagne mondiale a abouti à ses conclusions pessimistes sur le VIH/sida avant que l'ONUSIDA et l'OMS aient publié en novembre leur rapport. Le point sur l'épidémie de sida 2007, selon lequel les nouvelles infections sont en baisse (mais restent élevées, 2,5 millions en 2007), dans une certaine mesure grâce à la prévention.

Avec le jeu complexe, et pas toujours coordonné, entre les divers donateurs et organes de gouvernance, de nombreux problèmes de santé demeurent négligés. De plus, en privilégiant le

traitement d'affections spécifiques, on risque de mal appréhender la situation d'ensemble : des données structurelles, comme la pauvreté et l'inégalité des sexes, sont aussi préjudiciables à la santé. Malheureusement, l'augmentation des ressources n'a pas permis une amélioration générale. Les programmes de recherche et de surveillance, ainsi que l'assistance technique et financière pour remédier au VIH/sida, malgré quelques succès dans certaines régions, n'ont pas abouti à une prévention suffisamment efficace ou à un traitement universel; il est estimé que cette maladie a tiré 2,1 millions de personnes en 2007.

Il existe trois types de faille dans le domaine de la santé :

1) Inégalités fondamentales. *Accès aux services de santé, à l'eau propre et à l'assainissement* : à peu près 1 milliard de personnes sont privées de services de santé et plusieurs milliards n'en disposent pas de façon adéquate. Celles qui peuvent y recourir sont parfois amenées à acheter des produits inutiles ou mêmes préjudiciables — voire des médicaments de contrefaçon. La plus grande partie de la population mondiale n'a pas accès à l'eau propre ni à l'assainissement, les maladies véhiculées par l'eau faisant chaque année des millions de victimes.

Fortes disparités entre les états de santé : les états de santé restent profondément différents entre pays développés et en développement, ainsi qu'au sein de ces derniers, notamment dans les grands pays très peuplés à revenu moyen, comme la Chine et l'Inde. Les agences responsables de la gouvernance de la santé mondiale n'ont pu rassembler et canaliser efficacement des ressources suffisantes pour combler ces écarts. Elles n'ont pas été non plus en mesure d'interrompre la fuite des cerveaux : les médecins, infirmiers et autres personnels médicaux qualifiés quittent les pays qui en ont le plus besoin à destination du monde développé, où ils peuvent être mieux rémunérés.

Alimentation inadéquate : l'alimentation, généralement abondante dans le monde développé, est encore souvent insuffisante — à la fois en contenu calorique et en nutriments spécifiques — dans beaucoup de pays pauvres.

2) Recueil et diffusion de l'information. *Surveillance des maladies* : on ne dispose pas encore de tous les moyens de déceler les menaces et d'y répondre, comme en témoigne le refus récent de l'Indonésie de partager avec l'OMS des échantillons viraux de la souche H5N1 de la grippe aviaire, afin de réserver aux Indonésiens un vaccin coûteux et probablement rare, conçu à partir de ces échantillons.

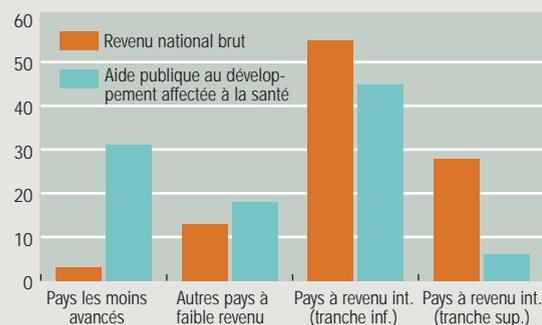
Diffusion d'informations sur la santé : certains pays, tels que le Costa Rica, Cuba, le Sri Lanka, et aussi l'État du Kerala en Inde, ont particulièrement bien utilisé des ressources limitées pour améliorer la santé. Alors que ces pionniers pourraient faire utilement part de leur expérience, les mécanismes internationaux de partage des connaissances restent embryonnaires.

3) Principaux problèmes de gouvernance. *Coordination des agences mondiales* : les gouvernements cherchant à résoudre les problèmes de santé dans leurs pays doivent s'adresser à une multiplicité déconcertante d'agences mondiales pour obtenir un soutien. Les ministères de la santé se plaignent souvent du temps passé à rédiger des propositions et des rapports pour des donateurs dont les intérêts, les activités et les procédures coïncident parfois, mais diffèrent souvent. Si des mécanismes de financement, comme le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (GFATM), tentent de rassembler

Cibler l'aide publique

Les pays les plus pauvres ont reçu plus de 30 % de l'aide bilatérale à la santé.

(tous les bénéficiaires de l'APD, part des groupes de revenus, %)



Sources : Banque mondiale, Indicateurs du développement dans le monde, 2007; OCDE.
Note : Les données portent sur 2005 et incluent les extrapolations de l'auteur lorsque les données ne sont disponibles que pour des années antérieures. L'APD à la santé n'inclut pas celle qui n'est pas affectée à un groupe de revenus spécifique.

des ressources et de simplifier les choses, le système de santé dans son ensemble (par opposition à l'action sur des maladies spécifiques) ne connaît pas d'initiative similaire.

Critères pour mesurer l'efficacité des agences mondiales de santé : l'OMS et d'autres organes des Nations Unies sont responsables devant les États membres, mais manquent souvent d'objectifs précis et réalistes en matière d'indicateurs de santé ou d'actions intermédiaires de promotion de la santé — au demeurant, une agence aux moyens financiers limités peut difficilement effectuer de telles évaluations globales. De même, les donateurs bilatéraux et les organes de la société civile qui œuvrent à améliorer la santé mondiale rendent rarement compte de leurs succès ou de leurs échecs.

Législation mondiale sur la propriété intellectuelle : les lois de protection des brevets varient, ce qui a entraîné des conflits entre pays développés et en développement, ainsi qu'entre la société civile et l'industrie pharmaceutique, par exemple à propos du prix des médicaments anti-rétroviraux. On n'a pas encore trouvé une solution équilibrée qui incite le secteur privé à investir dans la conception de médicaments, tout en accordant suffisamment d'attention aux besoins sanitaires immédiats des pays pauvres. En l'absence de coopération internationale, on a peu de chances de s'accorder sur l'adoption et l'exécution effective de lois et de règles allant en ce sens.

Choisir des objectifs...

Dans le passé, les gouvernements nationaux ont pris la tête des efforts visant à protéger la santé de la population en pratiquant très peu la coopération internationale. Cependant, la propagation des maladies au-delà des frontières étant devenue plus fréquente, leur contrôle s'affaiblit et les effets mondiaux de leurs actions individuelles s'intensifient. Puisque les menaces sur la santé sont de plus en plus susceptibles de toucher plusieurs pays et régions, l'action nationale, et même bilatérale, ne suffit plus. Dans beaucoup de cas, seule une mise en commun des ressources régionales ou mondiales peut garantir que l'on agisse effectivement sur la santé de la population, qui est, à bien des égards, un bien public mondial.

À ce stade, il convient de noter que l'un des inconvénients d'un bien public est l'éventualité que le marché ne puisse le fournir. Dans le domaine de la santé, cela signifie parfois que, si une entité produit une nouvelle technologie ou un fragment du savoir dont les avantages profitent aux autres, il est improbable qu'elle en produise autant que si elle pouvait en recevoir tout le bénéfice. Ainsi, les gouvernements occidentaux financent chichement la recherche sur des maladies comme le paludisme, qui font des ravages dans le monde en développement, mais pas chez eux (même si l'on ne connaît pas leur incidence à long terme sur la sécurité et la prospérité mondiales). On peut aussi mentionner la réticence initiale de la Chine à donner des informations sur le SRAS. Agir immédiatement aurait été bénéfique à la santé des autres pays, mais risquait de porter atteinte à la réputation de la Chine et à son économie; on ne l'a donc pas fait.

Quels sont les problèmes de gouvernance de la santé qui doivent le plus relever de la coopération internationale? D'abord, **il faut que tous les pays disposent des ressources nécessaires à la réalisation des OMD relatifs à la santé.** Si les donateurs bilatéraux sont au centre de l'action internationale pour garantir un financement suffisant de la prévention et du traitement des maladies dans les pays pauvres, ce mode de relation donne inévitablement lieu à des inégalités. C'est important, car négliger certains pays risque d'avoir des effets négatifs durables sur le monde entier. Une aide internationale pour stimuler l'amélioration de la santé dans les pays en développement se justifie aussi sur le plan moral. Dans un monde globalisé, personne ne peut prétendre ignorer les conditions de vie déplorables d'une grande partie de l'humanité.

Il est bien que les donateurs bilatéraux réussissent à cibler leur aide sur les pays les plus pauvres (voir graphique). Néanmoins, si beaucoup d'experts de la santé prévoient que l'aide va continuer à augmenter, une étude récente (Hecht and Shah, 2007) souligne que c'est loin d'être sûr. Non seulement l'augmentation récente pourrait prendre fin, mais ceux qui donnent pour la santé risquent de devenir réticents faute de résultats apparents.

Pour assurer un financement adéquat de la santé, il semble essentiel d'améliorer l'usage, actuellement inefficace, des ressources existantes. Dans beaucoup de pays, une gestion et une responsabilisation de base font largement défaut (sans parler de l'affectation des moyens aux interventions ayant le meilleur rapport coût/efficacité).

En outre, il est nécessaire de **suivre et d'évaluer les problèmes de santé dans les pays.** Cela comprend la surveillance des maladies, nouvelles et existantes, comme la promotion de la recherche sur les menaces générales.

Enfin, il faut **trouver les moyens d'assurer l'adhésion au grand nombre de règles et de normes qui se prêtent le mieux à une conception et une application mondiales.** Les normes internationales (sécurité alimentaire; produits pharmaceutiques, médicaux et autres; sécurité de l'air et de l'eau; pratiques relatives au travail, sous réserve de la sensibilité à la situation économique locale) peuvent contribuer à la prévention des crises de santé publique, notamment à caractère international. Les règles applicables aux domaines non directement liés à la santé — comme le plafonnement des émissions de carbone pour ralentir le réchauffement mondial — peuvent aussi être cruciales.

...et trouver les moyens de les réaliser

Que peut-on faire pour répondre à ces impératifs? Il y a de multiples moyens de renforcer la gouvernance de la santé mondiale et en voici quelques-uns.

Définir clairement les rôles. L'OMS jouit d'une grande légitimité, parce qu'elle est responsable à l'égard d'États membres généralement démocratiques. Elle est donc bien placée pour diriger la gouvernance de la santé mondiale, même si beaucoup pensent qu'elle doit améliorer ses performances. La communauté internationale devrait se concerter pour répondre aux questions suivantes : la mission de l'OMS doit-elle être élargie et comment? Faut-il renforcer son pouvoir de fixer des règles internationales pour la santé? Son financement doit-il augmenter? Il conviendrait peut-être que l'Assemblée mondiale de la santé (organe de décision de l'OMS) envisage de nouveaux mécanismes permettant la participation d'autres acteurs. Il faudrait aussi réformer la gouvernance et les structures régionales de l'OMS pour lui donner les moyens d'action nécessaires.

Mieux partager les expériences. Sachant que les pays perpétuent d'anciennes politiques de santé et en adoptent de nouvelles, il est essentiel de diffuser systématiquement l'information sur les avantages, les inconvénients, les succès et les échecs des différentes démarches.

Renforcer la coordination. Des donateurs très divers travaillent dans des domaines étroits concernant des maladies spécifiques, mais ils n'ont pas nécessairement la même éthique et encore moins les mêmes méthodes. En concevant des indicateurs mondiaux qui montreraient les résultats de leurs programmes sur la santé et les rendraient responsables de la réalisation, on pourrait concentrer les ressources sur les interventions les plus efficaces. Le Partenariat international pour la santé, lancé en 2007, est également utile; il « vise à mieux coordonner l'appui aux plans nationaux de santé et rassemble les organisations internationales de la santé, les principaux pays donateurs et les pays en développement ». La coopération doit s'organiser en liaison avec le « Health 8 » (OMS, Banque mondiale, UNICEF, FNUAP, ONUSIDA, GAVI, GFATM et fondation Gates).

Corriger les inégalités en matière de santé. Les donateurs et les gouvernements des pays bénéficiaires doivent davantage se concerter pour définir et réaliser les programmes de santé des pays en développement. L'aide internationale vise surtout des maladies spécifiques, alors qu'il faut aussi s'attaquer aux causes profondes des problèmes de santé. La faiblesse des systèmes de santé est un facteur important des lacunes persistantes des pays pauvres en ce domaine. Il faut aussi s'intéresser davantage aux problèmes structurels plus larges qui influent sur la santé : la pauvreté, les droits de l'homme, les inégalités entre sexes et l'incapacité des pauvres à obtenir des soins de qualité. À l'évidence, les facteurs plus directs de la santé, comme l'eau et l'hygiène, la pollution, la sécurité sur le lieu de travail et la route, et la violence, sont aussi très importants.

Alignement sur d'autres domaines. Il doit y avoir un soutien réciproque entre la gouvernance de la santé mondiale et d'autres dispositifs internationaux, notamment ceux qui concernent le travail, les échanges et l'environnement. Pour tester ces derniers, on doit se demander s'ils facilitent manifestement l'accès des pauvres aux soins de santé.

Impliquer d'autres acteurs. Le secteur privé et la société civile peuvent contribuer à coordonner les actions locales et internationales. Des initiatives comme la GAVI, la Global Business Coalition sur le VIH/sida et celle du Forum économique mondial ont commencé à rallier les milieux d'affaires à la cause de la santé mondiale. Des entités privées à but non lucratif, telles qu'Auro-lab en Inde, mettent les technologies médicales à la portée des défavorisés. Néanmoins, le potentiel de collaboration intersectorielle est loin d'être exploité. L'OMS et d'autres organisations internationales pourraient suivre, évaluer et classer les sociétés selon leur degré de responsabilité vis-à-vis de la santé, comme cela se fait pour l'environnement.

Évaluer la gouvernance dans les pays. Une meilleure gouvernance nationale (par exemple, réduction de la corruption, accroissement de la compétence des responsables, adoption et/ou renforcement des pratiques démocratiques, participation aux décisions des secteurs les plus pauvres et les moins influents de la société) permettrait de dégager des ressources budgétaires pour la santé. Malgré leur importance, ces réformes laisseront subsister une insuffisance de moyens. Une stratégie plus ciblée s'imposera souvent, avec un réexamen détaillé des dépenses publiques visant explicitement un redéploiement en faveur de la santé.

* * * * *

La gouvernance ne se limite pas aux institutions évoquées ici, aux rapports entre elles et aux règles et normes qu'elles suivent. On doit aussi réfléchir à la nécessité pour la société civile d'engager un débat sur les objectifs d'une bonne gouvernance et sur ce que les citoyens d'un monde de plus en plus globalisé se doivent et peuvent attendre les uns des autres. Sous cet angle, le partage de l'information va au-delà de l'échange de renseignements techniques pour s'étendre aux valeurs, aux attentes et à la responsabilité.

Aucune des réformes présentées ci-dessus ne sera possible sans l'adhésion des pays riches et pauvres. Il faut remédier à la mauvaise situation sanitaire des seconds, même si cela n'a pas une incidence plus large sur les économies, la stabilité sociale et la sécurité internationale. Cependant, dans un monde globalisé, les conséquences éventuelles pour les sociétés, riches et pauvres, font d'un solide système de gouvernance de la santé mondiale un impératif. ■

David E. Bloom est titulaire de la chaire Clarence James Gamble d'économie et de démographie à l'école de santé publique de l'université Harvard.

Bibliographie :

Hecht, Robert, and Raj Shah, 2007, "Recent trends and Innovations in Development Assistance for Health", in *Disease Control Priorities in Developing Countries*, 2nd ed., ed. by Dean T. Jamison and others (Washington: World Bank and Oxford University Press).

Norvège, Office of the Prime Minister, 2007, *Report of the Global Campaign for the Health Millennium Development Goals*; disponible sur le site <http://www.regjeringen.no/en/dep/smk/Selected-topics/The-Millennium-Development-Goals/Global-Campaign-to-Reduce-Maternal-and-C/The-Global-Campaign-for-the-Health-Mille.html?id=481776>.

Pour trouver des références aux autres études citées et une courte bibliographie, on se reportera à la version de cet article qui est disponible à www.imf.org/fandd.