

Ce document est le quatrième rapport du Forum Mondial pour la Recherche en Santé depuis sa création, en 1998. Il porte sur les progrès visant à combler l'écart 10/90 dans le domaine de la recherche en santé. Bien que le titre fasse encore référence à l'écart 10/90, de nombreux progrès ont été faits ces dernières années dans la compréhension de ce déséquilibre. En outre, de nombreuses mesures ont été prises qui devraient amener des améliorations substantielles dans les années à venir, si tous les partenaires poursuivent leurs efforts avec la même détermination.

Un premier résultat positif, c'est que le concept d'écart 10/90, inconnu dans les années 1990, est désormais largement reconnu. Cette reconnaissance représentait une condition préalable à la résolution du problème. Au cours de cette dernière décennie, des progrès importants ont également été faits en ce qui concerne la mesure et la compréhension des deux composantes de l'écart : le fardeau de la maladie et le flux des ressources dans la recherche en santé. Partant d'une situation, en 1990, où l'information sur ces deux composantes était pratiquement inexistante, on dispose aujourd'hui d'un volume important d'informations, ce qui a profondément changé la manière d'aborder la recherche en santé.

Un autre préalable pour trouver une solution à l'écart 10/90 consistait à développer une méthodologie efficace et un processus scientifique pour l'identification des priorités de recherche qui permettraient de faire les contributions les plus importantes à l'amélioration de la santé, tant au niveau national que mondial. La multiplicité des acteurs et des facteurs qui entrent dans cette équation rend cette tâche difficile. Des progrès majeurs ont été faits à ce sujet dans les années 1990 grâce au concept de la Recherche Nationale Essentielle en Santé, proposé en

1991 par le Groupe de Travail sur la Recherche en Santé pour le Développement, ainsi qu'à l'Approche Matricielle Combinée, proposée par le Forum Mondial pour la Recherche en Santé en 1999. Ces outils sont complémentaires et constituent une base solide pour la définition des priorités de la recherche en santé des pays et des institutions internationales.

Enfin, les années 1990 ont vu la création d'un grand nombre d'initiatives et de réseaux aux niveaux mondial, régional et national pour répondre au besoin de corriger l'écart 10/90. Ces réseaux réunissent des acteurs-clés des secteurs public et privé, aux niveaux mondial et national, dans le but de trouver des solutions aux problèmes qu'aucun de ces acteurs ne pourrait résoudre seul.

D'immenses obstacles subsistent néanmoins pour les années à venir si nous voulons atteindre les Objectifs de Développement du Millénaire d'ici 2015 et une action décisive de tous les gouvernements sera nécessaire, particulièrement dans les domaines suivants:

Premièrement, tous les gouvernements devraient mesurer leurs investissements dans la recherche en santé pour les faire coïncider, autant que possible, avec le fardeau de la maladie dans leur pays, en utilisant une méthodologie systématique pour la définition des priorités de recherche. En plus de leur propre fardeau de maladie, les pays à haut revenu devraient également prendre en compte le fardeau de la maladie au niveau mondial et allouer des ressources appropriées pour la recherche contre les maladies les plus lourdes et les facteurs de risque les plus graves pour la santé dans le monde.

Une attention particulière devrait être apportée à la recherche extérieure au domaine bio-médical qui a été très insuffisamment financée si l'on tient compte de son impact potentiel sur la santé des personnes. Je veux

parler de recherche en science du comportement, de la gestion et en sciences sociales en général (y compris le fonctionnement des systèmes et des services de santé), ainsi que de la recherche dans des secteurs extérieurs à la santé (comme l'éducation, l'environnement, la sécurité) qui ont un impact profond sur la santé des gens, de même que de la recherche en politiques macroéconomiques en rapport avec la santé.

Deuxièmement, il convient de s'assurer, dans tous les pays, que la recherche se penche sur tous les obstacles qui expliquent pourquoi le fardeau de la maladie est – et demeure – si lourd pour une partie importante de l'humanité. L'expérience a montré que nombre de découvertes et de résultats de recherche demeurent en amont dans le processus de recherche et ne sont pas transformés en produits de santé pour les individus ou, s'ils le sont, qu'avec des retards de plusieurs années, voire des décennies.

Troisièmement, il faut renforcer la capacité de recherche dans les pays à faible revenu. Malgré trois décennies d'efforts pour développer ces capacités, au cours desquelles des milliers de scientifiques venant de pays en développement ont été formés, les résultats ont été fort décevants dans de nombreux pays. Un grand nombre de scientifiques qualifiés ne travaillent pas dans leur pays d'origine et de nombreux pays n'ont pas les moyens de rassembler les ressources humaines et financières nécessaires pour faire face aux problèmes majeurs de santé qui affectent leur population. Les nombreuses expériences qui ont été conduites ces dernières années indiquent qu'il est indispensable et urgent de joindre nos efforts pour renforcer les capacités de recherche dans les pays en développement.

Quatrièmement, suite aux progrès remarquables qui ont été accomplis dans le domaine de la collaboration internationale pour résoudre des problèmes de santé majeurs à

l'échelon mondial par la création d'environ 70 partenariats entre secteurs public et privé de 1995 à 2003, nous devons maintenant nous assurer de leur viabilité, de la distribution efficace de leurs produits de santé et de leurs synergies positives avec les systèmes nationaux de santé et de recherche en santé.

Enfin, une condition globalement indispensable pour le succès de notre entreprise est l'intégration systématique des considérations de genre dans toutes les actions susmentionnées et dans tous les aspects du travail mené en vue de la correction de l'écart 10/90. Les actions entreprises dans les années 1990 dans ce domaine doivent être accélérées dans les années à venir.

Sans un changement radical dans la recherche en santé et une réorientation de la recherche vers les priorités essentielles de la santé dans le monde, nous ne gagnerons pas la guerre contre la pauvreté, nous n'atteindrons pas les Objectifs de Développement du Millénaire d'ici 2015 et nous ne réussirons pas dans notre combat contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme. La responsabilité de ce changement incombe principalement au secteur public, qui doit créer les conditions qui permettront au secteur privé de rejoindre ces efforts.

L'ambition du Forum Mondial pour la Recherche en Santé est de continuer à être un des partenaires-clés qui facilitera ce changement.

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'R. Feachem', with a long horizontal stroke extending to the right.

Richard G.A. Feachem
Président, Conseil de Fondation
Forum Mondial pour la Recherche en Santé

Chapitre 1

Message aux ministres des Finances: la santé et la recherche en santé sont peut-être les meilleurs investissements économiques possibles

Une santé précaire a un impact déterminant sur la situation économique et le bien-être *d'un individu dans n'importe quelle société*. Cela est particulièrement vrai dans les pays à faible revenu (où les filets de sécurité sociale sont peu fiables ou inexistants) et pour les personnes vraiment démunies, à cause du cercle vicieux de la pauvreté et de la mauvaise santé.

Inversement, l'amélioration de la santé améliorera le niveau de revenu de la personne (moins de frais pour les soins, augmentation à long terme du revenu grâce à de meilleures possibilités d'emploi et augmentation générale du revenu générée par la prolongation de l'espérance de vie). Tout cela permet à la personne d'acquérir une meilleure éducation et d'améliorer la productivité de la famille, favorisant ainsi considérablement le bien-être psychologique aussi bien de l'individu que de sa famille. Les bénéfices d'une bonne santé sont encore plus importants pour la personne qui est démunie de tout, puisqu'ils contribueront à transformer le cercle vicieux de la pauvreté en un cercle vertueux grâce à une meilleure alimentation, un risque moins important de chômage ou de sous-emploi, l'amélioration du logement, une meilleure utilisation des possibilités de formation, une productivité plus élevée et, de manière générale, un meilleur contrôle de sa situation individuelle et de celle de sa famille.

Pour l'économie en général, la précarité de la santé entraîne des pertes irrécupérables au niveau de la production; une main-d'œuvre moins bien formée – les personnes malades ne pouvant pas bénéficier des possibilités d'éducation et de formation qui leurs sont offertes; des budgets plus importants pour la santé; une baisse générale de la productivité;

une économie moins concurrentielle; un moins bon rendement des entreprises; des changements plus fréquents dans la main-d'œuvre et des effets négatifs sur le budget national. A long terme, la précarité de la santé va menacer la survie des entreprises les moins concurrentielles ainsi que les espoirs du pays d'attirer des investissements étrangers. Les possibilités d'emploi dans l'économie seront réduites, avec pour conséquence une augmentation du nombre de chômeurs.

Inversement, l'amélioration de la santé générera des avantages substantiels pour l'économie tout entière. Cela permettra une augmentation de la production, une main-d'œuvre mieux formée et plus productive, une économie plus concurrentielle, des entreprises dont les finances seront plus solides, moins de chômage et un taux moins élevé de transmission des maladies.

Bien que le processus général soit complexe et difficilement quantifiable, les estimations les plus prudentes permettent de conclure que les investissements consentis dans le domaine de la santé ont souvent les taux de rendement les plus élevés en comparaison avec d'autres investissements publics, à l'exemple des investissements pour la lutte contre la variole, la poliomyélite, l'onchocercose et le paludisme. Dans ces secteurs, le taux de rendement peut atteindre plus de US\$ 10 pour chaque dollar investi. Il s'agit là d'un taux qui dépasse largement le rendement le plus élevé auquel on peut s'attendre dans d'autres secteurs de l'économie, où la norme de rendement tourne plutôt autour de US\$ 1,2-US\$ 1,5 pour chaque dollar investi (sans parler des déficits importants enregistrés dans certaines branches à la suite d'investissements très importants, par exemple dans l'industrie lourde, le tourisme ou encore les transports).

Pour les gouvernements, il y a donc une forte incitation, aussi bien politique qu'économique, à investir davantage dans la santé et la recherche en santé, comme le

recommande la Commission Macroéconomie et Santé dans son rapport de décembre 2001. Cette Commission, *reconnaissant le rendement élevé des investissements dans le secteur de la santé (aussi bien pour les individus que pour les pays concernés) d'au moins US\$ 3 pour chaque dollar investi*, recommandait une augmentation de 80% du budget dévolu à la santé des pays à faible revenu entre 2001 et 2015 et une multiplication par sept de l'aide extérieure à ces pays dans le domaine de la santé pendant la même période.

Etant donné la contribution majeure que la santé peut apporter au développement de l'économie nationale, comment se fait-il que les gouvernements n'investissent pas une proportion plus élevée des deniers publics dans ce secteur? En voici les raisons principales:

- une réticence traditionnelle à appliquer les principes du taux de rendement pour les investissements consentis dans le domaine de la santé, ce qui explique que ce secteur n'a jamais eu l'occasion de *démontrer* sa contribution considérable à la croissance économique et au développement;
- la complexité des calculs (du fait des nombreuses variables présentes);
- le fait que les gouvernements aussi bien que les individus ont jusqu'à récemment considéré la santé comme une conséquence du processus de développement plutôt que l'un de ses principaux moteurs;
- le fait également que la santé, comme investissement, n'est 'payante' que si un certain nombre de conditions clés sont remplies au niveau de la gestion, du rendement, de l'efficacité et de l'équité.

Le concept du développement a considérablement évolué au cours des dernières décennies. Si l'accent portait sur le capital physique dans les années 1960 et 1970, il a passé graduellement au capital humain en 1980 et 1990 pour aboutir aux Objectifs de Développement pour le Millénaire (ODM) adoptés par les Nations Unies en septembre 2000, qui sont entièrement orientés vers la pauvreté, la santé, l'éducation,

l'environnement et les partenariats pour le développement. Au cours des premières années de ce millénaire, une distinction a fini par être faite entre les moyens (la croissance économique) et les finalités (le développement humain et la sécurité de la personne).

Ce changement de vision, surtout depuis 1990, est tellement important qu'on peut le considérer comme une véritable révolution du concept de développement, avec aujourd'hui la santé, l'éducation et l'environnement au cœur de tous les efforts de développement. Il en résulte qu'un grand nombre de ce qu'on appelle les «initiatives verticales» (telle la *Global Polio Eradication Initiative*, Initiative pour l'éradication mondiale de la poliomyélite, le *Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria*, Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme, l'initiative «3 millions d'ici 2005» de l'OMS, *Roll Back Malaria*, le partenariat mondial destiné à faire reculer le paludisme, et la *Global Alliance for Vaccines and Immunization*, l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination) et les «initiatives horizontales» (tel le renouveau du mouvement de soins de santé primaires, les Documents de Stratégie pour la Réduction de la Pauvreté, les actions de suivi du Rapport de la Commission Macroéconomie et Santé ainsi que le mouvement des droits de la personne) ont été lancées ou accélérées dans les années 1990. Bien que la multiplicité des initiatives puisse parfois porter à confusion, *ces développements sont extrêmement positifs et illustrent bien le passage du capital physique au capital humain dans la poursuite des ODM.*

Cependant, cette révolution du concept de développement restera une simple «révolution de papier» et les ODM ne seront pas atteints d'ici 2015 si les conditions suivantes ne sont pas remplies :

- coordination minutieuse des initiatives verticales et horizontales susmentionnées au niveau des pays de manière à éviter le risque de doublons, d'optimiser leurs résultats et de maximiser leurs synergies;
- au niveau des pays, réallocation des

ressources dans le cadre des budgets nationaux et de l'aide internationale au développement en faveur de la santé (comme recommandé par la Commission Macroéconomie et Santé), l'éducation et l'environnement, proportionnellement aux contributions-clés de ces secteurs au développement;

- étant donné que nos connaissances actuelles, tant au niveau mondial que national, sont insuffisantes pour atteindre les ODM – ou les atteindre de manière efficace d'ici à 2015 – il est crucial que les gouvernements augmentent les budgets de la recherche en santé à un minimum de 2% des dépenses nationales pour la santé (comme recommandé par la Commission sur la Recherche en Santé pour le Développement de 1990).

Chapitre 2

Aperçu du Global Forum for Health Research

Un des rôles essentiels de la recherche en santé est de veiller à ce que les mesures proposées pour rompre le cercle vicieux de la maladie et de la pauvreté soient autant que possible fondées sur une analyse scientifique afin que les ressources à disposition pour les financer soient utilisées de la manière la plus rentable et efficace possible.

En dépit de cette fonction capitale, la recherche en santé a souffert d'un manque chronique de ressources et d'une allocation de fonds qui ne reflète pas le fardeau respectif des maladies. Au cours de la dernière décennie, et à la suite du travail de pionnier de la Commission sur la Recherche en Santé pour le Développement en 1990, ce déséquilibre au niveau du financement de la recherche a été stigmatisé par la formule «écart 10/90» ou «déséquilibre 10/90» – qui attire l'attention sur le fait que sur les US\$ 73 milliards investis chaque année dans la recherche mondiale en santé par les secteurs public et privé, moins de 10% sont alloués à la recherche des problèmes de santé qui représentent le 90% du fardeau

des maladies à l'échelon mondial (mesuré en DALYs).

Le but essentiel du Forum Mondial est de contribuer à corriger cet écart 10/90 en faisant porter les efforts de la recherche sur les maladies et les facteurs de risque qui constituent le fardeau le plus important pour la santé dans le monde, et qui bénéficient de relativement peu de fonds pour la recherche.

Les efforts pour corriger l'écart 10/90 nécessitent l'engagement de milliers de gens et d'institutions tant au Nord qu'au Sud. Ils comprennent les responsables au sein des gouvernements, les institutions et universités qui se consacrent à la recherche, les agences multilatérales et bilatérales de développement, les fondations privées, les sociétés du secteur privé, les ONG et les médias. Tous ont un impact sur l'écart 10/90 et sont considérés comme des partenaires du Forum Mondial. La plupart de ces groupes sont représentés au sein du Conseil de fondation. Aucune démarche n'est faite en vue d'instituer une «affiliation» formelle comme «membre» du Forum Mondial en tant que tel, non seulement à cause des difficultés pratiques que cela entraînerait, mais aussi parce qu'un certain nombre de ces institutions ne deviendraient pas membres (pour différentes raisons), tout en continuant à avoir un large impact sur l'écart 10/90. Le but consiste plutôt à créer un mouvement en faveur de la correction de l'écart 10/90 dans le cadre duquel les partenaires, soucieux des graves conséquences de cette mauvaise allocation des ressources, contribuent de diverses manières à l'objectif global.

L'une des stratégies du Forum Mondial pour corriger l'écart 10/90 consiste à organiser une réunion annuelle du Forum. Les résultats de ces réunions annuelles au cours des sept dernières années sont principalement les suivants:

- examen systématique des progrès en vue de corriger l'écart 10/90;
- échange régulier de points de vue sur le travail entrepris pour établir une méthodologie pour la priorisation de la

recherche dans le domaine de la santé;

- rapport annuel sur le travail des principaux réseaux s'efforçant de corriger l'écart 10/90;
- discussions régulières sur la relation entre d'une part la pauvreté, les questions de genre et les capacités de recherche, et d'autre part l'écart 10/90 dans la recherche en santé;
- présentations annuelles de nouvelles perspectives sur l'écart 10/90 dans la recherche en santé;
- définition des actions prioritaires nécessaires pour continuer à corriger l'écart 10/90;
- lien entre les conférences périodiques plus importantes comme la Conférence de Bangkok sur la Recherche en Santé (2000) et le prochain Sommet de Mexico (2004).

Une seconde stratégie consiste à développer une méthodologie pour la priorisation de la recherche en santé. Les résultats à ce jour comprennent le développement d'une telle méthodologie, appelée l'Approche Matricielle Combinée (AMC) et son application à un certain nombre de maladies et de facteurs de risques tant au niveau national qu'international. Le chapitre 4 présente le développement et l'application de l'AMC, alors que le chapitre 5 traite de la mesure du flux des ressources et de l'écart 10/90.

Une troisième stratégie du Forum Mondial consiste à promouvoir la communication et l'information concernant la correction de l'écart 10/90 dans la recherche en santé par des publications, un site Internet, des contacts avec les médias et la participation à des conférences internationales de haut niveau.

Une quatrième stratégie consiste à mesurer les résultats sur la base des indicateurs de progrès et des évaluations périodiques externes. L'évaluation externe la plus récente du Forum Mondial date de 2001. La suivante est prévue pour 2006.

Le Secrétariat du Forum Mondial est financé par des contributions de la Banque mondiale, de la Fondation Rockefeller, de l'OMS (en

nature) et des gouvernements du Canada, du Danemark, de Norvège, des Pays-Bas, de Suède et de Suisse. En outre, des réseaux individuels, soutenus par le Forum Mondial, reçoivent des fonds de divers donateurs, y compris de la Fondation Bill et Melinda Gates, de l'Institut de Médecine de l'Académie américaine des Sciences (IOM) et du Département britannique pour le Développement international (DFID).

La correction de l'écart 10/90 est possible, mais le succès de l'opération dépendra des efforts individuels et concertés de milliers d'institutions. Ce succès contribuera dans une très large mesure à la croissance, au développement, à la lutte contre la pauvreté et à la sécurité dans le monde. Le Forum Mondial œuvre comme catalyseur visant à encourager ces efforts et à surveiller régulièrement les résultats obtenus.

Chapitre 3

Corriger l'écart 10/90: de la Commission 1990 au Sommet de Mexico 2004

Depuis 1990, un certain nombre de rapports et de conférences internationales ont mis l'accent sur l'écart 10/90 et ont fait des recommandations essentielles sur les priorités dans la recherche en santé:

- en 1990, la Commission sur la Recherche en Santé pour le Développement a été la première à identifier l'écart 10/90 et a fait des recommandations d'une portée considérable pour le corriger;
- en 1996, le Comité ad hoc sur la Recherche en Santé a fait 17 recommandations sur les maladies infectieuses, les microbes émergents et ré-émergents, les maladies non transmissibles, les politiques et les stratégies en matière de santé et les arrangements institutionnels;
- en 2000, la première Conférence Internationale sur la Recherche en Santé pour le Développement a adopté le Plan d'Action de Bangkok avec d'importantes recommandations pour la correction de

l'écart 10/90 aux niveaux international, régional et national.

Il existe un consensus remarquable entre la Commission 1990, le Comité ad hoc de 1996 et le Plan d'Action de Bangkok de 2000 en ce qui concerne les actions requises pour corriger l'écart 10/90. Les trois rapports ont traité des cinq recommandations principales suivantes (qui ont été suivies d'un certain nombre de développements essentiels dans les années 1990 et le début des années 2000):

Le besoin de corriger l'écart 10/90 et de fixer des priorités

Alors qu'il était parfaitement inconnu en 1990, l'écart 10/90 est aujourd'hui largement reconnu. Des progrès importants ont été faits dans le domaine des méthodes de priorisation, y compris l'approche de la Recherche Nationale Essentielle en Santé (avec le soutien du Council on Health Research for Development, COHRED) et l'Approche Matricielle Combinée, développée par le Forum Mondial pour la Recherche en Santé.

Les défis pour les années à venir sont les suivants:

- L'objectif devrait être de passer d'un écart 10/90 aujourd'hui à une situation nettement meilleure dans les dix ans à venir.
- Les méthodes de priorisation sont encore limitées à un petit nombre de pays et d'institutions et un effort substantiel est nécessaire pour s'assurer que tous les pays et institutions allouent leurs ressources en fonction du fardeau des maladies, des principaux risques affectant la santé et de la justice sociale.
- Peu de méthodes de priorisation pour la santé et la recherche en santé prennent systématiquement en compte les acteurs et facteurs-clés au-delà du domaine bio-médical (par exemple, les dimensions individuelles, comportementales et communautaires; les secteurs autres que la santé qui ont un effet déterminant sur l'état de santé d'une population; et les politiques macro-économiques). A l'avenir, ces aspects doivent être systématiquement inclus dans

les méthodes de priorisation de manière à garantir l'utilisation la plus efficace possible des ressources limitées dont nous disposons pour la recherche en santé.

- Un effort majeur devra être accompli pour harmoniser plus systématiquement les calendriers nationaux et internationaux de la recherche en santé.

Le besoin de développer la capacité des systèmes de recherche en santé dans les pays en développement

Un certain nombre de pays ont réussi à développer une capacité de recherche importante et sont devenus des partenaires actifs dans la recherche internationale en santé. Il n'empêche qu'un examen systématique des résultats atteints au cours de ces dix dernières années et la création d'une «unité de facilitation» (telle que proposée par la Commission de 1990) pour développer la capacité de recherche en santé dans les pays les moins développés devrait faire partie du calendrier des priorités pour les années à venir. Enfin, il est nécessaire de procéder à une comparaison systématique des capacités de recherche et des problèmes de santé prioritaires au niveau des pays, pour assurer la meilleure harmonisation entre les deux.

Le besoin de créer des réseaux internationaux de recherche et des partenariats publics et privés

Des progrès remarquables ont été accomplis au cours des dernières années au niveau de la collaboration internationale afin de trouver une solution aux problèmes de santé les plus importants dans le monde. De 1995 à 2003, plus de 70 partenariats publics-privés et réseaux ont été créés (contre environ une douzaine dans les années 1980) principalement dans les domaines suivants: HIV/SIDA, tuberculose, paludisme, leishmaniose, schistosomiase, maladies pneumocoques, infections sexuellement transmissibles, dengue, méningite, trypanosomiase humaine (maladie du sommeil), nutrition, accidents de la route, politiques et systèmes de santé, maladies cardiovasculaires, cancer et santé mentale.

Le défi, à l'avenir, consistera à garantir leur viabilité, la distribution efficace des produits de leur recherche et la solidité de la coordination avec les systèmes de santé nationaux. Il sera également nécessaire de renforcer systématiquement les liens entre les réseaux horizontaux et verticaux.

Le besoin d'augmenter le financement – par les pays industrialisés – de la recherche en santé
Les trois rapports ont recommandé que les pays en développement augmentent substantiellement leurs budgets de recherche en santé afin d'arriver à atteindre l'objectif de 2% des dépenses nationales pour la santé. Ils ont également recommandé que les agences internationales de développement investissent 5% de leur budget santé dans la recherche en santé et le développement des capacités dans ce domaine. Selon une étude du Forum Mondial et d'autres institutions, seuls le Brésil et Cuba approchent la barre des 2%. La plupart des autres pays n'investissent qu'une faible partie des 2% recommandés (cf. aussi chapitre 5). Il n'existe que peu d'informations sur les investissements consacrés à la recherche en santé par les agences internationales pour le développement en proportion du budget qu'ils allouent au domaine de la santé.

Des efforts systématiques seront nécessaires au cours des années à venir pour mesurer les investissements dans la recherche en santé selon les maladies et les principaux facteurs de risque pour tous les pays et les institutions, sur la base des premiers efforts entrepris au cours de ces dernières années. Le travail de la Commission Macroéconomie et Santé devrait aussi être poursuivi de manière systématique au niveau des pays de manière à documenter les avantages, pour chaque pays et pour le monde entier, de définir les priorités de recherche en santé aux niveaux mondial, régional et national et de ré-aiguiller la recherche en santé des projets à faible priorité vers les projets à haute priorité.

Le besoin de créer des forums de recherche en santé pour suivre les progrès dans ce domaine

La Commission 1990 et le Comité ad hoc 1996 ont recommandé la création d'un forum indépendant pour les investisseurs dans le domaine de la recherche internationale en santé afin de mesurer les progrès faits en vue de corriger l'écart 10/90. Le Plan d'Action 2000 de Bangkok est allé plus loin et a recommandé que ce forum central pour la recherche en santé soit complété par des forums de recherche en santé aussi bien régionaux que nationaux.

Suite à la création, en 1993, du *Council on Health Research for Development* (Conseil de la Recherche en Santé pour le Développement, COHRED) en faveur de la Recherche Nationale Essentielle en Santé et, en 1998, du *Global Forum for Health Research* (Forum Mondial pour la Recherche en Santé) pour «aider à corriger l'écart 10/90», les actions suivantes ont été entreprises: le Forum Asie-Pacifique pour la Recherche en Santé a été créé en 2000 (suivi par le Forum d'Asie du Sud pour la Recherche en Santé en 2003, comme chapitre spécial du Forum d'Asie-Pacifique). Le Forum Africain pour la Recherche en Santé a été créé en 2002. Pour resserrer la collaboration, de nombreuses réunions se sont tenues dans la région d'Amérique centrale et latine ainsi qu'en Afrique francophone et dans les pays d'Asie centrale. Au niveau national, certains pays (par exemple, l'Equateur et la Tanzanie) ont créé un Forum National de Recherche en Santé.

Il n'en reste pas moins que les forums régionaux et nationaux de recherche en santé en sont à leurs débuts et qu'ils nécessitent encore le soutien de la communauté internationale, tant au niveau financier que technique. Si les défis sont très importants pour les années à venir, les investissements sont également très prometteurs.

Chapitre 4

Priorisation de la recherche en santé

Le besoin de fixer des priorités

La priorisation de la recherche en santé est aussi nécessaire que la recherche elle-même.

Etant donné que le financement de la recherche en santé est plutôt limité par rapport à son taux de rendement, il est essentiel qu'il se fonde sur un processus qui fixe les priorités de manière rationnelle.

Le fait que pratiquement aucun pays ne définisse ses priorités de recherche en santé en fonction du fardeau des maladies et des principaux risques pour la santé a conduit à une situation dans laquelle environ 10% seulement du financement global pour la recherche en santé est dévolu à 90% des problèmes de santé dans le monde. Pour compliquer encore les choses, ces 10% eux-mêmes ne sont pas utilisés de la façon la plus efficace et doivent être mieux ciblés en fonction des priorités.

Dans la vie quotidienne, fixer des priorités n'est pas chose aisée. C'est encore plus difficile dans le domaine de la recherche en santé où un grand nombre de facteurs et d'acteurs différents entrent en ligne de compte. L'application d'une bonne méthodologie et d'un processus scientifique est essentielle pour identifier les priorités de recherche qui contribueront le mieux à promouvoir la santé. C'est pourquoi, pour rendre les résultats aussi objectifs que possible – en d'autres termes, aussi représentatifs que possible des priorités d'une communauté locale, d'une nation, ou de la population du monde entier – il est essentiel (a) d'adopter un processus de priorisation qui soit le plus transparent et participatif possible, et (b) d'appliquer une méthodologie qui soit la plus scientifique possible – bien que les deux soient coûteux en termes de ressources financières et humaines.

Les différentes méthodologies de priorisation développées dans les années 1990

Depuis la création de la Commission sur la Recherche en Santé pour le Développement en 1990, les exercices de priorisation ont eu recours à différents processus et méthodes. Le présent chapitre passe en revue les méthodologies de priorisation utilisées par le Groupe d'Etude sur la Recherche Nationale Essentielle en Santé (RNES 1991), le Comité

ad hoc sur la Recherche en Santé (1996), le Comité Consultatif sur la Recherche en Santé (1997), les Instituts Nationaux de la Santé (USA), le Programme de Reproduction Humaine de l'OMS et le Forum Mondial.

La méthodologie de l'Approche Matricielle Combinée (AMC)

En proposant l'AMC, en 2000, le Forum Mondial a tenté de combiner les principaux avantages des différentes méthodologies de priorisation développées dans les années 1990, en particulier par le Groupe RNES, le Comité ad hoc sur la Recherche en Santé et le Comité Consultatif sur la Recherche en Santé. Les développements de la méthodologie au cours de ces trois dernières années sont présentés dans la Section 3, alors que la Section 4 traite de l'application concrète de l'Approche Matricielle Combinée pour identifier les priorités. La Section 5 traite des problèmes techniques de la priorisation dans le domaine économique.

En résumé, l'Approche Matricielle Combinée est un outil qui permet (a) de classer, organiser et présenter toute l'information qui entre dans le processus de priorisation; (b) d'identifier les déséquilibres dans la recherche en santé; et, sur cette base, (c) d'identifier les priorités de recherche en utilisant un processus incluant les principaux acteurs de la santé et de la recherche en santé. La priorisation de la recherche en santé devrait englober tous les facteurs affectant la santé –non seulement la recherche de base, bio-médicale, clinique et de laboratoire, mais aussi les systèmes de santé, la démographie, les sciences sociales et comportementales, l'économie, la gestion, les politiques macroéconomiques et les secteurs autres que la santé qui ont un impact essentiel sur la santé des habitants d'un pays.

Le processus de l'Approche Matricielle Combinée

Les priorités en matière de recherche devraient être établies par les communautés locales sur la base du fardeau local des maladies et déterminées par un processus participatif impliquant l'utilisation d'outils

scientifiques. Les autorités nationales devraient ensuite identifier les priorités nationales en matière de recherche sur la base des informations concernant le fardeau des maladies au niveau national et des priorités définies par les communautés locales. La définition des priorités nationales et locales devrait être le résultat d'un *processus itératif* entre les deux niveaux, le résultat final se fondant sur les avantages comparatifs. Les organisations et les institutions internationales ayant des responsabilités globales devraient ensuite identifier les priorités de la recherche en santé sur la base du fardeau mondial des maladies et des priorités définies au niveau des pays, sur la base d'un processus participatif. Là aussi, la définition des priorités mondiales et nationales de la recherche en santé devrait être le fruit d'un *processus itératif* entre les deux niveaux, le résultat final se fondant sur les avantages comparatifs.

Des exemples de l'application de la méthodologie AMC sont présentés dans ce chapitre, tant au niveau mondial qu'à celui des pays (Inde, Pakistan) et aussi bien pour les maladies que les facteurs de risque.

Fixer des priorités est un effort à long terme. L'information sera inévitablement partielle au cours des premiers exercices, parfois même très limitée, dans certains cas, mais l'outil devrait démontrer son utilité dès le début en permettant d'identifier les informations-clés à obtenir pour assurer l'utilisation optimale des budgets limités à disposition pour la recherche en santé.

Chapitre 5

Les progrès dans la mesure de l'écart 10/90

Mesurer le flux des ressources

Bien qu'étant un facteur crucial pour fixer les priorités dans la recherche en santé, il existe très peu d'informations sur le flux des ressources pour la recherche en santé et peu d'appréciation de l'utilité de ces informations.

Les principaux obstacles sont le manque de ressources financières et humaines ainsi que le manque de méthodologies dûment testées pour évaluer les dépenses de la recherche en santé au niveau des pays.

En 1999, le Forum Mondial et ses partenaires ont lancé un projet dans l'espoir d'améliorer la priorisation en développant une base de données statistiques comparables, à l'échelon international, du flux des ressources pour la recherche en santé. Les résultats de la première phase de ce projet ont paru dans la publication du Forum Mondial *Monitoring financial flows for health research*, qui fait une première estimation du flux des ressources pour l'année 1998.

Selon ce rapport, le financement mondial pour la recherche en santé (sources privées et publiques) s'élevait à au moins US\$ 73,5 milliards en 1998 (soit environ 2,7 % du montant total des dépenses pour la santé au niveau mondial). Les gouvernements nationaux ont investi au moins US\$ 37 milliards (50 % du montant global) et l'industrie pharmaceutique US\$ 30,5 milliards (42 %). Les fonds privés, les organisations à but non lucratif et les universités ont financé le reste, c'est-à-dire US\$ 6 milliards (8 %). Au niveau national, ce n'est qu'au Brésil et à Cuba que le niveau approche le 2 % des dépenses nationales pour la santé, soit le taux recommandé par la Commission sur la Recherche en Santé pour le Développement – alors que la plupart des pays à revenu faible ou moyen sont restés à un niveau bien inférieur à 1 %.

Par rapport à la seconde phase de l'étude, le Rapport 2001 du Forum Mondial recommandait que la recherche porte sur les quatre domaines suivants:

- élargir l'étude à un plus grand nombre de pays en développement et de pays en transition;
- encourager les organes qui compilent déjà des statistiques en matière de santé d'élargir leur champ d'investigation aux investissements dans la recherche en santé;

- recevoir périodiquement des données détaillées de la part des pays les plus actifs dans le domaine de la recherche, y compris des agences bilatérales de développement, des fondations et des compagnies pharmaceutiques;
- demander aux partenaires possédant une expertise particulière pour certaines maladies affectant la santé mondiale de procéder à des études périodiques du flux des ressources pour ces maladies.

Le Forum Mondial et ses partenaires mettent actuellement à jour l'information sur les flux financiers pour la recherche en santé. Les résultats devraient être disponibles pour Forum 8 et le Sommet mondial sur la Recherche en Santé qui se tiendront en novembre 2004 à Mexico.

Dans cet exercice, un effort important est entrepris pour standardiser la méthodologie. Cet effort demandera des «champions» nationaux capables de former des groupes nationaux rassemblant les producteurs et les utilisateurs de ce genre de données.

Mesurer l'écart 10/90

L'objectif final de la mesure du flux des ressources dans le domaine de la recherche en santé est d'estimer si les ressources limitées pour la recherche sont allouées de la manière la plus efficace possible, *par rapport aux principaux problèmes de santé qui affectent un pays ou le monde entier.*

Si la recherche est intense pour les maladies qui sévissent aussi bien dans les pays riches que dans les pays pauvres, elle est très limitée pour les maladies qui n'apparaissent que – ou principalement – dans les pays à revenu faible ou moyen. C'est ainsi que sur les 1 233 médicaments qui sont sortis sur le marché mondial entre 1975 et 1997, seuls 13 étaient destinés à combattre les maladies tropicales infectieuses, qui affectent en premier lieu les pauvres. Ces différences sont importantes si l'on sait que 85% de la population mondiale vit dans des pays à revenu faible ou moyen.

A la suite des changements démographiques et épidémiologiques intervenus dans les pays à revenu faible ou moyen, ces pays pourraient profiter toujours davantage de la recherche entreprise dans les pays à revenu élevé. Il n'en reste pas moins que les possibilités de transfert direct des découvertes de ces derniers aux pays à faible ou moyen revenu est limité.

Bien que des progrès importants aient été accomplis au niveau de la compréhension du phénomène de l'écart 10/90 et qu'un certain nombre de stratégies aient été développées depuis 1990 pour combattre le problème (cf. aussi chapitre 3), l'écart 10/90 dans le domaine de la recherche en santé n'a pas évolué. Il faudra que tous les gouvernements fassent de très sérieux efforts au cours des années à venir pour le corriger. Les efforts devront: (a) lier systématiquement les investissements consentis pour la recherche en santé au fardeau des maladies, tant au niveau national qu'international; (b) établir des liens étroits entre la recherche de base et le développement de remèdes pour les maladies et les facteurs de risque à haut fardeau; et (c) investir dans la recherche pour améliorer le fonctionnement des systèmes et des services de santé.

La création d'un Institut International de Statistiques en Santé serait un moyen de développer des méthodologies standardisées pour différents pays et institutions; de collecter l'information reçue de manière régulière; de publier des rapports et disséminer l'information; et d'agir comme partenaire pour le renforcement des capacités aux niveaux tant national qu'international.

Chapitre 6

Genre, Objectifs de Développement du Millénaire et recherche en santé

Genre et développement

Le Forum Mondial est d'avis qu'une approche systématique des problèmes liés au genre doit être un élément essentiel de sa stratégie en vue de corriger l'écart 10/90. On estime qu'environ 70% des pauvres dans le monde

sont des femmes. La santé de ces dernières est souvent affectée de manière négative non seulement à cause de leur pauvreté mais aussi du fait des inégalités liées à leur condition féminine qui continuent à affecter un grand nombre des pays les plus pauvres. Pour répondre à ce problème, le Forum Mondial s'est engagé à intégrer les questions de genre dans toutes ses activités.

Cependant, les efforts pour intégrer les questions de genre dans tous les aspects de la recherche en santé ne se rapportent pas seulement aux femmes. La santé des hommes est aussi affectée de manière fondamentale aussi bien par leur sexe que leur genre. Tant que ces différences ne seront pas prises en compte de manière systématique, l'efficacité et l'équité des services de santé publique seront gravement diminuées.

Sexe et santé

Les différences biologiques entre hommes et femmes se retrouvent dans les problèmes de santé dont ils souffrent. Certains sont à mettre au compte des fonctions reproductrices des hommes et des femmes, ces dernières étant davantage à risque du fait des grossesses et des naissances. Cela explique qu'elles aient des «besoins spécifiques» auxquels il faut répondre pour protéger leur santé. D'autres troubles, pas forcément directement liés aux fonctions sexuelles ou reproductrices, sont néanmoins spécifiques à un sexe parce qu'ils affectent certains organes spécifiques (cancers de la prostate ou du col de l'utérus, par exemple).

Plus d'un tiers des années de vie des femmes dans les pays en développement sont perdues en raison des problèmes de santé liés à la reproduction, surtout ceux liés à la grossesse et aux maladies sexuellement transmissibles. Les indicateurs les plus directs de cette situation sont la mortalité et la morbidité maternelles. Près de 600'000 femmes meurent chaque année à la suite d'une grossesse et plus encore se retrouvent handicapées à vie. Ce chiffre colossal de pertes est dû au manque d'accès à des services de santé efficaces dans le

domaine de la sexualité et de la reproduction, surtout dans les zones rurales. Mais il reflète également des inégalités économiques plus fondamentales entre les hommes et les femmes.

Genre et santé

Au-delà des différences biologiques, les disparités au niveau des conditions de vie et de travail, de la nature de leurs obligations et de leur droit aux ressources font que les femmes et les hommes ne courent pas les mêmes risques, ni ne bénéficient des mêmes protections en matière de santé. Le genre n'est pas seulement un facteur de santé déterminant, mais il influence également l'accès des individus aux soins de santé et la qualité des traitements qu'ils reçoivent.

Le sexe et le genre sont donc des facteurs déterminants pour la santé tant des hommes que des femmes. Ils sont étroitement liés à d'autres variables telles que l'âge, la race, le statut socio-économique qui déterminent la vulnérabilité biologique, le degré d'exposition aux risques en matière de santé, l'apparition de maladies et de handicaps, et l'accès aux soins médicaux et aux services de santé publique. Les chercheurs qui ignorent ces différences risquent de faire de la mauvaise recherche. Omettre d'incorporer les facteurs du sexe et du genre dans la planification des projets de recherche peut mettre en cause aussi bien l'efficacité que les résultats de la recherche.

Genre et Objectifs de Développement pour le Millénaire (ODM)

En septembre 2000, 189 nations ont adopté la Déclaration du Millénaire des Nations Unies, un document ambitieux qui affirme le droit de chaque être humain au développement et à la couverture des besoins fondamentaux.

Les ODM reconnaissent explicitement que le genre peut avoir un impact décisif sur le développement, contribuant à le promouvoir dans certains cas tout en le retardant sérieusement dans d'autres.

De manière générale, il est clair que les ODM ne peuvent pas être atteints sans mettre un accent explicite, coordonné et systématique sur la dimension «genre» de tous les ODM. L'égalité des genres n'est pas seulement un objectif mais aussi un moyen d'atteindre chacun des objectifs. Sans une perspective «genre» totalement intégrée au niveau des politiques et des stratégies pour atteindre les ODM en 2015, ceux-ci ne seront pas réalisés et les engagements des gouvernements pris dans le cadre des Nations Unies ne seront pas respectés.

L'objectif ODM spécifique à l'égalité des genres (objectif 3: promouvoir l'égalité des genres et encourager l'autonomisation des femmes) a été défini comme 'l'abolition de l'inégalité entre les sexes à tous les niveaux d'éducation d'ici à 2015'. L'accès à l'éducation est certainement un indicateur important de l'égalité des sexes, comme ceci a souvent été relevé. Cependant, comme la Plateforme d'Action de Pékin l'a reconnu, il existe bien d'autres aspects de l'égalité des sexes (ou domaines critiques de préoccupation) qui sont tout aussi cruciaux et doivent absolument être pris en compte. Les Nations Unies et la société civile devraient veiller à ce que le large éventail d'engagements qui ont été pris lors de la Conférence de Pékin et de la Convention de 1979 sur l'Élimination de toutes les Formes de Discrimination contre les Femmes restent inscrits dans le calendrier politique.

L'un des principaux défis par rapport à l'intégration de l'égalité des sexes dans tous les processus visant à atteindre les ODM est de veiller à ce que les rapports ODM nationaux prennent réellement en compte les engagements nationaux pris envers les femmes.

Chapitre 7

Renforcer les capacités de recherche: progrès et perspectives

Le renforcement des capacités de recherche (RCR) est l'une des activités les plus importantes de la correction de l'écart 10/90.

Le RCR joue un rôle essentiel dans le processus d'identification des besoins, la sélection des priorités et le développement des stratégies de recherche les plus adéquates et les plus judicieuses pour améliorer la santé au niveau de chaque pays, en particulier en ce qui concerne les pays à revenu moyen à faible.

Le rapport de la Commission pour la Recherche en Santé et le Développement (1990), le rapport de la Banque mondiale sur le Développement dans le Monde (1993) et le rapport du Comité ad hoc de l'OMS sur la Recherche en Santé (1996) s'accordaient à conclure que les pays à revenu élevé ont grandement bénéficié de l'augmentation des connaissances et de l'avancement de la technologie dérivés de la recherche scientifique. Cependant, étant donné leurs capacités limitées en matière de recherche, de nombreux pays en développement n'ont pas pu bénéficier des avancées de la recherche de la même manière, ni développer leurs propres solutions pour les problèmes auxquels ils sont confrontés. Pour mieux assurer l'adéquation de la recherche avec les problèmes majeurs de chaque pays, il est préférable que la recherche soit faite au niveau des pays et par les nationaux eux-mêmes. Les efforts déployés pour développer les moyens aux niveaux national et régional devraient contribuer beaucoup à créer une culture scientifique à l'échelon des pays et à permettre aux pays en développement de constituer une masse critique de chercheurs qualifiés capables de mener des recherches sur les problèmes de santé prioritaires du pays et de participer au calendrier de la recherche internationale. Cela constituera une étape essentielle pour la correction de l'écart 10/90 dans la recherche en santé.

En dépit de plus de trois décennies d'efforts visant à développer des capacités de recherche, pendant lesquelles des milliers de chercheurs des pays en développement ont été formés, les résultats restent limités. En effet, de très nombreux chercheurs bien formés ne travaillent pas dans leur pays d'origine.

Former et retenir les forces indigènes pour la recherche en santé doit donc devenir un objectif prioritaire, car c'est un facteur vital pour le développement durable.

Les déséquilibres majeurs et les faiblesses notoires au niveau du renforcement des capacités de recherche dans de nombreux pays sont les suivants: faible priorité accordée à la recherche; efforts de priorisation inadéquats dans le domaine de la recherche; impact limité du RCR sur l'amélioration des politiques et le fonctionnement des systèmes de santé; usage limité des connaissances existantes; mauvaise utilisation des ressources humaines déjà limitées et trop peu de contrôle et d'évaluation des résultats.

Idealement, un système de recherche en santé (et les efforts déployés pour renforcer ses capacités) devrait viser les objectifs suivants: promouvoir un degré élevé de priorité pour la recherche; identifier les priorités nationales de la recherche en santé; traduire les résultats de la recherche en actions concrètes; appliquer les connaissances existantes de manière systématique; développer un cadre efficace et propice à la recherche; surveiller et évaluer les résultats du système et son renforcement de manière systématique.

Le Forum Mondial attache beaucoup d'importance au RCR comme moyen de corriger l'écart 10/90 et explorera au cours des années à venir les moyens de contribuer à une plus grande efficience et efficacité des efforts RCR de la façon suivante:

- *Concevoir un cadre permettant de mieux définir les besoins et l'impact du RCR:* les partenaires du RCR que cela intéresse devraient s'unir pour permettre de mieux articuler les définitions, discuter les défis et les futures stratégies ainsi qu'évaluer les résultats du RCR.
- *Etablir un réseau de partenaires RCR qui servirait de plateforme pour les débats, les synthèses, la mesure des résultats et le plaidoyer en faveur de la recherche:* étant donné l'inexistence de collaboration et d'approche systémique des efforts en RCR, il est

important de développer des plateformes (réseaux) pour les débats, les synthèses, la mesure des résultats et le plaidoyer en faveur du RCR. Aux niveaux régional et national, les Forums de Recherche en Santé régionaux et nationaux ont un rôle de soutien particulièrement important à jouer. Le Forum Mondial saisira les occasions de discuter avec ses partenaires d'un programme de RCR aux niveaux national, régional et mondial.

- *Financer les efforts RCR:* pour réussir, ces efforts exigent un réel engagement politique de la part des gouvernements nationaux et des donateurs internationaux. Le financement national et international des efforts RCR devrait être inclus dans les discussions actuelles sur la création d'un fonds international pour la recherche en santé.
- *Soutenir les efforts pour développer un environnement adéquat pour le RCR:* les partenaires du RCR devraient aider les pays en développement à créer des politiques et des conditions favorables au développement des systèmes durables de recherche en santé.

Chapitre 8

Réseaux d'information dans la recherche en santé: point de la situation

Un éditorial du *Bulletin de l'Organisation Mondiale de la Santé* (décembre 2003) souligne les progrès accomplis au cours de ce dernier quart de siècle tant au niveau de la santé que de la technologie de l'information, relevant que le monde, dans son ensemble, a fait «des progrès considérables au niveau de l'espérance de vie et du contrôle des maladies, parallèlement à une explosion de technologies et de techniques de l'information». L'éditorial attire toutefois l'attention sur le fait qu'une grande partie de l'humanité a été coupée de ces progrès, non seulement à cause du «fossé numérique» mais aussi du «fossé des connaissances». Ce chapitre analyse ces deux aspects.

Le fossé numérique

Le fossé numérique décrit l'inégalité d'accès aux technologies de l'information et de la communication (TIC) tel Internet, le courrier électronique (e-mail) et les systèmes de téléphonie par satellite. En décembre 2003, le Sommet Mondial sur la Société de l'Information (SMSI) a attiré l'attention du monde sur le fossé numérique avec l'objectif de «promouvoir une déclaration claire de volonté politique et un plan d'action concret pour modeler l'avenir de la société mondiale de l'information et assurer l'accès indispensable de tous les pays aux technologies de l'information, à la connaissance et à la communication pour le développement».

La manifestation du SMSI a attiré 11'000 participants (y compris 11 chefs d'Etat) de 176 pays qui ont adopté une Déclaration de Principes et un Plan d'Action. Le Sommet a demandé aux participants de faire collaborer les secteurs public et privé avec la société civile pour accorder la priorité aux TIC. Le Plan d'Action du SMSI fixe des objectifs importants pour combler l'écart numérique, y compris la connexion de l'ensemble des villages, écoles, hôpitaux et gouvernements avec les TIC d'ici à 2015 et de garantir qu'au moins la moitié de la population du globe ait accès aux TIC. Le rôle et les responsabilités de toutes les acteurs – y compris le gouvernement et le secteur privé – sont définis dans le Plan.

Le fossé des connaissances

Si les TIC offrent un grand potentiel pour combler l'écart numérique, des efforts supplémentaires sont nécessaires pour combler le fossé des connaissances, par exemple, au travers des réseaux et mécanismes d'information pour garantir que l'information soit bien partagée et utilisée par la population qui, actuellement, n'a aucun accès à cette connaissance. L'information doit être accessible dans les deux directions. Les chercheurs du Sud doivent pouvoir avoir accès à des journaux scientifiques publiés au Nord et y contribuer, au même titre que des chercheurs du Nord doivent pouvoir avoir

accès à des sources d'information au Sud. Comblé ce fossé est tellement important que ce partage des connaissances est reconnu comme condition sine qua non pour atteindre les Objectifs de Développement pour le Millénaire d'ici à 2015.

Le Plan d'Action du SMSI établit la liste d'un certain nombre d'actions importantes qui doivent être entreprises au cours des années à venir pour combler l'écart des connaissances, y compris la promotion des efforts de collaboration par les gouvernements, les professionnels de la santé et les organisations internationales en vue de créer des systèmes de santé sûrs, opportuns et abordables et la promotion de la formation médicale continue ainsi que de la recherche, par le biais de l'utilisation des TIC (article 18).

De très gros efforts ont été consentis au cours de ces dernières années dans ce domaine par deux groupes différents: (a) les éditeurs, qui ont offert aux utilisateurs des pays en développement un accès en ligne – gratuit ou à un tarif préférentiel – au texte intégral de journaux payants, à des collections de journaux dans leur version intégrale ou encore à des parties de ces journaux; (b) les réseaux de scientifiques, qui ont offert des informations sur leurs sites Internet spécialisés (cf. tableaux 8.2 et 8.3).

Les activités de trois réseaux mondiaux sont résumées dans le chapitre 8; ces activités revêtent un intérêt particulier pour le travail du Forum Mondial qui vise à combler l'écart 10/90 de même que pour la réalisation des ODM :

- **HINARI** (Health InterNetwork Access to Research Initiative) facilite l'accès électronique gratuit ou à prix réduit aux informations publiées (dans les périodiques scientifiques) dans le domaine bio-médical et des sciences sociales connexes.
- **INASP-Health** (International Network for the Availability of Scientific Information) est un réseau qui promeut l'accès à l'information pour les prestataires de soins de santé et les chercheurs des pays en

développement et des pays en transition.

- **SHARED** (Scientists for Health and Research for Development) permet le partage de l'information sur des projets, des personnes et des organisations ainsi que la recherche entre des bases de données.

En 2004, une initiative mondiale intitulée «L'Information pour des soins de santé efficaces dans les pays en développement: une analyse globale des progrès et des directions futures» mobilisera les personnes intéressées par le domaine de l'information en santé, dans le but de résumer les leçons apprises et établir le calendrier des actions futures.

Chapitre 9

Quelques réseaux dans les domaines prioritaires de la recherche

Ce chapitre passe en revue certains des domaines prioritaires recommandés au chapitre 4, décrivant l'ampleur du problème et les résultats des efforts pour la création de réseaux de collaboration dans ces domaines prioritaires (y compris leurs objectifs, partenaires, système de gestion, stratégies et activités).

Comme il serait impossible de passer en revue tous les efforts de recherche mis en place actuellement, ce chapitre se borne à décrire les efforts déployés par les réseaux internationaux dans un certain nombre de domaines de recherche prioritaires. Certains de ces efforts ont été soutenus par le Forum Mondial de la Recherche en Santé, alors que d'autres non. Ils sont classés en quatre groupes:

A Réseaux ciblés sur les maladies et les conditions

1. Global Alliance for Cancer Control (Alliance mondiale pour le contrôle du cancer)
2. Global Alliance for TB Drug Development (Alliance mondiale pour la mise au point de médicaments anti-tuberculose)

3. HIV/SIDA

4. Initiative for Cardiovascular Health Research in Developing Countries (Initiative pour la recherche en santé cardiovasculaire dans les pays en développement)
5. Medicines for Malaria Venture (Fondation «Medicines for Malaria Venture»)
6. Santé mentale et neurologique
7. Multilateral Initiative on Malaria (Initiative multilatérale de lutte contre le paludisme)
8. Santé dans le domaine de la reproduction
9. Road Traffic Injuries Research Network (Réseau de recherche sur les accidents de la route)
10. Roll Back Malaria Partnership (Partenariat pour faire reculer le paludisme)
11. TDR (Recherche contre les maladies tropicales)

B Réseaux ciblés sur les déterminants (facteurs de risques)

12. Child Health and Nutrition Research Initiative (Initiative pour la recherche en santé des enfants et en nutrition)
13. Sexual Violence Research Initiative (Initiative dans le domaine de la violence sexuelle contre les femmes)

C Réseaux ciblés sur les méthodologies de priorisation

D Réseaux ciblés sur les politiques et les enjeux des problèmes transversaux

14. Alliance for Health Policy and Systems Research (Alliance pour la recherche sur les politiques et systèmes de santé)
15. Council on Health Research for Development (Conseil de la recherche en santé pour le développement)
16. Initiative on Public-Private Partnerships for Health (Initiative sur les partenariats publics et privés dans le domaine de la santé)