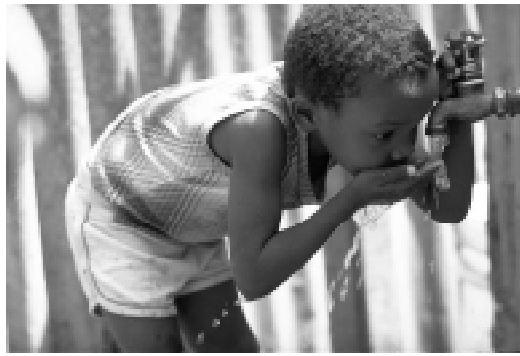


LA SANTÉ UN ATOUT PRÉCIEUX

Accélérer le suivi du
Sommet mondial pour le développement social

Propositions de
l'Organisation mondiale de la Santé





LA SANTÉ UN ATOUT PRÉCIEUX

Accélérer le suivi du
Sommet mondial pour le développement social

Propositions de
l'Organisation mondiale de la Santé



TABLE DES MATIÈRES

LA SANTÉ : UN ATOUT PRÉCIEUX

5 **Avant-propos** par Gro Harlem Brundtland, Directeur général, Organisation mondiale de la Santé

7 **Introduction**

CINQ ANS APRÈS LE SOMMET DE COPENHAGUE

9 **La révolution sanitaire qui a fait un milliard de laissés-pour-compte**

10 **Principaux problèmes de santé des pauvres**

- VIH/SIDA
- Paludisme
- Tuberculose
- Malnutrition
- Mortalité maternelle
- Maladies d'origine hydrique
- Infections respiratoires
- Vaccination des enfants

13 **Services de santé en crise**

- Inégalités entre pays
- Inégalités à l'intérieur des pays
- Prestation des services défavorable pour les pauvres
- Déclin du secteur public de la santé

MESURES PROPOSÉES PAR L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ

15 **Faire de la santé un moteur de réduction de la pauvreté**

16 **Renforcement de la politique mondiale en faveur du développement social**

17 **Intégrer des dimensions sanitaires dans les politiques sociale et économique**

- Santé et politique macroéconomique
- Commerce des biens et services de santé
- Santé et promotion du plein emploi

19 **Instaurer des systèmes de santé axés sur les problèmes de santé qui affectent les populations pauvres et vulnérables**

- Réduction sensible des principales maladies qui affectent les pauvres
- Systèmes équitables de financement de la santé
- Promotion d'une gestion financière responsable

22 **Bibliographie**

AVANT-PROPOS

Le monde s'est engagé à réduire de moitié d'ici à 2015 le nombre des personnes vivant dans un état de pauvreté extrême, et une série de cibles concrètes ont été fixées.

Un grand nombre d'entre elles concernent la santé – la santé maternelle et infantile et l'accès aux soins de santé primaires et aux soins de santé génésique.

Cela ne fait aucun doute : nous devons porter une attention accrue à la santé comme moyen de réduire la pauvreté et de favoriser le développement durable.

Récemment encore, de nombreux professionnels dans le domaine du développement affirmaient que le secteur de la santé ne joue qu'un rôle secondaire dans l'action déployée pour améliorer la santé générale des populations. Quant aux économistes et aux responsables financiers, l'écrasante majorité d'entre eux n'accordaient qu'une importance mineure à la santé en tant qu'objectif du développement ou comme instrument propre à réduire la pauvreté. La santé était considérée, non pas comme un investissement, mais comme une dépense de consommation.

Cela est en train de changer. De nouvelles conceptions sont sur le point d'émerger. La santé est de plus en plus perçue comme un atout fondamental pour les pauvres. Dans cette perspective, la protection et l'amélioration de la santé occupent une place centrale dans le processus global de l'éradication de la pauvreté et du développement humain. L'objet du présent rapport est d'exposer les vues de l'OMS sur les liens entre la santé et le développement.

La session extraordinaire de l'Assemblée Générale des Nations Unies qui se tiendra à Genève au mois de juin 2000 vient à point nommé pour recueillir l'adhésion de la communauté internationale à une approche pluridimensionnelle plus vigoureuse du développement humain et de ses composantes sociales, en particulier la santé.

Gro Harlem Brundtland
Directeur général
Organisation mondiale de la Santé



La santé comme atout

« La richesse des pauvres réside dans leur potentiel et leurs "atouts". Et la santé est leur atout le plus précieux et le plus important. C'est la santé qui donne aux pauvres la possibilité de participer au marché du travail et à la production de biens. La productivité en dépend. Une bonne condition physique est un atout pour quiconque ; un corps malade, faible ou atteint d'incapacité constitue un handicap, tant pour la personne affectée que pour celles qui doivent s'en occuper. Lorsque le soutien de famille meurt, qu'il tombe malade ou qu'il est atteint d'une incapacité prolongée, les conséquences peuvent être désastreuses pour l'ensemble du foyer. Outre la perte de revenu et de protection subie par la famille, elle doit aussi trouver l'argent nécessaire pour couvrir les dépenses médicales. Les calamités sanitaires sont une cause courante d'appauvrissement.

Si la santé est un atout et la maladie un handicap pour les pauvres, la protection et la promotion de la santé doivent être au cœur du processus global de l'éradication de la pauvreté et du développement humain. En tant que telles, elles doivent figurer au nombre des objectifs des politiques de développement de tous les secteurs – économique, environnemental et social ».

Introduction

« Nous nous engageons à poursuivre l'objectif de l'élimination de la pauvreté dans le monde, grâce à des actions et une coopération internationale menées avec détermination; il s'agit là, pour l'humanité, d'un impératif éthique, social, politique et économique. »

Déclaration de Copenhague, Sommet mondial pour le développement social, 1995

Cinq ans après les engagements pris lors du Sommet mondial pour le développement social à Copenhague les progrès attendus sont loin d'avoir été réalisés. Le Sommet visait une réduction sensible du nombre des personnes vivant dans des conditions d'extrême pauvreté; leur nombre au contraire a augmenté. La réalisation de la couverture universelle par les soins de santé non plus n'a guère progressé. Dans certains pays l'accès a reculé en particulier pour les plus pauvres.

Néanmoins le consensus international sur la nature des éléments essentiels du développement humain a enregistré des progrès. La foi dans le libéralisme économique a cédé aux préoccupations sociales du monde. Il est davantage admis que l'efficacité des politiques en faveur du développement humain passe par une meilleure intégration des considérations économiques sociales et environnementales.

Le rôle central de la santé a été reconnu. La santé est perçue à la fois comme un apport déterminant pour le développement et comme un résultat du développement, en même temps qu'un droit fondamental de l'être humain, précieux en soi. C'est là que réside l'opportunité que doit saisir « Copenhague Plus Cinq », réunion de suivi, cinq ans après le Sommet de Copenhague, qui se tiendra à Genève, du 26 au 30 juin 2000, dans le cadre de la session extraordinaire de l'Assemblée Générale des Nations Unies consacrée à la mise en œuvre des résultats du Sommet mondial pour le développement social et à l'examen de nouvelles initiatives.

La santé comme atout

La richesse des pauvres réside dans leur potentiel et leurs «atouts». Et la santé est leur atout le plus précieux et le plus important. C'est la santé qui donne aux pauvres la possibilité de participer au marché du travail et à la production de biens. La productivité en dépend. Une bonne condition physique est un atout pour quiconque ; un corps malade, faible ou atteint d'incapacité constitue un handicap, tant pour la personne affectée que pour celles qui doivent s'en occuper. Lorsque le soutien de famille meurt, qu'il tombe malade ou qu'il soit atteint d'une incapacité prolongée, les conséquences peuvent être désastreuses pour l'ensemble du foyer. Outre la perte de revenu et de protection subie par la famille, elle doit aussi trouver



Les améliorations sanitaires bénéficient proportionnellement plus aux pauvres parce qu'ils sont totalement dépendants de leur capacité de travailler

l'argent nécessaire pour couvrir les dépenses médicales. Les calamités sanitaires sont une cause courante d'appauvrissement.

Si la santé est un atout et la maladie un handicap pour les pauvres, la protection et la promotion de la santé doivent être au cœur du processus global de l'éradication de la pauvreté et du développement humain. En tant que telles, elles doivent figurer au nombre des objectifs des politiques de développement de tous les secteurs – économique, environnemental et social.

Perspective plurisectorielle

La Déclaration et le Programme d'action de Copenhague faisaient reposer la responsabilité de la santé sur les services de santé de base. Cette conception étroite de la santé sous-estime l'apport d'une meilleure santé au développement et elle ne tient pas compte de la capacité de nombreux secteurs à favoriser la santé des pauvres pour accroître le bien-être des personnes. Toute contribution au capital humain et social, plus que le produit de l'industrie des services de santé, est le résultat de l'amélioration de la santé des populations. L'amélioration de la santé aide à pérenniser les moyens de subsistance et le développement humain.

L'accès universel aux services de santé est important. Mais la santé ne peut réaliser son potentiel de développement humain que si les

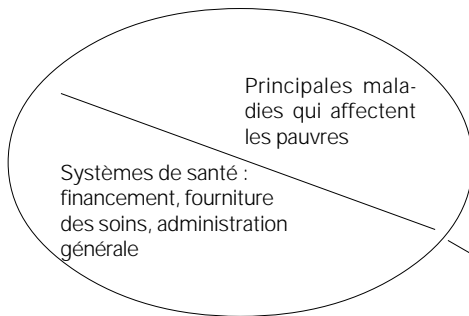
« Lorsque le soutien de famille meurt, qu'il tombe malade ou qu'il est atteint d'une incapacité prolongée, les conséquences peuvent être désastreuses pour l'ensemble du foyer ».

La santé et le développement humain

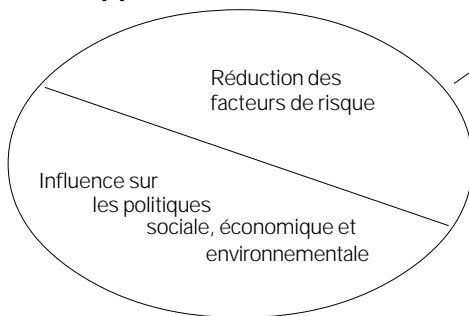
Déterminants de la santé des pauvres

Déterminants du développement

Secteur de la santé



Dimensions des liens entre santé et développement



Protection et amélioration de l'état de santé :

Augmentation de l'espérance de vie
Réduction de la morbidité/mortalité
Amélioration du bilan nutritionnel
Baisse des taux de fécondité

Développement social
par ex. Amélioration de l'instruction

Développement humain
par ex. Amélioration du bien-être

Développement économique
par ex. Augmentation du nombre annuel des jours de travail

D'après : OMS/HSD

services requis sont capables d'améliorer la santé *et également* de réduire les inégalités en matière de santé. Les inégalités en matière de santé sont elles-mêmes des facteurs de morbidité.

L'Organisation mondiale de la Santé voit dans la session extraordinaire de l'Assemblée Générale des Nations Unies qui se tiendra à Genève au mois de juin 2000 l'opportunité,

venue à point nommé, de confirmer les engagements pris au Sommet de Copenhague et d'adhérer à une approche pluridimensionnelle plus vigoureuse du développement humain, incluant des composantes sociales renforcées, en particulier dans le domaine de la santé.

Informations supplémentaires

Le présent rapport, vu les contraintes imposées, est bref et sélectif. Il fait suite à la demande d'informations sur les progrès accomplis dans la mise en oeuvre de l'accès universel aux services de santé primaires émanant du comité préparatoire de la session extraordinaire de l'Assemblée Générale des Nations Unies.

Le rapport commence par un résumé des données récentes sur les principales maladies qui affectent surtout les pauvres. Il décrit également les problèmes auxquels se heurtent actuellement les services de santé. La deuxième partie propose un certain nombre de mesures, dans le cadre fixé à Copenhague, dont l'Organisation mondiale de la Santé pense qu'elles contribueront à faire de la santé un puissant facteur de réduction de la pauvreté.

Les informations présentées dans ce document seront complétées par le Rapport sur la Santé dans le Monde 2000.

L'éradication de la pauvreté comme élément de l'objectif général du développement

Dans les sociétés qui ont des politiques expresses en faveur de l'égalité et de la démocratie, et où l'objectif général de l'équité est d'améliorer la santé de toute la population, l'amélioration de la santé des plus pauvres est plus probable. L'expérience des pays qui privilégient depuis longtemps la santé en tant que but social et l'égalité en tant que but politique le confirme. Le Costa Rica, Sri Lanka et l'Etat du Kerala en Inde ont considérablement amélioré la santé de leur population grâce à une série d'interventions politiques, sociales et économiques dans l'ensemble de la société, associant étroitement les communautés à ce processus. Au Costa Rica, où la santé est considérée comme « un investissement dans la nation, une nécessité pour la vitalité sociale et le progrès économique », des politiques de santé novatrices ont permis de relever de plus de 65 % le revenu des 10 % les plus pauvres du pays.

D'après : « *Poverty and health: Who lives, who dies, who cares?* » Macroeconomics, Health and Development Series, N° 28, par Margareta Sköld, Département Santé et Développement durable (HSD), WHO/ICO/MESD.28

Cinq ans après le Sommet de Copenhague

LA RÉVOLUTION SANITAIRE QUI A FAIT UN MILLIARD DE LAISSÉS-POUR-COMPTÉ

Les transformations de la santé humaine au XX^e siècle sont sans précédent dans l'histoire de l'humanité. Les exemples ci-après illustrent les améliorations générales apportées à la santé et au développement humain au cours de ces trois dernières décennies :

- Les taux de mortalité infantile sont tombés de 104 pour mille naissances vivantes en 1970-1975 à 59 en 1996. L'espérance de vie augmente en moyenne de quatre mois par an depuis 1970.
- Le revenu par habitant dans les pays en développement a augmenté d'environ 1,3 % par an en moyenne, améliorant la situation de millions de pauvres.
- Les gouvernements font état d'une augmentation rapide du nombre des inscriptions dans les écoles primaires. Le taux d'alphabétisation des adultes est passé de 46 % à 70 %.¹

Le monde devrait bientôt être exempt de poliomyélite, de nouveaux cas de lèpre, et de nouveaux décès dus à la maladie du ver de Guinée.

Mais plus d'un milliard de personnes, soit un habitant sur six dans le monde, entreront dans le XXI^e siècle sans avoir bénéficié de la révolution sanitaire et du développement humain. La vie de ces gens est difficile et courte, et elle porte les stigmates d'une maladie féroce appelée « pauvreté extrême ». La pauvreté extrême figure sous la cote Z59.5 dans la Classification internationale des maladies de l'OMS.

Disparités croissantes

En ce début de millénaire, l'état de santé de l'humanité se caractérise par des disparités croissantes inacceptables entre pays riches et pays pauvres, populations riches et populations pauvres et entre hommes et femmes. La

réduction des problèmes de santé des pauvres qui doit dégager des atouts humains, est la condition du développement social.

Il est difficile de faire un bilan détaillé actuel des tendances de santé des populations pauvres et vulnérables depuis 1995. Force est de reconnaître que la médiocrité, ou parfois l'absence, des données empêche de surveiller l'état de santé des pauvres.

Cependant, il est désormais généralement reconnu que les nombreuses dimensions de la pauvreté, y compris le manque d'instruction élémentaire, les mauvaises conditions de logement, l'exclusion sociale, le chômage et l'absence d'opportunités, la détérioration de l'environnement et l'insuffisance du revenu, sont autant de menaces pour la santé. Pour tous les indicateurs étudiés par l'OMS, les pauvres sont en plus mauvaise position que les plus nantis, quelle que soit la société. C'est ainsi que, par rapport aux autres citoyens, les personnes qui vivent dans un état de pauvreté absolue sont :

- cinq fois plus susceptibles de mourir avant d'avoir atteint 5 ans
- deux fois et demi plus susceptibles de mourir entre 15 et 59 ans.

Les infections potentiellement mortelles telles que le VIH/SIDA, le paludisme, la tuberculose et les maladies diarrhéiques affectent surtout les pauvres et ont des effets dévastateurs sur les ménages et les économies nationales. L'Organisation mondiale de la Santé accorde par conséquent un rang élevé de priorité à la lutte contre ces maladies – tâche rendue particulièrement difficile par l'évolution des germes pharmacorésistants. Les grands problèmes de santé actuels tels que la malnutrition et la mortalité maternelle sont également plus répandus parmi les populations pauvres.

« Un habitant sur six dans le monde entrera dans le XXI^e siècle sans avoir bénéficié de la révolution sanitaire et du développement humain ».

Etat de santé des pauvres par rapport aux non-pauvres dans un échantillon de pays, vers 1990

Pays	Pourcentage de la population vivant dans un état d'absolue pauvreté	Probabilité de décès pour 1000 personnes				Prévalence de la tuberculose	
		avant 5 ans, sexe féminin		entre 15 et 59 ans, sexe féminin		Non-pauvres	Rapport pauvres : non-pauvres
		Non-pauvres	Rapport pauvres : non-pauvres	Non-pauvres	Rapport pauvres : non-pauvres		
Total		38	4.8	92	4.3	23	2.6
Chili	15	7	8.3	34	12.3	2	8.0
Chine	22	28	6.6	35	11.0	13	3.8
Equateur	8	45	4.9	107	4.4	25	1.8
Inde	53	40	4.3	84	3.7	28	2.5
Kenya	50	41	3.8	131	3.8	20	2.6
Malaisie	6	10	15.0	99	5.1	13	3.2

La pauvreté est définie comme un revenu par habitant inférieur ou égal à \$1 par jour, en dollars, exprimé à parité de pouvoir d'achat.
D'après : « Pour un réel changement », Rapport sur la Santé dans le Monde 1999.

PRINCIPAUX PROBLÈMES DE SANTÉ DES PAUVRES

VIH/SIDA²

La prévalence du VIH/SIDA est associée à la pauvreté :

- Plus de 95 % de toutes les personnes infectées par le VIH vivent maintenant dans le monde en développement, qui totalisent également 95 % de tous les décès dus au SIDA à ce jour, essentiellement parmi les jeunes adultes qui seraient normalement en âge de procréer et devraient vivre leurs années les plus productives.
- Le VIH/SIDA a des effets économiques dévastateurs sur les ménages. Il ressort d'enquêtes réalisées auprès des ménages en Afrique et en Asie que les familles vivant avec le VIH/SIDA accusent une baisse de revenu de 40-60 %. Ces familles n'ont d'autre ressource que de dépenser leurs économies, d'emprunter de l'argent et de réduire leur consommation.³
- Le VIH/SIDA illustre l'effet de la pauvreté pluridimensionnelle sur la santé. Les facteurs socioéconomiques qui favorisent la propagation du VIH/SIDA sont les suivants : illétrisme lié à la faiblesse du revenu; inégalité entre les sexes; mobilité accrue des populations à l'intérieur des pays et entre les pays; et industrialisation rapide s'accompagnant d'un exode des travailleurs vers les villes, et de l'éclatement qui s'ensuit des valeurs traditionnelles.⁴
- Le VIH/SIDA reflète aussi les disparités mondiales. Des mesures de santé publiques ont réussi à stabiliser l'épidémie dans la plupart des pays industrialisés, ce qui n'est le cas que dans quelques pays en développement. Les pays en développement totalisent 95 % des cas et de nombreux pays pauvres connaissent une croissance exponentielle des cas de VIH/SIDA. Pourtant, les pays en développement ne bénéficient que de 12 % environ des dépenses mondiales consacrées aux soins liés au VIH/SIDA.⁵

« Les pays en développement totalisent 95 % des cas ... Pourtant, les pays en développement ne bénéficient que de 12 % environ des dépenses mondiales consacrées aux soins liés au VIH/SIDA ».

Paludisme⁶

Le paludisme frappe durement les pauvres et les populations vulnérables :

- Le paludisme fait plus d'un million de victimes chaque année, dont près de 90 % en Afrique sub-saharienne.
- Le paludisme est directement responsable d'un décès d'enfant sur cinq en Afrique. Il

contribue indirectement à la morbidité et à la mortalité dues aux infections respiratoires, aux maladies diarrhéiques et à la malnutrition.

- Pour des raisons encore mal connues, les femmes sont plus sensibles au paludisme pendant la grossesse, et en particulier pendant la première grossesse. La croissance fœtale et la survie du nouveau-né peuvent être sérieusement compromises.⁷

Le paludisme prospère dans les situations de crise sociale ou environnementale telles que les migrations de masse, les conflits militaires et les troubles sociaux, là où les systèmes de santé sont faibles et les communautés défavorisées.

La gravité et l'urgence du problème ont conduit à établir des partenariats mondiaux pour combattre le paludisme. **Faire reculer le paludisme**, initiative de l'OMS, est une coalition qui associe le Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD), l'UNICEF, l'OMS et la Banque mondiale. Faire reculer le paludisme aide les systèmes de santé à mettre en œuvre les interventions économiquement efficaces qui existent pour lutter contre le paludisme. L'initiative mobilise le soutien du secteur privé et du secteur public pour la mise au point de nouveaux médicaments et vaccins contre le paludisme.

Tuberculose⁸

Tuberculose et pauvreté sont étroitement liées. Le risque d'infection et le risque de développer des symptômes cliniques sont liés à des facteurs qui sont eux-mêmes associés à la pauvreté. Ces facteurs comprennent la malnutrition, le surpeuplement, la mauvaise aération des habitations et des systèmes sanitaires inadéquats. Vu les conditions de surpeuplement dans lesquelles vivent souvent les populations pauvres, elles sont plus exposées au risque de contracter la tuberculose. Simultanément, les personnes qui contractent la maladie sont plus menacées par la pauvreté en raison des conséquences économiques de la maladie. Quatre-vingt-quinze pour cent des cas et des décès surviennent dans les pays en développement.

La tuberculose est en augmentation dans de nombreuses régions du monde. Elle progresse dans les économies en développement et économies en transition du

Distribution mondiale des décès par cause principale

Les maladies transmissibles telles que la tuberculose et les infections respiratoires ainsi que les causes de décès maternel, périnatal et néonatal, sont responsables d'environ 20 millions de décès, soit 40 % du total mondial, et 99 % de ces décès surviennent dans les pays en développement. D'après : « Réduire les écarts », Rapport sur la Santé dans le Monde 1995.

fait de la conjonction du recul économique, de l'application insuffisante des mesures de lutte et de l'épidémie de VIH/SIDA. Les personnes dont les défenses immunitaires sont affaiblies par l'infection à VIH sont une proie facile pour d'autres germes, y compris le bacille responsable de la tuberculose. Les infections qui en résultent (et certains cancers) favorisent la résurgence de maladies qui, au stade ultime, prennent le nom de SIDA et conduisent à la mort.⁹

- Entre 1993 et 1996, on estime que les cas de tuberculose, dont un tiers étaient imputables au VIH, ont augmenté de 13 % dans le monde.¹⁰
- Environ 30 % de tous les décès par SIDA sont directement imputables à la tuberculose.¹¹
- D'ici à la fin du siècle, l'OMS estime que l'infection à VIH provoquera annuellement 1,5 million de cas de tuberculose supplémentaires.¹²

Une action concertée pour mettre fin à l'apathie sociale à l'égard de la tuberculose, pour élargir la coalition mondiale des partenaires associés dans le combat contre la tuberculose et pour obtenir que la tuberculose occupe une place prioritaire dans le programme de la communauté internationale est actuellement organisée dans le cadre de l'**Initiative Halte à la tuberculose** basée à l'OMS. L'initiative s'emploie à créer un mouvement social et politique contre la tuberculose en encourageant l'utilisation du traitement économique DOTS (traitement de brève durée sous surveillance directe).

Malnutrition¹³

Près de 30 % de l'humanité souffrent actuellement d'une ou de plusieurs formes de malnutrition. La malnutrition protéino-énergétique et l'anémie ferriprive sont de graves sources de préoccupation, l'anémie due à une carence en iode est la principale cause évitable de lésions cérébrales et d'arriération mentale (touchant 740 millions de personnes, soit 13 % de la population mondiale) et l'avitaminose A reste la principale cause de cécité infantile évitable. La malnutrition représente globalement 15,9 % de la charge mondiale de morbidité.¹⁴

Chaque année, quelque 49 % des 10 millions de décès d'enfants de moins de cinq ans dans les pays en développement sont associés à la malnutrition. Sur la base du rapport poids/âge, 26,7 % des enfants de moins de cinq ans dans le monde sont actuellement mal nourris.

Progrès enregistrés récemment :

- La lutte contre les troubles liés à une carence en iode a fait des progrès remarquables ces dix dernières années. Plus des deux-tiers des foyers vivant dans des pays touchés par les troubles liés à une carence en iode consomment maintenant du sel iodé, et

20 pays ont atteint le but du « sel iodé universel », soit plus de 90 % des foyers consommant du sel iodé.

- La lutte contre l'avitaminose A a progressé depuis 1990. En 1997, on estimait que, dans 30 pays environ, 50 % des enfants recevaient des suppléments de vitamine A ou avaient accès à des aliments enrichis.

Cependant, la réduction de la malnutrition protéino-énergétique chez les nourrissons et les jeunes enfants ne progresse que très lentement et la prévalence de l'anémie n'a guère régressé depuis vingt ans.

Mortalité maternelle

La mort d'une mère, pour toute famille, est une catastrophe. Dans de nombreux pays en développement, elle prive un foyer non seulement d'un revenu essentiel mais aussi d'amour et d'affection. La perte que constitue la mort d'une mère dans une famille pauvre peut signifier la mort pour ses enfants.

Chaque année, 585 000 femmes pauvres meurent des complications d'une grossesse ou d'un accouchement. Dans les pays en développement, la morbidité et la mortalité maternelles sont, de loin, la principale cause de décès prématurés et d'incapacités chez les femmes de 15 à 44 ans. En Europe septentrionale, le risque qu'encourt une femme de mourir de causes liées à la grossesse est de un sur 4000. En Afrique, ce taux est de un sur 16. Aucune disparité entre le nord et le sud ne saurait être plus frappante que celle-ci.

La Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD) en 1994 avait pour cible de réduire de moitié avant l'an 2000 les niveaux de mortalité maternelle de 1990 – cible qui ne sera pas atteinte – et de moitié à nouveau avant 2015.¹⁵ De nouvelles cibles ont été fixées lors du bilan effectué en 1999, cinq ans après la CIPD, à savoir : au moins 40 % de tous les accouchements, là où le taux de mortalité maternelle est très élevé, doivent se dérouler en présence de personnel qualifié, et au moins 80 % dans le monde entier avant 2005; ces chiffres devraient atteindre 50 % et 85 % respectivement en 2010, et 60 % et 90 % en 2015.¹⁶

En octobre 1999, résolu à combattre la mortalité maternelle plus efficacement, l'OMS, le Fonds des Nations Unies pour la Population (FNUAP), l'UNICEF et la Banque mondiale ont décidé d'unir leurs efforts.

Maladies d'origine hydrique¹⁷

Les maladies diarrhéiques, largement évitables par un accès à de l'eau propre en quantité suffisante et en de bonnes conditions d'assainissement, font près de deux millions de victimes par an et sont responsables de 1,5 milliard de poussées de maladie par an chez les moins de cinq ans. Les maladies diarrhéiques font peser un lourd fardeau sur

« La malnutrition touche actuellement 26,7 % des enfants de moins de cinq ans ».

L'assistance de personnel qualifié pendant l'accouchement réduit considérablement les risques associés à la maternité



les pays en développement. L'Organisation mondiale de la Santé estime que les maladies diarrhéiques sont responsables de 73 millions d'années de vie ajustées sur l'incapacité (DALY)18 perdues en 1998.¹⁹

Sur une population mondiale de six milliards :

- Plus d'un milliard sont très vulnérables aux maladies diarrhéiques parce qu'ils n'ont pas facilement accès à de l'eau sûre et en quantité suffisante.
- Environ trois milliards sont vulnérables parce qu'ils n'ont accès à aucune forme de services améliorés d'évacuation des excréta.

Infections respiratoires

En 1998, les infections respiratoires aiguës (IRA) ont fait environ 3,5 millions de victimes

Quatre enfants sur cinq sont entièrement vaccinés contre les six maladies les plus meurtrières



de tous âges dans le monde, dont près de 2 millions d'enfants de moins de cinq ans. La pneumonie tue plus d'enfants que toute autre maladie infectieuse et 99 % de ces décès concernent les pays en développement.

L'Organisation mondiale de la Santé estime que les infections respiratoires aiguës étaient responsables de 83 millions de DALY perdues en 1998.²⁰ Une énorme proportion de cette charge de morbidité est imputable à des facteurs d'environnement. Dans le monde entier, des enfants meurent d'infections respiratoires liées à la pauvreté et à un habitat médiocre.

Les mères également sont vulnérables aux infections respiratoires. Des centaines de millions de femmes adultes dans les pays en développement sont exposées à des niveaux extrêmement élevés de particules en suspension dans l'air lorsqu'elles font cuire des aliments avec des carburants organiques. Des études faites en Inde et au Népal ont montré que les affections pulmonaires obstructives chroniques et le cor pulmonale sont courantes et qu'elles se développent tôt chez les femmes exposées à des niveaux élevés de fumées à l'intérieur des habitations.²¹

Vaccination des enfants

Dans l'ensemble du monde, la couverture vaccinale a continué de progresser lentement. Pourtant, un enfant sur cinq n'est pas complètement vacciné contre les six maladies les plus meurtrières : diphtérie, coqueluche, tétanos, poliomyélite, rougeole et tuberculose.²²

Le 31 janvier 2000, la création de la nouvelle Alliance Mondiale pour les Vaccins et l'Immunisation (GAVI) a été officiellement annoncée lors du Forum Economique Mondial de Davos, Suisse. Elle est l'expression de l'engagement pris, par l'OMS, l'UNICEF, la Banque mondiale, l'industrie, des fondations philanthropiques et des organismes du secteur public, de travailler en partenariat pour la protection de tous les enfants contre les principales maladies évitables par la vaccination.

SERVICES DE SANTÉ EN CRISE

Depuis la signature de la Déclaration d'Alma Ata, il y a 25 ans, la « Santé pour Tous » n'a pas fait les progrès rapides et durables que l'on espérait. Les chiffres donnant des estimations fiables, comparables et récentes sur la couverture des soins de santé et l'accès aux soins ne sont pas toujours disponibles. Toutefois, le tableau qui se dessine est extrêmement inquiétant. Trop de pays ont un système de santé insuffisamment équipé pour répondre aux besoins actuels – à plus forte raison aux besoins futurs. Il est certain que l'appel lancé il y a cinq ans à Copenhague en faveur de l'accès universel aux services de santé de base est resté sans écho.

Les inégalités dans le domaine de la santé sont frappantes, aussi bien entre les pays qu'à l'intérieur des pays.

Inégalités entre pays

Les exemples ci-après illustrent les différences qui existent entre pays industrialisés et pays en développement dans l'accès aux services :

- Un pays industrialisé peut compter une infirmière pour 130 habitants et un pharmacien pour 2000 à 3000 habitants. Le prix d'un traitement complet aux antibiotiques pour soigner une pneumonie équivaut à 2 ou 3 heures de salaire. Un traitement d'un an contre l'infection à VIH représente de 4 à 6 mois de salaire. De plus, la majorité des dépenses pharmaceutiques sont remboursées.
- Les pays en développement n'ont souvent qu'une infirmière pour 5000 habitants et un pharmacien pour un million d'habitants. Un traitement complet aux antibiotiques pour soigner une pneumonie peut coûter l'équivalent d'un mois de salaire. Dans nombre des pays les plus pauvres, une année de traitement contre le VIH équivaut à 30 ans de revenus. La majorité des ménages doivent en outre payer les médicaments de leur poche.

Les dépenses consacrées par les gouvernements aux services de santé sont insuffisantes dans les pays pauvres. Pourtant, les services sociaux peuvent absorber 20 % des dépenses publiques. La situation a été aggravée par l'insuffisance de l'aide internationale ces dix dernières années. Aux taux actuels, les transferts de ressources destinés à aider les pays les plus pauvres à atteindre les objectifs du développement international n'atteindront pas les niveaux absolument nécessaires.

Inégalités à l'intérieur des pays

A l'intérieur des pays, la distribution et la prestation des soins de santé se font souvent au détriment des pauvres. Dans la plupart des pays, la distribution des services continue de

favoriser largement les plus nantis.

Des études récentes ont mis en lumière les schémas d'allocation des ressources, humaines et financières, qui pénalisent en fait les pauvres. Par exemple, les personnels de santé exercent pour la plupart dans les zones urbaines tandis que les pauvres vivent en grande majorité dans les zones rurales. Les ressources financières sont allouées de préférence aux soins curatifs hospitaliers tandis que les pauvres ont besoin de soins de santé primaires accessibles et d'un coût abordable. Les soins médicaux individuels sont également privilégiés alors que ce sont les mesures de santé publique générales telles que l'approvisionnement en eau propre et l'assainissement dont les plus pauvres ont besoin.

Prestation des services défavorable pour les pauvres

La prestation même des services est souvent profondément contraire aux intérêts des pauvres. L'accent porte rarement, voire jamais, sur les facteurs de risque à l'origine de la mauvaise santé des pauvres. En outre, les services sont rarement conçus dans l'intérêt des pauvres. Pour les pauvres, le temps est véritablement de l'argent et des opportunités perdus. En témoignent les distances qu'ils doivent parcourir pour obtenir un service, le temps qu'il leur faut pour se rendre sur place, ce que leur coûte le transport, la quantité de services (un ou plusieurs) disponibles à chaque visite et la durée de l'attente. Chacun de ces facteurs peut constituer un obstacle financier à l'accès aux services – s'ajoutant aux frais officiels ou non d'hospitalisation et de laboratoire et aux dépenses pharmaceutiques.

Le temps et les déplacements posent des problèmes particuliers aux femmes, de même que les décisions qu'elles doivent prendre concernant leur propre santé et celle de leurs enfants. Pour elles, ces obstacles à l'accès aux soins nuisent clairement à leur santé.²³

Un autre obstacle est l'accueil réservé aux pauvres dans les hôpitaux. De nombreuses études révèlent le manque de dignité et de respect avec lequel ils sont traités par les personnels de santé. Selon une étude réalisée dans un centre de soins de santé primaires qui dessert une population essentiellement pauvre

« Dans un même pays, la distribution et la prestation des soins de santé pénalisent souvent les pauvres ».

La voix des pauvres

« Nous regardons nos enfants mourir parce que l'hôpital coûte trop cher. » – Ghana 1995

D'après : « *Voices of the Poor, Can anyone hear us?* » Oxford University Press for World Bank, 2000.

« Aucun pays ne peut compter sur une croissance spontanée et incontrôlée du système de santé pour répondre aux principaux besoins de santé ».

dans un pays en développement, 54 secondes seulement sont accordées en moyenne à chaque malade.²⁴ Même pas le temps de dialoguer, pas le temps de donner des explications, à peine le temps d'un contact humain.

Les personnes privées de ressources, lorsqu'elles tombent malades, ne tentent même pas de se faire soigner. Celles qui ont quelques biens peuvent être amenées à les vendre pour recueillir l'argent nécessaire pour des soins, ou à les affecter en garantie d'emprunts à des taux élevés. Ce chemin relie bien vite la maladie, ou le traumatisme, à la pauvreté et au dénuement le plus complet. Avec la disparition de sa santé, spécialement si le malade est le soutien de famille, la perte de sa précieuse source de revenu rend la situation particulièrement désespérée.

Déclin du secteur public de la santé

Les interventions non contrôlées du marché dans le domaine des soins de santé nuisent aux pauvres. Une étude récente sur les services de santé dans un pays est arrivée à la conclusion suivante : « La situation actuelle dans le secteur public a favorisé une croissance sans

précéder du secteur privé dans tout le pays, tant pour ce qui est des soins de santé primaires que des soins secondaires. Compte tenu des normes éthiques actuelles de la profession médicale et des principes opérationnels de l'économie de marché entièrement fondés sur la technologie, le secteur privé fournit rarement des soins de santé de qualité à un prix raisonnable. Avant que ce secteur ne devienne un danger public, il est important d'établir des normes réglementaires fondées sur la participation. »²⁵

Il ressort clairement, à la lumière du développement des systèmes de santé au cours du XX^{ème} siècle, qu'aucun pays ne peut compter sur une croissance spontanée et incontrôlée du système de santé pour répondre aux principaux besoins de santé. Dans tous les pays, ce sont les pauvres qui supportent la plus lourde charge de mauvaise santé et les plus grands risques de morbidité et de mortalité évitables. L'accès universel nécessite l'intervention de l'Etat. Si les arguments en faveur du financement public universel fondés sur l'équité sont largement acceptés, on sait moins que cette approche est aussi plus efficace.²⁶

Mesures proposées par l'OMS

FAIRE DE LA SANTÉ UN MOTEUR DE RÉDUCTION DE LA PAUVRETÉ

L'objectif ultime du développement est l'amélioration de la condition humaine – dont la bonne santé est un élément essentiel. Cependant, si l'amélioration de l'état de santé est l'un des objectifs essentiels du processus du développement, le potentiel de développement dépend lui-même de la santé.

Pour contribuer dans toute la mesure possible au développement, les interventions sanitaires doivent être planifiées et mises en oeuvre dans un cadre de développement intégré. Aujourd'hui encore, les éléments santé des programmes de réduction de la pauvreté sont essentiellement absents ou marginaux. D'une part, les autorités sanitaires limitent leur responsabilité à la production des services de santé financés par l'Etat. D'autre part, les architectes des politiques de réduction de la pauvreté oublient que c'est ce capital humain et social qu'est la santé qui garantit le maintien des moyens de subsistance.

L'accès universel aux services de santé de base est important et seul un effort international massif permettra d'atteindre ce but et de réduire sensiblement la pauvreté. Il n'en reste pas moins que le secteur de la santé ne pourra résoudre seul les problèmes de santé. Les principaux déterminants de la santé, y compris la pauvreté même, échappent au contrôle des services de santé.

Copenhague Plus Cinq peut replacer les politiques de développement futures sur une nouvelle voie, plus efficace, en reconnaissant la santé comme l'un des atouts les plus importants pour les pauvres. Sur cette base, la réunion Copenhague Plus Cinq devrait recommander à tous les acteurs du processus du développement – social, économique et environnemental – de faire en sorte que la protection et l'amélioration de la santé des populations pauvres et vulnérables soit une stratégie essentielle pour le développement international.



La santé est un atout pour jouer, apprendre et travailler

Domaines du suivi de la stratégie

Au titre de cette nouvelle stratégie, l'OMS propose les trois domaines d'action suivants pour le suivi de Copenhague Plus Cinq.

- **Renforcer la politique mondiale en faveur du développement social**
- **Intégrer des dimensions sanitaires dans les politiques sociales et économiques**
- **Elaborer des systèmes de santé capables de répondre aux besoins des populations pauvres et vulnérables.**

Partenariats

La mise en oeuvre de ces initiatives suppose une étroite collaboration à tous les niveaux : mondial, régional et national, avec un éventail de partenaires, y compris la Banque mondiale et le FMI. Il est en outre proposé de placer certaines activités sous les auspices des Commissions économiques et sociales des Nations Unies. Cela permettrait à la fois d'assurer que les mesures prises pour réduire

« La réunion Copenhague Plus Cinq devrait recommander l'adoption d'une stratégie de développement international fondée sur la protection et l'amélioration de la santé des populations pauvres et vulnérables ».

La santé et le développement

S'il est sage de penser qu'un revenu accru s'accompagne d'une amélioration de la santé, d'autres aspects entrent en ligne de compte. Ainsi le rôle que joue la santé comme instrument d'entretien favorisant la croissance économique et le progrès humain. La mauvaise santé n'est pas seulement la conséquence d'un faible revenu; elle en est aussi l'une des causes fondamentales. Il est certain que la santé et la démographie ne sont pas les seuls facteurs qui influent sur la croissance économique, mais elles sont assurément parmi les plus puissants.

D'après : « *The health and wealth of nations* », David Bloom and David Canning, Science Vol. 287, 18 février 2000.



« La réduction des inégalités flagrantes au plan de la santé ... passe par une action internationale résolue qui permette aux populations pauvres et marginalisées de profiter pleinement de la mondialisation ».

la pauvreté sont globales et intégrées et de tenir compte des différences sensibles au plan de la santé entre les régions. **La Commission économique pour l'Afrique (CEA) et la Commission économique et sociale pour l'Asie et le Pacifique (ESCAP)** seraient des partenaires particulièrement importants car les

régions dont elles sont responsables détiennent les plus fortes concentrations de pauvreté extrême. La CEA et l'ESCAP pourraient aussi accueillir des réunions de représentants des ministères et des secteurs sociaux et économiques nationaux.

RENFORCEMENT DE LA POLITIQUE MONDIALE EN FAVEUR DU DÉVELOPPEMENT SOCIAL

Le mouvement international en faveur de l'accélération du développement social lancé lors du Sommet de Copenhague continue de s'étendre. Il a donné naissance à des tentatives, encore embryonnaires, de définition des principes pouvant servir de base à une politique mondiale future de développement social. Il reste beaucoup à faire pour combler le fossé entre les problèmes sociaux croissants et la pratique mondiale actuelle, notamment dans les domaines du commerce mondial et des relations internationales.

Seule une action internationale résolue permettra de réduire les inégalités sanitaires criantes dans les pays et entre les pays. Les bienfaits de la mondialisation doivent pleinement bénéficier aux populations pauvres et marginalisées. Les concepts, le contenu et les stratégies pour l'élaboration d'une politique mondiale de développement social doivent encore être affinés. Au-delà des concepts traditionnels de la fourniture des services sociaux de base, il convient de réfléchir à la définition des moyens qui seront employés pour créer le bien-être social, des capacités sociales, des moyens de subsistance et assurer

le développement humain.

Dans le cadre de l'initiative qui s'étend à l'ensemble du système des Nations Unies, l'OMS propose d'aider à faire progresser l'élaboration de cette politique mondiale. L'Organisation mondiale de la Santé s'emploiera en particulier à :

- **Renforcer la capacité des pays à évaluer l'impact des aspects économiques, technologiques, culturels et politiques de la mondialisation sur l'équité en matière de santé et sur la santé des populations pauvres et vulnérables, et à concevoir des solutions**
- **Etablir une base mondiale de connaissances sur le développement social concernant la santé et les bonnes pratiques de protection et d'amélioration de la santé des populations pauvres et vulnérables**
- **Renforcer la bonne gestion des affaires publiques en faveur du développement social par l'élaboration et la promotion de normes de protection sanitaire à l'usage des milieux d'affaires nationaux et internationaux.**

« Gouvernance » mondiale de la santé

Il est urgent d'associer la santé publique aux discussions importantes sur la structure future de l'économie politique mondiale et sur l'élaboration et la mise en œuvre de la bonne «gouvernance» indispensable vu l'élargissement de l'éventail des activités mondiales. Ces discussions concernent l'instauration d'un système commercial plus équitable; l'allègement de la dette; un code mondial des meilleures pratiques de politique sociale; des pratiques de coopération internationale nouvelles pour assurer la fourniture de services publics satisfaisants pour tous et une meilleure disponibilité et un accès plus sûr aux biens publics mondiaux (tels que la santé mondiale). L'OMS travaille actuellement avec les Nations Unies, les institutions de Bretton Woods, l'Organisation mondiale du Commerce (OMC) et des organismes non gouvernementaux et des établissements universitaires de premier plan dans le monde pour obtenir que l'amélioration de la santé figure en meilleure place dans leurs programmes d'action et pour promouvoir la production et la fourniture de soins et l'accès à la santé en tant que bien public mondial. Nous devons analyser et surveiller la façon dont les nouveaux accords internationaux peuvent soutenir la santé publique. Obtenir que le commerce aide à améliorer la santé, tel est l'un des principaux objectifs de nos discussions techniques en cours avec l'OMC.

D'après : « *Making globalization work better for health* » par Tomris Türmen dans « Responses to globalization: Rethinking health and equity », *Development* Vol. 42 N° 4 décembre 1999.

INTÉGRER DES DIMENSIONS SANITAIRES DANS LES POLITIQUES SOCIALE ET ÉCONOMIQUE

La politique macroéconomique a une influence considérable sur la capacité des pays à protéger et améliorer l'état de santé de leurs citoyens, en particulier les personnes pauvres et vulnérables. Les migrations humaines, l'urbanisation rapide et l'accroissement de la circulation routière, tout en résultant des politiques économiques entraînent aussi, par leurs effets sur l'environnement et sur la santé humaine, des dépenses publiques massives. On prévoit par exemple que les accidents de la circulation routière seront la deuxième cause mondiale de traumatismes et de morbidité d'ici 2020.

Des études économétriques récentes et l'expérience des pays d'Extrême-Orient ont mis en lumière l'importance d'une bonne santé pour stimuler le développement économique et social. La santé est aussi reconnue comme l'une des conditions d'un apprentissage adéquat et, par exemple, d'une meilleure efficacité des programmes de microcrédits.

Accroître au maximum les opportunités qu'offre la mondialisation tout en réduisant, dans la mesure du possible, ses effets négatifs pose des difficultés particulières. Les dirigeants politiques doivent s'interroger au sujet des possibilités qui existent de trouver de nouvelles sources de revenus pour les services de santé, ou de réglementer le commerce des biens et des services dans l'intérêt de l'équité sanitaire. De nouveaux outils tels que des études d'impact sur la santé doivent être mis au point pour aider les pays à accroître au maximum le rôle de la santé dans leurs politiques économique, sociale, environnementale et de développement.

Santé et politique macroéconomique

L'accroissement des investissements en faveur des déterminants sociaux du développement dans les politiques macroéconomiques

bénéficie maintenant d'un vaste soutien international. L'expérience bien documentée des économies d'Extrême-Orient a favorisé cette prise de conscience. La nature des investissements variera selon les besoins. En Afrique sub-saharienne et en Asie du sud, la santé et l'éducation sont des priorités importantes.

Pour ce qui est de la santé, les pays ont besoin de solides conseils sur le dosage approprié des investissements entre divers secteurs pour assurer l'impact sanitaire optimal sur la réduction de la pauvreté. L'Organisation mondiale de la Santé a créé une Commission internationale Macroéconomie et Santé qui conseille l'OMS et la communauté internationale du développement sur les liens entre la santé et les questions macroéconomiques et de développement. Les principaux domaines d'analyse de la Commission seront les suivants : le rôle économique des investissements destinés à protéger et améliorer l'état de santé; les politiques publiques qui encouragent la mise au point de médicaments et de vaccins pour les pauvres; la santé et l'économie internationale; et, enfin, la santé et l'aide internationale au développement.

L'Organisation mondiale de la Santé propose de fournir les données factuelles pour l'élaboration des options techniques et le calcul des coûts afin de permettre aux gouvernements, à la Banque mondiale, au FMI et aux banques régionales de développement de prendre connaissance des décisions macroéconomiques destinées à améliorer la santé des pauvres d'ici à 2015. Privées de la santé, les populations ne peuvent contribuer au développement. Des politiques comme celles qui assurent la gratuité des soins favorisent la santé en réduisant une cause importante de pauvreté.

« L'accroissement des investissements en faveur des déterminants sociaux du développement bénéficie maintenant d'un vaste soutien international ».

L'expérience de l'Extrême-Orient

En Extrême-Orient, la population active s'est multipliée à un rythme plusieurs fois supérieur à celui de la population à sa charge entre 1965 et 1990. Il semble que tout le processus ait été déclenché par la baisse de la mortalité infanto-juvénile, elle-même due au développement des antibiotiques et des antimicrobiens (pénicilline, sulfamides, streptomycine, bacitracine, chloroquine et tétracycline, tous découverts et mis sur le marché dans les années 20, 30 et 40), à l'utilisation du DDT (apparu en 1943) et aux améliorations classiques de la santé publique liées à l'approvisionnement en eau salubre et à l'assainissement. L'amélioration de la santé peut donc être considérée comme l'un des principaux piliers sur lesquels repose le succès économique phénoménal de l'Extrême-Orient, le dividende démographique comptant peut-être pour un tiers dans ce « miracle économique ».

D'après : « *The health and wealth of nations* », David Bloom and David Canning. *Science* Vol. 287, 18 février 2000.



Privées de la santé, les populations ne peuvent contribuer au développement. Des politiques comme celles qui assurent la gratuité des soins favorisent la santé en réduisant une cause importante de pauvreté

« L'amélioration et la protection de la santé des populations pauvres et vulnérables augmentent leurs chances d'obtenir un emploi et de trouver des moyens de subsistance ».

Commerce des biens et services de santé

L'accroissement du commerce des médicaments, des biotechnologies et des services de santé, y compris les assurances maladie privées, influe dans une large mesure sur l'équité en matière de santé. L'accord international sur les aspects des droits de propriété intellectuelle liés au commerce (TRIPS) pourrait aboutir à la mise au

point de nouveaux médicaments et vaccins pour soigner les pauvres. Mais en faisant augmenter les prix, il pourrait aussi limiter encore l'accès des pauvres.

Divers éléments entrent dans le commerce des services de santé, à savoir les investissements étrangers directs, les mouvements internationaux des usagers et des prestataires pour recevoir et dispenser des soins de santé, et les domaines naissants du commerce électronique et de la télémédecine. Le développement du commerce des services de santé pourrait en principe répondre aux besoins technologiques et gestionnaires et, pour certains pays, augmenter les recettes d'exportation. Mais il pourrait aussi accentuer les inégalités actuelles dans l'accès aux services et encourager les professionnels de santé qualifiés à quitter des zones déjà insuffisamment desservies pour des emplois privés dans des communautés urbaines plus riches.

L'ouverture nouvelle du commerce des biens et des services de santé nécessite des accords commerciaux qui veillent à l'amélioration de l'accès à des services de qualité, en particulier pour les populations pauvres et vulnérables.

L'Organisation mondiale de la Santé, sur la base de sa collaboration avec l'OMC et d'autres organismes, propose d'**aider à renforcer la capacité des pays moins avancés à analyser les conséquences des**

accords sur le commerce des services de santé pour l'équité au plan de la santé et pour la satisfaction des besoins de santé des pauvres. L'Organisation mondiale de la Santé prévoit également d'aider à élaborer des politiques et des stratégies de négociation collectives pour assurer la promotion et la protection de la santé publique.

Santé et promotion du plein emploi

Copenhague Plus Cinq portera une attention particulière à la promotion du plein emploi, y compris le travail indépendant et les emplois dans le secteur non structuré. Les dimensions sanitaires de cette politique sont importantes. Pour travailler, il faut être en bonne condition physique et, pour continuer à travailler efficacement, la santé doit être protégée. Lorsqu'une personne assure seule le soutien de la famille, la santé des membres à sa charge doit aussi être prise en compte.

Premièrement, des millions de personnes sont privées de l'accès à des moyens de subsistance ou incapables de solliciter un emploi parce qu'elles souffrent de maladies chroniques, de sous-nutrition ou d'incapacités. Deuxièmement, pour les personnes qui travaillent, en particulier dans le secteur non structuré, l'absence de protection contre les risques de maladie et d'accident peut entraîner la mort, des incapacités permanentes et la misère. L'Organisation internationale du Travail estime à quelque 250 millions le nombre des travailleurs qui sont victimes d'accidents du travail et à plus de 300 000 celui des travailleurs tués chaque année. Si l'on inclut les décès dus aux maladies professionnelles, le nombre annuel des victimes dépasse 1 million.

L'Organisation mondiale de la Santé propose de travailler avec l'OIT et d'autres organisations pour encourager l'inclusion de mesures de protection de la santé dans les politiques nationales et internationales futures en faveur du plein emploi et des emplois

Survivre dans le secteur non structuré

Les pauvres travaillent en majorité dans le secteur non structuré, sans sécurité sociale, ni autre protection sociale. Des systèmes novateurs de micro-assurance doivent être mis en place pour protéger les travailleurs indigents. On estime que plus de 90 % de la main-d'oeuvre travaillent dans le secteur non structuré en Inde, et que le pourcentage est aussi extrêmement élevé dans de nombreux autres pays. La plupart des travailleurs du secteur non structuré sont des travailleurs occasionnels qui n'ont pas directement accès aux prestations sociales. L'Association des femmes ayant un emploi indépendant (SEWA) a mis en place le système de sécurité sociale le plus vaste et le plus complet qui existe en Inde, financé par des cotisations. Avec plus de 32 000 femmes actives affiliées, ce système pourrait être un modèle prometteur pour répondre au besoin urgent d'assurance maladie, d'assurance vie et d'assurance des biens dans le secteur non structuré.

D'après : « *Voices of the Poor, Can anyone hear us?* » Oxford University Press for World Bank, 2000.

productifs. Ces mesures viseront notamment à :

- Améliorer et protéger la santé des personnes pauvres et vulnérables, y compris les handicapés, pour améliorer leur aptitude au travail et leur accès à des moyens de subsistance
- Promouvoir la salubrité et la sécurité des lieux de travail, en particulier pour les femmes employées dans le secteur non structuré
- Promouvoir l'instauration de méca-

nismes d'assurance sociale et de solidarité, structurés ou non, pour protéger les ménages contre les dépenses de santé occasionnées par des problèmes professionnels, y compris dans le secteur non structuré

- Promouvoir l'aptitude au travail des femmes en créant des services sanitaires et sociaux à ancrage communautaire pour les membres de leur famille qui sont malades ou à leur charge.

INSTAURER DES SYSTÈMES DE SANTÉ AXÉS SUR LES PROBLÈMES DE SANTÉ QUI AFFECTENT LES POPULATIONS PAUVRES ET VULNÉRABLES

Il faut des systèmes de santé « pour les pauvres » qui ciblent efficacement les ressources sur les problèmes de santé les plus graves qui affectent les pauvres et qui soient financés et organisés pour traiter les déterminants de la santé dans les populations pauvres et vulnérables.

Nombreux sont les pays qui n'ont pas réussi à assurer un accès universel aux services de santé de base. Les ressources sont consacrées en majorité aux soins curatifs coûteux. Les services de santé essentiels ne sont pas fournis gratuitement ou à un faible coût aux plus pauvres. Les programmes de santé publique négligent souvent les besoins sanitaires des soutiens de famille. De plus, les systèmes de santé nationaux ne font généralement rien pour encadrer efficacement les prestataires privés qui assurent l'essentiel des soins aux pauvres.

Pour réduire de moitié d'ici à 2015 le nombre des personnes vivant dans un état de pauvreté extrême, les systèmes de santé doivent s'employer plus efficacement à accroître l'égalité des résultats sanitaires et l'équité du financement de la santé entre les riches et les pauvres. Il convient donc de redoubler d'efforts pour créer des systèmes de santé durables pour les pauvres qui :

- préviennent la maladie et protègent la santé par des mesures résolues,
- protègent les pauvres et les personnes vivant dans un état proche de la pauvreté contre des dépenses de santé ruineuses,
- consacrent davantage de ressources à l'amélioration et à la protection de la santé des soutiens de famille, et
- incitent les prestataires privés à améliorer la santé des pauvres.

Le Rapport sur la Santé dans le Monde 2000 traitera plus en profondeur des mesures que peuvent prendre les responsables politiques et les administrateurs de programme pour créer des systèmes de santé plus équitables et plus efficaces en s'appuyant sur

des données factuelles concernant d'autres moyens possibles de mettre en œuvre, de financer et d'administrer ou de gérer de façon responsable le système de soins de santé.

Sur la base des connaissances existantes concernant les moyens propres à améliorer la santé des pauvres, l'OMS invite instamment la communauté internationale à unir ses efforts pour mettre en place des systèmes de santé durables et favorables aux pauvres en privilégiant les trois domaines ci-après :

Réduction sensible des principales maladies qui affectent les pauvres

Une large part de la charge excessive de morbidité chez les pauvres est imputable à quelques problèmes de santé – principalement des maladies transmissibles telles que le VIH/SIDA, le paludisme, la rougeole et la tuberculose – et aux maladies diarrhéiques, aux infections respiratoires et aux complications de la grossesse et de l'accouchement. Il existe des interventions efficaces et économiques pour presque toutes ces maladies et affections.

Pour que ces interventions améliorent plus efficacement la santé des pauvres, quatre conditions doivent être réunies.

- Premièrement, les ressources pour la prévention et le traitement doivent être réorientées au profit d'interventions performantes contre les maladies et les affections qui touchent surtout les pauvres. Au nombre de ces interventions favorables aux pauvres figurent le Programme élargi de vaccination, la Prise en charge intégrée des maladies de l'enfance, l'Initiative santé respiratoire, la Prise en charge intégrée de la grossesse et de l'accouchement, et des interventions ciblées contre le VIH/SIDA et le paludisme, dont un grand nombre ont été élaborées et mises en œuvre conjointement par l'OMS et l'UNICEF.
- Deuxièmement, les systèmes de santé

« Protéger les pauvres et les personnes vivant dans un état proche de la pauvreté contre les dépenses de santé ruineuses ».

Les pays ont besoin d'un système de financement équitable fondé sur le prépaiement, qui subventionne les pauvres



doivent mieux cibler les personnes pauvres et vulnérables en orientant les fonds, les personnels et les fournitures vers les services situés dans les zones proches des lieux où vivent, travaillent et s'instruisent les populations défavorisées. Ces mesures favorables peuvent aussi être renforcées par des systèmes conçus pour protéger les pauvres contre les dépenses directes (voir ci-dessous) et par le rattachement de la prestation de ces services à d'autres programmes de réduction de la pauvreté tels que le microcrédit et la formation pour l'emploi. Les pays ont besoin d'un système de financement équitable fondé sur le prépaiement, qui subventionne les pauvres.

- Troisièmement, davantage de ressources doivent être mobilisées pour l'achat de médicaments et de fournitures économiques tels que les moustiquaires, les médicaments antituberculeux et antipaludiques, le traitement des maladies sexuellement transmissibles, les vaccins et la réhydratation orale, qui peuvent être considérés comme des « biens publics mondiaux » dans la mesure où ils sont destinés aux pays à faible revenu qui contribuent le plus à la propagation des maladies transmissibles.
- Quatrièmement, des investissements importants doivent être consacrés à la mise au point d'instruments nouveaux et améliorés pour combattre les problèmes qui touchent surtout les pauvres. D'une part, les outils efficaces font gravement défaut à cause des carences du marché; d'autre part, certains

des médicaments actuellement utilisés perdent rapidement de leur efficacité sous l'effet d'une pharmacorésistance croissante.

Systèmes équitables de financement de la santé

Améliorer l'équité du financement de la santé n'est pas seulement un but louable du système de santé. C'est aussi là le moyen de protéger le revenu des pauvres et de les mettre à l'abri des chocs économiques. L'un des principaux facteurs de pauvreté est la maladie, car elle empêche les gens de travailler et d'avoir un revenu et, dans certains cas, entraîne des dépenses de santé importantes qui engloutissent les économies et les biens des ménages.

Pour renforcer la protection des pauvres contre les risques financiers, l'OMS appuie plusieurs principes clefs du financement des systèmes de santé.

Premièrement, les pays doivent essayer d'accroître le seuil du prépaiement des soins de santé par les impôts généraux ou les contributions obligatoires à un système d'assurance maladie ou d'assurance sociale. Cette approche permet de répartir les dépenses en fonction de la capacité de paiement et aide à réduire la dépendance à l'égard du paiement par le malade. Les systèmes de paiement direct limitent l'accès aux soins de santé à ceux qui ont les moyens et ils tendent à exclure les pauvres des services de santé.

Deuxièmement, les pays doivent s'efforcer

« L'OMS appuie plusieurs principes clefs du financement des systèmes de santé ».

Source de financement	Privée	Plus privée que publique	Plus publique que privée	Publique
Forme de financement	Assurance payée par le malade	Assurance privée	Assurances sociales	Budget de l'Etat
A qui incombe la charge du financement ?	Particuliers	Socialisation croissante →		Ensemble de la population
Couverture	Les plus pauvres sont exclus	De plus en plus équitable →		Universelle
Exemples actuels	La plupart des pays à faible revenu	Etats-Unis d'Amérique	Pays à revenu moyen et quelques pays de l'OCDE	Autres pays de l'OCDE

Financement du système de santé

La figure montre comment la socialisation des risques en matière de santé et la part du secteur public dans le total des dépenses augmentent à mesure que les pays s'écartent de la formule du paiement direct par les malades. Diverses solutions institutionnelles existent pour obtenir une couverture universelle. De récentes études comparatives mesurant l'équité de la charge du financement et de l'utilisation des services dans des pays ayant divers niveaux de revenu montrent que le paiement par les malades est le moyen de financement des soins de santé le moins organisé et le plus inéquitable ; les gens paient leurs soins médicaux au moment où ils en ont besoin et où ils les reçoivent. Ainsi, la charge financière pèse de façon disproportionnée sur les plus pauvres (qui doivent faire face à des dépenses de santé plus élevées que les riches), et cet obstacle financier fait que les groupes à bas revenu utilisent moins les services, bien qu'ils en aient davantage besoin que les autres.

D'après : « Pour un réel changement », Rapport sur la Santé dans le Monde 1999.

de subventionner les pauvres en élargissant sensiblement le cercle des cotisants pour empêcher que les riches ne se dérobent.

Troisièmement, il est recommandé d'appliquer des taxes et des taux de cotisations progressifs. Si des pools multiples peuvent être organisés pour certains groupes de cotisants, des subventions entre les pools peuvent aider à assurer un financement équitable.

De nombreux pays à faible revenu se heurtent à des obstacles institutionnels – informatisation importante du travail et absence de système de collecte des recettes efficace – qui rendent difficile la mise en place de systèmes de prépaiement (fondés sur l'impôt ou les cotisations à la sécurité sociale). A brève échéance, les systèmes de prépaiement à ancrage communautaire peuvent être encouragés par l'OMS, l'OIIT et d'autres institutions des Nations Unies. Mais à long terme, les responsables de la santé doivent travailler en collaboration étroite avec d'autres secteurs à l'élaboration de l'infrastructure financière qui permettra une plus grande solidarité sociale dans le financement de la santé.

Promotion d'une gestion financière responsable

Les systèmes de santé du XX^e siècle ont progressivement englobé une multitude d'acteurs, d'organismes et d'établissements. Il en est résulté une certaine fragmentation et les objectifs sanitaires généraux ont souvent été évincés au profit de buts étroits, répondant à des objectifs particuliers.

Dans le nouveau contexte, il est important que les Etats veillent à harmoniser les fonctions clefs du système de santé – collecte et mise en commun des fonds, achat de services de santé et fourniture des soins – pour atteindre les buts généraux du système de santé. Ce rôle peut être désigné par l'expression « administration générale », gestion responsable des fonctions et interactions entre les acteurs et les intérêts multiples d'un système de santé pour atteindre des buts sociaux.

Une gestion sanitaire responsable repose sur deux éléments clefs :

Le premier est **la supervision de toutes les composantes du système de santé**. Au lieu de privilégier les services assurés par l'Etat, les ministères de la santé doivent s'efforcer de mobiliser les ressources du secteur privé. Les prestations du secteur privé sont particulièrement importantes pour les pauvres étant donné la forte dépendance à l'égard du marché privé pour l'octroi des soins de santé dans de nombreux pays à faible revenu. Plusieurs approches peuvent être conjuguées pour mobiliser les ressources du secteur privé, y compris des incitations financières, l'utilisation du pouvoir d'achat au moyen de contrats conclus avec des prestataires privés, l'information des usagers et des

réglementations publiques. Il est important que tout gouvernement exerce un contrôle et intervienne dans des sous-secteurs du marché privé, comme les assurances, les produits pharmaceutiques et la formation des ressources humaines, pour veiller à ce que ces industries contribuent à la réalisation des buts généraux du système de santé.

Pour s'acquitter de ces responsabilités gestionnaires, les ministères de la santé doivent changer radicalement d'orientation. C'est ainsi qu'au lieu de la prestation directe des services de santé, ils doivent assurer la supervision générale, le travail de sensibilisation, les achats stratégiques, l'établissement de règles applicables au financement et à la prestation des soins de santé par divers acteurs, et l'évaluation de la performance générale du système. Ce changement doit être accéléré par des activités de formation et une coopération technique destinées à renforcer les compétences requises pour mener à bien ces fonctions.

Les ministères de la santé doivent être mieux à même de recueillir un consensus et de négocier parmi tous les acteurs intéressés – qu'ils relèvent ou non des pouvoirs publics – pour renforcer les partenariats et les coalitions recoupant des intérêts et des secteurs divers. Ils doivent être capables de tenir tous les acteurs responsables de la performance du pays dans la réalisation des buts sanitaires nationaux et internationaux. Cela nécessite des systèmes de surveillance renforcés qui donnent non seulement les tendances moyennes de l'état de santé, de l'utilisation des soins de santé et des dépenses de santé mais aussi les tendances socioéconomiques de ces indicateurs.

Le deuxième élément d'une gestion sanitaire responsable est un **devoir de sensibilisation intersectorielle** pour influencer les politiques concernant davantage de déterminants de la santé des pauvres.

Lorsque les politiques et les pratiques d'autres secteurs de l'économie comportent à la fois des risques et des opportunités pour l'amélioration de la santé, les ministères de la santé ne doivent pas s'intéresser à la prestation des seuls services de santé du secteur public. C'est ainsi que le ministère de la santé doit militer activement en faveur de l'amélioration de la nutrition en participant aux débats sur la politique à mener concernant l'accès à la terre, les subventions agricoles et d'autres questions connexes. De même, les ministères de la santé doivent appuyer les mouvements visant à relever le niveau d'instruction des femmes

« Une gestion sanitaire responsable passe par la supervision de toutes les composantes du système de santé ».

Les ministères de la santé doivent soutenir les efforts faits pour relever le niveau d'instruction des femmes



et préconiser une répartition plus équitable des revenus. Il existe des données éloquentes sur le lien entre ces deux éléments et l'amélioration des résultats sanitaires.

Pour l'Organisation mondiale de la Santé, c'est par ce renforcement de la bonne gestion sanitaire générale que la santé contribuera effectivement à la réduction de la pauvreté et

au développement humain. Il est particulièrement urgent dans les pays où la gouvernance du secteur de la santé est faible.

La réalisation de ce grand projet de renforcement de la bonne gestion sanitaire nécessitera un solide soutien politique, financier et technique international, spécialement en Afrique sub-saharienne et en Asie du sud.

Bibliographie

- 1 Banque mondiale. Poverty Net.
- 2 Source des données utilisées dans cette partie : ONUSIDA. « AIDS epidemic update : décembre 1998 ». ONUSIDA/OMS, Genève, 1998.
- 3 ONUSIDA.
- 4 ONUSIDA
- 5 idem
- 6 Source des données utilisées dans cette partie : Organisation mondiale de la Santé. « Rapport sur la Santé dans le Monde 1999 ». OMS, Genève, 1999.
- 7 Steketee et al, 1994. Malaria prevention in pregnancy. CDC Atlanta
- 8 Source des données utilisées dans cette partie: Dye *et al.* « Global burden of tuberculosis: Estimated incidence, prevalence and mortality by country in 1997. » JAMA. 1999; 282:677-686.
- 9 UNAIDS/IPU. « Handbook for Legislators in HIV/AIDS, Law and Human Rights ». UNAIDS/IPU, Genève, 1999.
- 10 Organisation mondiale de la Santé. « Tuberculose ». Aide-mémoire N° 104. OMS, Genève, 1998
- 11 UNAIDS/IPU. « Handbook for Legislators on HIV/AIDS, Law and Human Rights ». UNAIDS/IPU, Genève 1999.
- 12 Ahlburg, Dennis A. « The economic Impacts of Tuberculosis » Rapport rédigé pour l'OMS, octobre 1999.
- 13 Source des données utilisées dans cette partie: Organisation mondiale de la Santé. « Nutrition for Health and Development. Progress and Prospects on the Eve of the 21st Century ». OMS 1999.
- 14 Murray C. and Lopez A. « The Global Burden of Disease » Harvard University Press, 1996.
- 15 UNFPA. « State of the World's Population 1999 ». UNFPA, New York, 1999.
- 16 idem
- 17 Source des données utilisées dans cette partie : Organisation mondiale de la Santé, EOS/WSH.
- 18 Les DALY représentent les années de vie perdues par suite d'un décès prématuré et les années vécues en incapacité, ajustées sur la gravité de l'incapacité.
- 19 Organisation mondiale de la Santé. « Removing Obstacles to Healthy Development ». WHO/CDS/99.1.
- 20 Organisation mondiale de la Santé. « Removing Obstacles to Healthy Development ». WHO/CDS/99.1.
- 21 Health and Environment in Sustainable Development. WHO, 1997:159.
- 22 Organisation mondiale de la Santé. « Removing Obstacles to Healthy Development ». WHO/CDS/99.1.
- 23 Vlassof, C. *et al.* « Towards the Healthy Women Counselling Guide ». UNDP/World Bank/WHO, 1995
- 24 UNICEF 1992, in Barkat, Abul, « Crisis in Governance of Public Health System in Bangladesh : A Challenge of Humane Governance ». Paper prepared for presentation at the Special Symposium on Poverty and Health in South Asia – Crisis and Challenge – Bangalore, Inde, 16 novembre 1999.
- 25 Report of The Independent Commission on Health in India. Voluntary Health Association of India, 1999
- 26 Organisation mondiale de la Santé. « Rapport sur la Santé dans le Monde 1999 ». OMS, Genève, 1999.



Département Santé et Développement durable, Organisation mondiale de la Santé, 1211 Genève 27, Suisse
Tél. : +41 22 791 2558. Fax : +41 22 791 4153. Courriel : martinj@who.ch Site Internet : <http://www.who.org>